



BAff

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von
Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland

3. aktualisierte Auflage



Impressum



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

Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin

Tel.: +49 30 310 124 61

E-Mail: info@baff-zentren.org

www.baff-zentren.org

Copyright: © BAfF e.V. 2016. Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen: Jenny Baron, Lea Flory

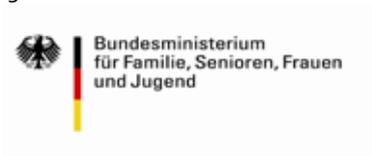
Layout: Daniela Krebs

Umschlagfoto: © view7 / photocase.de

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

Herzlichen Dank an alle Institutionen, Vereine und Privatpersonen, die zur Erstellung dieses Versorgungsberichtes beigetragen haben. Vielen Dank auch an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufgebracht haben.

gefördert von



UNO-Flüchtlingshilfe



medico international

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



Mit diesem Versorgungsbericht geht die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) der Frage nach, inwieweit für Geflüchtete, die mit psychischen Belastungen kämpfen, auf dem Versorgungsgebiet Deutschlands bedarfsgerechte Behandlungsangebote zugänglich, verfügbar und tatsächlich erreichbar sind.

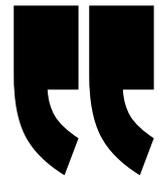
Aktuelle Ergebnisse einer Datenerhebung in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) werden dargestellt und vor dem Hintergrund völker- und europarechtlicher Verpflichtungen sowie der wissenschaftlichen Befunde zum Versorgungsbedarf erläutert. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

Inhalt

Vorwort.....	4
1. Versorgungsbedarf	8
Traumafolgestörungen bei Geflüchteten	10
Die Posttraumatische Belastungsstörung.....	11
Verbreitung und Verlauf von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten.....	16
Psychotherapeutische Behandlung.....	23
Sprachmittlungsgestützte Psychotherapie.....	24
2. Versorgungsverpflichtungen und ihre Umsetzung im deutschen Recht.....	26
Gesundheitsversorgung als völkerrechtliche Verpflichtung	27
Gesundheitsversorgung als europarechtliche Verpflichtung	29
Ansprüche „besonders schutzbedürftiger“ Asylsuchender.....	29
Umsetzung der völker- und europarechtlichen Verpflichtungen im deutschen Recht.....	30
Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4,6 AsylbLG)	30
Eingeschränkte gesundheitliche Versorgung durch das AsylbLG.....	33
Minimalversorgung nach § 4 AsylbLG	33
Folgen der restriktiven Anwendungspraxis des AsylbLG	33
Mehrkosten durch das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG	35
Kritische Stimmen zum AsylbLG	37
Erste Veränderungen – Die Gesundheitskarte.....	38
3. Aktuelle Versorgungssituation	40
Versorgungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	42
Selbstverständnis: Leitlinien der psychosozialen Arbeit.....	43
Das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren	44
KlientInnen in den Psychosozialen Zentren	47
KlientInnen in den einzelnen Versorgungsbereichen.....	47
Neuanmeldungen in den PSZ.....	52
Minderjährige KlientInnen in den PSZ	53
Zur rechtlichen Situation der KlientInnen in den PSZ.....	54
Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren.....	57
Arbeitsbereiche und Qualifikation der MitarbeiterInnen.....	58
Psychotherapie in den Psychosozialen Zentren	72
Setting und Behandlungsdauer	72
PsychotherapeutInnen in den PSZ	74
Abrechnung von Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Kostenträger	79

4. Versorgungsdefizite	88
Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen	89
Refinanzierung von Leistungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems	90
Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems	92
Vermittlungen in die Regelversorgung	96
Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten	103
Abschätzung des Versorgungsgrades	105
Wartelisten in den Psychosozialen Zentren	106
Umstrukturierung der Aufnahmesysteme und Aufnahmestopps	108
Ablehnungen von Behandlungs- und Betreuungsanfragen	109
Erreichbarkeit der Versorgungsangebote	111
5. Zusammenfassung und Ausblick: Wo die Politik handeln muss	112
Schwachstellen der Versorgung – die Perspektive der Bundesregierung	113
Wie zugänglich ist das Gesundheitssystem?	114
Wie zugänglich sind psychosoziale Angebote?	115
Verfügbare Behandlungsplätze für Geflüchtete	121
Ausbau der Behandlungskapazitäten	121
Finanzierung der Psychosozialen Zentren	123
Literatur	126
Verzeichnisse	132
Über die BAfF	134
Adressen	136

VORWORT



Viele meiner KlientInnen erzählen mir inzwischen in der Therapie, wie sie ganz öffentlich, zum Beispiel in der Bahn, beleidigt oder beschimpft werden. Eine Frau zum Beispiel, die hier mitten in der Stadt wohnt – ihr hätte ich noch bis vor einem Jahr versichern können:

„Hier müssen Sie sich keine Gedanken machen. Hier sind Sie in Sicherheit. Hier gibt es eine starke Zivilgesellschaft“.

Das kann ich jetzt niemandem mehr sagen. Das ist sehr schwierig geworden für mich als Therapeut. In der Therapie ist es ja das Wichtigste, dass man zuerst einmal Sicherheit herstellt. Andere Unterstützungsmöglichkeiten greifen häufig gar nicht, wenn jemand latent weiter in der Unsicherheit lebt und Angst um Leib und Leben haben muss. Was das für den Einzelnen auch immer bedeutet. Das ist nur noch sehr schwer zu schaffen in der Therapie.

*Psychotherapeutin in einem
Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, Mai 2016*

Mehr als zwei Jahrzehnte nachdem mit dem „Asylkompromiss“ des Deutschen Bundestages das Grundrecht auf Asyl ausgehöhlt wurde, nachdem Flüchtlingsunterkünfte brannten und rassistische Gewalt auf offener Straße eskalierte, hat die deutsche Flüchtlingspolitik erneut weltweit für Schlagzeilen gesorgt. Mit dem „Wir schaffen das“ der Bundeskanzlerin, den Tausenden von Helfenden, die Schutzsuchende zu jeder Tag- und Nachtzeit an den Bahnhöfen der Bundesrepublik begrüßten, Schlafplätze organisierten, Initiativen gründeten und mit überwältigendem Improvisationstalent die Versorgung der Ankommenden sicherstellten, erstrahlte im Sommer 2015 ein helles Bild der neuen deutschen „Willkommenskultur“. Dieses Engagement und die Solidarität der Zivilgesellschaft bewegen uns bis heute. Die materielle und zunehmend auch die psychische Not vieler Geflüchteter haben einen Platz im zivilgesellschaftlichen Diskurs gefunden. Wochenlang klingelten die Telefone der Flüchtlingsorganisationen ohne Unterlass: NGOs, deren Forderungen man jahrzehntelang kaum erhört hatte, wurden von einem nicht endenden Andrang von JournalistInnen dazu befragt, wie den schutzsuchenden Men-

schen geholfen, wie sie mit mehr als nur einem Dach über dem Kopf versorgt werden, wie viele Menschen so stark psychisch belastet sein könnten, dass sie professionelle Unterstützung benötigen werden und an welche Strukturen sich traumatisierte Geflüchtete wenden könnten. Zuvor war es in den Medien lange Zeit sehr still geblieben – kaum jemand interessierte sich für die Stimmen derjenigen, die sich für die Rechte von Menschen einsetzen, die vor Verfolgung, Unterdrückung, Gesetzlosigkeit und endlosen kriegerischen Auseinandersetzungen bei uns Schutz suchen. All das, obwohl zahlreiche AkteurInnen bereits lange vor dem Sommer 2015 anmahnten, dass sich die Eskalation der Krisen und Konflikte in den Herkunfts- und Transitländern so weit zuspitzen würde, dass auch die Flüchtlingszahlen in Europa bald bedeutsam ansteigen würden.

Erst der Höhepunkt der humanitären Krise im Sommer 2015, die immer häufigeren Nachrichten über immer mehr Menschen, die auf der Flucht über das Mittelmeer ertrinken, die überfüllten Aufnahmeeinrichtungen und die menschenunwürdigen Zustände in den Aufnahmeländern an



***Wo ist unsere Würde?
Wo sind unsere Rechte?
Wo sind wir?***

***Wir sind im Lager, ohne dass
irgendjemand mit uns spricht. Wir
haben niemanden zum Reden und
auch wir reden mit niemandem. Ihr
wisst, was das bedeutet – wir sind
isoliert, für fünf Jahre, für zehn
Jahre oder wie lange auch immer.
(...)***

***Wir kommen aus den einen
Kriegen und Kämpfen in die
nächsten, und sie wollen uns
wieder dorthin abschieben.
Stoppt das, weil du, Deutschland,
nach dem zweiten Weltkrieg einen
Eid abgelegt und gesagt hast:
Nie wieder Krieg.***

***Aber jetzt brichst du diesen Eid
und ich muss in mein Land
abgeschoben werden.
Ich komme aus dem Sudan und
dort gibt es seit 21 Jahren Krieg
und nichts geht voran. Also, was
ist mit dem deutschen Eid?
In deiner Verfassung heißt es,
dass die Würde des Menschen
unantastbar ist.***

*Napuli Paul Langa,
Menschenrechtsaktivistin
auf der Tagung „Traumatische Zeiten“, 24.06.2016*

den europäischen Außengrenzen haben die Situation derjenigen, die nichts mehr zu verlieren haben als ihr Leben, auf die Bildschirme der deutschen Wohnzimmer gebracht. Seitdem engagieren sich Menschen in Deutschland wie nie zuvor in Ehrenämtern und Solidaritätsinitiativen für geflüchtete Schutzsuchende: Fast die Hälfte aller deutschen StaatsbürgerInnen soll sich damals durch Spenden und eigenes Engagement an der Hilfe für Geflüchtete beteiligt haben. Zugleich aber breiteten sich schon bald nach den ersten Wochen der Euphorie im Schatten von Pegida, der AfD und der extremen Rechten auch offener Hass und Gewalt gegen Geflüchtete aus. Das BKA zählt mehr Angriffe auf Flüchtlingsunterkünfte als je zuvor. Dem „Sommer der Solidarität“ folgten eisige Wintermonate, die bis heute anhalten.

Ein Land, das Flüchtlingen kein freundliches Gesicht zeige, sei nicht mehr das ihre, meinte die Bundeskanzlerin im September 2015. Doch dem folgten massive Verschärfungen der Asyl- und Aufenthaltsgesetze und mit dem EU-Türkei-Deal schließlich eine neue Stufe der Abschottung an den europäischen Außengrenzen. Spätestens zum Sommer 2016 hat sich schließlich auch der mediale Diskurs deutlich verschoben: Die Tragödien, die Schutzsuchende auf dem Mittelmeer, vor den Mauern der Europäischen Union und in den Lagern auf den griechischen Inseln erleiden, haben ihren Sensationswert verloren. Das Narrativ der Not und der Hilfsbedürftigkeit der Menschen, die vor Gefahr geflohen sind, ist dem der Gefährdung gewichen: Schlagzeilen zur Bedrohung der inneren Sicherheit und zur Belastung der Sozialsysteme durch Geflüchtete haben die Berichte über die prekäre Situation der Schutzsuchenden abgelöst.

Auch der Blick auf die psychischen Verletzungen, die mit der Flucht vor Krieg und Gewalt einhergehen, erfuhr einen Wandel. Zunächst noch kam endlich auch zur Sprache, dass ein großer Teil der Geflüchteten aufgrund ihrer Erlebnisse schwer traumatisiert ist und viel zu viele dieser Menschen mit ihrem Leid allein gelassen werden. Die Frage, inwieweit das deutsche Gesundheitssystem eigentlich auf die Gruppe psychisch belasteter Schutzsuchender eingestellt ist und ob es ausreichend passende Behandlungsangebote gibt, wurde immer öfter kritisch und durchaus progressiv diskutiert. Doch mit den Attentaten und Anschlägen von Würzburg, München und Ansbach im Sommer 2016 kippte die Stimmung auch hier: Die Gewalt, die viele Geflüchtete im Herkunftsland und auf der Flucht erlebt hatten, wurde in unzulässigen Kausalschlüssen mit den Gewalttaten verknüpft, die durch Geflüchtete oder MigrantInnen verübt wurden. Immer präsenter wurde das diskreditierende Bild von traumatisierten Geflüchteten als „tickenden Zeitbomben“, immer hitziger die Diskussion um die Rolle, die ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen bei der Prävention und der Aufklärung von Verbrechen innehaben. Selbst eine Aushebelung der ärztlichen Schweigepflicht stand zur Debatte.

Die Politik hat Mauern statt Brücken gebaut und Geflüchtete für Wert- und Verteilungskonflikte instrumentalisiert. Menschen, die ihr Leben in der Warteschleife, die ihre Erinnerungen an die lebensbedrohliche Zeit vor und während

der Flucht, die Unsicherheit des Asylverfahrens und die Sorge um ihre Angehörigen ohnehin kaum noch ertragen können, sind zu Sündenböcken einer fehlgeleiteten Politik geworden. Doch im Gegensatz zur Situation in den 1990er Jahren steht all dem die ungebrochene Solidarität tausender UnterstützerInnen gegenüber. Die Politik der Abschottung und Ausgrenzung ist kein gesamtgesellschaftlicher Konsens. Rechtspopulistische Entgleisungen ernten auch auf dem parlamentarischen Parkett breiten zivilgesellschaftlichen Protest. Ein großer Teil der Bevölkerung hat verstanden, dass Menschen auf der Suche nach Sicherheit und Würde auch weiterhin ihr Leben aufs Spiel setzen werden. Sie haben die Vision, dass Geflüchtete nicht nur Opfer von Verfolgung, Krieg und Armut sind, sondern Subjekte, die – wenn wir sie in ihren Kämpfen um Autonomie, Mobilität und eine menschenwürdige Perspektive unterstützen – unsere Gesellschaft mit ihren Ressourcen und Potentialen bereichern werden.

Doch so essentiell die spontane Anteilnahme und die intuitive Hilfsbereitschaft der zahlreichen UnterstützerInnen sind, so wenig wird dieses individuelle ehrenamtliche Engagement ausreichen. Es geht um mehr als nur karitative Fürsorge und humanitäre Hilfe in Krisenzeiten. Es geht darum, ob Menschenrechte allen zuteilwerden sollen oder nur einem Teil der Gesellschaft. Ob wir jedem und jeder gleichberechtigt Zugang zu sozialen Rechten, zu Selbstbestimmung, Bildung und Gesundheit verschaffen wollen oder ob wir bestimmte Menschen aus migrationspolitischen Erwägungen heraus systematisch schlechter stellen als andere.

Die unermüdliche Unterstützung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer hat in den letzten beiden Jahren entscheidend dazu beigetragen, die Grundversorgung von Geflüchteten sicherzustellen – in Lebensbereichen, die eigentlich in öffentlicher Verantwortung liegen. Dieser Einsatz für die Schutzsuchenden wird staatlicherseits als demokratische Tugend hochgehalten. Zugleich jedoch wurde nahegelegt, dass dieses private Engagement zwangsläufig nötig und unabdingbar wäre, um strukturelle Defizite wie Finanzknappheit und Personalmangel aufzufangen. Damit hat sich die Tatkraft der Freiwilligen als Parallelstruktur zum Beispiel auch zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge etabliert. Mobile Nothilfen und ehrenamtliche Sprechstundenformate in Unterkünften haben sich institutionalisiert, weil das Gesundheitssystem Geflüchteten nur begrenzt zugänglich ist. Damit wurden systemische Mängel verwaltet statt auf struktureller Ebene beseitigt. Fachkundige und eigentlich leistungsrechtlich verankerte Versorgungsleistungen wurden zum Akt der Nächstenliebe – obwohl auch Geflüchtete einen menschenrechtlich geschützten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben, der ihnen durch den Staat gewährt werden muss.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer bewegen sich seit über 30 Jahren an eben dieser Schnittstelle: im Spannungsfeld zwischen Menschenrechtsarbeit und Gesundheitsversorgung. Sie bieten psychosoziale Unterstützung ohne Ansehen des Aufenthaltsstatus und des Herkunftslandes an, wie es das Gebot der Nichtdiskrimi-

nierung eigentlich auch für staatliche Strukturen fordert. Bislang allerdings zu großen Teilen außerhalb genau dieser staatlichen Strukturen. Bundesweit halten inzwischen 34 dieser gemeinnützigen Organisationen niedrigschwellige Versorgungsangebote für die komplexen Bedarfe traumatisierter Geflüchteter vor – spenden- und projektfinanziert und daher mit stark begrenzter Kapazität und allzeit unsicherer Perspektive.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge blicken auf eine lange, bewegte Geschichte zurück. Sie haben viele politische Stimmungswechsel erlebt, haben Wertschätzung und Respekt für ihre Arbeit erfahren, politische Anfeindungen und viele prekäre Jahre der Isolation und Nichtbeachtung überstanden. Immer wieder standen einzelne Einrichtungen kurz vor dem finanziellen Aus, bevor sie in jüngster Zeit eine überwältigende Solidarität und Unterstützung erfahren haben. In all diesen Zeiten haben sie den Blick auf die Bedarfe und Interessen ihrer KlientInnen bewahrt, sich für Qualitätsstandards in der Behandlung und Betreuung von Geflüchteten eingesetzt und um die Rechtsansprüche ihrer KlientInnen auf einen bedarfsgerechten Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung gekämpft.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.) ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren. Seit 20 Jahren bündelt die BAFF die Interessen der Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft. Sie gibt regelmäßig Expertisen, Hintergrundpapiere und Versorgungsberichte heraus, die zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten Stellung beziehen.

Mit dieser Publikation aktualisiert die BAFF ihren bundesweiten Bericht zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland mit einer dritten Auflage. Der Versorgungsbericht fasst Befunde zum Versorgungsbedarf traumatisierter Geflüchteter zusammen und legt dar, welche Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen Geflüchteten formal nach Vorgaben internationaler Konventionen und EU-Richtlinien zustehen. Er gibt einen aktuellen Einblick in die Rechtsgrundlagen, auf deren Basis diese völker- und europarechtlichen Verpflichtungen in Deutschland eingelöst werden können.

Im empirischen Teil des Berichts werden die Versorgungsstrukturen vorgestellt, die aktuell für Geflüchtete existieren. Anhand der Ergebnisse einer Datenerhebung zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer wird überprüft, inwieweit Versorgungsangebote für Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind. Zentrale Versorgungsdefizite aber auch Modelle „guter Praxis“ werden beschrieben und mit Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis veranschaulicht. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse im Kontext der aktuellen politischen Diskurse und Entwicklungen und leitet Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen ab, die aus den Analysen zur Versorgungssituation folgen sollten.

VERSORGUNGS- BEDARF

Unsicherheit, Gewalt und Katastrophen steigen weltweit an. Die Erfahrungen, mit denen Geflüchtete hier in Deutschland ankommen, sind in ihrem Ausmaß oft unvorstellbar: Viele haben schwere Menschenrechtsverletzungen, Folter und Krieg überlebt, sexualisierte Gewalt erfahren, wurden verfolgt oder vertrieben. Sie mussten mit ansehen, wie ihre Angehörigen verhaftet, misshandelt oder vergewaltigt wurden, ohne dass sie etwas dagegen tun konnten. Eltern haben ihre Kinder auf der Flucht über das Mittelmeer verloren, weil es trotz allem keine sicheren Wege für sie gab, über die sie dem Grauen hätten entkommen können.

All das sind Erlebnisse, die oft zu grausam, zu zerstörerisch und zu unmenschlich sind, als dass ein Mensch sie verkraften kann und sich ohne weiteres wieder ein „normales“ Leben aufbauen kann. Viele Menschen werden von ihren Erinnerungen auch dann noch eingeholt, wenn die Gefahr und die Bedrohung „objektiv“ bereits vorüber zu sein scheinen: Sie können nicht mehr oder nur noch schlecht schlafen, wachen schweißgebadet aus Alpträumen auf, ziehen sich vielleicht von ihren Mitmenschen zurück, begegnen der Welt ängstlich und mit Misstrauen und verlieren womöglich auch zeitweise die Kontrolle über sich und ihre Gefühle.

Traumatische Erfahrungen, wie sie ein großer Teil der Geflüchteten erlitten hat, sind starke Einflussfaktoren für die physische und psychische Gesundheit. Das Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen ist bei Geflüchteten deutlich erhöht.

Inzwischen sind Traumatisierungen bei Geflüchteten auch im öffentlichen Diskurs sehr präsent – der Begriff „Trauma“ und auch die Diagnose der „**Posttraumatischen Belastungsstörung**“ (PTBS) bzw. „Posttraumatic Stress Disorder“ (PTSD) werden nahezu inflationär verwendet, um das Leid, das die Betroffenen erfahren haben, zu benennen. Doch oft bleibt im Unklaren, was genau sich dahinter verbirgt und nicht selten schleichen sich dabei auch begriffliche Unschärfen, Fehlannahmen und Ressentiments in die Debatte ein. Zum Teil entsteht der Eindruck, alle Geflüchteten seien infolge ihrer Erlebnisse zwangsläufig schwer und unheilbar psychisch krank; zum Teil werden problematische Assoziationen geweckt, z.B. dass die Gewalt, die Geflüchtete erlebt haben, in einem Kausalzusammenhang mit einer potentiellen Gewalttätigkeit ihrerseits stehen könnte.

Daher soll im Folgenden vorgestellt werden, was unter Traumafolgestörungen verstanden werden kann, wie diese entstehen und wie viele Geflüchtete davon betroffen sind (*Traumafolgestörungen bei Geflüchteten*). Außerdem wird aufgezeigt, was den Verlauf von Traumafolgestörungen beeinflussen kann und was die Betroffenen dringend brauchen, um die Erlebnisse zu verarbeiten (*Psychotherapeutische Behandlung*).



Abb 1: Arten von Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Menschen, die Traumatisches erlebt haben, können sehr unterschiedlich auf diese psychische Belastung reagieren. Eine häufige psychische Reaktion ist die Entwicklung einer von verschiedenen Traumafolgestörungen. Unter den Oberbegriff dieser Traumafolgestörungen können mehrere klinische Diagnosen fallen – u.a. die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) oder die „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ (CPTSD), aber auch depressive

Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Angststörungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung (auch: emotional instabile Persönlichkeitsstörung), die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und verschiedene Suchterkrankungen. Auch körperliche Erkrankungen können mit den Folgen eines traumatischen Erlebnisses in Zusammenhang stehen.

Somatoforme Störung

Von einer somatoformen Störung spricht man, wenn bei Menschen wiederholt verschiedene körperliche Beschwerden auftreten, für die keine eindeutige körperliche Ursache gefunden werden kann. Betroffene haben zum Beispiel Schmerzen in bestimmten Körperteilen

(z. B. Kopf, Rücken, Bauch usw.) oder leiden unter Schwindel, Verdauungsbeschwerden, Herz- oder Atemproblemen, für die es keine eindeutige (organ-)medizinische Erklärung gibt.

Borderline Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (DSM-5¹; American Psychiatric Association, 2013). Die Betroffenen haben meist langfristig große Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu steuern und innere Anspannung zu kontrollieren – sie fühlen sich einer inneren Achterbahn ausgeliefert, aus der sie nicht aussteigen können. Ihre Beziehungen können konflikthaft und instabil sein und sind häufig von einem Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet. Häufig zeigen Menschen, die unter dieser Störung leiden, impulsives Verhalten, mit dem sie sich selbst schaden (z.B. Alkohol- oder Substanzmissbrauch) – bis hin zu suizidalen oder selbstverletzenden Verhaltensweisen. Aber auch stark ausgeprägte Stimmungsausbrüche (z.B. eine hohe Reizbarkeit oder Angst sowie heftige

Wutausbrüche) oder im Gegenzug ein chronisches Gefühl der Leere gehören zu den Symptomen dieser Erkrankung.

Weil diese Beschwerden häufig im jungen Erwachsenenalter beginnen und oft sehr langfristig bestehen, wird in Psychologie und Medizin von einer „Persönlichkeitsstörung“ gesprochen.

In der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörungen gibt es sehr hohe Überschneidungen mit der posttraumatischen Belastungsstörung (79%), mit der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (55%) und mit schweren dissoziativen Störungen (41%) – sehr viele Menschen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, haben traumatische Ereignisse wie schwere körperliche, sexualisierte oder emotionale Gewalt erlebt (Sack, Sachsse, Overkamp, & Dulz, 2013).

1 Das DSM-5 (das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) ist die deutsche Ausgabe der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA). Es ist eines der beiden Systeme, mit dem neben der ICD-10 (die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) psychische Störungen diagnostiziert werden.



(Symbolbild: Foto von Unsplash, CCo / pixabay.com)

Die Posttraumatische Belastungsstörung

Im Folgenden soll zunächst auf die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) näher eingegangen werden. Die Diagnose wird in Politik und Medien immer häufiger als *die* Diagnose benutzt, um das Leid von Geflüchteten zu beschreiben. Daher sollen im Folgenden die Anzeichen für

eine PTSD-Diagnose und deren Auftretenswahrscheinlichkeit näher erläutert werden, damit ein Eindruck entstehen kann, wie viele Personen betroffen sind und welcher Bedarf sich daraus ergibt.

Symptomatik

Um die Diagnose PTSD nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zu bekommen, muss der oder die Betroffene einem schwerwiegenden und belastenden Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß ausgesetzt gewesen sein, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Die Symptome müssen in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auftreten (ein späterer Beginn ist jedoch möglich) und mindestens vier Wochen anhalten.

Symptome der PTSD

- **Wiedererleben:** ungewollte „Erinnerungsattacken“, Flashbacks, Alpträume
- **Übererregung:** Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten
- **Vermeidungsverhalten:** Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Situationen und Gesprächen, die die Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern, emotionale Abschottung, Gefühlstaubheit, Entfremdung
- **Weitere Symptome:** Ärger, Wut, Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle, negative Kognitionen (DSM V).

”

**Manchmal,
da ist mein Kopf nicht da.
Ich bin körperlich hier,
aber mein Kopf geht
irgendwo anders hin.**

Dissoziation

Dissoziation bedeutet „Trennung“ oder „Auflösung“ und stellt eine vom Betroffenen nicht steuerbare Reaktion auf belastende Situationen dar. In geringem Ausmaß ist dieses Phänomen von Überlebenden etwa eines Autounfalls bekannt: Sie spüren direkt danach kaum Schmerzen und können Hilfe organisieren, sich später aber nur bruchstückhaft daran erinnern. Dissoziation ist ein Schutzmechanismus für Menschen in traumatischen Situationen und kann eine Verarbeitung von Erlebnissen verhindern. Es kommt u.a. zur Reduktion einströmender Reize, Empfindungslosigkeit sowie verzerrter Zeitwahrnehmung. Es kann zum Entfremdungserleben oder zur Empfindung des Abgetrenntseins von der Umgebung – „Es ist alles so sonderbar, so komisch, so fremd um mich herum“ – (Derealisation) oder des Selbst/ des eigenen Körpers – „Ich bin nicht mehr ich“ – (Depersonalisation) kommen (Wittchen & Hoyer, 2011).

Arten von traumatischen Lebensereignissen

Eine Traumatisierung kann durch ein einzelnes, zeitlich begrenztes Ereignis ausgelöst werden, wenn Menschen z.B. bei einem Verkehrsunfall nur knapp dem Tod entkommen, einen gewaltsamen Überfall oder auch eine Naturkatastrophe überleben. In diesen Fällen spricht man von einem Typ-I-Trauma. Seine Kennzeichen sind das einmalige, unerwartete, plötzliche Auftreten, wie es etwa bei Unfällen der Fall ist. Auch einmalige Vergewaltigungen fallen unter die Kategorie der Typ-I-Traumata.

Wenn Menschen jedoch z.B. über einen längeren Zeitraum

misshandelt wurden, Kriege miterleben, mehrmals inhaftiert oder gar gefoltert wurden, dann umfasst das traumatische Erleben eine Reihe mehrerer Ereignisse, die sich häufen, wiederholen, länger andauern und damit kumulativ wirksam werden. Hier handelt es sich um Typ-II-Traumata.

Im Kontext Trauma und Flucht ist diese Unterscheidung von besonderer Relevanz. Das Leben vieler Geflüchteter ist geprägt von einer hohen Frequenz lang andauernder Bedrohungssituationen, geprägt durch Verfolgung, Gewalt und Misshandlungen. Kriegsverbrechen, Morde und sexu-

Arten von Trauma

Typ I Trauma Einmalig Akute Lebensgefahr Unerwartet	akzidentell  Verkehrsunfälle, kurz andauernde Naturkatastrophen, berufsbedingte Katastrophen	man-made-disaster  Gewaltsamer Überfall Einmalige Vergewaltigung
Typ II Trauma Wiederholt Langandauernd Teils vorhersehbar	 Lang andauernde Naturkatastrophen	 Sexueller Missbrauch/ Misshandlungen im Kindesalter, Krieg, Folter, Genozid

Abb 2: Arten von Trauma



elle Gewalt gehörten für viele Geflüchtete zum Alltag – und sie ereignen sich in einer gesellschaftlichen Atmosphäre, in der nichts mehr sicher ist; in der es immer möglich ist, dass das nächste Bombardement das eigene Haus treffen wird.

All dies sind Ereignisse, die Traumatisierungen vom sogenannten Typ II auslösen können. Ein entscheidender Unterschied zu einmaligen Traumatisierungen besteht darin, dass Personen, die in ihrer Unversehrtheit wiederholt

bedroht werden, in ihrem Grundgefühl von Sicherheit, im Gefühl selbst etwas dafür tun zu können, um einer bedrohlichen Situation zu entkommen, in erheblich stärkerem Maß erschüttert werden. Zugleich wird das Vertrauen in die eigene Person über die Zeit hinweg immer mehr in Frage gestellt. Für eine Frau, die wiederholt sexueller Gewalt zum Opfer fällt, stellt sich irgendwann womöglich die Frage: „Bin ich nicht vielleicht Schuld an dem, was passiert ist? Muss ich mich dafür schämen?“

man-made disaster

Zudem zählen die Gewalterfahrungen, die Geflüchtete erlitten haben, in den meisten Fällen zu den sogenannten man-made disasters. Sie wurden ihnen von Menschenhand zugefügt. Man weiß, dass Traumata, die intentional waren – also beabsichtigt stattgefunden haben – ein weit höheres Schädigungspotential haben, also eher zu Belastungsreaktionen führen als akzidentielle, z.B. Autounfälle. Das Spezifische ist hier das extreme Machtgefälle und dass die Zerstörung meist mit voller Absicht geschieht, um das Gegenüber zu erniedrigen bzw. bei Folter, die Persönlichkeit des Gegenübers zu zerstören.

Menschen, die langanhaltende psychische oder körperliche Gewalt von Menschenhand erleiden müssen, verlieren oft ihr Urvertrauen – ihr Vertrauen in die eigene Person, die Welt und ihre Mitmenschen. Die Psychotraumatologie spricht hier von „shattered assumptions“ – erschütterten

Die häufigsten traumatischen Erfahrungen von Geflüchteten in Deutschland

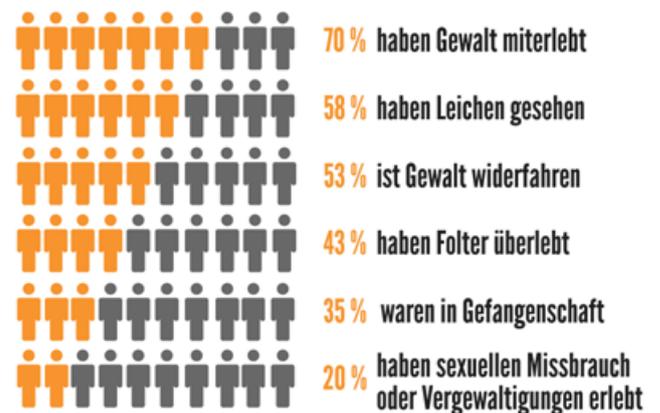


Abb 3: Die häufigsten traumatischen Erfahrungen bei Geflüchteten in Deutschland (nach Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006)



Eines der größten Probleme als ich das erste Mal hier war, die größte Angst in mir war, dass ich jetzt über alles reden muss, was mir passiert ist. Ich rede sehr ungern davon. Wenn ich wirklich anfangen darüber zu reden, fällt es mir sehr schwer. Dann gerate ich in einen Panikzustand.

Vermeidungsverhalten

Zur Symptomatik von Traumafolgestörungen gehören auch Symptome der Vermeidung. Unter Umständen erschweren genau diese Symptome es, eine Traumatisierung zu erkennen. Viele PatientInnen kommen mit unspezifischen Symptomen und reden nicht über ihre traumatischen Erfahrungen. Sie vermeiden es, sich an das Durchlittene zu erinnern, weil sie sich schämen und ihre Beschwerden dadurch zu nehmen. Sie wollen das alles nicht wiedererleben.

Grundannahmen. Selbstzweifel, Gefühle der Unsicherheit, der permanenten Bedrohung, der Wertlosigkeit und der Schwäche können auftauchen. Die Welt wird als bedrohlich

und unberechenbar wahrgenommen, die Wahrscheinlichkeit, dass noch einmal ein dramatisches Ereignis eintritt, wird als hoch eingeschätzt.

Weitere Traumafolgestörungen und komorbide Störungen

Neben der PTSD gibt es weitere Traumafolgestörungen, obwohl im öffentlichen Diskurs und in den Medien die PTSD häufig als *die* Traumafolgestörung erwähnt wird. Es gibt eine Reihe weiterer Erkrankungen, die als Folge extremer Belastungen auftreten können: z.B. Depressionen, Angst- sowie psychosomatische oder auch substanzbezogene Störungen. Meist kommt es zur Entwicklung mehrerer Störungen (Komorbiditäten). Eine Studie zeigte, dass bei etwa 88 % der PatientInnen mit einer PTSD mindestens eine weitere psychische Störung vorliegt, bei 76 % mindestens zwei weitere Störungen (Perkonig et al., 2000).

Darüber hinaus gibt es auch eine Reihe körperlicher Erkrankungen, die als Folge psychischer Traumatisierungen auftreten können, als komorbide Störung oder als alleinige Folge. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl bei Erwach-

senen als auch bei Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischer Belastungsstörung das Risiko für körperliche Erkrankungen erhöht ist (Sack, Lahmann, Jaeger, & Henningsen, 2007). Dies ist vor allem für Herz- und Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall (Gradus et al., 2015) aber auch für immunologische Erkrankungen (Asthma, Gelenkentzündungen, Ekzeme,...) (Qureshi, Pyne, Magruder, Schulz, & Kunik, 2009) belegt.

Doch nicht alle Geflüchtete, die traumatischen Situationen ausgesetzt waren, entwickeln Traumafolgestörungen. Dies ist nicht nur von der Art, der Schwere und der Häufigkeit der traumatischen Erfahrung abhängig, sondern insbesondere von der Zeit danach, in der eigentlich die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen beginnen könnte.



EXPERTINNENWISSEN

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

In Fachkreisen wird vielfach diskutiert, dass die Klassifikation der PTSD nach den medizinisch-psychiatrischen Diagnoseklassifikationssystemen „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD“ (von der Weltgesundheitsorganisation) oder „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM“ (von der American Psychiatric Association) der Komplexität und Heterogenität von Traumafolgestörungen nicht gerecht wird. Vor allem in Bezug auf Diagnosen bei Geflüchteten wird der westliche Traumbegriff dafür kritisiert, dass er traumatische Erfahrungen als individuelle Probleme darstellt und dabei die Spezifik traumatischer Situationen vor, während und nach der Flucht in ihrem gesellschaftlichen Kontext vernachlässigt.

Bereits 1992 wurde der Begriff der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ durch Judith Herman eingeführt, die versuchte Symptome von Überlebenden langandauernder traumatischer Erfahrungen zu beschreiben. In der neuen Ausgabe der ICD (ICD-11) soll die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (CPTSD) als eigenständige Diagnose aufgenommen werden. Als Ergänzung zu dem Symptomcluster der

PTSD kommen folgende Aspekte hinzu: affektive Dysregulation, negatives Selbstkonzept, interpersonelle Probleme (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013; Ford, 2015; Maercker et al., 2013).

Die Brauchbarkeit einer weiteren Diagnose wird im Fachdiskurs ambivalent diskutiert. Auf der einen Seite gibt es die Argumentation, dass deutliche Überlappungen in der Symptomatik der CPTSD und anderer Diagnosen wie PTSD, Borderline-Persönlichkeitsstörung (interpersonelle Probleme, affektive Dysregulation) und depressiven Störungen (negatives Selbstkonzept und affektive Dysregulation) (Resick et al., 2012) bestehen und keine weitere Diagnose seien. Auf der anderen Seite wird dennoch für differenzierte PTSD-Diagnosen argumentiert und u.a. die Validität der CPTSD-Diagnose empirisch herausgestellt (Cloitre et al, 2013; Perkonig et al, 2016). Für die Gruppe der Geflüchteten könnte die Aufnahme des CPTSD in das ICD-11 von Bedeutung sein, da eine Abbildung der Komplexität der Belastungen besser möglich wird. Die heterogene Symptomatik, die sonst als Komorbidität diagnostiziert wird, kann mit Hilfe der CPTSD abgebildet und damit eine oft kritisierte diagnostische Lücke geschlossen werden.

Verbreitung und Verlauf von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Menschenrechtsverletzungen, wie sie die meisten Geflüchteten erlebt haben, können erschreckende Auswirkungen auf die Psyche der Betroffenen haben. Angesichts dieses zerstörerischen Potentials wird häufig die Frage aufgeworfen, ob nicht potentiell alle Geflüchtete traumatisiert sind. Im Folgenden wird beleuchtet, wie verbreitet Traumafol-

gestörungen in der Allgemeinbevölkerung und vor allem unter Geflüchteten sind, welchen Verlauf sie nehmen und welchen Einfluss Risiko- und Schutzfaktoren auf die Möglichkeiten zur Verarbeitung traumatischer Erfahrungen haben.

Verbreitung von Traumafolgestörungen

Der Anteil der Menschen, die in der Allgemeinbevölkerung an einer PTSD leiden, liegt bei einer 1-Monats-Prävalenz von 1 bis 3,5 % (Maercker, 2008). Das heißt, dass 1 bis 3,5 % der Allgemeinbevölkerung angeben, dass bei Ihnen im letzten Monat eine PTSD bestand, die von einem Arzt oder einer Ärztin diagnostiziert wurde. Die 12-Monats-Prävalenz, d.h. der Anteil der Personen, die im letzten *Jahr* angaben, unter einer PTSD zu leiden, liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 2,3 % (Jacobi et al., 2014).

Internationale Studien weisen darauf hin, dass die Rate der PTSD bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um etwa das Zehnfache erhöht sein könnte (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005).

Steel und Kollegen (2009) führten eine der bislang umfangreichsten Meta-Analysen für den Zeitraum von 1980 bis 2009 mit insgesamt 5904 Forschungsartikeln zu Prävalenzraten von Posttraumatischer Belastungsstörung

und Depression unter Menschen mit Folter-, Trauma- und Fluchterfahrung durch. Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen höheren Prävalenzraten von PTSD und Depression bei Folter- und Traumaerfahrungen. Diese Meta-Analyse schließt mehr als 81.000 Personen aus 40 verschiedenen Ländern ein und liefert Prävalenzraten von 30,6 % für die posttraumatische Belastungsstörung und 30,8 % für depressive Erkrankungen (Steel et al., 2009).

Auch aus neusten Studien, die hauptsächlich Geflüchtete aus aktuellen Kriegsgebieten (vor allem aus Syrien und dem Irak) befragen, gehen Prävalenzraten von 33,5 % für die PTSD (Alpak et al., 2015) hervor. Ein Review zur Verbreitung von PTSD und Depressionen unter irakischen Geflüchteten von 2015 zeigt, dass die Prävalenzraten für PTSD zwischen 8 und 37 % schwanken und für Depressionen zwischen 28 und 75 % (Slewa-Younan, Guajardo, Heriseanu, & Hasan, 2015).

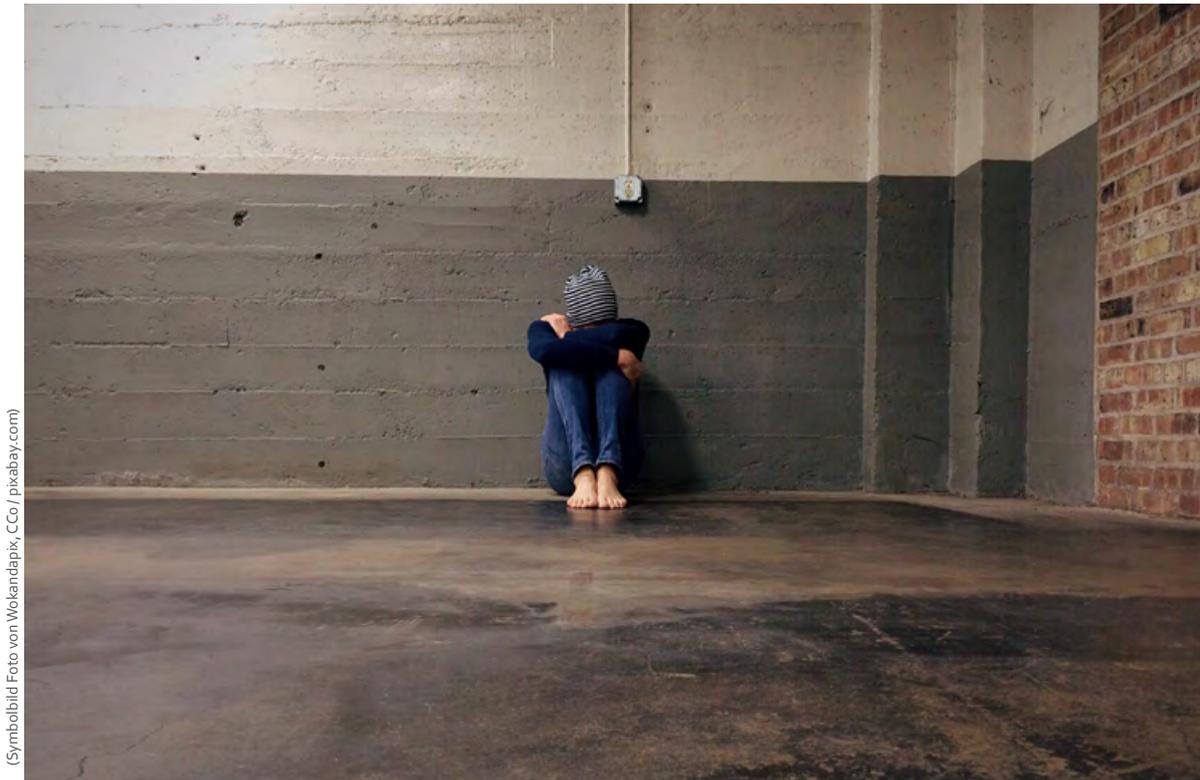
Exkurs: Epidemiologie

Die **Epidemiologie** befasst sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in der Bevölkerung oder in ausgewählten Populationen. Sie nähert sich also der Frage, wie viele Personen von bestimmten Krankheiten betroffen sind, ob und wenn ja für wen das Risiko zu erkranken eher ab- oder eher zunimmt und welche Faktoren es beeinflussen.

In unserem Fall ist es die Häufigkeit (**Prävalenz**) von psychischen Störungen, die geflüchtete Menschen in Folge von massiven Menschenrechtsverletzungen und/oder Gewalterfahrung aufweisen. Zu den häufigsten sogenannten psychischen Traumafolgestörungen gehö-

ren dabei die Posttraumatische Belastungsstörung und die Depression.

Man unterscheidet zwei Arten von Prävalenzen: die Zahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung *zu* einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz – ein gewählter Stichtag) oder *innerhalb* eines bestimmten Zeitraums (Lebenszeitprävalenz, 1-Monats-Prävalenz – also etwa während des letzten Monats oder im Verlauf des bisherigen Lebens einer Person). Bei der Prävalenz wird die Gesamtzahl aller Erkrankten zu dem Untersuchungszeitraum berücksichtigt, gleichgültig, wann sie erkrankt sind.



(Symbolbild Foto von Wokandapix, CCo / pixabay.com)

Traumatisierte Geflüchtete in Deutschland

Für das Versorgungsgebiet der Bundesrepublik fehlt es bislang an einer soliden Datenbasis zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten (Razum, Saß, & Bozorgmehr, 2016). Eine der wenigen Studien zur psychopathologischen Belastungssituation von Asylsuchenden in Deutschland zeigt eine Punktprävalenz für die PTSD von 40% (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006)². Etwas neuere und größer angelegte Studien zur Situation in Deutschland zeigen Punktprävalenzen für die PTSD von 33,2% und für Depressionen von 21,9% (Niklewski, Richter, & Lehfeld, 2012). Es wird deutlich, dass auch in Deutschland ähnliche Prävalenzraten gefunden werden können wie in internati-

onalen Studien. Die Datenlage zur Verbreitung von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten in Deutschland ist, wie international auch, allerdings dünn und Studien weisen oftmals nur kleine Stichproben auf, die auf die Diversität der Gruppe kaum eingehen können. Eine Generalisierung der Daten erschwert das deutlich. Hier besteht nach wie vor hoher Forschungsbedarf – nicht allein zur Häufigkeit psychischer Störungen, sondern vor allem auch zum komplexen Spektrum der Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf für Geflüchtete besteht (vgl. *"post-migration-stressors" bei Geflüchteten in Deutschland*).

Verbreitung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiographie haben oft schon sehr früh Gewalterfahrungen erlebt und/oder enge Bezugspersonen verloren. Diese Erlebnisse können vielfältige und oft schlecht zuzuordnende Folgen für die psychische Gesundheit, die Entwicklung und das soziale Verhalten der Heranwachsenden haben.

So berichten Kinder und Jugendliche, die vor, während und nach der Flucht Traumatisches erleben mussten, oft über immer wiederkehrende, lebhaftere Bilder und Geräusche des

traumatischen Ereignisses, sie leiden häufig unter starken Angst- und Schlafstörungen, haben Alpträume, zeigen Störungen des Appetits, psychosomatische Symptome und oft starke Ängste (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012). Es treten aber auch vermehrt sogenannte „regressive Verhaltensweisen“ auf, also Handlungen, die für deutlich jüngere Kinder typisch sind und über die das Kind sich eigentlich bereits hinausentwickelt hatte: Kinder sprechen vielleicht wieder eine eher kleinkindliche Sprache, nassen wieder ein, beherrschen plötzlich Fähigkeiten nicht mehr, die sie be-

² Die AutorInnen der bereits elfjährigen Studie geben an, dass die geringe Stichprobe (76 Asylsuchende, wovon nur 41 durch PsychologInnen gescreent wurden) mit dem "historischen Tiefstand an Asylbewerber-Neuzugängen in Deutschland" (Gäbel et al. 2006, S.16) zu begründen ist. Die Prävalenzzahlen für PTSD von 40% für Deutschland gehen einher mit Ergebnissen internationaler Prävalenzstudien. Eine aktualisierte, repräsentative Studie zur psychopathologischen Belastungssituation von Asylsuchenden in Deutschland ist weiterhin dringend notwendig, um Forschungslücken zu schließen.



Sprach(en)los

Der 9-jährige Sohn einer Familie aus Mazedonien wird zur Diagnostik und zur Abklärung der Möglichkeit einer therapeutischen Behandlung im Psychosozialen Zentrum vorgestellt.

Der Junge ist nervös, wirft Gegenstände und weint sehr viel. Die Eltern berichten, dass er seiner Schwester mit dem Messer droht und sie beißt. Die Schwester habe häufig Hämatome von den Schlägen ihres Bruders. Als der Junge vier Jahre alt war, seien im Herkunftsland mehrere Männer zu der Familie ins Haus gekommen und haben den Vater in seiner Anwesenheit brutal geschlagen.

Seit diesem Vorfall vor fünf Jahren rede er nicht mehr.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Familie abgewiesen mit der Begründung, man müsse direkt mit dem Jungen sprechen können. Die Familie solle wiederkommen, wenn der Junge Deutsch gelernt habe. Auf den Einwand hin, der Junge sei mutmaßlich traumatisiert, spreche auch seine Muttersprache nicht mehr und habe deswegen absehbare Schwierigkeiten schnell die deutsche Sprache zu erlernen, wurde die Familie an eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin weiterverwiesen. Wie sich herausstellte, spricht diese weder die Muttersprache der Eltern, noch arbeitet sie mit DolmetscherInnen. Auf der Suche nach einer adäquaten Versorgung konnte der Familie im Psychosozialen Zentrum in Halle eine psychosoziale Kurzzeitbetreuung für den Jungen angeboten werden.

reits gut erlernt hatten oder leiden unter „hyperkinetischen Störungen“³ (Carli, 1992). Hinzu kommt oftmals, dass die Eltern ihren Kindern aufgrund ihrer eigenen psychischen Belastung nicht die Aufmerksamkeit und den Schutz geben können, die eigentlich nötig wären (Bräutigam, 2000).

Studien zeigen, dass bei mehr als der Hälfte der geflüchteten Kinder in Deutschland psychologische Belastungssymptome vorliegen, 40 % der Kinder sind durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht u.a. in der Schule aber auch in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich eingeschränkt (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008).

Fazit

Allein jeder vierte Erwachsene in Deutschland leidet an einer psychischen Störung (Jacobi et al., 2014)⁴. Durch eine erhöhte Belastung aufgrund von erlebten (länger andauernden) traumatischen Ereignissen (man-made disasters) erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken. Im internationalen Kontext wie auch durch die für Deutschland existierenden empirischen Stu-

Fast jedes fünfte geflüchtete Kind (19 %) erfüllt die vollen Kriterien der PTSD, 15 Mal häufiger als bei in Deutschland geborenen Kindern (Ruf, Schauer, & Elbert, 2010). In Deutschland sind 1,2 % der Kinder von einer PTSD betroffen (Essau, Conradt, & Petermann, 2000; Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). In Reviews und anderen internationalen Studien werden teilweise noch höhere PTSD-Raten herausgestellt (Attanayake et al., 2009; Bronstein, & Montgomery, 2011; Fazel et al., 2012): So zeigen Studien aus Großbritannien, dass 34 % der dort lebenden afghanischen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge erhöhte PTSD-Werte (Bronstein, Montgomery, & Dobrowolski, 2012) aufweisen.

dien ist belegt, dass Geflüchtete häufiger an Traumafolgestörungen leiden als die Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse eines aktuellen Reviews zur Studienlage der letzten 25 Jahre in Deutschland zeigen, dass bei Geflüchteten die Prävalenzen für PTSD in populationsbasierten⁵ Studien zwischen 16 und 55 % liegen (Bozorgmehr et al., 2016) – im Vergleich zu 2,3 % bei der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2014).

³ Hyperkinetische Störungen treten meist in den ersten fünf Lebensjahren auf und werden umgangssprachlich auch mit „Zappelphilipp“ umschrieben. Es besteht ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen oftmals mit einer übermäßigen Aktivität und Impulsivität verbunden.

⁴ Nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) liegt die 12-Monatsprävalenz für irgendeine psychische Störung in der Allgemeinbevölkerung der BRD bei 28 % (Jacobi et al., 2014).

⁵ Populationsbasierte Studien entsprechen Vollerhebungen, meist mit der Population als Grundgesamtheit im Gegensatz zu institutionsbasierten Studien, bei denen die Teilnehmenden über den klinischen bzw. therapeutischen Kontext rekrutiert wurden. In institutionsbasierten Studien wurden Prävalenzen von 7 % bis 77 % gefunden (Bozorgmehr u. a., 2016)

Verlauf von Traumafolgestörungen

Im Zusammenhang mit der weit verbreiteten Beschreibung von Traumafolgestörungen mit dem Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung entsteht häufig der Eindruck, bei Traumatisierungen handele es sich immer um Ereignisse, die in der Vergangenheit liegen und die die betroffene Person im Anschluss verarbeiten oder aber auf die man eine psychische Belastungsreaktion entwickeln kann. Das Trauma wird in dieser Konzeption als einzelnes, herausgelöstes Ereignis – als konkreter Stressor – betrachtet, das einen Anfang und ein Ende hat, auf dessen Ende wiederum eine Reaktion folgt. Für Menschen, die langandauernde Gewalt erfahren haben, die überdies unauflöslich

mit komplexen politischen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen verwoben ist, erweist sich diese Traumakonzeption häufig als unzureichend (Becker, 2006; Brensell & Weber, 2016). Die Zerstörung von Identitäten und ganzen Gemeinschaften durch politische Unterdrückung und kriegerische Handlungen haben häufig Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Überlebenden, die mit komplexeren Kategorien erfasst werden müssen. Ein wegweisendes Konzept für das Verständnis von Traumatisierungen bei Geflüchteten ist das der „Sequentiellen Traumatisierung“ von Hans Keilson.

Sequentielle Traumatisierung nach Keilson

Der Psychiater Hans Keilson (2005) führte eine systematische Langzeiterhebung durch, bei der er die Auswirkungen der Verfolgungserfahrungen ehemaliger jüdischer Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust in Verste-

cken oder Pflegefamilien überlebt hatten, analysierte. Er prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „sequentiellen Traumatisierung“, das heißt er identifizierte drei „Sequenzen“, die das Trauma dieser Kinder ausmachten:



Abb 4: Die drei Sequenzen des Traumas nach Keilson

Zentrales Ergebnis der Studie von Keilson ist, dass die persönliche Belastungssituation der Überlebenden mit dem Ende der Verfolgungssituation keineswegs ein Ende fand. Für diese durch den Holocaust zu Waisen gemachten Kinder war nicht nur die direkte Verfolgung, sondern auch die darauffolgende Phase von entscheidender Bedeutung. Die Wiedereingliederungsphase wird von den Befragten als die schwierigste Zeit der extremen Belastungssituation beschrieben. Die Kinder, die in der Nachkriegszeit unter relativ guten Bedingungen aufwuchsen, erwiesen sich als psychisch stabiler bzw. gesünder als diejenigen, die eine schwierige Nachkriegszeit (dritte Sequenz) nach einer (vergleichsweise) weniger schrecklichen zweiten Sequenz erlitten hatten.

