



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft  
der psychosozialen Zentren  
für Flüchtlinge und Folteropfer

---

# Flucht & Gewalt

Psychosozialer Versorgungsbericht  
Deutschland 2022

## IMPRESSUM

**Herausgeberin:** Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V., Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63 | E-Mail: [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org) | Web: [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)

**Autorinnen:** Lenssa Mohammed und Yukako Karato

**Gestaltung:** RadiCon | Berlin, Kerstin Conradi

**Fotos:** RadiCon | Berlin, Kerstin Conradi

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF bestellt werden:  
<https://www.baff-zentren.org/shop/>

Herzlichen Dank an die Psychosozialen Zentren, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufbrachten. Ein großes Dankeschön auch an die Interviewpartner\*innen aus dem Behandlungsnetzwerk Frankfurt a.M., die ihre langjährig gewachsenen Erfahrungen mit uns teilten, und an die Interviewpartner\*innen aus Kopenhagen, Amsterdam, Hamburg und Bern, die uns Einblicke in die unterschiedlichen Praktiken und Diskurse zum Thema Sprachmittlung ermöglichten. Vielen Dank an unsere Vorgänger\*innen Jenny Baron und Lea Flory für die umfassende und differenzierte Vorarbeit, auf die wir zurückgreifen konnten. Abschließend möchten wir auch dem BAfF-Team und dem Vorstand für die Unterstützung durch inhaltliche Beiträge und Feedback danken.

Diese Publikation entstand aus dem Projekt „Qualitätssicherung, Dokumentation und Monitoring im interprofessionellen Team (QUANTUM)“. Das Projekt wurde aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) kofinanziert. Weitere Finanzierungsquellen sind: die UNO-Flüchtlingshilfe, die Berliner Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).



# Flucht & Gewalt

## Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022

# Inhalt

<b>Grußwort der UNO-Flüchtlingshilfe</b>	<b>6</b>	<b>7.3 Klient*innen der PSZ</b>	<b>81</b>
<b>Vorwort</b>	<b>8</b>	7.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen	81
<b>Zusammenfassung</b>	<b>10</b>	7.3.2 Genutzte Angebote	83
<b>Key Facts</b>	<b>12</b>	7.3.3 Aufenthaltssituation	83
<hr/>			
<b>1. Einleitung</b>	<b>16</b>	7.3.4 Hauptherkunftsländer	86
<b>2. Diskriminierung in der Versorgung geflüchteter Menschen</b>	<b>22</b>	<b>7.4 Zugang zu den PSZ</b>	<b>86</b>
2.1 Lebensrealitäten geflüchteter Menschen	22	7.4.1 Vermittelnde Akteure	86
2.2 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung	25	7.4.2 Einzugsgebiet	87
<b>3. Visionen und Forderungen</b>	<b>32</b>	<b>7.5 Versorgungsprozess</b>	<b>89</b>
<b>4. Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Versorgung</b>	<b>38</b>	7.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung	89
4.1 Psychosozialer Ansatz	38	7.5.2 Sprachmittlung	90
4.2 Menschenrechtsprinzipien	39	<b>7.6 Versorgungsengpässe</b>	<b>91</b>
4.3 Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Praxis	40	7.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf	91
4.4 Der Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Arbeit am Beispiel von Gewalt- und Folterüberlebenden	43	7.6.2 Wartezeiten	92
<b>5. Kooperation Psychosoziale Zentren &amp; Gesundheitswesen</b>	<b>46</b>	7.6.3 Ablehnungen	92
5.1 Behandlungsnetzwerk für Flüchtlinge in Frankfurt a. M.	47	7.6.4 Aufnahme von Klient*innen	93
<b>6. Interpretation in the Healthcare Sector: European Perspectives</b>	<b>60</b>	7.6.5 Weitervermittlung von Klient*innen	95
6.1 Current Approaches and Challenges in Germany, the Netherlands and Switzerland	60	<b>7.7 Finanzierung</b>	<b>96</b>
6.2 Interpreter-mediated Psychiatry and Psychotherapy at the Competence Centre for Transcultural Psychiatry in Denmark	69	7.7.1 Finanzierungsstrukturen	96
<b>7. Daten aus den Psychosozialen Zentren</b>	<b>78</b>	7.7.2 Kostenübernahme durch die Sozialämter	98
7.1 Datenbasis	78	7.7.3 Kostenübernahme durch die Jugendämter	99
7.2 Rahmenbedingungen in den PSZ	78	7.7.4 Kostenübernahme durch die Krankenkassen	100
7.2.1 Leistungsspektrum	78	7.7.5 Kostenübernahme durch Ermächtigung	100
7.2.2 Trägerschaft	80	<b>8. Ausblick</b>	<b>104</b>
7.2.3 Mitarbeitende in den PSZ	80	<b>9. Literaturverzeichnis</b>	<b>110</b>
		<b>10. Anhang</b>	<b>120</b>
		10.1 Glossar	120
		10.2 Übersicht der PSZ	123

# Grußwort der UNO-Flüchtlingshilfe

## Mit Traumata leben lernen

Wer hat nicht noch die verzweifelte afghanische Mutter vor Augen, die einer unbekanntem amerikanischen Soldatin im Herbst 2021 am Flughafen in Kabul ihr Baby über den Stacheldrahtzaun in die Hand drückt. Familie ist überall auf der Welt das höchste Gut – unermesslich muss daher die Verzweiflung der Mutter sein, einen solchen Schritt zu wagen.

Und es gibt Geschichten wie die von Yasir, einem jungen Flüchtling aus dem Sudan, die es nicht in die Weltöffentlichkeit schaffen. Er ist in Libyen durch die Hölle gegangen, erlebte während seiner Zeit in einem der berühmtesten Internierungslager jeden Tag nicht enden wollende Gewalt und Folter. Durch den UNHCR-Einsatz konnte Yasir aus der Gefangenschaft befreit und mit anderen Flüchtlingen in den Niger evakuiert werden.

„Mit Traumata leben lernen“ klingt wie ein lapidarer Titel eines Seminars fernab der Lebensrealität vieler Menschen weltweit. Aber es trifft den Kern der Arbeit in den vielen Psychosozialen Zentren Deutschlands.

Besonders Menschen, die schwere Gewalt erlebt haben, haben es schwer, sich auf neue Situationen einzustellen und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Denn Vertreibung, Verfolgung, Folter und Vergewaltigung sind traumatische Erlebnisse, die tiefe Spuren hinterlassen. Um diese Erfahrungen verarbeiten zu können, sie als Teil des eigenen Lebens zu akzeptieren und sich wieder ein neues Leben aufbauen zu können, brauchen Flüchtlinge nicht nur Zeit, sondern manche auch psychosoziale Unterstützung.

Diese erhalten sie in den Psychosozialen Zentren. Dort arbeiten speziell ausgebildete Psycholog\*innen, Psychiater\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Jurist\*innen, die sich um die traumatisierten Flüchtlinge kümmern. Durch Beratungen und Therapien werden Flüchtlinge unterstützt, sich mit ihrem Schicksal auseinanderzusetzen, mit dem Erlebten zu leben und neue Kraft zu schöpfen, um das teils zermürbende Asylverfahren durchzustehen.

Diese Arbeit ist unendlich wertvoll und die UNO-Flüchtlingshilfe ist froh, die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) zu unterstützen.

Und diese Arbeit ist aktueller und dringender denn je: Die Bilder aus der Ukraine und den Nachbarländern führen es uns wieder eindringlich vor Augen. Erneut sieht man Bilder von Familien, die sich trennen müssen. Diesmal sind es Väter, die Frau und Kinder am Bahnhof verabschieden, in Sicherheit bringen, während sie selbst in den Krieg ziehen.

„Mit Traumata leben lernen“ – das gesamte Team der UNO-Flüchtlingshilfe ist dankbar für das Engagement der Psychosozialen Zentren: Diese Arbeit rettet Leben.

## Peter Ruhenstroth-Bauer



Foto: Jim Rakete

## Peter Ruhenstroth-Bauer

ist seit April 2017 Geschäftsführer der UNO-Flüchtlingshilfe in Bonn.

# Vorwort

## **Die Versorgung von schutzbedürftigen Geflüchteten ist eine moralische Verpflichtung, der Deutschland nicht gerecht wird.**

Wie groß die Bereitschaft in Deutschland ist, Geflüchtete aufzunehmen, hat die Reaktion der Bevölkerung auf die humanitäre Krise, ausgelöst durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, gezeigt. In der Verteidigungs- und Außenpolitik haben wir einen Paradigmenwechsel gesehen. Notwendig ist ein solcher Paradigmenwechsel auch bezüglich der Verantwortung gegenüber Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht allgemein.

**Gesundheit ist ein Menschenrecht.** Doch werden Menschen mit Fluchterfahrung häufig mit ihren Belastungen alleingelassen, obgleich zahlreiche völkerrechtliche Übereinkommen Deutschland verpflichten, bei Bedarf eine psychosoziale Begleitung und/oder therapeutische Behandlung bereitzustellen.

Der Versorgungsbericht der BAfF mit Zahlen aus den Psychosozialen Zentren für das Jahr 2020 zeigt die enorme Versorgungslücke und die Engpässe in den Strukturen. So haben geflüchtete Menschen, die krank oder traumatisiert sind, teilweise keine Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit Folter, Verfolgung und Flucht aufzuarbeiten oder dies, über eine psychologische Stellungnahme abgesichert, im Asylprozess rechtlich geltend zu machen. Unser Versorgungsbericht zeigt, dass sowohl die Dokumentation durch Gutachten sowie die Aufarbeitung mit Hilfe professioneller Unterstützung vielen Menschen verwehrt bleibt.

Tatsächlich beobachten wir als Bundesverband bereits seit Jahren einen Anstieg an Anfragen von Betroffenen; dem gegenüber stehen die Kapazitätsgrenzen der Zentren: Knapp 10.000 Personen haben allein im Jahr 2020 vergeblich versucht, Hilfe in den Psychosozialen Zentren zu erhalten.

Aber 2020 war auch das Jahr der Covid-19-Pandemie und viele der Zentren wurden als systemrelevant eingestuft. Zwar konnten die Psychosozialen Zentren unter extrem großen Anstrengungen Beratungstermine, Einzel- und Gruppentherapien oder andere Angebote – oft nur mit zusätzlichem ehrenamtlichem Engagement – aufrechterhalten, jedoch sind auch viele Termine ausgefallen oder mussten abgesagt werden. So erklärt sich ein gewisser Rückgang der Leistungen.

## **In dieser Hinsicht war 2020 ein außerordentliches Jahr – aber es hat gleichzeitig noch deutlicher die Mängel in der Versorgung gezeigt. Menschen, die vor Krieg, Folter und Verfolgung Schutz in Deutschland suchen, brauchen weiterhin schnelle und unbürokratische Unterstützung.**

In der Realität warten – auch unabhängig von den Coronabeschränkungen – die Menschen teilweise monatelang auf ihr Erstgespräch. Wartelisten in den Psychosozialen Zentren sind lang oder werden nicht mehr geführt, da es zu viele Anfragen gibt. Die Mitarbeiter\*innen arbeiten oft über die eigene Auslastung hinaus, Projekt- oder Finanzanträge werden nicht genehmigt und stellen die Zentren vor ernsthafte Finanzprobleme.

Die aktuell große Fluchtbewegung aus der Ukraine wird die Versorgungslücke in Deutschland noch deutlicher aufzeigen und die Psychosozialen Zentren vor eine noch größere Herausforderung stellen. Ein Wechsel in den prägenden politischen Denkmustern wäre also sehr angebracht.

Es braucht jetzt einen neuen Ansatz: eine nachhaltige Finanzierung und eine deutlich bessere personelle Ausstattung der Hilfsstrukturen, damit Menschen mit Fluchterfahrung professionelle Hilfe jederzeit – so schnell wie möglich aber auch nach Monaten oder Jahren – in Anspruch nehmen können.

### **Lukas Welz und Elise Bittenbinder**



Foto: Florian Krauß

**Lukas Welz** ist seit Juli 2021 Geschäftsführer der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.).



Foto: JBAfF e. V.

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

# Zusammenfassung

## **Deutschland kommt seinen eigenen Verpflichtungen nicht nach:**

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) stellt seit Jahren fest, dass Deutschland seinen eigenen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen (u.a. Allg. Erklärung der Menschenrechte Art 25, UN Sozialpakt Art 12, UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3), Europäische Sozialcharta Art 11, Charta der Grundrechte der EU Art 35 und die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Art 19) bezüglich der Aufnahme und Versorgung schutzsuchender Menschen nicht angemessen nachkommt. Viele geflüchtete Menschen leben in Deutschland weiterhin jahrelang ohne sichere Bleibeperspektiven und unter teilweise menschenunwürdigen Verhältnissen in Massenunterkünften ohne soziale Anbindung und Teilhabemöglichkeiten. Besonders für Menschen, die traumatische Ereignisse erlebt haben, sind diese Umstände unangemessen und können dazu beitragen, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand verschlechtert.

## **Geflüchteten Menschen fehlen angemessene Zugänge zur Gesundheitsversorgung:**

Für geflüchtete Menschen bestehen in Deutschland erhebliche Zugangsbarrieren zum öffentlichen Gesundheitssystem. In den ersten 18 Monaten nach ihrer Ankunft haben sie nur im Falle akuter Erkrankungen und Schmerzzustände Anspruch auf eine medizinische Behandlung. Darüber hinaus verhindern Sprachbarrieren oftmals den Zugang zu Versorgung. Die Nicht-Behandlung gesundheitlicher Beschwerden führt häufig dazu, dass diese sich chronifizieren – mit erheblichen Folgekosten nicht nur für die betroffenen Personen, sondern auch für das Gesundheitssystem und die gesamte Gesellschaft.

## **Das Angebot der Psychosozialen Zentren (PSZ):**

Die PSZ stellen ein spezialisiertes multiprofessionelles Angebot für Menschen mit Flucht- und Foltererfahrungen bereit. Derzeit organisieren sich 47 PSZ unter dem Dach der BAfF. Die PSZ verfolgen einen psychosozialen Menschenrechtsansatz, d.h. Menschenrechtsprinzipien wie Menschenwürde, Diskriminierungsfreiheit, Gendergerechtigkeit und Kultursensibilität bestimmen ihre Arbeit. Geflüchtete Menschen werden als Expert\*innen ihres eigenen Lebens verstanden und dabei unterstützt, für ihre Rechte einzutreten und mit den psychosozialen Folgen von Flucht, Gewalt

und Folter umzugehen. Das geschieht etwa durch soziale und berufliche Anbindung, Aktivismus, Beratung und Therapieangebote.

Im Jahr 2020 wurden durch die PSZ 19.352 Klient\*innen versorgt. Über die Jahre ist deren Anzahl kontinuierlich gestiegen. Zwei Drittel der Klient\*innen besaßen einen unsicheren Aufenthaltsstatus (Aufenthaltsgestattung oder Duldung) und damit keine klare Bleibeperspektive in Deutschland.