***Unter
Sequentieller Traumatisierung
wird Trauma nicht als ein
einmaliger Vorgang verstanden,
sondern als ein langer Prozess
mit verschiedenen Phasen
oder verschiedenen
traumabezogenen Sequenzen.***

Nach Keilson wird damit „Trauma als Prozess“ gesehen, wonach nicht mehr nur *ein* traumatisches Ereignis, sondern eine *Abfolge* von Ereignissen betrachtet werden sollte. Damit erweitert dieses Konzept das biomedizinische Verständnis von Trauma als medizinische Vorstellung mit festgelegten Symptomatiken oder dem Verständnis von einem innerpsychischen Prozess, der neurobiologische Gedächtnisveränderungen bewirkt. Keilson fokussiert auf die zeitliche Dimension des Traumatisierungsprozesses und berücksichtigt die sozialen und politischen Einflussfaktoren. Für die Bewältigung der Erlebnisse spielen insbesondere die Lebensbedingungen der Nachkriegszeit und die damit verbundene Möglichkeit, die Traumatisierungskette zu durchbrechen, eine bedeutsame Rolle.

Bei der Bearbeitung von traumatischen Erlebnissen sollte daher die Aufmerksamkeit des Gegenübers nicht nur auf der ersten und zweiten traumatischen Sequenz, d.h. z.B. den Kriegserlebnissen und der Flucht, liegen, sondern darüber hinaus auch die dritte Sequenz, d.h. die Lebenssituation im Exil, in ihrem außergewöhnlichen Schweregrad berücksichtigt werden. Das Konzept der Sequentiellen Traumatisierung bezieht alle Personen, die mit der betroffenen Person in Kontakt stehen, mit ein und nimmt diese in die Pflicht (Kühner, 2002). Die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse, die die Geflüchteten umgeben und die durch unsere Gesellschaft maßgeblich gestaltbar sind, können nicht mehr ausgeklammert werden und spielen eine Schlüsselrolle für die Genesung und das Wohlergehen der Betroffenen. Somit ist nach Becker (2006) ein umfassendes Wissen über gesellschaftliche, kulturelle, politische und rechtliche Kontexte der Geflüchteten notwendig, um adäquate Unterstützung leisten zu können.

"post-migration-stressors" bei Geflüchteten in Deutschland

Nicht nur die Zeit vor oder während der Flucht wirkt sich deutlich auf den Gesundheitszustand der KlientInnen aus, sondern ebenso Stressoren, die im Ankunftsland auftreten (Postmigrationsstressoren) (Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006). Dabei kann unterschieden werden in **strukturell-institutionelle Stressoren** wie z.B. die Unterbringung in Massenunterkünften, der Verlauf des Asylverfahrens oder die Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung und **individuelle Aspekte** wie Diskriminierungserfahrungen, sprachliche Barrieren oder Verlust von nahestehenden Personen (Böttche, Heeke, & Knaevelsrud, 2016).

Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, die in der Regel an entlegenen Orten am Stadtrand oder in Industriegebieten angesiedelt sind, beinhaltet oftmals repressive Regelungen bei der Anwesenheitskontrolle, stark beengte Wohnverhältnisse ohne Privatsphäre und wenig Schutz für besonders schutzbedürftige Geflüchtete wie z.B. schwangere und/oder allein reisende Frauen, ältere Menschen oder auch Personen, die unter psychischen Störungen leiden (Pieper, 2008; Wendel, 2014). In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass diese Form der Unterbringung einen negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation hat (Gavranidou et al., 2008; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, & De Jong, 2005; Porter & Haslam, 2005).

Auch der Kontakt zu und Termine bei Ämtern, wie dem Sozialamt oder der Ausländerbehörde und die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) setzt viele Geflüchtete stark unter Stress (Heeren et al., 2012; Schock, Rosner, & Knaevelsrud, 2015). Dies kann sich auch negativ auf ihren Gesundheitszustand auswirken. In

Studien wurden darüber hinaus noch weitere Postmigrationsstressoren auf struktureller Ebene herausgestellt, u.a. Probleme bei der Arbeitssuche und damit verbunden eine finanzielle Unsicherheit, Diskriminierungserfahrungen oder Probleme bei der Familienzusammenführung (Laban et al., 2005).

Der fehlende Aufenthaltsstatus und ein damit verbundenes Leben in Unsicherheit hat einen deutlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der KlientInnen (Albers, 2013; Porter & Haslam, 2005). Je länger ein Asylverfahren dauert, desto höher ist auch die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen und körperlichen Gesundheitsproblemen (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders, & De Jong, 2004). Doch selbst wenn der Aufenthalt gesichert ist und z.B. eine Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft vorliegt, heißt das noch nicht, dass dadurch auch automatisch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit eintritt: Vor allem die Lebensbedingungen (Wohnsituation, Arbeitssituation, Zugang zur Gesundheitsversorgung etc.), die sich oft durch einen festen Aufenthaltstitel verbessern, haben einen deutlichen Einfluss auf den Gesundheitsstatus – nicht der Aufenthaltstitel selbst (Lamkaddem, Essink-Bot, Devillé, Gerritsen, & Stronks, 2015). So sorgten u.a. fortwährende Arbeitslosigkeit und Probleme beim Familiennachzug auch bei anerkannten Flüchtlingen mit PTSD oft dafür, dass die Symptomatik auch nach drei Jahren noch bestand (Lie, 2002).

Wirken mehrere Postmigrationsstressoren zusammen, besteht ein erhöhtes Risiko für die Betroffenen an einer Traumafolgestörung (z.B. PTSD oder Depression) zu erkranken (Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011).

strukturell-institutionell

-  Wohnverpflichtungen
-  Asylverfahren/evtl. Asylklageverfahren
-  Anhörung, Amtstermine
-  Warten auf adäquate gesundheitliche Versorgung
-  Arbeitssuche
-  Probleme beim Familiennachzug
-  Diskriminierung

individuell

-  Diskriminierungserfahrungen
-  sprachliche Barrieren
-  Verlust von Familie und FreundInnen

Abb 5: Gegenüberstellung struktureller-institutioneller und individueller Stressoren



Abb 6: Einige Risikofaktoren der Entwicklung und/oder Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Ebenso wie Risikofaktoren existieren jedoch auch Schutzfaktoren, wie z.B. familiäre Beziehungen, vorhandene Bindungen und soziale Unterstützung. Bedingungen, die eine Wiederherstellung und Stärkung von Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit und Identität ermöglichen, zählen zu diesen schützenden Einflussfaktoren (Silove et al., 2007).

Äußere Sicherheit durch einen festen Aufenthaltsstatus und damit Veränderungen in der Lebenssituation haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Teilhabe der Menschen in der Aufnahmegesellschaft. Teilhabe und Inklusion schützen vor psychischer Erkrankung. Sie ermöglichen, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegen zu setzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Fokus Kinder und Jugendliche

Traumatische Ereignisse, wie z.B. auch die Trennung von den Eltern, Entführungen oder sexueller Missbrauch sind auch bei Kindern und Jugendlichen nicht nur auf die Zeit vor oder während der Flucht beschränkt. Auch bei Kindern können die Lebensbedingungen nach der Flucht zu psychischen Auffälligkeiten führen. Untersuchungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Deutschland zeigen, dass bei bis zu 50 % der Kinder und Jugendlichen zumindest zeitweise psychische Belastungsreaktionen auftreten (Gavranidou et al., 2008). Eine Studie über den Zeitraum von vier Jahren zeigt auf, dass ein über längere Zeit unsicherer Aufenthaltsstatus auf Kinder besonders belastend wirkt (Zijlstra, Kalverboer, Post, Knorth, & Brummelaar, 2012)⁶.

Was geflüchtete Kinder und Jugendliche vor psychischen Belastungsreaktionen schützen kann, wird in unterschiedlichen Studien gezeigt. Als Schutzfaktoren werden von den Kindern und Jugendlichen die Unterstützung von Freunden (Kovacev & Shute, 2004) und Familie (Montgomery, 2008) aber auch positive Erfahrungen in der Schule (Kia-Keating & Ellis, 2007; Kovacev & Shute, 2004) genannt. Risikofaktoren sind u.a. Diskriminierungserfahrungen (Montgomery, 2008; Sujoldzić, Peternel, Kulenović, & Terzić, 2006), Änderungen der Wohnsituation im Ankunftsland (Nielsen et al., 2008; Tousignant et al., 1999), eine schlechte finanzielle Situation (Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunniff, 2008; Sujoldzić et al., 2006) und psychische Probleme in der Familie (Angel, Hjern, & Ingleby, 2001).

⁶ Im Vergleich zur Studie zum Einfluss des Aufenthaltstitels auf das psychische Befinden bei Erwachsenen (Lamkaddem, Essink-Bot, Devillé, Gerritsen, & Stronks, 2015) wurde bei Zijlstra et al. jedoch nicht der Einfluss der Lebensbedingungen auf das psychische Befinden gesetzt durch den Aufenthaltsstatus abgefragt und kontrolliert. Auch bei Kindern ist der vermittelnde Einfluss des Aufenthaltstitels denkbar, was zukünftige Forschung mitberücksichtigen sollte.

Psychotherapeutische Behandlung

Die Behandlung von Traumafolgestörungen ist in der Regel unerlässlich, um die Gefahr der Chronifizierung zu reduzieren. Psychotherapie führt in vielen Studien zu einer signifikanten Reduktion der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Depression und der Angstsymptome (Lambert & Alhassoon, 2015; McFarlane & Kaplan, 2012; Slobodin & Jong, 2015).

Nach den S3-Leitlinien gilt Psychotherapie bei Traumafolgestörungen als die Behandlungsmethode erster Wahl (Flatten et al., 2011). Psychopharmakotherapie hingegen ist als alleinige Therapie z.B. der PTSD nicht wirksam, kann aber zur Unterstützung der Symptomkontrolle hilfreich sein: Medikamente können symptomorientiert zur Behandlung von z.B. Schlafstörungen und zur Reduktion innerer Anspannung angewandt werden – sie ersetzen jedoch nicht die traumaspezifische Psychotherapie (Flatten et al., 2011).

Entsprechend der S3-Leitlinien besteht eine Traumatherapie für PTSD aus drei Phasen:

1. Abklärung der Stabilität und ggf. Stabilisierung,
2. Traumabearbeitung und
3. Psychosoziale Reintegration.

Die Stabilisierung der Betroffenen, d.h. die Herstellung von innerer und äußerer Sicherheit, ist ein zentraler Schritt bei der Bearbeitung eines Traumas (Reddemann, 2006). Bei Betroffenen mit schweren und komplexen Traumatisierungen ist die Stabilisierungs- und Ressourcenarbeit von großer Bedeutung. Zu frühe Konfrontation ohne ausreichende Stabilisierung kann zu Destabilisierung und psychischer Dekompensation führen. Eine Traumabearbeitung ist nur bei ausreichender Stabilität und mit der Einwilligung des/der PatientIn indiziert (Flatten et al., 2011). Die Therapie sollte zudem die größtmögliche Selbstbestimmung über den Bearbeitungsprozess erfordern, um eine Wiederholung von Erfahrungen der Fremdbestimmung und Ohnmacht zu verhindern (Brensell & Weber, 2015).

Sowohl für die Betroffenen als auch für PsychotherapeutInnen sind traumatische Erlebnisse und die Reaktionen dar-

auf schwer zu verstehen. Besonders wichtig ist daher eine Aufklärung, Entstigmatisierung und Entpathologisierung der Reaktionen im Sinne von:



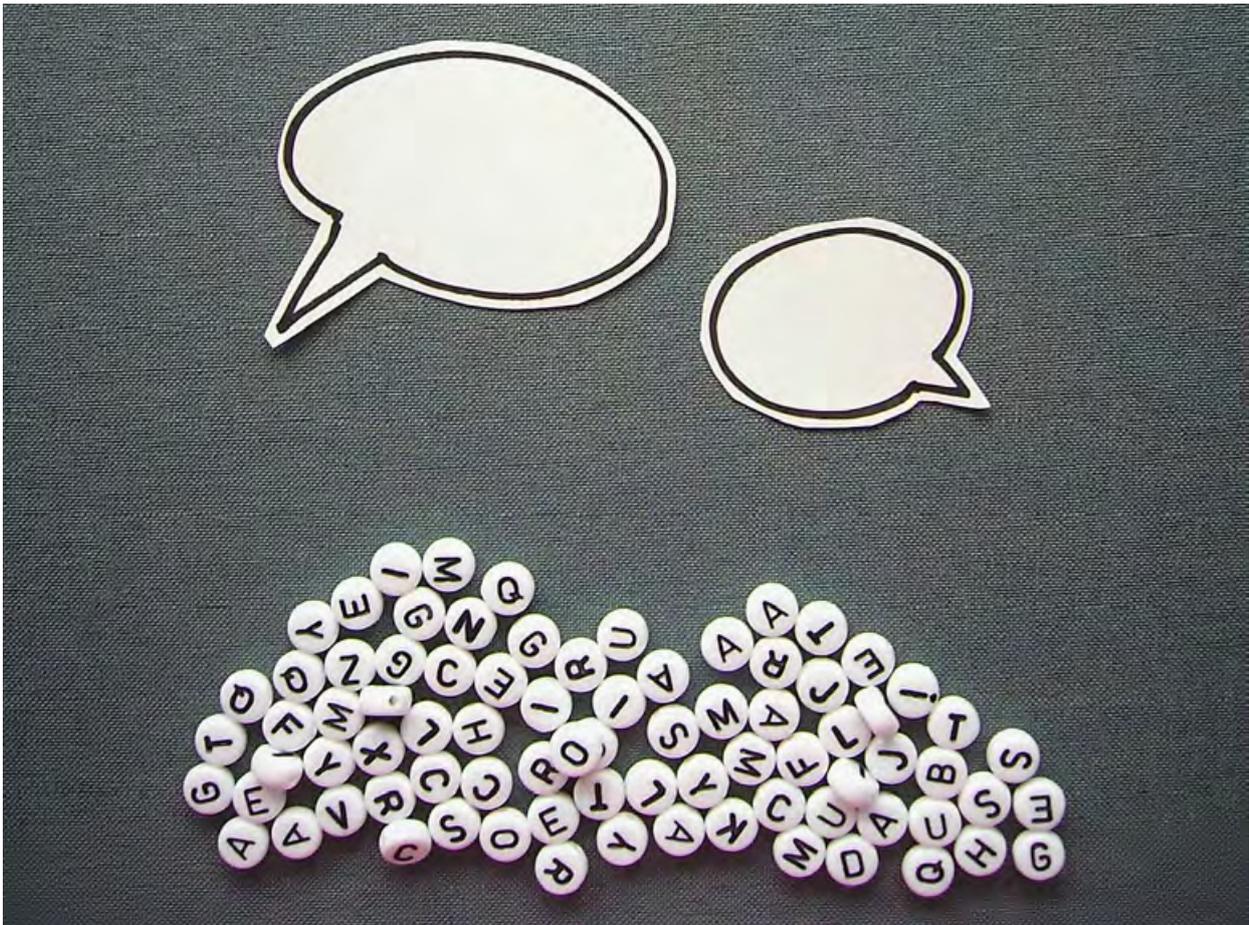
Das, was Sie gerade erleben, ist eine normale Reaktion auf ein unnormales Erlebnis.



Neben der Behandlung von komplexen und chronischen psychischen Problemen ist die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen auch beeinflusst durch die Lebenswirklichkeit von geflüchteten KlientInnen. In wissenschaftlichen Studien stehen die Faktoren „Asylverfahren“ und „Unsicherheit der aufenthaltsrechtlichen Situation“ mit der Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen in bedeutsamen Zusammenhang (Heeren et al., 2014). Daher sollten die spezifische Lebenslage und die möglicherweise nicht vorhandene externe Stabilität und Sicherheit beachtet werden. Dies betrifft insbesondere aufenthaltsrechtliche Bedingungen, wie die Androhung einer zwangsweisen Rückführung in das Herkunftsland.

Daher gilt es, die psychotherapeutischen Methoden auf die Bedürfnisse der KlientInnen anzupassen und die Ereignisse außerhalb der Therapie (Änderung des Aufenthaltsstatus, Abschiebungsandrohung, Veränderung der Wohnsituation, Familiennachzug, etc.) und die damit verbundenen Bedürfnisse flexibel in den Therapieprozess einzubauen. Psychotherapie mit Geflüchteten wird deutlich geprägt durch migrationspezifische Belastungen, auf die die Personen, aber auch die PsychotherapeutInnen im Rahmen der Therapie oftmals nur wenig Einfluss haben. Daher ist für eine erfolgreiche Behandlung eine gute Vernetzung zu RechtsanwältInnen, SozialarbeiterInnen und Ehrenamtlichen dringend erforderlich.

Die Psychosozialen Zentren, die auf die Versorgung von Flüchtlingen spezialisiert sind, verfolgen eine enge Vernetzung von AkteurInnen und den multimodalen Ansatz: Neben Psychotherapie bieten sie Beratung zur Absicherung des Aufenthalts und Verbesserung der Unterbringungssituation, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung (Ausbildung, Arbeitserlaubnis, etc.), Sprachkurse und Begleitung durch Ehrenamtliche an. Alle Angebote erfolgen bei Bedarf mit Hilfe professioneller SprachmittlerInnen (vgl. *Versorgungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer*).



Sprachmittlungsgestützte Psychotherapie

Für eine Psychotherapie ist die sprachliche Verständigung zwischen TherapeutIn und KlientIn unabdingbar. Dies macht häufig den Einsatz von qualifizierten und für dieses spezifische Setting geschulten SprachmittlerInnen notwendig. Das Hinzuziehen von SprachmittlerInnen im psychotherapeutischen Kontext ist mehrfach evaluiert worden. Studien zeigen, dass Psychotherapie mit SprachmittlerInnen bei traumatisierten Geflüchteten genauso wirksam ist wie Psychotherapie, in der keine Sprachmittlung benötigt wird (Lambert & Alhassoon, 2015). Psychotherapie mit SprachmittlerInnen ist anspruchsvoll und stellt PsychotherapeutInnen vor spezifische Herausforderungen – darüber hinaus kann sie jedoch auch Ressourcen generieren, die den therapeutischen Prozess positiv beeinflussen (Morina, Maier, & Mast, 2010).

In der Praxis sind jedoch häufig keine für das psychotherapeutische Setting geschulten SprachmittlerInnen verfügbar oder die Abrechnung der Sprachmittlerkosten ist nicht möglich. Vor allem im stationären Kontext werden deshalb noch immer häufig ungeschulte Laien- oder Ad-hoc-SprachmittlerInnen zu Hilfe gezogen: fachfremdes Personal oder auch mitgebrachte Bekannte und allzu oft auch die Kinder der PatientInnen. Dies allerdings erhöht

das Risiko für Fehlbehandlungen enorm: Studien beziffern die Fehlerquote bei solchen sogenannten „Ad-hoc-Übersetzungen“ im medizinischen Kontext auf zwischen 23 und 52% (Ebdem, Bhatt, Carey, & Harrison, 1988). Zwei Drittel aller Fehler hatten potentiell auch klinische Konsequenzen für die betroffenen PatientInnen (Flores et al., 2003).

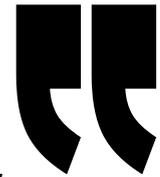
Darüber hinaus können im medizinischen und umso mehr im psychologischen Kontext Themen aufkommen, die nahestehende (angehörige) Personen überfordern können oder auch aus Scham nicht gesagt werden wollen. Beispielsweise kann eine Frau, die vergewaltigt wurde, in Anwesenheit ihrer Familie häufig nicht offen darüber sprechen, da niemand davon erfahren darf, auch nicht der Ehemann und schon gar nicht die Kinder oder die Community. In der Praxis sind es erfahrungsgemäß zudem allzu oft Kinder, die als sprachliche Brücke zwischen ihren Eltern und dem Gesundheitssystem agieren müssen. Häufig ohnehin durch Kriegserlebnisse und die dramatische Flucht hoch vulnerabel, werden Heranwachsende so in Themen und Rollengefüge verwickelt, die psychisch sehr belastend sein können. Sie verlieren ihre Eltern als haltgebende Bezugspersonen, wenn sie von Schwierigkeiten erfahren, die eigentlich nur für den oder die ÄrztIn bestimmt sind.

Kostenübernahme für die Sprachmittlung

Der Notwendigkeit der Sprachmittlung stehen die (fehlenden) gesetzlichen Grundlagen in Deutschland entgegen. Kosten für Sprachmittlerleistungen können innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts von Asylsuchenden in Deutschland (bzw. für Leistungsberechtigte nach AsylbLG) von den zuständigen Sozialbehörden übernommen werden. Jedoch ist die Beantragung aufwendig und die Leistung wird – da sie im Ermessensspielraum der SachbearbeiterInnen der Sozialämter liegt – nicht immer oder oft nur nach langen Bearbeitungszeiten gewährt (vgl. *Eingeschränkte gesundheitliche Versorgung durch das AsylbLG*).

Geflüchtete, die berechtigt sind, Leistungen der GKV zu beziehen, haben jedoch keinen Anspruch mehr auf Kostenübernahme von Sprachmittlung nach dem AsylbLG. Die Kostenübernahme solcher Leistungen ist im Gesundheitswesen nicht vorgesehen und keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere für psychotherapeutische Behandlungen ist Sprachmittlung aber zwingend notwendig.

Es besteht theoretisch die Möglichkeit, Sprachmittlungskosten über das Sozialamt oder bei Leistungsbezug durch das Jobcenter über einen Antrag auf Mehrbedarf zu finanzieren. Die praktischen Erfahrungen in den Psychosozialen Zentren zeigen jedoch, dass die Anträge auf Mehrbedarf bei den Sozialämtern sehr restriktiv gehandhabt werden und mit extremem Zeitaufwand verbunden sind.



**Da ist noch jemand
mit im Raum
– Therapie zu Dritt**



Sprachmittlungsdienste in Deutschland

Bundesweit gibt es meist kleinere regionale Anbieter von Sprachmittlerdiensten, die Dolmetscher für psychosoziale Beratung und Therapie vermitteln können:

SprInt – Bundesweite Sprach- und Integrationsmittlung:

SprachmittlerInnen mit Qualifizierung für u.a. kultursensibles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung: www.sprachundintegrationsmittler.org/index.php/sprint-buchen

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ):

Eine Datenbank mit 7500 qualifizierten SprachmittlerInnen für mehr als 80 Sprachen in verschiedenen Fachgebieten: <http://suche.bdue.de/>

Telefondolmetschen:

70 verschiedene Sprachen in unterschiedlichen Fachgebieten, spontan und flexibel über das Telefon: www.lingoking.com/telefondolmetschen/

Videodolmetschen:

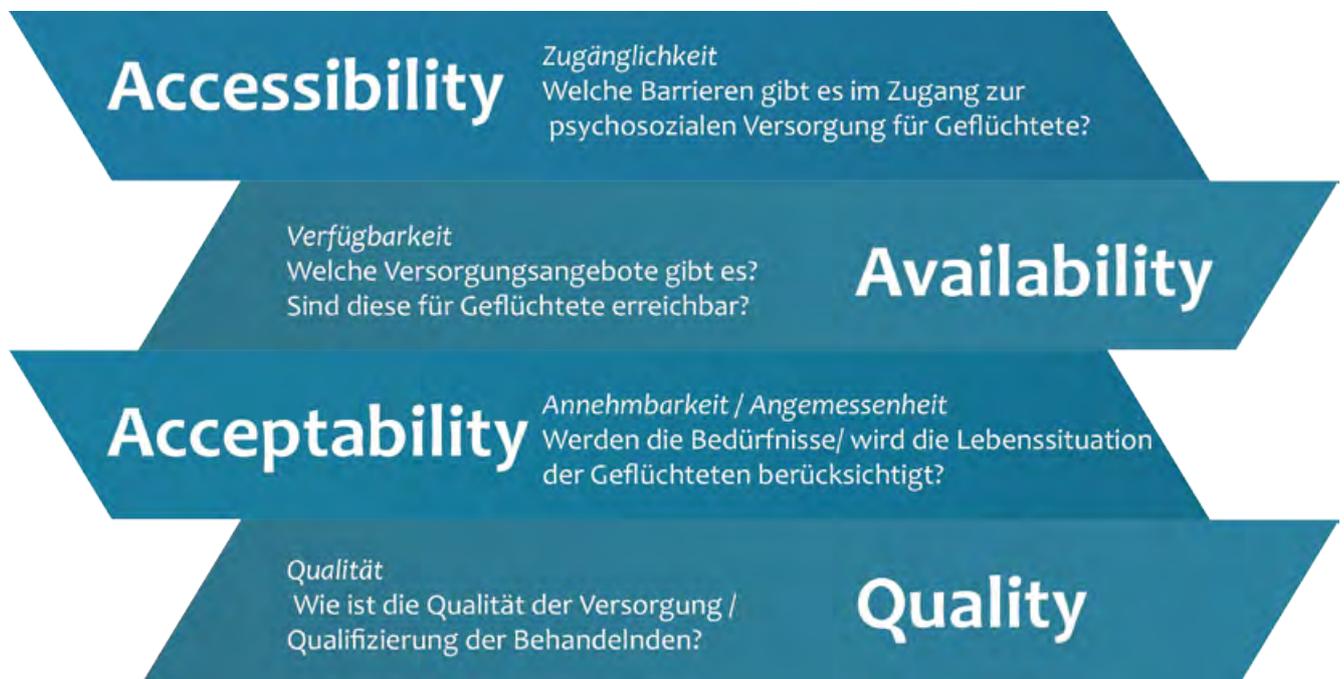
Einen Pool von über 500 SprachmittlerInnen in verschiedenen Fachgebieten: www.videodolmetschen.com

**VERSORGUNGS-
VERPFLICHTUNGEN
UND IHRE UMSETZUNG
IM DEUTSCHEN RECHT**

Gesundheitsversorgung als völkerrechtliche Verpflichtung

Mit der Anerkennung mehrerer europa- und völkerrechtlicher Konventionen⁷ verpflichtet sich Deutschland zum Schutz der Gesundheit aller Menschen. So sieht der 1976 in Kraft getretene **UN-Sozialpakt** (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; IPwskR) vor, dass medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung sicherzustellen sind, um *das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit* zu verwirklichen (Art. 12 IPwskR). Damit dieses Recht auch von jedem und jeder in Anspruch genommen werden kann, müssen staatliche Gesundheitsleistungen und -einrichtungen vier Kriterien erfüllen: Sie müssen verfügbar, zugänglich, annehmbar und qualitativ ausreichend sein – so der Ausschuss der UN, der für diesen völkerrechtlichen Pakt zuständig ist⁸.

Die ebenso im Völkerrecht verankerte **UN-Antifolterkonvention** (Convention against Torture, CAT), die 1987 in Kraft getreten ist und von Deutschland 1990 ratifiziert wurde, geht spezifisch auf die *besondere Leistungspflicht des Staates gegenüber Opfern von Folter* ein. In dem General Comment Nr. 3 wird diese in Art. 11-15 („*Rehabilitation*“) der CAT zur Wiedergutmachung bzw. Entschädigung von Opfern von Folter näher erläutert. Demnach sollen die Vertragsstaaten jedem Opfer von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen bereitstellen, um eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu gewährleisten⁹.



⁷ Vgl. Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte; Art. 35 Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000); Art. 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966); Art. 11 Europäische Sozialcharta (1961) und Weitere.

⁸ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, verfügbar unter <http://www.refworld.org/docid/4538838do.html> [11.10.2016].

⁹ Vgl. Abs.11 CAT-C-GC-3 vom 19. November 2012 i.V.m. Art 14 United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT).



(Foto von AIEL, Co / pixabay.com)

§

„In order to fulfil its obligations to provide a victim of torture or ill-treatment with the means for as full rehabilitation as possible, each State party should adopt a long-term, integrated approach and ensure that specialist services for victims of torture or ill-treatment are available, appropriate and readily accessible. These should include: a procedure for the assessment and evaluation of individuals’ therapeutic and other needs, based on, inter alia, the Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol); and may include a wide range of inter-disciplinary measures, such as medical, physical and psychological rehabilitative services; re-integrative and social services; community and family-oriented assistance and services; vocational training; education etc. A holistic approach to rehabilitation which also takes into consideration the strength and resilience of the victim is of utmost importance. Furthermore, victims may be at risk of re-traumatization and have a valid fear of acts which remind them of the torture or ill-treatment they have endured. Consequently, a high priority should be placed on the need to create a context of confidence and trust in which assistance can be provided. Confidential services should be provided as required.“

(UN Committee Against Torture (CAT), General comment no. 3, 2012 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment : implementation of article 14 by States parties, 13 December 2012)

Gesundheitsversorgung als europarechtliche Verpflichtung

Auch im europäischen Recht findet sich die Verpflichtung, für die Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen. Durch die sog. EU-Aufnahmerichtlinie¹⁰ wird bestimmt, welche Mindestanforderungen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei der Aufnahme von Asylsuchenden einzuhalten haben. Zunächst wird in der Richtlinie für den Bereich Gesundheit allerdings eher restriktiv formuliert, dass grundsätzlich nur eine Notversorgung und eine unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen erfolgen muss¹¹.

Artikel 19, Medizinische Versorgung

(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.

(2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Ansprüche „besonders schutzbedürftiger“ Asylsuchender

Die EU-Aufnahmerichtlinie verpflichtet alle Mitgliedsstaaten, zu prüfen, ob Asylsuchende besondere Bedürfnisse haben, aus denen sich für die Aufnahme Ansprüche auf besondere Unterstützung ergeben. Zu den besonders schutzbedürftigen Personengruppen fallen nach Art. 21 der Richtlinie u.a. Menschen mit schweren körperlichen Krankheiten oder psychischen Störungen, sowie folgende Personengruppen:

- Minderjährige
- unbegleitete Minderjährige
- Behinderte
- ältere Menschen
- Schwangere
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern
- Opfer des Menschenhandels
- Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen
- Personen mit psychischen Störungen
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien

Die Aufzählung in Artikel 21 erfolgte beispielhaft, d.h. sie ist nicht „abschließend“ zu verstehen. Personen können auch zu einem nicht hier aufgeführten Personenkreis gehören, der ebenfalls besondere Bedürfnisse hat. Den besonderen Bedürfnissen dieser Personen muss während der Aufnahme Rechnung getragen werden. Dazu zählt auch die erforderliche

medizinische Hilfe oder erforderlichenfalls eine geeignete psychologische Betreuung.

Die Aufnahmerichtlinie verpflichtet die Mitgliedstaaten innerhalb einer angemessenen Frist die besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen zu beurteilen und entsprechend zu berücksichtigen. Auf welche Weise die Mitgliedsstaaten dies tun, ist ihnen freigestellt. Allerdings ist die Frist zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht am 20.07.2015 abgelaufen, ohne dass die Umsetzung in deutsches Recht erfolgt ist. Damit gilt die Richtlinie seit Ablauf dieser Frist unmittelbar – das heißt, die Behörden sind theoretisch dazu verpflichtet, nach den Vorgaben der Richtlinie zu entscheiden. Fachverbände wie die BAfF, die Bundespsychotherapeutenkammer und u.a. auch der Deutsche Ärztetag mahnen seit diesem Zeitpunkt gravierende Mängel in der Umsetzung dieser Verpflichtungen an.

Nach Auffassung der Bundesregierung sind die Verpflichtungen zur Identifizierung der besonderen Schutz- und Unterstützungsbedarfe sowie zur Gewährleistung einer adäquaten Behandlung und Betreuung für die Gruppe der traumatisierten Asylsuchenden in Deutschland weitgehend umgesetzt. Die Positionierung der Bundesregierung zum Stand der Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie wird im letzten Kapitel dieses Berichts ausführlich analysiert und den Ergebnissen der Datenerhebung zur Versorgungssituation gegenübergestellt (vgl. *Wie zugänglich ist das Gesundheitssystem?*).

¹⁰ Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

¹¹ Art. 19 Abs. 1 RL 2013/33/EU.

Umsetzung der völker- und europarechtlichen Verpflichtungen im deutschen Recht

Welche Versorgungsleistungen Geflüchtete in Deutschland erhalten können, ist v.a. abhängig davon, wie lange die Person sich bereits ununterbrochen in Deutschland aufhält und ob der oder die Betroffene einen Aufenthaltstitel hat. Im Folgenden werden zunächst die Leistungsansprüche

für Asylsuchende in Deutschland betrachtet. Gesetzliche Grundlagen für Asylsuchende in Deutschland stellen das Asylgesetz und das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) dar.

Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4,6 AsylbLG)

Viele der sozialen Rechte von Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, werden nach den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) geregelt. Darin wird seit 1993 die Form und die Höhe von Grundleistungen, wie Unterkunft, Ernährung, Kleidung (§ 3 AsylbLG) und auch die der medizinischen Versorgung festgelegt (§§ 4,6 AsylbLG).

Jedoch gibt das Gesetz über konkret zu erbringende medizinische Leistungen keine klare Definition. Dies führt in der Praxis oftmals zu unterschiedlicher oder falscher Auslegung des Gesetzes seitens der Behörden.

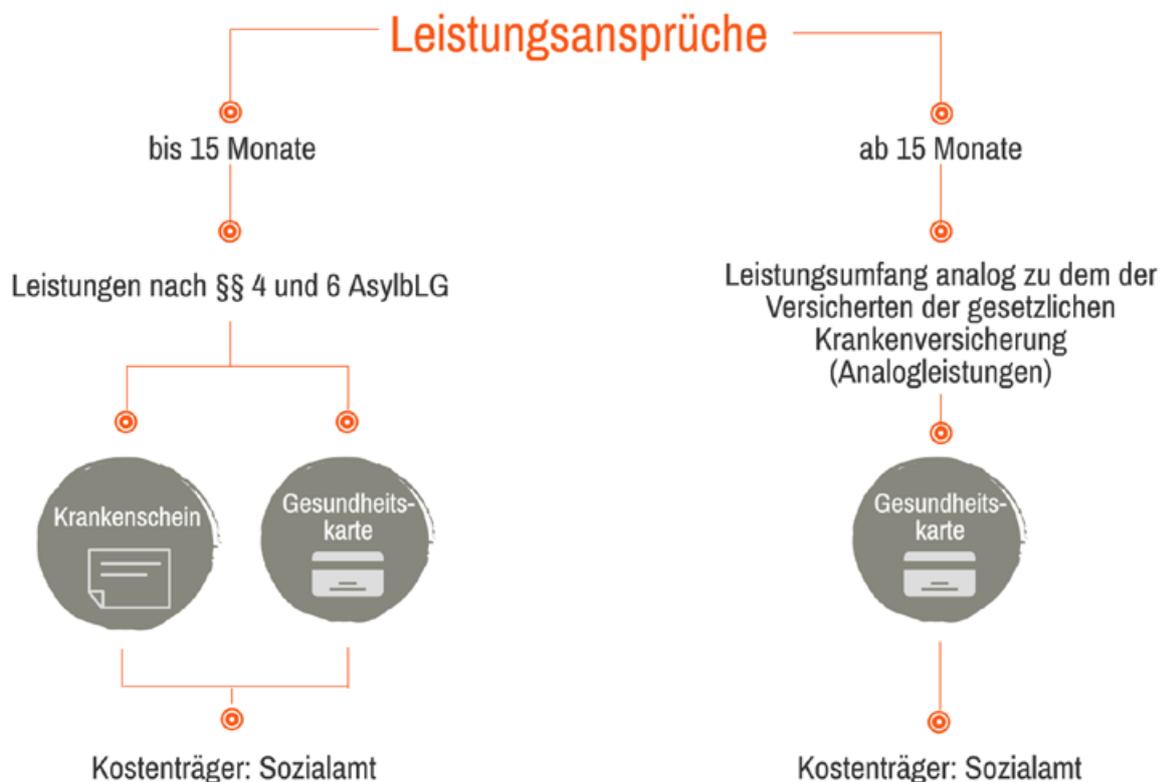


Abb 7: Vereinfachte Übersicht der Leistungsansprüche nach AsylbLG

Wer ist wann leistungsberechtigt?

Für viele Geflüchtete ist die Gesundheitsversorgung im Asylbewerberleistungsgesetz festgelegt. Dabei kann nach Dauer des bisherigen Aufenthalts in Deutschland unterschieden werden:

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes in Deutschland gelten für Geflüchtete die Leistungen nach dem §§ 4 und 6 AsylbLG. Abhängig von den Regelungen der einzelnen Bundesländer oder auch Kommunen erhalten die betroffenen Personen entweder einen Krankenschein, der meist drei Monate Gültigkeit besitzt, oder eine elektronische Gesundheitskarte.

Nach 15 Monaten ihres Aufenthalts besteht auch für AsylbewerberInnen ein Anspruch auf einen Leistungsumfang analog zu dem der Versicherten¹² der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern über eine elektronische Gesundheitskarte¹³. Die Kosten werden weiterhin vom Sozialamt getragen¹⁴.

Die nachfolgenden Ausführungen zum Leistungsumfang nach §§ 4,6 AsylbLG beziehen sich demnach nur auf Asylsuchende, die sich innerhalb der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland befinden.¹⁵

Versorgung außerhalb des AsylbLG

Menschen mit einem Aufenthaltstitel haben Anspruch auf Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Ein Problem ist hier jedoch die Übernahme der Kosten für SprachmittlerInnen, die für eine Behandlung oft unabdingbar sind. Sprachmittlungskosten sind jedoch kein Leistungsanspruch für GKV-Versicherte.

Illegalisierte Menschen, d.h. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, sind von der Gesundheitsversorgung weitgehend ausgeschlossen und auf ehrenamtliche Unterstützung angewiesen, wie z.B. auf die Vermittlung an FachärztInnen durch Medinetze/Medibüros.

Was ist in den Leistungen inbegriffen?

Nach § 4 AsylbLG haben Asylsuchende einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung **„akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“** handelt. Eingeschlossen sind dabei die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln und die Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Zahnvorsorge, Kinderuntersuchungen, Krebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung) und Schutzimpfungen.

Über die Öffnungsklausel im § 6 AsylbLG können darüber hinaus Leistungen abgerechnet werden, wenn sie *„im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“* sind. Dies können beispielsweise medizinische Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, Rollstühle, Hörgeräte aber auch Psychotherapie mit einschließen. Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie jedem anderen GKV-Versicherten zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im **Ermessen** der zuständigen Sozialbehörde liegt.

12 § 264 Abs. 2, 4 iVm § 11 Abs. 1 SGB V.

13 § 264 Abs. 4 S. 2 iVm § 291 SGB V.

14 § 264 Abs. 7 SGB V.

15 Diese Regelung gilt für alle im § 1 AsylbLG genannten Personen, so auch für z.B. Geflüchtete mit einer Duldung



Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Eingeschränkte gesundheitliche Versorgung durch das AsylbLG

Minimalversorgung nach § 4 AsylbLG

Für viele erkrankte Geflüchtete bedeutet der eingeschränkte Behandlungsanspruch nach § 4 AsylbLG, dass sie bei gesundheitlichen Beschwerden nicht direkt einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren können. In vielen Bundesländern müssen sich Geflüchtete einen Krankenschein beim Sozialamt besorgen, bevor sie eine Praxis aufsuchen können. Im August 2016 bekamen nur etwa 20% der Asylsuchenden innerhalb der ersten 15 Monate eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) (Bertelsmann-Stiftung, 2016). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der erste Gang für 80 % der Asylsuchenden der zum Sozialamt ist, dem der Behandlungsbedarf vorgetragen werden muss. Das Sozialamt überprüft die Notwendigkeit und stellt ggf. einen Krankenbehandlungsschein aus.

Im Ernstfall erzeugt diese Regelung eine enorme Verzögerung der Behandlung. Die erkrankten Betroffenen müssen einen Termin beim Sozialamt abwarten, das jedoch oftmals nur ein bis zwei Sprechstunden pro Woche anbietet.

Zudem muss der oder die Kranke persönlich beim Amt erscheinen und ihre oder seine Beschwerden glaubhaft vorbringen, was neben der zeitlichen Verzögerung eine bei akuten Schmerzen völlig unangemessene Belastung und Diskriminierung der Kranken darstellt. In manchen Regionen werden daher inzwischen für jedes Quartal Blanko-Behandlungsscheine ausgestellt¹⁶.

Ob ein Antrag auf Krankenbehandlung durch die Behörde letztlich bewilligt oder abgelehnt wird, ist oft undurchsichtig. Für die Entscheidungsfindung gibt es keine festgelegten Kriterien, sie steht allein im Ermessen der Behörden. Zudem sind die EntscheiderInnen Verwaltungskräfte des Sozialamtes, also Personen ohne medizinische Fachkompetenzen. Sie entscheiden darüber, ob eine ärztliche Behandlung notwendig ist oder nicht – obwohl selbst ÄrztInnen eine Notwendigkeit zumeist erst nach einer ersten Untersuchung angemessen beurteilen können.

Sonstige Leistungen nach Ermessen

Auch bei den sonstigen Leistungen nach § 6 AsylbLG ist nicht klar, nach welchen Kriterien der Sachbearbeiter oder die Sachbearbeiterin die Notwendigkeit prüft. In der Regel wird die Frage, ob bestimmte Gesundheitsleistungen „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (§ 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG), von den Behörden restriktiv ausgelegt. Wegen der restriktiven In-

terpretation werden häufig selbst ärztlich verordnete Leistungen wie etwa Physiotherapie nach einem Schlaganfall oder Windeln bei behinderungsbedingter Inkontinenz nicht bewilligt. Auch Psychotherapien werden häufig trotz medizinischer Indikation abgelehnt (vgl. *Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden | Psychotherapie nach AsylbLG*).

Folgen der restriktiven Anwendungspraxis des AsylbLG

Insbesondere die regelmäßig stattfindende Einzelfallprüfung durch medizinisch *nicht* fachkundiges Personal aus der Verwaltung ist hoch problematisch und kann zu gefährlichen Fehleinschätzungen im Behandlungsbedarf führen.

Durch langwierige bürokratische Prüfungsverfahren werden Behandlungen oft verschleppt bzw. erst sehr verzögert ermöglicht (Classen, 2010). Werden notwendige Behandlungen gar nicht bewilligt, kann dies die „*Chronifizierung von Krankheiten*“ und „*irreparable Folgeschäden*“ nach sich ziehen (Zentrale Ethikkommission, 2013, A900). Ebenso wie bei vielen körperlichen Krankheiten besteht bei

Nicht-Behandlung von psychischen Krankheiten die Gefahr von Chronifizierung. Das Leiden der Betroffenen verlängert sich unnötig.

Fachärztliche Behandlungen werden meist erst nach Begutachtung durch den/die AmtsärztIn bewilligt, der/die jedoch nicht unbedingt qualifiziert für die jeweilige Problematik ist. Dabei kommt es immer wieder zu Fehlentscheidungen – beispielsweise wenn eine Orthopädin über die Bewilligung von Psychotherapie entscheiden soll. Durch diese Praxis wird auch Geflüchteten, die durch erlebte Folter und Gewalterfahrungen einen vergleichsweise hohen

¹⁶ Weiterführende Informationen finden sich u.a. auf dem Informationsportal der Medinetze/Medibüros, verfügbar unter <http://gesundheit-gefluechtete.info/krankenschein/> [07.12.2016].



(Foto von myrfa, CCo / pixabay.com)

Bedarf an Psychotherapie haben, der Zugang zu dieser erschwert oder unmöglich gemacht.

Aber auch in wirtschaftlicher Hinsicht erzielt die auf das AsylbLG gestützte Gesundheitsversorgung eine negative Bilanz. Verzögerte Behandlungen führen zu einem Anstieg an Rettungsfahrten und Notarzteinsätzen. Oft wird durch zu spätes Handeln und der damit häufig einhergehenden Chronifizierung von Erkrankungen eine stationäre Behandlung nötig. Diese ist im Vergleich zu einer ambulanten Behandlung viel teurer und könnte in vielen Fällen durch schnelleres Handeln umgangen werden.

Diese Praxis zieht neben vermeidbaren Wartezeiten und Kosten sowie unnötig verlängerten Schmerzzuständen auch verheerende Folgen nach sich: Im Januar 2007 stirbt

in Essen der 23-jährige Guineer Mohammad Selah und im Februar 2014 der lybische Flüchtling Ahmed J. in einer Flüchtlingsunterkunft im sächsischen Plauen, da sich der diensthabende Wachmann weigert, einen Notarzt für Ahmed J. zu rufen, der sich vor Schmerzen krümmt. Im April desselben Jahres stirbt ein Flüchtlingsbaby, nachdem seine Mutter mit ihm in einem Krankenhaus in Hannover abgewiesen wurde, weil sie keine Dokumente bezüglich der Kostenübernahme vorweisen konnte.¹⁷ Fälle wie diese sind bei Weitem nicht die einzigen, bei denen AsylbewerberInnen auf Grund bürokratischer Hürden der Zugang zu schneller Hilfe im Notfall verwehrt wurde und bleibende Gesundheitsschäden oder der Tod der Menschen hätten verhindert werden können. Die Krankenscheinpraxis ist nicht nur diskriminierend für die Betroffenen und teuer für den Staat, sondern mitunter auch lebensgefährdend.

¹⁷ Das Klinikum weist diese Vorwürfe von sich. Die Staatsanwaltschaft prüft den Fall momentan. Eine endgültige Beurteilung der Geschehnisse vom 10. April 2014 ist noch nicht möglich.

Bürokratischer Wahnsinn

In einer Fallstudie in einer bayrischen Kommune (Schammann, 2015) wird das aufwändige Verfahren bei auftretender Krankheit deutlich: Der oder die Asylsuchende muss bei ersten Anzeichen einer akuten Krankheit von der leistungsgewährenden Behörde einen Behandlungsberechtigenschein abholen, der drei Monate gültig ist und die betroffene Person berechtigt, einen Termin bei einem selbst gewählten Arzt oder Ärztin auszumachen. Wenn die geflüchtete Person zum Termin bei der Ärztin oder dem Arzt erscheint, muss dem Arzt oder der Ärztin zusätzlich zum Behandlungsberechtigenschein auch ein Behandlungsschein vorliegen, bevor eine Behandlung stattfinden darf. In der Regel ruft der Arzt oder die Ärztin bei der Behörde an, oftmals wenn die betroffene Person im Wartezimmer Platz nimmt. Die Behörde entscheidet nun, ob zur Ausstellung des Behandlungsscheins die Voraussetzungen nach § 4 AsylbLG gegeben sind.

Bei eindeutigen Fällen schickt die Behörde den Behandlungsschein per Fax an die Arztpraxis. Erst dann kann die Behandlung durchgeführt werden. Falls sich herausstellt, dass für die Genesung Medikamente verschrieben werden sollen, muss erneut die Genehmigung der Behörde eingeholt werden.

Da die SachbearbeiterInnen in den Behörden jedoch im Regelfall über keine medizinische Ausbildung verfügen, wird in uneindeutigen Fällen, bei außergewöhnlichen Diagnosen und bei besonderen Medikationsvorschlägen externer und verwaltungsinterner Sachverständiger hinzugezogen. Das heißt, dass die Mitarbeitenden der Sozialämter die Behandlungsvorschläge der ÄrztInnen an das Gesundheitsamt weitergeben. Die Mitarbeitenden des Gesundheitsamts überprüfen die Vorschläge der ÄrztInnen, nehmen zusätzliche Untersuchungen vor, holen unter Umständen nochmal weiteren Sachverständigen ein. Die Stellungnahme geht zurück ans Sozialamt, die danach die Behandlung ablehnt oder gewährt.

Mehrkosten durch das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG

Eine aktuelle Studie, basierend auf repräsentativen Daten des statistischen Bundesamtes, belegt, dass das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG insgesamt viel kostenintensiver ist als eine Krankenversorgung mit Krankenkassenschein ohne bürokratische Hürden und auf dem Niveau gesetzlicher Krankenversicherungen: So waren in den letzten beiden Jahrzehnten (1994 bis 2013) die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für die begrenzte gesundheitliche Versorgung Asylsuchender etwa 40 % höher als bei Geflüchteten, die schon für GKV-Leistungen berechtigt waren (Bozorgmehr & Razum, 2015). Als Gründe dafür werden die Chronifizierung von Krankheiten und das vermehrte Auf-

suchen von Notfallambulanzen durch die eingeschränkte Versorgung nach §§ 4,6 AsylbLG genannt. Doch nicht nur diese Gründe können mögliche Kosten verursachen: Durch das AsylbLG entstehen neben den Behandlungskosten zusätzliche administrative Kosten für die Sozial- und Gesundheitsämter. Bundesländer (z.B. Bremen und Hamburg; vgl. *Erste Veränderungen – Die Gesundheitskarte*), in denen die Gesundheitsleistungen von Beginn an über den regulären Weg der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden, zeigen, dass bei diesem Weg die Ausgaben für die individuelle Krankenscheinausgabe und Prüfungsverfahren eingespart werden können.



*Migrationspolitische
Erwägungen, die Leistungen an
Asylbewerber und Flüchtlinge
niedrig zu halten, um Anreize für
Wanderungsbewegungen durch ein
im internationalen Vergleich
eventuell hohes
Leistungsniveau zu vermeiden,
können von vornherein kein
Absenken des Leistungsstandards
unter das physische
und soziokulturelle
Existenzminimum rechtfertigen.*

*Die in Art. 1 Abs. 1 GG
garantierte Menschenwürde
ist migrationspolitisch
nicht zu relativieren.*

*Auszug aus dem Urteil des
Bundesverfassungsgerichts vom 18.07.2012*

Kritische Stimmen zum AsylbLG

Menschenrechtsorganisationen, soziale, politische und kirchliche Verbände kritisieren das AsylbLG scharf aufgrund der bürokratischen Hürden, der diskriminierenden Praxis und den zusätzlich entstehenden Kosten. Die mit den Regelungen des §§ 4 und 6 AsylbLG einhergehende Praxis wird als Verstoß gegen die Menschenwürde und gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit gesehen (Classen, 2011). Aus heutiger Perspektive seien die Bestimmungen des AsylbLG als eine Maßnahme geschaffen worden, die „für Asylbewerber Aufenthaltsbedingungen unterhalb der Menschenwürde schaffen [sollte], um sie zum Verlassen Deutschlands zu veranlassen“ (Tiedemann, 2013).

Abhängig von der jeweiligen Organisation gehen die Forderungen bis hin zur Abschaffung des AsylbLG und der Einbindung aller Asylsuchenden in bereits existierende Strukturen, d.h. die gesetzliche Krankenversicherung.

Das **Bundesverfassungsgericht** (BVerfG) hat in seinem Urteil vom 18.07.2012 im Hinblick auf die eingeschränkten Sozialleistungen nach § 3 AsylbLG die dortige Regelung des eingeschränkten Existenzminimums nach Asylbewerberleistungsgesetz für verfassungswidrig erklärt: Die Un-

antastbarkeit der Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 I GG erlaube keine Differenzierungen, die allein auf den Aufenthaltsstatus einer Person gründen. In einem Urteil aus dem Jahr 2012 verpflichtete das BVerfG den Gesetzgeber zur Erhöhung der Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums unter anderem mit der Begründung, die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde sei „*migrationspolitisch nicht zu relativieren*“¹⁸.

Über die Zulässigkeit dieser Differenzierungen bei Leistungen der gesundheitlichen Versorgung wurden bisher noch keine Entscheidungen getroffen. Die **Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer** stellt jedoch fest, „*dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [als bei den Sozialleistungen] angewandt werden müssen*“ (Zentrale Ethikkommission, 2013, A902). Die Ethikkommission macht in der Stellungnahme ebenfalls auf die Pflicht des Gesetzgebers¹⁹ aufmerksam, nach der dieser zu begründen hat, „*warum eine Leistung zwar generell²⁰, aber nicht für einen unter das AsylbLG fallenden Patienten notwendig sein soll*“ (Zentrale Ethikkommission, 2013, A901f.).



18 BVerfG, Urteil vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11.

19 Gem. Art. 3 Abs. 1 I. V. m. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

20 Nach § 12 I 1 SGB V besteht der Leistungskatalog nur aus Leistungen, die „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ (Vgl. Zentrale Ethikkommission, 2013; A 902).



(Foto von blckpixel/CC0 / pixabay.com)

Erste Veränderungen – Die Gesundheitskarte

Bislang mussten Asylsuchende, die noch keine 15 Monate in Deutschland sind, sich vor einem Besuch bei einer Ärztin oder einem Arzt einen **Krankenschein** von den zuständigen Sozialbehörden ausstellen lassen. Um die Bürokratie zu entlasten, wurde durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (das sogenannte Asylpaket I) Ende 2015 die Möglichkeit eröffnet, für Asylsuchende eine elektronische Gesundheitskarte mit eingeschränktem Leistungsanspruch einzuführen. Es wurde § 264 Abs. 1 S. 2 SGB V eingeführt,

wonach die Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung für Asylsuchende verpflichtet ist, wenn durch die zuständigen Stellen der einzelnen Länder mit der Krankenkasse eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde. Das bedeutet, dass die Verantwortung für die Umsetzung dieser Regelung den Bundesländern übertragen wurde. Mangels einer bundeseinheitlichen Vereinbarung geht die Umsetzung aber nur sehr schleppend voran (ZEIT ONLINE, 2016).

Probleme bei der Behandlung mit Krankenschein

- Unklare und willkürliche Auslegung des Behandlungsumfangs – oftmals restriktiv (keine Behandlung chronischer Krankheiten)
- Spezifische Willkür bei der Vergabe durch nicht medizinisch ausgebildete Mitarbeitende der Sozialämter
- Wartezeiten, Sprachbarrieren bei der Vorsprache im Sozialamt
- Erhöhte Kosten durch AsylbLG
- Diskriminierung in der ärztlichen Praxis durch sichtbare Sonderbehandlung

Die Gesundheitskarte im föderalen „Flickenteppich“

Bis auf Sachsen und Bayern stimmten zunächst 14 Bundesländer für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende. Flächendeckend eingeführt ist sie jedoch bisher nur in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin sowie in Schleswig-Holstein und etwa 24 von 396 Kommunen in Nordrhein-Westfalen (Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V., 2016). Einige Länder haben zwar die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, ihre Kommunen setzen sie aber nicht um, weil sie höhere Kosten befürchten. In Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und dem Saarland weigern sich die Kommunen, die Gesundheitskarte einzuführen. In Mecklenburg-Vorpommern wurden die Verhandlungen zur Einführung der eGK im März 2016 ausgesetzt, da nach Aussagen der Integrationsministerin (SPD) Geflüchtete in Mecklenburg-Vorpommern schon nach wenigen Tagen ihren Anerkennungsstatus hätten, mit der Anerkennung gesetzlich krankenversichert seien und die Karte daher nur wenige Tage Gültigkeit habe (Ärzteblatt, 2016b). In Sachsen-Anhalt soll statt der eGK eine „Asylbewerberkarte“ eingeführt werden, über die ÄrztInnen direkt mit dem Sozialamt abrechnen können. Damit sollen Verwaltungsausgaben für den Einsatz der eGK eingespart werden. Auch in Baden-Württemberg wurde von dem ursprünglichen Plan der Einführung mit der Begründung Abstand genommen angesichts rückläufiger Flüchtlingszahlen sei der bürokratische Aufwand zu hoch (Ärzteblatt, 2016a).

Auch dort, wo die elektronische Gesundheitskarte eingeführt wurde, entsteht keine echte Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse – die Kassen übernehmen lediglich die Abwicklung der Versorgung. Das Sozialamt erstattet der gesetzlichen Krankenversicherung dann die Behandlungskosten plus eine Verwaltungspauschale zurück. Auch der Leistungsumfang entspricht nicht dem der regulären Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, sondern sieht nach wie vor nur einen eingeschränkten Leistungsbezug nach §§ 4 und 6 AsylbLG vor. Dies wird auch durch eine neue Statuskennzeichnung auf der Gesundheitskarte sichtbar gemacht. Unter dem Feld „Besondere Personengruppe“ ist die Kennziffer 9 neu eingeführt worden, wodurch für die Leistungserbringer erkennbar ist, dass ein auf §§ 4 und 6 AsylbLG beschränkter Leistungsanspruch vorliegt.

Formal ändert sich an dem eingeschränkten Leistungsbezug somit nichts. Die Behandlungsmöglichkeiten sind theoretisch nach wie vor auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Ein Antrag auf Psychotherapie wird nunmehr durch die Krankenkassen (und nicht mehr die Sozialbehörden) an dem Maßstab von §§ 4 und 6 AsylbLG geprüft. An den eingeschränkten Erfolgsaussichten auf eine adäquate psychotherapeutische Versorgung ändert sich somit zunächst nichts. Zudem können Sprachmittlungskosten nicht über die elektronische Gesundheitskarte abgerechnet werden und müssen weiterhin bei den Sozialbehörden beantragt werden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass ein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nicht besteht. In den ersten 15 Monaten haben traumatisierte Geflüchtete auf Grund der Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes noch immer kaum Aussicht, eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Die Bewilligungspraxis der Sozialbehörden ist nach wie vor restriktiv und die Bearbeitungsdauer ist oft doppelt so hoch wie bei GKV-PatientInnen (vgl. *Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden | Psychotherapie nach AsylbLG*). In Anbetracht der gesetzlichen Vorgaben und der föderalen Rahmenbedingungen wird ein einheitlicher, niedrigschwelliger Zugang auch nicht erreicht werden können (GKV-Spitzenverband, 2016).

Es bleiben somit trotz der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gravierende Zugangsbeschränkungen bestehen. Welche Konsequenzen diese Hürden für die Versorgungsrealität in den Psychosozialen Zentren haben, ist Thema der folgenden Kapitel.

AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION

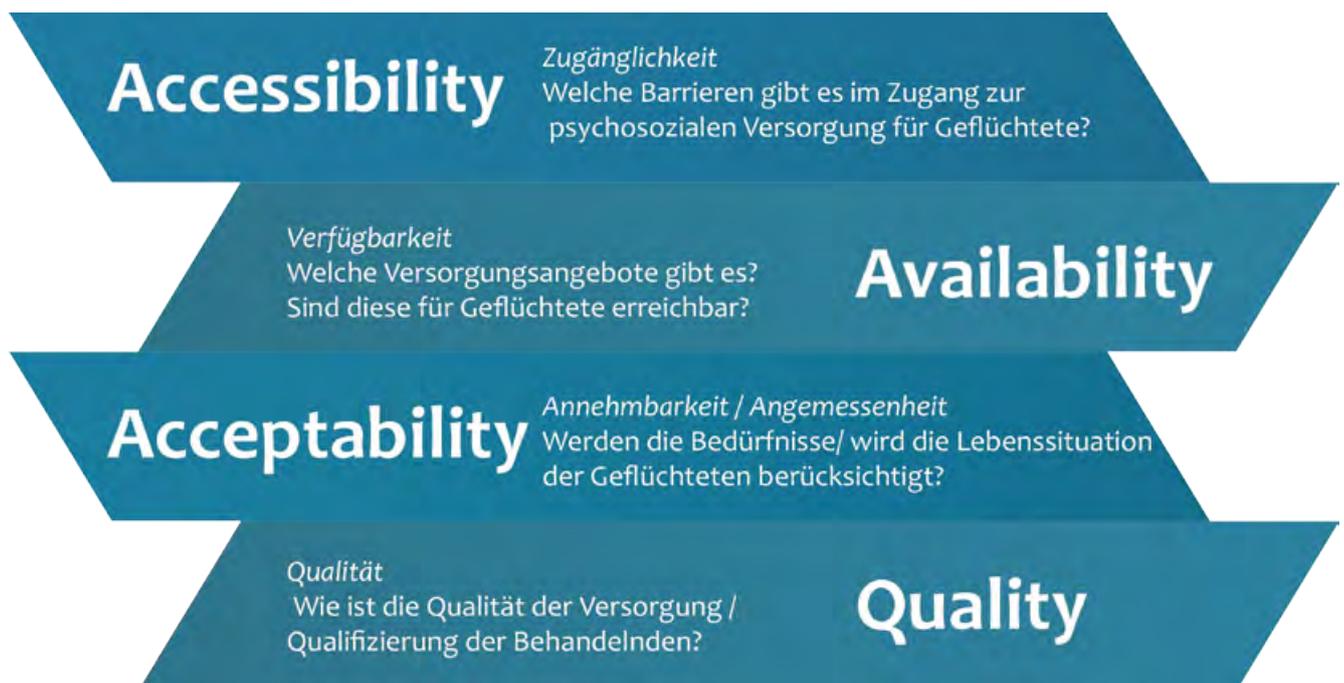
„Gesundheit für alle“ – das 1978 in Alma Ata von den WHO-Mitgliedsstaaten formulierte Ziel und die Verpflichtung, das Menschenrecht auf Gesundheit, also das „Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“²¹ zu gewähren, gilt auch für die Bundesrepublik Deutschland. Zur Prüfung, inwieweit dieses Recht in der Praxis auch in Anspruch genommen werden kann, werden vier Kriterien herangezogen:

- **Accessibility** – Zugänglichkeit
- **Availability** – Verfügbarkeit
- **Acceptability** – Annehmbarkeit/Angemessenheit
- **Quality** – Qualität

Entlang dieser Kriterien sollen die Versorgungsdaten für den Bereich der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten dargestellt und erste Antworten auf folgende Fragen gegeben werden:

- Welche Barrieren zeigen sich strukturell im Zugang zum Versorgungssystem?
- Inwieweit sind für Geflüchtete Versorgungsangebote erreichbar und tatsächlich verfügbar?
- Welche Faktoren beeinflussen die Verfügbarkeit und wo entstehen Versorgungslücken?
- Sind die zur Verfügung stehenden Angebote der Situation der Geflüchteten angemessen?

Das Kapitel beginnt mit einer Beschreibung der Versorgungsleistungen (Versorgungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer), die die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Deutschland für wen (KlientInnen in den Psychosozialen Zentren) anbieten. Es wird detailliert dargestellt, durch wen und mit welcher Qualifikation (Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren) die Versorgung stattfindet. Ein besonderer Fokus liegt dabei u.a. auf den therapeutischen Angeboten der Psychosozialen Zentren: ihrem Setting, ihrer Dauer und den Möglichkeiten und Grenzen der Abrechnung von Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger (Psychotherapie in den Psychosozialen Zentren).



²¹ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Art.12)

Versorgungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Die herkömmlichen Gesundheitsversorgungssysteme haben bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt. Daher wurden in den letzten 40 Jahren von engagierten Einzelpersonen, Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene Angebote aufgebaut. Diese Initiativen versuchen seit Jahrzehnten, Versorgungsdefizite mit bedarfsorientierten, niedrighschwelligem Behandlungsangeboten aufzufangen – in aller Regel außerhalb des Gesundheitssystems.

Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung entstanden mit Beginn der 1980er Jahre über die damalige Bundesrepublik hinweg verschiedene Psychosoziale und Behandlungszentren. In zunächst noch sehr kleinen, aber von Beginn an immer interdisziplinär zusammengesetzten Netzwerken begannen sich engagierte HeilberuflerInnen aus der Menschenrechtsbewegung – in ihren Anfängen fast immer ehrenamtlich – für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten einzusetzen.



Abb 8: Übersicht der in der BAfF zum aktuellen Zeitpunkt vernetzten PSZ in Deutschland (© BAfF e.V.)

Inzwischen sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 34 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer²² vernetzt. Bei den Psychosozialen Zentren handelt es sich um nicht-staatliche, nicht gewinnorientierte

Organisationen, die in der großen Mehrheit als gemeinnützige Vereine organisiert sind. Einen Überblick über die Verteilung der Zentren über die einzelnen Bundesländer gibt Abbildung 8.

Selbstverständnis: Leitlinien der psychosozialen Arbeit

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer gewähren Hilfe ohne Ansehen ausländerrechtlicher Restriktionen und unabhängig von Nationalität, politischen, ethnischen oder religiösen Zugehörigkeiten. Sie haben sich dem im Grundgesetz garantierten Grundrecht auf Leben und körperliche Integrität sowie der in der Ottawa-Charta der UNO festgeschriebenen Gesundheitsförderung im Sinne von „Gesundheit für alle“ verpflichtet.

Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde bei den Betroffenen garantieren muss. Dies beinhaltet einen Arbeitsansatz, der auf gesundheitsfördernde Aspekte wie die menschlichen, kreativen, heilenden und wertschätzenden Kräfte und Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch im gesellschaftlichen System abzielt, und nicht ausschließlich auf die Behandlungsbedürftigkeit und negative bzw. defizitäre Aspekte

(Krankheit, Opfer) fokussiert. Krankmachende und rassistische Strukturen sollen benannt und nach Möglichkeit abgebaut werden.

Die Fachlichkeit der BAfF und ihrer Zentren umfasst therapeutische und traumatherapeutische sowie transkulturelle Kompetenzen (siehe auch: Kasten Abbildung 2: Kriterien für gute kultursensible Therapien), asyl-, sozial und aufenthaltsrechtliches Fachwissen sowie umfangreiche Kenntnisse des Sozial- und Gesundheitswesens. In ihrer therapeutischen Arbeit orientieren die Zentren sich an der Aussage der American Psychological Association (APA) von 1973:

„Eine Psychotherapie, bei der die Klientel aus einer anderen Kultur als der Therapeut selbst kommt, gilt als nicht angemessen bzw. unethisch, wenn der Therapeut nicht entsprechend trainiert oder kompetent genug ist, mit ihnen zu arbeiten.“

Kriterien für eine gute kultursensible Beratung und Therapie

Flüchtlinge, die die psychosozialen Behandlungszentren aufsuchen, kommen aus den verschiedenen Kontinenten und haben dementsprechend unterschiedliche kulturelle Hintergründe.

Kriterien für eine gute transkulturelle Beratung und Therapie sind:

- Den Klienten anzunehmen und zu respektieren, unabhängig von seinem kulturellen, religiösen und biographischen Hintergrund;
- Sensibilität im Umgang mit den Problemen ethnischer Minderheiten und Kenntnis ihrer spezifischen Problemlage;
- Die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit die Familie und die Gemeinschaft des Klienten als Ressourcen in die Beratung mit einzubeziehen. Dies setzt genaue Kenntnisse voraus über die spezifische Struktur und Rolle der Familie;
- Die Fähigkeit auf die geäußerten Gefühle zu fokussieren, die der eigenen Kultur und Herkunft fremd sind;
- Fähigkeiten non-verbale Kommunikation richtig und angemessen zu deuten;
- Sich selbst bewusst zu machen, dass es einen Unterschied gibt, eine fremde Sprache zu sprechen (im Sinne von Verständigung) und in einer fremden Sprache zu beraten bzw. zu therapieren;
- Die Entscheidung, wann ein Dolmetscher hinzuzuziehen ist, die Fähigkeit mit dem Dolmetscher in einem gegebenen angemessenen Setting zu arbeiten und die Grenzen dieser Zusammenarbeit richtig einzuschätzen.
- Der Einsatz unabhängiger Dolmetscher, die speziell für die Sprachmittlung in Beratung und Therapie geschult sind.

²² Zum Erhebungszeitraum im Jahr 2016 waren 32 Psychosoziale Zentren in der BAfF vernetzt. Seit November 2016 sind es 34 PSZ. Eine Auflistung der Psychosozialen Zentren in den einzelnen Bundesländern einschließlich ihrer Kontaktdaten findet sich im Anhang dieser Publikation.

Das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

Die Psychosozialen Zentren tragen dem speziellen Versorgungsbedarf von Geflüchteten durch ein komplexes Leistungsspektrum Rechnung, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung, kreative und soziale Aktivitäten umfasst und die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen und den rechtlichen Status der Geflüchteten berücksichtigt.

Betrachtet man die Arbeitsbereiche in der Versorgung von Geflüchteten wird deutlich, dass das Spektrum des Angebots in einem Psychosozialen Zentrum sehr breit gefächert ist. Als sehr zentrale Tätigkeit der Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren werden vor allem eine ausführliche Diagnostik, die psychosoziale Beratung und die Einzelpsychotherapie mit Geflüchteten genannt. Ein Kernbestandteil in der Arbeit aller Zentren ist zudem die Stabilisierungsarbeit und Krisenintervention. Hinzu kommen das Verfassen von Gutachten und Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren und die Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit.

Neben der psychosozialen Beratung wird auch der rechtliche Status und die damit verbundenen Möglichkeiten und

Einschränkungen durch ein weiteres zentrales Angebot – die asyl- und aufenthaltsrechtliche Beratung – berücksichtigt. Weitere zentrale Aufgaben sind auch (therapeutische) Angebote für Kinder- und Jugendliche, wie z.B. Kunstwerkstätten oder Aktivgruppen.

Neben diesen zentralen Versorgungsangeboten finden sich im Spektrum der PSZ zusätzlich auch weitere Therapieformen, z.B. Kunst- oder Bewegungstherapien sowie verschiedene Angebote der Gruppenpsychotherapie. Auch Gruppenangebote mit aktivitätsorientierten Fokus (z.B. Näh- oder Schreibgruppen, andere Freizeitangebote) oder auch Telefonsprechstunden werden häufig angeboten.. Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (wie z.B. in Erstaufnahmeeinrichtungen) sind zwar im Durchschnitt weniger zentral, werden aber für viele Zentren immer wichtiger.

In einigen wenigen Zentren können darüber hinaus auch Notfallsprechstunden, eine medizinische Versorgung oder Gruppenangebote mit pädagogischem oder bildungsorientiertem Fokus (wie z.B. Deutsch oder Computer-Kurse) angeboten werden.

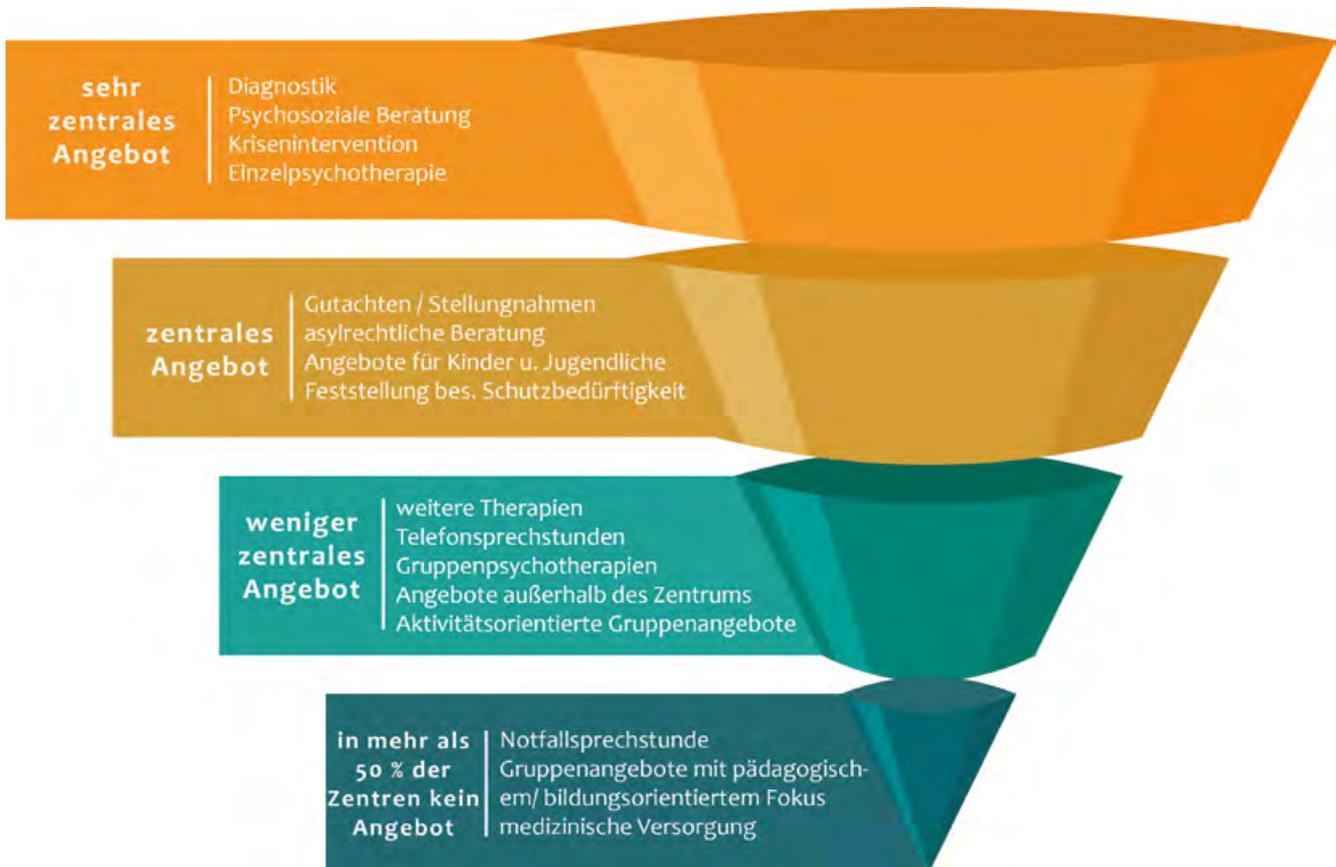


Abb 9: Pyramidenmodell des Versorgungsangebots eines PSZ

Arbeitsbereiche neben Beratung und Therapie

In den PSZ sind die Mitarbeitenden neben den Beratungen und Therapien in eine ganze Reihe anderer Tätigkeitsfelder eingespannt. Über die direkte Arbeit mit den KlientInnen hinaus verstehen die Psychosozialen Zentren es als ihre Aufgabe, im Sinne ihrer KlientInnen auf die Versorgungsstrukturen ebenso wie auf die breitere Zivilgesellschaft einzuwirken und damit eine Verbesserung der Versorgungssituation zu bewirken.

Vor allem die Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit steht für 90 % der Zentren als sehr zentrales oder zentrales Angebot auf der Tagesordnung. Darunter fällt, dass Mitarbeitende einen bedeutsamen Teil ihrer Arbeit auch darin aufwenden, in den Austausch mit AnwältInnen, Sozialarbeitenden, ÄrztInnen oder Jugendhilfeeinrichtungen zu treten. Mehr als die Hälfte aller Zentren (64 %) nennen als sehr zentrale oder zentrale Angebote des Leistungsspektrums eines PSZ außerdem auch Beratungen anderer Einrichtungen oder externer Fachkräfte und Fortbildungen für weitere Akteure. Hier gibt es kein Zentrum, das dies nicht als ein Angebot der Einrichtung sieht. Die gezielte Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit und damit das Einmischen in die Diskussion um Lebens- und Versorgungsbedingungen von Geflüchteten nehmen vielerorts ebenfalls einen großen

Teil des Leistungsspektrums ein. Über 60 % der Zentren sehen die Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit als sehr zentrales oder zentrales Angebot der Psychosozialen Zentren.

Für Forschung und Evaluation bleibt neben dem beschriebenen breiten Tätigkeitsfeld wenig Zeit, bei fast der Hälfte der Zentren stellt es kein Angebot der Einrichtung dar und bei 37 % ein wenig zentrales Angebot. 15 % der Zentren können über die Versorgung und andere Aufgabenbereiche hinaus auch (meist kleinere) Forschungsvorhaben durchführen, um damit auch in den wissenschaftlichen Diskurs einzuwirken.

Im Jahr 2015 ist auch die Koordination und Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zu einem zentralen Bestandteil des Leistungsspektrums (bei 64 % der Zentren) geworden. Ehrenamtliche begleiten z.B. als MentorInnen und leisten damit einen großen Anteil der Stabilisierungsarbeit oder unterstützen das Zentrum durch Fähigkeiten im Fundraising, in der Verwaltung und der Organisation. Hinzu kommen viele „professionelle Ehrenamtliche“ im Bereich der psychosozialen Beratung oder Psychotherapie, die z.B. psychoedukative Gruppenangebote machen.



Abb 10: Prozentualer Anteil weiterer Angebote im Leistungsspektrum der befragten PSZ im Jahr 2015

Zielgruppen der Vermittlung, Vernetzung und Fortbildung

Durch die Vernetzungs- und Fortbildungsarbeit der Zentren wurden im Jahr 2015 vor allem sehr viele Dolmetschende erreicht, die für die Beratung und Therapie mit Geflüchteten eine sehr große Rolle spielen. Vielerorts bestehen dadurch große Dolmetscherpools und es stehen für viele Sprachen geschulte SprachmittlerInnen zur Verfügung. Damit Therapien und Beratungen gelingen können, werden SprachmittlerInnen hinsichtlich Besonderheiten des Übersetzens in Beratung und Therapie geschult, u.a. zu:

- Setting und Gesprächsdynamik
- psychotherapeutische Fachsprache
- individuelle Entlastungs- und Schutzstrategien
- Umgang mit Kulturgebundenheit
- Umgang mit Rollenerwartungen
- ...

Als eine weitere zentrale Zielgruppe für Fortbildung stellten sich im Jahr 2015 auch die Ehrenamtlichen heraus – z.B. ehrenamtliche MentorInnen oder auch Vormünder für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Sie konnten in Schulungen mehr über Möglichkeiten der Stabilisierungs-

arbeit aber auch zum Umgang mit belastenden Situationen erfahren. Die Vernetzungs- und Weiterbildungsarbeit galt aber auch vielen Bildungs- (Schulen, Kindertagesstätten) und Jugendhilfeträgern, niedergelassenen PsychotherapeutInnen und Mitarbeitenden in Kliniken, zu denen eine enge Vernetzung hinsichtlich einer möglichen Weitervermittlung wichtig ist.

Durch die Vernetzungsarbeit mit Presse und Medien konnten die Zentren im Jahr 2015 viele AkteurInnen erreichen und durch die Berichterstattungen in die breite Öffentlichkeit hineinwirken. Ebenso wurden viele politische EntscheidungsträgerInnen angesprochen und z.B. in Vernetzungsgesprächen auf die lückenhafte Versorgungssituation hingewiesen werden. Auch bei Gesundheits-, Sozialbehörden oder Jugendämtern – weniger in Ausländerbehörden, dem BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge), bei Polizei und Justiz – konnten Mitarbeitende durch die Fortbildungsarbeit der Zentren erreicht werden.

Nur wenige AkteurInnen im Vergleich zu den anderen Gruppen konnten im Jahr 2015 bei niedergelassenen ÄrztInnen, Universitäten und in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten erreicht werden.

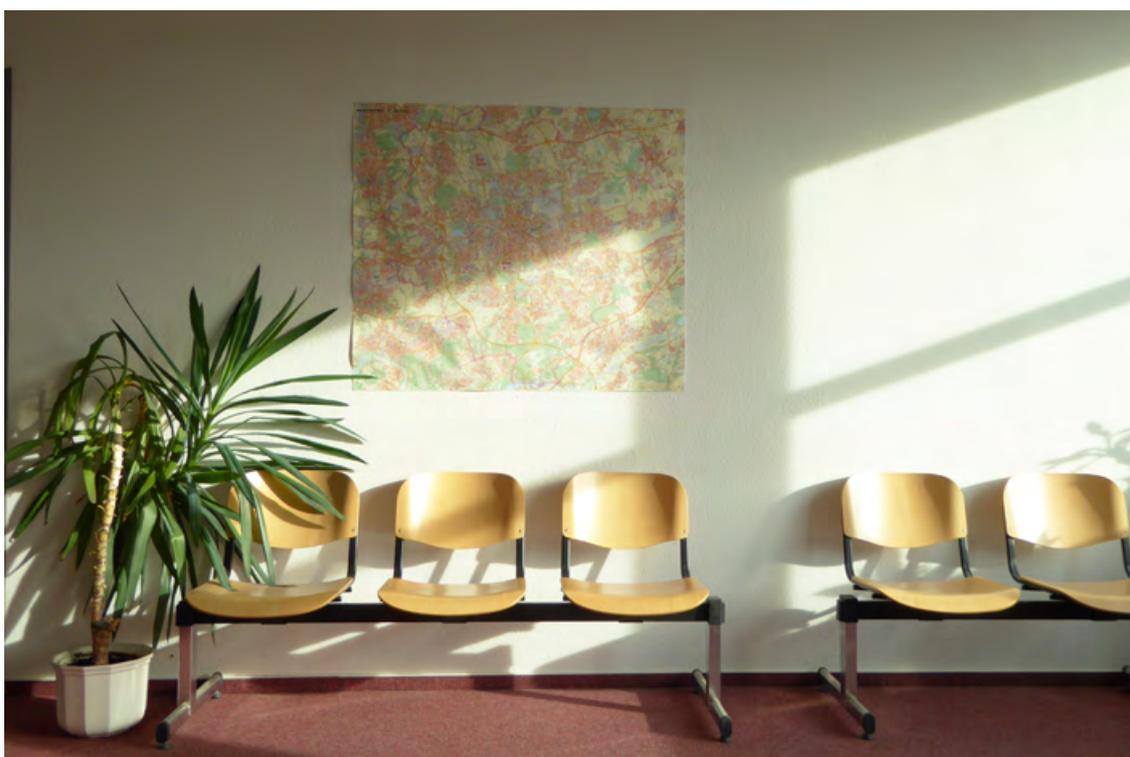


Abb 11: Zielgruppen der Vernetzungs- und Fortbildungsarbeit der PSZ im Jahr 2015

KlientInnen in den Psychosozialen Zentren

Insgesamt können alle 32 Psychosozialen Zentren bundesweit jährlich knapp über 14.000 KlientInnen versorgen. Von Einrichtung zu Einrichtung variiert die Anzahl der jährlich von den Zentren betreuten KlientInnen enorm – angefangen von sehr kleinen Zentren, die pro Jahr weniger als 100 KlientInnen versorgen bis hin zu Zentren mit über 1.900 Kli-

entInnen in den verschiedenen Behandlungs- und Betreuungssettings. In einem „durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum“ (Mittelwert \bar{x} der KlientInnen in den 32 Zentren) werden jährlich etwa 441 Geflüchtete behandelt und beraten, in einem „typischen Zentrum“ (Medianwert der KlientInnen in den 32 Zentren) etwa 288.



(Foto "Just wait" von Erich Ferdinand, CC-BY 2.0, <https://www.flickr.com/photos/erich/15474954097/>)

KlientInnen in den einzelnen Versorgungsbereichen

Das Versorgungsspektrum, das Geflüchteten in den Zentren angeboten wird, unterscheidet sich über die Zentren hinweg nur sehr wenig. Es ist in fast allen Zentren multimodal konzipiert und umfasst psychosoziale, therapeutische sowie weitere niedrigschwellige Unterstützungsangebote. Nur sehr wenige KlientInnen werden nur durch einzelne Beratungs- oder Behandlungsformen unterstützt, die meisten werden interdisziplinär in mehreren Betreuungssettings versorgt.

Die meisten Beratungen und Therapien sind dabei nur mithilfe von speziell für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten geschulten DolmetscherInnen möglich. Im Durchschnitt benötigen 76 % der KlientInnen-Kontakte eine Sprachmittlung – in einigen Zentren nur 40%, in anderen wiederum fast alle KlientInnen (99 %).



Im Schnitt benötigt es bei 76 % der Beratungen und Therapien eine Sprachmittlung

„Durchschnittliches“ vs. „typisches“ Psychosoziales Zentrum

In diesem Bericht wird häufig ein „durchschnittliches“ Psychosoziales Zentrum einem „typischen“ psychosozialen Zentrum gegenübergestellt. Es zeigen sich dabei oft deutliche Unterschiede in den Kennwerten für die Anzahl der betreuten KlientInnen, der beschäftigten MitarbeiterInnen oder auch der finanziellen Ressourcen für die jeweiligen statistischen Kennwerte.

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

Beim Mittelwert (\bar{x}) werden alle Werte addiert und die Summe durch die Anzahl (n) der Beobachtungen (hier: oftmals Anzahl der Zentren) geteilt. Durchschnittswerte wie diese sind allerdings sehr empfindlich für Verzerrungen durch Extremwerte, wie es hier z.B. die sehr großen Zentren mit z.T. über 1.000 KlientInnen pro Jahr

sind. Deshalb wirkt das „Durchschnittszentrum“ an sich größer als ein typisches Zentrum – die Daten sehr großer Zentren fallen stärker ins Gewicht – zu Lasten der zahlreicheren kleineren Einrichtungen. In diesem Bericht wurde daher für viele Kennzahlen, die stark durch die Größe eines Zentrums beeinflusst werden, zusätzlich zum oder statt des Mittelwerts (\bar{x}) der Median (\tilde{x}) angegeben.

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

Das Rahmenangebot der Psychosozialen Zentren bildet die psychosoziale und asylrechtliche Beratung, an die fast alle KlientInnen eines Zentrums angebunden sind (82 %). Eine (meist zusätzliche) psychotherapeutische Behandlung nimmt etwa ein Drittel der KlientInnen wahr (36 %). Etwa ein Fünftel der KlientInnen (19 %) wird außerdem durch weitere multimodale Angebote wie z.B. kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bildungs- und freizeitorientierte niedrigschwellige Gruppenformate (Deutsch- und EDV-Kurse etc.) oder auch durch die Begleitung ehrenamtlicher MentorInnen unterstützt.

Doch auch denjenigen Geflüchteten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, kann in der Regel nicht

allein im psychotherapeutischen Setting geholfen werden. Die meisten Therapie-KlientInnen werden zusätzlich in der sozial- bzw. asylrechtlichen Beratung sowie in weiteren multimodalen Angeboten betreut. Insgesamt bildet die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die ausschließlich eine Psychotherapie benötigen, nur einen Anteil von 6 % aller KlientInnen ab.

In der Regel versorgt damit ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum mit insgesamt 441 KlientInnen rund 362 Geflüchtete im Beratungssetting, 161 KlientInnen in der Psychotherapie und 85 über weitere multimodale Angebote. In der Regel werden nur 32 KlientInnen pro Zentrum ausschließlich psychotherapeutisch versorgt.

KlientInnen in den PSZ

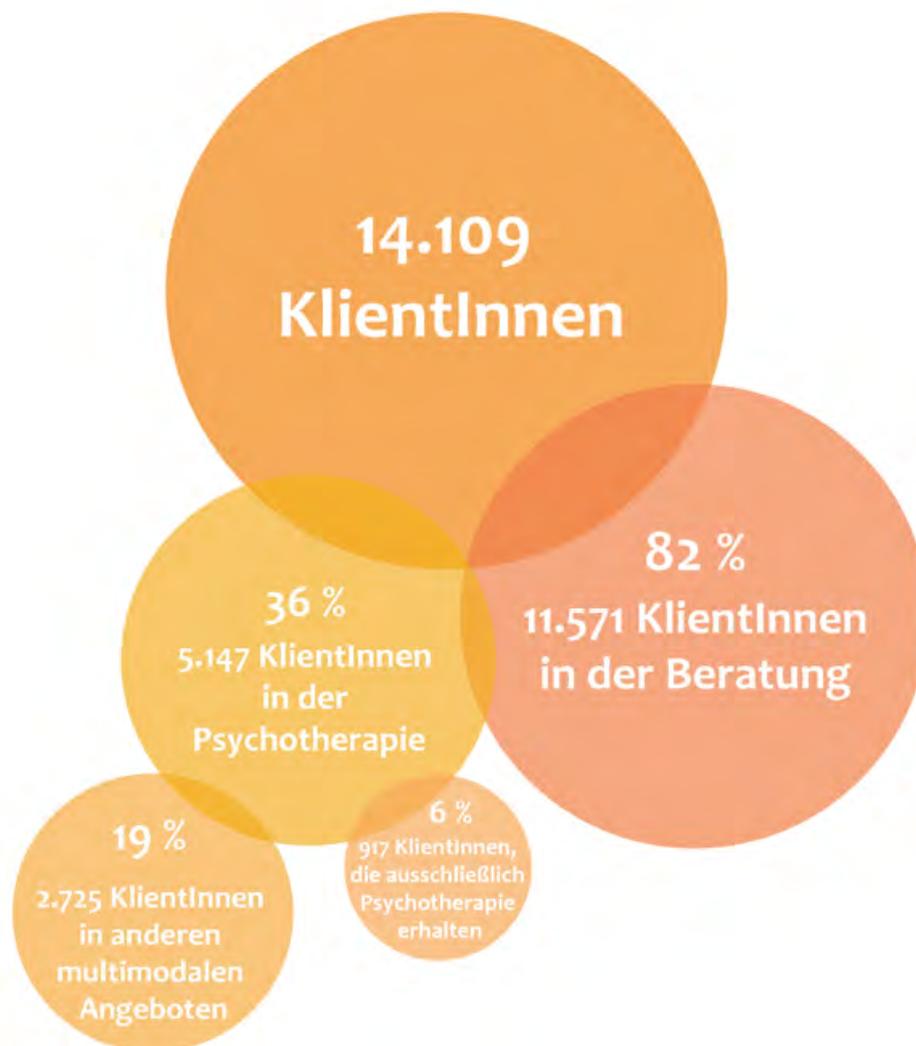


Abb 12: KlientInnen in den PSZ

	KlientInnen insgesamt	(psycho)soziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
Σ (n=32)	14.109	11.571	5.147	917	2.725
\bar{x} pro Zentrum (\bar{x})	441	362	161	32	85
typisches Zentrum (\tilde{x})	288	240	115	18	34
Min	30	24	0	0	0
Max	1935	1482	1187	164	748
% an allen KlientInnen		82%	36%	6%	19%

Tab 1: KlientInnen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2015. Die meisten KlientInnen werden in mehreren Angeboten bedient, daher ergeben die prozentualen Anteile nicht 100%.

KlientInnen eines durchschnittlichen Zentrums

Das Versorgungsangebot in den Zentren ist multimodal konzipiert.

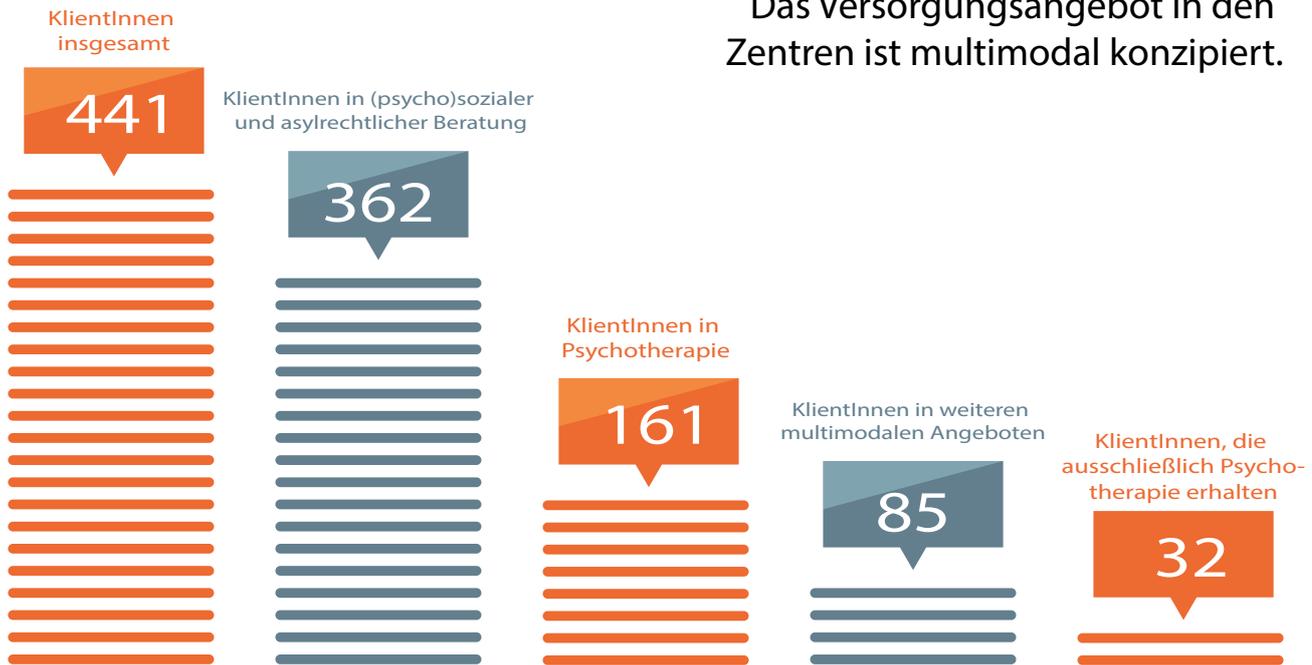


Abb 13: KlientInnen eines durchschnittlichen Zentrums

Anstieg der KlientInnenzahl im Vergleich zu den Vorjahren

Im Vergleich zur Situation im Vorjahr ist die KlientInnen-Zahl, die durch die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge versorgt werden konnte, um 18 % gestiegen. Dabei hat sich vor allem die Anzahl der KlientInnen, die im Kon-

text der (psycho)sozialen Beratung und der Psychotherapie betreut wurden, erhöht – in beiden Versorgungsbereichen ist die Anzahl der KlientInnen um etwa ein Viertel (27 bzw. 23 %) gestiegen.

	Anzahl PSZ	KlientInnen gesamt	(psycho)soziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
2013	23	10.079	8.838	3.092	440	2.323
2014	28	11.972	9.097	4.180	818	2.283
2015	32	14.109	11.571	5.147	917	2.725
Anstieg 2014-2015	14%	18%	27%	23%	12%	19%

Tab 2: Gesamtanzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014



Abb 14: Gesamtanzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014.

Der Anstieg der KlientInnen-Zahl geht dabei v.a. auf die 4 neuen Psychosozialen Zentren zurück. Das heißt, nur die *Gesamtzahl* der in *allen* Zentren betreuten KlientInnen hat sich erhöht. Die Anzahl der *durchschnittlich* von einem PSZ

betreuten KlientInnen hat sich mit einem Anstieg von nur 3% kaum verändert – im Schnitt betreute jedes Zentrum nur etwa 13 KlientInnen mehr als im Vorjahr.

Ø pro Zentrum (\bar{x})	Anzahl PSZ	KlientInnen gesamt	(psycho)soziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
2013	23	438	384	134	19	101
2014	28	428	325	149	29	82
2015	32	441	362	161	32	85
Anstieg (%) 2014-2015	14%	3%	11%	8%	10%	4%

Tab 3: Durchschnittliche Anzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014



(Foto von Konny_B, Cco / pixabay.com)

Neuanmeldungen in den PSZ

Den Weg in ein Psychosoziales Zentrum finden die meisten Geflüchteten durch die Hilfe weiterer unterstützender AkteurInnen. Die Anmeldungen zur Beratung oder Therapie finden bei vielen KlientInnen durch Mitarbeitende der Unterkünfte, durch Ehrenamtliche, AnwältInnen oder auch Angehörige oder Bekannte der KlientInnen statt. Bei einigen KlientInnen auch durch die KlientInnen selbst oder durch medizinisches Fachpersonal aus Kliniken oder Hausarztpraxen, durch PsychiaterInnen oder andere FachärztInnen.

Im Jahr 2015 wurden fast 7.900 KlientInnen neu in die Behandlungs- und Betreuungsangebote der Zentren aufge-

nommen, d.h. pro Zentrum im Durchschnitt etwa 250 KlientInnen. Ein typisches Zentrum nimmt pro Jahr etwa 118 KlientInnen neu auf.

Insgesamt wurden demnach im letzten Jahr knapp über die Hälfte der KlientInnen in den PSZ neu aufgenommen. Damit hat sich der Anteil der Neuaufnahmen im Vergleich zum Vorjahr um etwa 16% erhöht. Dies dürfte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass die neu gegründeten Psychosozialen Zentren i.d.R. all ihre KlientInnen im Jahr 2015 neu aufgenommen haben.

	KlientInnen insgesamt	Neuaufnahmen insgesamt	davon Psychotherapie	unter 18	UMF
Σ (n=32)	14.109	7.883	2.123	1.622	747
Ø pro Zentrum (\bar{x})	441	246	71	52	24
typisches Zentrum (\check{X})	288	118	38	20	14
Min	30	30	0	0	0
Max	1935	1.452	358	400	120
		56%	27%	21%	9%
	% an allen KlientInnen		% an Neuaufnahmen		

Tab 4: Neuaufnahmen insgesamt und in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014

Minderjährige KlientInnen in den PSZ

Kinder und Jugendliche, die von Flucht betroffen sind, haben oft mit besonderen Belastungen zu kämpfen. Neben der oft langen Aufenthaltsunsicherheit und der psychischen Belastung durch traumatische Erlebnisse mussten sie oft schneller erwachsen werden, sind früh auf sich allein gestellt gewesen und zudem oft mit hohen Erwartungen konfrontiert, die aufgrund der zahlreichen Barrieren hier im Aufnahmeland nur schwer zu erfüllen sind (vgl. *Verbreitung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen*).

Die Psychosozialen Zentren haben daher Angebote entwickelt, die sich speziell an Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund wenden. Neben der Behandlung durch Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen spielt die

Begleitung im aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie bei behördlichen und schulischen Angelegenheiten, bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz etc. eine große Rolle. Alle MitarbeiterInnen arbeiten eng auch mit weiteren Jugendhilfeeinrichtungen, mit den Jugendämtern und den Eltern (bzw. bei UMF den Vormündern) der Jugendlichen zusammen.

Ein Fünftel der KlientInnen (21 %) in den 32 Psychosozialen Zentren ist minderjährig. Etwa zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen sind gemeinsam mit ihren Familien geflohen – 35 % der minderjährigen KlientInnen sind ohne ihre Eltern als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) nach Deutschland gekommen. Der Anteil UMF an der Gesamtzahl der KlientInnen beträgt 7 %.



Abb 15: Prozentualer Anteil von minderjährigen KlientInnen in den 32 Zentren im Jahr 2015

	KlientInnen insgesamt	erwachsene KlientInnen	unter 18	Kinder & Jugendl. in Familien	UMF
Σ (n=32)	14.109	11.125	2.984	1.929	1.056
\bar{x} pro Zentrum	441	337	96	62	34
typisches Zentrum (\tilde{x})	288	244	30	14	17
Min	30	29	0	0	0
Max	1.935	1.282	1.032	887	172
% an allen KlientInnen		79%	21%	14%	7%

Tab 5: Durchschnittliche und typische Anzahl minderjähriger KlientInnen in den PSZ im Jahr 2015

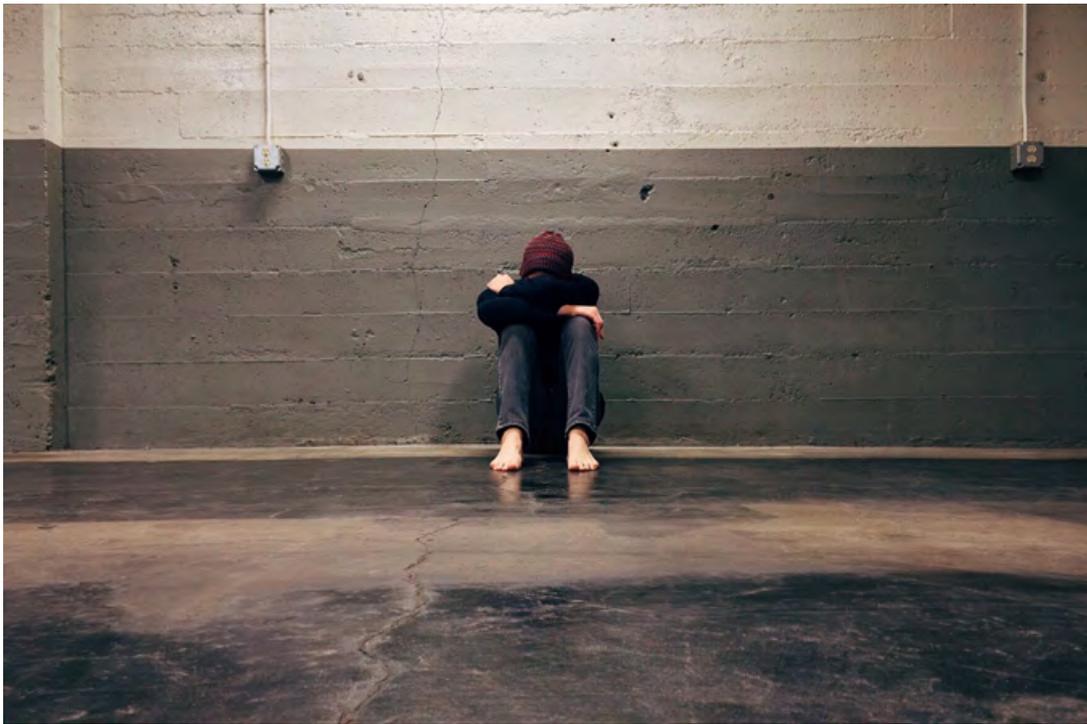


Foto von Workandapix, CCo / pixabay.com

Zur rechtlichen Situation der KlientInnen in den PSZ

Etwa die Hälfte der Geflüchteten, die von den Psychosozialen Zentren unterstützt werden, befindet sich noch im Asylverfahren (49 %). Einige Zentren haben im letzten Jahr fast ausschließlich (98 %) Asylsuchende betreut – ein deutliches Zeichen für die enormen Wartezeiten, mit denen Geflüchtete im Asylverfahren konfrontiert sind. Anzumerken ist hier, dass nicht alle dieser KlientInnen auch bereits eine Aufenthaltsgestattung²³ hatten – einige Zentren gaben an, dass bis zu 95 % der als Asylsuchende kategorisierten KlientInnen nach wie vor nur über eine sogenannte BÜMA verfügten, die „Bescheinigung über die Meldung als Asyl-

suchender“, die Geflüchtete nach ihrer Registrierung hier in Deutschland erhalten. Diese Zahlen spiegeln wider, dass Geflüchtete im letzten Jahr bereits monatelang darauf warten mussten, bis sie überhaupt einen Asylantrag beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) stellen durften. Dieser häufig hohe Anteil an Menschen, die noch nicht einmal einen Asylantrag gestellt hatten, stimmt umso bedenklicher, wenn berücksichtigt wird, dass die meisten KlientInnen in den Zentren bereits auf ihren Behandlungsplatz mehrere Monate warten mussten (vgl. *Wartelisten in den Psychosozialen Zentren*).

	Aufenthalts- gestattung	Duldung	Menschen ohne Papiere	Anerkennung/ Aufenthalts- erlaubnis	Nieder- lassungs- erlaubnis	Sonstige
Ø pro Zentrum (x̄)	49%	25%	2%	19%	2%	3%
typisches Zentrum (x̄)	50%	23%	1%	10%	0%	0%
Min	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Max	98%	60%	15%	95%	9%	30%
	= 76% relativ ungesicherter Aufenthalt			= 21% relativ sicherer Aufenthalt		

Tab 6: Prozentuale Verteilung der rechtlichen Situation der KlientInnen in einem durchschnittlichen und typischen Zentrum im Jahr 2015

²³ Personen, die erstmals einen Asylantrag stellen, erhalten eine Aufenthaltsgestattung. Die Aufenthaltsgestattung ist kein Aufenthaltstitel, sondern bescheinigt lediglich das Recht, sich zur Durchführung eines Asylverfahrens in Deutschland aufzuhalten.

Hier zeigt sich deutlich, wie lange die extrem unsichere Situation der KlientInnen andauert, wie existentiell ein Großteil des Behandlungs- und Betreuungsverlaufs auch davon geprägt ist, dass KlientInnen nicht wissen, was hier in Deutschland als nächstes mit ihnen passieren wird und wie weitreichend ein Großteil der KlientInnen in den Zentren von jeglicher gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen bleibt.

Grundsätzlich verändert sich der Aufenthalt von KlientInnen natürlich über die Zeit der Behandlung in den Zentren: So gaben einige der PSZ an, dass KlientInnen zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in das Behandlungsprogramm der Einrichtung zu 95 % über eine Aufenthaltsgestattung verfügten, bei ihrer Entlassung ein bis vier Jahre später aber 85 % eine Aufenthaltserlaubnis hatten. Für etwa ein Viertel der KlientInnen in den PSZ löst sich jedoch die aufenthaltsrechtliche Unsicherheit auch nach dem Asylverfahren nicht auf: Durchschnittlich 25 %, in einigen Zentren jedoch bis zu 60 % der KlientInnen werden hier in Deutschland lediglich geduldet. Ihre Perspektive bleibt unsicher, prekär und stets von einer Abschiebung bedroht.

Insgesamt behandelten die Psychosozialen Zentren bislang nur verhältnismäßig wenige Geflüchtete, die bereits als Flüchtlinge anerkannt wurden bzw. bereits eine Aufenthaltserlaubnis hatten (19 %). Hier sind zum einen diejenigen Geflüchteten abgebildet, die schon sehr lange KlientInnen in den Zentren sind und deren Aufenthalt sich über die Zeit verfestigt hat. Zum anderen spiegelt sich hier jedoch auch wider, dass viele Zentren in Anbetracht ihrer geringen Kapazitäten entscheiden müssen, nach welchen Kriterien sie behandlungsbedürftige Geflüchtete aufnehmen und in welchen Fällen sie versuchen, sie an die Regelversorgung zu verweisen. Viele Zentren treffen diese Entscheidung zugunsten derjenigen Geflüchteten, die die schlechtesten Chancen haben, außerhalb der Psychosozialen Zentren ein Behandlungsangebot zu finden. Zwar sind auch anerkannte Flüchtlinge nur sehr schwer und unter großen Bemühungen an niedergelassene KollegInnen zu vermitteln – ihre Möglichkeiten sind jedoch aufgrund ihres Versicherungsstatus relativ gesehen zu denen von Menschen im Asylverfahren noch besser. Daher bemühen sich viele Zentren, ihre Versorgungsangebote v.a. für Menschen mit (noch) unsicherer Aufenthaltsperspektive vorzuhalten.

Damit unterscheidet sich die Situation der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren deutlich von der Situation, in der sich Geflüchtete im letzten Jahr insgesamt in Deutschland befanden. Während sich laut der Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) am Ende des Jahres 2015 etwa die Hälfte (53 %) der Geflüchteten in Deutschland in einer relativ unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situation befanden (Hohlfeld, 2016), waren es in den Psychosozialen Zentren etwa 76 % der KlientInnen. Einen relativ sicheren Aufenthaltstitel hatten in den Zentren demnach nur etwa ein Fünftel (21 %), in der Gesamtheit der Flüchtlingspopulation hingegen fast die Hälfte (47 %) der Geflüchteten.

Mit den Gesetzesänderungen im Jahr 2016 hat sich die unsichere Situation der KlientInnen in den PSZ noch um ein Vielfaches verschärft. Die Zahlen dieses Berichts – erhoben im Jahr 2015 – spiegeln noch nicht wider, wie stark sich inzwischen der Druck vor allem auf KlientInnen aus sogenannten „Sicheren Herkunftsländern“ erhöht hat.

250.662	anerkannte Flüchtlinge (Asyl, GFK)	443.476 47% relativ gesichert
49.814	Subsidiärer Schutz	
62.000	Bleiberecht	
81.000	Humanitärer Aufenthalt	506.144 53% relativ ungesichert
350.644	Asylsuchende	
155.500	Geduldete	
949.620	Flüchtlinge gesamt 2015	

Tab 7: Aktuelle Zahlen zu in Deutschland lebenden Flüchtlingen. Quelle: „IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge, Angaben des AZR“. Dr. Thomas Hohlfeld, Referent für Migration und Integration, Fraktion DIE LINKE im Bundestag, 227-51122, 5.9.2016. 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.