Die Finanzierung der PSZ ist äußerst prekär und erfolgt zum größten Teil aus zeitlich begrenzten Fördermitteln. 2020 stammte der größte Anteil der Gelder aus Landesmitteln (43,3 %). Der Bund (8,9 %) und die Kommunen (9,6 %) waren ungefähr in gleicher Höhe an der Förderung beteiligt. Die Kostenübernahme von Therapien über das Asylbewerberleistungsgesetz, SGB V und SGB VIII, bildete lediglich 3,7 % der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

## **Forderungen:**

Die BAfF fordert grundlegende strukturelle Veränderungen, damit die Bedarfe schutzsuchender Menschen angemessen bedient werden können. Zu diesen zählen:

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

# Key Facts

## Germany does not fulfill its own obligations:

The German Association of Psychosocial Centers for Refugees and Victims of Torture (BAfF) has observed for years that Germany does not fulfill its own obligations from international treaties (e.g. Universal Declaration of Human Rights Art. 25, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Art. 12, UN Convention against Torture (General Comments Nr. 3), European Social Charter Art. 11, EU Charter of Fundamental Rights Art. 35 and the EU Reception Directive 2013/33 Art. 19) regarding the reception and support of asylum seekers. Countless numbers of refugees live for years without secure perspectives to stay in the country and under partially degrading conditions in mass accommodation with limited social contact and opportunities to participate in society. These conditions are especially unsuitable for persons with traumatic experiences and contribute to a decline in their health.

## Refugees do not have adequate access to healthcare:

Refugees in Germany face substantial barriers towards accessing the public healthcare system. During the first 18 months after arrival, they are only entitled to medical care in case of acute illness or pain. Furthermore, language barriers often impede access to care. The lack of treatment of health problems often leads to a chronification – with significant ensuing costs not only for the affected persons, but also for the healthcare system and society in general.

## The offerings of the Psychosocial Centers:

The Psychosocial Centers offer specialized multiprofessional care for refugees and torture survivors. Currently there are 47 Psychosocial Centers, which are organized under the umbrella of the BAfF. The Centers practice a human rights-based approach, which means that the principles of freedom from discrimination, gender equality and cultural sensitivity are central pillars of their work. Refugees are treated as experts regarding their own lives and supported in defending their rights and dealing with the psychosocial effects of forced migration, violence and torture. This includes support in social and professional development, activism, counseling and therapeutic care.

19,352 clients were given care through the Psychosocial Centers in 2020. Over the years, the number of clients has increased continually. Two thirds of the clients had a highly insecure residency status in Germany (“Aufenthaltsgestattung“ or “Duldung“) and therefore no clear perspective to stay in the country.

The financial situation of the Psychosocial Centers is extremely precarious, the majority of the financing comes from temporary public grants. In 2020, the largest share of the overall funds came from the federal states (“Bundesländer“) (43,3 %). National government funds (8,9 %) and municipal funds (9,6 %) provided a similar share of the financing. The coverage of costs for therapies through the Asylum Seekers‘ Benefit Act (“Asylbewerberleistungsgesetz“), public health insurance (“SGB V“) as well as public child and youth welfare services (“SGB VIII“) provided for only 3,7 % of the overall financing of the Psychosocial Centers.

## Political demands:

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

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

# 01

**Einleitung**

# 1 Einleitung

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) setzt sich gemeinsam mit vielen weiteren Akteur\*innen seit 25 Jahren gegen Diskriminierung in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Menschen ein, die aufgrund von Krieg, Gewalt und schweren Menschenrechtsverletzungen aus ihren Herkunftsländern fliehen mussten.

Mittlerweile versammeln sich unter dem Dach der BAfF deutschlandweit 47 Psychosoziale Zentren (PSZ) (Stand Juni 2022), die ein spezialisiertes multiprofessionelles Angebot für Menschen mit Fluchterfahrungen und insbesondere Menschen, die schwere Gewalt oder Folter erfahren haben, bereitstellen. Von ursprünglich ehrenamtlichen zivilgesellschaftlichen Initiativen haben sich die PSZ in den letzten Jahrzehnten zu zentralen Akteuren in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen mit Gewalt- und Foltererfahrungen entwickelt. Leider spiegelt sich dies nicht in ihrer Finanzierungsstruktur wider. Viele PSZ sind prekär finanziert und fast vollständig abhängig von Projektgeldern und Spenden. Die BAfF hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, die Anliegen der PSZ gegenüber Politiker\*innen und Entscheidungsträger\*innen zu vertreten, und versteht sich als Kompetenzzentrum im Bereich Flucht, Gewalt, Menschenrechte und Gesundheit.

In den letzten Jahrzehnten haben sich einige Aspekte zum Positiven verändert, die die Lebensrealität und Versorgung geflüchteter Menschen und Überlebender von Folter berühren, wie beispielsweise der vereinfachte Zugang zu Gesundheitsversorgung in einigen Bundesländern über eine elektronische Gesundheitskarte (Lindner, 2022), Landesförderungen von PSZ und regionale Finanzierungsmodelle für Sprachmittlungskosten (Baron & Flory, 2020; Refugio Bremen, 2019; SEGEMI, 2020) sowie Initiativen zur strukturierten Identifizierung besonderer Schutzbedarfe und Entwicklung von Mindeststandards zum Schutz von Asylsuchenden (BMFSFJ & UNICEF, 2021; vom Felde et al., 2020). Es gibt ein stärkeres gesellschaftliches Bewusstsein für die Bedarfe von LSBTIQ\*-Personen und eine verstärkte Auseinandersetzung mit diskriminierenden und rassistischen Strukturen, u.a. im Zuge der „Black Lives Matter“-Bewegung (Afrozensus, 2021; Haruna-Oelker, 2020). Das ging einher mit dem vereinzelt Ausbau von spezialisierten Angeboten (Schwulenberatung Berlin, 2021; Each One Teach One, 2022).

Trotz dieser Fortschritte wurden umfassende Veränderungen des Asylsystems in Deutschland und die Realisierung eines diskriminierungsfreien Zugangs zu gesund-

heitlicher Versorgung bisher nicht umgesetzt. Vielmehr kam es seit 2016 immer wieder zu asylrechtlichen Verschärfungen, beispielsweise durch das Asylpaket II und das Geordnete-Rückkehr-Gesetz, welche den Zugang zu einem gesicherten Aufenthalt und psychosozialer Versorgung erschwerten (BAfF, 2021). Damit kommt Deutschland den eigenen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen<sup>1</sup> weiterhin nicht angemessen nach.

Die aktuelle große Fluchtbewegung aus der Ukraine zeigt umso deutlicher, wo schon lange die Mängel in der Versorgung von geflüchteten Menschen liegen: in der Bereitstellung von Informationen in den entsprechenden Sprachen, bei Unterkünften, finanzieller Unterstützung, gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung, Kinderbetreuung, mittelfristig in der Klarheit über Aufenthaltsmöglichkeiten, im Zugang zu Sprachkursen, Bildungseinrichtungen, dem Arbeitsmarkt sowie in den Möglichkeiten der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Im Vergleich zu Geflüchteten aus anderen Ländern wird den Menschen aus der Ukraine schneller und unbürokratischer geholfen und Zugänge zum Bildungs-, Arbeits- und Gesundheitssektor werden ermöglicht. Das wäre allerdings für alle Menschen, die vor Verfolgung, Krieg und Gewalt in ihren Herkunftsländern geflohen sind, unbedingt nötig. Es sind wichtige Voraussetzungen, um kurz- und mittelfristig zur Ruhe zu kommen und eine gewisse psychische Stabilität zu erreichen, damit traumatische Erlebnisse langsam integriert werden können. Die aktuelle Situation zeigt deutlich, dass es ein gesellschaftliches Bewusstsein dafür gibt, was Menschen, die vor Krieg und Gewalt flüchten, brauchen und dass unbürokratische Hilfe möglich ist, vorausgesetzt, es gibt einen politischen Willen.

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung formuliert viele Aspekte, die das Leben von Einwander\*innen und geflüchteten Menschen unkomplizierter machen sollen, und macht Hoffnung, dass es einen politischen Willen gibt, Veränderungen im Migrations- und Asylsystem anzugehen (z. B. durch vereinfachte Prozesse bei Einbürgerungen, unabhängige Asylverfahrensberatung, Identifikation und Schutz schutzbedürftiger Personen). Ein Meilenstein, für den sich die BAfF

<sup>1</sup> U.a. Allg. Erklärung der Menschenrechte Art 25, UN Sozialpakt Art 12, UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3), Europäische Sozialcharta Art 11, Charta der Grundrechte der EU Art 35 und die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Art 19

und weitere Akteur\*innen seit vielen Jahren eingesetzt haben, ist die nun erfolgte Absichtserklärung der Bundesregierung, einen gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung zu verankern. Die Umsetzung dieses Anspruchs werden wir als BAfF in den nächsten Jahren begleiten und uns weiter dafür einsetzen, dass der Absichtsbekundung konkrete Maßnahmen folgen, die allen Klient\*innen in den PSZ zur Verfügung stehen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus.

Für die PSZ und die BAfF ist neben der Bekämpfung diskriminierender Strukturen in der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen wichtig, das spezialisierte Versorgungsmodell der PSZ strukturell zu verankern und nachhaltig zu finanzieren. In diesem Zuge kommt auch der Kooperation zwischen den PSZ und den Akteur\*innen des öffentlichen Gesundheitswesens (z. B. Kliniken und niedergelassene Behandler\*innen) eine besondere Bedeutung zu. Diese Zusammenarbeit gilt es in den nächsten Jahren weiterzuentwickeln. Dabei ist uns ein besonderes Anliegen, dass strukturelle Hürden beim Zugang zum öffentlichen Gesundheitswesen (z. B. die eingeschränkten Gesundheitsleistungen im Asylbewerberleistungsgesetz oder der fehlende Zugang zu Sprachmittlung) abgebaut und Akteur\*innen in der Gesundheitsversorgung sensibilisiert werden: in Bezug auf die Arbeit im interkulturellen Setting und insbesondere mit Menschen, die Gewalt und Folter erfahren haben. Dazu gehören etwa auch die Verankerung dieser Themen in den Curricula der verschiedenen Gesundheitsberufe sowie der Transfer von gelungenen Modellen der Kooperation zwischen den PSZ und der gesundheitlichen Regelversorgung in andere Regionen.

Den aktuellen Versorgungsbericht widmen wir aus diesem Grund dem Thema Kooperation zwischen den PSZ und Akteur\*innen des öffentlichen Gesundheitswesens. Zunächst werden diskriminierende Strukturen und Praktiken, denen geflüchtete Menschen in Deutschland ausgesetzt sind, beleuchtet (Kap. 2). Auf dieser Basis leiten wir Visionen und konkrete Forderungen der BAfF ab, um die Situation in Deutschland für geflüchtete Menschen und insbesondere Menschen, die Gewalt und Folter erfahren haben, zu verbessern (Kap. 3). Anschließend wird der psychosoziale Menschenrechtsansatz der PSZ und seine praktische Umsetzung kurz dargestellt (Kap. 4). Das Kapitel 5 geht vertiefend auf die Kooperation zwischen den PSZ und der gesundheitlichen Regelversorgung ein. Im Rahmen eines Interviewbeitrags mit Vertreter\*innen des Behandlungsnetzwerks für Flüchtlinge in Frankfurt a.M. wird darüber berichtet, wie sie es geschafft haben, ein funktionierendes Netzwerk zur Vermittlung von geflüchteten Menschen zwischen den PSZ,

niedergelassenen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sowie angehenden Psychotherapeut\*innen in Ausbildungsinstituten aufzubauen und es über 20 Jahre aufrechtzuerhalten. Kapitel 6 beinhaltet zwei Interviewbeiträge, in denen Forscher\*innen und Praktiker\*innen aus Deutschland, Holland, der Schweiz und Dänemark, die sich in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung auseinandergesetzt haben, Diskurse und Praktiken in ihren Ländern vorstellen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung diskutieren. Dann erfolgt eine ausführliche Darstellung der Versorgungsdaten in den PSZ im Jahr 2020 (Kap. 7). Abschließend wird ein Ausblick auf die zukünftigen BAfF-Aktivitäten gegeben (Kap. 8).

# 02

---

**Diskriminierung  
in der Versorgung  
geflüchteter  
Menschen**

## 2 Diskriminierung in der Versorgung geflüchteter Menschen

Seit vielen Jahren weist die BAfF gemeinsam mit vielen weiteren Akteur\*innen auf die Diskriminierung und Ausgrenzung geflüchteter Menschen in Deutschland hin, speziell im Hinblick auf ihre gesundheitliche Versorgung (Baron & Flory, 2020; BAGFW, 2020; BPTK, 2018; IPPNW, 2018; ProAsyl, 2017; Razum et al., 2016). Dabei wurde auch immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass Deutschland das Menschenrecht auf Gesundheit nicht allen Personen gleichermaßen zugesteht und seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen<sup>1</sup> bezüglich einer diskriminierungsfreien und umfassenden Gesundheitsversorgung nicht nachkommt (ausführlich dazu: Baron & Flory, 2018). Im Folgenden werden die Lebensrealitäten und damit zusammenhängende Diskriminierungsrisiken geflüchteter Menschen in Deutschland kurz skizziert.

### 2.1 Lebensrealitäten geflüchteter Menschen

Die Erfahrungen und Bedürfnisse geflüchteter Menschen sind wie bei Menschen ohne Fluchterfahrung heterogen. Eine Fluchterfahrung stellt für die Betroffenen zwar ein bedeutsames und potenziell traumatisches Erlebnis dar, allerdings sind die Folgen für die einzelnen Personen, ihre Familien, Communities und Gesellschaften so vielfältig und kontextabhängig, dass es schwierig ist, ihrer Komplexität in wenigen Worten gerecht zu werden. Welche Bedeutung eine Fluchterfahrung für Menschen hat, wird bestimmt durch:

- ihre Lebensrealitäten vor der Flucht (z. B. gesundheitliche Verfassung, soziale Rollen, soziale und berufliche Eingebundenheit, traumatische Erfahrungen, politische Verfolgung etc.),
- ihre Erfahrungen im Rahmen der Flucht (z. B. Dauer, Fluchtwege, Intensität von Bedrohungs- und Gewalterfahrungen) sowie

- die Bedingungen im Zielland (z. B. persönliche Sicherheit, Unterbringung, Aufenthaltsstatus, Entwicklungsmöglichkeiten, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen) (Patel, 2003).

Menschen, die in Deutschland Schutz suchen, teilen die folgenden Erfahrungen:

- Sie haben ihr Zuhause unfreiwillig und oftmals abrupt sowie unerwartet hinter sich gelassen und müssen sich an einem neuen, unbekanntem Ort zurechtfinden,
- sie sind in ihrer Entscheidungsfreiheit, wo und wie sie ihr Leben führen wollen, eingeschränkt und müssen sich teilweise mit einer menschenunwürdigen Unterbringung ohne Privatsphäre arrangieren,
- sie befinden sich bezüglich ihres Verbleibs in Deutschland in einem dauerhaften Wartezustand, der von Ungewissheit, Unsicherheit sowie einer drohenden Abschiebung begleitet wird, und
- sie sind aufgrund ihres Status als „Asylsuchende“ sowie dadurch, dass sie durch sichtbare oder unsichtbare (z. B. Sprache, Name) Merkmale als „anders“ betrachtet werden, in besonderem Maße von struktureller und direkter Diskriminierung und Rassismus betroffen (ausführlich dazu: Teigler & Krebs, 2020).