Exkurs: Zu den Auswirkungen des Asylpakets II auf die KlientInnen der PSZ

Das Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren gab vor, einer Beschleunigung der Asylverfahren zu dienen. Beschleunigt werden sollte mit dem Gesetzespaket vor allem die Selektion und Ausweisung von Flüchtlingsgruppen, die hier in Deutschland eine **vermeintlich geringe Bleibeperspektive** haben: u.a. diejenigen Menschen, die aus sog. „sicheren Herkunftsstaaten“ zu uns geflohen sind. Für sie sollte das Asylverfahren im Schnellverfahren durchgeführt werden.

In den Psychosozialen Zentren lag der Anteil der KlientInnen, die aus den sogenannten sicheren Herkunftsländern geflohen sind, bis zum Jahr 2015 noch bei etwa 20 %. Dies ist wenig verwunderlich, denn auch Menschen aus Ländern, die die Bundesregierung als sicher einstuft, haben oft schwere Menschenrechtsverletzungen erfahren und sind häufig traumatisiert.

Die Belange dieser Menschen können unter den gegebenen Umständen allerdings kaum noch ausreichend berücksichtigt werden. Von besonderer Bedeutung ist hier, dass traumatische Erfahrungen bei Betroffenen Informationsverarbeitungs- und Gedächtnisprozesse so beeinflussen können, dass eine Erinnerung an das Erlebte nur noch unvollständig oder auf widersprüchliche Weise möglich ist. Traumatische Erfahrungen werden häufig nicht ganzheitlich verarbeitet und abgespeichert, sondern fragmentiert, in getrennten Erinnerungstücken, z.B. in der Körperwahrnehmung oder in Form von Sinneserfahrungen. Sprachlich und in ihrer zeitlichen Chronologie sind sie zunächst oft nicht oder nur schwer mitteilbar. Dies hat häufig zur Folge, dass Asylsuchende erlittene Menschenrechtsverletzungen nicht so zusammenhängend und chronologisch korrekt vorbringen können, wie das im Asylverfahren von ihnen erwartet wird. Darüber hinaus können Angst, Scham und Vermeidung als Hauptsymptome zum Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung dazu führen, dass vermieden wird, über genau die Aspekte des eigenen Schicksals zu sprechen, die für das Asylverfahren relevant sind. Die Betroffenen können dann nur karge Aussagen machen, die möglicherweise das Wichtigste aussparen oder als verworren, unzusammenhängend, widersprüchlich oder zeitlich verzerrt erscheinen.

Menschen, die schwere Gewalterfahrungen erlebt haben, brauchen Zeit und Schutz, um ihre Geschichte und die von ihnen erlittenen Menschenrechtsverletzungen als Asylgründe vorbringen zu können. Ob sie die hier bekommen, ist inzwischen allerdings v.a. abhängig von dem Land, aus dem sie kommen.

Die Gesetzesänderungen sind mit ihrem Inkrafttreten am 17.3.2016 inzwischen bittere Realität. Etwa seit dem Sommer 2016 sind ihre Konsequenzen auch in der Praxis der Psychosozialen Zentren angekommen:

Der Druck auf Therapie-KlientInnen v.a. der Balkanländer, hat stark zugenommen – auch und insbesondere für KlientInnen, die bereits seit langem in Deutschland sind und in der Therapie bereits gut stabilisiert werden konnten. Behandlungserfolge werden durch Abschiebungsandrohungen zerstört, Abschiebungen in der Nachbarschaft oder der Community generieren eine Atmosphäre der Angst und extremer Unsicherheit. Grundsätzlich hat sich die Zahl der als offensichtlich unbegründet abgelehnten Asylanträge stark erhöht und die Berücksichtigung von Abschiebehindernissen ist deutlich zurückgegangen. In einigen Regionen entscheidet das BAMF bei körperlichen oder psychischen Krankheiten ausnahmslos, dass diese auch im Herkunftsland zu behandeln seien.

Diese Situation erzeugt auch im Beratungssetting starke Ohnmachts- und Hilflosigkeitserfahrungen, denen allein politisch begegnet werden kann:

„Es geht um ein junges Paar aus dem Kosovo – das typische Land, bei dem man von Wirtschaftsflüchtlingsen spricht. Diese Familie ist aber vor Gewalt und Rassismus auf behördlicher Ebene geflohen, weil sie in der Familie einen türkischen Migrationshintergrund haben. [...] Sie hat eine kleine Tochter, war schwanger im Kosovo, hatte aufgrund der Stresssituation eine Fehlgeburt und war dann psychisch so labil, dass Gedanken an Selbstmord im Raum standen. [...] Und trotz der Belange, die sie angebracht hat, warum sie flüchten mussten und auch nicht wieder zurück können, steht nun die Abschiebung bevor. Sie hat jetzt auch gerade erst entbunden. Eine absolute psychische Belastung. Sie schläft nicht, sie isst nicht. Sie ist körperlich einfach am Ende und ich weiß einfach, es gibt keine Lösung. Und dann weiß ich einfach nicht, wie sie das verkraften wird. Diese psychischen Belastungen, diese Ängste, die sie zuzuschneiden, die kann ihr einfach keiner nehmen.“

Sozialarbeiterin einer Beratungsstelle zur Situation ihrer KlientInnen

Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren

Insgesamt wurden die 14.000 KlientInnen der 32 Psychosozialen Zentren im Jahr 2015 durch etwa 315 fest angestellte MitarbeiterInnen versorgt. Die Bandbreite der personellen Ressourcen über das Bundesgebiet hinweg reicht dabei jedoch von sehr kleinen Zentren, die lediglich 2 hauptamtliche MitarbeiterInnen in Teilzeit beschäftigen können, bis hin zu drei sehr großen Zentren mit über 30 hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

In einem typischen Zentrum mit etwa 288 KlientInnen arbeiten insgesamt rund 6 hauptamtliche MitarbeiterInnen –

zumeist in Teilzeit. Üblicherweise teilt sich dieses 6-köpfige PSZ-Team aus 3 PsychotherapeutInnen, 2 SozialarbeiterInnen und einer Verwaltungskraft insgesamt nur 4,5 „volle Stellen“. Der oder die einzelne/r MitarbeiterIn ist mit rund 26 Stunden pro Woche angestellt. In der Regel bestehen also lediglich Arbeitsverhältnisse in Teilzeit – üblicherweise mit etwa zwei Dritteln der regulären Wochenarbeitszeit. Vollzeitstellen in den Psychosozialen Zentren sind eine Seltenheit; nur 7 der 32 Zentren beschäftigen ihre MitarbeiterInnen mit durchschnittlich mehr als 30 Stunden pro Woche.

	hauptamtliche MitarbeiterInnen	Stellenanteile insgesamt	Ø Wochenarbeitszeit pro MitarbeiterIn
Σ	315	215,7	
Ø pro Zentrum (\bar{x})	9,8	6,7	26,3h/ Woche
typisches Zentrum (\tilde{X})	6	4,5	26h/Woche
Min	2	2	17,3h/ Woche
Max	39	27	35,8h/ Woche

Tab 8: MitarbeiterInnen, Stellenanteile und durchschnittliche Wochenarbeitsstunden im Jahr 2015

Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche in den Zentren ist in den letzten Jahren gestiegen. So hat sich z.B. auch der Anteil derjenigen Zentren, die MitarbeiterInnen im Durchschnitt mit mindestens 75 %-Stellen beschäftigen können, leicht erhöht. Er lag bislang bei etwa 14 % und liegt nun bei etwa 22 %. Bei immerhin zwei Dritteln der Zentren (20 von 32 Zentren) liegt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit jetzt bei über 25 Stunden pro Woche. Zum Vergleich: Im Jahr 2012 konnte noch etwa 1/3 der Zentren seine MitarbeiterInnen im Schnitt mit nur maximal 20h/Woche beschäftigen. Dieser Anteil liegt inzwischen bei nur noch 10 %.

Insgesamt hat sich also die Anzahl der Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren wenig verändert, die Stellenanteile der einzelnen MitarbeiterInnen jedoch haben sich leicht erhöht. In einem „typischen Zentrum“ gab es einen Zuwachs von insgesamt einer halben Stelle (bei gleichbleibend etwa 6 hauptamtlichen MitarbeiterInnen). In einem „Durchschnittszentrum“ ist die Anzahl der MitarbeiterInnen von 8 auf etwa 10 MitarbeiterInnen gestiegen, die sich nun im Schnitt statt 5 insgesamt 6,7 Vollzeitstellen „teilen“.

	hauptamtliche MitarbeiterInnen		Stellenanteile insgesamt	
	\bar{x}	\tilde{X}	\bar{x}	\tilde{X}
\bar{x} 2014	8	6	5	4
\bar{x} 2015	9,8	6	6,7	4,5
Anstieg absolut	1,8	0	1,7	0,5
Anstieg %	23%	0%	34%	13%

Tab 9: Vorjahresvergleich der Anzahl (Mittelwerte und Median) der hauptamtlichen MitarbeiterInnen und der Stellenanteile

Arbeitsbereiche und Qualifikation der MitarbeiterInnen

Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Opfern menschengemachter Gewalt ist eine gute berufsgruppenübergreifende Vernetzung. Die Lebenssituation von Geflüchteten ist von vielen Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt, die die Kompetenzen einzelner Berufsgruppen in der Regel überschreiten. Wenn die belastenden Anforderungen des Asylverfahrens bewältigt, ein Sprachkurs und eine Wohnung organisiert und angstbesetzte Behördenbesuche gemeistert werden müssen, dann ist ein Psychotherapeut allein oft überfordert und muss intensiv mit Sozial- und AsylrechtsexpertInnen zusammenarbeiten – im Optimalfall innerhalb eines multiprofessionellen Teams unter einem Dach. Oft sind zusätzlich zu Beratung und Therapie auch nonverbale Angebote aus den Bereichen der Kreativ-, Körper- und bewegungsorientierten Therapien wichtig, um wieder einen Zugang zum eigenen Fühlen und Erleben zu bekommen.

Dem tragen die Psychosozialen Zentren durch breit aufgestellte, interdisziplinäre Teams Rechnung: Nach den Leitlinien der BAfF muss ein PSZ mindestens zwei ExpertInnen aus Heilberufen und aus sozialen Berufen fest in der Einrichtung anstellen. Eine dieser Personen sollte PsychotherapeutIn mit abgeschlossener psychotherapeutischer

Weiterbildung und die andere Person ausgebildete SozialarbeiterIn sein oder über eine vergleichbare berufliche Qualifikation verfügen (vgl. Kasten S. 60, Kriterien für die Aufnahme als Fachmitglied).

Den größten Teil der Teams der Psychosozialen Zentren bilden KollegInnen aus den Bereichen Psychotherapie (38 %) und (Psycho)Soziale Arbeit (29 %). Sie werden durch MitarbeiterInnen im Bereich Administration und Verwaltung (15 %), durch KollegInnen aus den kreativen und körper-/ bewegungsorientierten therapeutischen Angeboten (4 %), sowie durch MitarbeiterInnen im Bereich Fundraising und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt (3 %). Die medizinische Versorgung der KlientInnen innerhalb der Zentren spielt bundesweit nur eine marginale Rolle. Über das gesamte Bundesgebiet hinweg sind in den Zentren insgesamt lediglich 11 ÄrztInnen beschäftigt. In der Regel arbeiten MedizinerInnen nicht direkt im Zentrum, sondern es wird versucht, Kooperationen mit niedergelassenen Haus- und FachärztInnen herzustellen. Auch die über 700 DolmetscherInnen, die die Zentren bundesweit unterstützen, sind fast nie fest angestellt und hier daher nur mit einem Anteil von 3 % vertreten.



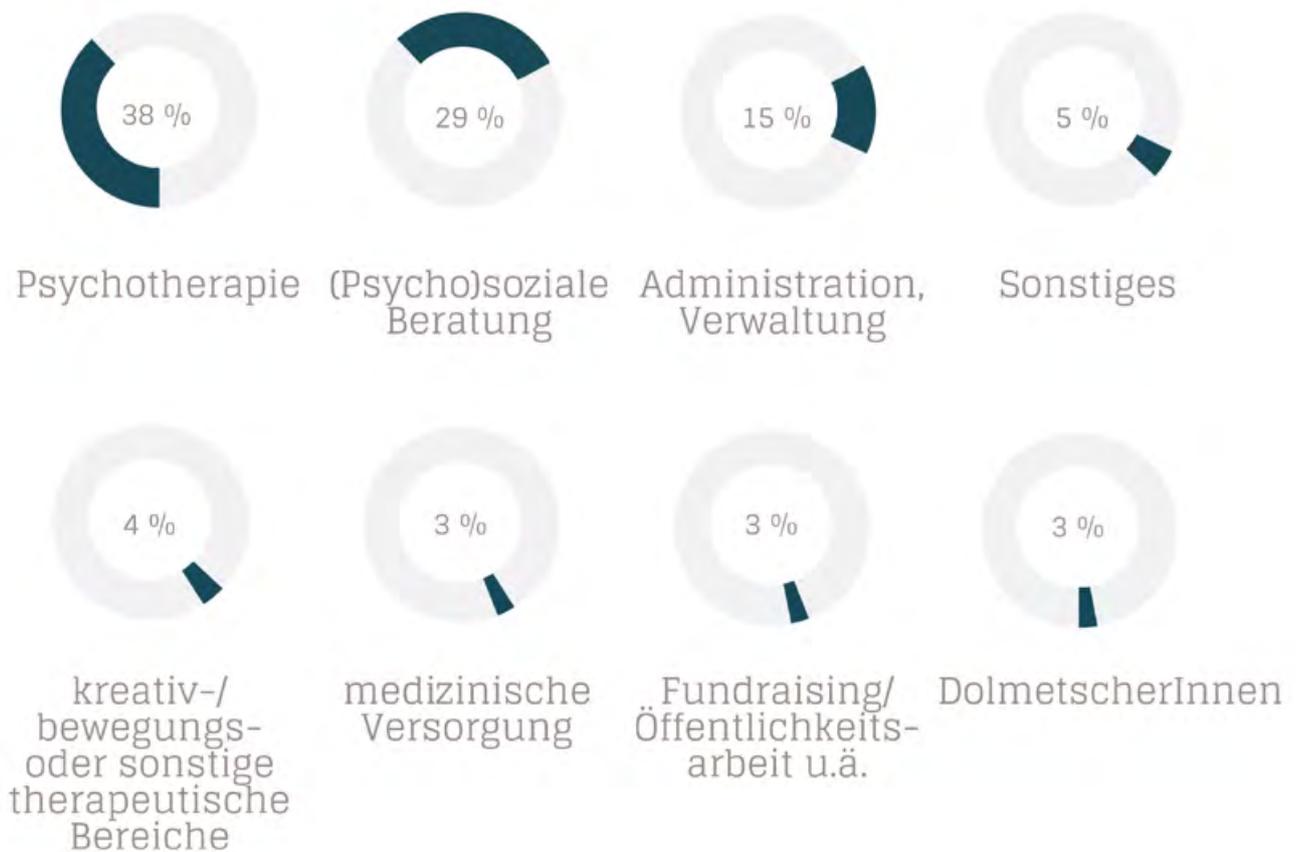


Abb 16: Verteilung der Mitarbeitenden über die Arbeitsbereiche eines PSZ

	Σ	\bar{x}	\check{X}	Min	Max	%
feste MitarbeiterInnen	315	9,8	6	2	39	
Psychotherapie	119	3,7	3	0	15	38%
(Psycho)soziale Beratung	91	2,8	2	0	11	29%
Administration/ Verwaltung	48	1,5	1	0	5	15%
Sonstiges	16	0,5	0	0	8	5%
kreativ-/ bewegungs- oder sonstigen therapeutische Bereiche	12	0,4	0	0	3	4%
medizinische Versorgung	11	0,3	0	0	4	3%
Fundraising/ Öffentlichkeitsarbeit u.ä.	10	0,3	0	0	2	3%
DolmetscherInnen	8	0,3	0	0	6	3%

Tab 10: Feste Mitarbeitende in den verschiedenen Arbeitsbereichen in den PSZ im Jahr 2015

Kriterien für die Aufnahme als Fachmitglied

Folgende Merkmale sollten bei der Aufnahme in die BAfF als qualitätssichernde Merkmale erfüllt werden:

- Es handelt sich bei den Bewerbern um eine gemeinnützige, nicht profitorientierte Organisation.
- Bei den MitarbeiterInnen sind mind. zwei Fachleute mit mind. 19,25 Wochenstunden pro Person aus Heilberufen und aus sozialen Berufen fest angestellt. Eine der beiden Fachleute ist PsychotherapeutIn mit abgeschlossener therapeutischer Weiterbildung. Die andere Person ist ausgebildete SozialarbeiterIn oder verfügt über eine vergleichbare berufliche Qualifikation.
- Die Finanzierungszusagen sollten mind. über ein Jahr gesichert sein und es wird eine regelmäßige wöchentliche Erreichbarkeit in den eigenen Räumlichkeiten gewährleistet. In den eigenen Räumen werden die Regeln des Datenschutzes eingehalten.
- Folgende Arbeitsbereiche werden ausgeübt: Beratung und Sozialarbeit, Psychotherapie, Stellungnahmen, Gruppen – und Projektarbeit, Multiplikatorenarbeit, Vernetzung, politische Arbeit/ Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und Dokumentation.
- Die eingesetzten psychotherapeutischen Methoden umfassen mind. eine der im Folgenden aufgeführten wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren: Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie. Kulturell verankerte Heilmethoden sowie kunst- und körpertherapeutische Angebote sollten nach Möglichkeit einbezogen werden. Die TherapeutenInnen sind in der Lage, westliche Methoden auf die Klientel kulturspezifisch anzupassen. Eine regelmäßige externe Supervision muss gewährleistet sein.
- Die medizinische Versorgung der KlientInnen wird entweder durch MitarbeiterInnen oder durch die Vernetzung und Kooperation mit dem lokalen Gesundheitssystem sichergestellt.
- Es ist gewährleistet, dass in den mehrheitlichen Sprachen der KlientInnen qualitativ gute Übersetzung stattfindet. Die DolmetscherInnen verfügen über die Möglichkeit zu Supervision und Fortbildung.

Die Aufnahmekriterien auf der BAfF-Website: www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/aufnahmekriterien/

(Foto von StartupStockPhotos, CCo / pixabay.com)



Freie MitarbeiterInnen

Zusätzlich arbeiten in einem PSZ in der Regel 22 freie MitarbeiterInnen, zum größten Teil DolmetscherInnen (76 % der freien MitarbeiterInnen), aber auch freie Psychothera-

apeutInnen (12 %) und Kreativ- oder BewegungstherapeutInnen (6 %). Freie MitarbeiterInnen sind im Durchschnitt mit wöchentlich 5 Stunden für das Zentrum tätig.

	freie MitarbeiterInnen	davon DolmetscherInnen	Ø h/ Woche pro freieR MitarbeiterIn
Σ	940	711	
\bar{X}	29	22	4,6h/ Woche
\check{X}	22	18	3,3h/ Woche
Min	7	4	2h/Woche
Max	119	50	16h / Woche

Tab 11: Freie MitarbeiterInnen und deren Arbeitszeit in den Zentren im Jahr 2015

	Σ	\bar{x}	\tilde{X}	Min	Max	%
freie MitarbeiterInnen	940	29,4	22	7	119	
h/ Woche Ø	147,5	4,6	3,3	2	16	
DolmetscherInnen	711	22,2	18	4	50	76%
Psychotherapie	110	3,4	1	0	34	12%
kreativ-/ bewegungs- oder sonstige therapeutische Bereiche	55	1,7	1	0	10	6%
(Psycho)soziale Beratung	31	1	0	0	25	3%
Medizinische Versorgung	7	0,2	0	0	3	1%
Administration/ Verwaltung	8	0,3	0	0	2	1%
Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit	12	0,4	0	0	3	1%
Sonstiges	6	0,2	0	0	4	1%

Tab 12: Freie MitarbeiterInnen in den verschiedenen Arbeitsbereichen in den PSZ im Jahr 2015

PraktikantInnen

Unterstützung erfahren alle PSZ außerdem durch PraktikantInnen. Pro Zentrum ist in der Regel kontinuierlich mindestens ein/e PraktikantIn aktiv – im Schnitt mit etwa

28 Wochenstunden. Damit tragen PraktikantInnen wesentlich zur in den Zentren geleisteten Gesamtarbeitszeit bei.

Ehrenamtliche

Auch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen spielt eine große Rolle: In jedem Zentrum engagieren sich durchschnittlich 13 Ehrenamtliche. Dies entspricht einer Verdopplung der Anzahl an ehrenamtlichen UnterstützerInnen im Vergleich zum Jahr 2013 – damals waren im Schnitt noch etwa 6 Ehrenamtliche für ein durchschnittliches PSZ aktiv. Aber auch hier zeigt sich große Variation. Während einige Zentren keine ehrenamtlichen UnterstützerInnen haben, arbeiten einige Zentren mit 100 Freiwilligen zusammen.

Die meisten Ehrenamtlichen unterstützen die Zentren mit etwa 5 Stunden pro Woche – zum Beispiel als MentorInnen, die Geflüchtete im Alltag, bei Behördengängen – kurz: auf ihrem Weg in die neue Gesellschaft – begleiten. Große Resonanz erfahren außerdem Projekte, in denen die Zentren ehrenamtliche Vormundschaften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) vermitteln.

Komplexität des Versorgungsauftrags

Grundsätzlich muss im Blick auf das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren betont werden, dass allein anhand der Beschäftigungsverhältnisse der MitarbeiterInnen noch kein aussagekräftiges Bild davon gezeichnet werden kann, wie viele personelle Ressourcen letztlich für die Versorgung einer bestimmten Anzahl an KlientInnen verfügbar sind. Aufgrund der komplexen Lebenssituation ihrer KlientInnen investieren die Mitarbeitenden in den PSZ zusätzlich zum direkten KlientInnenkontakt in der jeweiligen Beratungs- oder Therapiesitzung auch einen großen Teil ihrer Arbeitszeit in Anträge auf Kostenübernahmen bzw. für Projekte zur Finanzierung des Zentrums, sie verfassen umfangreiche Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren, müssen engen Kontakt mit RechtsanwältInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen oder Jugendhilfeeinrichtungen halten und nicht zuletzt viel Zeit für Administration

und Fortbildungstätigkeiten für weitere AkteurInnen aufbringen. Oft sind Mitarbeitende auch für mehrere „Projekte“ beschäftigt, von denen einige fast ausschließlich in der direkten KlientInnen-Arbeit, andere wiederum zu großen Teilen auch in der Struktur- und Vernetzungsarbeit angesiedelt sind.

Grundsätzlich verstehen die Psychosozialen Zentren es über die direkte Arbeit mit KlientInnen hinaus als ihre Aufgabe, im Sinne ihrer KlientInnen in die Gesellschaft hineinzuwirken, also Beratung, Supervision und Fortbildungen für weitere AkteurInnen anzubieten und sich mit gezielter Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit in die Diskussion um Lebens- und Versorgungsbedingungen von Geflüchteten einzumischen.



(Foto von rawpixel, CCo / pixabay.com)



(Refugee Welcome Center Hamburg, Foto von Rasande Tyskar, CC BY-NC 2.0 / <https://www.flickr.com/photos/rasandet/14065015361/>)

Ein Jahr nach dem „Sommer der Solidarität“ – Was bewegte sich?

Zwischen praktischer Unterstützungsarbeit und politischer Verantwortung

Schon vor dem Sommer 2015, der auch „Sommer der Solidarität“ genannt wurde, engagierte sich etwa jede/r Dritte in Deutschland ehrenamtlich in unterschiedlichsten Verbänden, Initiativen und Vereinen (BMFSFJ, 2009). Bereitwillig übernehmen Menschen Verantwortung in den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Sphären und werden unterstützend tätig. Viele Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens würden ohne Ehrenamtliche kaum existieren und funktionieren – so auch die Versorgung von Geflüchteten.

Vor allem aber seit vergangenem Sommer engagieren sich Menschen in Deutschland wie nie zuvor ehrenamtlich für geflüchtete Schutzsuchende: Etwa 44% aller deutschen StaatsbürgerInnen sollen sich durch

Spenden oder eigenes Engagement an der Hilfe für Geflüchtete beteiligt haben. (Diekmann, 2015) In Großstädten ist es in manchen Stadtteilen kaum noch möglich den Überblick über die Initiativen zu behalten; Karten zu bestehenden Initiativen in Deutschland sollen bei der Suche nach ehrenamtlichen Projekten helfen (Karte "Ehrenamtliches Engagement für Flüchtlinge", 2016).

Diesem „Sommer der Solidarität“ folgten jedoch auch eisige Wintermonate, die bis heute anhalten: So stehen Unterstützungsstrukturen neben beinahe regelmäßigen Asylrechtsverschärfungen und zunehmender rassistisch motivierter Gewalt und Hetze gegen Geflüchtete.

Institutionalisierter Mangel

Das „do it yourself“-Engagement der Ehrenamtlichen hilft Versorgungsangebote für Geflüchtete vorzuhalten und grundlegende Versorgungsbedarfe zu sichern. Dieses Engagement für die Geflüchteten wird von staatlicher Seite als demokratische Tugend anerkannt und honoriert. Der hohe Bedarf an freiwilligen HelferInnen und der starke Zuspruch seitens der Regierung erwecken jedoch den Eindruck, dass Defizite u.a. in Sozial- und Gesundheitssystemen aus Finanznot und Personalmangel mit der ehrenamtlichen Tätigkeit aufgefangen werden sollen.

Das ehrenamtliche Engagement als Lösung für Finanznot und Personalmangel? Zum Dank werden die Ehrenamtlichen zur Beauftragten für Migration und

Integration geladen, es werden Sonderveranstaltungen für Ehrenamtliche oder gar Tage des Ehrenamts organisiert, was Kritik untergehen lässt. In der Realität zeigt sich, dass Partizipation und Mitsprache mit dem Engagement jedoch nicht einhergehen. Dies führte dazu, dass auf die vorhandenen Bedarfe nur eingeschränkt reagiert wurde und kaum strukturelle Lösungen gefunden wurden. Dabei gibt es für die Versorgung von Asylsuchenden klare Vorgaben und Richtlinien, wonach den Opfern von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen bereitzustellen sind, um eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu gewährleisten, die durch den Staat sichergestellt werden müssen.¹

¹ Vgl. Abs.11 CAT-C-GC-3 vom 19.November 2012 i.V.m. Art 14 United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT)

In vielen Gebieten Deutschlands werden Ehrenamtliche auch im Bereich der Grundversorgung der Geflüchteten eingesetzt. Dabei wird von staatlicher Seite mit dem Engagement fest gerechnet und die Tatkraft Freiwilliger als Parallelstruktur zur regulären Gesundheitsversorgung in Form von z.B. mobilen Nothilfen in Berlin institutionalisiert. Bestehende Mängel werden so eher verwaltet anstatt auf struktureller Ebene behoben.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass nicht die Arbeit ehrenamtlicher HelferInnen zum Kritikpunkt wird. Die vielen Helfenden haben in den vergangenen Monaten erstaunliches und bewegendes Engagement gezeigt: Viele Ehrenamtliche sind dabei mehr als 10 Stunden pro Woche aktiv (Karakayali & Kleist, 2016). Es wurden private Schlafplätze für Geflüchtete organisiert und vermittelt, ebenso wie Kleidung und Nahrungsmittel, im Schichtbetrieb wurde mit allen Mitteln versucht, zumindest die grundlegende Versorgung zu sichern und im Umgang mit den zuständigen Behörden zu helfen und zu vermitteln.

Auch im Bereich der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten wird der politische Handlungsbedarf häufig übergangen und die Verantwortung der Zivilgesellschaft überlassen. Im letzten Jahr sprangen viele ehrenamtliche Hebammen, ÄrztInnen und TherapeutInnen ein, um die Lücken in der Versorgung zu schließen. PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen richteten ehrenamtlich Sprechstunden für Geflüchtete ein und boten Therapieplätze ohne Finanzierung durch die zuständigen Leistungsträger an. Auch Ausbildungsinstitute für PsychotherapeutInnen wurden dabei einbezogen.

Dieses ehrenamtliche Engagement der professionel-

len UnterstützerInnen setzt auf der einen Seite ein wichtiges und begrüßenswertes Zeichen: Es vermittelt den Geflüchteten, dass sie willkommen sind und mit den äußerst schwierigen Lebenssituationen und -erfahrungen sowie Auswirkungen auf die körperliche und seelische Verfasstheit nicht allein gelassen werden. Das ehrenamtliche Angebot zur akuten Versorgungssicherung kann aber keine langfristige Lösung sein und darf auch nicht darüber hinweg täuschen, dass das Flüchtlingspolitische Versagen erst in eine solche humanitäre Krise führte, die dieses Formen der Unterstützung dringend notwendig machten. Die Gefahr besteht, dass die Leistungen durch die UnterstützerInnen nicht nur in akuten „Notfällen“ geleistet werden, um eine Krisensituation abzuwenden. Mit dieser Entwicklung des sich verstetigenden Ehrenamts in der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter besteht die Gefahr der Reduktion des menschenrechtlich geschützten Anspruchs auf gesundheitliche Versorgung und damit des rechtlichen Anspruchs gegenüber dem Staat: fachkundige und leistungsrechtlich verankerte Versorgungsleistungen werden zum Akt der Nächstenliebe, Leistungsberechtigte werden zu EmpfängerInnen von Almosen (Bröse & Friedrich, 2015).

Für jede/n gilt das Menschenrecht auf Gesundheit, dessen Gewährung auch in Notzeiten staatlicher Verantwortung unterliegt. Das Ehrenamt darf in diesem Zusammenhang nicht instrumentalisiert werden, um strukturelle Defizite zu überdecken und fehlende Ressourcen für die Versorgung der Geflüchteten zu kompensieren. Es sind die EntscheidungsträgerInnen aus Politik und Verwaltung, die für die Versorgung von Geflüchteten in die Verantwortung genommen werden müssen.

Das Ehrenamt und die Notwendigkeit der Re-Politisierung der sozialen Frage

Viele Initiativen verfolgen den humanitären Grundgedanken ohne politischen Hintergrund, ohne politische Forderungen. „Nur Essen austeilen alleine reicht nicht“ formuliert Oranienplatz-Aktivist Turgay Ulu in einem Interview (Arps, 2016). An der strukturellen Situation und den Ursachen wird wenig grundlegend und langfristig verändert. Das gemeinsame und notwendige Einfordern gleicher Rechte für Alle gerät aus dem Fokus, wenn der Kontext nicht einbezogen wird. Es müssen Möglichkeiten und Räume für eine kritische Auseinandersetzung mit den Ursachen und Hintergründen des notwendig gewordenen Engagements

in die praktische Unterstützung geschaffen werden. Die realen und möglichen Auswirkungen des eigenen Engagements müssen immer wieder in dieser Auseinandersetzung reflektiert werden. Es besteht sonst die Gefahr, dass das eigene Engagement unbeabsichtigt als Deckmantel dafür herhalten muss, die verantwortlichen gesellschaftlichen Institutionen und Leistungsträger aus der Verantwortung zu entlassen und mit Ansätzen und Konzepten der „Aktivbürgerschaft“ zu beschönigen.



Traumatherapie Light – Von Laien-TherapeutInnen und TraumaberaterInnen

Im Bereich der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung ist zum Ausgleich mangelnder Ressourcen und defizitärer Strukturen aktuell eine unter verschiedenen Gesichtspunkten fragwürdige Entwicklung zu verzeichnen: Zunehmend wird als Reaktion auf den bestehenden Mangel an Fachpersonal und Behandlungsplätzen der Einsatz sogenannter Laien-TherapeutInnen für die Betreuung und Behandlung traumatisierter Geflüchteter diskutiert. Nicht ausgebildete Fachkräfte sollen durch Kurzausbildungen als NotfallhelferInnen oder TraumaberaterInnen eingesetzt werden und ehrenamtlich Traumatisierte betreuen – ohne die entsprechend nötige fachliche Expertise zu haben. Mit der Entwicklung von Selbsthilfe-Apps für Traumatisierte sowie Angeboten der computergestützten Psychoedukation und Online-Therapie werden diese Angebote durch ihre praktische Handhabung und Kosteneffizienz komplettiert.

Es sind hier klare Bestimmungen von Rollen, Verantwortlichkeiten und Grenzen notwendig. So wie für die Behandlung somatischer Erkrankungen ÄrztInnen aufzusuchen sind, Hebammen für Entbindung, Geburtsvor- und Nachbetreuung zuständig sind, sollte auch im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen die Versorgung durch eine/n qualifizierte/n

TherapeutIn mit entsprechender Fachkenntnis im Rahmen des gesundheitlichen Regelsystems selbstverständlich sein. Ehrenamtliche Arbeit unterstützt die professionelle Arbeit in vielerlei Hinsicht und leistet einen wertvollen Beitrag zur Stabilisierung von Geflüchteten, kann sie jedoch nicht ersetzen. Die neu geschaffenen Unterstützungsangebote können einen niedrigschwelligen Zugang schaffen, Beratung und Hilfe zu erfahren oder im Bedarfsfall weitervermittelt zu werden. Für die Behandlung psychischer Störungen bedarf es jedoch einer besonderen Expertise, die sich auf entsprechende Ausbildungen in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren gründet. Ebenso ist die therapeutische Vorgehensweise bei der Behandlung von Traumafolgestörungen, wie beispielsweise der Posttraumatischen Belastungsstörung durch Leitlinien vorgegeben: Demnach soll jedem Patienten mit PTBS eine traumaadaptierte Psychotherapie angeboten werden. Andere therapeutische Ansätze können begleitend eingesetzt werden und müssen dann in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden – ersetzen jedoch keinesfalls die Psychotherapie (Flatten u. a., 2004).

Es ist fachlich, menschenrechtlich und ethisch inakzeptabel, wenn bei der gesundheitlichen Versorgung

mit zweierlei Maß gemessen wird. Die Einführung von ehrenamtlichen TraumaberaterInnen für geflüchtete Menschen stößt in der öffentlichen Diskussion kaum auf Kritik – während man sich kaum vorstellen kann, dass solche Angebote in der Regelversorgung für „deutsche“ PatientInnen als primärer Behandlungsansatz eingeführt werden. Die Qualität der Versorgung, die durch eine entsprechende Fachausbildung des Personals im jeweiligen Versorgungsbereich gesichert wird, ebenso wie die sprachliche Unterstützung durch für diesen spezifischen Kontext qualifizierte Dolmetschende, muss für alle Menschen gleich und gewährleistet sein. Es gibt klar geregelte und festgelegte berufliche Standards für Psychotherapien, die Ehrenamtliche ohne entsprechende therapeutische Ausbildung nicht erfüllen. Eine Therapie durch LaientherapeutInnen stellt somit nicht nur eine Gefährdung für Geflüchtete dar, sondern diskreditiert sie und ihr Befinden durch eine zweitklassige Versorgung.

Auch gibt es immer wiederkehrende Bemühungen ehrenamtliche TraumaberaterInnen heranzuziehen, die aus dem gleichen Land oder der gleichen Region wie die Geflüchteten stammen.

Begründet wird dies mit einem Verständnis der Sprache, der Kultur und der Umgangsformen, die zu einem besseren Verstehen des Gegenübers und damit zu besseren Möglichkeiten führen würden, auf die psychischen Problemlagen zu reagieren. Die gleiche Sprache zu sprechen ist sicherlich von Vorteil und ebenso ein gegenseitiges Verstehen dessen, was dem Gegenüber wichtig ist, was ihre/seine Schwierigkeiten ausmacht und welches für sie/ihn individuell gute Ansätze sein könnten, mit diesen umzugehen. Ein solches Verstehen und Verständnis muss jedoch zwischen zwei Menschen immer neu erarbeitet werden. Das gleiche Herkunftsland ist kein Garant für die gleiche Kultur im Sinne einer gleichen Auffassung davon, wie Mann und Frau einander gegenüberstehen, wie Kinder zu erziehen sind, welche politischen Parteien oder Strömungen unterstützenswert sind. Dies kann genauso bei zwei Deutschen, die einander begegnen, höchst unterschiedlich sein und ist abhängig von vielen verschiedenen Faktoren, etwa der sozialen Schicht, in der man aufgewachsen ist, ob man in der DDR oder in Westdeutschland sozialisiert wurde.

Auch die sprachliche Verständigung ist nicht unmittelbar bei der gleichen Herkunftsregion gewährleistet – und in manchen Fällen nicht annähernd der Fall: In Eritrea etwa gibt es neun Nationalsprachen. Eine einfache Generalisierung und ein Heranziehen von

ehrenamtlichen TraumaberaterInnen sind daher nicht unmittelbar zielführend.

Eine regelmäßige Praxiserfahrung ist auch, dass viele Geflüchtete nicht beruflich bzw. ehrenamtlich mit Menschen aus ihrem Herkunftsland arbeiten möchten. Viele Menschen möchten nicht aus der Perspektive „Mensch aus Nigeria“ betrachtet werden, der dann nur mit NigerianerInnen zu tun hat. Die meisten haben ein großes Bedürfnis, Menschen aus Deutschland kennenzulernen, mit diesen in Kontakt zu treten und beklagen im Gegenteil die großen Schwierigkeiten, die ihnen dies bereitet. Auch ist es für viele Geflüchtete zu belastend, sich vor dem Hintergrund der eigenen Fluchtgeschichte die traumatischen Erfahrungen und Schwierigkeiten anderer Geflüchteter anzuhören und hier beratend tätig zu werden. Auch wenn vielleicht ein großer Wunsch besteht, auch anderen Menschen zu helfen, so wie einem selber geholfen wurde, ist zu berücksichtigen, dass die Hilfe möglicherweise eigenen Belastungsgrenzen unterliegt, die unbedingt geschützt werden müssen.

Es bleibt zusammenfassend zu sagen: Deutschland hat eine langjährige Geschichte der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten. So gibt es seit mittlerweile über 40 Jahren bundesweit Psychosoziale Zentren, die traumaspezifische Beratung und Therapie für Geflüchtete anbieten. Es gibt Standards, die für die Behandlung entwickelt wurden und auch wurde in mittlerweile zahlreichen Studien der Nachweis erbracht, dass Psychotherapie unter Einsatz von DolmetscherInnen wirksam ist.

Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen und häufig schwerwiegende Erfahrungen von Folter, Gewalt und Verfolgung hinter sich haben, haben das Recht auf eine adäquate medizinische und psychologische Behandlung und Betreuung. Diese ist für den Schaden, welcher ihnen durch die sogenannten man-made disaster zugefügt wurde, erforderlich.² Viele Geflüchtete, die beispielsweise unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, haben Schwierigkeiten ihre Gefühle zu regulieren und neigen in der Folge beispielsweise zu Impulsdurchbrüchen, dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen oder Suizidalität, was abgeklärt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden muss. (Flaten u. a., 2004) Nach welchen fachlichen Kriterien können Laien-TherapeutInnen eine solche Überprüfung der Stabilität vornehmen? Wie können Geflüchtete geschützt werden, die ihre (Flucht-)Geschichte nicht erzählen können oder wollen? Wie kann gewähr-

² Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), ABl 2013 L 180/96.

leistet werden, dass erneute Grenzverletzungen vermieden werden, wie beispielsweise durch unfachliches Eindringen in die traumatische Erfahrungswelt? Auch für Geflüchtete gelten die medizinethischen Prinzipien der Schadensvermeidung und der Fürsorge (Beauchamp & Childress, 1977). Und auch der/die Ehrenamtliche muss geschützt werden. Aufgrund feh-

lender staatlicher Strukturen dürfen sie nicht als „Quasi-TherapeutInnen“ instrumentalisiert und in ihren Hilfeangeboten überfordert werden. Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig, die eigenen Grenzen zu achten und zu wahren, um sich selbst vor Situationen zu schützen, die überfordernd sind, die eigene seelische Stabilität gefährden und zu psychischen Belastungen führen.

Ehrenamt braucht Hauptamt – Hauptamt braucht Ehrenamt

Trauma bedeutet immer Verlust und Konfrontation mit Extremen, die unsere Weltsicht prägen, die unser Gefühl und unsere Wahrnehmung von Sicherheit verändern und die Möglichkeit, Situationen zu kontrollieren, in Frage stellen. Die Ehrenamtlichen, die Geflüchtete unterstützen, die großes Leid erfahren haben, sind mit diesen Extremen konfrontiert und stehen damit vor besonderen Herausforderungen: So ist nicht nur Verständnis und Mitgefühl im Kontakt und in der unterstützenden Beziehung wichtig, sondern eben auch die Fähigkeit sich abgrenzen zu können, damit nicht die eigenen Kräfte überbeansprucht werden und sich erschöpfen.

Die Schaffung von Balance und Grenzziehung kann nicht allein dem Verantwortungsbereich der Ehrenamtlichen zugesprochen werden. Es bedarf an dieser Stelle Strukturen, die das individuelle Engagement stützen und begleiten. Dies lässt sich in Form von hauptamtlicher Hilfe und Begleitung realisieren. Dabei werden u.a. die Einarbeitung in die Tätigkeit, Fortbildungs- und Austauschangebote sowie die Begleitung in Krisen- oder Konfliktsituationen gewährleistet. Ebenso müssen nötige Informationen vermittelt werden, wie beispielsweise asylrechtliche Belange und Möglichkeiten der Beratung und Behandlung, wie beispielsweise bei gesundheitlichen Schwierigkeiten, sowie entsprechende Kontaktadressen.

Good practice: Ehrenamt zur Stabilisierung

Eine große Unterstützung im psychosozialen Bereich kann das Ehrenamt hinsichtlich der Stabilisierung von Menschen mit Fluchterfahrungen sein. Auch in den psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer werden bundesweit daher Ehrenamtliche z.B. in MentorInnenprojekten in die psychosoziale und -therapeutische Arbeit miteinbezogen. Durch einen 1:1-Kontakt besteht die Möglichkeit, KlientInnen direkt z.B. bei Behördengängen oder der Wohnungssuche zu unterstützen und im Alltag zu begleiten. Sie leisten durch ihre Arbeit einen wichtigen Beitrag dazu, verschüttete Ressourcen wieder zu entdecken und zu aktivieren, Orientierung zu geben, Sicherheit, Ruhe und Beständigkeit zu vermitteln und helfen vor allem dabei, dass die Geflüchteten mit ihren Problemen angesichts der schwierigen Lebenssituationen nicht alleine bleiben. Die Ehrenamtlichen wirken durch die zwischenmenschliche Begegnung und Beziehung daran mit, einen Weg zu ebnen, auf dem die geflüchteten Menschen wieder ins Leben zurückfinden, wieder in die Welt eingebunden werden. Um Vertrauen aufzubauen,

bedarf es einer Gemeinschaft und der Erfahrung, dass es Menschen gibt, die es gut mit ihnen meinen, auf sie zugehen und ihnen mit Offenheit begegnen. Dies sind Erfahrungen, die durch traumatische Erfahrungen häufig zerstört werden und einen großen Teil der Leidenserfahrungen ausmachen. Das Erleben von Nähe, Vertrauen und einem Beziehungsverhältnis zu einer vorher unbekanntem Person ist in Form von MentorInnenschaften eine wichtige Art der Unterstützung, unterscheidet sich aber deutlich von der professionellen Arbeit einer/eines Psychotherapeut/in.

Ehrenamtliche können damit auch im psychosozialen Bereich sehr wichtige und notwendige ressourcenorientierte und stabilisierende Arbeit leisten, die die hauptamtliche Arbeit der TherapeutInnen und SozialarbeiterInnen gut ergänzt. Durch das Zusammenwirken von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen wird eine ganzheitlichere Versorgungsstruktur gewährleistet. Die Begleitung von Geflüchteten kann so auf unterschiedlichen Ebenen geschehen und eine

Stabilisierung deutlich begünstigen. Die wertvolle Arbeit von Ehrenamtlichen trägt besonders dazu bei, Geflüchteten in der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Rechte in Deutschland zu unterstützen, sie bei

wichtigen Terminen in Institutionen wie Ausländerbehörden, Anhörungen etc. zu begleiten und sie vor Diskriminierung und Abwertung zu schützen.

Ehrenamt braucht Qualifizierung, Anleitung und Reflexionsräume

Damit die Stabilisierungsarbeit durch Ehrenamtliche qualitativ hochwertig bleiben kann, Überbelastungen und Unsicherheiten angegangen werden können, muss den Ehrenamtlichen Supervision angeboten werden, aber auch Raum zur Reflexion von möglichen Risiken in der Unterstützung. Die Gefahr ist groß, Geflüchtete als diejenigen zu sehen, die immer der

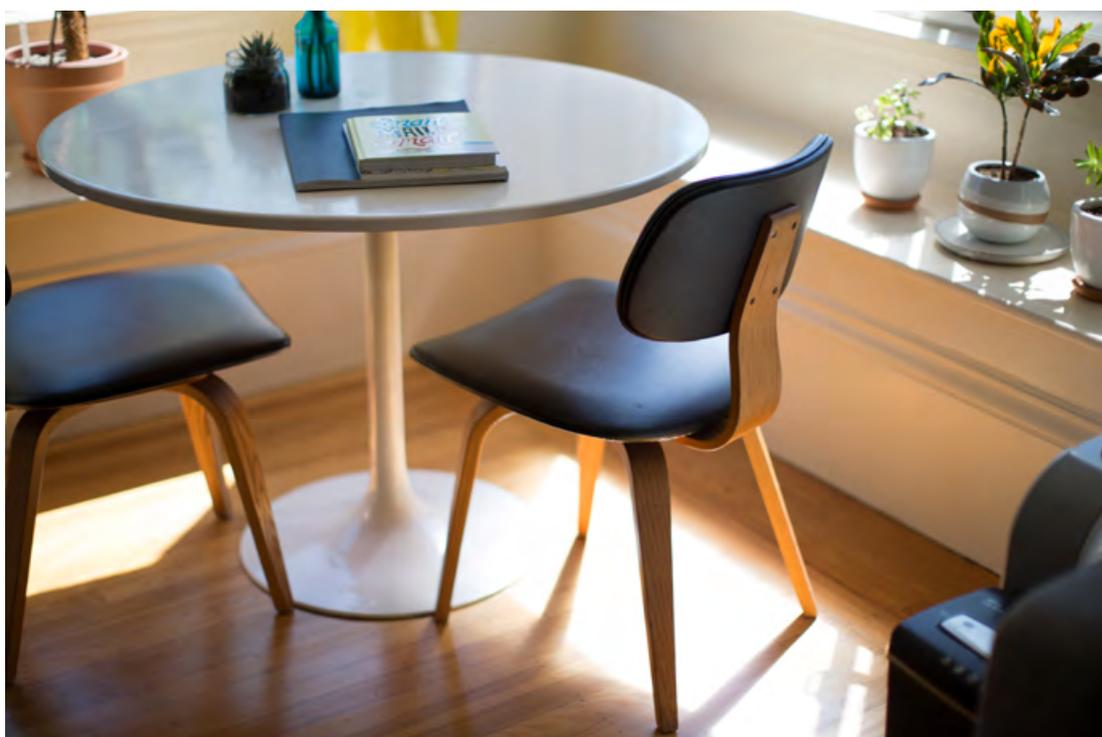
Fürsorge bedürfen und ihnen keine Gelegenheiten zu geben, selbst zu sprechen oder sich zu repräsentieren. Der gleichberechtigte Kontakt, das Bewusstwerden von Asymmetrien und das Fördern von Autonomie auf Seite der Geflüchteten können mögliche Mittel gegen gesellschaftliche Diskriminierung und Ausgrenzungsmechanismen sein.

Chancen durch das Ehrenamt

Neben all den Schwierigkeiten im und um das Ehrenamt gilt es zu betonen, dass Initiativen zur Unterstützung von Geflüchteten absolut notwendige und wertvolle Arbeit leisten. Durch die individuellen Erfahrungen, dem direkten Austausch und unmittelbaren Kontakt, die sich in der ehrenamtlichen Arbeit mit Geflüchteten ergeben, kann erkannt werden, wie bereichernd Zuwanderung für uns selbst und unsere Gesellschaft ist. Ehrenamtliche haben die Möglichkeit unabhängige Perspektiven einzubringen und fern von staatlichen Interessen zu agieren, gleichberechtigten Kontakt herzustellen und gemeinsam politischen Druck auszuüben. Ehrenamtliche Arbeit sollte Geflüchtete miteinbeziehen und bestärken – begonnen bei der humanitären Hilfe sollte die Arbeit weiter gehen hin zur Stärkung der Rechte aller.

So ist das Ehrenamt ein wichtiger Faktor für die Inklusion von Geflüchteten in die Gesellschaft. Gemeinsames Ziel sollte es bleiben, Versorgungslücken aufzudecken und die Beseitigung dieser Defizite von staatlicher Seite einzufordern. Die Erfahrungen, die im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit gemacht werden und die gesellschaftliche Anerkennung des Engagements, eröffnen Möglichkeiten und Räume, die Leerstellen und Defizite publik zu machen und in den politischen Diskurs einzubringen. So kann das Ehrenamt repolitisiert und die Partizipations- und Teilhabemöglichkeiten gestärkt werden.

Niemand
will im
Regen
Schlafen
#MENSCHENRECHT



(Foto von Pixavels, CCO / pixabay.com)

Psychotherapie in den Psychosozialen Zentren

Psychotherapeutische Angebote zählen neben der psychosozialen, der psychologischen und der asyl- und sozialrechtlichen Beratung zu den Kernleistungen der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge. Etwa ein Drittel der KlientInnen (36 %) in den Psychosozialen Zentren nimmt eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne wahr, wird also regelmäßig über psychologische Beratungs- und Kriseninterventionsangebote betreut oder von einer/m PsychotherapeutIn behandelt.

Ein Psychosoziales Zentrum mit durchschnittlich etwa 441 KlientInnen betreut in etwa 115 Psychotherapie-KlientInnen. In der Regel sind Psychotherapie-KlientInnen auch an die Sozial- bzw. asylrechtliche Beratung angebunden und/oder nehmen weitere multimodale Angebote wie z.B. kreativ- oder bewegungstherapeutisch orientierte Gruppen wahr. Nur 6 % der KlientInnen in den Zentren befinden sich ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung.

Setting und Behandlungsdauer

Fast alle Psychotherapie-KlientInnen (89 %) werden im einzeltherapeutischen Setting betreut, nur 6 % der Geflüchteten in Psychotherapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Angebote wahr. Ebenfalls einen nur geringen Anteil von nur 6 % machen diejenigen KlientInnen aus, die sowohl im einzel- als auch im gruppenpsychotherapeutischen Setting behandelt werden. Eine Psychotherapie in den Zentren dauert im Durchschnitt 28 Sitzungen.

Insgesamt befinden sich etwa zwei Drittel der Psychotherapie-KlientInnen eines Zentrums in Kurzzeittherapie, die Behandlung wird also nach weniger als 25 Sitzungen beendet. Ein Drittel der KlientInnen erhält eine Langzeittherapie mit bis zu 50 Sitzungen und etwa 10 % muss länger als 50 Sitzungen betreut werden.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Langzeittherapien leicht von 28 % auf 34 % erhöht; davon abgesehen blieb das Verhältnis von Kurz- zu Langzeittherapien in den Psychosozialen Zentren relativ konstant. Es entspricht im Wesentlichen den Ergebnissen für Psychotherapien bei GKV-versicherten PatientInnen in der Allgemeinbevölkerung. Zwar gibt es bis heute kaum verlässliche Angaben zur tatsächlichen durchschnittlichen Dauer einer Psychotherapie, einzelne Erhebungen von Krankenkassendaten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zeigen aber einen ähnlichen Anteil von 54 % für Kurzzeittherapien und von 37 % für Langzeittherapien (Schulz, Barghaan, Koch, & Harfst, 2011).

Die absolute durchschnittliche Dauer der Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren liegt jedoch deutlich unter derjenigen, die sich für PatientInnen der Allgemeinbevöl-

kerungen ergeben haben. So lag die Behandlungsdauer der Therapie-PatientInnen in o.g. Erhebung zwischen 39 und 54 Sitzungen (Schulz et al., 2011).

	nur Einzeltherapie	nur Gruppentherapie	Einzel- und Gruppentherapie
\bar{x}	88,6%	5,6%	5,8%
\tilde{x}	95%	1%	0%
Min	60%	0%	0%
Max	100%	25%	35%

Tab 13: KlientInnen in verschiedenen Psychotherapie-Settings in den PSZ im Jahr 2015

Kontextfaktoren in ihrem Einfluss auf Dauer und Setting der Therapie

Psychotherapien mit geflüchteten KlientInnen sind nicht nur in ihren Inhalten, sondern auch im Setting und der Behandlungsdauer stark von den Lebensbedingungen abhängig, mit denen Geflüchtete in Deutschland konfrontiert sind. Etwa 60 % der Psychosozialen Zentren gaben an, dass viele ihrer Psychotherapien nicht allein auf Grundlage einer fachlichen Indikation beendet werden, sondern weil sich die Lebensumstände der KlientInnen – v.a. ihr Aufenthaltsstatus oder auch ihr Wohnort – über die Zeit ändern.

Psychotherapien müssen manchmal aufgrund von Umverteilungen oder auch Abschiebungen unterbrochen oder gänzlich abgebrochen werden. Umgekehrt hat der Erhalt eines sicheren Aufenthaltsstatus ebenfalls Auswirkungen auf die Therapiedauer. Manche KlientInnen können sich über das Erreichen äußerer Sicherheit deutlich stabilisieren und seelische Belastungen treten zunächst in den Hintergrund. Andere KlientInnen wiederum verlassen ihren bisherigen Wohnort, wenn ihr Aufenthalt gesichert ist und sie sich frei in der Bundesrepublik bewegen dürfen: Sie ziehen dorthin, wo ihre Communities sind oder sie andere für sie wichtige Strukturen vorfinden.

Zum Teil werden die durchschnittlich 25 Therapiestunden einer Kurzzeittherapie in den Psychosozialen Zentren auch über einen längeren Zeitraum „gestreckt“, das heißt nicht in wöchentlicher, sondern mit niedrigerer (z.B. nur 14-tägiger) Frequenz durchgeführt, sodass KlientInnen über einen längeren Zeitraum behandelt werden können. In einigen Fällen wird die niedrige Frequenz auch wegen der langen Anfahrtswege und damit hoher Fahrtkosten gewählt (vgl. *Erreichbarkeit der Versorgungsangebote*).

Es sind also neben der fachlichen Indikation oft auch die Rahmenbedingungen – finanzieller und administrativer Art, aber auch begründet durch die Lebens- und Aufenthaltssituation der KlientInnen – die die Behandlungsdauer in den Psychosozialen Zentren mitbestimmen. Entsprechend hielten trotz des in der Praxis recht hohen Anteils an Kurzzeittherapien etwa 70 % der befragten Zentren Kurzzeittherapien für ihre KlientInnen nicht für ausreichend, um eine Verbesserung ihrer psychosozialen Situation zu erreichen.

	KlientInnen in Kurzzeittherapie (< 25 Sitzungen)	KlientInnen in Langzeittherapie (< 50 Sitzungen)	KlientInnen in Langzeitbetreuung (> 50 Sitzungen)	Ø Anzahl Therapiesitzungen insgesamt
\bar{x}	57%	34%	10%	28
\tilde{x}	60%	30%	9%	27
Min	10%	0%	0%	5
Max	100%	80%	35%	60

Tab 14: KlientInnen in Kurz- oder Langzeittherapien in den Zentren und durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen

PsychotherapeutInnen in den PSZ

Nach den Leitlinien der BAfF sollte in jedem Psychosozialen Zentrum mindestens ein/e PsychotherapeutIn mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren angestellt sein. Neben der Grundausbildung der Behandelnden ist für die therapeutische Arbeit mit Geflüchteten zusätzlich spezifisches Fach- und Erfahrungswissen unabdingbar. Dazu zählen die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen, ein fundiertes Wissen über Trauma sowie eine grundlegende transkulturelle Sensibilität, die auch unterschiedliche Verständnisse von Krankheit sowie der Verarbeitung von extremen Gewalterfahrungen zulässt. Eine angemessene Versorgung kann nur mit einem Wissen und einer Offenheit in Bezug auf die Lebensrealitäten der KlientInnen gewährleistet werden (darunter die Auseinandersetzung mit Fluchtgründen und -erlebnissen, politischer Zusammenhänge und asylrechtlicher Fragen).

In den 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer waren 2015 insgesamt etwa 120 PsychotherapeutInnen fest angestellt. Weitere 110 PsychotherapeutInnen arbeiteten als freie PsychotherapeutInnen auf Honorarbasis für die Zentren.

In einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum betreuen etwa 7 PsychotherapeutInnen insgesamt 161 Therapie-KlientInnen. 3 bis 4 dieser KollegInnen sind üblicherweise feste MitarbeiterInnen, die mit rund 27 Stunden pro Woche im Psychosozialen Zentrum angestellt sind. Sie werden durch etwa 3 weitere freiberufliche KollegInnen unterstützt, die für etwa 7 Stunden pro Woche auf Honorarbasis mit der Einrichtung kooperieren. Im Schnitt leisten die hauptamtlichen PsychotherapeutInnen 81 % der wöchentlichen Arbeitszeit im therapeutischen Bereich.

Insgesamt wurden die 5.147 Psychotherapie-KlientInnen im letzten Jahr demnach durch etwa 230 PsychotherapeutInnen betreut.

Auf jede/n der PsychotherapeutInnen kommen also 22 Therapie-KlientInnen. Dieser Befund ist insofern äußerst bemerkenswert als dass 22 KlientInnen in der Logik der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits den Umfang eines vollen Versorgungsauftrags übersteigen würden. PsychotherapeutInnen, die zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit einem vollen Kassensitz zugelassen wurden, sind nach dem Bundesmantelvertrag verpflichtet, mindestens 20 Stunden pro Woche für Sprechstunden/Therapiesitzungen mit ihren PatientInnen vorzuhalten. Psychotherapiesitzungen á 50 Minuten werden mit zusätzlich 20 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit berechnet (VPP, 2012).

Obwohl die TherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren also rein formal meist nur in Teilzeit mit durchschnittlich 27 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit angestellt sind und neben den reinen Therapiesitzungen zahlreiche gutachterliche, Vermittlungs- und Fortbildungstätigkeiten leisten müssen, sind sie für die Versorgung von mindestens genauso vielen KlientInnen verantwortlich wie niedergelassene KollegInnen in Vollzeit. Hier wird sehr deutlich wie hoch der Versorgungsdruck in den Psychosozialen Zentren ist und es lässt sich erahnen, wie viel unbezahlte Mehrarbeit in vielen Zentren nötig sein muss, um diesem gerecht zu werden.

Berücksichtigt werden muss an dieser Stelle, dass die PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren nicht ihre gesamte Arbeitszeit in dezidiert psychotherapeutische Arbeit an den KlientInnen umsetzen können. Grundsätzlich

Wissenschaftlich anerkannte Verfahren der Psychotherapie

Als „wissenschaftlich anerkannt“ gelten in Deutschland ausschließlich diejenigen psychotherapeutischen Verfahren, die durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) auf ihre Wirksamkeit in der Behandlung der wichtigsten psychischen Störungen geprüft und anerkannt worden sind.

Zum aktuellen Zeitpunkt sind folgende Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat anerkannt und damit geeignet, Menschen mit psychischen Störungen zu helfen:

- Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Gesprächspsychotherapie
- Systemische Psychotherapie

Die „Gestalttherapie“ sowie die „Humanistische Psychotherapie“ sind im Moment nicht wissenschaftlich anerkannt – sie befinden sich noch im Gutachterverfahren des Wissenschaftlichen Beirats.

Weitere Informationen auf der Homepage des WBP: <http://www.wbpsychotherapie.de>

(Foto von StartupStockPhotos, CCo / pixabay.com)



	Ø h/ Woche feste PT	Ø h/ Woche freie PT
\bar{x}	26,7	7,3
\check{x}	25	4
Min	15	1
Max	40	30

Tab 15: Durchschnittliche Stundenanzahl von festen und freien PsychotherapeutInnen in den Zentren im Jahr 2015

sei hier angemerkt, dass Psychotherapie im engeren Sinne nur *eine* Variante klinisch-psychologischer Interventionen darstellt – die Übergänge zwischen „Psychotherapie“ und klinisch-psychologischen Verfahren verlaufen fließend und sind in der Praxis meist sehr von administrativen sowie von rechtlichen Vorgaben z.B. des „Psychotherapeutengesetzes“ geprägt (Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi, & Junge-Hoffmeister, 2011). So werden zahlreiche ressourcenaktivierende, stabilisierende, psychoedukative oder entspannungsorientierte Elemente sowohl in der Psychotherapie, als auch in Beratung, Prävention und Rehabilitation genutzt. Auch in der Therapie und Beratung in den Zentren spielen diese Elemente eine große Rolle. Als einige der wenigen Anlaufstellen im Gesundheitswesen bieten die

Psychosozialen Zentren ein breites therapeutisches Angebot von niedrigschwelligen, stabilisierenden Ansätzen bis hin zu traumafokussierter Einzelpsychotherapie an, das flexibel und spezifisch auf die Lebenssituation von Geflüchteten eingehen kann.

Auch die PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge sind nicht ausschließlich im klassischen psychotherapeutischen Setting tätig sind: Über die Behandlung ihrer Psychotherapie-KlientInnen hinaus übernehmen sie einen hohen Anteil der psychologischen Diagnostik und Begutachtung, der psychosozialen Beratung, des Clearings und der Krisenintervention – oft auch bei KlientInnen, die nicht bzw. noch nicht in das therapeutische Behandlungsprogramm der Einrichtung aufgenommen worden sind.

Nach den durchschnittlichen Schätzwerten zur anteiligen Arbeitszeit fließen nur etwa 70% der wöchentlichen Arbeitszeit in Psychotherapien, Stellungnahmen sowie Vernetzungs-/Vermittlungsgespräche zum/zur behandelten KlientIn ein. Im Schnitt muss also etwa ein Drittel der Arbeitszeit neben den für PsychotherapeutInnen typischen Tätigkeiten wie Therapieplanung, Teamsitzungen, Supervision und Qualitätssicherung zusätzlich für weitere Aufgaben wie Fortbildungs- und Beratungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit, Betreuung von ehrenamtlichen Helfenden, Evaluation und Fundraising aufgebracht werden.



(Foto von RandallEvansDSLR, CC0 / pixabay.com)

Psychotherapeutische Verfahren in den PSZ

Fast die Hälfte der PsychotherapeutInnen in den PSZ (insgesamt 48 %) sind Psychologische PsychotherapeutInnen, davon 32 % mit bereits abgeschlossener Weiterbildung und etwa 16 % in fortgeschrittener Weiterbildung (PiA). Systemische/ Gestalt- und GesprächspsychotherapeutInnen stellen 15 % der PsychotherapeutInnen in den PSZ. Eher selten vertreten sind in den Zentren Ärztliche PsychotherapeutInnen (10 %) sowie reine Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen (7 %).

Unter denjenigen PsychotherapeutInnen in den Zentren, die in einem der sogenannten „Richtlinienverfahren“ der Psychotherapie ausgebildet sind (*Hintergründe zum Approbations- und Zulassungsverfahren bei PsychotherapeutInnen in Kasten Psychotherapie in Deutschland – Rechtliche Rahmenbedingungen, S. 78*), sind mehr als die Hälfte der PsychotherapeutInnen VerhaltenstherapeutInnen (53 %). Ein gutes Drittel ist in tiefenpsychologisch fundierten Verfahren (37 %) und etwa 10 % in psychoanalytischer Psychotherapie ausgebildet.



Abb 17: Qualifikation der Mitarbeitenden im psychotherapeutischen Bereich in den Zentren im Jahr 2015

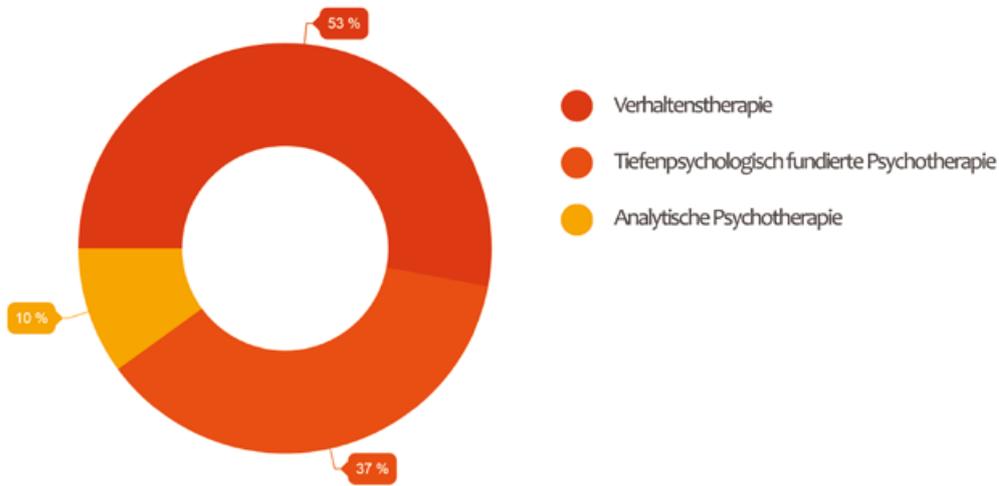


Abb 18: TherapeutInnen mit Approbation in den „Richtlinienverfahren“ der Psychotherapie im Jahr 2015

Auch hier zeigt sich, dass das Qualifikationsprofil der TherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren weitgehend demjenigen in der Regelversorgung entspricht. Die Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen, dass VerhaltenstherapeutInnen unter den Psychologischen Psy-

chotherapeutInnen mit 47 % den größten Anteil bilden, gefolgt von KollegInnen, die in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (36 %) und Analytischer Psychotherapie (11 %) ausgebildet sind (Schulz et al., 2011).

	%	Σ	\bar{x}	\tilde{X}	Min	Max
Psychologische PsychotherapeutInnen	32%	73	2,3	1	0	15
Psycholog. Psychoth. in Ausbildung (PiA)	16%	36	1,1	1	0	8
Systemische-/Gestalt- und Gesprächs- psychotherapeutInnen	15%	34	1,1	1	0	5
Ärztl. PsychotherapeutInnen	10%	24	0,8	0	0	6
Kinder-/Jugendl.PsychotherapeutInnen	7%	17	0,5	0	0	3
sonstige PsychotherapeutInnen	20%	45	1,4	0	0	14
PsychotherapeutInnen gesamt		229	7,2	4	0	47
davon fest angestellt	52%	119	3,7	3	0	15
davon freie MitarbeiterInnen	48%	110	3,4	1	0	34

Tab 16: Qualifikation der Mitarbeitenden im psychotherapeutischen Bereich in den Zentren im Jahr 2015

Psychotherapie in Deutschland – Rechtliche Rahmenbedingungen

Berufsrechtliche Anerkennung: Approbation in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren

Die Zulassung zur Berufsausübung für PsychotherapeutInnen ist berufsrechtlich durch das sog. „**Psychotherapeutengesetz**“ (PsychThG) geregelt. Eine „**Approbation**“ zur Ausübung des Berufs „PsychotherapeutIn“ erhält nur, wer Psychologie oder Medizin (bzw. im Kinder- und Jugendbereich auch (Sozial-)Pädagogik) studiert und zusätzlich eine umfangreiche therapeutische Ausbildung in einem „**wissenschaftlich anerkannten**“ Psychotherapie-Verfahren (siehe *Kasten Wissenschaftlich anerkannte Verfahren der Psychotherapie S. 72*) abgeschlossen hat²⁴.

Leistungsrechtliche Anerkennung: Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA

Welche Leistungen die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich umfasst, ist in Deutschland im **Sozialgesetzbuch V (SGB V)** festgelegt – Psychotherapie gehört zum Leistungskatalog der GKV. Welche konkreten Leistungen (also z.B. auch welche Psychotherapie-Verfahren) jedoch zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, entscheidet ein Gremium der Selbstverwaltung von ÄrztInnen, Krankenhäusern und Krankenkassen – der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**. Der G-BA prüft den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Verfahren auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin und beschließt daraufhin Richtlinien (z.B. die „Psychotherapie-Richtlinie“), die für die Krankenkassen sowie für ÄrztInnen oder auch PsychotherapeutInnen als Leistungserbringer verbindlich sind.

So sind in der „**Psychotherapie-Richtlinie**“ des G-BA die Psychotherapie-Verfahren festgelegt, die zum aktuellen Zeitpunkt leistungsrechtlich anerkannt sind, die sogenannten „**Richtlinienverfahren**“, die grundsätzlich zur Abrechnung mit den Krankenkassen zugelassen sind:

1. die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
2. die analytische Psychotherapie
3. die Verhaltenstherapie

Die Systemische Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie sind damit zwar „wissenschaftlich anerkannt“, nicht aber sozialrechtlich – ihre Kosten werden damit nicht von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Aber auch PsychotherapeutInnen, die in einem der „Richtlinienverfahren“ approbiert sind, können ihre Behandlungen noch nicht automatisch mit den Krankenkassen abrechnen. Sie brauchen i.d.R. eine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung – und zwar für einen freien Praxissitz.

Diese Approbation berechtigt allerdings erst einmal nur zur Berufsausübung – man kann nun z.B. als angestellte PsychotherapeutIn arbeiten oder PrivatpatientInnen in eigener Praxis behandeln. Sie berechtigt jedoch *nicht* automatisch auch zur Abrechnung therapeutischer Leistungen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dafür sind neben berufsrechtlichen noch leistungsrechtliche Fragen relevant.

Ob es in einer Region freie Praxissitze geben kann, entscheiden die Zulassungsausschüsse. Maßgeblich für deren Entscheidungen ist die „**Bedarfsplanungs-Richtlinie**“ des G-BA. Dieser Richtlinie liegt jedoch für den Bereich Psychotherapie nach wie vor eine Bedarfsplanung aus dem Jahr 1999 zugrunde und sie berücksichtigt nicht, ob in einer Region verhältnismäßig viele oder relativ wenige Menschen psychisch erkrankt sind (Albrecht et al., 2016). Obwohl psychisch erkrankte Menschen also vielerorts monatelang auf Therapieplätze warten müssen, werden laut der derzeitigen Bedarfsplanung nahezu 4.500 Psychotherapie-Praxen als überflüssig bezeichnet (BPtK, 2016).

Die Versorgungssituation ist demnach in vielen Regionen bereits grundsätzlich sehr angespannt. Für Geflüchtete ist es aufgrund von Sprachbarrieren und zahlreichen weiteren strukturellen Hürden noch um ein Vielfaches schwieriger, einen Therapieplatz bei einem/r niedergelassenen PsychotherapeutIn zu finden.

Eine wichtige leistungsrechtliche Besonderheit bei Psychotherapien mit Asylsuchenden ist, dass sich ihr Anspruch auf Gesundheitsversorgung nicht nach dem SGB V richtet, sondern nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (vgl. *Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4,6 AsylbLG)*). Damit gelten auch die eben dargelegten Regelungen für die Abrechnung von Psychotherapien nicht gleichermaßen. So bedarf es für die Behandlung von Asylsuchenden keiner Kassenzulassung und man muss auch nicht in einem der sog. Richtlinienverfahren approbiert sein. Dies hat auch das Landessozialgericht Hamburg in einem Beschluss vom 18.06.2014 bestätigt: Werden Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bezogen, gelten nicht die Bestimmungen des SGB V, sondern ausschließlich die Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes. Das hat zur Konsequenz, dass in diesen Fällen weder eine Approbation in einem Richtlinienverfahren noch eine Kassenzulassung vorliegen muss. Dies ändert sich auch nicht bei Vorliegen einer Gesundheitskarte gem. § 264 Abs. 1 SGB V.

²⁴ Wenn der/die TherapeutIn vor Inkrafttreten des PsychThG am 1.1.1999 eine therapeutische Zusatzausbildung absolviert hatte und/oder eine Kassenzulassung besaß, dann konnte nach einer Übergangsregelung u.U. auch eine Approbation für andere Therapierichtungen erteilt werden.

Abrechnung von Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Kostenträger

Eigentlich sind für Psychotherapien bei Asylsuchenden die Sozialbehörden, bei anerkannten Flüchtlingen die gesetzliche Krankenversicherung und in einigen Fällen bei minderjährigen Geflüchteten die Jugendämter zuständig. Inwiefern sie dieser Verantwortung bei Psychotherapien, die durch die TherapeutInnen der Psychosozialen Zentren durchgeführt und bei den zuständigen Kostenträgern beantragt werden, auch gerecht werden, wird im Folgenden überprüft: Es wird dargestellt, wie die Bewilligungspraxis

bei Anträgen auf Psychotherapien nach dem AsylbLG in der Realität aussieht, mit welchen Begründungen Anträge von den Sozialbehörden abgelehnt werden und wie lange das Begutachtungsverfahren dauert. Auch auf die Abrechnung von Dolmetscher- und Fahrtkosten wird kurz eingegangen. Diese Analysen werden durch einen Einblick in die Bewilligungspraxis bei den Krankenkassen sowie den Jugendämtern ergänzt.

Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden | Psychotherapie nach AsylbLG

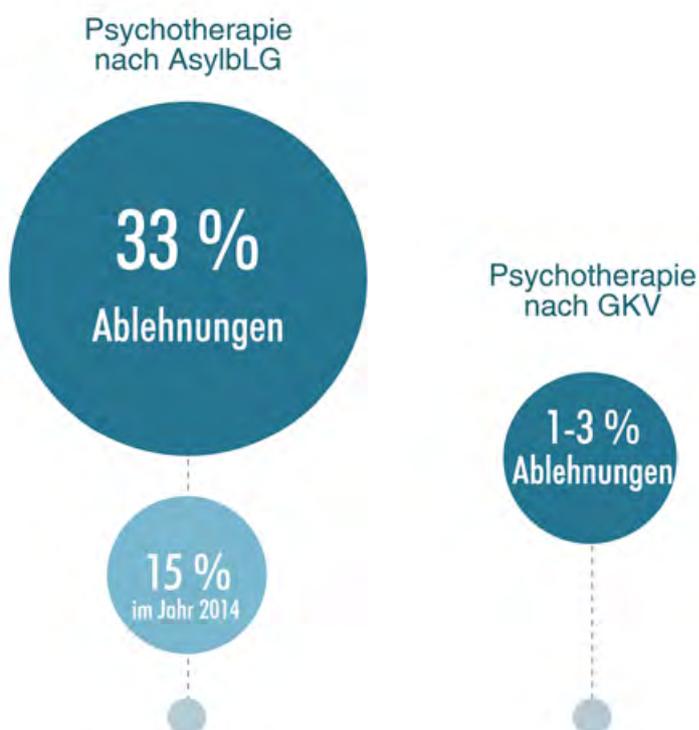
Die Beantragung einer Kostenübernahme für Psychotherapien nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist in den meisten Regionen der Bundesrepublik hürdenreich und zeitaufwendig. Zudem sind die Aussichten auf eine Bewilligung der Therapieanträge durch die Sozialbehörden oft gering. Vielerorts werden Anträge auf Psychotherapie seit vielen Jahren kategorisch abgelehnt. Einigen Zentren wurde noch nie eine der beantragten Psychotherapien bewilligt. Häufig werden entsprechende Anträge gar nicht mehr bearbeitet. Die Aussichtslosigkeit einer Bewilligung

hat über die Jahre hinweg dazu geführt, dass zum aktuellen Zeitpunkt weniger als die Hälfte der Zentren (46 %) überhaupt versucht, Psychotherapien über die Sozialbehörden zu beantragen.

Aber auch diejenigen Zentren, die für sich eine Abrechnungspraxis über die Sozialämter etabliert haben, müssen hart um jede Psychotherapie kämpfen. Es reicht nicht aus, eine Therapie nach professionellen Standards und entsprechend der formalen Kriterien zu beantragen, sondern

Versorgungsdefizite

Psychotherapie über das AsylbLG: Die Verwaltungspraxis der Sozialbehörden



Die Ablehnungsquoten für Psychotherapien über das AsylbLG liegen um mehr als das 10fache über denen für Mitglieder der GKV.

Oft werden Anträge ohne weiteres Nachhaken gar nicht bearbeitet.

Das **Patientenrechtegesetz** schreibt vor, dass jede/r KlientIn innerhalb **von 3-5 Wochen** Antwort auf einen Therapie-Antrag erhalten muss.

Diese Frist wird bei 92 % der Therapie-Anträge nach AsylbLG überschritten.

Über ein Drittel (38 %) der Anträge wird erst nach über einem halben Jahr bearbeitet.

Die inhaltlichen Begründungen der Sozialämter entsprechen fast nie den Regeln, die für die Begutachtung von Kostenübernahmen für Richtlinien-Psychotherapien gelten.



(Foto von Pexels, Cco / pixabay.com)

es braucht unermüdliches Nachhaken und große Beharrlichkeit im Umgang mit den Behörden, um letztlich eine Kostenübernahme für die – meist nicht aufschiebbare – Therapie zu erwirken. Im Durchschnitt versucht eines dieser Zentren, die auf Grund ihrer Vorerfahrungen mit den

Behörden vergleichsweise hohe Bewilligungsaussichten haben, pro Jahr etwa 36 Therapien abzurechnen, bewilligt werden jedoch durchschnittlich nur zwei Drittel der Anträge (67%). Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 4,5 Monaten, sie kann aber auch bis zu 8 Monaten betragen.

	Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
Σ	463	309	67%
\emptyset pro Zentrum (\bar{x})	36	24	
typisches Zentrum (\check{X})	30	17	
Min	3	0	
Max	81	58	

Tab 17: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Sozialbehörden (n=13 Zentren)

Damit liegen die Ablehnungsquoten für Psychotherapien, die aus den PSZ bei den Sozialbehörden beantragt werden, um mehr als das Zehnfache über denjenigen für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkasse. Während Psychotherapien durch die GutachterInnen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit 1 bis 3% fast nie abgelehnt werden, liegt die Ablehnungsquote der Sozialbehörden für Psychotherapien über das AsylbLG bei 33%. Die inhaltlichen Begründungen der Sozialämter entsprechen fast nie den Regeln, die für die Begutachtung von Kostenübernahmen für Richtlinien-Psychotherapien durch den G-BA festgelegt wurden (vgl. *Gründe für die Ablehnung von Psychotherapien*).

Im Blick zurück zeigt sich, dass die Ablehnungsquote für Therapieanträge aus den Psychosozialen Zentren sich in den letzten 2 Jahren mehr als verdoppelt hat. Im Jahr

2013 wurden noch 85 % der beantragten Therapien bewilligt, nun nur noch 67 %.

Doch auch der Anteil der Zentren, die versuchen, Psychotherapien abzurechnen hat sich über die letzten 2 Jahre von noch 22 % im Jahr 2013 auf 46 % im Jahr 2015 verdoppelt. Ob der enorme Rückgang in den Bewilligungsquoten also eine weitere Verschärfung der Entscheidungspraxis in den Behörden widerspiegelt, ob hier bereits die Überforderung der Verwaltungsapparate ab dem Sommer 2015 sichtbar wird oder aber ob dieser Rückschritt Ausdruck dessen ist, dass inzwischen mehr PsychotherapeutInnen versuchen, die Ansprüche ihrer KlientInnen auf eine Psychotherapie bei den Kostenträgern geltend zu machen, muss hier offen bleiben.

Kostenübernahme für Sprachmittlungs- und Fahrtkosten nach AsylbLG

Einige der Psychosozialen Zentren beantragen aufgrund der restriktiven Bewilligungspraxis bei den Sozialbehörden nur noch Sprachmittlungs- und/oder Fahrtkosten für ihre KlientInnen. Andere wiederum versuchen Therapie-, Dolmetscher- und Fahrtkosten gemeinsam zu beantragen. In diesen Fällen werden im Falle einer Ablehnung der Psychotherapie jedoch oft auch die Dolmetscher- und/oder Fahrtkosten, die zur Durchführung der Therapien nötig sind, abgelehnt.²⁵

Insgesamt beantragten knapp über die Hälfte der Zentren (55 %) bei den Sozialbehörden Sprachmittlungskosten, etwa 48 % unterstützen ihre KlientInnen auch dabei, die Fahrtkosten zum Psychosozialen Zentrum zu beantragen. Auch für diese Bereiche liegen die Bewilligungsquoten nur bei 59 % (Sprachmittlungskosten) bzw. 53 % (Fahrtkosten).



Abb 19: Kostenabrechnung durch das Sozialamt.

	Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
Σ	465	275	59%
Ø pro Zentrum (\bar{x})	29	17	
typisches Zentrum (\tilde{X})	29	12	
Min	4	0	
Max	70	58	

Tab 18: Kostenübernahmen für Sprachmittlungskosten durch die Sozialbehörden (n=16 Zentren)

	Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
Σ	227	120	53%
Ø pro Zentrum (\bar{x})	17	9	
typisches Zentrum (\tilde{X})	7	3	
Min	2	0	
Max	75	43	

Tab 19: Kostenübernahmen für Fahrtkosten durch die Sozialbehörden (n=13 Zentren)

²⁵ Als Gründe zur Ablehnung von Fahrtkostenerstattungen durch das Sozialamt wurde vor allem angeführt, dass die KlientInnen ihre Fahrtkosten infolge der Erhöhung der Leistungen nach AsylbLG nun auch selbst bezahlen könnten.

Gründe für die Ablehnung von Psychotherapien

Am häufigstem lehnen die Behörden Anträge auf Psychotherapie mit der Begründung ab, die dargelegte Diagnose des/der KlientIn stelle keine akute Erkrankung dar und begründe daher keinen Anspruch auf Psychotherapie nach dem AsylbLG. Diese Auffassung, nach dem AsylbLG wären nur akute Erkrankungen zu behandeln, ist jedoch falsch: Medizinisch ist oft nicht trennscharf zwischen akuter und chronischer Krankheit zu unterscheiden – nur ein „akuter Behandlungsbedarf“ kann hier der Maßstab sein (Classen, 2010). Psychotherapeutische Behandlungen sind also häufig sehr wohl zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich und daher theoretisch Leistungen nach §6 AsylbLG. Die Behörden handhaben Psychotherapie-Anträge für Geflüchtete in der Regel deutlich restriktiver als es ihnen möglich wäre.

Oft werden Psychotherapien auch mit der Begründung abgelehnt, dass eine psychiatrische Behandlung allein bereits ausreichend sei. Häufig befinden sich die betroffenen KlientInnen auch tatsächlich bereits in Behandlung bei einem/-r PsychiaterIn. Da diese Maßnahmen (allein) jedoch nicht die erforderliche psychische Entlastung erzielen konnten, wurde eine Psychotherapie vorgeschlagen und ausführlich

begründet. Selbst Konsiliarberichte von Haus- und FachärztInnen, durch die eine fachlich eindeutige Einschätzung der Notwendigkeit attestiert wird, werden für die Begutachtung nicht immer berücksichtigt.

In manchen Fällen werden auch Ablehnungsgründe, wie „Der Bedarf für eine Psychotherapie ist zweifelhaft“ angeführt, obwohl eine Psychotherapie ausführlich begründet wurde und eine psychische Entlastung der Betroffenen dringend erforderlich ist. Auch mit der Begründung „Therapie bei Menschen mit ungesichertem Aufenthalt macht keinen Sinn“ wird in manchen Fällen argumentiert und die Behandlung deshalb abgelehnt.

Nicht immer geben die Behörden im Ablehnungsfall überhaupt inhaltliche Begründungen ab – obwohl fachliche Begründungen nach den Regeln der Kostenübernahme für Psychotherapien nach den Richtlinienverfahren für GutachterInnen verpflichtend sind. Zum Teil werden die Anträge auch gar nicht durch das Sozialamt bearbeitet oder die Therapie ohne jede Begründung abgelehnt.



Abb 20: Ablehnungsgründe durch das Sozialamt

Bearbeitungsdauer bei Psychotherapie-Anträgen

Grundsätzlich dauert die Bearbeitung von Psychotherapieanträgen über das AsylbLG in den meisten Fällen so lange, dass die Psychosozialen Zentren mit Sprachmittlungs- und Therapiekosten in Vorleistung gehen müssen: Die Psychotherapie wird begonnen, da der oder die KlientIn sie sofort benötigt – der Antrag wird oft erst viele Monate später durch die zuständige Behörde bearbeitet. Die Bearbeitungsdauer für Psychotherapie-Anträge über das AsylbLG liegt weit über denen, die in Deutschland nach dem Patientenrechtegesetz vorgeschrieben sind. Grundsätzlich hat in Deutschland jede/r PatientIn das Recht, innerhalb von 3 bis 5 Wochen eine Antwort auf seinen oder ihren Therapieantrag zu erhalten.

In den Psychosozialen Zentren liegt die Bearbeitungsdauer für Anträge der PsychotherapeutInnen in 92 % über der nach Patientenrechtegesetz vorgeschriebenen Frist. 38 % der Psychotherapien werden sogar erst nach über einem halben Jahr beschieden. Für Asylsuchende scheinen Patientenrechte in Deutschland offenbar nicht zu gelten. Sie können deshalb auch nicht vom sogenannten „Kostenerstattungsverfahren“ (vgl. *Das Kostenerstattungsverfahren S. 82*) Gebrauch machen, wenn über die von ihnen beantragte Leistung nicht rechtzeitig entschieden wird.

Begutachtungsfristen nach dem Patientenrechtegesetz

Durch das Patientenrechtegesetz hat die Bundesregierung die Rechte von Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungserbringern gestärkt. So wurde z.B. in das SGB V nach § 13 Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt, um PatientInnen im Umgang mit langen Bewilligungszeiten für Leistungen der Gesundheitsversorgung zu stärken:

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn

die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. [...] Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“

SGB V §13(3a)

In vielen Fällen zieht sich die Bearbeitung der Therapieanträge auch so weit in die Länge, dass KlientInnen in der Zwischenzeit einen anderen Aufenthaltsstatus erhalten und damit die Zuständigkeit für die Kostenübernahme vom Sozialamt zur Gesetzlichen Krankenversicherung wechselt.

Befindet sich der/die KlientIn zu diesem Zeitpunkt dann bereits in einer bewilligten Psychotherapie, so kann diese nicht nahtlos durch den neuen Kostenträger übernommen, sondern muss neu beantragt werden – was in vielen Fällen erfolglos verläuft.

Kostenübernahmen durch die Krankenkassen

Refinanzierungen von Psychotherapien mit Geflüchteten über die gesetzliche Krankenversicherung sind in den Psychosozialen Zentren die Ausnahme. Grundsätzlich sind zunächst nur wenige KlientInnen der Psychosozialen Zentren gesetzlich krankenversichert. Den größten Teil der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren bilden Geflüchtete mit (noch) ungesichertem Aufenthaltsstatus, v.a. Menschen, die sich noch im Asylverfahren befinden oder die hier nur geduldet sind (vgl. *Zur rechtlichen Situation der KlientInnen in den PSZ*). Anerkannte Flüchtlinge, die zumindest formal besse-

re Chancen auf einen Behandlungsplatz in der Regelversorgung haben, versuchen die meisten Zentren an niedergelassene KollegInnen in der Regelversorgung zu vermitteln. Doch bei einigen KlientInnen verändert sich im Verlauf der Behandlung der Aufenthaltsstatus: In diesen Fällen kann theoretisch – wenn der Therapeut/die Therapeutin in einem der sog. „Richtlinienverfahren“ approbiert ist (siehe *Kasten Psychotherapie in Deutschland – Rechtliche Rahmenbedingungen S. 76*) – mit dem sogenannten „Kostenerstattungsverfahren“ als einer Art „Notlösung“ versucht werden, die



Nur 25 % der Zentren stellen bei den Kassen Anträge für die Kostenübernahme von Psychotherapien.

Von den Anträgen werden 72 % bewilligt.

Abb 21: Kostenübernahme für Psychotherapien durch die Krankenkassen

	Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
Σ	54	39	72,2%
Ø pro Zentrum (x̄)	8	6	
typisches Zentrum (X̃)	5	2	
Min	1	0	
Max	25	25	

Tab 20: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen (n=7)

Therapie über die Krankenkasse abzurechnen. Eine geregelte Möglichkeit zur Abrechnung von Psychotherapien außerhalb dieses Umwegs existierte bislang nicht, weil die Psychosozialen Zentren als Einrichtungen nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind²⁶.

Bundesweit existiert lediglich ein Zentrum, das mit 25 Anträgen jährlich recht regelmäßig Psychotherapien bei der Krankenkasse abrechnen konnte. Darüber hinaus wurde von 6 weiteren Zentren zwischen 1 und 10 Therapieanträge gestellt. Im Durchschnitt werden 6 von 8 gestellten Therapieanträgen bewilligt, die Bewilligungsquote liegt bei 72 %.

²⁶ Durch eine Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ende 2015 können sich PsychotherapeutInnen inzwischen für einen befristeten Zeitraum zur Behandlung bestimmter Gruppen von Geflüchteten ermächtigen lassen und die Therapien mit diesem Personenkreis als Regelleistung abrechnen. Bislang konnte dadurch in der Praxis noch keine Verbesserung der Versorgungssituation erzielt werden (vgl. *Wie zugänglich ist das Gesundheitssystem?*). Zur aktuellen Situation und den Schwachstellen rund um die „Ermächtigungsregelung“ finden sich laufend aktualisierte Informationen auf der Homepage der BAfF: <http://www.baff-zentren.org/news/mehr-behandlungskapazitaeten-durch-ermaechtigung/>

Das Kostenerstattungsverfahren

Nicht nur Geflüchtete müssen auf einen Behandlungsplatz bei einem/einer PsychotherapeutIn in der Regel sehr lange warten. Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen beträgt in Deutschland knapp drei Monate; meist vergehen weitere drei Monate mit probatorischen Sitzungen bis zum Beginn der eigentlichen Therapie (BPTK, 2011a).

Diese Situation ist für PatientInnen belastend und sie erhöht die Gefahr, dass Störungen sich verschlimmern oder chronifizieren. Sie ist zum Großteil einer veralteten Bedarfsplanung geschuldet – an gut ausgebildeten PsychotherapeutInnen mangelt es in Deutschland nicht (BPTK, 2013). Für PatientInnen, die keinen Therapieplatz innerhalb einer zumutbaren Wartezeit finden können, gibt es deshalb mit dem sogenannten „Kostenerstattungsverfahren“ eine „Notlösung“. PatientInnen, die dringend eine Psychotherapie brauchen und keinen Platz finden, können diese Therapie dann u.U. auch bei TherapeutInnen wahrnehmen, die zwar im Richtlinienverfahren approbiert sind, aber keinen Kassensitz haben – z.B. weil es auf Grundlage der Bedarfsplanung in ihrer Region formal keinen Bedarf mehr an freien Praxissitzen gibt.

Dieser „Notlösung“ liegt zugrunde, dass eigentlich alle Krankenkassen dafür sorgen müssen, dass ihre Versicherten rechtzeitig die notwendige Behandlung erhalten. Wenn eine Krankenkasse das nicht leisten kann (z.B. weil es trotz formal niedrigen Bedarfs in der Realität nicht genug freie Behandlungsplätze gibt), dann muss sie einem Versicherten, der sich diese Leistung „selbst beschafft“ die Kosten für diese Leistung nach §13(3) SGB V erstatten. Eine solche „selbst beschaffte“ Leistung ist dann z.B. eine Psychotherapie bei einer oder einem nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Therapeutin oder Therapeuten.

Geflüchtete haben es aufgrund sprachlicher und soziokultureller Barrieren noch schwerer, einen Therapieplatz zu finden (Vgl. *„Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen“*). In der Praxis versuchen daher auch einige der approbierten TherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren, Therapien über den Umweg des Kostenerstattungsverfahrens bei den Krankenkassen abzurechnen.



Sprachmittlungskosten bei Psychotherapien über die GKV

Gelingt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse, dann stellt sich in jedem Fall ein neues Problem: Im Gegensatz zu den Sozialbehörden, die falls sie die Psychotherapie bewilligen, meist auch die nötigen Sprachmittlungskosten finanzieren, werden durch die gesetzliche Krankenversicherung Sprachmittlungskosten **grundsätzlich nicht**

übernommen. Die Ablehnungsquote beträgt 100 %. Einige Zentren stellen dennoch immer wieder einen Antrag, meist weil der Ablehnungsbescheid nötig ist, um andere Finanzierungswege zu begründen. Auch Anträge zur Übernahme von Fahrtkosten verlaufen grundsätzlich ohne jeden Erfolg.



Anträge zur Übernahme der Sprachmittlungskosten durch die gesetzliche Krankenversicherung werden zu 100 % abgelehnt.

Kostenübernahmen durch die Jugendämter

In der psychosozialen Versorgung von jungen Geflüchteten können psychotherapeutische Behandlungen abhängig von der individuellen Fallkonstellation bei der Krankenkasse oder aber über das Jugendamt beantragt werden. Vereinfacht dargestellt ist dabei vor allem relevant, ob die Therapie mit primär pädagogischen Zielen nötig ist, um die Entwicklung und den Erziehungsprozess zu unterstützen (dann ist das Jugendamt zuständig) oder ob einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung mit einer Psychotherapie als „Heilbehandlung“ begegnet werden muss (dann ist zunächst die Krankenkasse zuständig). Wenn bei psychisch belasteten Kindern oder Jugendlichen eine seelische Behinderung droht oder sogar bereits festgestellt

wurde, dann kommt wiederum das Jugendamt als Kostenträger (im Rahmen der Eingliederungshilfe) in Betracht.

Von den Psychosozialen Zentren haben im letzten Jahr nur etwa 1/3 Psychotherapien über die Jugendämter beantragt. Die Bewilligungsquoten für die wenigen Anträge liegen um 80%, im Durchschnitt werden 6 von 7 Therapieanträgen bewilligt. **Insgesamt nehmen bei 3.104 jugendlichen KlientInnen in den Psychosozialen Zentren die Kostenübernahmen durch die Jugendämter nur einen verschwindend geringen Teil von 1,8% ein. Alle weiteren Psychotherapien müssen durch Spenden-, Projekt- oder sonstige Gelder finanziert werden.**

	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 gesells. Leben
Zuständigkeit	Krankenkasse	Jugendamt	Jugendamt

	Anträge Psychotherapie	Bewilligungen Psychotherapie	Bewilligungsquote %
n	9	9	9
Σ	64	57	81%
Ø pro Zentrum (x̄)	7	6	81%
typisches Zentrum (X̄)	5	5	100%
Min	0	0	
Max	20	15	

Tab 21: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Jugendämter

	Anträge Sprachmittlungskosten	Bewilligungen Sprachmittlungskosten	Bewilligungsquote %
n	10	10	
Σ	50	50	100%
Ø pro Zentrum (x̄)	5	5	100%
typisches Zentrum (X̄)	3,5	3,5	100%
Min	0	0	
Max	12	12	

Tab 22: Kostenübernahmen für Sprachmittlungskosten durch die Jugendämter



Etwa 32 % der Zentren
beantragen die Übernahme der
Kosten einer Psychotherapie bei
den Jugendämtern.

Bewilligt werden 81 %.

Abb 22: Kostenbernahme für Psychotherapien durch Jugendämter

	Anträge Fahrtkosten	Bewilligungen Fahrtkosten	Bewilligungsquote %
n	9	9	
Σ	7	7	100 %
Ø pro Zentrum (\bar{x})	1	1	100 %
typisches Zentrum (\check{X})	0	0	
Min	0	0	
Max	4	4	

Tab 23: Kostenübernahmen für Fahrtkosten durch die Jugendämter

Fazit

Insgesamt erweisen sich die Bewilligungsquoten bei den gesetzlich verantwortlichen Kostenträgern als niedrig. Vor allem bei den Sozialbehörden ist nach wie vor ein eher restriktiver Umgang mit Anträgen auf Kostenübernahme für Psychotherapien zu beobachten. Kostenüber-

nahmen durch die Krankenkassen sind die Ausnahme – v.a. bedingt durch den fehlenden Versicherungsstatus der meisten KlientInnen, aber auch, weil die Psychosozialen Zentren als Einrichtungen nicht zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind.

VERSORGUNGSDEFIZITE

Anknüpfend an die Ergebnisse zur Behandlung und Betreuung von KlientInnen in den 32 Psychosozialen Zentren soll im folgenden Kapitel anhand einzelner Befunde aus der Praxis der Zentren dargestellt werden, an welchen Stellen die Einrichtungen in der Versorgung von Geflüchteten an ihre Grenzen stoßen. Beschrieben wird, inwieweit für Geflüchtete Angebote und Strukturen der gesundheitlichen Regelversorgung zugänglich

gemacht werden konnten (*Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen*), in welchem Ausmaß die Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren der Anzahl Hilfe suchender Geflüchteter gewachsen ist (*Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten*) und wie hoch für (potentielle) KlientInnen geografische Barrieren sind (*Erreichbarkeit der Versorgungsangebote*).

Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen

Gesundheit ist ein Menschenrecht und Leistungen des Gesundheitssystems müssen für alle Menschen gleichermaßen zugänglich sein – sowohl physisch als auch wirtschaftlich. Niemand darf aufgrund bestimmter Kriterien schlechter behandelt werden. Dies besagt das Gebot der Nichtdiskriminierung. Der Ausschuss der Vereinten Nationen für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) bekräftigt dabei ausdrücklich, dass dieses Recht auch für „Nicht-Staatsangehörige wie Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, Wanderarbeitskräfte und Opfer von Menschenhandel, unabhängig von rechtlichem Status und Papieren“ gilt.²⁷

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden der Frage nachgegangen, inwiefern Geflüchtete aus dem Umfeld der 32 Psychosozialen Zentren im Jahr 2015 tatsächlich Zugang zu den Leistungen des deutschen Gesundheitssystems hatten. Es wird überprüft, in welchem Maß die Versorgungsangebote, die sie in den Zentren wahrgenommen haben, auch durch die Leistungserbringer des Gesundheits- und Sozialsystems übernommen worden sind (*Refinanzierung von Leistungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems*) und inwieweit sie die Möglichkeit hatten, auch Behandlungsangebote des gesundheitlichen Regelsystems z.B. bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu nutzen (*Vermittlungen in die Regelversorgung*).



²⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2. Juli 2009, E/C.12/GC/20, verfügbar unter <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> [6.10.2016]

Refinanzierung von Leistungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems

Psychotherapien können nach wie vor nur zu einem verschwindend geringen Anteil vom Gesundheits- und Sozialsystem refinanziert werden. Die Analysen zur Abrechenbarkeit der Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren zeigten, dass nur wenige auch tatsächlich über die eigentlich verantwortlichen Kostenträger abgerechnet werden können (vgl. *Abrechnung von Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Kostenträger S. 77*).

Bundesweit wurden im gesamten Jahr 2015 insgesamt 407 Psychotherapien durch die Sozialbehörden, die Krankenkassen und die Jugendämter bewilligt. Damit konnten von den 5.147 in den PSZ durchgeführten Therapien insgesamt nur rund 8 % über die zuständigen Kostenträger abgerechnet werden – davon fallen 6 % auf die Sozialbehörden, 1 % auf die gesetzliche Krankenversicherung und 1 % auf die Jugendämter.

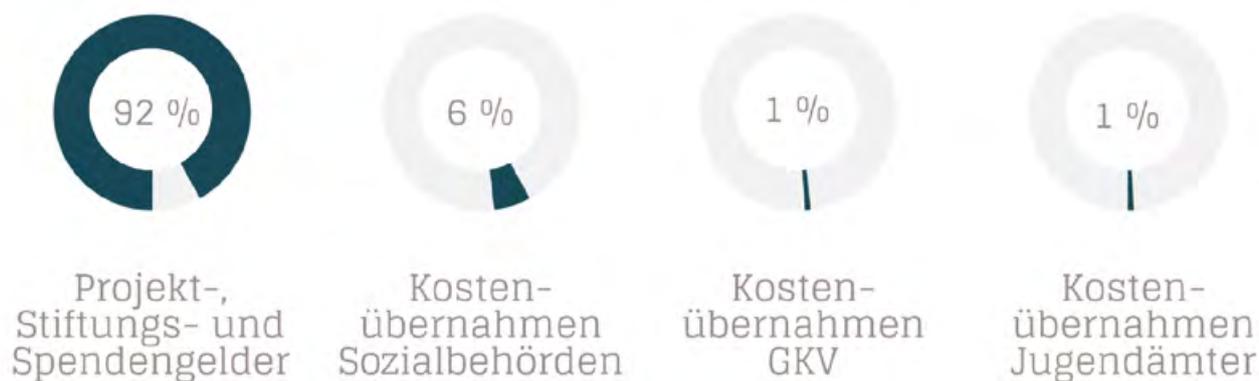


Abb 23: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch Leistungsträger in den PSZ im Jahr 2015

Das gesamte Leistungsspektrum der Zentren, von dem insgesamt 14.100 KlientInnen profitieren, wurde damit zu nur 2,9 % innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems finanziert.

Grundsätzlich hat sich damit im Bereich der Refinanzierung von Psychotherapien in den letzten 2 Jahren nichts verändert. Zwar ist die absolute Zahl der mit den Kostenträgern abgerechneten Therapien von 250 im Jahr 2013 auf 407 im

Jahr 2015 gestiegen – dieser Anstieg verläuft jedoch exakt proportional zum Anstieg der Therapie-KlientInnen in den Zentren insgesamt. Das Verhältnis von Therapien, die von den Kostenträgern übernommen werden (8,1% im Jahr 2013 vs. 7,9% im Jahr 2015) zu denjenigen Therapien, die vom Zentrum selbst über Projekt- und Spendengelder finanziert werden müssen (91,9% vs. 92,1%) ist nahezu exakt gleich geblieben.

		% Therapie-KlientInnen	% KlientInnen gesamt
		5.147	14.109
Kostenübernahmen gesamt	407	7,9%	2,9%
Kostenübernahmen Sozialbehörden	309	6,0%	2,2%
Kostenübernahmen GKV	41	0,8%	0,3%
Kostenübernahmen Jugendämter	57	1,1%	0,4%
keine Kostenübernahme	4.740	92,1%	97,1%

Tab 24: Kostenübernahmen durch Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter im Verhältnis zu KlientInnenzahlen in den PSZ im Jahr 2015

Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger

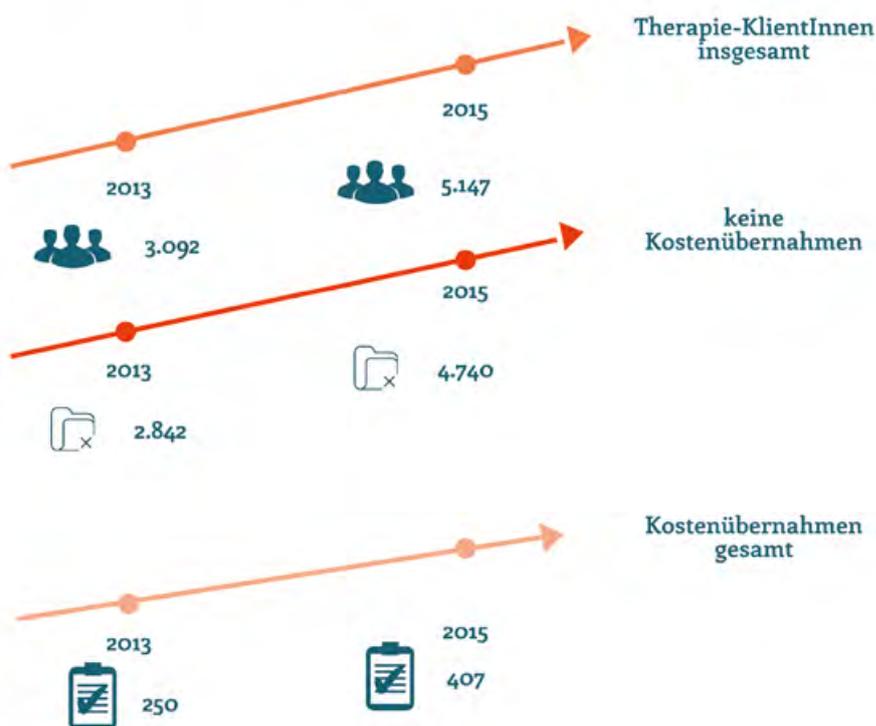


Abb 24: Vorjahresvergleich der Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger

	Therapie-KlientInnen gesamt	Kosten- übernahmen gesamt	Kosten- übernahmen Sozialbehörden	Kostenüber- nahmen GKV	Kosten- übernahmen Jugendämter	keine Kosten- übernahme
2013	3.092	250	153	51	46	2.842
		8,1%	4,9%	1,6%	1,5%	91,9%
2015	5.147	407	309	41	57	4.740
		7,9%	6,0%	0,8%	1,1%	92,1%

Tab 25: Vorjahresvergleich der Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger

Die Versorgungsangebote, die Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren zugänglich gemacht werden, wurden also fast vollständig innerhalb einer Parallelstruktur erbracht. Spenden-, Projekt- und verschiedenste Fördermittel wurden eingesetzt, um die Exklusion psychisch erkrankter Geflüchteter aus dem Regelsystem zu kompensieren. Die Psychosozialen Zentren fungieren demnach lediglich als „Substituierende Systeme“, als flüchtlingspezifische Gesundheitssysteme, die diese strukturel-

le Exklusion zwar nicht aufheben, aber für einen Teil der Betroffenen negative Auswirkungen zum Teil abmildern oder verändern können. Auch dies gilt allerdings nur für einen kleinen Teil der Geflüchteten, die Hilfe suchen: Mangels einer stabilen strukturellen Finanzierung übersteigt die Nachfrage das Angebot der Psychosozialen Zentren um ein Vielfaches (vgl. *Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten*).



(Foto von lauffe, CCo / pixabay.com)

Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems

Die Kapazitätsprobleme der Psychosozialen Zentren sind eng mit der schwierigen Finanzierungssituation der Einrichtungen verknüpft. Ein typisches Psychosoziales Zentrum mit etwa 288 KlientInnen haushaltet mit einem jährlichen Budget von etwa 330.000 €. Über die 32 Psychosozialen Zentren hinweg variieren jedoch sowohl die Anteile verschiedener Förderer als auch die Höhe des jährlichen Budgets enorm.

Die größte Schwierigkeit stellt für alle Zentren unabhängig von ihrer Größe das Fehlen einer verlässlichen strukturellen Finanzierungsbasis dar. In Ermangelung einer strukturellen Verankerung ihres Leistungsspektrums innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems müssen alle Psychosozialen Zentren seit Jahrzehnten andere Wege finden, um den Fortbestand ihrer Einrichtung für das nächste Jahr abzusichern. Dabei können nur sehr wenige Zentren auf eine Hauptförderquelle zurückgreifen, die zumindest die Grundfinanzierung für das jeweilige Haushaltsjahr sicherstellt. Alle Zentren müssen jedes Jahr aufs Neue mit hohem administrativen Aufwand und oft ungewissem Ausgang Projekt- und Stiftungsgelder aus vielen unterschiedlichen Fördertöpfen akquirieren.