Diese Realität stellt auch für die meisten Menschen ohne traumatische Kriegserlebnisse oder Gewalt- und Foltererfahrungen bereits eine enorme Belastung dar und kann sich negativ auf deren Gesundheitszustand auswirken (Walther et al., 2019). Manche Menschen haben über die Fluchterfahrung hinaus in ihrem Herkunftsland oder auf der Flucht kriegerische Auseinandersetzungen, schwere Gewalt und Folter erlebt und sind durch die Erlebnisse stark belastet. Insbesondere diese Menschen brauchen dringend sichere Lebensumstände, die es ermöglichen, zur Ruhe zu kommen und die Gewalterfahrungen zu verarbeiten. Die Realität ist aber, dass sie in Deutschland den oben beschriebenen Belastungen ausgesetzt sind, die ihr Wohlbefinden deutlich verschlechtern können.

*Besonders Menschen, die über die Fluchterfahrung hinaus Menschenrechtsverletzungen erlebt haben, brauchen in Deutschland sichere Lebensumstände, um die Erfahrungen zu verarbeiten.*

Traumatische Erfahrungen können durch die Befragungen aktiviert werden und zu akuten psychischen Belastungen, von Flashbacks bis hin zu Zusammenbrüchen führen. Auch Gewalterfahrungen, Diskriminierung und Hass bewirken, dass geflüchtete Menschen zusätzlichen traumatisierenden Belastungen ausgesetzt sind (Amadeu Antonio Stiftung, 2020).

<sup>1</sup> U.a. Allg. Erklärung der Menschenrechte Art 25, UN Sozialpakt Art 12, UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3, Europäische Sozialcharta Art 11, Charta der Grundrechte der EU Art 35 und die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Art 19)

Die Erfahrungen von Schutzsuchenden in Deutschland unterscheiden sich stark in Abhängigkeit von ihrem Aufenthaltsstatus. Personen, die schnell eine unbefristete Niederlassungserlaubnis oder zumindest einen befristeten Aufenthaltsstatus erhalten (z. B. Asylberechtigte, Flüchtlinge nach der Genfer Konvention, Geflüchtete mit subsidiärem Schutz oder Geflüchtete, die durch ein nationales Abschiebeverbot geschützt sind), haben reale Möglichkeiten, ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren, u.a. weil sie neue Lebensperspektiven in Sicherheit entwickeln können. Das sind gute Voraussetzungen, um die Erfahrungen der Flucht zu verarbeiten und in der Gesellschaft anzukommen.

Von den knapp zwei Millionen Schutzsuchenden in Deutschland im Jahr 2020<sup>2</sup> hatten nur 280.715 eine unbefristete Niederlassungserlaubnis, die eine langfristige Perspektive in Deutschland sichert; mehr als eine Million<sup>3</sup> hatte eine befristete Aufenthaltsgenehmigung, welche zwar einen regulären Zugang zum Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen sowie dem Arbeitsmarkt ermöglicht, aber den Aufenthalt nicht abschließend sichert. Die Situation von Personen ohne sicheren Aufenthalt (z. B. Aufenthaltsgestattung oder Duldung) ist deutlich schwieriger. Im Jahr 2020 hielten sich insgesamt 459.100 Personen (23 % aller Schutzsuchenden) ohne sicheren Aufenthaltsstatus in Deutschland auf, davon 215.960 mit einem offenen Schutzstatus, d.h. sie befanden sich noch im Asylverfahren, und weitere 243.140 Personen, die abgelehnt worden waren und damit als ausreisepflichtig galten (Statistisches Bundesamt, 2021). Letztere halten sich allerdings oftmals viele weitere Jahre ohne sicheren Aufenthaltsstatus in Deutschland auf, um für ihr Recht auf Asyl zu kämpfen. Ihre Lebenssituation zeichnet sich aus durch:

- jahrelanges Warten auf eine sichere Bleibeperspektive,
- beengte Lebensverhältnisse in Gemeinschaftsunterkünften,
- fehlende oder eingeschränkte Ausbildungs- und Arbeitserlaubnis,
- fehlender oder eingeschränkter Zugang zu Integrations- und Sprachkursen sowie
- eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung, d.h. ausschließlich in Akutsituationen oder nach behördlicher Prüfung.

<sup>2</sup> Anzahl der Schutzsuchenden 2020: 1.856.785 (Ausländerzentralregister, 2021)

<sup>3</sup> Anzahl der Schutzsuchenden mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung 2020: 1.116.970 (Ausländerzentralregister, 2021)

Menschen, die schwere Gewalt und Folter erlebt und darüber hinaus keine sichere Bleibeperspektive in Deutschland haben, sind daher einem großen Risiko ausgesetzt, sich von ihren körperlichen und psychischen Beschwerden nicht gut zu erholen, sondern im Gegenteil unter langwierigen psychosozialen Belastungen zu leiden (Bittenbinder & Patel, 2017; Winkler et al., 2019). Leider sind die Möglichkeiten für gesellschaftliche Teilhabe und der Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen gerade für diese Personen besonders eingeschränkt und mit Hürden verbunden.

Hans Keilson (1979) hat in seinen Studien zu traumatischen Prozessen von jüdischen Kriegswaisen festgestellt, dass insbesondere die Zeit nach dem traumatischen Erlebnis einen großen Einfluss darauf hat, wie gut oder schlecht die Personen mit den Erlebnissen umgehen können. Demnach hat die Art und Weise, wie Menschen in Deutschland aufgenommen werden, welche Möglichkeiten für umfassende Rehabilitation ihnen zur Verfügung stehen und wie ihre Perspektiven für private, soziale und berufliche Entwicklung sind, einen entscheidenden Einfluss auf ihr Wohlbefinden.

*Insbesondere die Zeit nach einem traumatischen Erlebnis hat großen Einfluss darauf, wie gut oder schlecht Personen mit den Erlebnissen umgehen können.*

## 2.2 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Auf deutscher und europäischer Ebene wird anerkannt, dass in Bezug auf die Diskriminierung in der gesundheitlichen Versorgung Handlungsbedarf besteht. So wird im Rahmen des “EU Action Plan on Integration and Inclusion 2021–2027” darauf hingewiesen, dass mangelnder Zugang zu Gesundheitsversorgung ein zentrales Integrationshindernis darstellt. Der Aktionsplan beschreibt die weitreichenden Auswirkungen von Diskriminierung im Gesundheitswesen deutlich:

“Insufficient access to healthcare services can be a major obstacle to integration and inclusion, affecting virtually all areas of life, including employment and education. Migrants are confronted with specific persistent barriers to accessing healthcare services, including administrative hurdles, fears linked to uncertainties about the duration of their stay, discrimination, a lack of information and of familiarity with the healthcare system, and linguistic and intercultural obstacles.” (EU Commission, 2020, S. 13)

In Deutschland weist der aktuelle Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Bartig et al., 2021) deutlich auf Diskriminierungsmechanismen in der gesundheitlichen Versorgung hin. Es werden die folgenden Diskriminierungsbereiche identifiziert:

### **(1) Institutionelle Ausgrenzung, wie etwa der Ausschluss vom Recht auf Gesundheit durch das Asylbewerberleistungsgesetz**

In den ersten 18 Monaten haben geflüchtete Menschen keinen gleichberechtigten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Sie haben in dieser Zeit nur im Falle akuter Erkrankungen und Schmerzzustände Anspruch auf eine medizinische Behandlung. Das widerspricht der Gleichstellungsnorm in Artikel 23 der Genfer Flüchtlingskonvention, wonach Fürsorgeleistungen für geflüchtete Menschen denen der Staatsangehörigen entsprechen sollen (UNHCR, 1951). Darüber hinaus müssen Asylsuchende in vielen Bundesländern vor dem Besuch bei einer Ärzt\*in einen Behandlungsschein beim Sozialamt beantragen. Die Bewilligung der Versorgung liegt in einem solchen Fall in der Hand von medizinisch nicht geschulten Behördenmitarbeiter\*innen. Diese Praxis ist nicht nur unangemessen, sondern auch mit großem bürokratischem Aufwand und Kosten verbunden und stellt eine weitere Form der Diskriminierung dar (Lindner, 2022).

*In den ersten 18 Monaten haben geflüchtete Menschen keinen gleichberechtigten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.*

### **(2) Mangelndes Fachwissen in Bezug auf migrationsspezifische Aspekte auf Seiten der Fachkräfte im Gesundheitswesen**

Das Gesundheitswesen ist unzureichend auf den Umgang mit (kultureller) Vielfalt und speziell den Bedarfen geflüchteter Personen ausgerichtet. Nur vereinzelt gibt es Gesundheitseinrichtungen, die sich umfassend mit der Frage beschäftigen, wie ihre Behandlungsangebote der kulturellen Vielfalt in der Gesellschaft gerecht werden (Landschaftsverband Rheinland, 2021; Graef-Calliess et al., 2021). In der Ausbildung von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen spielt der Umgang mit kultureller Vielfalt in der Behandlung von Patient\*innen bisher keine zentrale Rolle (Mews et al., 2018). Auch die komplexen psychosozialen Bedarfe von Menschen, die Krieg und Gewalt überlebt haben, werden darin nicht thematisiert. So treffen Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und Überlebende von Gewalt und Folter im Gesundheitswesen oftmals auf Personal, dem das nötige Wissen und Kompetenzen im Umgang mit den spezifischen Bedarfen dieser Menschen fehlt. Das kann zu Missverständnissen und Frust auf beiden Seiten führen und Behandlungen im schlimmsten Fall verhindern (z. B. wird Vorsicht und Misstrauen auf Seiten der

Patient\*innen als fehlende Behandlungsmotivation verstanden; aufenthaltsbezogene Realitäten werden nicht in die Diagnostik einbezogen, wie beispielsweise die Auswirkungen drohender Abschiebung auf den Gesundheitszustand).

*Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus und Überlebende von Gewalt und Folter treffen oftmals im Gesundheitswesen auf Personal, dem das nötige Wissen und Kompetenzen im Umgang mit den spezifischen Bedarfen fehlt.*

### **(3) Vorurteilsbehaftete Interaktionen zwischen Gesundheitspersonal und Geflüchteten**

Geflüchtete Menschen sind im Alltag und auch in Interaktionen mit dem Gesundheitspersonal teilweise Vorurteilen und rassistischer Abwertung ausgesetzt. Das ist für die Betroffenen sehr belastend und wirkt sich negativ auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit aus (Schouler-Ocak et al., 2021; Kluge et al., 2020; Yeboah, 2017; Sequeira, 2015; Velho, 2011). Im Rahmen der Gesundheitsversorgung können Vorurteile dazu führen, dass Personen nicht gehört, ihre Bedarfe nicht ernstgenommen oder im schlimmsten Fall die Behandlungen verweigert werden. Die Erhebung unter Schwarzen Menschen in Deutschland im Rahmen des Afrozensus ergab beispielsweise, dass zwei Drittel der befragten Personen (66,7 %, n=2.108) der Aussage „Mein\*e Ärzt\*in nimmt meine Beschwerden nicht ernst“ zustimmten (Aikins et al., 2021).

*Im Rahmen der Gesundheitsversorgung können Vorurteile dazu führen, dass Personen nicht gehört, ihre Bedarfe nicht ernstgenommen oder im schlimmsten Fall die Behandlungen verweigert werden.*

### **(4) Mangelnde Barrierefreiheit, wie etwa fehlender Zugang zu Sprachmittlung für Menschen mit geringen oder ohne Deutschkenntnisse**

Für Menschen mit fehlenden Deutschkenntnissen scheitert der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung oftmals an fehlender Sprachmittlung. Die Anzahl an Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die ihre Behandlung in (einer) Fremdsprache(n) anbieten können, ist begrenzt und sie sind schwer zu finden. Nur vereinzelt gibt es die Möglichkeit, Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen mit Fremdsprachenkenntnissen über die Landesärztekammern zu suchen. In Krankenhäusern wird teilweise angeboten, Sprachmittlung zu organisieren und über Krankenhausbudgets zu finanzieren, allerdings kommt es auch dort in der Praxis häufig zu Situationen, in denen Bekannte, Verwandte oder sogar Kinder bei der Übersetzung helfen müssen (Karger et al., 2017). Niedergelassenen Ärzt\*innen

und Psychotherapeut\*innen sind die Wege, Sprachmittlung zu organisieren und zu finanzieren, oftmals nicht bekannt. Darüber hinaus bedeuten sie einen großen organisatorischen und zeitlichen Aufwand (Mohammed & Karato, 2021; Hausmann, 2020; Göppfarth & Bauhoff, 2017). Im Ergebnis scheitert so ein diskriminierungsfreier Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.

*Niedergelassenen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen sind die Wege, Sprachmittlung zu organisieren und zu finanzieren, oftmals nicht bekannt.*

#### **(5) Fehlende Datenlage zu den gesundheitlichen Belangen geflüchteter Menschen**

Abschließend wird auch anhand der rudimentären Datenlage zur Gesundheit geflüchteter Menschen deutlich, dass sie im Gesundheitswesen kaum mitgedacht werden. Über viele Jahre wurden keine Daten zu geflüchteten Menschen in bundesweiten Erhebungen wie beispielsweise im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) erhoben (Frank et al., 2017). Mittlerweile gibt es Initiativen wie etwa das PriCare-Forschungsprojekt, in dem medizinische Routinedaten zu geflüchteten Menschen in Aufnahmeeinrichtungen erhoben werden, um zuverlässiger Auskunft über deren Gesundheitssituation geben zu können (Jahn et al., 2021). Auch das IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations, Laufzeit 2016–2019) verfolgte das Ziel, Migrant\*innen in das jährliche Gesundheitsmonitoring des RKI zu integrieren (Schumann\* et al., 2019; Bartig et al., 2019).

# 03

**Visionen  
und Forderungen**

## 3 Visionen und Forderungen

Aus den langjährigen Erfahrungen, die u.a. in der psychosozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen gemacht wurden, hat die BAfF folgende Visionen für einen menschenwürdigen Umgang mit Personen entwickelt, die in Deutschland Schutz und Sicherheit suchen. Sie sollen:

1. nach ihrer Ankunft zügig registriert und in angemessene Unterkünfte mit ausreichend Privatsphäre und der Möglichkeit zu sozialen Kontakten vermittelt werden;
2. unabhängig von ihrer Herkunft zügig einen sicheren Aufenthalt in Deutschland erhalten;
3. einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Sprachmittlung im Sozial-, Rechts- und Gesundheitswesen haben;
4. innerhalb der ersten Wochen persönlich und unabhängig über ihre Rechte und Pflichten, das Prozedere des Asylverfahrens und Angebote im Gemeinwesen, die die Personen beim Ankommen unterstützen können, aufgeklärt werden;
5. innerhalb der ersten Wochen unabhängig und gezielt beraten werden, damit besondere Ressourcen (Interessen, Qualifikationen), Bedarfe und besondere Schutzbedarfe identifiziert (s. vom Felde et al., 2020) und darauf basierend nötige Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten initiiert werden können;
6. von Anfang an den gleichen Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung haben wie gesetzlich Versicherte;
7. in den Institutionen des Sozial-, Rechts- und Gesundheitswesens auf Mitarbeiter\*innen treffen, die im Umgang mit (kultureller) Vielfalt kompetent, für Auswirkungen von Gewalt und struktureller Diskriminierung sensibilisiert und in der Lage sind, auf spezielle Hilfsangebote verweisen zu können;
8. bei erlebter Gewalt und Folter Zugang zu bedarfsgerechter multiprofessioneller Hilfe erhalten.