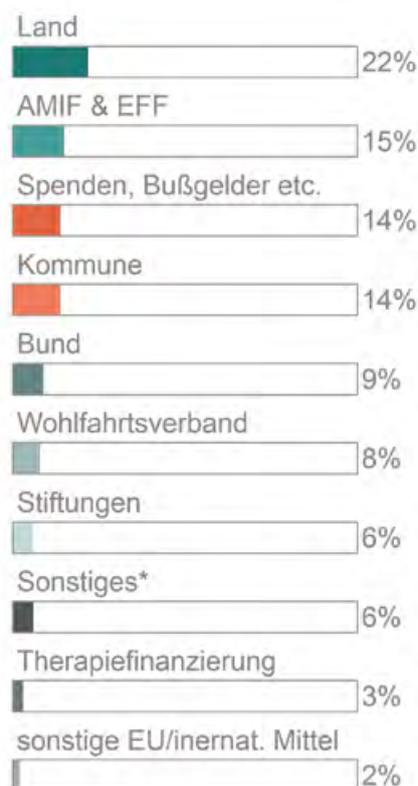
Die vier wichtigsten Finanzierungsquellen im Jahr 2015 waren:

- Gelder aus Landesmitteln mit einem Anteil von durchschnittlich etwa 22 % am Gesamtbudget
- die europäischen Förderfonds des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) bzw. zu späterem Zeitpunkt des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) mit einem gemeinsamen Anteil von etwa 15%²⁸
- Spendengelder mit 14 %
- sowie kommunale Mittel mit ebenfalls 14 %.

Diese Finanzierungsanteile werden durch ein über die Zentren in ihren Anteilen sehr heterogenes Spektrum weiterer Fördermittel ergänzt, die im Einzelfall deutlich höher sein können als die oben genannten Anteile, im Durchschnitt jedoch allesamt weniger als 10 % des Gesamtbudgets ausmachen. So lag im Jahr 2015 der Anteil der Bundesmittel für die Psychosozialen Zentren noch bei nur 9 %. Da der Bund jedoch für das Haushaltsjahr 2016 ein Akutprogramm

²⁸ Bislang waren Projekte, die über den Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) gefördert wurden, eine wichtige Finanzierungsquelle für die psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten. Die Förderprogramme des EFF wurden 2014/2015 durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) abgelöst. Für das Jahr 2015 bedeutete das, dass viele Einrichtungen in der Übergangszeit nach Abschluss ihrer EFF-Projekte und vor Beginn eventueller AMIF Projekte mit Finanzierungsausfällen zu kämpfen hatten. Einige der Zentren haben keine Finanzierung mehr aus den europäischen Fonds erhalten. In der Datenanalyse wurden die Gelder aus dem EFF vom Beginn des Jahres 2015 mit den Geldern aus dem AMIF ab Mitte 2015 zusammengeführt.

Finanzierungsquellen der Psychosozialen Zentren 2015



zur Finanzierung der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten aufgelegt hat²⁹, ist zu erwarten, dass sich dieser Anteil in den nächsten zwei Jahren deutlich erhöhen wird.

Insgesamt zeigt sich, dass sich das jährliche Gesamtbudget, das für ein *durchschnittliches* Psychosoziales Zentrum

(\bar{x}) zur Versorgung seiner KlientInnen verfügbar ist, in den letzten zwei Jahren fast überhaupt nicht verändert hat – es blieb konstant bei etwa 420.000 Euro. Deutlich gestiegen ist hingegen das *typischerweise* von einem Zentrum verfügbare Budget (die Medianwerte der 32 Budgets, die robuster gegenüber starken Unterschieden zwischen sehr großen

	\bar{x}	\check{X}	% (\bar{x})	% (\check{X})
Summe Haushalt 2015	419.325,86 €	332.483,00 €		
Land	92.692,24 €	89.291,60 €	22%	27%
AMIF & EFF	62.130,89 €	49.872,45 €	15%	15%
Spenden, Bußgelder etc.	60.002,06 €	24.120,00 €	14%	7%
Kommune	59.132,72 €	12.804,00 €	14%	4%
Bund	39.573,04 €	– €	9%	-
Wohlfahrtsverband	34.446,66 €	7.000,00 €	8%	2%
Stiftungen	26.093,86 €	19.948,98 €	6%	6%
Sonstiges*	23.927,35 €	18.257,42 €	6%	5%
Therapiefinanzierung	11.305,58 €	– €	3%	-
sonstige EU/internat. Mittel	8.820,46 €	– €	2%	-
Mitgliedsbeiträge	993,19 €	– €	0%	-

Tab 26: Gesamthaushalt eines durchschnittlichen und typischen Zentrums mit Finanzierungsquellen

* Das Spektrum der unter „Sonstiges“ aufgeführten Finanzierungsquellen ist sehr breit. Unter diese Kategorie fallen Gelder, die Amnesty International aus einem Zweckspendenprojekt zur Verfügung stellt, kirchliche Mittel, Gelder der Jugendämter für die Beratung von UMF oder auch Finanzierungszuschüsse der Träger. Einige Zen-

tren nehmen auch für Fortbildungen, Schulungen und den Verkauf von Publikationen zusätzliche Mittel ein oder initiieren Crowdfunding-Kampagnen und Kleinstprojekte. Aber auch Lohnfortzahlungen/ Erstattungen der Krankenkassen für das Personal des Zentrums fließen in diesen Einnahmenbereich mit ein.

²⁹ Bis zum Jahr 2015 wurden vom Bund im „Bundesprogramm für die Beratung und Betreuung ausländischer Flüchtlinge“ über die Wohlfahrtsverbände regelmäßig fünf Psychosoziale Zentren unterstützt. Durch ein Akutprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurden für das Haushaltsjahr 2016 zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt.

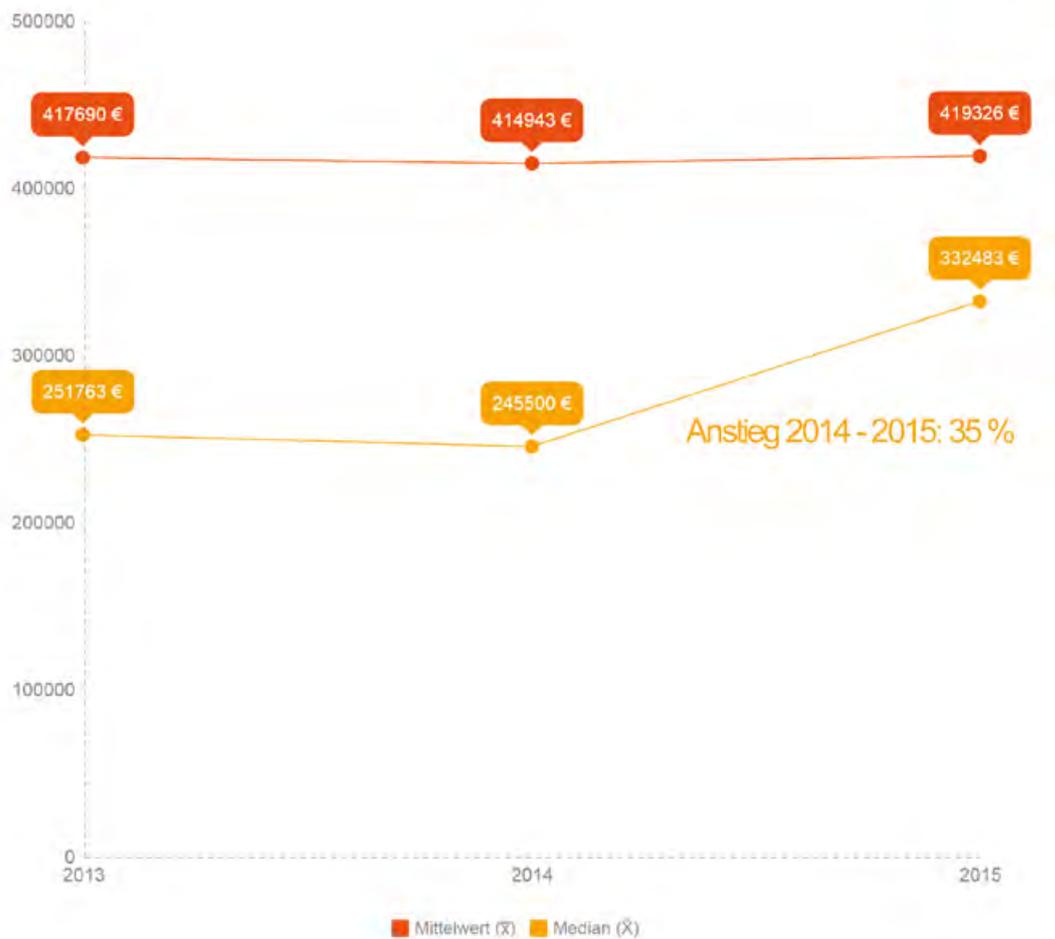


Abb 25: Das Gesamtbudget eines durchschnittlichen und eines typischen Zentrums im Jahresvergleich

und sehr kleinen Zentren sind): Es hat sich um etwa ein Drittel von etwa 250.000 auf etwa 330.000 Euro erhöht.

Aus der Praxis wissen wir, dass Ende des Jahres 2015 nicht nur größere Zentren weiter gewachsen sind, während sehr kleine Zentren neu gegründet wurden, sondern dass sich auch im mittleren Bereich einige der Psychosozialen Zentren gegen Jahresende um 1-2 Mitarbeitende vergrößern konnten.

Die Anteile im Förderspektrum haben sich während der letzten 2 Jahre deutlich verschoben. Zum wichtigsten Förderer mit durchschnittlich 22% des Jahresbudgets sind inzwischen die Landesmittel geworden – sie haben die europäischen Förderfonds (EFF/AMIF), die bislang etwa ein Viertel des durchschnittlichen PSZ-Budgets ausgemacht hatten, als Hauptförderquelle abgelöst. Konkret hat sich der Anteil der Landesfinanzierung seit dem Jahr 2013 im Durchschnitt verdoppelt, während die Anteile der EU-Fonds im Schnitt

um etwa 33.000 Euro und damit etwa ein Drittel gesunken sind. In der Praxis geht diese Verschiebung auf zwei Entwicklungen zurück: Zum einen sind der BAfF im Jahr 2015 Zentren beigetreten, deren Gründung bzw. Vergrößerung maßgeblich auch durch eine Unterstützung ihrer jeweiligen Landesregierung ermöglicht wurde. Zum anderen haben sich auch in eher strukturschwachen Ländern, u.a. auch in Ostdeutschland, einige Landesregierungen entschieden, ein Psychosoziales Zentrum zu einem gewissen Anteil zu fördern. Anzumerken bleibt hier dennoch, dass nicht jedes Zentrum Landesmittel erhält und dass die Förderhöhe in einigen Bundesländern nicht zur Finanzierung einer Vollzeitstelle ausreicht. Vor dem Hintergrund, dass die Bundesländer mit Ablauf der Umsetzungsfrist für die EU-Aufnahmerichtlinie maßgeblich dafür verantwortlich sind, psychisch erkrankten Asylsuchenden die notwendige Versorgung zugänglich zu machen, sind hier zwar Schritte in die richtige Richtung zu erkennen. Dennoch erscheint ein Finanzierungsanteil von durchschnittlich weniger als einem

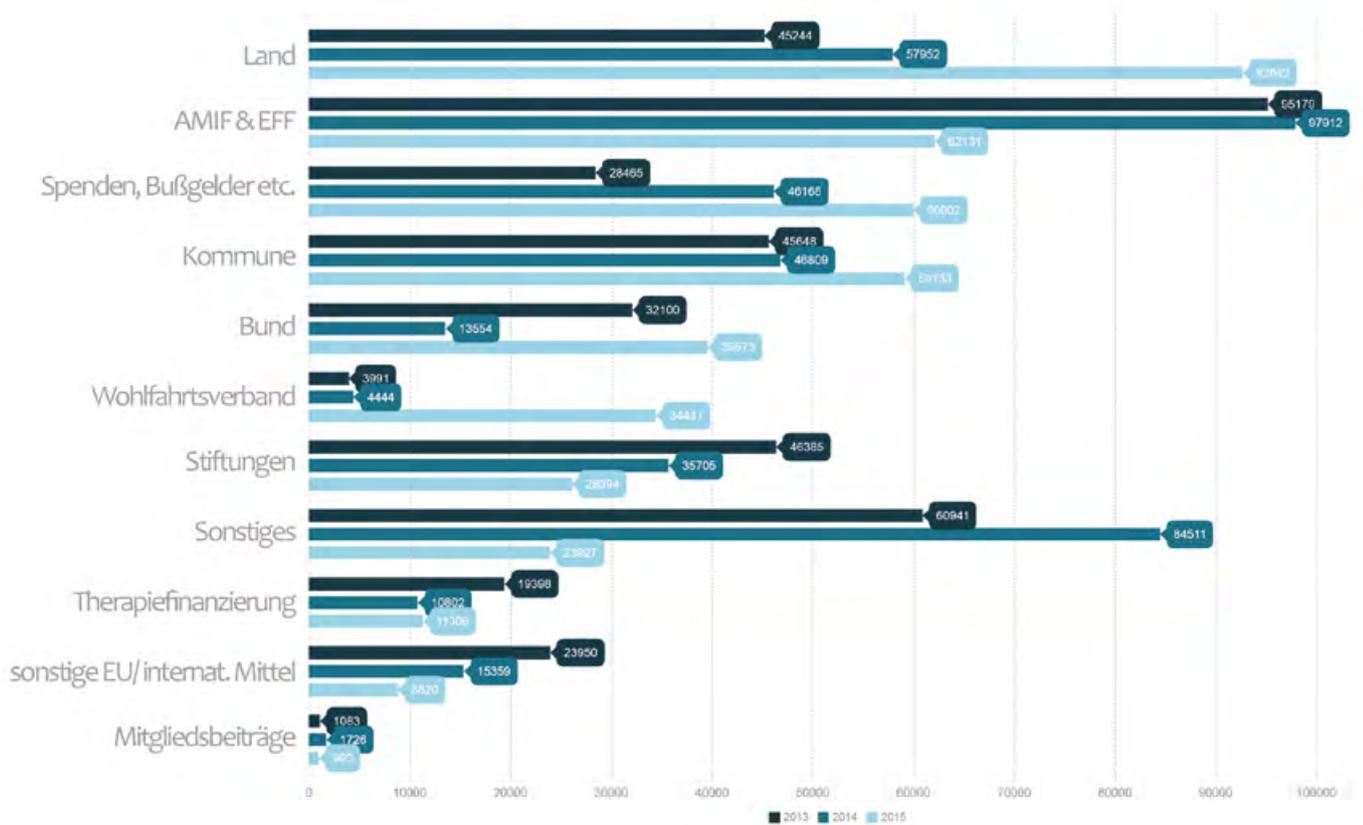


Abb 26: Das Gesamtbudget eines durchschnittlichen Zentrums im Jahresvergleich 2014-2015

Viertel des jährlichen Budgets vor dem Hintergrund der Pflicht zur Umsetzung der Aufnahme richtlinie noch deutlich ausbaufähig.

Nahezu verdoppelt hat sich im Durchschnitt während der letzten zwei Jahre auch das Spendenaufkommen zur Unterstützung der Psychosozialen Zentren: Der Anteil der Spenden am Jahresbudget ist seit 2013 von 7 auf 14% gestiegen. Damit spielen Spenden für die Psychosozialen Zentren zwar absolut noch immer eine eher geringe Rolle, im Verhältnis sind sie aber trotz eines nur 14%igen Anteils zur inzwischen dritt wichtigsten Förderquelle geworden (gemeinsam mit den Kommunen, die ebenfalls mit durchschnittlich 14% dabei sind). Hier wird sehr deutlich, wie abhängig die Psychosoziale Versorgung von Geflüch-

teten – eigentlich eine staatliche Aufgabe – von privaten Zuschüssen ist. Zum anderen zeigt sich, wie fragmentiert das Finanzierungsspektrum der Zentren ist – denn alle weiteren Finanzierungsanteile sind prozentual noch niedriger.

Weder absolute noch relative Veränderungen zeigten sich im letzten Jahr bei den durchschnittlichen Anteilen, die die Refinanzierung von Psychotherapien durch die Sozialbehörden, die Krankenkassen oder die Jugendämter ausmachen – ihr Anteil bleibt niedrig bei durchschnittlich 3% (detailliertere Analysen zu Kostenübernahmen durch die eigentlich gesetzlich verantwortlichen Kostenträger finden sich in den Kapiteln *Abrechnung von Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Kostenträger* und *Refinanzierung von Leistungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems*).

Vermittlungen in die Regelversorgung

In Anbetracht der wachsenden Kapazitätsprobleme, die sich in den Zentren zeigen, versuchen die Einrichtungen seit langem, KlientInnen an Versorgungsstrukturen der Regelangebote weiter zu vermitteln. Sie bemühen sich, niedergelassene KollegInnen und Kliniken in die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern einzubinden und sie für deren besonderen Versorgungsbedarf zu sensibilisieren – eine Aufgabe, die gegenwärtig gerade in Zeiten steigender Flüchtlingszahlen mehr und mehr Ressourcen fordert und sich oftmals erst langfristig auszahlt.

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum kann pro Monat etwa 14 Geflüchtete an weitere AkteurInnen vermitteln, davon etwa 3 Personen an (Fach-)ÄrztInnen, 1 an niedergelassene PsychotherapeutInnen und 3 an andere Sozialberatungsstellen. Hier ist allerdings anzumerken, dass die Möglichkeiten, KlientInnen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, von Region zu Region stark variieren. So konnte in einigen Regionen über das gesamte Jahr hinweg kein/e einzige/r KlientIn an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden, andere Zentren wiederum haben auf die Vermittlungs- und Netzwerkarbeit einen ihrer Schwerpunkte gelegt.

	(Fach-) ÄrztInnen	Psycho- therapeutInnen	andere Sozialberatungs- stellen	Kliniken	Gutachter- Innen	sonstige Einrichtungen	Vermittlungen pro Monat insgesamt
\bar{x}	2,8	1,2	3,4	1,3	0,3	4,6	13,5
\tilde{x}	2	1	2	1	0	1	7
Min	0	0	0	0	0	0	0
Max	13	6	21	5	3	66,7	76
%	21%	9%	25%	10%	2%	34%	

Tab 27: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen / typischen Zentrum in einem Monat



Vorbehalte und Diskriminierung im Gesundheitssystem

„Ich habe eine Klientin, die immer wieder in Ohnmacht fällt und daher am Wochenende oft als Notfall in die Psychiatrie eingeliefert werden muss. Die Frau kommt aus dem Kosovo. Nach langem Bemühen habe ich einen Kontakt zu einer Oberärztin herstellen können, die mir dann aber klipp und klar gesagt hat: ‚Die machen das doch ohnehin nur, damit sie hierbleiben können.‘

Sie sagte das ganz offen – so hatte ich das bisher noch nicht gehört. Ich habe dann mit der Ärztin darüber gesprochen, wie ich mit der Frau arbeite. Interessanterweise hat sie mir auch zugehört und dann sagte sie, dass sie es klasse fände, was ich alles tun würde: ‚Aber warum verschwenden Sie denn Ihre wertvollen Ressourcen an Menschen, die sowieso wieder gehen? Die gewöhnen sich nur an unser Gesundheitssystem und stehen im Kosovo dann wieder ohne Unterstützung da.‘ Ich solle doch besser mit jemand anderem arbeiten.

Aber ich möchte die Geschichte auch zu Ende erzählen: Diese Oberärztin hat die Klientin auch wieder aufgenommen und sie letztlich gut versorgt. Manchmal kann man mit starken Nerven doch etwas bewirken.

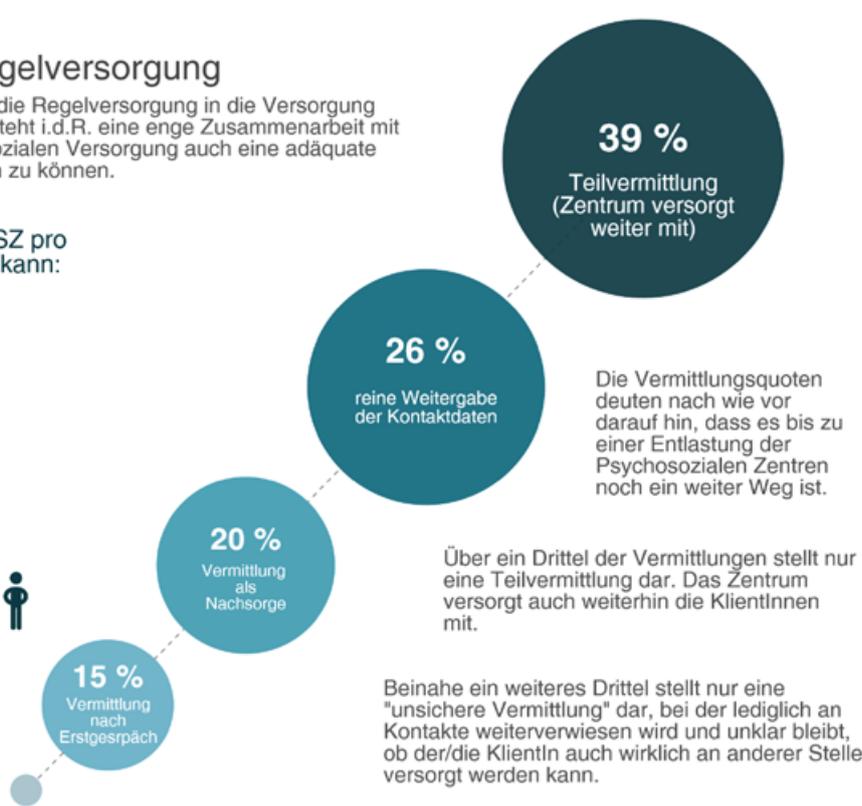
Grundsätzlich habe ich bei keinem meiner KlientInnen, die ich bisher habe, das Gefühl, sie würden simulieren. Dass natürlich alle ein besseres Leben wollen ist doch auch absolut nachvollziehbar. Ich habe einen Klienten, der sagt auch zu mir: ‚Wissen Sie, andere Mitflüchtlinge sagten immer: ‚Ich möchte unbedingt nach Deutschland oder ich möchte unbedingt nach England‘“

Und er sagt: ‚Ich habe jeden Abend Gott gedankt, dass ich überhaupt noch lebe. Ich habe mir immer gewünscht oder gebetet, dass ich in ein Land komme, in dem ich bleiben kann, in dem ich sicher bin.‘ Und natürlich sagt er: ‚Ich habe mir Deutschland gewünscht, aber vorrangig war für mich überhaupt zu danken, dass ich überhaupt noch leben darf.‘ Ich glaube, das ist bei vielen so.“

Vermittlungen in die Regelversorgung

Die meisten Zentren versuchen aktiv, die Regelversorgung in die Versorgung von Geflüchteten einzubinden. So besteht i.d.R. eine enge Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, um zusätzlich zur psychosozialen Versorgung auch eine adäquate medizinische Versorgung sicherstellen zu können.

Anzahl der KlientInnen, die ein PSZ pro Monat durchschnittlich vermitteln kann:



Insgesamt konnte ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum damit über das Jahr 2015 hinweg im Durchschnitt 168 KlientInnen an weitere AkteurInnen vermitteln, u.a. etwa 15 Personen an niedergelassene PsychotherapeutInnen und 35 an (Fach-)ÄrztInnen. Gemessen an der Gesamtzahl der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren sind die Vermittlungsquoten damit bislang noch immer gering. So können insgesamt nur 3 % der KlientInnen aus den PSZ heraus an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden. Eine Vermittlung an (Fach-)ÄrztInnen gelingt immerhin bei 8 % der KlientInnen.

Absolut ist die Anzahl der Personen, die von den Zentren an weitere AkteurInnen vermittelt werden konnte, im letzten Jahr um 13 % auf etwa 5.400 Vermittlungen gestiegen, in den letzten 2 Jahren sogar um 42 %. Im Verhältnis hingegen bleibt der Anstieg der Vermittlungszahlen dennoch hinter dem Anstieg der Anzahl der KlientInnen (im letzten Jahr um 18 %) zurück.

	(Fach-) ÄrztInnen	Psycho- therapeutInnen	andere Sozialbe- ratungsstellen	Kliniken	GutachterInnen	sonstige Einrichtun- gen	Vermittlungen insgesamt
Σ	1.116	469	1.335	522	103	1.818	5.363
\bar{x}	35	15	42	16	3	57	168
\check{X}	25	10	25	11	0	10	100
% an KlientInnen gesamt (Σ = 14.109)	8 %	3 %	9 %	4 %	1 %	13 %	38 %

Tab 28: Gesamtzahl der Vermittlungen aller Zentren in die Regelversorgung im Jahr 2015



(Foto von Counseling, CCo / pixabay.com)

Zu beachten ist darüber hinaus, dass ein Viertel der Vermittlungen (26 %) keine Vermittlungen im engeren Sinne darstellen, sondern sich auf die reine Weitergabe von Kontaktdaten beziehen. Das Zentrum hat in diesem Fall also keinerlei Informationen darüber, ob die Person letztlich tatsächlich von der empfohlenen Stelle versorgt werden kann oder nicht.

39% bilden „Teilvermittlungen“, bei denen zwar z.B. an eineN PsychiaterIn vermittelt werden konnte, die psychosoziale Versorgung jedoch weiterhin über das Zentrum gewährleistet wird. Auch ein großer Teil der Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen geschieht als Teilvermittlung: die Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und aufenthaltsrechtlichen Kontext über die (psycho)soziale und asylrechtliche Beratung, die bei den meisten KlientInnen über eine Psychotherapie hinaus nötig ist, muss weiterhin durch die SozialarbeiterInnen der Zentren geleistet werden. Dieser hohe Anteil an „Teilvermittlungen“ führt zwar mittelfristig noch nicht zu einer Entlastung der Psychosozialen Zentren, weil zumeist ein hoher Betreuung- und Vernetzungsaufwand bestehen bleibt. Er ist dennoch ein großer Erfolg. Insgesamt ist dieser Anteil an den Vermittlungen aus den PSZ heraus im letzten Jahr mit über 10% am deutlichsten gestiegen. Er spiegelt die gestiegene Bereitschaft v.a. niedergelassener PsychotherapeutInnen für eine Behandlung

von Geflüchteten wider, verweist zugleich jedoch auch darauf, dass das Gesundheitssystem noch nicht ausreichend auf den komplexen Versorgungsbedarf der Zielgruppe vorbereitet ist.

Insgesamt erfolgen damit nur 15% der Vermittlungen als vollständige Vermittlungen im engeren Sinne, d.h. als Vermittlungen, die nach einem ausführlichen Erstgespräch im Psychosozialen Zentrum stattgefunden haben und bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Stelle, an die weiterverwiesen wird, den/die KlientIn auch aufnimmt und selbstständig ohne die Unterstützung des PSZ weiter versorgt. Anteilig sind diese Vermittlungen zugunsten der Teilvermittlungen um etwa 12% gesunken.

In weiteren 20% kann eine Vermittlung im Sinne einer Nachsorge infolge einer Behandlung/ Betreuung durch das PSZ sichergestellt werden, z.B. wenn ein/e KlientIn einen besseren Aufenthaltsstatus erhalten hat und nach der Erstversorgung im Zentrum einfacher an niedergelassene KollegInnen vermittelt werden kann – oder auch wenn sich die Lebenssituation der Person soweit stabilisiert hat, dass er oder sie besser in einer Migrationsberatungsstelle aufgehoben ist. Auch hier kann ein leichter Zuwachs der Vermittlungszahlen beobachtet werden – noch im letzten Jahr erfolgten noch lediglich 13% der Vermittlungen im Anschluss an die Versorgung im PSZ.

Schwierigkeiten bei der Vermittlung in die Regelversorgung

Die Öffnung der Regeldienste für geflüchtete KlientInnen ist ein wichtiges Ziel der Psychosozialen Zentren. Sie sind sich ihrer Funktion als Parallelstrukturen zum öffentlich finanzierten Gesundheitssystem sehr bewusst und versuchen aktiv, u.a.a. niedergelassene PsychotherapeutInnen für eine (Mit)Behandlung von Geflüchteten zu gewinnen. Doch in der Praxis stoßen die Mitarbeitenden der Psychosozialen Zentren bei der Vermittlung von KlientInnen immer wieder an ihre Grenzen. Die größten Schwierigkeiten sind dabei nach wie vor struktureller Natur: Kostenübernahmen für Psychotherapien mit Geflüchteten zu erwirken

ist mit hohem bürokratischen Aufwand und sehr langwierigen Antragsverfahren verbunden. Es existiert stets das Risiko, dass eine Bewilligung letztlich ausbleiben könnte. Wenn Psychotherapien bereits über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden können, dann findet sich fast nie eine Lösung für die i.d.R. notwendigen Sprachmittlungskosten. Hinzu kommen bei einigen niedergelassenen PsychotherapeutInnen individuelle Aspekte wie das Gefühl, zu wenig Erfahrung mit Geflüchteten als KlientInnen-Gruppe zu haben.

Verschlossene Türen – ein Behandlungsmarathon

Durch wie viele Türen zu Arztpraxen, Behandlungszentren und Kliniken Frau P. in den 2,5 Jahren in Deutschland ging, ist schwer zu sagen. Sehr viele waren es – durch einige davon sogar mehrmals im Monat. Manche Türen öffneten sich gar nicht erst richtig, andere wurden schnell wieder zugemacht.

Stets begleitet sie ihr Mann, ohne ihn würde sie die Schwelle ihrer Wohnung gar nicht erst übertreten können. Zusammen sind sie aus Serbien geflohen und im April 2014 nach Deutschland eingereist. Nachdem sie beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) angehört wurden, bekamen sie im Herbst 2014 eine Ablehnung und waren seitdem ausreisepflichtig. Frau P. und Herr P. leben nun seit 2 Jahren in Duldung, das heißt ohne sicheren Aufenthaltstitel in Deutschland. Die Angst vor einer möglichen Abschiebung ist bei dem Ehepaar seitdem sehr groß.

Während dieser Zeit berichtet Frau P. an unterschiedlichen Stellen, bei ÄrztInnen oder bei Beratungen immer wieder von Schlafstörungen, vermehrten körperlichen Schmerzen und Angstattacken, die es ihr kaum ermöglichen, ihren Alltag zu bewältigen.

Auch die Sorge um die gemeinsamen Söhne, zu denen aktuell kein Kontakt bestehe, bestimmt den Alltag. Das Ehepaar schickte ihre Söhne damals fort, um sie vor weiterer Gewalt durch eine benachbarte albanische Gruppe zu schützen. In ihrem Wohnort nahe der kosovarischen Grenze wurden sie nach jahrelangen verbalen Angriffen auch körperlich bedroht und überfallen. Über dieses Ereignis konnte Frau P. jedoch in keiner Klinik und mit keinem Arzt oder keiner Ärztin sprechen. Sie vertraute sich zunächst nur einer Sozialarbeiterin während eines

Beratungsgesprächs an.

Nach ihrer Ankunft in Deutschland wurde Frau P. im Zeitraum September bis November 2014 drei Mal in Folge bei der Notfallambulanz vorstellig. Bei ihr wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) und eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4) diagnostiziert. Frau P. bekam Medikamente und wurde zur weiteren Behandlung an die Psychiatrische Institutsambulanz verwiesen. In der Ambulanz fand jedoch keine Therapie statt, da es an der Beantragung und Kostenübernahme für Dolmetschende scheiterte.

Ihr Weg ging weiter von HausärztInnen über PsychotherapeutInnen in der nächst größeren Stadt, die eine spezialisierte Behandlung anbieten konnten. Jedoch scheiterte auch diese Behandlung an der fehlenden Kostenübernahme für die Therapie.

Frau P. gelangt von einer stationären Behandlung auf Deutsch ohne Dolmetschende in einer psychosomatischen Klinik im Frühjahr 2015 zu ambulanten Notfallterminen bei verschiedenen NeurologInnen und AllgemeinmedizinerInnen.

Seit ihrer Ankunft in Deutschland wurde Frau P. von 16 verschiedenen ÄrztInnen und PsychologInnen untersucht. Es wurden mehrfach Diagnosen (schwere depressive Episode etc.) gestellt und Stellungnahmen geschrieben. Sie war seit April 2014 insgesamt 8 Wochen stationär in Kliniken ohne Sprachmittlung aufgenommen, wurde meist aber nach 3 Wochen wieder entlassen, da sie bei Gruppentherapien lediglich dabei saß und keine andere Therapie stattfand.



Eine erste muttersprachliche Anamnese fand nach 1,5 Jahren statt. Dabei äußert Frau P. den Wunsch, in eine Behandlung bei einer anderen Ärztin zu kommen, da die aktuelle Psychiaterin ihr Angst mache.

Für das Asylverfahren werden Stellungnahmen und Atteste gebraucht. Ein Amtsarzt wird eingeschaltet, um die Reisefähigkeit von Frau P. festzustellen. In dessen Gutachten wird die Symptomatik von Frau P. als seit länger als zwei Jahren gleichermaßen vorliegend beschrieben. Ihre Erkrankung schränke sie erheblich in der selbstständigen Bewältigung ihres Alltags ein, z.T. auch bei der Körperhygiene und der Versorgung mit Lebensmitteln. Dadurch sei die Patientin auch bei alltäglichen Aufgaben auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, was vor allem durch den Ehemann geleistet werde. Verstärkt werde die Symptomatik situationsbezogen in psychischen Belastungssituationen wie etwa durch Schmerzen, Angst- und Unruhezustände. Bisher sei es möglich gewesen, die Symptome durch eine Bedarfsmedikation und die Begleitung durch Vertrauenspersonen zu beherrschen.

Folgende Schlussfolgerungen bezüglich der Reisefähigkeit werden daraus gezogen:

„Es liegt eine chronische Erkrankung vor, von der nicht zu erwarten ist, dass sie sich unter den Umständen des Aufenthaltes im fremden Land mit ungeklärtem Status und unsicherer Zukunft kurzzeitig verbessern wird. Die eingeleiteten Therapiemaßnahmen sind derzeit ausreichend für eine Stabilisierung. Es muss auf die Fortsetzung geachtet werden. Eine eher positive, gesundheitliche Entwicklung

im Heimatland ist durchaus möglich, da zum einen eine fachspezifische psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache wesentlich effektiver und sicherer durchzuführen ist und andererseits Kontakt zu Landsleuten für Frau P. besonders bedeutsam sind. [...] Auch die mögliche Wiederherstellung familiärer Verbindungen würde die gesundheitliche Situation von Frau P. günstig beeinflussen.“

Die Ausländerbehörde kommt daher zum Schluss, dass dem eingeholten Gutachten als Kernaussage zu entnehmen ist, für die Genesung der Patientin sei eine Rückkehr empfehlenswert.

Frau P. und Herr P. sollen zurück nach Serbien, da die Erkrankung von Frau P. kein Hindernis darstelle. Ein Asylfolgeantrag des Ehemannes wurde im Frühjahr 2016 erneut gestellt. Die Vollmacht von Frau P., dass ihr Mann für sie den Antrag stellen kann, wurde jedoch nicht angenommen, weshalb der Antrag des Ehemannes abgelehnt wurde.

Die Anwältin des Ehepaars kämpft aktuell mit einer Anfechtungsklage um die Akzeptanz des Asylfolgeantrags von Frau P. Solange wird die Duldung des Ehepaars stückweise verlängert und der Aufenthalt bleibt nach wie vor ungeklärt. Die Angst zurück nach Serbien zu gehen, ist nun größer denn je.

Die passende Tür, um diese aber auch die vergangenen Ereignisse zu verarbeiten, hat Frau P. bis jetzt noch nicht gefunden. Sie ist nach wie vor in keiner Therapie angebunden.



(Foto von qimono, ©CC0 / pixabay.com)

Fehlende Therapieplätze und hohe Wartezeiten

Von den Zentren als ein sehr zentrales Vermittlungsproblem wurde genannt, dass es in den meisten Regionen generell für Geflüchtete, aber auch für alle anderen PatientInnen schwierig ist, einen Therapieplatz zu finden. Die Wartezeiten sind auch in der Regelversorgung lang, der Unterstützungsbedarf der traumatisierten Geflüchteten

jedoch akut, so dass es zu Chronifizierungen der Krankheiten kommen kann. Zusätzlich kommen laut den Angaben der Psychosozialen Zentren bei Geflüchteten noch weitere Barrieren hinzu: bürokratische, aufenthaltsrechtliche, informatorische und sprachliche.

Fehlende Kostenübernahme von Sprachmittlungskosten

Die Zentren geben als große Schwierigkeit an, dass Vermittlungen oftmals auch deshalb scheitern, weil die Kostenübernahme für Sprachmittlungskosten mit einem ho-

hen bürokratischen Aufwand verbunden ist. Hinzu kommt für viele Niedergelassene die Unsicherheit, ob der Antrag überhaupt bewilligt wird.



Abb 27: Häufigkeit der Aussagen zu Schwierigkeiten bei der Vermittlung von KlientInnen in die Regelversorgung

Vorbehalte, Berührungsängste und Unsicherheiten

Bei Behandelnden in der Regelversorgung bestünden oft große Berührungsängste, Vorbehalte und Unsicherheiten in sozialen und rechtlichen Frage – ein Aspekt, der ebenfalls von vielen Zentren genannt wurde. Zudem wendeten sich niedergelassene TherapeutInnen häufig an die Psychosozialen Zentren, weil sie sich noch zu wenig als ExpertInnen in der Behandlung von Menschen fühlten, die Extremtraumatisierungen durch Krieg, Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen erfahren haben. Auch die Situation der Therapie zu Dritt, das heißt Therapie mit Sprachmittlung, ist für viele TherapeutInnen der Re-

gelversorgung unbekannt und wird als Grund dafür angebracht, dass man keine geflüchteten KlientInnen behandle. Darüber hinaus haben niedergelassene TherapeutInnen oftmals weniger Wissen zur aufenthaltsrechtlichen Situation und den damit verbundenen Lebensbedingungen von Geflüchteten. Häufig werden Geflüchtete daher nur dann behandelt, wenn weiterhin ein enger Kontakt zum Psychosozialen Zentrum bestehen bleibt und so die Beratung in sozial- und asylrechtlichen Fragen durch das Zentrum durchgeführt werden kann.

Unsicherheit und Aufwand mit Kostenübernahme und Abrechnung

Durch viele Zentren wurde zudem genannt, dass PsychotherapeutInnen geflüchtete KlientInnen mit der Begründung ablehnen, dass die Aussicht auf eine Kostenüber-

nahme für die Therapie zu unsicher sei und sie auf das Abrechnungsverfahren zu viel Zeit verwenden müssen.

Fazit

Die Daten zur Finanzierung der Leistungen, die KlientInnen in den Psychosozialen Zentren erhalten, und die hohen Hürden bei der Vermittlung in die Regelversorgung spiegeln deutlich wider, wie stark die Zugänglichkeit des Gesundheits- und Sozialsystems für Geflüchtete durch strukturelle Barrieren begrenzt wird. Das Leistungsspektrum der PSZ wird fast ausschließlich innerhalb eines flüchtlingsspezifischen Parallelsystems finanziert und auch die Vermittlungszahlen haben sich im letzten Jahr kaum erhöht.

Die Bewilligungspraxis im Umgang mit Anträgen auf Kostenübernahmen für Psychotherapien mit Asylsuchenden weicht deutlich von denen der gesetzlichen Krankenkassen

ab: Die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes werden von den Sozialbehörden häufig nicht berücksichtigt. Werden Wege ins System der GKV gesucht, so scheitern Vermittlungsversuche oft daran, dass es bei nicht ausreichenden Deutschkosten keine Lösung zur Finanzierung der Kosten für Sprachmittlung gibt.

Hier zeigt sich, dass Geflüchtete im Gesundheitssystem der BRD im Vergleich zu deutschen StaatsbürgerInnen systematisch schlechter gestellt sind. Das Gebot der Nichtdiskriminierung im Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit kann hier nicht eingehalten werden.

Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen in Deutschland

Bundesweit sind die Versorgungsstrukturen für Menschen, die psychotherapeutische Unterstützung brauchen, als unzureichend einzustufen. Die bisherige Bedarfsplanung basiert auf der regionalen Verteilung psychotherapeutischer Praxen im Jahr 1999. Die psychotherapeutische Versorgung unterscheidet sich deutlich innerhalb Deutschlands. Im Gebiet, das am besten versorgt ist, gibt es 55mal mehr PsychotherapeutInnen je 100.000 EinwohnerInnen als in dem am schlechtesten versorgten Gebiet (BPtK, 2011b). Der Versorgungsdruck bei TherapeutInnen in unterversorgten Regionen ist

demnach deutlich höher. Hinzu kommt, dass der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen wächst (Fricke, 2015).

Die Bedarfsplanung und damit eine Anpassung der Behandlungsplätze an den gestiegenen Bedarf, wird seit Jahren ausgehandelt und soll nun bis Januar 2017 überarbeitet werden (mehr Infos unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Spezial/2016/201601/20161115_bptk-spezial_kurswechsel_in_der_bedarfsplanung_01-2016.pdf)



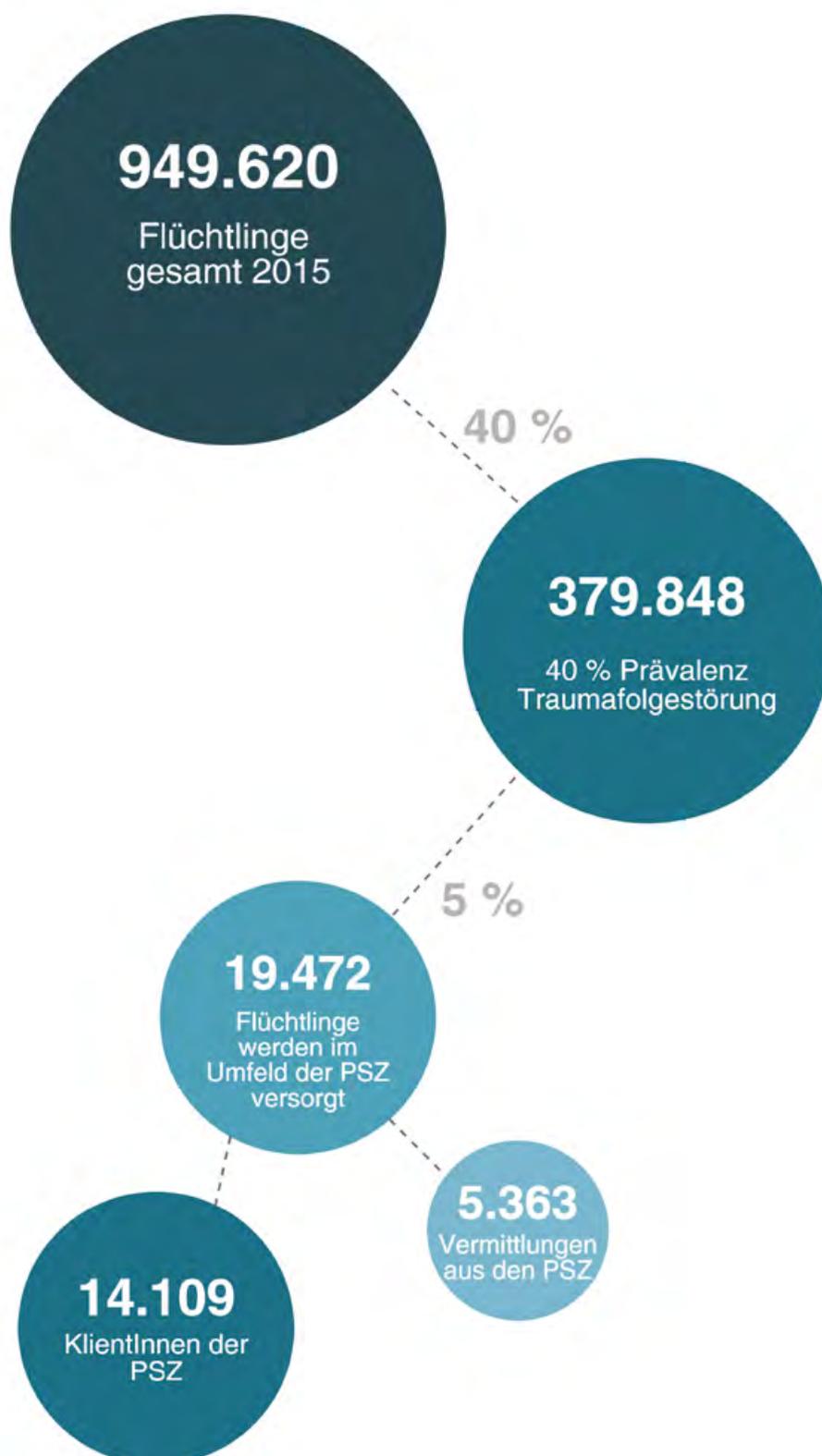
Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten

Weil das Gesundheitssystem für Geflüchtete nach wie vor nur begrenzt zugänglich ist, erfolgt die psychosoziale Versorgung dieser Zielgruppe in vielen Regionen noch immer zum größten Teil in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und ihren Netzwerken. Der Frage, ob die Angebote in den Zentren und ihrem Umfeld ausreichend sind, um den Bedarf psychisch belasteter Geflüchteter zu decken, kann sich zum aktuellen Zeitpunkt nur angenähert werden. Bislang ist es der Versorgungsforschung auch für die Allgemeinbevölkerung noch nicht möglich, die Frage zu beantworten, inwieweit Menschen, die psychisch erkrankt sind, in Deutschland ausreichend versorgt werden können. Es fehlt eine zuverlässige Datengrundlage, die es ermöglicht, die aktuell vorhandenen Behandlungskapazitäten der geschätzten Anzahl behandlungsbedürftiger bzw. behandlungswilliger Personen gegenüberzustellen – nur so könnten Aussagen zur Über- bzw. Unterversorgung psychisch erkrankter Menschen getroffen werden (Schulz et al., 2011).

Auch eine allgemeingültige Definition dessen, was als „Behandlungsbedarf“ zu verstehen ist, existiert bislang nicht (Jacobi & Harfst, 2011), etwa weil nicht alle Menschen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt die Diagnosekriterien ei-

ner psychischen Störung erfüllen, auch eine Behandlung in Anspruch nehmen möchten. Doch jede Diagnose nach ICD oder DSM, kann sie auch nicht direkt mit einem *spezifischen* Behandlungsbedarf gleichgesetzt werden, impliziert den Bedarf an einer Intervention – sei es eine weitergehende Beobachtung, Diagnostik und Beratung oder aber eine spezifische psychiatrische, psychologische, soziale oder medikamentöse Behandlung (Mack et al., 2014). Im Idealfall sollte also die *Mehrheit* der psychisch erkrankten Menschen in irgendeiner Form Kontakt mit dem Gesundheitssystem gehabt haben.

Im Folgenden wird ausgehend von der Versorgungskapazität, wie sie für die 32 Zentren und ihre Vermittlungsstrukturen beschrieben wurde, dargestellt, welcher Anteil des aufgrund der aktuellen Studienlage geschätzten Versorgungsbedarfs psychisch erkrankter Geflüchteter durch die Angebote der AkteurInnen abgedeckt werden kann (*Abschätzung des Versorgungsgrades*) und wie sich die Wartelistensysteme (*Wartelisten in den Psychosozialen Zentren*) und die Anzahl der von den Zentren abgelehnten Personen (*Umstrukturierung der Aufnahmesysteme und Aufnahmestopps*) als Indikatoren einer unzureichenden Verfügbarkeit im letzten Jahr entwickelt haben.



Abschätzung des Versorgungsgrades

Für die Population der geflüchteten Menschen in Deutschland ist davon auszugehen, dass etwa 30 bis 50% der Geflüchteten die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen (Gäbel et al., 2006; Richter, Lehfeld, & Niklewski, 2015; Flatten et al., 2011). Nach Angaben des Ausländerzentralregisters lebten Ende 2015 etwa 950.000 Geflüchtete in Deutschland (Hohlfeld, 2016) – die Anzahl der psychisch erkrankten Geflüchteten läge damit bei einem angenommenen Anteil von etwa 40% bei rund 380.000 Personen.

250.662	anerkannte Flüchtlinge (Asyl, GFK)
49.814	subsidiär
62.000	Bleiberecht
81.000	humanitärer Aufenthalt
350.644	Asylsuchende
155.500	Geduldete
949.620	Flüchtlinge gesamt 2015
379.848	40% Prävalenz Traumafolgestörung

Zur Information sei hier angemerkt, dass nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) auch in der Allgemeinbevölkerung der BRD die 12-Monatsprävalenz für eine psychische Störung bei 28% liegt, d.h. bei 17,8 Millionen Betroffenen (Jacobi et al., 2014). Jeder vierte Erwachsene in Deutschland leidet also im Zeitraum eines Jahres unter mindestens einer psychischen Störung. In Anbetracht der biographischen und aktuellen Belastungen sowie der traumatischen Ereignisse, die Geflüchtete oft erlebt haben, erscheinen 12 bis 22% höhere Prävalenzen für diese Population durchaus plausibel.

Die Psychosozialen Zentren versorgten im Jahr 2015 etwa 14.100 KlientInnen und sie konnten etwa 5.400 KlientInnen an weitere AkteureInnen vermitteln. **Insgesamt konnten damit 2015 im Umfeld der Psychosozialen Zentren lediglich 5% der psychisch erkrankten Geflüchteten in Deutschland versorgt werden.** Dieser Anteil liegt deutlich unter den Schätzungen, die für den Versorgungsgrad psychisch erkrankter Menschen in der Allgemeinbevölkerung angenommen werden.³⁰

379.848	40% Prävalenz Traumafolgestörung
14.109	KlientInnen der PSZ
5.363	Vermittlungen aus den PSZ
= 19.472	im Umfeld der PSZ versorgte KlientInnen
= 5%	der 379.848 psychisch erkrankten Geflüchteten

Selbst wenn nun sehr konservativ geschätzt davon ausgegangen würde, dass lediglich ein Drittel der psychisch erkrankten Geflüchteten auch tatsächlich eine Behandlung in Anspruch nehmen wollen würde (d.h. in etwa 127.000 Personen), dann bliebe nach wie vor ein Anteil von **85% des Versorgungsbedarfs, auf den nicht im Umfeld der Psychosozialen Zentren reagiert werden kann.** Wie hoch der Anteil ist, der unabhängig von den Psychosozialen Zentren und den kooperierenden Einrichtungen und Personen ihres Umfeldes übernommen werden kann, ist nicht bekannt. Die Leistungsträger erheben hierzu keine Routinedaten und es gibt bislang keine wissenschaftlichen Erhebungen zur Versorgung von Geflüchteten in der Regelversorgung. Aufgrund der zahlreichen Barrieren, die Geflüchtete im Zugang zum Regelsystem überwinden müssen (vgl. *Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen*), ist jedoch davon auszugehen, dass auch dieser Anteil das Verhältnis nur geringfügig verschieben kann.

126.616	1/3 der Geflüchteten mit einer Traumafolgestörung
14.109	KlientInnen der PSZ
5.363	Vermittlungen aus den PSZ
19.472	im Umfeld der PSZ versorgte KlientInnen
= 15%	der 126.616 erkrankten Geflüchteten, die ggf. eine Behandlung in Anspruch nehmen möchten

³⁰ In der Allgemeinbevölkerung schwanken die Daten zur Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten durch psychisch erkrankte Menschen stark. Einige AutorInnen sprechen von einem Anteil von 25 bis 30% der psychisch erkrankten Erwachsenen in Deutschland, der mit fachspezifischen Leistungen versorgt wird (Nübling u. a., 2014). Nach den Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) hatten in der Gesamtpopulation der Menschen, die innerhalb eines Jahres die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllten, zwar nur etwa 19% Kontakt zum Gesundheitssystem – hier zeigte sich jedoch ein starker Einfluss der Diagnose und der Komorbidität: So waren etwa unter den Personen mit einer Angststörung zwischen 42 und 48% an das Versorgungssystem angebunden (Mack et al., 2014).

Wartelisten in den Psychosozialen Zentren



Es gibt jetzt so viele Geflüchtete hier, die auch eine Behandlung bräuchten. Das können wir überhaupt nicht abdecken. Manchmal gibt es Tage, da kommen fünf, sechs Anmeldungen. Ich meine: Wir können nicht einmal pro Monat fünf, sechs neue KlientInnen aufnehmen. Es ist ohnehin schon seit Jahren frustrierend, für mich persönlich als Therapeut, so viele Menschen unbehandelt zu sehen. Ob sie nun über zehn Jahre lang im Heim versauern und danach völlig kaputt sind, falsche Hoffnungen haben oder eben dann auch gar keine mehr... Man muss das politisch anders regeln.

Psychotherapeutin in einem PSZ

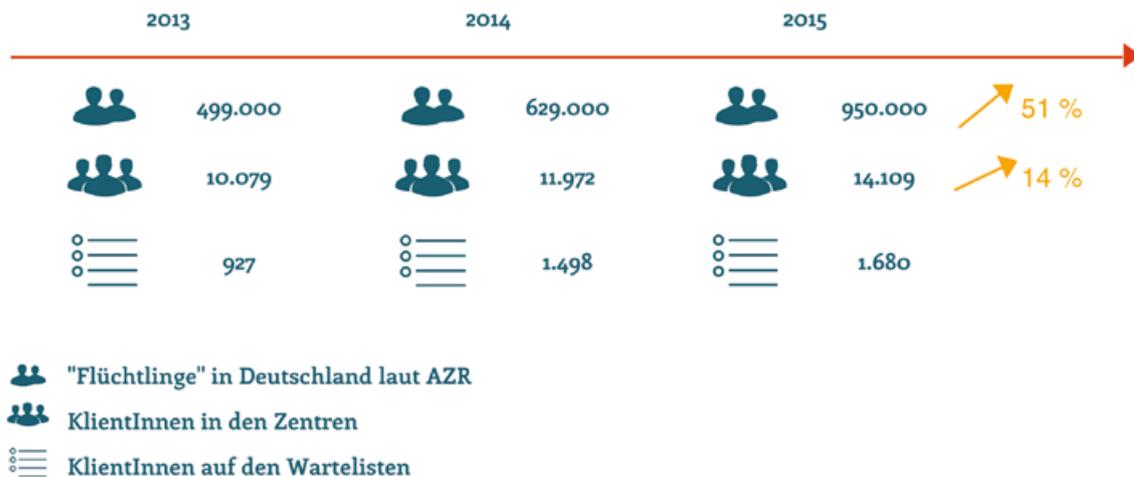
Die Ergebnisse dieser Schätzungen zur Versorgungsrate bei psychisch erkrankten Geflüchteten spiegeln sich im Jahr 2015 sehr deutlich auch in der konkreten Versorgungsrealität der Psychosozialen Zentren wider. Kaum ein Zentrum konnte der hohen Anzahl Hilfe suchender KlientInnen unmittelbar und in ausreichendem Maße nachkommen. Fast alle Zentren organisieren die Aufnahme von KlientInnen über ein Wartelistensystem – zum Teil mit sehr langen Wartezeiten. Viele Einrichtungen nehmen nur noch zu bestimmten Zeiten im Jahr KlientInnen auf und auch Aufnahmestopps sind in den Psychosozialen Zentren keine Seltenheit mehr.

Insgesamt standen in den 32 Psychosozialen Zentren während eines durchschnittlichen Monats fast 1.700 Geflüchtete auf den Wartelisten. Die Anzahl der KlientInnen auf der Warteliste eines Zentrums variiert stark. Während in einigen Zentren in einem durchschnittlichen Monat bis zu 200 Geflüchtete auf den Wartelisten stehen, haben andere das Wartelistensystem als solches vollständig abgeschafft. Im Durchschnitt stehen jeden Monat 53 Geflüchtete auf der Warteliste eines Zentrums.

Nach der Kontaktaufnahme mit einem Psychosozialen Zentrum vergehen in der Regel 6 Monate bis die betroffene Person einen Therapieplatz erhält. In etwa 13 % der Psychosozialen Zentren warten Geflüchtete jedoch zwischen 9 und 20 Monaten, bevor sie eine Psychotherapie beginnen können.

Die Länge der Wartelisten wird von den meisten Zentren aus ethischen Gründen begrenzt. Daher stellt sie keinen guten Indikator für den tatsächlichen Versorgungsbedarf dar. Dies spiegelt sich u.a. auch darin wider, dass sich die Anzahl der Geflüchteten auf den Wartelisten in den letzten 3 Jahren kaum verändert hat – obwohl sich die Anzahl der Geflüchteten, die in Deutschland leben, in diesem Zeitraum fast verdoppelt hat und darauf bislang nur unzureichend mit einem Ausbau der Versorgungskapazitäten bzw. einer Öffnung der Versorgungsstrukturen reagiert wurde. So hat sich die Anzahl der laut Daten des Ausländerzentralregisters in Deutschland lebenden Geflüchteten von 2014 (629.000) bis Ende 2015 (950.000) um 51 % erhöht, während die Anzahl der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren nur um etwa 18 % gestiegen ist.

Insgesamt standen in den 32 Psychosozialen Zentren während eines durchschnittlichen Monats fast 1.700 Geflüchtete auf den Wartelisten.



Die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren sind im letzten Jahr um etwa einen Monat von 7,2 auf 6,3 Monate gesunken – dieser Effekt könnte u.a. auf die Abschaffung der Wartelisten durch einige der Zentren sowie die Neugründung von Einrichtungen, die ihre Arbeit in der Regel zunächst noch ohne Warteliste aufgenommen hatten, zurückzuführen sein. Ein Blick auf die extremen Werte im Spektrum der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf zeigt, dass es hier deutliche Verschiebungen gab: Während die Wartezeiten in den PSZ noch im

Jahr 2014 zwischen mindestens drei Monaten und maximal einem Jahr lagen – also keines der Zentren in der Lage war, KlientInnen direkt in ihre therapeutischen Behandlungsprogramme aufzunehmen, zeigte sich Ende 2015 ein anderes Bild: Einige der Zentren hatten offenbar Aufnahmesysteme entwickelt, die eine Aufnahme von KlientInnen innerhalb sehr kurzer Zeit ermöglichte; in anderen Einrichtungen wiederum hat sich der Aufnahmestau anscheinend derart dramatisch zugespitzt, dass KlientInnen erst nach 20 Monaten Wartezeit einen Therapieplatz erhalten.

	KlientInnen auf der Warteliste 2013	KlientInnen auf der Warteliste 2014	KlientInnen auf der Warteliste 2015	Ø Wartezeit auf Therapieplatz 2013	Ø Wartezeit auf Therapieplatz 2014	Ø Wartezeit auf Therapieplatz 2015
Σ	927	1.498	1.680			
\bar{x}	40	54	53	6,7 Monate	7,2 Monate	6,3 Monate
Min	30	0	0	2,5 Monate	3 Monate	1 Monat
Max	163	200	200	13 Monate	12 Monate	20 Monate

Tab 29: KlientInnen auf der Warteliste 2013-2015

Selektionseffekte

Zur relativen Konstanz der Anzahl an KlientInnen auf den Wartelisten in den Zentren trägt u.a. auch bei, dass sich die Mehrheit der Hilfe suchenden Geflüchteten nicht selbst als KlientIn in den Psychosozialen Zentren anmeldet. In der Regel erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Zentrum durch MitarbeiterInnen der Unterkünfte, durch Ehrenamtliche, Angehörige/ Bekannte, sonstige AkteurInnen (v.a. weitere Flüchtlingssozialberatungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen sowie Jugend-, Gesundheits- und Sozialämter) sowie durch RechtsanwältInnen. Eher selten melden sich die KlientInnen selbst oder werden durch Kli-

niken, HausärztInnen oder PsychiaterInnen vermittelt. Fast nie werden KlientInnen durch weitere FachärztInnen oder gar niedergelassene PsychotherapeutInnen angemeldet. In Regionen, in denen die angespannte Aufnahmesituation der Zentren bereits bekannt ist, führt dies häufig dazu, dass entsprechende „Schlüsselpersonen“ wissen, dass nur noch diejenigen KlientInnen aufgenommen werden, die einen sehr hohen Leidensdruck haben. Alle Personen, die in irgendeiner Form durch andere Interventionen stabilisiert werden können, oder die als anerkannte Flüchtlinge bereits eine Versicherungskarte und damit theoretisch auch Zugang



(Foto von Tomasz Janusz Szerepieta, CCO / stock.tokapic.com)

zum Regelsystem haben, werden häufig gar nicht mehr angemeldet, weil eine Aufnahme aussichtslos erscheint. Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Personen auf

den Wartelisten der Psychosozialen Zentren ohne die beschriebenen Selektionseffekte deutlich höher wäre.

Umstrukturierung der Aufnahmesysteme und Aufnahmestopps

Bereits in den Vorjahren hatte sich die Aufnahmesituation in einigen der Psychosozialen Zentren immer wieder krisenhaft zugespitzt. Von vielen Zentren konnten auch auf lange Sicht unmöglich alle Wartenden aufgenommen werden. Auch im Jahr 2015 gab wieder etwa ein Drittel der Psychosozialen Zentren an, dass „Aufnahmestopps“ verhängt werden mussten, damit die Einrichtung arbeitsfähig bleibt.

Aufgrund des steigenden Andrangs hatten viele Zentren bereits im Vorjahr angefangen, ihre Wartelistensysteme und Aufnahmeverfahren umzustrukturieren. So nehmen einige Zentren nur noch innerhalb bestimmter Zeitfenster (z.B. zwei Mal jährlich) KlientInnen auf. In einigen Einrichtungen wurden die Wartelisten vollständig abgeschafft und die Aufnahme in die Psychotherapie nach einem Erstgespräch/Clearingverfahren und ggf. anschließender Kurzintervention bei Bedarf und freien Plätzen organisiert.

Zum Teil musste aufgrund der enormen Nachfrage in Einrichtungen mit ohnehin sehr großem Einzugsbereich der Anteil der Einzeltermine für KlientInnen reduziert werden. Stattdessen wurden MultiplikatorInnen dazu beraten, wie Angebote außerhalb des Zentrums (i.d.R. in der Regelversorgung) genutzt werden können.

Im Jahr 2015 hatten darüber hinaus etwa 24 % der Zentren Sprechstundensysteme eingeführt, die es ermöglichen, Personen, die hochbelastet sind und dringend kurzfristigen Unterstützungsbedarf haben, zwar nicht auf regulärem Wege in das Behandlungs- und Betreuungsprogramm der Organisation aufzunehmen, ihnen aber über die Sprechstunden-/ Notfallkonsultation zumindest kurzfristig niedrigschwellige Hilfeleistungen anbieten zu können. Einige Einrichtungen haben die „offene Sprechstunde“ auch als Bestandteil des Clearingverfahrens etabliert.

	Ablehnungen pro Jahr/ Beratung	Ablehnungen pro Jahr/ Therapie	Ablehnungen pro Jahr/ Sonstiges	Σ Ablehnungen / Jahr bundesweit
Σ	1.639	3.517	430	5.587
\bar{x}	51	110	13	175
\tilde{X}	0	72	0	96
Min	0	0	0	
Max	360	840	120	

Tab 30: Ablehnungsquoten pro Jahr bei Beratung, Therapie, Sonstigem

Ablehnungen von Behandlungs- und Betreuungsanfragen

Nicht alle Geflüchtete, die in den Psychosozialen Zentren Unterstützung suchen, werden auch tatsächlich auf die Wartelisten bzw. in die Behandlungs- und Betreuungsprogramme der Einrichtungen aufgenommen. Immer wieder müssen auch Anfragen von Hilfe suchenden Geflüchteten ganz abgewiesen werden. Diese Menschen werden auch nicht auf die Warteliste gesetzt, sondern können i.d.R. allenfalls auf möglicherweise vorhandene weitere Anlaufstellen verwiesen werden.

Über das Jahr hinweg wurden von jedem der 32 Zentren etwa 175 KlientInnen gänzlich abgelehnt, davon etwa 110 Geflüchtete, die um einen Therapieplatz anfragten. Insgesamt konnten damit im Jahr 2015 mindestens 5.500 Geflüchtete, die Hilfe in den Psychosozialen suchten, nicht versorgt werden. Allein im Bereich Psychotherapie mussten 2015 bundesweit 40% mehr Geflüchtete abgelehnt werden (insgesamt ca. 3.500 Ablehnungen), als in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen werden konnten (insgesamt 2.100 neu aufgenommene Therapie-KlientInnen).

Fast zwei Drittel der Ablehnungen gehen dabei allein auf das Konto der Großstädte. Allein in diesen 6 (von 32) Großstadt-Zentren finden sich 63% der Ablehnungen bundesweit: Der Mittelwert in diesen Regionen erhöht sich gemessen am Bundesdurchschnitt um das Dreifache auf etwa 50 KlientInnen pro Monat, die jeweils von den Einrichtungen abgelehnt werden müssen. Während die Anzahl der Ablehnungen bundesweit insgesamt nach einem dramatischen Anstieg im Jahr 2014 wieder ein wenig zurückgegangen ist, haben sich in einigen dieser Großstädte die Ablehnungen im letzten Jahr nahezu verdoppelt.

Die Anzahl der von den Zentren abgelehnten Personen spiegelt nicht nur wider, wer nicht von den Psychosozialen Zentren versorgt werden kann, sondern in der Regel auch, wer nicht an andere AkteureInnen weitervermittelt werden konnte. Alle Psychosozialen Zentren verstehen auch Kooperations- und Vermittlungsarbeit mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen/ÄrztInnen bzw. anderen Einrichtungen als eine wichtige ihrer Aufgaben. Das heißt, die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die hier als abgelehnte KlientInnen erfasst wurde, bildet nur diejenigen ab, für die auch außerhalb des Psychosozialen Zentrums kein alternatives Versorgungsangebot gefunden werden konnte.



Da unsere Kapazitäten erschöpft waren und unsere Förderung sich nicht nahtlos fortsetzte, waren wir in diesem Jahr erstmals gezwungen, Personen ganz abzuweisen zu müssen. Teilweise mussten aufgrund der schwierigen Situation auch laufende Beratungsprozesse unterbrochen werden.

Sozialarbeiterin in einem PSZ

2015 mussten im Bereich Psychotherapie bundesweit
bundesweit **40 %** mehr Geflüchtete abgelehnt werden



**als in die Behandlungsprogramme
der Zentren aufgenommen werden konnten.**

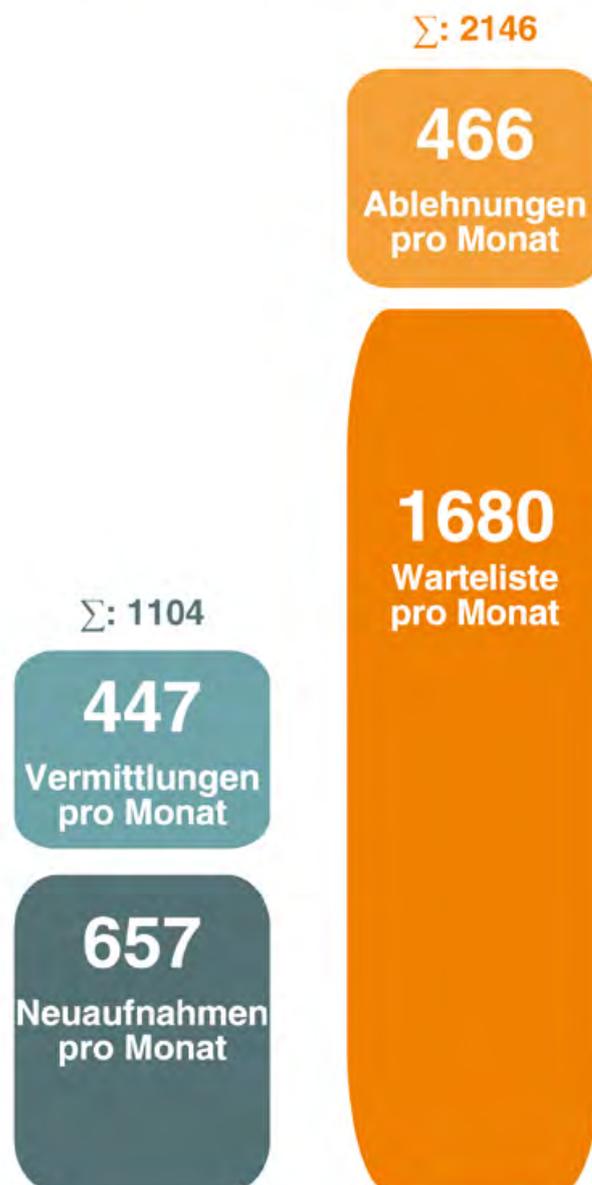
Fazit

Insgesamt zeichnet sich in den Psychosozialen Zentren auch für das Jahr 2015 eine enorme Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage ab: Jeden Monat können bundesweit weit über 2.000 Geflüchtete, die psychosoziale Unterstützung suchen, nicht versorgt werden. Damit

ist der Anteil der Geflüchteten, die jeden Monat nicht versorgt werden können, etwa doppelt so hoch wie die Anzahl derjenigen, die in die Angebote der Psychosozialen Zentren und ihren Netzwerken als KlientInnen aufgenommen werden können.

Versorgungsdefizite

Zum Verhältnis von Versorgungsbedarf und Versorgungskapazität in den 32 Psychosozialen Zentren



Erreichbarkeit der Versorgungsangebote

In der überwiegenden Mehrzahl sind die Psychosozialen Zentren in ihrer Region jeweils die einzigen Einrichtungen, an die Geflüchtete sich wenden können, wenn sie psychosoziale Unterstützung benötigen. Entsprechend reisen KlientInnen oft aus allen Teilen der jeweiligen Bundesländer an und nehmen vor allem in Flächenländern oft mehrstündige und damit auch teure Anfahrtswege in Kauf.

Im Durchschnitt beträgt das Einzugsgebiet eines Psychosozialen Zentrums etwa 130 Kilometer. In etwa 2/3 der Zentren (61 %) beträgt das Einzugsgebiet über 100 km. 21 % der Zentren betreuen jedoch KlientInnen, die für ihre Psychotherapie regelmäßig Anfahrtswege von über 200 km, in Einzelfällen gar bis zu 420 Kilometern zurücklegen.

\bar{x}	133 km
\check{x}	100 km
Min	20 km
Max	420 km



**ZUSAMMENFASSUNG
UND AUSBLICK:**

**WO DIE POLITIK
HANDELN MUSS**

Die Ergebnisse der nunmehr zum dritten Mal aktualisierten Datenerhebung zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren zeigen, dass die Nachfrage nach Behandlungs- und Betreuungsplätzen in den Psychosozialen Zentren ungebrochen hoch ist. Zunächst spricht der enorme Andrang in den Zentren dafür, dass das multiprofessionelle, flexible und ganzheitliche Angebot der Zentren gut angenommen wird und auf den Bedarf der KlientInnen eingehen kann. Doch er zeigt zugleich, dass es außerhalb der PSZ kaum weitere Versorgungsstrukturen gibt, in denen Geflüchtete Zugang zu bedarfsgerechten Behandlungsangeboten finden könnten.

Schwachstellen der Versorgung – die Perspektive der Bundesregierung

Die Erfahrungen der 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zeigen, dass die *Zugänglichkeit* bedarfsgerechter gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung für Geflüchtete auf struktureller Ebene nach wie vor stark begrenzt wird. Noch immer werden Geflüchtete im Zugang zum Gesundheitssystem durch das Asylbewerberleistungsgesetz systematisch schlechter gestellt. In den ersten 15 Monaten bleiben ihnen wichtige Teile der gesundheitlichen Versorgung vorenthalten, die das SGB V für deutsche PatientInnen als notwendige Leistungsansprüche definiert. Auch die stellenweise Einführung elektronischer Gesundheitskarten ändert daran strukturell nichts – der eingeschränkte Leistungsanspruch nach dem AsylbLG bleibt bestehen. Die Verfahrenserleichterungen durch die Gesundheitskarte sind zwar sehr zu begrüßen: Sie ermöglichen es Geflüchteten, im Krankheitsfall direkt einen Arzt oder eine Ärztin aufzusuchen, ohne dass sie sich im Vorfeld bei den Sozialbehörden einen Behandlungsbedarf bescheinigen lassen müssen. Aber der Bund hat den Ländern freigestellt, ob und in welcher Form sie elektronische Gesundheitskarten für Asylsuchende einführen. Wo diese Möglichkeit also letztlich genutzt wird und welche Versorgungsangebote dadurch für erkrankte Geflüchtete tatsächlich zugänglich werden, ist deshalb nach wie vor Verhandlungssache. In Zeiten überhitzter öffentlicher Debatten und überforderter Verwaltungsapparate eröffnet sich damit großer Spielraum. Spielraum, der zulässt, dass das Menschenrecht auf Gesundheit immer wieder zugunsten migrationspolitischer Interessen relativiert wird.

Auf die defizitären Versorgungsstrukturen im psychosozialen Bereich haben sich die mit der Gesundheitskarte verbundenen Erleichterungen bislang kaum ausgewirkt. Das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren wird nach wie vor zu 97% außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems finanziert. Der Anteil der durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger finanzierten Psychotherapien ist noch immer verschwindend gering.

Inwieweit die BRD unter diesen Umständen den völker- und europarechtlichen Verpflichtungen nachkommen kann, Leistungen der Gesundheitsversorgung für jeden und jede verfügbar, zugänglich, annehmbar und qualitativ ausreichend bereitzustellen, steht im Fokus dieses letzten Kapitels: Es fasst die Ergebnisse der Erhebung zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zusammen, kontrastiert sie mit aktuellen Positionen der Bundesregierung und steckt den Handlungsbedarf ab, der sich vor diesem Hintergrund abzeichnet.

Nur 8% aller in den Zentren durchgeführten Psychotherapien können über die Sozialbehörden, die Krankenkassen oder die Jugendämter abgerechnet werden.

Außerhalb der Psychosozialen Zentren finden Geflüchtete angesichts der hohen strukturellen Barrieren nur sehr schwer einen Behandlungsplatz. Die Anzahl der Vermittlungen aus den Zentren in die gesundheitliche Regelversorgung hat sich im Jahr 2015 nicht bedeutsam erhöht. Absolut ist die Anzahl der Personen, die von den Zentren an weitere AkteurInnen vermittelt werden konnten, im letzten Jahr zwar um 13% gestiegen. Im Verhältnis aber bleibt der Anstieg der Vermittlungszahlen hinter dem Anstieg der Anzahl der KlientInnenzahl *innerhalb* der Zentren zurück. Ein durchschnittliches Zentrum kann pro Jahr noch immer nur 15 KlientInnen in eine ambulante Psychotherapie und etwa 16 KlientInnen in ein stationäres Angebot – hier meist nur kurzfristig zur Krisenintervention – vermitteln. Zwar ist die Bereitschaft, Geflüchtete zu behandeln, im Umfeld der PSZ deutlich gestiegen. Bislang spiegelt sich dies jedoch vor allem in einer erhöhten Zahl an „Teilvermittlungen“ wider – d.h. KlientInnen werden an PsychotherapeutInnen vermittelt, bleiben aber dennoch für die soziale Beratung oder weitere multimodale Angebote an die Zentren angebunden. Diese schrittweise Öffnung des Regelsystems ist ein wichtiger Fortschritt, aus dem sich künftig nachhaltige Kooperationsstrukturen entwickeln müssen.

Denn nach wie vor wird ein Großteil der psychisch erkrankten Geflüchteten – wenn überhaupt – innerhalb einer Parallelstruktur versorgt, die den fehlenden Zugang zum Versorgungssystem kompensiert. Eine diskriminierungsfreie Zugänglichkeit der Versorgungssysteme, wie sie beispielsweise der UN-Sozialpakt fordert, ist nicht gegeben. Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen wie die BAFF sowie die Oppositionsparteien im Bundestag fordern die Bundesregierung vor diesem Hintergrund regelmäßig dazu auf, strukturellen Barrieren durch eine gleichberechtigte,



bundeseinheitliche Regelung des Zugangs zum Gesundheitssystem für alle Flüchtlingsgruppen zu begegnen. Eine Minimalforderung vieler Verbände ist dabei, zumindest die Ansprüche, die Asylsuchenden auf Grundlage der EU-Aufnahmerichtlinie zustehen, endlich in nationales Recht umzusetzen: Gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie müssen besonders vulnerable Asylsuchende, wie es z.B. Opfer schwerer Gewalt oder auch psychisch erkrankte Personen sind, als solche identifiziert und angemessen medizinisch und psychosozial versorgt werden. Die Frist für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht ist seit nunmehr 1,5 Jahren (seit Juli 2015) abgelaufen.

Hinsichtlich der Einschätzung der Versorgungssituation von Geflüchteten und geplanter Maßnahmen zur Sicherstellung einer menschenrechtskonformen Versorgung hält sich die Bundesregierung bedeckt: eine angemessene Versorgung Geflüchteter sei bereits unter den aktuellen Rahmenbedingungen sichergestellt (vgl. BT-Drs. 18/9009, 2016). Ein Konzept zur bedarfsgerechten Identifizierung und Versorgung von Geflüchteten ist dabei jedoch für die meisten Versorgungsbereiche noch nicht erkennbar. Dafür sieht sich der Bund auch nicht in der Verantwortung – zuständig seien nach Auffassung der Bundesregierung vor allem die Länder.

Wie zugänglich ist das Gesundheitssystem?

Die Bundesregierung hat im Juli 2016 auf eine Kleine Anfrage zur „Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie“ (BT-Drs. 18/9009, 2016) geantwortet. Darin bezog sie auch Stellung zu den Versorgungsdefiziten, die aus den in den Zentren erhobenen Daten hervorgehen.

Nach Auffassung der Bundesregierung sind im Moment keine grundsätzlichen strukturellen Veränderungen notwendig, um die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für Geflüchtete zu verbessern. Mit dem Asylbewer-

berleistungsgesetz, dem SGB II und dem SGB XII sei es bereits jetzt möglich, eine angemessene Versorgung zu gewährleisten (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.3).

Wird die Bundesregierung um eine Einschätzung dazu gebeten, inwieweit sie angesichts der aktuellen Situation eine flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für notwendig hält, dann verweist sie zunächst lediglich darauf, dass ihr noch keine konkreten Daten zu den finanziellen Auswirkungen vorliegen würden. Diese Einschätzung überrascht. So gibt es inzwischen Studien (Bozorgmehr & Razum, 2015), die auf Grundlage repräsen-

tativer Daten des statistischen Bundesamtes belegen, dass das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG insgesamt viel kostenintensiver ist, als eine Versorgung von Geflüchteten ohne bürokratische Hürden und auf dem Niveau gesetzlicher Krankenversicherungen. Die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für die begrenzte gesundheitliche Versorgung Asylsuchender waren in den letzten beiden Jahrzehnten (1994 bis 2013) etwa 40% höher als bei Geflüchteten, die schon für GKV-Leistungen berechtigt waren.

Wenn auch ohne Bezug zu diesen Erhebungen, wendet schließlich auch die Bundesregierung ein, dass Berichte aus der Praxis dafür sprechen, dass die elektronische Gesundheitskarte gegenüber der Ausgabe von Behandlungsscheinen „zu einer erheblichen bürokratischen und finanziellen Entlastung für die Behörden“ führe (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.6). Diese vorsichtige Einschätzung ist zunächst sehr zu begrüßen. Sie legt den Schluss nahe, dass eine bundeseinheitliche Regelversorgung für alle Asylsuchenden bundesweit zu mehr Rechtssicherheit und Klarheit in der Verwaltungspraxis und zu einem unbürokratischeren, transparenteren Zugang zum Versorgungssystem für die

Betroffenen führen würde. Zu unserem Bedauern zieht die Bundesregierung diese Schlussfolgerung aber nicht. Doch die Bundesregierung leitet daraus aber keine Verantwortung für eine einheitliche Regelung der Rahmenbedingungen ab. Die Zuständigkeit dafür liege alleine bei den Ländern (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.8). Damit bleibt zu befürchten, dass sich an der unübersichtlichen, fragmentierten Situation kaum etwas ändert und dass auch weiterhin nur wenige Länder die Möglichkeiten zur Einführung der Gesundheitskarte zu Gunsten der Betroffenen nutzen werden. Dieser Zustand ist ethisch, menschenrechtlich und auch ökonomisch nicht haltbar.

Die Bundesregierung muss Geflüchteten einen gleichberechtigten Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems gewährleisten. Die BAfF fordert die Bundesregierung auf, das Menschenrecht auf Gesundheit vor migrationspolitischen Relativierungen zu schützen und alle Geflüchtete bundesweit unabhängig vom Aufenthaltsstatus ab dem ersten Tag ihrer Einreise mit einer vollwertigen Krankenversicherungskarte auszustatten.

Wie zugänglich sind psychosoziale Angebote?

Auch im psychosozialen Bereich hält die Bundesregierung die aktuell vorhandenen Strukturen und Versorgungsangebote für ausreichend, um dem Bedarf gesundheitlich belasteter Geflüchteter Rechnung zu tragen.

Nach Auffassung der Bundesregierung existieren bislang keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Geflüchteten (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.17). Dem kann mit Blick auf die Studienlage (vgl. *Versorgungsbedarf*) nur in Teilen zugestimmt werden. Tatsächlich fehlt es für das Versorgungsgebiet der Bundesrepublik an einer umfassenden, soliden Datenbasis. Dieses Defizit jedoch hat die Bundesregierung zu großen Teilen selbst zu verantworten. Die BAfF und andere Fachverbände kritisieren seit Jahrzehnten, dass es zum einen bislang kein Interesse daran gab, Forschungsvorhaben zur psychosozialen Gesundheit von Geflüchteten zu fördern. Zum anderen gibt es zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Asylsuchenden keinerlei „Routinestatistiken“³¹ (Bozorgmehr et al., 2016). Nach wie vor bleibt vollkommen unklar, wie viele Geflüchtete mit einer psychischen Störung z.B. Psychotherapien erhalten haben, die über die Sozialbehörden nach dem AsylbLG abgerechnet wurden. In der Antwort der Bundesregierung finden sich keinerlei Hinweise auf Bemühungen, die Abrechnungsdaten der Leistungsträger systematisch zu evaluieren.

Wenn die Bundesregierung ein Interesse an aktuellen Daten zur Versorgungssituation hat, dann muss sie Ressourcen für Forschungsvorhaben zur Verfügung stellen, die Daten zum Versorgungsbedarf und den Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten für Geflüchtete erheben. Sie muss die zuständigen Leistungsträger aufzufordern, systematisch Routinedaten zusammenzustellen, die zur Evaluation zugänglich sind und für Versorgungsforschung, Politik und Öffentlichkeit genutzt werden können. Solange dieser Aufgabe nicht nachgekommen wird, ist ein Verweis darauf unzulässig, dass es keine Daten gäbe, keine Aussagen zum Bedarf und keine Angebote konzipiert werden könnten.

Im internationalen Kontext (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009) wie auch durch die für Deutschland existierenden empirischen Studien (vgl. Bozorgmehr et al., 2016) ist belegt, dass Flüchtlinge und Asylsuchende häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als die Allgemeinbevölkerung. Sie haben aufgrund der hohen verfolgungs- und fluchtspezifischen Belastungen ein stark erhöhtes Risiko zu erkranken und sind deshalb eine besonders vulnerable und damit schutzbedürftige Gruppe. Es besteht Konsens darüber, dass daraus ein besonderer Bedarf für zielgruppenspezifische Angebote folgt.

³¹ Als Routinedaten bezeichnet man im Gesundheitswesen Informationen, die primär z.B. zu Zwecken der Abrechnung mit den Leistungserbringern erhoben, dann aber als Sekundärdaten z.B. für die Versorgungsforschung genutzt werden können. Von Interesse sind dabei v.a. Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), aber auch aus der amtlichen Statistik (z. B. Statistiken zu Krankenhausdiagnosen) und für die PatientInnengruppe der Geflüchteten auch die der Sozialbehörden, über die Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet werden.

Grundsätzlich erkennt auch die Bundesregierung an, dass für traumatisierte Geflüchtete insbesondere vor dem Hintergrund der gestiegenen Flüchtlingszahlen im letzten Jahr auch ein gesteigener Versorgungsbedarf besteht bzw. zumindest bis vor kurzem bestand. Das begrüßen wir sehr. Nach Auffassung der Bundesregierung wurde auf diesen

gestiegenen Bedarf jedoch von Seiten des Bundes bereits hinreichend reagiert. Die Versorgung sei nun sichergestellt: von der frühzeitigen Identifizierung der besonderen Schutz- und Unterstützungsbedarfe über die Vermittlung bis hin zur Behandlung und Betreuung.

Frühe Identifizierung besonders vulnerabler Geflüchteter

Durch die EU-Aufnahmerichtlinie ist die BRD verpflichtet, zu prüfen, ob Menschen, die in Deutschland einen Asylantrag stellen, besondere Bedürfnisse haben, aus denen sich für die Aufnahme hier in Deutschland Ansprüche auf besondere Unterstützung ergeben. Diese Feststellung muss so schnell wie möglich erfolgen, aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt möglich sein³². Psychisch erkrankte und/oder traumatisierte Geflüchtete gehören dabei zu den am schwierigsten zu identifizierenden Gruppen. Psychische Störungen bleiben oft unerkannt, unbehandelt und beeinträchtigen Geflüchtete u.a. auch bei der Durchführung ihres Asylverfahrens. Die Bundesregierung jedoch sieht hier keine Defizite. Nach ihrer Auffassung kann die Diagnostik psychischer Belastungen u.U. bereits „in einem sehr frühen Stadium nach Ankunft im Rahmen der Erstuntersuchung“ (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.4) erfolgen. Die Therapie „erfolgt dann bei speziellen Ärzten oder in speziellen Behandlungszentren“ (ebd.). Auch könnten die Erstaufnahmeeinrichtungen entsprechende Daten an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) übermitteln, das entsprechende Hinweise dann wiederum bei der Anhörung im Asylverfahren berücksichtigen würde. Lagen bei Asylsuchenden Hinweise z.B. auf eine Traumatisierung vor, dann würden spezielle Sonderbeauftragte als AnhörerInnen eingeschaltet, die besonders qualifiziert für den sensiblen Umgang mit traumatisierten Menschen seien. Die Sonderbeauftragten fungierten dann ggf. auch als Kontaktpersonen z.B. zu den Psychosozialen Zentren (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.14).

Wir stimmen mit der Bundesregierung überein, wenn sie annimmt, dass eine erste Hinweisaufnahme (bzw. bei entsprechender Qualifikation auch die erste Diagnosestellung) zum Vorliegen psychischer Störungen bei Geflüchteten im Optimalfall bereits angegliedert an die Erstuntersuchung erfolgen sollte. Wir würden es auch sehr begrüßen, wenn hier eine sorgfältige Exploration nicht nur des somatischen, sondern auch des psychosozialen Zustands der Ankommenden vorgesehen wäre. Aus der Praxis – auch bereits vor dem großen Anstieg der Flüchtlingszahlen im Sommer 2015 – ist allerdings bekannt, dass für diese Art der Untersuchung nur in seltensten Fällen die Zeit und die Rahmenbedingungen vorhanden sind. Selbst für umfas-

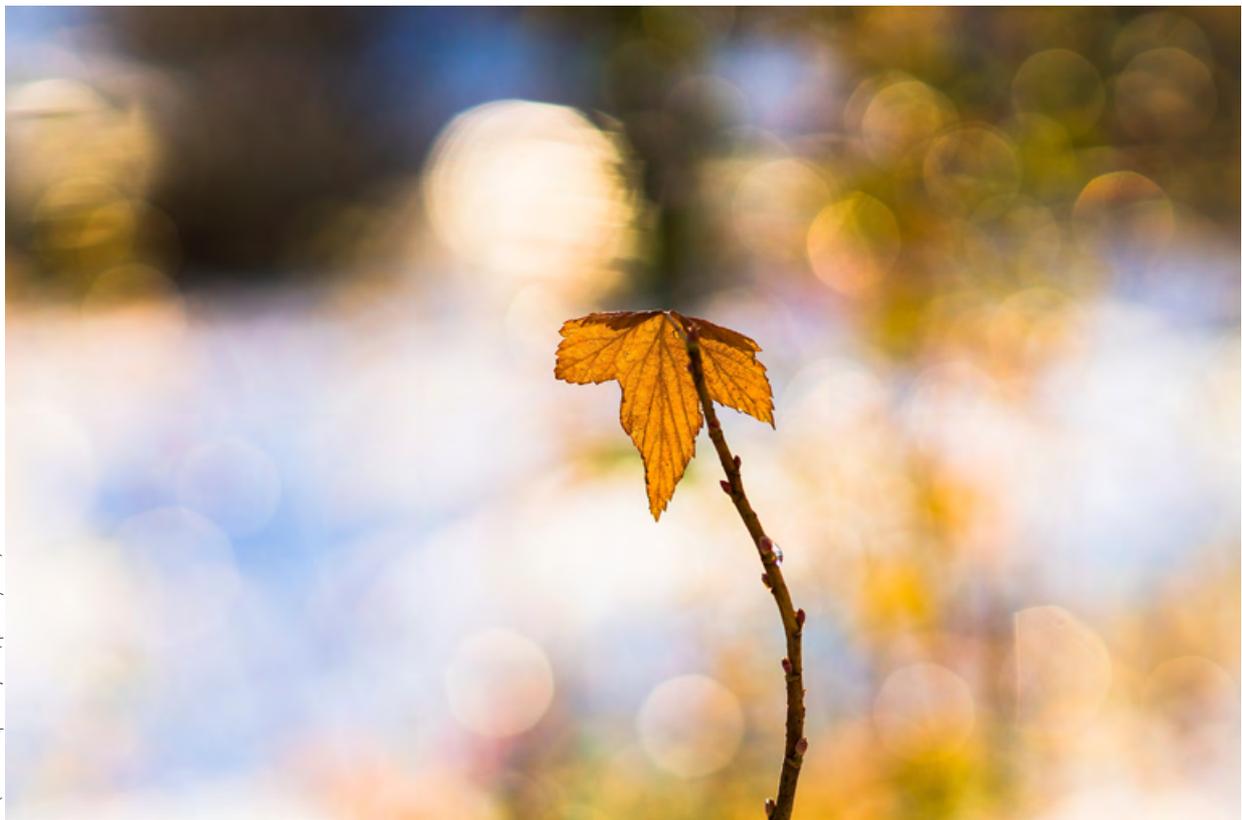
sende somatische Untersuchungen fehlt in der Regel die Zeit. Qualifiziertes Personal, das auch eine sorgfältige psychologische Anamnese durchführen könnte, gibt es in den Einrichtungen fast nie.

Aus der Praxis unserer 32 Mitgliedszentren sind nur extrem seltene Fälle bekannt, in denen Sonderbeauftragte des BAMF behandlungsbedürftige Geflüchtete an die PSZ vermitteln. Und selbst wenn dies gängige Praxis wäre – was wir sehr begrüßen würden –, dann würde dies nicht in ausreichendem Maße zur Lösung der enormen Schnittstellenprobleme bei der Vermittlung behandlungsbedürftiger Personen beitragen. Die Vermittlung bei Hinweisen auf psychische Belastung kann nicht allein davon abhängig sein, ob diese Hinweise auch zum Zeitpunkt der Anhörung erkannt und diesen entsprechend nachgegangen wurde. Es muss unabhängig von der Anhörungssituation ein einheitliches, niedrigschwelliges, fachlich fundiertes Konzept entwickelt werden, dass auf allen Stufen des Asylverfahrens eine qualifizierte Hinweisaufnahme, Bedarfsermittlung und Versorgung gemäß den Ansprüchen aus der EU-Aufnahmerichtlinie sicherstellt.

Es gab in der Vergangenheit in einigen Regionen erfolgreiche Modellprojekte zur Frühfeststellung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter³³. Einheitliche, flächendeckend einzusetzende Standards, Richtlinien oder zumindest Empfehlungen dazu, dass und wie genau in der Erstuntersuchung auch die psychische Verfassung der Asylsuchenden exploriert werden sollten, existieren jedoch nicht. Die Erfahrungen der BAfF und der Psychosozialen Zentren zeigen, dass es stark vom individuellen Engagement, dem Personalschlüssel und der Qualifikation der Sozialdienste in den Erstaufnahmeeinrichtungen sowie dem Einsatz ehrenamtlicher UnterstützerInnen abhängig ist, ob Hinweise auf besondere Belastungen und Bedarfe erkannt und verfolgt werden. Für die betroffenen Geflüchteten sind damit oft Zufall, Glück und Beharrlichkeit die entscheidenden Weichen auf dem Weg in die Hilfesysteme. In der Praxis werden allenfalls extreme Verhaltensweisen wie deutlich (auto) aggressives Verhalten bemerkt und weniger die leiser, unsichtbarer, allerdings mindestens ebenso häufig auftreten-

32 Richtlinie 2013/33/EU, Art. 22 – Beurteilung der besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen, Richtlinie 2013/33/EU.

33 Eine umfassende Bestandsaufnahme findet sich in der Expertise „Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende“ der BAfF e.V. Verfügbar unter [http://www.baff-zentren.org/modelle-zur-fruehfeststellung-besonders-schutzbeduerftiger_01-02/\[17.09.2016\]](http://www.baff-zentren.org/modelle-zur-fruehfeststellung-besonders-schutzbeduerftiger_01-02/[17.09.2016]).



(Foto von qimono, CCo / pixabay.com)

den depressiven Reaktionen auf Belastung. Sollen die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie zur Identifizierung und Unterstützung besonders vulnerabler Asylsuchender auch in der Praxis erfüllt werden, dann besteht hier in der großen Mehrzahl der Regionen noch ein enormer Bedarf an personellen Ressourcen und psychosozialer Qualifizierung.

Für die Bundesregierung jedoch besteht kein Anlass für die Einführung eines einheitlich geregelten Verfahrens zur Frühfeststellung besonders schutzbedürftiger Gruppen. Die EU-Aufnahmerichtlinie schreibe hierfür auch gar kein besonderes Verfahren vor, so die Begründung (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.13). Zuständig seien die Länder. Auch dafür, bereits in den Erstaufnahmeeinrichtungen bessere Bedingungen für eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von Traumafolgestörungen zu schaffen, sieht die Bundesregierung keinen Anlass: Auf die Frage, wie sie zu der Empfehlung stehe, die Sozialdienste in den Erstaufnahmeeinrichtungen aufzustocken und interkulturell geschulte ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur Behandlung einzustellen (vgl. die Empfehlungen der Robert Bosch Stiftung, 2016), antwortet sie nicht nur, dass auch dafür allein die Länder zuständig seien (und auch die entsprechenden finanziellen Mittel aufzubringen hätten), sondern sie deutet auch an, dass es „aufgrund stark sinkender Flüchtlingszahlen“ u.U. gar nicht mehr nötig sein könnte, hier etwas zu tun (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.13).

Die Erfahrungen aus der Praxis stehen dieser Einschätzung diametral gegenüber: In der Geschäftsstelle der BAFF gehen in hoher Frequenz Anfragen von MitarbeiterInnen und Ehrenamtlichen aus Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder Notunterkünften aus den unterschiedlichsten Regionen der Bundesrepublik ein. Diese AkteurInnen bitten uns um Informationen zur Erkennung, Vermittlung und Unterstützung möglicherweise traumatisierter Geflüchteter, weil vor Ort keine Strukturen und Instrumente bereitstehen, die dabei unterstützen könnten, Hinweise auf Traumatisierungen wahrzunehmen, qualifiziert zu intervenieren und die Betroffenen an entsprechend qualifizierte Anlaufstellen weiter zu vermitteln. Diese Informations- und Vermittlungsdefizite bestanden bereits lange vor dem Anstieg der Flüchtlingszahlen im Jahr 2015. Doch die Kritik der AkteurInnen aus dem Flüchtlingschutz fand erst Gehör, als die Versäumnisse in der Umsetzung der europarechtlichen Verpflichtungen sich unübersehbar zugespitzt hatten. Selbst ein Festhalten an der menschenwürdigen Abschottungspolitik der europäischen Staaten und damit ein weiterer Rückgang der Flüchtlingszahlen wird diese strukturellen Defizite nicht kompensieren können.

Die Bundesregierung muss sich dieser Situation endlich stellen und die Länder bei der Ausgestaltung durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter

unterstützen. Empfehlungen aus fachlicher Sicht hat die BAfF dazu bereits in einem Konzept zusammengetragen³⁴.

Zugang zur Psychotherapie für besonders vulnerable Geflüchtete

Aus der Aufnahmeleitlinie ergibt sich jedoch nicht nur eine Verpflichtung, vulnerable Geflüchtete zeitnah als solche zu erkennen, sondern auch ein Anspruch dieser Personen auf entsprechende Unterstützungsleistungen – im Falle von Opfern schwerer Gewalt u.a. der Anspruch auf eine adäquate psychologische Behandlung.³⁵ Im deutschen Recht jedoch existiert dieser Anspruch nach wie vor nicht. Die Daten aus den Psychosozialen Zentren zeigen ein weiteres Mal, wie schwierig es ist, die Kostenträger für Psychotherapien nach dem AsylbLG in die Verantwortung zu nehmen. Ein großer Teil der Psychotherapien, die aus den Psychosozialen Zentren heraus bei den Sozialbehörden beantragt werden, wird trotz Indikation und fachlich fundierter An-

träge mit dem Verweis auf einen vermeintlich fehlenden Leistungsanspruch der KlientInnen abgelehnt. Diese restriktive Bewilligungspraxis hält auch niedergelassene PsychotherapeutInnen davon ab, Geflüchtete als PatientInnen in ihre Praxis aufzunehmen: Der bürokratische Aufwand ist ihnen häufig zu hoch und die Bewilligungsperspektive zu unsicher. All das wird in freier Praxis, in der bereits zahlreiche GKV-PatientInnen auf der Warteliste stehen, selten riskiert. Für Asylsuchende und v.a. auch die noch prekärere Gruppe der geduldeten Geflüchteten, die sich nicht einmal auf die Ansprüche aus der EU-Aufnahmeleitlinie beziehen kann, multiplizieren sich so die ohnehin enormen Benachteiligungen im Zugang zu Psychotherapie.

Europarechtskonforme Auslegung des AsylbLG für vulnerable Geflüchtete

Die Bundesregierung positioniert sich zu dieser Problemlage indirekt mit einer hochehrföhrlichen Klarstellung zur Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes. So führt sie zwar zunächst aus, dass ihr nicht bekannt sei, wie viele Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien nach dem AsylbLG bislang gestellt und bewilligt wurden, dass sie aber davon ausgehe, dass die Versorgung über das AsylbLG, das SGB II und das SGB XII bereits jetzt angemessen sei. Sie begründet ihre Aussage damit, dass bereits jetzt der § 6 AsylbLG als „Öffnungsklausel“ die Möglichkeit eröffne, „besonderen, auch medizinischen Bedürfnissen schutzbedürftiger Personen – etwa im Hinblick auf eine Versorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsleistungen – im Sinne der Aufnahmeleitlinie im Einzelfall Rechnung zu tragen, wenn diese zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der Bedürfnisse von Kindern geboten sind“ (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.3). Über diese Vorgaben reduziere sich „das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG für die von der Aufnahmeleitlinie erfassten Fallgruppen aufgrund europarechtskonformer Auslegung seit Ablauf der Umsetzungsfrist auf Null.“ Diese Auslegung vermittele „im Wege der Ermessensreduzierung – einen zwingenden Anspruch gerade für besonders vulnerable Gruppen“ (ebd.).

Damit stellt die Bundesregierung klar, dass es für die Behörden in der Bewilligung von Psychotherapie für Ge-

flüchtete, die unter einer psychischen Störung leiden, keinerlei Ermessensspielraum gibt. Alle Behörden müssen Psychotherapien also bewilligen, wenn die sonstigen Voraussetzungen von § 6 Abs. 1 AsylbLG erfüllt sind, also z.B. eine entsprechende Diagnose vorliegt.

Diese Ausführungen der Bundesregierung sind überaus begrüßenswert. Aus den Erfahrungen der Psychosozialen Zentren und ihren Kooperationspartnern in der Regelversorgung wissen wir jedoch, dass sie in der Praxis bis heute nicht angekommen sind. Therapieanträge werden von den Behörden nach wie vor häufig trotz Indikation von den Behörden abgelehnt. Der häufigste Ablehnungsgrund von Seiten der Behörden ist dabei, dass die Diagnose keine akute Erkrankung darstelle – also ein klarer Verweis auf eine Einschränkung des Versorgungsanspruchs auf Leistungen nach § 4 AsylbLG. Häufig werden Psychotherapien auch mit dem Verweis abgelehnt, sie machten bei ungesichertem Aufenthalt keinen Sinn. Alle diese Begründungen stehen mit der Ermessensreduzierung in Konflikt.

Die Bundesregierung selbst kann keine Angaben dazu machen, inwieweit die SachbearbeiterInnen, die diese Entscheidungen treffen, für diese Aufgabe über ausreichende fachliche Qualifikationen verfügen. Ebenso wenig liegen ihr Routedaten z.B. über die Anzahl der gestellten Anträge oder gar die Bewilligungsquoten vor. Sie sieht sich

34 „Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende“. Verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/modelle-zur-fruehfeststellung-besonders-schutzbeduerftiger_01-02/ [17.09.2016].

35 Richtlinie 2013/33/EU, Art. 25 – Opfer von Folter und Gewalt.

hierfür auch nicht zuständig – auch hier wird an die Länder verwiesen.

Wir wissen aus der Praxis, dass die Ablehnungsquoten für Anträge auf die Übernahme der Kosten für eine Psychotherapie mit 33 % um mehr als das Zehnfache über denjenigen für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkasse liegen. Die Bearbeitungsdauer dieser Anträge übersteigt die durch das Patientenrechtegesetz festgeschriebene Zeit oft um viele Monate. Es kommt vor, dass die Bearbeitungsdauer die Dauer bis zum Abschluss einer Psychotherapie übersteigt und diese letztlich aus Spendenmitteln refinanziert werden muss. Damit erhalten vulnerable Geflüchtete in der Praxis nach wie vor nicht die psychosoziale Unterstützung, die ihnen nach der Aufnahmerichtlinie zusteht.

Keine Lösung für Sprachbarrieren

Medizinische und psychosoziale Versorgungsangebote sind nur dann zugänglich, wenn auch die sprachliche Verständigung zwischen ÄrztIn/TherapeutIn und PatientIn/KlientIn gewährleistet ist. Eine fachlich und ethisch korrekte Aufklärung, Diagnostik und Behandlung darf nur unter der Voraussetzung einer adäquaten sprachlichen Verständigung erfolgen. Für die große Mehrheit der Flüchtlingsgruppen sind jedoch in Deutschland keine bzw. nicht ausreichend muttersprachliche Behandlungsplätze verfügbar.

Aus der Praxis der Psychosozialen Zentren wissen wir, dass viele Versuche, Therapieplätze für Geflüchtete bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu organisieren, daran scheitern, dass kaum jemand bereit ist, Geflüchtete zu behandeln, wenn unklar bleibt, ob und wenn ja, wann und wie die Kosten für die Sprachmittlung refinanziert werden können. Diese Situation könnte sich in den nächsten Jahren noch weiter zuspitzen, wenn eine große Zahl der 2015 und 2016 nach Deutschland gekommenen Geflüchteten sich dann länger als 15 Monate in Deutschland befinden und eine elektronische Gesundheitskarte erhalten bzw. bereits als Flüchtlinge durch das BAMF anerkannt und damit krankenversichert sein wird. Dann wird dieser Personenkreis zwar endlich den restriktiven Vorgaben des AsylbLG entkommen sein, hat damit aber zugleich keinen Anspruch mehr auf eine Übernahme der Kosten für die häufig – gerade für eine Psychotherapie – notwendige Sprachmittlung.

Die Bundesregierung stellt sich diesem Problem zum aktuellen Zeitpunkt nicht. Wird sie mit Fragen zur Sprachmittlung in der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten konfrontiert, dann antwortet sie ausweichend und widersprüchlich. So legt sie in ihrer Positionierung zur Umsetzung der Aufnahmerichtlinie zunächst dar, dass ihr keine

Damit die erfreuliche Klarstellung der Bundesregierung nicht ins Leere läuft, müssen die Länder aufgefordert werden, Verwaltungsvorschriften an die Sozialbehörden zu erlassen, nach denen Psychotherapien über AsylbLG für vulnerable Asylsuchende ermessensfrei zu beurteilen sind. Die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit muss dabei mit einem Antrag auf Übernahme der Therapiekosten – dem in jedem Fall eine qualifizierte Prüfung des Behandlungsbedarfs zugrunde liegt – erreicht sein. Die Bearbeitung der Therapieanträge muss auf Basis der Vorgaben des Patientenrechtegesetzes erfolgen und darf die Ansprüche von GKV-PatientInnen nicht unterschreiten.

spezifischen Daten zum Bedarf an Sprachmittlung in der Psychotherapie vorlägen, ebenso wenig dazu, wie oft Psychotherapien mangels der Übernahme von Sprachmittlungskosten nicht durchgeführt werden können und wie lange das Bewilligungsverfahren dauern würde (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.19f). Dennoch ist sie sich später sicher, „dass die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Sprachmittlung ausreichend sind“ (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.20). Wie sie zu dieser Auffassung kommt, wenn sie weder Daten zum Bedarf noch zur Inanspruchnahme hat, bleibt unklar.

Sehr klar wird hingegen, dass die Bundesregierung es nicht für nötig hält, eine gesetzliche Grundlage für eine geregelte Übernahme von Sprachmittlungskosten zu schaffen. Das hatten z.B. die Integrations- und Gesundheitsminister der Länder erbeten – die ja nach Auffassung der Bundesregierung auch für die Umsetzung der Aufnahmerichtlinie zuständig sind. Laut den Angaben der Bundesregierung aber reichten die aktuellen Regelungen, d.h. der § 27 a Abs. 4 SGB XII und der § 6 AsylbLG, bereits aus, um Sprachmittlungskosten im Einzelfall bei unabweisbarem Bedarf zu decken. Ihre einzige Grundlage für diese Aussage ist jedoch, dass es für GKV-Versicherte grundsätzlich keinen Leistungsanspruch auf Sprachmittlungsleistungen gebe.³⁶

Diesen Individualanspruch auf Dolmetschen und Übersetzen gibt es jedoch für Gehörlose³⁷. Warum ein solcher Anspruch nicht auch für Geflüchtete nötig sein könnte und daher geschaffen werden sollte, klärt die Bundesregierung nicht. Die Thematik habe „in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung eine sehr unterschiedliche Relevanz“ (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.21). Es bleibt unklar, was genau damit gemeint sein könnte.

³⁶ Auf die Frage, ob die Bundesregierung denn anerkenne, dass der Zugang zu einer Psychotherapie nur durch eine qualifizierte Sprachmittlung möglich ist“ (Frage 37) verweist die Bundesregierung lediglich auf Frage 14 BT Drs. 18/4622. Darin heißt es: Nach der Entscheidung des BSG ist die Hinzuziehung eines Dolmetschers kein Leistungsanspruch der GKV-Versicherten. Besondere Sprachkenntnisse können bei der Zulassung einer VertragsärztIn berücksichtigt werden.

³⁷ Nach §17 Abs 2 SGB I.



Aus der Praxis der Psychosozialen Zentren wissen wir, dass Sprachmittlungskosten in der Realität nur in äußerst seltenen Einzelfällen tatsächlich über das SGB II und das SGB XII abgerechnet werden können. Die Möglichkeit, Sprachmittlungskosten über das Sozialamt oder bei Leistungsbezug durch das Jobcenter über einen Antrag auf Mehrbedarf zu finanzieren, besteht zwar in der Theorie. Die praktischen Erfahrungen zeigen allerdings, dass dieses Vorgehen extrem zeitintensiv ist und es zum Teil bis zu einem Jahr dauert, bis möglicherweise eine Bewilligung erteilt wird. Auf ein solch riskantes Prozedere lässt sich kaum ein/e niedergelassene/r PsychotherapeutIn ein. Faktisch verunmöglicht diese strukturelle Barriere die Durchführung von Psychotherapien und damit den Ausbau von therapeutischen Behandlungskapazitäten.