**Der oben skizzierte Zustand kann nur durch politischen Willen und grundlegende strukturelle Veränderungen erreicht werden. Konkret fordern wir daher:**

### Aufnahme und Aufenthalt

1. den Auf- und Ausbau von Wohneinrichtungen, wo geflüchtete Menschen mit ausreichend Privatsphäre, Zugang zu sozialen Netzwerken/Gemeinschaften und Beratungsangeboten (Sozialberatung, Rechtsberatung, gesundheitliche Beratung etc.) in Deutschland ankommen können;

2. allen schutzbedürftigen Personen, unabhängig ihrer Herkunft, die sich bereits in Deutschland aufhalten, eine realistische Bleibeperspektive anzubieten;

### Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt

3. verbesserten Zugang zum Arbeitsmarkt inklusive vereinfachte Anerkennungsmöglichkeiten ausländischer Berufsabschlüsse;
4. vereinfachte Möglichkeiten, Ausbildungen und Studiengänge aufzunehmen für Personen, die keine deutschen (Schul-)Abschlüsse haben;
5. Sicherstellung von Zugang zur regulären Schule und Kindertagesstätten auch für Kinder, die in Erstaufnahmeeinrichtungen wohnen;

### Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen

6. dass Personen von Anfang an in allen Bundesländern eine Krankenkassenschein erhalten und das öffentliche Gesundheitssystem mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können;
7. die Verstärkung spezialisierter Hilfen für Überlebende von Gewalt in Psychosozialen Zentren (PSZ) durch flächendeckende und nachhaltige Finanzierung von Bund und Ländern;

### Sprachmittlung

8. eine allgemeine Finanzierung von Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnisse über einen gesetzlichen Anspruch<sup>1</sup>, vergleichbar mit dem Gebärdendolmetschen. Dieser müsste über das Asylbewerberleistungsgesetz, insbesondere für Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes, erreichbar sein und die Kostenübernahme für sie verbindlich regeln;
9. die nachhaltige Finanzierung von Sprachmittlung im multiprofessionellen Versorgungsangebot der PSZ, welches neben therapeutischen Angeboten, Sozial- und Rechtsberatung enthält;

<sup>1</sup> S. Positionspapier von BAfF und Bundespsychotherapeutenkammer: „Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen. Für fremdsprachige Patient\*innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern“; URL: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/05/BAfF\\_BPtK\\_Positionspapier\\_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/05/BAfF_BPtK_Positionspapier_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf)

**Identifizierung von Schutzbedarfen**

10. die nachhaltige Finanzierung und Umsetzung eines bedarfsgerechten und bundeseinheitlichen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen, das der EU-Aufnahmerichtlinie entspricht;

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

11. die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen/öffentliche Verwaltung in diskriminierungskritischer Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen u.a. durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula;

**Verbesserung der Datenlage**

12. die Verbesserung der Datenlage über die gesundheitlichen und psychosozialen Bedarfe und die Versorgung geflüchteter Menschen.

# 04

**Menschenrechts-  
ansatz in der  
psychosozialen  
Versorgung**

## 4 Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Versorgung

Die BAfF und ihre Mitgliedszentren verfolgen einen Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Arbeit und orientieren sich dabei an den Grundsätzen der UN-Konvention gegen Folter,<sup>1</sup> der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung<sup>2</sup> und den Ausführungen im General Comment Nr. 3 zu Art. 14 der UN-Konvention.<sup>3</sup> Aus der UN-Konvention gegen Folter ergibt sich das Recht auf Rehabilitation für Folterüberlebende, die Ottawa-Charta spezifiziert die grundlegenden Bedingungen von Gesundheit (z. B. Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit) und die Ausführungen im General Comment erläutern, worum es bei der Rehabilitation konkret gehen soll:

“The Committee affirms that the provision of means for as full rehabilitation as possible for anyone who has suffered harm as a result of a violation of the Convention **should be holistic and include medical and psychological care as well as legal and social services.** (...) **It seeks to enable the maximum possible self-sufficiency (...). Rehabilitation for victims should aim to restore, as far as possible, their independence; physical, mental, social and vocational ability; and full inclusion and participation in society.**” (General Comment No. 3, S. 3)

### 4.1 Psychosozialer Ansatz

Die BAfF und die PSZ verwenden für ihren Ansatz den Begriff „psychosozial“ und beziehen sich damit u.a. auf Konzepte, die in Europa (Keilson, 1979), Südamerika (Martin-Baro, 1990; Becker, 1992), Südafrika (Hamber, 2009) und den USA (Herman, 1992) entwickelt wurden. Diese Ansätze betrachten Trauma nicht nur als individuelle Erfahrung, sondern beziehen ein,

- unter welchen sozialen und gesellschaftlichen Realitäten die Gewalterfahrungen entstanden sind,

- wie die Erfahrungen von den betroffenen Personen, in ihren Familien und Gemeinschaften erlebt und verstanden werden,
- welche individuellen, sozialen, kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Auswirkungen die Erfahrungen haben (Mlodoch, 2017) und
- wie das gesellschaftliche Umfeld Betroffenen Anerkennung und Unterstützung bietet oder sie von Diskriminierung, Gewalt und zusätzlichen psychischen Belastungen betroffen sind (Keilson, 1979).

Im Sinne der kritischen Psychologie (Holzkamp, 1985; Patel, 2003) hat psychologische Forschung und Praxis immer auch den Auftrag, emanzipatorische Prozesse zu initiieren, indem sozialpolitische Kontexte kritisch hinterfragt und gesellschaftliche Veränderungen angestrebt werden. Demnach befasst sich der psychosoziale Ansatz auch mit der Frage, wie soziale und gesellschaftliche Realitäten verändert werden können, die Gewalt und Folter ermöglichen. Ansätze, die die Folgen von Gewalt und Folter ausschließlich als behandlungsbedürftige psychische Krankheiten konzeptualisieren und deren Behandlungsansätze sich ausschließlich an der Behandlung psychischer Erkrankungen orientieren, ohne dabei die gesellschaftlichen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen im Blick zu haben, werden diesem Ansatz nicht gerecht. Ein psychosozialer Ansatz in der Unterstützung Überlebender von Gewalt und Folter stellt sich solidarisch an die Seite der betroffenen Personen und bemüht sich um ein umfassendes Verständnis der individuellen Situation unter Einbezug des speziellen Kontexts, in dem Gewalt entstanden ist und aufrechterhalten wird. Ein solcher Ansatz kritisiert und bekämpft Verhältnisse, die Folter und Gewalt ermöglichen, aktiv und trägt auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zu ihrer Veränderung bei.

*Der psychosoziale Ansatz befasst sich mit der Frage, wie soziale und gesellschaftliche Realitäten verändert werden können, die Gewalt und Folter ermöglichen. Ansätze, die die Folgen von Gewalt und Folter ausschließlich als behandlungsbedürftige psychische Krankheiten konzeptualisieren und deren Behandlungsansätze sich ausschließlich an der Behandlung psychischer Erkrankungen orientieren, ohne dabei die gesellschaftlichen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen im Blick zu haben, werden diesem Ansatz nicht gerecht.*

### 4.2 Menschenrechtsprinzipien

Der Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Arbeit ist in erster Linie eine Haltung, die Verstöße gegen international anerkannte Rechte und Prinzipien als

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

2 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

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

schädliche Einflussfaktoren auf die körperliche, seelische und soziale Gesundheit versteht (Patel, 2011). Dementsprechend sind die Bewusstmachung und Veränderung von sozialen, gesellschaftlichen und politischen Bedingungen, die solche Rechtsverletzungen ermöglichen, ein zentrales Ziel psychosozialer Menschenrechtsarbeit.

Menschenrechtsprinzipien wie beispielsweise Sicherheit und Integrität, Diskriminierungsfreiheit, Teilhabe, Gerechtigkeit, Respekt und Autonomie (Patel, 2020; Dyer, 2015; Curtice & Exworthy, 2010) werden in diesem Ansatz als konzeptueller Rahmen der Arbeit verstanden und in allen Prozessen und Interventionen mitgedacht. Die BAfF und die PSZ orientieren sich dabei besonders an den Menschenrechtsprinzipien der Menschenwürde, Diskriminierungsfreiheit, Gendergerechtigkeit und Kultursensibilität. Die PSZ gewähren Hilfe unabhängig von Nationalität, Aufenthaltsstatus, sexueller Orientierung, politischen, ethnischen, religiösen oder sonstigen Zugehörigkeiten.

*Menschenwürde, Diskriminierungsfreiheit, Gendergerechtigkeit und Kultursensibilität als Grundlage unserer Arbeit.*

### 4.3 Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Praxis

In der alltäglichen Praxis in den PSZ bedeutet die Umsetzung eines psychosozialen Menschenrechtsansatzes:

**Ermöglichen von Zugängen:** In den PSZ erhalten schutzsuchende Menschen unabhängige, kostenfreie Beratung, Gruppenangebote und Therapie. Alle Angebote werden mit Sprachmittlung angeboten, d.h. Sprachmittler\*innen arbeiten gemeinsam mit Berater\*innen und Therapeut\*innen im Team. Dadurch wird geflüchteten Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen von Anfang an Zugang zu Information, Gemeinschafts-, Beratungs- und Therapieangeboten ermöglicht.

**Keine Psychologisierung/Pathologisierung von Gewalt- und Foltererfahrungen:** Beschwerden, unter denen Überlebende von Gewalt und Folter leiden, werden als Auswirkungen schwerer Gewalterfahrungen, wie etwa Vertreibung, Folter und Rassismus, verstanden und nicht in erster Linie als psychische Erkrankung. Schutzsuchende Menschen werden als Expert\*innen ihres eigenen Lebens verstanden, die handlungsfähig sind, auf vielfältige Ressourcen und Kompetenzen zurückgreifen

können. In den PSZ werden sie unterstützt, sich gegen das erlebte Unrecht zur Wehr zu setzen.

**Parteiliche Beratung und Therapie:** Die Beratungs- und Therapieangebote erfolgen aus einer parteilichen Positionierung gegen Gewalt, Folter, Diskriminierung und Rassismus. Diese Haltung wird explizit kommuniziert. Die Beschwerden der Personen werden nicht als rein individuelle Gewalterfahrungen verstanden, sondern auch als Teil struktureller Diskriminierung und Gewalt. Eine parteiliche Positionierung bedeutet auch die Anerkennung, dass eine neutrale Form der Beratung, unabhängig von der eigenen Sozialisierung und gesellschaftlichen Positionierung, nicht möglich ist. Für Berater\*innen und Therapeut\*innen heißt das etwa, sich der eigenen gesellschaftlichen Positionierungen bewusst zu sein, sie ggf. explizit zu machen und ihren Einfluss auf den Beratungs- und Behandlungsprozess zu reflektieren (Mlodoč, 2017).

**Kultursensibilität und diskriminierungskritische Haltung:** Eine kultursensible und diskriminierungskritische Haltung bedeutet, dass sich Mitarbeitende in den PSZ und der BAfF um ein grundlegend reflexives Verhältnis zum eigenen (professionellen) Handeln bemühen, in dem die eigenen (kulturellen) Eingebundenheiten, Privilegien und Machtverhältnisse kritisch reflektiert werden. In den PSZ werden Räume geschaffen, in denen Diskriminierungserfahrungen besprochen und aktiv angegangen werden können.

**Information, Aufklärung und multiprofessionelle Unterstützungsangebote:** Klient\*innen in den PSZ werden im Rahmen von Sozial- und Rechtsberatung umfassend zu ihren Rechten aufgeklärt. Im Rahmen der Sozialberatung werden vielfältige Bedarfe abgeklärt und es erfolgt eine bedarfsgerechte Vermittlung innerhalb eines PSZ oder zu Netzwerkpartner\*innen. Unterstützung erfolgt multiprofessionell und kann die folgenden Angebote beinhalten: Information und Beratung zu sozial- und aufenthaltsrechtlichen Fragen, die Einbindung in Gemeinschaften/Communities, Aktivismus, psychosoziale Einzel- und Gruppenangebote, Bildungsangebote, Freizeitangebote, Kriseninterventionen und psychotherapeutische oder medizinische Versorgung sowie das Verfassen von Stellungnahmen im Rahmen des Asylverfahrens.

**Prozessorientiertes und kontextualisiertes Traumaverständnis:** Traumata werden als Prozesse ohne eindeutige Zeitgrenzen von Beginn und Ende verstanden, deren Auswirkungen besonders von den Realitäten nach traumatischen Erfahrungen bedingt werden (Keilson, 1979; Becker, 2006). Traumatische Prozesse

können nur unter Berücksichtigung der spezifischen Kontexte verstanden und bearbeitet werden. Im Kontext Flucht bedeutet dies den Einbezug von Kontext- und Lebensrealitäten im Herkunftsland, den Fluchtumständen und den Lebensrealitäten in Deutschland.

**Politischer Aktivismus und Sensibilisierung:** Die PSZ setzen sich aktiv gegen die Bedingungen, die Gewalt und Folter ermöglichen, ein. Sie werden gemeinsam mit Klient\*innen aktiv, positionieren sich in ihren Städten, Kommunen und Bundesländern gegen Gewalt, Folter und Diskriminierung und sensibilisieren die Gesellschaft für die Auswirkungen von Gewalt und Folter im Kontext Flucht.

**Fürsorgestrukturen:** Professionelle Unterstützungsnetzwerke spielen in der Arbeit mit Gewalt- und Folterüberlebenden eine zentrale Rolle. Die betroffenen Personen haben durch gewaltvolle Erfahrungen Zerstörung, Fragmentierung, Isolation und oftmals eine klare Täter\*innen-Opfer-Dynamik erlebt. Diese Dynamiken sind auch für Helfer\*innen spürbar und werden häufig in Teamdynamiken sichtbar. Für Helfer\*innen, die regelmäßig mit solchen extremen Erfahrungen in Berührung kommen, die Bedarfe ihrer Klient\*innen jedoch nie angemessen erfüllen können, weil die Kapazitäten fehlen, besteht ein hohes Risiko auszubrennen. Professionelle Netzwerke und Strukturen der Intervention und Supervision sollen dazu beitragen, gegen die Isolation in diesem Berufsfeld zu arbeiten und sich gemeinsam im Verbund gegen Gewalt und Folter sowie die schlechten Bedingungen für geflüchtete Menschen in Deutschland einzusetzen.

**Teilhabe, Selbstorganisation und Zugang zu Gemeinschaften:** Die PSZ unterstützen die Selbstorganisation und Vernetzung geflüchteter Menschen z. B. durch die Schaffung und Koordinierung von Kennenlern- und Austauschmöglichkeiten mit anderen geflüchteten Menschen, Personen, die schon (lange) in Deutschland leben und zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen.

**Sensibilisierung von Akteur\*innen im Sozial- und Gesundheitswesen:** BAfF- und PSZ-Mitarbeiter\*innen organisieren Schulungen zu Beratung und Therapie im Kontext Flucht für verschiedene Professionen und Ehrenamtliche, die mit geflüchteten Menschen arbeiten. Damit versuchen sie, deren Versorgungssituation im Sozial- und Gesundheitswesen zu verbessern.

**Netzwerk- und Lobbyarbeit:** Die PSZ verstehen es als einen zentralen Teil ihrer Arbeit, Netzwerke in die gesundheitliche Regelversorgung, zu anderen beratenden Akteur\*innen wie beispielsweise Sozial-, Rechts- und Asylberatung, zu Bildungs-

einrichtungen und zu politischen Entscheidungsträger\*innen in ihren Kommunen, Städten und Bundesländern zu knüpfen. Nur dort, wo politische Entscheidungsträger\*innen, Akteur\*innen des öffentlichen Gesundheitswesens und zivilgesellschaftliche Akteur\*innen zusammenarbeiten, können Überlebende von Menschenrechtsverletzungen angemessene Unterstützung finden.