Das fehlende Problembewusstsein im Bereich der gesundheitsbezogenen Sprachmittlung zeigt etwa der „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ des Bundesministeriums für Gesundheit (2016). Hier wird Menschen bei fehlenden Deutschkenntnissen empfohlen, einfach „einen sprachkundigen Menschen ihres Vertrauens mit zu der Ärztin oder dem Arzt zu nehmen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2016; S.7). Es ist bekannt, dass vor allem in Kliniken, aber auch bei Haus- und FachärztInnen oft aus der Not heraus Familienmitglieder, Bekannte oder fachfremdes Personal als Laien-DolmetscherInnen zu Hilfe gezogen werden. Doch ebenso bekannt ist auch, dass da-

mit Fehlentscheidungen und Behandlungsfehlern Tür und Tor geöffnet wird (Ebden u. a., 1988; Flores et al., 2003). Medizinethisch ist dies ein nicht zu haltender Zustand. Vor allem, dass noch immer oft Kinder als sprachliche Brücke zwischen ihren Eltern und dem Gesundheitssystem agieren müssen, ist nicht vertretbar. Sie werden in belastende Themen und Rollengefüge verwickelt und verlieren ihre Eltern als haltgebende Bezugspersonen, wenn sie von Schwierigkeiten erfahren, die eigentlich nur für den oder die ÄrztIn bestimmt sind.

Hier besteht also leider nach wie vor hoher Aufklärungs- und Informationsbedarf. Diagnostik und Behandlung von Geflüchteten ist ohne sprachliche Verständigung nicht zu verantworten. Studien belegen, dass sich dolmetschergestützte Psychotherapien mit Geflüchteten in ihrer Wirkung nicht bzw. kaum von Psychotherapien unterscheiden, in der KlientIn und PsychotherapeutIn sich in einer gemeinsamen Sprache verständigen können (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delij aj, & Haasen, 2011; d'Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury, Priebe, 2007; Lambert, & Alhassoon, 2015).

Die BAfF fordert daher die Anerkennung der Kosten für Sprachmittlungsleistungen als notwendigen Bestandteil der Krankenbehandlung. Die Finanzierung muss in das SGB V aufgenommen werden.

Verfügbare Behandlungsplätze für Geflüchtete

Da das reguläre Gesundheitssystem Geflüchteten nur eingeschränkt zugänglich ist, ist die Verfügbarkeit von Angeboten psychosozialer Unterstützung zum großen Teil auf die Angebote der Psychosozialen Zentren beschränkt. Die Zahl der KlientInnen, die im Jahr 2015 bundesweit durch die Angebote der Psychosozialen Zentren erreicht wurden, ist von knapp 12.000 auf rund 14.000 Geflüchtete gestiegen. Dieser Anstieg geht jedoch hauptsächlich darauf zurück, dass im Jahr 2015 vier weitere Psychosoziale Zentren in die BAfF aufgenommen wurden. Im Verhältnis hat sich die Versorgungssituation kaum verändert, pro Zentrum sind im Schnitt 1 bis 2 zusätzliche MitarbeiterInnen eingestellt worden und die Anzahl der durchschnittlich von einem Psychosozialen Zentrum betreuten KlientInnen hat sich um nur 3 % auf jährlich etwa 441 KlientInnen erhöht.

Dem Bedarf Hilfe suchender Geflüchteter können die inzwischen 32 Psychosozialen Zentren damit noch immer nicht hinreichend nachkommen. Wenn laut Studienlage davon ausgegangen würde, dass etwa 40 % der Geflüchteten in Deutschland unter Traumafolgestörungen leiden, dann haben die Psychosozialen Zentren und ihr Umfeld im Jahr 2015 lediglich 5 % der psychisch erkrankten Geflüchteten versorgt. Selbst wenn man sehr konservativ geschätzt

davon ausgehen würde, dass nur ein Drittel der erkrankten Personen auch tatsächlich eine Behandlung wahrnehmen wollen würde, dann bliebe für das Jahr 2015 ein Anteil von 85 % des Versorgungsbedarfs, auf den nicht im Umfeld der Psychosozialen Zentren reagiert werden kann.

Entsprechend mussten die Psychosozialen Zentren auch 2015 sehr viele Menschen ablehnen, die bei ihnen um Unterstützung baten. Betroffene wurden weiterverwiesen oder auf lange Wartelisten gesetzt, Wartelisten wurden geschlossen und Aufnahmestopps verhängt. Bundesweit war die Nachfrage so hoch, dass über das Jahr hinweg etwa 5.600 Geflüchtete weder direkt in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden konnten.

Dieser Situation kann nur durch einen Ausbau der Behandlungskapazitäten innerhalb und außerhalb der Psychosozialen Zentren begegnet werden. Niedergelassene PsychotherapeutInnen müssen Möglichkeiten erhalten, sich unbürokratisch an der Versorgung von Geflüchteten zu beteiligen, die Psychosozialen Zentren als Hauptakteure in diesem Feld müssen in ihren Strukturen und Ressourcen gestärkt werden.

Ausbau der Behandlungskapazitäten

Einen wichtigen Schritt hin zu einem Ausbau der Behandlungskapazitäten hat die Bunderegierung Ende 2015 mit der Änderung der Zulassungsverordnung für ÄrztInnen bereits vollzogen. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen oder auch Institutionen, die bislang keine Kassenzulassung hatten, können sich nun leichter für einen befristeten Zeitraum zur Behandlung einer bestimmten Gruppe von Geflüchteten „ermächtigen“ lassen und ihre Therapien dann auch als Regelleistung abrechnen.³⁸ Die Ermächtigung gilt für die Behandlung von Asylsuchenden, die bereits länger als 15 Monate in Deutschland, aber noch nicht vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als Flüchtling anerkannt worden sind.

Die BAfF befürwortet diese Neuregelungen sehr. Doch die Erfahrungen, die es bislang mit dem Instrument der „Ermächtigung“ gibt, zeigen, dass bezüglich der Regelung noch erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht.

Besonders problematisch ist, dass nur eine sehr kleine Gruppe von Geflüchteten tatsächlich von neu ermächtigt-

ten TherapeutInnen behandelt werden darf: Der Gesetzgeber hat den zu behandelnden Personenkreis auf Menschen beschränkt, die

- a) Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben und
- b) Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, also bereits seit 15 Monaten in Deutschland leben und deshalb eine „Gesundheitskarte“ haben (aber noch keine Anerkennung als Flüchtling).

In den ersten 15 Monaten nach ihrer Ankunft haben traumatisierte Geflüchtete also auf Grund der Beschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes noch immer kaum Zugang zu Psychotherapie. Die Bewilligungspraxis der Sozialbehörden ist restriktiv und niedergelassene PsychotherapeutInnen scheuen das komplizierte, langwierige Antragsprozedere.

³⁸ Die Einführung von § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV stellt klar, dass ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten von den Zulassungsausschüssen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu ermächtigen sind.

Hat ein Geflüchteter es nach 15 Monaten Aufenthalt und im Besitz der Gesundheitskarte geschafft, einen Behandlungsplatz zu finden, muss die psychotherapeutische Behandlung jedoch in all denjenigen Fällen wieder abgebrochen werden, in denen der Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG entfällt – sei es, weil der bzw. die KlientIn einen Ausbildungsplatz oder eine Arbeit gefunden oder weil sein oder ihr Aufenthaltsstatus sich verfestigt hat. Dabei ist die Herstellung von Sicherheit eines der wichtigsten Elemente im therapeutischen Prozess und die Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Behandlungsziel im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

Der Bundesregierung liegen zu dieser Schwachstelle keine Informationen vor (BT-Drs. 18/9009, 2016; S.17). Das ist durchaus nachvollziehbar, denn die Neuregelung ist noch nicht lange genug in Kraft, als dass diese Versorgungsbrüche sich schon in der Praxis hätten zeigen könnten. Sie kommen jetzt – inmitten der laufenden Behandlungen – auf KlientInnen und Behandelnde zu. Um die Betroffenen in der Praxis genau davor zu schützen, hatten die Fachverbände – u.a. die BAfF – jedoch bereits im Vorfeld darum gebeten, an dieser Stelle nachzubessern bzw. zumindest Übergangslösungen z.B. über das Kostenerstattungsverfahren zu schaffen³⁹.

Probleme bei Vermittlung und Koordination

In der Praxis zeigt sich zudem, dass, wenn eine Ermächtigung erteilt wird, Geflüchtete häufig nicht in den Praxen der ermächtigten KollegInnen ankommen. Es fehlt an qualifizierten Kontakt- und Beratungsstellen, in der die ermächtigten PsychotherapeutInnen auf die besondere Situation der geflüchteten KlientInnen vorbereitet werden und eine Vermittlung zwischen den Ermächtigten, KlientInnen und SpachmittlerInnen stattfindet. Aktuell bitten KlientInnen, UnterstützerInnen und v.a. auch TherapeutInnen die Psychosozialen Zentren um Rat: Sie fragen nach asylrechtlicher Expertise, bitten um die Vermittlung von DolmetscherInnen und brauchen Unterstützung bei flüchtlingspezifischen administrativen Tätigkeiten.

Die Bundesregierung gibt hier bislang nur zur Kenntnis, sie wolle die Entwicklungen weiter beobachten. Damit nimmt sie den Abbruch laufender Therapien in Kauf, die für die betroffenen KlientInnen destabilisierend sein und zu starken Verunsicherungen führen können.

Aus fachlicher Sicht halten wir es daher für sinnvoll und folgerichtig, den Personenkreis der durch ermächtigte PsychotherapeutInnen zu behandelnden Geflüchteten unabhängig davon zu definieren, welchen Aufenthalts- bzw. Beschäftigungsstatus die Person zum Zeitpunkt der Therapie gerade innehat. Solange die Behandlungsmöglichkeit über die Ermächtigung auf einen so eng begrenzten Personenkreis eingeschränkt bleibt, sind in der Praxis weiterhin hohe Unsicherheiten und komplizierte Schnittstellenprobleme zu erwarten.

Die BAfF fordert zumindest die Anwendung bundesweit geltender Übergangslösungen für diejenigen Fälle, in denen eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen wurde und die Patientin oder der Patient keine Leistungen mehr nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhält. Es sind Vereinbarungen zu treffen, die die Krankenkassen zu der weiteren Kostenübernahme in den geschilderten Situationen verpflichten.

Die Psychosozialen Zentren sind aber keine Beratungs- und Vermittlungsagenturen. Die BAfF fordert die Einrichtung einer zentral geregelten Koordinierungsstelle auf Länderebene, um eine kontinuierliche Information, Vermittlung und Behandlung zu ermöglichen. Wenn die Psychosozialen Zentren diese zusätzlichen Aufgaben weiterhin übernehmen sollen, dann sind dafür entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Instrument der Ermächtigung aktuell noch nicht zu einer Erweiterung der Versorgungskapazität beiträgt. Wird auf die Schwierigkeiten in der Ermächtigungspraxis nicht reagiert, droht die Intention des Gesetzgebers – eine sichere, zeitnahe und kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten – ins Leere zu laufen.

³⁹ Vgl. „Stellungnahme der BAfF e.V. zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Neuregelung zur Ermächtigung: Großer Behandlungsbedarf – wenig Versorgung.“ Verfügbar unter <http://www.baff-zentren.org/news/stellungnahme-aenderung-der-zulassungsverordnung-fuer-vertragsaerzte/> [12.11.2016].



Finanzierung der Psychosozialen Zentren

Die Lücken, die in der Regelversorgung bundesweit auch mit der Ermächtigungsregelung bestehen bleiben, können nach wie vor fast ausschließlich durch die projekt- und spendenfinanzierten Psychosozialen Zentren geschlossen werden. Diesen Einrichtungen fehlt es jedoch noch immer an einer stabilen institutionellen Finanzierungsbasis für diesen Versorgungsauftrag. Bislang organisierten die Zentren ihre Finanzierung unter hohem Druck aus vielen unterschiedlichen Quellen – je für sich meist in recht niedrigem Umfang und ohne jede mittelfristige Planungsgrundlage.

Die BAFF begrüßt es sehr, dass die Bundesregierung hier einen Bedarf erkannt und für 2016 ein Akutprogramm aufgelegt hat, um die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zu unterstützen. Auf einen Teil der Versorgungsdefizite konnte dadurch reagiert werden. Berücksichtigt werden muss hier jedoch, dass die durch das Programm geförderten Einrichtungen seit Jahrzehnten unterfinanziert sind und schon immer lange Wartelisten haben. Mit der Erhöhung der Flüchtlingszahlen 2015 hatten sich die Versorgungsengpässe in diesen Einrichtungen massiv zugespitzt. Diese Zuspitzung wird durch das Programm zum Teil abgefangen werden können.

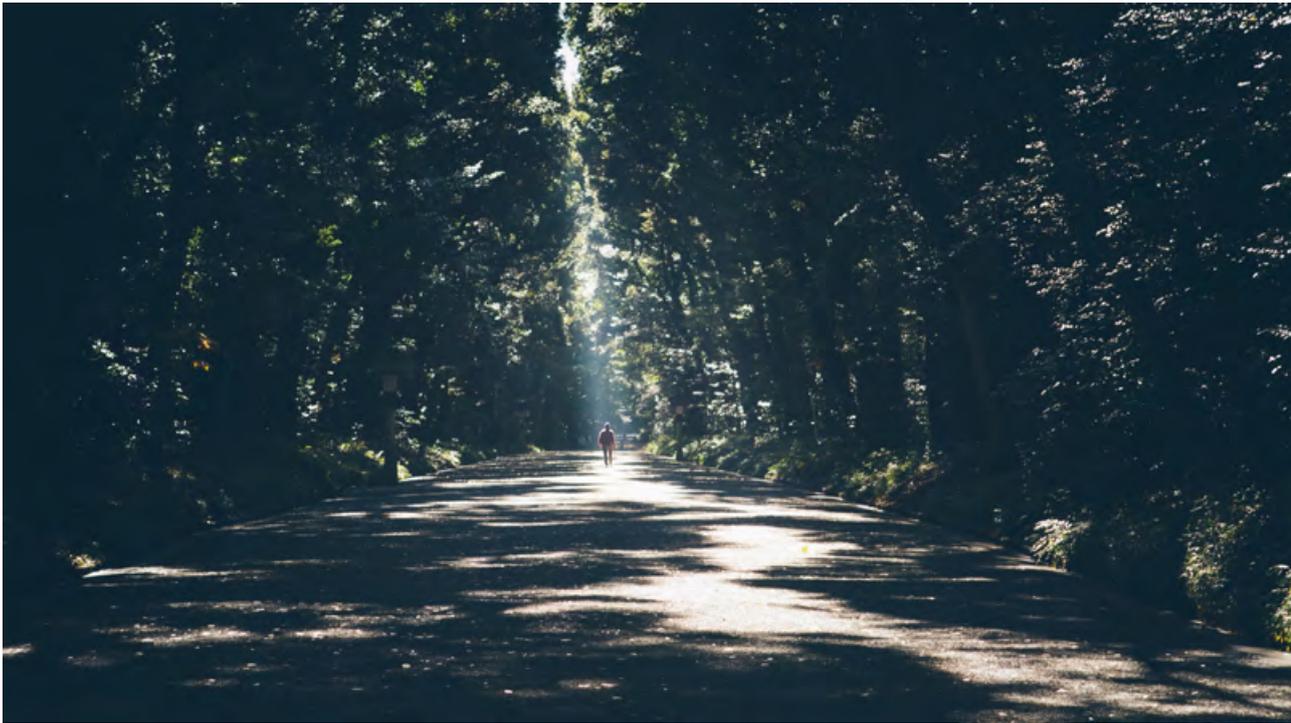
Die Bundesregierung verweist mit Bezug auf das Akutprogramm jedoch darauf, dass der Bund den Ausbau der psy-

chosozialen Versorgung bereits mit „erheblichen Mitteln“ begleite. Dazu muss bemerkt werden, dass für das Jahr 2016 insgesamt 3 Millionen Euro an verschiedene psychosoziale Einrichtungen vergeben wurden. Diese sind zum Teil Mitglied der BAFF, zum Teil (noch) nicht. Alle geförderten Einrichtungen haben sich jedoch verpflichtet, nach den Leitlinien der BAFF zu arbeiten⁴⁰. Die Bundesregierung führt in Ihrer Positionierung aus, dass durch diese 3 Millionen Euro „bis zu 37 weitere Folteropferzentren von einer Förderung profitieren“. Im Durchschnitt müsste also jedes dieser Zentren etwa 81.000€ erhalten. Das entspräche, in Personalkosten umgesetzt, in etwa der Besetzung mit einer/einem PsychotherapeutIn und einem/einer SozialarbeiterIn – mit je einer 75% Stelle.

In einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), aus dessen Haushalt die Mittel an die Wohlfahrtsverbände und danach weiter an die Psychosozialen Zentren vergeben werden, wird nun verkündet, dass durch die zusätzlichen Mittel des Bundes „nun insgesamt 15.000 Menschen behandelt werden“ können⁴¹. Wenn die 37 geförderten Zentren allerdings tatsächlich insgesamt 15.000 KlientInnen versorgen sollen, dann kämen auf jedes dieser Zentren durchschnittlich 405 KlientInnen pro Jahr, die allein mithilfe der Bundesmittel versorgt werden müssten. Diese 405 KlientInnen entsprä-

⁴⁰ Vgl. „Leitlinien der BAFF“, verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/> [18.11.2016].

⁴¹ „Bundesfamilienministerium unterstützt Folteropferzentren. Zusätzliche Mittel zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge.“ Verfügbar unter <https://www.landespressediens.de/bundesfamilienministerium-unterstuetzt-folteropferzentren/> [17.07.2016].



(Foto von Unsplash, CCo / pixabay.com)

chen jedoch in etwa der durchschnittlichen Anzahl an KlientInnen, die ein gesamtes PSZ im Jahr 2015 versorgt hat – und zwar mit durchschnittlich 10 MitarbeiterInnen und einem durchschnittlichen Jahresbudget von etwa 420.000 € – also dem 5-fachen der durchschnittlich durch das BMFSFJ vergebenen Mittel. Mit den im Schnitt 81.000 € zusätzlichen Mitteln können demnach realistisch betrachtet maximal etwa 2.900 zusätzliche KlientInnen versorgt werden – und auch das nur, wenn angenommen wird, dass das Versorgungspensum der Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren auf einem ähnlichen Niveau bliebe wie in den letzten Jahren, mitsamt dem hohen Druck und der häufig hohen zusätzlichen, oft unbezahlten Arbeitszeit der Mitarbeitenden.

Zusammenfassend muss hier festgestellt werden, dass die Zahl der durch die Bundesmittel versorgten KlientInnen deutlich nach unten korrigiert werden muss, soll für die Betroffenen eine bedarfsgerechte Versorgung und nicht le-

diglich eine basale Erstversorgung erfolgen. Die Förderung des Bundes ist demnach als wichtiger und unabdingbarer Zuschuss für die Arbeit der Psychosozialen Zentren zu verstehen, weniger als „erhebliche Mittel“, mit denen der Ausbau der psychosozialen Versorgung sichergestellt wird. Die Bundesmittel sind noch nicht die institutionelle Förderung, die es für eine nachhaltige stabile Versorgung vulnerabler Geflüchteter bräuchte. Dies gilt sowohl aufgrund ihres zeitlich begrenzten Projektcharakters, als auch aufgrund der Höhe der Finanzierung, von der ein einzelnes Zentrum profitiert. Solange die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Deutschland jedoch weiterhin zum großen Teil durch die Behandlungszentren erbracht wird, muss auch die Finanzierung dieser Leistungen sichergestellt werden:

Die BAfF fordert eine flächendeckende, bedarfsgerechte und ausreichende Finanzierung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten durch ein nachhaltiges, institutionelles Förderungskonzept.

Forderungen der BAfF

- Geflüchtete müssen gleichberechtigt Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems erhalten: Alle Geflüchteten bundesweit sind unabhängig vom Aufenthaltsstatus von Beginn an mit einer vollwertigen Krankenversichertenkarte auszustatten.
- Die Leistungsansprüche aus der EU-Aufnahmerichtlinie müssen durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter umgesetzt werden.
- Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien nach AsylbLG müssen ermessensfrei beurteilt werden. Dafür sind Verwaltungsvorschriften an die Sozialbehörden zu erlassen. Die Bearbeitung der Therapieanträge muss auf Basis der Vorgaben des Patientenrechtegesetzes erfolgen und darf die Ansprüche von GKV-PatientInnen nicht unterschreiten.
- Sprachmittlung muss als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt und ihre Finanzierung in das SGB V aufgenommen werden.
- „Ermächtigungen“ für die Behandlung von Asylsuchenden müssen unabhängig vom Aufenthalts- bzw. Beschäftigungsstatus der zu behandelnden Personen erteilt werden. Schnittstellenproblemen ist durch die Einrichtung von Informations- und Koordinierungsstellen zu begegnen.
- Die Komplexeleistungen, die durch die Psychosozialen Zentren erbracht werden, müssen flächendeckend durch ein bedarfsgerechtes und nachhaltiges institutionelles Finanzierungskonzept gefördert werden.

Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen und schwerwiegende Erfahrungen von Folter, Gewalt und Verfolgung hinter sich haben, haben ein Recht auf unsere Solidarität und konkrete Hilfen. Es ist nicht nur eine zivilgesellschaftliche Aufgabe, daran mitzuwirken, dass die Spirale von Schrecken und Gewalt, die geflüchtete Menschen durchlitten haben, endet und sie vor weiteren Menschenrechtsverletzungen geschützt werden. Wir müssen Bedingungen bereitstellen und einen sicheren Ort schaffen, der ein Leben „danach“ möglich macht. Ein gleichberechtigter Zugang zu den Angeboten des Gesund-

heitssystems und die Ausrichtung der Behandlungen an den Bedarfen der Geflüchteten muss Ausgangs- und Zielpunkt der politischen Umgestaltungsprozesse sein. Gesundheit ist ein Menschenrecht, das migrationspolitisch nicht zu relativieren ist: Weder Herkunftsland noch Aufenthaltsstatus können Maßstäbe dafür sein, welche medizinische Maßnahme bei verschiedenen Krankheitsbildern angebracht ist. Gesundheitliche Versorgung ist allein anhand fachlicher Maßstäbe zu organisieren. Es bleibt eine politische Aufgabe, dafür den Weg frei zu machen.

LITERATUR

- Albers, H. (2013). Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber. Universität Würzburg. Verfügbar unter <https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/frontdoor/index/index/docId/7013> [20.12.2016].
- Albrecht, M., Ochmann, R., Jacobi, F., Bretschneider, J., Thom, J., Müllender, S., & Becker, M. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten - Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/310458344_Bedarfsplanung_Psychotherapeuten_-_Konzept_fur_eine_bedarfsorientierte_Planung_der_Psychotherapeutensitze [20.12.2016]
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45–50.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Angel, B., Hjern, A., & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 4–15.
- Arps, J. O. (2016). „Nur Essen austeilen alleine reicht nicht“ - Turgay Ulu und Bino Byansi Byakuleka im Gespräch. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung. Verfügbar unter: <https://heimatkunde.boell.de/2016/03/03/nur-essen-austeilen-alleine-reicht-nicht-turgay-ulu-und-bino-byansi-byakuleka-im> [20.12.2016].
- Attanayakfe, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict, and Survival*, 25(1), 4–19.
- Ärztblatt (2016a). Baden-Württemberg: Gesundheitskarte für Flüchtlinge vom Tisch (25.05.2016). Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67828/Baden-Wuerttemberg-Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-vom-Tisch> [20.12.2016].
- Ärztblatt (2016b). Vorerst keine Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Mecklenburg-Vorpommern (02.03.2016). Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/65909/Vorerst-keine-Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-in-Mecklenburg-Vorpommern> [20.12.2016].
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. (1977). Vier-Prinzipien-Modell. In Wikipedia. Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Medizinethik&oldid=161568775> [20.12.2016].
- Becker, D. (2006). *Die Erfindung des Traumas - verflochtene Geschichten*. Edition Freitag.
- Bertelsmann-Stiftung. (2016). Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Ueberblick_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Mai2016.pdf [20.12.2016].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). (2009). Hauptbericht des Freiwilligensurveys 2009. Zivilgesellschaft, soziales Kapital und freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004-2009. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/hauptbericht-des-freiwilligensurveys-2009/95830?view=DEFAULT> [20.12.2016].
- 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.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 599–620.
- 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.
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2011a). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf [20.12.2016].
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2011b). Versagen der Bedarfsplanung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der SPD. Bundespsychotherapeutenkammer.
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2013). Kostenerstattung. Ein Ratgeber für psychisch kranke Menschen. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/BPTK_Ratgeber_Kostenerstattung.pdf [20.12.2016].
- BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer). (2016). BPTK-Spezial „Kurswechsel in der Bedarfsplanung“. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/BPTK-Spezial_Kurswechsel_in_der_Bedarfsplanung.pdf [20.12.2016].

- Bräutigam, B. (2000). Der ungelöste Schmerz: Perspektiven und Schwierigkeiten der therapeutischen Arbeit mit Kindern politisch verfolgter Menschen. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Brensell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2016). Störungen (3. Aufl.). Hamburg: Argument Verlag.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44–56.
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Dobrowolski, S. (2012). PTSD in Asylum-Seeking Male Adolescents From Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 551–557.
- Bröse, J., & Friedrich, S. (2015, August 18). Der schmale Grat der Hilfe. Die neoliberale Vereinnahmung der Flüchtlingshilfe muss stärker in den Blick genommen werden. *ak - analyse & kritik - zeitung für linke Debatte und Praxis*.
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B., & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 144–151.
- BT-Drs. 18/9009. (2016). Drucksache des Deutschen Bundestages 18/9009 vom 04.07.2016: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/090/1809009.pdf> [20.12.2016].
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit). (2016). Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland.
- Carli, A. (1992). Organisierte Gewaltanwendung und ihre psychologischen Auswirkungen auf Kinder in Lateinamerika. In H. Riquelme, *Andere Wirklichkeiten – andere Zugänge. Studien zur transkulturellen Psychiatrie in Lateinamerika*. (S. 197–218.). Frankfurt a.M.: Vervuert Verlag.
- Classen, G. (2010). Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge. Flüchtlingsrat Berlin.
- Classen, G. (2011). Das Asylbewerberleistungsgesetz und seine Novellen auf dem Prüfstand. Heinrich-Böll-Stiftung.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4.
- Diekmann, F. (2015, Oktober 9). Umfrage: Fast die Hälfte der Deutschen beteiligt sich an Flüchtlingshilfe. Spiegel Online. Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/umfrage-44-prozent-der-deutschen-beteiligen-sich-an-fluechtlingshilfe-a-1056902.html> [20.12.2016].
- Ebden, P., Bhatt, A., Carey, O., & Harrison, B. (1988). The bilingual consultation. *The Lancet*, 331, 347.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37–45. [20.12.2016].
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England)*, 365(9467), 1309–1314.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266–282.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Wöller, W., Reddemann, L., Siol, T., ... Petzold, E. R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext (2., Aufl.). Stuttgart u.a.: Schattauer.
- Flatten, G., Gast, U., Hoffmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... Wöller, W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma und Gewalt*, 3, 202–210.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L., & Hardt, E. J. (2003). Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *PEDIATRICS*, 111(1), 6–14.
- Ford, J. D. (2015). Complex PTSD: research directions for nosology/assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology*, 6.
- Fricke, A. (2015, Juli 27). Psychotherapie: „Das Versorgungsgesetz löst die Probleme nicht“. *Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/890984/psychotherapie-versorgungsgesetz-loest-probleme-nicht.html [20.12.2016].
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.

- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231.
- GKV-Spitzenverband. (2016). Asylbewerber / Flüchtlinge. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp [20.12.2016].
- Gradus, J. L., Farkas, D. K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T. L., Milstein, A., ... Sørensen, H. T. (2015). Associations between stress disorders and cardiovascular disease events in the Danish population. *BMJ Open*, 5(12), e009334.
- Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N., & Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 114.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818–825.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(7), 723–732.
- Hohlfeld, T. (2016). IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge, Angaben des AZR. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u.a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556.
- Jacobi, F., & Harfst, T. (2011). Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *Report Psychologie*, 36, 111–114.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Karakayali, S., & Kleist, J. O. (2016). EFA-Studie 2: Strukturen und Motive der ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit in Deutschland. 2. Forschungsbericht: Ergebnisse einer explorativen Umfrage vom November/Dezember 2015. Berlin: Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM).
- Kia-Keating, M., & Ellis, B. H. (2007). Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 29–43.
- Kovacev, L., & Shute, R. H. (2004). Acculturation and social support in relation to psychosocial adjustment of adolescent refugees resettled in Australia. *International Journal of Behavioral Development*, 28(3), 259–267.
- Kühner, A. (2002). Kollektive Traumata. Eine Bestandsaufnahme. Annahmen, Argumente, Konzepte nach dem 11. September (Berghof Report No. 9). Berlin: Berghof Forschungszentrum für konstruktive Konfliktbearbeitung.
- 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.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825–832.
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28–37.
- Lamkaddem, M., Essink-Bot, M.-L., Devillé, W., Gerritsen, A., & Stronks, K. (2015). Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *European Journal of Public Health*, 25(6), 917–922.
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 415–425.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246–257.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., ... Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH): Utilization of Mental Health Services in Germany. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.

- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., Ommersen, M. van, ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683–1685.
- McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. *Transcultural Psychiatry*, 49(3–4), 539–567.
- Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V. (2017). Gesundheit für Geflüchtete. Verfügbar unter: <http://gesundheit-gefluechtete.info/> [17.1.2017].
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Social Science & Medicine* (1982), 67(10), 1596–1603.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399–417.
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark-the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8, 293.
- Niklewski, G., Richter, K., & Lehfeld, H. (2012). Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber - Zirndorf“. Nürnberg: Klinikum Nürnberg.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N., & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2014(4), 389–397.
- Perkonig, A., Höfler, M., Cloitre, M., Wittchen, H.-U., Trautmann, S., & Maercker, A. (2016). Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 317–328.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59.
- Pieper, T. (2008). Die Gegenwart der Lager: Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik (2. Auflage). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Pre-displacement and Post-displacement 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.
- Qureshi, S. U., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Schulz, P. E., & Kunik, M. E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review. *The Psychiatric Quarterly*, 80(2), 87–97.
- Razum, O., Saß, A.-C., & Bozorgmehr, K. (2016). Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 543–544.
- Reddemann, L. (2006). *Psychotraumata: Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten* (1. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251.
- Richter, K., Lehfeld, H., & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 834–838.
- Robert Bosch Stiftung. (2016). Themendossier Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber. Verfügbar unter: <https://www.unserac.de/fileadmin/unserac/media/downloads/201602-Bosch-Gesundheit.pdf> [20.12.2016].
- Ruf, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160.
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B., & Henningsen, P. (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 928–933.
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., & Dulz, B. (2013). Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ergebnisse einer Multicenterstudie. *Der Nervenarzt*, 84(5), 608–614.
- Schammann, H. (2015). Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. *Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft*, 9(3), 161–182.
- 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). Verfügbar unter: <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/26286> [20.12.2016].

- Schulz, H., Barghaan, D., Koch, U., & Harfst, T. (2011). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 361–380). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179–188.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., ... Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *American Journal of Disaster Medicine*, 2(6), 321–329.
- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M. G., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 17(4), 1231–1239.
- Slobodin, O., & Jong, J. T. de. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17–26.
- 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.
- Sujoldzić, A., Peternel, L., Kulenović, T., & Terzić, R. (2006). Social determinants of health—a comparative study of Bosnian adolescents in different cultural contexts. *Collegium Antropologicum*, 30(4), 703–711.
- Tiedemann, P. (2013). Skript der Vorlesung „Deutsches, Europäisches und Internationales Flüchtlingsrecht“, Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., Malo, C., Sidoli-LeBlanc, E., & Bendris, N. (1999). The Quebec Adolescent Refugee Project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1426–1432.
- VPP (2012). Psychotherapeuten sind Vielarbeiter. Verfügbar unter: http://www.vpp.org/meldungen/12/120511_vielarbeiter.html [20.12.2016]
- Wendel, K. (2014). Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland - Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. PRO ASYL.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F., & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 449–475). Berlin, Heidelberg: Springer.
- ZEIT ONLINE. (2016, Mai 15). Migration: Warten auf die Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Die Zeit. Hamburg. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2016-05/gesundheitskarte-fluechtlinge-asylsuchende> [20.12.2016].
- Zentrale Ethikkommission. (2013). Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(18), A-899 / B-783/ C-779.
- Zijlstra, A. E., Kalverboer, M. E., Post, W. J., Knorth, E. J., & Brummelaar, M. D. C. T. (2012). The Quality of the Childrearing Environment of Refugee or Asylum-Seeking Children and the Best Interests of the Child: Reliability and Validity of the BIC-Q. *Behavioral Sciences & the Law*, 30, 841–855.

VERZEICHNISSE

Abbildungsverzeichnis

Abb 1: Arten von Traumafolgestörungen	9
Abb 2: Arten von Trauma.....	12
Abb 3: Die häufigsten traumatischen Erfahrungen bei Geflüchteten in Deutschland	13
Abb 4: Die drei Sequenzen des Traumas nach Keilson	19
Abb 5: Gegenüberstellung struktureller-institutioneller und individueller Stressoren.....	21
Abb 6: Einige Risikofaktoren der Entwicklung und/oder Chronifizierung von Traumafolgestörungen.	22
Abb 7: Vereinfachte Übersicht der Leistungsansprüche nach AsylbLG	30
Abb 8: Übersicht der in der BAfF zum aktuellen Zeitpunkt vernetzten PSZ in Deutschland (© BAfF e.V.)	42
Abb 9: Pyramidenmodell des Versorgungsangebots eines PSZ	44
Abb 10: Prozentualer Anteil weiterer Angebote im Leistungsspektrum der befragten PSZ im Jahr 2015	45
Abb 11: Zielgruppen der Vernetzungs- und Fortbildungsarbeit der PSZ im Jahr 2015.....	46
Abb 12: KlientInnen in den PSZ	49
Abb 13: KlientInnen eines durchschnittlichen Zentrums	50
Abb 14: Gesamtanzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014.	51
Abb 15: Prozentualer Anteil von minderjährigen KlientInnen in den 32 Zentren im Jahr 2015	53
Abb 16: Verteilung der Mitarbeitenden über die Arbeitsbereiche eines PSZ.....	59
Abb 17: Qualifikation der Mitarbeitenden im psychotherapeutischen Bereich in den Zentren im Jahr 2015.....	76
Abb 18: TherapeutInnen mit Approbation in den „Richtlinienverfahren“ der Psychotherapie im Jahr 2015	77
Abb 19: Kostenabrechnung durch das Sozialamt.....	81
Abb 20: Ablehnungsgründe durch das Sozialamt	82
Abb 21: Kostenübernahme für Psychotherapien durch die Krankenkassen	83
Abb 22: Kostenübernahme für Psychotherapien durch Jugendämter	87
Abb 23: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch Leistungsträger in den PSZ im Jahr 2015.....	90
Abb 24: Vorjahresvergleich der Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger	91
Abb 25: Das Gesamtbudget eines durchschnittlichen und eines typischen Zentrums im Jahresvergleich.....	94
Abb 26: Das Gesamtbudget eines durchschnittlichen Zentrums im Jahresvergleich 2014-2015	95
Abb 27: Häufigkeit der Aussagen zu Schwierigkeiten bei der Vermittlung von KlientInnen in die Regelversorgung	101

Tabellenverzeichnis

Tab 1: KlientInnen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2015.....	49
Tab 2: Gesamtanzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014.....	50
Tab 3: Durchschnittliche Anzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014	51
Tab 4: Neuaufnahmen insgesamt und in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014.....	52
Tab 5: Durchschnittliche und typische Anzahl minderjähriger KlientInnen in den PSZ im Jahr 2015	53
Tab 6: Prozentuale Verteilung der rechtlichen Situation der KlientInnen	54
Tab 7: Aktuelle Zahlen zu in Deutschland lebenden Flüchtlingen.	55
Tab 8: MitarbeiterInnen, Stellenanteile und durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden im Jahr 2015.....	57
Tab 9: Vorjahresvergleich der Anzahl (Mittelwerte und Median) der hauptamtlichen MitarbeiterInnen und der Stellenanteile	57
Tab 10: Feste Mitarbeitende in den verschiedenen Arbeitsbereichen in den PSZ im Jahr 2015	59
Tab 11: Freie MitarbeiterInnen und deren Arbeitszeit in den Zentren im Jahr 2015.....	61
Tab 12: Freie MitarbeiterInnen in den verschiedenen Arbeitsbereichen in den PSZ im Jahr 2015.....	62
Tab 13: KlientInnen in verschiedenen Psychotherapie-Settings in den PSZ im Jahr 2015.....	73
Tab 14: KlientInnen in Kurz- oder Langzeittherapien in den Zentren und durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen	73
Tab 15: Durchschnittliche Stundenanzahl von festen und freien PsychotherapeutInnen in den Zentren im Jahr 2015	75
Tab 16: Qualifikation der Mitarbeitenden im psychotherapeutischen Bereich in den Zentren im Jahr 2015.....	77
Tab 17: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Sozialbehörden (n=13 Zentren).....	80
Tab 18: Kostenübernahmen für Sprachmittlungskosten durch die Sozialbehörden (n=16 Zentren)	81
Tab 19: Kostenübernahmen für Fahrtkosten durch die Sozialbehörden (n=13 Zentren).....	81
Tab 20: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen (n=7).....	84
Tab 21: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Jugendämter	86
Tab 22: Kostenübernahmen für Sprachmittlungskosten durch die Jugendämter	87
Tab 23: Kostenübernahmen für Fahrtkosten durch die Jugendämter	87
Tab 24: Kostenübernahmen (Sozialämter, Krankenkassen, Jugendämter) im Verhältnis zu KlientInnenzahlen in den PSZ	90
Tab 25: Vorjahresvergleich der Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger	91
Tab 26: Gesamthaushalt eines durchschnittlichen und typischen Zentrums mit Finanzierungsquellen	93
Tab 27: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen / typischen Zentrum in einem Monat	96
Tab 28: Gesamtzahl der Vermittlungen aller Zentren in die Regelversorgung im Jahr 2015	97
Tab 29: KlientInnen auf der Warteliste 2013-2015	107
Tab 30: Ablehnungsquoten pro Jahr bei Beratung, Therapie, Sonstigem.....	108

ÜBER DIE BAFF



**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer**

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.) ist der Dachverband der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. Wir setzen uns dafür ein, dass das soziale Menschenrecht auf Gesundheit einschließlich der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung auch für Geflüchtete umgesetzt wird. Um Geflüchtete beim Aufbau eines gesunden, menschenwürdigen Lebens im Exil zu unterstützen, engagieren wir uns bundesweit für eine bedarfsorientierte flächendeckende psychosoziale und gesundheitliche Versorgung.

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den letzten 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 34 Psychosozialen und/oder Behandlungszentren und Initiativen, werden seit 1996

durch die BAFF als ihren Dachverband vernetzt. Die BAFF koordiniert den Austausch von Erfahrung, Wissen und Information zwischen AkteurInnen, die sich im Flüchtlingschutz engagieren, veranstaltet Fortbildungen, Sensibilisierungstrainings und Expertenrunden, sucht das Gespräch mit EntscheidungsträgerInnen des Gesundheits- und Sozialsystems und setzt sich für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindert.

Wir engagieren uns für den Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete und setzen Impulse im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Diskurs. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei auch Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

VERNETZUNG

Als Dachverband der Psychosozialen Zentren vernetzen wir unsere Mitgliedszentren auf nationaler, aber auch auf europäischer und internationaler Ebene. Ziel ist ein umfassender Erfahrungsaustausch bezüglich der psychosozialen Beratung und Behandlung traumatisierter Geflüchteter.



FACHLICHE EXPERTISE

Aus dem aus den Zentren gebündelten Erfahrungswissen und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickeln wir Qualitätskriterien und Leitlinien für eine angemessene Behandlung traumatisierter Geflüchteter (z.B. auch über den Einsatz von DolmetscherInnen in der Therapie), welche wir der breiten Fachöffentlichkeit zugänglich machen.



LOBBY-, ÖFFENTLICHKEITS- UND AUFKLÄRUNGSARBEIT

Durch regelmäßige Publikationen, Projekte und Veranstaltungen sensibilisieren wir die breite Öffentlichkeit, öffentliche Interessenvertreter sowie die Politik für die Lebensrealität der in Deutschland lebenden Geflüchteten und Opfern von organisierter Gewalt. So wollen wir die Handlungsbereitschaft hin zu einer Verbesserung der Lebenssituation von Geflüchteten in Deutschland fördern.



DATENERHEBUNG UND HINTERGRUNDANALYSEN

Wir erheben regelmäßig Daten zur Versorgungssituation unserer Zielgruppe, dokumentieren Einzelfälle und Good Practice, entwickeln zielgruppenspezifische Erhebungsinstrumente und stehen in engem Austausch mit Wissenschaft und Forschung.



FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Mithilfe unserer fachlichen Expertise entwickeln wir Fort- und Weiterbildungen und führen diese durch.



ADRESSEN

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

Paulsenstr. 55-56
12163 Berlin
Telefon: +49 (0)30-31012463
E-Mail: info@baff-zentren.org
Website: www.baff-zentren.org

Baden-Württemberg

BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
Innere Wallstr. 6
89077 Ulm
Tel.: +49 (0) 731 – 228 36
Fax: +49 (0)731 – 159 790 00
E-Mail: kontakt@bfu-ulm.de
Website: www.bfu-ulm.de

**PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für
politisch Verfolgte und Vertriebene**
Schloßstraße 76
70176 Stuttgart
Tel.: +49 (0) 7 11 – 28 54 450
Fax: +49 (0) 7 11 – 20 54 499 507
E-Mail: pbv@eva-stuttgart.de
Website: <http://www.eva-stuttgart.de/fluechtlinge-mit-traumaerfahrung.html>

**Refugio Stuttgart e.V. – Psychosoziales Zentrum für
traumatisierte Flüchtlinge**
Weißenburgstr.13
70180 Stuttgart
Tel.: +49 (0) 711 – 6453 127
Fax.: +49 (0) 711 – 6453 126
E-Mail: info@refugio-stuttgart.de
Website: www.refugio-stuttgart.de

**Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für
traumatisierte Flüchtlinge e.V.**
Schwedendammsstraße 6
78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: +49 (0) 7721 – 5041 55
Fax: +49 (0) 7721 – 5041 65
E-Mail: refugio.vs@t-online.de
Website: www.refugio-vs.de

Bayern

**PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
St.-Johannis-Mühlgasse 5**
90419 Nürnberg
Tel: +49 (0) 911 – 393 63-62
Fax: +49 (0) 911 – 393 63-61
E-Mail: buellesbach.charlotte@rummelsberger.net
Website: <http://migration.rummelsberger-diakonie.de/beratung/psychosoziales-zentrum/>

**REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszent-
rum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.**
Rosenheimer Straße 38
81669 München
Tel.: +49 (0) 89 – 982 95 70
Fax: +49 (0) 89 – 982 95 757
E-Mail: office@refugio-muenchen.de
Website: www.refugio-muenchen.de

**Exilio Lindau – Hilfe für Flüchtlinge und Folterüberle-
bende e.V.**
Reutiner Straße 5
88131 Lindau
Tel.: +49 (0) 8382 – 40 94 50
Fax: +49 (0) 8382 – 40 94 54
E-Mail: info@exilio.de
Website: <http://www.exilio.de>

Berlin

Zentrum ÜBERLEBEN

Turmstraße 21
10559 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 303 90 60
Fax: +49 (0) 30 – 306 14 371
E-Mail: mail@bzfo.de
Website: www.bzfo.de

XENION Berlin – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte

Paulsenstraße 55/56
12163 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 323 29 33
Fax: +49 (0) 30 – 324 85 75
E-Mail: info@xenion.org
Website: www.xenion.org

Brandenburg

Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde

c/o KommMit e.V.
Turmstraße 21, Haus K, Eingang D, 2. OG links
10559 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 983 537 31
Fax: +49 (0) 30 – 983 539 14
E-Mail: m.misselwitz@kommit.eu
Website: kooperation-für-flüchtlinge-in-brandenburg.de/

FaZIT – Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz

Zum Jagenstein 3
14478 Potsdam
Tel.: +49 (0) 331 – 9676250
Fax: +49 (0) 331 – 9676259
E-Mail: info@fazit-brb.de
Website: www.fazit-brb.de

Bremen

REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.

Parkstraße 2-4
28209 Bremen
Tel.: +49 (0) 421 – 376 07 49
Fax: +49 (0) 421 – 376 07 22
E-Mail: info@refugio-bremen.de
Website: www.refugio-bremen.de

Hamburg

haveno

Gesundheitszentrum St. Pauli, Haus 5
Seewarterstraße 10
20459 Hamburg
Tel./Fax: +49 (0) 40 – 31 79 35 35
E-Mail: info@haveno.de
Website: www.haveno.de

Hessen

Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein

Eschersheimer Landstraße 567
60431 Frankfurt am Main
Tel: +49 (0) 69 – 53 02-291
Fax: +49 (0) 69 – 53 02-294
E-Mail: fluechtlingsberatung@frankfurt-evangelisch.de
Website: <http://www.frankfurt-evangelisch.de/g1.html>

FATRA – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.

Berger Strasse 118
60316 Frankfurt am Main
Tel.: +49 (0) 69 – 49 91 74
Fax: +49 (0) 69 – 49 85 26
E-Mail: fatra@t-online.de
Website: www.fatra-ev.de

Mecklenburg-Vorpommern

Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende in Vorpommern

Kapaunenstraße 10
17489 Greifswald
Tel.: +49 (0) 3834 – 23 11 269
Fax: +49 (0) 3834 – 23 11 265
E-Mail: psz@kdw-greifswald.de
Website: http://www.kdw-greifswald.de/Bereiche_Seiten/fluechtlingsberatung.html

Niedersachsen

IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.

Klävemannstraße 16
26122 Oldenburg
Tel.: +49 (0) 441 – 88 40 16
Fax: +49 (0) 441 – 984 96 06
E-Mail: info@ibis-ev.de
Website: www.ibis-ev.de

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

Marienstraße 28
30171 Hannover
Tel.: +49 (0) 511 – 856 44 514
Fax: +49 (0) 511 – 856 44 515
E-Mail: ntfn-ev@web.de
Website: www.ntfn.de

Therapiezentrum für Folteropfer des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V.

Spiesergasse 12
50670 Köln
Tel.: +49 (0) 221 – 160 74-0
Fax: +49 (0) 221 – 139 02 72
E-mail: therapiefolteropfer@caritas-koeln.de
Website: www.therapiezentrum-fuer-folteropfer.de

Nordrhein-Westfalen

MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e.V.

Dr.-Ruer-Platz 2
44787 Bochum
Tel.: +49 (0) 234 – 904 13 80
Fax: +49 (0) 234 – 904 13 81
E-Mail: info@mfh-bochum.de
Website: www.mfh-bochum.de

PSZ Aachen- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e.V.)

Mariahilfstraße 16
52062 Aachen
Tel.: +49 (0) 241 – 49 00 0
Fax: +49 (0) 241 – 49 00 4
E-Mail: paez.ac@t-online.de und Psz.ac@gmx.de
Website: <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
Tel. +49 (0) 521 – 7 87 152 46
Fax: +49 (0) 521 – 7 87 152 93
E-Mail: dallwitz@ak-asyl.info
Website: www.psz-nrw.de/psz-netzwerk/psz-bielefeld/

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf

Benrather Straße 7
40213 Düsseldorf
Tel.: +49 (0) 211 – 544 173 22
Fax: +49 (0) 211 – 544 173 20
E-Mail: info@psz-duesseldorf.de
Website: www.psz-duesseldorf.de

Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe

Hafenstr. 3-5
48153 Münster
Tel.: +49 (0) 251 – 144 86 31
Fax: +49 (0) 251 – 144 86 34
E-Mail: info@refugio-muenster.de
Website: www.refugio-muenster.de

Rheinland-Pfalz

IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen

Caritas Rhein-Mosel-Ahr
St. Veit-Straße 14
56727 Mayen
Tel.: +49 (0) 2651 – 98 690
E-Mail: goepfert-m@caritas-mayen.de
Website: <http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz>

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Altenkirchen Diakonie Altenkirchen

Stadthallenweg 16
57610 Altenkirchen
Tel.: +49 (0) 2681 – 800 820
E-Mail: liebmann@dw-ak.de
Website: <http://www.diakonie-altenkirchen.de/fachdienst-fuer-fluechtlinge-und-migranten>

Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier

Dasbachstraße 21
54292 Trier
Tel.: +49 (0) 651 – 991 060 0
Fax: +49 (0) 651 – 991 636 6
E-Mail: fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de
Website: <http://www.jmd-trier.de/%C3%B6kumenische-beratungsstelle-f%C3%BCr-fl%C3%BCchtlinge/>

Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen Diakonie Pfalz

Wredestr. 17
67059 Ludwigshafen
Tel.: +49 (0) 621 – 490 777 10
E-Mail: psz-pfalz@diakonie-pfalz.de
Website: www.diakonie-pfalz.de

Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz Caritas Mainz

Rheinallee 3a
55116 Mainz
Tel.: +49 (0) 6131 – 907 46 0
Fax: +49 (0) 6131 – 907 46 60
E-Mail: beratungszentrum@caritas-mz.de
Website: <http://www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st.-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma>

Saarland

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Migranten des Deutschen Roten Kreuzes

Vollweidstraße 2
66115 Saarbrücken
Tel.: +49 (0) 681 – 976 42 54
Fax: +49 (0) 681 – 976 42 90
E-Mail: psz@lv-saarland.drk.de
Website: <http://lv-saarland.drk.de/angebote/migration-und-suchdienst/migration-und-integration/psychosoziales-zentrum-psz.html>

Sachsen

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e.V.

Peterssteinweg 3
04107 Leipzig
Tel.: +49 (0) 341 – 927 877 12
E-Mail: psz@mosaik-leipzig.de
Website: www.mosaik-leipzig.de

CALM Sachsen das Boot gGmbH)

Könneritzstraße 72
04229 Leipzig
Tel.: +49 (0) 351 – 264 400 90
E-Mail: psz.dresden@das-boot-ggmbh.de
Website: www.calm-sachsen.de

Sachsen-Anhalt

Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt

Standort Halle (Saale):

Charlottenstraße 7
06108 Halle (Saale)
Tel: +49 (0) 345 – 212 576 8
Fax: +49 (0) 345 – 203 691 37
E-Mail: kontakt@psz-sachsen-anhalt.de
Website: www.psz-sachsen-anhalt.de

Standort Magdeburg:

Liebkechtstraße 55
39114 Magdeburg
Tel: +49 (0) 391 – 631 098 07
Fax: +49 (0) 391 – 506 769 85
E-Mail: kontakt@psz-sachsen-anhalt.de
Website: www.psz-sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete der Diakonie Altholstein

Am Alten Kirchhof 12
24534 Neumünster
Tel.: +49 (0) 4321 – 244 88
Fax: +49 (0) 4321 – 242 19
E-Mail: bzm@diakonie-altholstein.de
Website: <https://www.diakonie-altholstein.de/de/Beratungszentrum-Mittelholstein>

Thüringen

refugio thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V.

Standort Jena:

Wagnergasse 25
07743 Jena
Tel.: +49 (0) 3641 – 22 62 81
Fax: +49 (0) 3641 – 23 81 98
E-Mail: koordination@refugio-thueringen.de
Website: www.refugio-thueringen.de

Standort Erfurt:

Schillerstraße 44
99096 Erfurt
Tel.: +49 (0) 61 – 60 26 80 79
Fax: +49 (0) 61 – 74 42 95 66
E-Mail: psz-erfurt@refugio-thueringen.de
Website: www.refugio-thueringen.de

Unterstützen Sie die BAfF

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

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



Werden Sie Einzelfördermitglied

Sie können als Einzelfördermitglied der BAfF unsere Arbeit nachhaltig und wirkungsvoll unterstützen. Als Fördernde der BAfF zahlen Sie einen Beitrag von 100 Euro jährlich. Mit Ihrer Förderung können Sie Veränderungen in unserer Gesellschaft mitgestalten und den Überlebenden von Folter oder schweren Menschenrechtsverletzungen helfen.

Als Einzelfördermitglied erhalten Sie regelmäßig Newsletter, in denen Sie über die laufenden Aktivitäten der BAfF informiert werden, unsere Veröffentlichungen, Veranstaltungshinweise und einen Jahresbericht. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, an der jährlich stattfindenden Mitgliederversammlung im Rahmen der bundesweiten Fachtagung teilzunehmen, die wir jedes Jahr in Kooperation mit einem unserer Mitgliedszentren organisieren.

Kontaktieren Sie uns einfach per Email (info@baff-zentren.org), dann schicken wir Ihnen alle nötigen Unterlagen zu. Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Sie können Ihre Mitgliedschaft jederzeit kündigen.

Oder helfen Sie uns mit einer einmaligen Spende auf unser Spendenkonto:

Spendenkonto:

BAfF e.V.

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE86 100 205 000 003 096 00

BIC: BFSWDE33BER

In diesem Bericht geht die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) den Fragen nach, inwieweit Geflüchteten, die psychisch belastet sind, in Deutschland adäquate und erreichbare psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung steht.

Dies ist die 3. aktualisierte Auflage des Versorgungsberichts der BAfF e.V. Die Daten beruhen auf Datenerhebungen in den Psychosozialen Zentren für Geflüchtete in Deutschland und werden durch aktuelle wissenschaftliche Studien und einen Überblick der völker- und europarechtlichen Verpflichtungen im Kontext der Versorgung bei psychischen Belastungen ergänzt. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

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