#### 4.4 Der Menschenrechtsansatz in der psychosozialen Arbeit am Beispiel von Gewalt- und Folterüberlebenden

Menschen, die schwere Gewalt und Folter überleben, machen die Erfahrung extremer Hilflosigkeit und existentieller Bedrohung. Diese Erfahrung berührt körperliche, psychische, soziale und gesellschaftliche Aspekte des Lebens und kann die Fähigkeit, sich in der Welt zurechtzufinden, beeinträchtigen (Patel, 2019). In der Arbeit mit Überlebenden geht es darum, die Komplexität der Folgen von Gewalt auf allen Ebenen im Blick zu haben, um Betroffenen zu ermöglichen, sich auf verschiedenen Ebenen zur Wehr zu setzen.

Patel beschreibt die Rehabilitation im Rahmen der Behandlung schwerer Gewalt- und Foltererfahrungen als Antithese zur entmenschlichenden Foltererfahrung. Die Anerkennung der Menschlichkeit von Folterüberlebenden spielt eine zentrale Rolle in der Behandlung, da sie den Betroffenen neue und potenziell heilsame Beziehungserfahrungen ermöglicht. Diese Beziehungserfahrungen können in ganz unterschiedlichen Kontexten realisiert werden, wie beispielsweise in familiären oder freundschaftlichen Beziehungen, in Gruppen und Gemeinschaften, auf gesellschaftlicher Ebene und auch in Beratungs-, Behandlungs- oder Therapiebeziehungen.

Als Antwort auf die Erfahrung von Hilflosigkeit im Kontext von Gewalt und Folter sollen Rehabilitationsprozesse zum Empowerment der betroffenen Person beitragen (ausführlich dazu Flory et al., 2020). Empowerment wird hier auf allen Ebenen in den Blick genommen: intrapsychisch (z. B. in Bezug auf negative Selbstbilder), in Beziehungen (z. B. in Bezug auf Abgrenzung und Vertrauen), in Gemeinschaften und auf gesellschaftlicher Ebene (z. B. in Form eines Gemeinde- und/oder politischen Engagements). Wie Empowermentprozesse konkret aussehen, ist individuell sehr unterschiedlich und die Ausgestaltung sollte in der Hand der betroffenen Person liegen (Herman, 1992).

# 05

**Kooperation  
Psychosoziale  
Zentren &  
Gesundheitswesen**

## 5 Kooperation Psychosoziale Zentren & Gesundheitswesen

Die Vermittlung von Klient\*innen zwischen den Psychosozialen Zentren (PSZ) und Akteur\*innen des öffentlichen Gesundheitswesens findet in allen Bundesländern statt. Es gibt mehrere Beispiele, wo sich über die Jahre produktive Systeme der Zusammenarbeit entwickelt haben. Allerdings stehen hinter all diesen Projekten engagierte Einzelpersonen und Organisationen, die solche Projekte ins Leben rufen und sich um Finanzierungen bemühen. Bisher sind solche Initiativen noch zu wenig in öffentliche Strukturen integriert.

Der Psychosoziale Verbund Rhein-Main ist ein solches Beispiel. Er ist aus dem Behandlungsnetzwerk des PSZ FATRA in Frankfurt a.M. entstanden, das seit 2003 besteht. Hier existiert eine langjährig gewachsene Struktur von Organisationen, die Beratung und Therapie für geflüchtete Menschen anbieten, und einem Netzwerk niedergelassener Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen, die geflüchtete Menschen behandeln. Im Netzwerk finden Austausch und Vernetzung statt, um die komplexen Bedarfe der Personen angemessen bedienen zu können. Als ein weiteres Beispiel ist das Projekt refuKey des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) in Niedersachsen zu nennen, in dem über Kooperationsverträge eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem NTFN und psychiatrischen Kliniken an mehreren Standorten (u.a. Braunschweig, Göttingen, Lüneburg und Oldenburg) entwickelt wurde. Dadurch wird der bedarfsgerechte Zugang zu psychosozialer und klinischer Versorgung gewährleistet.

In der Broschüre „Das kultursensible Krankenhaus“ (Graef-Calliess et al., 2021) wird die interkulturelle Öffnung von psychiatrischen Kliniken als ein komplexes Unterfangen beschrieben, in dem viele Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Autor\*innen betonen die Wichtigkeit, dass die Unternehmensführung einen solchen Prozess initiiert und dafür sorgt, dass Strukturen geschaffen und strategische Prozesse gebahnt werden, die eine interkulturelle Öffnung vorantreiben. Als Beispiele guter Praxis werden hier der Vitos Konzern in Hessen und der Landesverband Rheinland (LVR) genannt, die sich beide explizit mit der kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung für Migrant\*innen beschäftigen. Neben einer Lösung für das Thema Sprachmittlung werden die folgenden Aspekte weiterentwickelt: die Integration ausländischer Fachkräfte (verbunden mit der Entwicklung transkultureller Teams

und Kompetenzen sowie einem klaren Bekenntnis zum Umgang mit Rassismus), Aus- und Weiterbildung, Vernetzung, Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit sowie Qualitätsmanagement und die besondere Beachtung spezieller Zielgruppen, wie etwa Menschen ohne sicheren Aufenthalt und Menschen ohne Papiere.

Auf der anderen Seite ergeben sich in der Zusammenarbeit zwischen den PSZ und der gesundheitlichen Regelversorgung auch große Herausforderungen: Die PSZ sind durch ihr multiprofessionelles Angebot gut auf die speziellen Bedarfe von Überlebenden von Gewalt vorbereitet, allerdings sind ihre Kapazitäten aufgrund fehlender nachhaltiger Finanzierungsmöglichkeiten sehr begrenzt. Vermittlungen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen (und auch von anderen Akteur\*innen) müssen häufig wegen mangelnder Kapazitäten abgelehnt werden. Akteur\*innen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen (niedergelassene Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Krankenhäuser) bieten spezialisierte Gesundheitsversorgung an, sind aber oftmals nicht darauf vorbereitet, mit den Bedarfen geflüchteter Menschen (und speziell Überlebender von Gewalt und Folter) umzugehen, die über die Gesundheitsversorgung hinausgehen, wie beispielsweise der Sprach- und Kulturmittlung, Antrags- und Abrechnungsmodalitäten im Kontext des Asylbewerberleistungsgesetzes oder der Identifikation und Dokumentation von Folterspuren. Die Vermittlung zwischen den PSZ und dem öffentlichen Gesundheitswesen wird daher von beiden Seiten immer wieder als Herausforderung beschrieben.

In den nächsten Kapiteln kommen zwei zentrale Themen der Vernetzungsarbeit zur Sprache: Ein langjährig gewachsenes Behandlungsnetzwerk für Flüchtlinge in Frankfurt a.M. wird vorgestellt. Anschließend werden aktuelle Realitäten bezüglich der Sprachmittlung in unterschiedlichen europäischen Ländern beleuchtet.

### 5.1 Behandlungsnetzwerk für Flüchtlinge in Frankfurt a. M.

Das Behandlungsnetzwerk für Flüchtlinge in Frankfurt a.M. wurde 2003 vom Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V. (FATRA) mit Unterstützung des Sigmund-Freud-Instituts (SFI), des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts (FPI), des DPG-Instituts in Frankfurt sowie des Frankfurter Arbeitskreises für Psychoanalytische Pädagogik e.V. (FAPP) gegründet und hat bis heute Bestand.

Jede Person, die geflüchtete Menschen psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt, kann Mitglied des Behandlungsnetzwerks werden und erklärt sich

dadurch grundsätzlich bereit, einen Therapie-/Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen. Ziel des Netzwerks ist es, möglichst viele Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen zu mobilisieren, geflüchtete Menschen zu behandeln, da die einzelnen, teilweise prekär finanzierten Institutionen den hohen Bedarf nicht allein bedienen können.

Anlass für die Gründung war jedoch nicht nur die steigende Nachfrage, sondern vor allem auch die Überzeugung, dass geflüchtete Menschen ein Recht auf gesundheitliche Versorgung und damit auch auf psychotherapeutische Hilfen haben und dass die Auseinandersetzung mit den Folgen „man-made-desasters“ eine gesellschaftliche Aufgabe ist, die man nicht ausschließlich an spezialisierte Zentren delegieren kann. Das Netzwerk bietet seit 20 Jahren Räume für Unterstützung und fachlichen Austausch für die Personen an, die geflüchtete Menschen behandeln und bei dieser komplexen Aufgabe nicht selten an ihre Grenzen stoßen. Seit 2015 haben sich die Organisationen des Behandlungsnetzwerks gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern (Evangelisches Zentrum am Weißen Stein und Anna-Freud-Institut) zum Psychosozialen Verbund Rhein-Main (PSV) zusammengeschlossen.

Mit drei Vertreterinnen des FATRA-Behandlungsnetzwerks sprachen wir über die Entstehung, zentrale Herausforderungen und was das Netzwerk ermöglicht.

---

#### *Interviewpartner\*innen:*

**DR. BARBARA WOLFF** ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Mitbegründerin des Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V. (FATRA). Sie hat das Behandlungsnetzwerk mitinitiiert und ist Vorstandsmitglied bei FATRA und der BAfF.

**IRENE ROSENKÖTTER** ist Neurologin und niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeitet in ihrer eigenen Praxis. Sie engagiert sich seit vielen Jahren politisch in der Menschenrechtsarbeit. Seit 2015 ist sie Teil des Behandlungsnetzwerks und behandelt regelmäßig Patient\*innen mit Traumatisierungen, Flucht- und Gewalterfahrungen.

**DIPL.-PSYCH. ROSALBA MACCARRONE ERHARDT** ist Psychoanalytikerin (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)), niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und arbeitet psychoanalytisch sowie tiefenpsychologisch in ihrer eigenen Praxis. Darüber hinaus leitete sie bis April 2022 die Ambulanz des Ausbildungsinstituts Frankfurter Psychoanalytisches Institut (FPI). Sie ist lang-

jähriges Mitglied im Behandlungsnetzwerk und hat dazu beigetragen, dass angehende Psychotherapeut\*innen im Rahmen der Ausbildung am FPI auf die Arbeit mit geflüchteten Menschen vorbereitet werden.

#### Wie sind Sie zu der Arbeit im Kontext Flucht und Trauma gekommen?

**ROSALBA MACCARRONE:** Ich bin Südtalienerin, bin mit einem Jahr nach Norditalien gekommen und dort habe ich erfahren, dass es Rassismus auch innerhalb eines Landes gibt. Die Norditaliener\*innen haben damals überhaupt nicht gern gesehen, dass die Südtaliener\*innen dort Arbeit bekommen und leben wollen. Als ich später gesehen habe, wie geflüchtete Menschen hier zum Teil behandelt werden, wurde mir klar, dass sie eine noch viel extremere Form des Rassismus erleben. Das hat mich sehr motiviert, für die Menschen zu arbeiten, die versuchen, sich unter diesen schwierigen Bedingungen hier ein besseres Leben aufzubauen.

**IRENE ROSENKÖTTER:** Ich habe schon immer sehr viel politische Arbeit geleistet und wollte damit übergreifende Strukturen verändern. Gleichzeitig habe ich mich immer schon mit Traumata aufgrund meiner Familiengeschichte beschäftigt. Ein Teil meiner Familie war jüdischer Herkunft und viele Verwandte wurden im Holocaust ermordet. Ich habe deshalb Medizin studiert, bin über die Neurologie zur Psychiatrie und Psychotherapie gekommen und von dort zurück zu meinem ursprünglichen Wunsch, Traumata zu behandeln. Dann habe ich 2015 FATRA angesprochen, dass ich gern ehrenamtlich mitarbeiten würde. Ich bin inzwischen in eigener Praxis niedergelassen, arbeite psychiatrisch und psychotherapeutisch, überwiegend tiefenpsychologisch und habe in der psychiatrischen Sprechstunde relativ viele Menschen, die geflüchtet sind.

**BARBARA WOLFF:** Ich bin auch über meine Familiengeschichte zu dieser Arbeit gekommen – anders als bei Irene war mein Vater Nazi und in der NSDAP. Als Jugendliche habe ich mich daher nicht nur mit meinem autoritären Vater, sondern auch mit der nationalsozialistischen Zeit auseinandergesetzt. Das hat mich stark geprägt. Dann bin ich über die demokratische Psychiatriebewegung in Italien zur Psychiatrie und zur Sozialpsychiatrie gekommen. 1989 gab es einen großen Kongress in Hannover über die Folgen des Holocaust bei den Überlebenden und ihren Kindern. Da habe ich zum einen Holocaust-Überlebende, aber auch Kollegen aus der Türkei, Chile und Argentinien kennengelernt und da ist ganz viel angesprochen worden, was mich beschäftigt hat. Gleichzeitig habe ich in der

Psychiatrie immer wieder Menschen angetroffen, die geflüchtet sind und habe diese Behandlungen zu Beginn als große Überforderung und mich selbst als hilflos und inkompetent erlebt. Ein paar Jahre später ist der Krieg im ehemaligen Jugoslawien ausgebrochen und mein Kollege, der aus Jugoslawien kam, hat mich angesprochen, ob ich bereit sei zu helfen. In der Nähe von Frankfurt wurde eine große Unterkunft installiert mit 900 Geflüchteten aus Bosnien, die größtenteils aus den berüchtigten Lagern evakuiert worden waren. Dort haben wir angefangen, eine Sprechstunde anzubieten und daraus ist FATRA entstanden.

### Und aus welcher Situation heraus ist das Behandlungsnetzwerk entstanden?

**BARBARA WOLFF:** Das Netzwerk ist auf eine Initiative von FATRA entstanden. Wir haben ursprünglich psychosoziale Beratung und Psychotherapie für die Geflüchteten aus dem ehemaligen Jugoslawien angeboten. Dann haben wir gemerkt, dass unsere Kapazitäten nicht ausreichen und wir andere niedergelassene Kolleg\*innen miteinbeziehen müssen. Wir standen finanziell in einer ziemlich engen Situation, weil das BAMF uns kurzfristig Gelder gestrichen hatte, die schon zugesagt waren. Es wurde deutlich, dass wir unter diesen unsicheren Bedingungen keine Therapien machen konnten. Dann haben wir beschlossen, psychosoziale Beratung als Vorbereitung auf eine Therapie anzubieten. Unsere Erfahrung war, dass eine wirklich fundierte Psychotherapie oft erst möglich ist, wenn der Aufenthalt geregelt ist, wenn die Leute eine Wohnung außerhalb der Großunterkünfte haben, eine Arbeit haben und so weiter. Das alles war ein Grund dafür, dieses Netzwerk zu gründen. Wir haben eine Veranstaltung im Rhein-Main-Gebiet gemacht, für die wir prominente Redner\*innen eingeladen haben. Überraschenderweise kamen immerhin 70 Leute. Da waren wir sehr angetan und führen seitdem mindestens drei-, viermal im Jahr eine Veranstaltung durch. Die Veranstaltungen sollen Kolleg\*innen, die Flüchtlinge in ambulanten oder klinischen Settings behandeln, ein Diskussions-, Fortbildungs- und Interventionsforum geben. Am Anfang waren wir ein relativ kleiner Kreis von ca. 20-30 Leuten. Erst ab 2015 ist es sehr viel größer geworden und momentan stehen auf unserer Verteilerliste ca. 160 Personen.

*Unsere Erfahrung war, dass eine wirklich fundierte Psychotherapie oft erst möglich ist, wenn der Aufenthalt geregelt ist, wenn die Leute eine Wohnung außerhalb der Großunterkünfte haben, eine Arbeit haben und so weiter.*

### Womit haben Sie sich im Netzwerk zu Beginn beschäftigt?

**BARBARA WOLFF:** Ich denke, in den Anfängen ging es ganz viel darum, die niedergelassenen Kolleg\*innen zu ermuntern, solche Behandlungen zu übernehmen. Angefangen von der Behandlung mit Dolmetscher\*innen. Ich kann mich daran erinnern, dass eine niedergelassene Analytikerin gesagt hat: „Ach ja, schweigen zu dritt – kann man ja auch mal machen.“ Wir haben uns am Anfang mit unseren Kolleg\*innen viel über Haltungsfragen ausgetauscht: Was bedeutet Therapie mit Geflüchteten? Welche Besonderheiten ergeben sich und was gilt es zu bedenken? Es ging am Anfang ganz viel auch darum, dass man eigene Fälle vorgestellt und mit den anderen diskutiert hat, aber auch um die Besonderheiten der Asylverfahren und des Aufenthaltsrechts, was für Niedergelassene plötzlich ganz neu und erschreckend war.

**ROSALBA MACCARRONE:** Viele Kolleg\*innen waren erst mal skeptisch und haben gesagt: „Das geht doch gar nicht, dass traumatisierte Menschen in einem regeltherapeutischen Rahmen behandelt werden. Die brauchen nur Medikamente oder ein Dach und was zu essen!“ Aus meiner Perspektive sprachen sie im Grunde genommen auch von ihrer Angst, traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Ohnmachtsgefühlen zu begegnen. Die praktische Ausführung solcher Behandlungen ist in der Tat eine ziemlich komplizierte Angelegenheit. Mit dem Trauma gibt es sehr viele Erscheinungen, die sich nicht so einfach in einen Praxisalltag integrieren lassen. Die Leute haben oft nicht die Möglichkeit zu kommen oder sie vergessen es oder sie haben kein strukturiertes Leben. Das bedeutet, dass Ausfallstunden entstehen, die keiner bezahlt. Das ist etwas, das man sich in niedergelassener Praxis nur bis zu einem gewissen Grad leisten kann. Eine andere Komplikation ist die Sprachvermittlung, Dolmetscher sind manchmal unverzichtbar. Erst mal haben wir es nicht gelernt, zu dritt eine Behandlung zu führen. Es gibt die Sorge, dass ein dritter „Unbefugter“, „Ungelernter“ sich in meine therapeutische Expertise einmischt, stört und mir alles durcheinanderwirbelt. Es ist eine ungewohnte Situation. Für Analytiker ist jede Einzelheit im Verlauf der therapeutischen Beziehung sehr wichtig, sie wird aufmerksam in die Reflexion des Analytikers einbezogen. Die Präsenz und das Mitwirken dieser dritten Person werden als störend erlebt. Wenn sich dann noch die Dolmetscher z. B. mit den Patienten anfreunden, dann wird die Komplikation immer größer. Das ist eine Herausforderung, die für manche abschreckend wirkt.

### Was waren erste Erfolgserlebnisse, die innerhalb des Netzwerkes generiert wurden?

**BARBARA WOLFF:** Dass bei der Gründung so viele Leute gekommen sind, hat uns schon ziemlich Auftrieb gegeben. Ich denke, wir haben von Anfang an mit dem FPI, dem SFI und dem anderen Ausbildungsinstitut für tiefenpsychologische Psychotherapeut\*innen, dem DPG-Institut, gut zusammengearbeitet. Zu unserer Netzwerkveranstaltung sind regelmäßig 30 bis 40 Leute gekommen. Auch in Zeiten, wo FATRA ein bisschen auf dem Zahnfleisch gegangen ist, haben wir von denen Zuspruch und Unterstützung bekommen: „Macht weiter!“, „Wir brauchen euch!“

Die Zusammenarbeit mit vielen anderen Leuten, die gegenseitige Inspiration und Auseinandersetzung, glaube ich, war das, was uns alle bei der Stange gehalten und über viele Schwierigkeiten hinweggeholfen hat. Und dann hat sich das Land Hessen, nach vielen Jahren des Nicht-Finanzierens von psychosozialer Arbeit für Flüchtlinge, dafür interessiert, psychosoziale Zentren in Hessen finanziell zu unterstützen. Da waren unser Behandlungsnetzwerk und die Kooperationen, die darüber entstanden sind, ein gutes Fundament.

**ROSALBA MACCARRONE:** Ein wichtiger Aspekt war auch unser Wunsch, den klassisch verhaltenstherapeutischen Behandlungen von Traumata etwas entgegenzusetzen. Tiefenpsycholog\*innen oder Analytiker\*innen waren auch interessiert an der Behandlung von traumatischen Erfahrungen und wir waren absolut nicht der Meinung, dass solche Erfahrungen schnell und mit ganz wenigen Schritten behandelbar sind. Wir haben traumatische Erfahrungen in ihrer Tiefe und ihrer persönlichen Bedeutung gesehen und nicht als ein Symptom. Wenn man einen Unfall gehabt hat, dann kann man den Schock bearbeiten und überwinden, um wieder ins Auto oder aufs Fahrrad steigen zu können. Dann ist die traumatische Erfahrung wieder überwunden. Aber wir haben gesehen, wie menschlich verursachte traumatische Erfahrungen Menschen viel stärker an ihren Wurzeln schädigen, belasten oder krank werden lassen und dass man das nicht so einfach bewältigen kann. Da ist eine längere und stabile Beziehung notwendig, um das Trauma zu verarbeiten.

**IRENE ROSENKÖTTER:** Da würde ich gern einhaken. Für mich hat das viel Verbindung zu der politischen Arbeit gehabt, die ich früher viel expliziter gemacht habe. Ich denke aber, gerade im Trauma wird eigentlich eine Verbindung von gesellschaftlichen und politischen Inhalten und Behandlung sehr deutlich. Vielleicht deutlicher als bei vielen anderen seelischen Erkrankungen. Von daher ist es, glaube ich, auch ein Bereich, der einen nicht mehr so leicht loslässt, wenn man sich darauf eingelassen hat. Es hat etwas sehr Sinnstiftendes. Wenn man Menschen

kennt, auch länger kennt, die selbst eine traumatische Geschichte haben, dann ist völlig klar: Man kann vielleicht mit kurzzeitigen Interventionen eine kurzfristige Erleichterung schaffen, aber im Grunde genommen sind das lebensbegleitende Themen. Es sind Themen, die sehr tief an die menschliche Existenz gehen. Es ist daher sehr wichtig und auch sehr schön, Kolleg\*innen zu haben, mit denen man sich darüber austauschen kann. Das ist ja gar nicht so selbstverständlich.

*Wenn man Menschen kennt, auch länger kennt, die selbst eine traumatische Geschichte haben, dann ist völlig klar: Man kann vielleicht mit kurzzeitigen Interventionen eine kurzfristige Erleichterung schaffen, aber im Grunde genommen sind das lebensbegleitende Themen.*

### Welche Herausforderungen entstehen für geflüchtete Menschen in Ihrem Kontext?

**IRENE ROSENKÖTTER:** Geflüchtete kommen als Notfälle in eine psychiatrische Institutsambulanz und es hakt schon allein daran, dass keine Gelder für eine Übersetzung da sind. Meistens dolmetscht dann irgendein Freund, die Ehefrau, der Sohn oder wer auch immer, aber mit den eigenen Interpretationen dazu. Das macht es unglaublich schwierig, wirklichen Bezug herzustellen zu dem, was der oder die Betroffene wirklich sagen möchte. Zusätzlich weicht auch die Vorstellung, was denn eigentlich eine seelische Erkrankung ist, teilweise sehr weit von dem ab, wie wir das möglicherweise sehen. Das hat einen großen Einfluss darauf, welche Diagnose am Ende dabei rauskommt und welche Behandlung durchgeführt wird. Die fehlende Übersetzung kann dazu führen, dass eine gut gemeinte Behandlung eine total falsche Behandlung ist, z. B. Pseudohalluzinationen als paranoide Symptomatik eingeordnet und medikamentös behandelt werden – und das ist für die Patient\*innen fatal.

*Die fehlende Übersetzung kann dazu führen, dass eine gut gemeinte Behandlung eine total falsche Behandlung ist, z. B. Pseudohalluzinationen als paranoide Symptomatik eingeordnet und medikamentös behandelt werden – und das ist für die Patient\*innen fatal.*

**ROSALBA MACCARRONE:** Das Thema Sprachvermittlung ist so ein leidvolles Thema, da wir bis heute gar keine Finanzierungsmöglichkeiten haben. 2015 dachten wir, wir gründen einen psychosozialen Verbund und bekommen

die Finanzierung, um Dolmetscher\*innen in unsere Behandlungen einzubeziehen. Das Ergebnis ist, dass wir gerade für diesen Bedarf bis heute gar kein Geld bekommen. Wir zahlen unsere Dolmetscher\*innen über Spenden u.a. von Mitgliedern unseres eigenen Instituts. Es ist eine riesige Herausforderung und wir sind überhaupt nicht zufrieden mit dem Zustand. Das möchte ich wirklich betonen.

### Wie läuft die Zusammenarbeit im Netzwerk?

**IRENE ROSENKÖTTER:** Die Kolleg\*innen von FATRA oder aus dem FPI rufen mich an oder schreiben und sagen, dass sie eine Beratung oder eine Therapie mit jemanden haben, der oder die eine medikamentöse Betreuung oder eine Psychotherapie brauche, und fragen, ob ich einen Termin frei habe. Ich versuche dann möglichst zeitnah einen Termin zu finden. Da ist es natürlich immer sehr viel einfacher, wenn das ohne Übersetzung geht. Es ist ja auch wichtig, zumindest in einem Gespräch kurzfristig die Symptome abfragen zu können: Worum geht es denn jetzt eigentlich? Was ist besonders quälend, was sollen Medikamente möglicherweise verbessern? Das klappt aus meiner Perspektive ganz gut. Es ist natürlich auch so, dass Termine mal platzen oder jemand nicht kommt, aber im Großen und Ganzen gibt es schon eine ganze Reihe Menschen, die dann feststellen: „Mensch, ich kann auf einmal wieder schlafen!“ und dann auch sehr dankbar sind, „weil sie sich am Tag ein bisschen besser auf irgendwas konzentrieren können oder weil Alpträume nicht mehr ganz so quälend sind. Das sind häufig schon Dinge, die dann wieder etwas anderes ermöglichen, wie beispielsweise zur Schule zu gehen und sich da etwas besser konzentrieren zu können. Solche Dinge helfen dabei, wieder (...) Hoffnung zu schöpfen. Ich habe die Praxis (...) freundlich eingerichtet. Hell und mit freundlichen Farben und Bildern, um das Gefühl zu geben, dass man hier willkommen ist. Ich finde es gerade bei traumatisierten Menschen besonders wichtig, ihnen auch in aller Kürze das Gefühl zu geben: „Du bist hier willkommen, ich versuche dich zu verstehen und nicht dir was vorzusetzen.“

*Ich habe die Praxis (...) freundlich eingerichtet. Hell und mit freundlichen Farben und Bildern, um das Gefühl zu geben, dass man hier willkommen ist. Ich finde es gerade bei traumatisierten Menschen besonders wichtig, ihnen auch in aller Kürze das Gefühl zu geben: „Du bist hier willkommen, ich versuche dich zu verstehen und nicht dir was vorzusetzen.“*

### Wie werden die Ausbildungsteilnehmer\*innen auf die Arbeit mit Geflüchteten vorbereitet?

**ROSALBA MACCARRONE:** Die Ambulanz unseres Ausbildungsinstituts bietet Beratung an. Wenn die Patient\*innen zu uns kommen, erhalten sie von den Ausbildungsteilnehmer\*innen einige Erstgespräche und werden – falls nötig – an niedergelassene Psychotherapeut\*innen vermittelt. Wenn aber die Auszubildenden das Gefühl haben, sie können diese Behandlung selbst übernehmen, dann können sie diese Person als Ausbildungsfall behandeln. Die Teilnehmer\*innen werden dann mit regelmäßiger Supervision begleitet, so wie das in jeder Ausbildung der Fall ist. Die Integration von theoretischen Grundkenntnissen für die Behandlung von Geflüchteten in die Ausbildung unserer Kandidat\*innen ist aus der Not entstanden. Wir hatten nicht genug niedergelassene Kolleg\*innen, die bereit waren, Erstgespräche mit Geflüchteten zu führen. Ausbildungsteilnehmer\*innen können einen Teil ihrer praktischen Ausbildung (die sogenannte praktische Tätigkeit 2) in unserer Institutsambulanz absolvieren. Dabei werden sie von uns gebeten, mindestens ein bis zwei Gespräche mit Geflüchteten zu führen. Allerdings erhalten sie eine ausführliche Einführung und Begleitung von uns. Es ist ein engmaschiges, paralleles Mitarbeiten. Einige sind durch das Ins-kalte-Wasser-Springen etwas erschrocken und sagen: „Das mute ich mir nicht weiter zu.“ Das respektieren wir dann. Andere aber bieten Geflüchteten immer wieder Gespräche an.

*Ausbildungsteilnehmer\*innen können einen Teil ihrer praktischen Ausbildung (die sogenannte praktische Tätigkeit 2) in unserer Institutsambulanz absolvieren. Dabei werden sie von uns gebeten, mindestens ein bis zwei Gespräche mit Geflüchteten zu führen.*

**BARBARA WOLFF:** Wir würden uns das auch als Baustein in der psychiatrischen Weiterbildung wünschen. Das fehlt bisher, obwohl niedergelassene Psychiater\*innen natürlich auch mit geflüchteten Menschen konfrontiert werden. Es wäre ebenso in der Allgemeinmedizin sinnvoll, denn die meisten geflüchteten Menschen in unserer Praxis landen zuerst beim Allgemeinmediziner. Ich würde mir wünschen, dass unsere Mitarbeiter\*innen aus den PSZ oder niedergelassene Kolleg\*innen, die qualifiziert sind, den Medizin- oder Psychologiestudent\*innen die Arbeit mit geflüchteten Menschen und deren speziellen Bedarfe schon im Studium nahebringen. Geflüchtete Menschen sind ein Teil der Gesellschaft und daher gehört dieser Fokus auch in die Ausbildung von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen.

*Geflüchtete Menschen sind ein Teil der Gesellschaft und daher gehört dieser Fokus auch in die Ausbildung von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen.*

### Was schätzen Sie besonders an dem Netzwerk?

**BARBARA WOLFF:** Für uns von FATRA ist es wichtig, dass wir die Bedürfnisse der Menschen, die bei uns ankommen, richtig erkennen und darauf dementsprechend reagieren. Wenn es einen Bedarf an Psychotherapie gibt, sind wir froh über die niedergelassenen Kolleg\*innen, an die wir vermitteln können. Das andere ist, dass wir im Netzwerk alle voneinander lernen können. Wir haben vor vielen Jahren angefangen und hatten nicht viel Ahnung. Auf dem Kongress, von dem ich erzählt habe, habe ich David Becker kennengelernt. Damals war er noch in Chile und sagte: „Wie kann man denn Menschen, die politische Gewalt erlebt haben, überhaupt im Exilland behandeln? Bei uns in Chile ist es für die Leute völlig klar, auf welcher Seite wir stehen. Aber wenn sie zu euch kommen, wo erfahren sie denn, auf welcher Seite ihr steht?“ Auch das haben wir uns erst langsam erarbeiten müssen. Dass das geht, im Exilland – indem wir den Betroffenen in ihrem individuellen Leid mit unseren psychotherapeutischen und psychiatrischen Kenntnissen helfen, ihnen gleichzeitig zur Seite stehen bei der Durchsetzung ihrer Rechte z. B. im Asylverfahren, in der Gesundheitsversorgung usw. und last but not least, dass wir ihre Situation im Heimatland und hier im politischen Kontext sehen und unsere Arbeit auch als Menschenrechtsarbeit begreifen.

**ROSALBA MACCARRONE:** Ich würde auch sagen, dass gemeinsam zu lernen wirklich das ist, was uns alle verbunden hält. Es hat uns z. B. geholfen, erst mal zu verstehen, dass für Geflüchtete unklar ist, wie sie zwischen Leuten unterscheiden können, die in der Regierung arbeiten und Entscheidungen über ihren Aufenthaltsstatus treffen und Leuten, die ihnen nur zur Seite stehen. Das klarzustellen, ist eine große Herausforderung, weil auch kulturell so unterschiedliche Vorstellungen bzw. gar keine Vorstellungen von psychotherapeutischer Arbeit vorhanden sind.

### Was sind aktuell wichtige Themen für das Netzwerk?

**ROSALBA MACCARRONE:** Ich fürchte, ich öffne ein anderes Thema, weil wir gerade Krieg in Europa haben. Ich habe gestern oder vorgestern eine Mail von der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung bekommen. Dadurch, dass ukrainische

Kolleg\*innen mit europäischen Kolleg\*innen und auch mit deutschen Kolleg\*innen in Verbindung stehen, haben einige die Frage gestellt: Welche humanitäre Hilfe können wir leisten? Was können wir in der Ambulanz anbieten? Jetzt gerade geht es erst mal um kollegiale Unterstützung oder Spenden, was später auch heißen kann, dass wir in unserem Verbund psychologische und psychotherapeutische Hilfe ermöglichen.

Ich sehe es kommen, dass wir uns mit diesem Thema beschäftigen werden. Ich hoffe, dass wir die Kapazitäten für all das haben.

**IRENE ROSENKÖTTER:** Dabei ist es wichtig zu bedenken, auf welcher prekärer ökonomischen Grundlage diese ganze Arbeit stattfindet. Da stellt sich natürlich auch die Frage – wenn jetzt für den Krieg so viel Geld bewilligt wird, Waffenkäufe stattfinden und die Bundesregierung die Bundeswehr aufrüstet –, wo wird das Geld abgezogen? Mir bleibt nur die Hoffnung, dass das nicht auf einen sehr ungünstigen finanziellen Ausgleich hinausläuft. Das werden Fragen sein, mit denen wir uns auch beschäftigen müssen. Ich habe die Hoffnung, dass eine Organisation wie FATRA einmal nicht nur von Spenden leben muss, sondern einen festen Boden bekommt.

**BARBARA WOLFF:** Meine Kollegin hat mich gestern gefragt: „Werden wir jetzt den Flüchtlingen aus der Ukraine helfen? Werden wir jetzt wieder große Unterstützung kriegen in unseren Zentren?“ Ich bin da ganz pessimistisch. Jetzt werden schnell Hilfsprogramme aufgelegt und in vier bis fünf Jahren wird Kassensturz gemacht und gesagt: „Ja, die Waffen brauchen wir, aber für die Psyche muss bitteschön jeder selbst sorgen.“ Ich fürchte, dass es so kommt. Da muss man dagegenhalten, einen langen Atem haben und sagen, dass es so nicht geht.

*Jetzt werden schnell Hilfsprogramme aufgelegt und in vier bis fünf Jahren wird Kassensturz gemacht und gesagt: „Ja, die Waffen brauchen wir, aber für die Psyche muss bitteschön jeder selbst sorgen.“*

Interviewer\*innen: Lenssa Mohammed und Katja Mériaux

# 06

---

**Interpretation  
in the Healthcare  
Sector: European  
Perspectives**

## 6 Interpretation in the Healthcare Sector: European Perspectives

Currently, there are no legal provisions in Germany for the financing of interpretation services in the healthcare sector. This poses a major obstacle for refugees and other (im)migrants to healthcare access, as they cannot make use of many services and treatments due to language barriers. The new German government's coalition agreement states the intention to allow for the funding of interpretation through the statutory health insurance system. This is a positive step towards a more inclusive healthcare system that recognizes the diverse needs of patients in Germany.

Interpretation in the healthcare sector is an issue that is highly relevant and – in the current state – also problematic not only in Germany, but also in many other countries. In a conversation with various people working towards a better implementation of interpretation services in Germany, the Netherlands and Switzerland, we discussed the different situations in these countries with regards to interpretation in healthcare, current challenges as well as good practices.

### 6.1 Current Approaches and Challenges in Germany, the Netherlands and Switzerland

#### *Interview Partners:*

**LENA EMCH-FASSNACHT:** Ms. Emch-Fassnacht is the director of INTERPRET, the Swiss Association for Cultural Interpretation and Mediation. As a national association, INTERPRET represents community interpreters, regional service providers and regional training institutes. Furthermore, INTERPRET has developed a national qualification scheme for interpreters.

**PROF. DR. MIKE MÖSKO:** Dr. Mösko is the head of the research group Migration and Psychosocial Health at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE). Furthermore, he is a professor for clinical psychology at the University of Applied Sciences in Magdeburg-Stendal as well as the director of the psychosocial

center SEGEMI in Hamburg. He leads the EU research projects *ZwischenSprachen*<sup>1</sup>, in which quality standards and minimum requirements for the qualification of interpreters have been developed (Breitsprecher et al., 2020).

**DR. BARBARA SCHOUTEN:** Dr. Schouten is a psychologist working at the University of Amsterdam in the department of communication science, in the field of health communication. She is currently involved in an European project promoting access to mental healthcare for refugees and other migrants.

#### **What is the current situation in your countries regarding the financing, but also the implementation of interpretation in the healthcare sector?**

**LENA EMCH-FASSNACHT:** The financing situation is not regulated. What we do have are hospitals that finance interpretation from their total budget. What we also have are outpatient clinics for survivors of torture and war (“Ambulatorien für Folter- und Kriegsopfer”). These are mainly organized by the Swiss Red Cross and university hospitals. They provide therapies for migrants and refugees. These clinics work with interpreters, and they have interpreters who are also qualified in our system. They also offer their own qualification programs. There is one in Bern, Zurich, St. Gallen, Lausanne and Geneva. These clinics are always on the lookout for funding sources. The funding is very off and on, and they never know how they can finance their work. That's where we are in Switzerland.

**BARBARA SCHOUTEN:** There is no language policy in the Netherlands, that's the basic issue. In 2012, when we had an interim government with a very right-wing political party in it, the budgets were cut for healthcare organizations to be able to hire interpretation services. We have one great human rights organization called the Johannes Wier Foundation. They lobbied to get the funding back for hiring interpreting services and were successful regarding the mental healthcare sector, but not for other healthcare sectors. Hopefully, this will be the first step in getting more funding, but finances are only one barrier. Now there is this war going on in Europe, and we in the Netherlands only have 16 professional interpreters who speak Ukrainian, and we will have thousands, maybe hundreds of thousands of refugees. 16 interpreters for that amount of refugees will be a massive problem.

<sup>1</sup> [www.ZwischenSprachen.de](http://www.ZwischenSprachen.de)

**MIKE MÖSKO:** Until 2004, there were no integration policies at the national level in Germany. With the immigration law in 2005, the German government invested money so that people can learn the German language for free. This is so far the only component of German integration policy with regards to language. So the policy is to learn German – this attitude is in the minds of many policy-makers. This leads to the fact that – as there is no general law that supports qualified community interpreting – there are numerous grassroots initiatives. It's brilliant that these initiatives exist. The disadvantage is that there is a huge diversity with regards to the understanding of the role and qualification standards of interpreters.

### What actually happens when I am a person in need of interpreting in the healthcare system, for example in order to visit a doctor or a therapist?

**BARBARA SCHOUTEN:** It depends a bit on the healthcare setting. You have to go to the general practitioner first to get referrals to specialists. Otherwise, your insurance won't cover the costs. The patient goes there and they just take along their child, a family member, whoever is available. If they're alone and the doctor knows that he cannot communicate properly, he says: „Please come back tomorrow and bring along a family member or someone else.” In only 5 % of consultations, a professional interpreting service is scheduled where it's needed. We know from research that the quality of non-professional interpretation is not good, but there are also other psychosocial issues. For example, letting young children in settings like that. It's not well organized, to say it politely. Some organizations focus on, for instance, refugees, people with posttraumatic stress or traumas. But they don't have enough therapists to help everyone.

*We know from research that the quality of non-professional interpretation is not good, but there are also other psychosocial issues. For example, letting young children in settings like that.*

### What challenges are there with regards to the qualification of interpreters and how is this issue tied to the issue of funding?

**MIKE MÖSKO:** Some training providers say: „Two weekends - hey, you've learned the minimum to become an interpreter.” Then you have others who do a week or so of training. There are a lot of organizations that work with this approach. Not because they want to, but due to restricted resources and money. There are also

degrees at the university level. And there is a high standard, which applies to the colleagues from the interpreting services SprInt, bikup and SPuK. They have around 1,500 to 2,000 hours of qualification, which is substantial. Another challenge is that there are a lot of people who work almost for free. Developing qualification standards also means linking an appropriate payment to it. Finally, we have the issue regarding funding. If you want to be financed by insurance, you need standards. Without that, you will get no money. The question is, what is an appropriate qualification standard?

*If you want to be financed by insurance, you need standards. Without that, you will get no money. The question is, what is an appropriate qualification standard?*

**LENA EMCH-FASSNACHT:** Well, the problem with regards to funding in Switzerland is the lack of national regulations, it's not the hospitals. So the national department for healthcare says: “We want the hospitals to use interpreters”, but they don't finance them, because they say: „Well, this is not our problem.” It is the different partners in the healthcare system (health insurance companies, hospitals, association of doctors, cantons etc.) that have to find a solution for the financing. This makes it so difficult to find a solution. Also, if you have a qualification scheme – we have had this now for quite a long time – the national department says that it is very important and that they will help us in financing it. But as long as the clients don't know, because the services don't inform them, that there is a difference between qualified and unqualified interpreters, then it doesn't connect. Furthermore, if interpreters have a good qualification, the chances rise for them to get another job. So they move on, and the service providers have to look for new interpreters. The actual quote for qualified interpreter services is not so high. The highest quote is in Zurich and Lausanne. They have big service providers, and there about 80 % of the interpreters have the minimum qualification which is 240 to 260 hours of training. 80 % is a high value, but you also have service providers with 20 %, so there is a huge difference.

### What topics are addressed in the various qualification schemes in your countries?

**LENA EMCH-FASSNACHT:** It's a lot of training, but also how to work with terminology. It's also a lot of discussions about what is the role of the interpreter

and the code of conduct. And what their task is and what the task of the healthcare professional is. Also how to define the intervention. When interpreters are translating for healthcare professionals it is very important to be neutral. Transparency is very important as well. They also learn how to structure the intervention and what they have to say at the beginning. And that there's also a possibility to have a debriefing and talk about what was difficult and what they can do better.

**MIKE MÖSKO:** With the standards we established, it's also about roles and ethical issues. Most of the people who work in this area define themselves as helpers, they want to help their people, which is a strong intrinsic motivation. The qualification goal is to teach them not to help, but to interpret professionally, which is slightly different. There are four main parts of our qualification. Roles and ethical issues are the first part. The second part is about interpreter techniques, and the third part is to get to know the different work fields because most of the people in our area don't just work for a psychiatrist, they also work in hospitals, social organizations, kindergartens and so on. The goal is to get insight into different conversation techniques and backgrounds. The fourth part of the qualification is about their self-employment. Most interpreters are self-employed, and they get knowledge regarding their employment situation.

### What role does racism play with regards to access to interpreting services?

**MIKE MÖSKO:** At least from my experience I can say that patients, who do not speak the main language, are all generally neglected. I see our role as an advocate for people who don't really have a voice to fight for their rights, to get adequate treatment. Being a migrant and being mentally ill are two strong stigmas. The lobby for this particular group has to raise their voices even stronger.

*I see our role as an advocate for people who don't really have a voice to fight for their rights, to get adequate treatment. Being a migrant and being mentally ill are two strong stigmas. The lobby for this particular group has to raise their voices even stronger.*

**LENA EMCH-FASSNACHT:** It's also connected with what we sometimes call health competence. If you know the system in Germany, the Netherlands, or Switzerland and what you can get, you can ask questions. Then you get active as a patient, and then you maybe need an interpreter. But people who are not used to asking

questions or who are not aware of what they should know, to get the care they need, they won't ask.

**BARBARA SCHOUTEN:** I know what you are saying, and it is an often-heard argument. Of course that is part of the problem. But I think it's a very dangerous way of thinking about the problem because you put all of the burdens to take care of yourself when you are very ill onto the patient. I don't think that's correct and I think that there's enough evidence that shows that healthcare systems do treat people differently based on their ethnic background. So the responsibility should be placed on the healthcare organizations, not on individual professionals and not on individual patients.

*So the responsibility should be placed on the healthcare organizations, not on individual professionals and not on individual patients.*

**LENA EMCH-FASSNACHT:** It's a big problem in the institutions that there's no awareness. We once did a study, and I was asking institutions whether they know what their client's native language is. They said: „Oh no, we don't need to know that.” But then you end up at the point where they say: „Well, I didn't know that they couldn't speak German properly. So that's why we didn't have an interpreter.” I mean, it should be in the interest of the institution to know what language people speak, so they can talk to them.

**BARBARA SCHOUTEN:** I don't think they care enough. Because these people don't have any power, it's very easy to neglect them. That's also why there is no good language policy in a lot of countries. Also, the regulations are not there, there is no law that gives patients the right to have an interpreter in healthcare.

### What role does the qualification of healthcare professionals play when implementing interpretation services? Do you know any good examples for training programs for them on how to work together with interpreting services?

**MIKE MÖSKO:** A lot of healthcare professionals have lots of arguments against working with interpreters. Working with interpreters is not part of the formal training for healthcare professionals.

**BARBARA SCHOUTEN:** What you often see is that healthcare professionals have a conversation with the interpreter instead of the patient. So the eye contact is focused on the interpreter although it should be on the patient. This is part of the training for interpreters, but if the healthcare professional doesn't cooperate, the interpreter, who is also in a lower position, will not correct the healthcare professional. The consequence is that the patient feels left out because the attention is not on the patient, but on the interpreter.

**LENA EMCH-FASSNACHT:** The clinics for survivors of torture and war – these are institutions that only work with refugees as patients and only work with interpreters. They have qualification sessions for the healthcare professionals, but they also have sessions where they discuss the relationship between the healthcare professionals and the interpreters. The interpreters are really a part of the team. In these institutions, everybody knows that you can't work without interpreters and you have to be aware of what's going on if you work with interpreters. So this is a very good example. But on the other hand there are huge hospitals, where you have a psychiatry unit. A refugee comes in and the psychiatrist has no idea what's going on. Maybe there is an interpreter, maybe there's not. There's a huge difference between the institutions.

*The clinics for survivors of torture and war – these are institutions that only work with refugees as patients and only work with interpreters [...] In these institutions, everybody knows that you can't work without interpreters and you have to be aware of what's going on if you work with interpreters.*

**MIKE MÖSKO:** I think good concepts for the education of healthcare professionals is part of the solution. But it depends on where you set your focus. If you have an institution that trains psychotherapists, then you may just need a training concept for this specific goal. But if you have a clinic, you need the okay of the clinic chief and the finance chief. And you need regulations. Ideally all professions are included in this process. It's not just training, but a development process for a whole organization. At the university medical center there is an interpreter pool, which is great, but there is also clinic staff who work unofficially as interpreters. They don't get paid for this and don't have any training. You can perceive this as a scandal, where nobody seems to care. With our work we want to contribute to change this.

**BARBARA SCHOUTEN:** It's the same situation in some Dutch hospitals. It's absurd. I like the concept of the Migrant-Friendly Hospital, I think it is a Swiss concept.

It's at an organizational level, so there's a team of interpreters, anthropologists – every discipline needed to give good culturally sensitive care.

**LENA EMCH-FASSNACHT:** Migrant-Friendly Hospitals are now called Swiss Hospitals for Equity. They're now inclusive in a more general way. In this network, there are big differences between the hospitals. You have hospitals where they have a whole system on how to work with interpreters and so on. Then you have other hospitals that say they are part of the network, but don't really do a lot. The network is too loose, but I think it's a good start.

### What needs to happen in the next five years in order to make healthcare more inclusive especially for refugees and (im)migrants?

**BARBARA SCHOUTEN:** There should be European and national laws that give patients the right to sufficiently qualified interpreting services. The policy should change and the practice will follow.

*There should be European and national laws that give patients the right to sufficiently qualified interpreting services. The policy should change and the practice will follow.*

**LENA EMCH-FASSNACHT:** This is the key, I would say. But this is difficult, especially in Switzerland with the right-wing or middle-wing parties. What we're now trying is to get it into this system with health insurance. I really hope that in five years we can say qualified interpreters in the outpatient sector at least will be covered by health insurance. We want to start with this sector and then maybe move on to the inpatient sector. But it's going to be very difficult.

**MIKE MÖSKO:** The political issue is one thing. In my view, there is lots of evidence missing. We don't know how many people are working in this field. We don't know what their qualification backgrounds are. How should we integrate qualified interpreters in rural areas into services? Also, we don't know when we really get a proper law and funding.

**BARBARA SCHOUTEN:** I am more optimistic about the possibility to have more support at the European level. They are very open to it, and a lot is happening in

the Directorate-Generals. If you know good organizations in your own country, the time for lobbying is now. The biggest humanitarian crisis in Europe is happening. So we can do something now. Good luck in your own country!

■ *If you know good organizations in your own country, the time for lobbying is now.*

*Interviewers: Yukako Karato und Lenssa Mohammed*

#### FURTHER READING:

**Breitsprecher C., Mueller J. T., Mösko M. (2020).** Qualitätsstandards und Mindestanforderungen für die Qualifizierung von Dolmetscher\*innen für die soziale Arbeit in Deutschland. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

**Emch-Fassnacht, L. (2021).** Finanzierung professioneller Dolmetschleistungen immer noch ungeklärt. Prekäre Situationen im ambulanten Bereich, bei Hausarztmedizin und Psychotherapie. Schweizerische Ärztezeitung 2021;102(05):168–170. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4414/saez.2021.19459>.

## 6.2 Interpreter-mediated Psychiatry and Psychotherapy at the Competence Centre for Transcultural Psychiatry in Denmark

The Competence Centre for Transcultural Psychiatry (CTP) was the first public outpatient clinic for trauma-affected refugees in Denmark. It was established during a time when the public hospital system in Denmark wanted a public offering for trauma-affected refugees. The center provides interpreter-mediated psychiatric and psychotherapeutic care for trauma-affected migrants and refugees and has fought to get public funding for their own interpreter-pool. They are convinced that interpretation in therapy works the best when clinicians and interpreters are well-trained and prepared for their task, work as a team and if patients are also informed about the interpreting process. The clinic has a strong focus on research integrated into their treatment approach and has therefore gathered findings about the dynamics between clinicians, interpreters and patients.

#### *Interview Partner:*

**DR. JESSICA CARLSSON:** Dr. Carlsson is a psychiatrist and head of research at the Competence Centre for Transcultural Psychiatry (CTP) in Copenhagen, Denmark. She is also an associate professor at the University of Copenhagen. She has been working in the refugee context for 20 years, formerly at the RCT (Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims, which is now called DIGNITY) and was involved in founding the CTP.

#### **Who works at the Centre for Transcultural Psychiatry and who are the services for?**

**JESSICA CARLSSON:** There are maybe 40 people employed, we have more or less 600 referrals yearly, all refugees or migrants or people of migrant decent. Persons with a permanent or temporary residency can access our clinic, but we cannot take in asylum seekers. The asylum seekers in Denmark are under the responsibility of the Red Cross. Once you get your asylum permission you can be referred to us. We have seen in our analysis that people who come to us have usually been in the country for about 14 years. The access to services for asylum seekers is a bit

limited – you only have access to emergency health services, so you can see a psychiatrist, but you cannot get a full-length psychotherapy.

### How do people reach your clinic?

**JESSICA CARLSSON:** In Denmark the referral goes a lot through the general practitioner. Everybody has a general practitioner, and that's where you always go when you have a problem. So most referrals come from there, but it could also come through other hospitals or other mental health services and sometimes it's a social worker from the municipality, who contacts the general practitioner to refer people to us. The social worker cannot do the referral by him\*herself, it has to go through another clinician.

### How long do people wait for a consultation?

**JESSICA CARLSSON:** Because we are part of the public system we have to see everyone who is referred to us within one month after the referral. We generally invite everyone for at least one session. If the person is part of our target group, so a trauma-affected refugee and is motivated for the treatment we always have an offering for them. It wasn't like this some years ago. The one-month rule to see a patient was a general political decision in Denmark based on the idea that nobody with health issues should have to wait, and as we were part of the public health system there were no exceptions. But before that there was traditionally a waiting list of 1-2 years in other clinics treating trauma-affected refugees. Of course, the situation that we see the people within a month also means that we have to finish some treatments. Our normal treatment course is 8–12 months and we have a focus on not continuing treatment if it's not really helpful, and I think that this is a big change compared to the old days when I started in the field. The treatments used to be very long and you couldn't stop them because the situation of the people remained difficult and it felt like: "If I don't continue, who would then do it?"

*If the person is part of our target group, so a trauma-affected refugee and is motivated for the treatment we always have an offering for them. It wasn't like this some years ago. The one-month rule to see a patient was a general political decision in Denmark based on the idea that nobody with health issues should have to wait, and as we were part of the public health system there were no exceptions.*

Now we are stricter in finishing. If we tried everything and didn't see improvement, we have to think of another plan, for example to refer the person to other services or a general practitioner who can offer some supportive conversations every now and then. We also have four social workers who are in good contact with the municipalities and who know the different possibilities for support. So when we finish, the patient goes either to the general practitioner sometimes with a special contact to the municipality, sometimes with a mentor who can help with practical things or we refer them to an outpatient mental health service, which is more for chronic patients where there are suicidal concerns.

### How can interpretation services be accessed?

**JESSICA CARLSSON:** 50-60 % of our sessions are conducted with interpreters. In Denmark interpreting services for migrants and refugees are paid for by the government within the first three years. Afterwards, you normally need to pay for interpreters yourself, but if you are sick and therefore had difficulties learning the language then you can get an exception. We can put all the people referred to us under this exception to offer treatment. The doctor or the clinician can book a translator. There is one big interpretation service, with which the capital region made a deal with, so all hospitals are supposed to book this one specific service. And it is known that the variation in the quality of the interpreters is very large because there is no formal training. We have a special agreement at our unit with the capital region of Denmark and are therefore allowed to have our own interpreters. We argued that it's extremely important to have very well-trained interpreters in our field and that we also need to have them throughout the whole treatment course. We are very happy to have that exception! We know our interpreters, we have supervision for them, and they participate in our events, so they are very much part of the clinic.

*We know our interpreters, we have supervision for them, and they participate in our events, so they are very much part of the clinic.*

### How are interpreters being trained in Denmark and at your clinic?

**JESSICA CARLSSON:** There is no formal training to become an interpreter in Denmark, so there is quite a variation as to how they have been trained. When we do research we train them on the specific interviews and questionnaires

that we use, but we haven't made any specific training programs for them. We have a manual for all the new clinicians and interpreters on how interpreted sessions should be conducted. And we also have once or twice a year a few months where we do systematic feedback after each interpreted session, so the clinician and the interpreter are supposed to meet and do a short debriefing after the session to exchange information about what worked and what didn't work and what they can both continuously do better, both the clinician and the interpreter, so it goes both ways.

### What are the things that you would like to see addressed in the future regarding interpretation services?

**JESSICA CARLSSON:** It would be great if there would be a training for interpreters both for interpreting in healthcare settings, but also specifically for mental health treatment, even for psychotherapy. We recently finished an e-learning (lectures, questions, examples with role plays) for interpreting for medical students – because that's what we got funding for, but we made it available for all clinicians and it would be helpful to have something like this for interpreters. Another issue that is important and often forgotten is to introduce the patients/ persons referred to how it works, how we work with interpreters. We sometimes forget, so we instruct the interpreters and the clinicians, and we just expect the patients to know how it works and how to act.

*Another issue that is important and often forgotten is to introduce the patients/ persons referred to how it works, how we work with interpreters.*

### What are the current discourses regarding interpreter-mediated psychotherapy that you know of?

**JESSICA CARLSSON:** We have data from four former randomized control studies with 700 trauma-affected refugees and looked at the difference between patients with and without interpretation in therapy. The outcome was that those who had an interpreter had slightly lesser effects and this was despite controlling for various variables. We discussed in our paper whether the difference in outcome is related to the situation that you really get “less” psychotherapy or rather to the situation that you haven't managed to learn Danish, which then negatively affects development processes. Or cognitive deficits impede

learning Danish and this more severe condition is reflected in lesser effects. And then we did a qualitative study about what happens in the relationship between interpreters and clinicians and we did interviews with both (Gryesten et al., 2021). The most interesting result was that the therapists wanted the interpreters just to be a “language channel,” but that was not realistic because he\*she is another person so you have to be much more aware of the fact that you are not working with a language machine, but rather take into account what happens in the dynamic between the three persons. It can be a sensitive balance because the psychotherapist is sometimes in the role of the employer and this affects the relationship: What happens when the client gets closer to the interpreters, how does that influence the therapeutic alliance? Afterwards we had more questions than answers, but it was very interesting.

*The most interesting result was that the therapists wanted the interpreters just to be a “language channel,” but that was not realistic because he\*she is another person so you have to be much more aware of the fact that you are not working with a language machine, but rather take into account what happens in the dynamic between the three persons.*

### Do you think clinicians and hospitals in Denmark are prepared for the work with refugees and intercultural settings?

**JESSICA CARLSSON:** No, I don't think they are very well prepared. They think: “Ah now I need an interpreter and this is complicated and it will take a long time and we only have a short time.” I think a lot of times in the daily life at the hospital it will be seen as a burden and complicated. Of course this is my prejudice.

### How is it in your specialized clinic?

**JESSICA CARLSSON:** We don't have special individualized cultural training, but we have a lot of onboarding for the new staff in our clinic including a two-day course in cultural psychiatry twice a year that is also open for the public and there are a lot of manuals for the clinicians and we also have (from time to time) training on the Cultural Formulation Interview which some of us use, not everyone.

### What is your vision for the next five years?

**JESSICA CARLSSON:** We will hopefully have more training both for clinicians/ psychotherapists and interpreters, specifically a more general training for health and mental health including psychotherapy, have more differentiation on how we use interpreting for the different parts such as assessment, diagnostics, treatment and evaluation and then it might be a bit different in psychotherapy. Some people will always need interpreters in psychotherapy, so we might as well understand how to provide the best possible service while using an interpreter. Instead of looking at the obstacles, we are looking at the advantages of using an interpreter.

*Some people will always need interpreters in psychotherapy, so we might as well understand how to provide the best possible service while using an interpreter.*

Interviewer: Lenssa Mohammed

---

#### FURTHER READING:

**Lindberg, L.G.; Carlsson, J.; Kristiansen, M.; Skammeritz, S.; Johansen, K.S. (2022).** The Cultural Formulation Interview – Generating distance or alliance? A qualitative study of practice changes in Danish mental healthcare. *Transcultural Psychiatry* 2022; 1-16. <https://doi.org/10.1177/13634615211065617>

**Gryesten, J.R.; Brodersen, K.J.; Lindberg, L.G.; Carlsson, J.; Poulsen, S.B. (2021).** Interpreter-mediated psychotherapy – a qualitative analysis of the interprofessional collaboration between psychologists and interpreters. *Current psychology*, March 2021. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01345-y>

**Skammeritz, S.; Sari, N.; Jimenez-Solomon, O.; Carlsson, J. (2019).** Interpreters in transcultural psychiatry. *Psychiatric Services*, 2019; 1;70(3):250-253. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800107>

**Sander, R.; Laugesen, H.; Skammeritz, S.; Mortensen, E.L.; Carlsson, J. (2019).** Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees - a retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 2019; 271:684-692. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.058>

07

Daten aus den  
Psychosozialen  
Zentren

# 7 Daten aus den Psychosozialen Zentren

## 7.1 Datenbasis

Die BAfF führt jährlich eine Onlinebefragung aller Mitgliedszentren durch, um Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den Psychosozialen Zentren (PSZ) zu erheben. Dies ist die einzige regelmäßig stattfindende und bundesweite Erhebung von Daten zur psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen. Die Daten zu den Klient\*innen werden anonymisiert erfasst, die Ergebnisse auf Plausibilität geprüft und ggf. in Absprache mit den Zentren bereinigt.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zum Jahr 2020 dargestellt. Sie beziehen sich auf die damals 43 Mitgliedszentren. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

## 7.2 Rahmenbedingungen in den PSZ

### 7.2.1 Leistungsspektrum

Die PSZ offerieren ein breites Spektrum an Unterstützungsleistungen für besonders schutzbedürftige und/oder psychisch erkrankte geflüchtete Menschen. Zum Leistungsspektrum aller PSZ gehören Diagnostik/Clearing, Krisenintervention und Stabilisierung sowie psychosoziale bzw. psychologische Beratung. Fast alle Zentren bieten zudem Sozialberatung, die Erstellung von Gutachten/Stellungnahmen insbesondere zum Gesundheitszustand für das Asylverfahren, Einzelpsychotherapien sowie (asyl-)rechtliche Beratung an. Drei Viertel der PSZ waren an der Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit beteiligt und übernahmen damit eine Aufgabe, zu der Deutschland im Rahmen der EU-Aufnahmerichtlinie verpflichtet ist (s. Glossar, „Besonders Schutzbedürftige“). Zudem bietet fast die Hälfte der Zentren Gruppenpsychotherapien oder andere Gruppenangebote an, um den sozialen Kontakt unter ihren Klient\*innen zu unterstützen.

Zu sonstigen Leistungen gehören etwa Begleitungen zu Behörden, die Begleitung/Koordination von Sprachmittler\*innen und ehrenamtlichen Unterstützer\*innen

## 1 | Leistungen der PSZ für ihre Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, ©BAfF 2022

Sozialberatung, Gutachten/Stellungnahmen, Einzelpsychotherapien	über 90 %
(Asyl-)Rechtliche Beratung, Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit	70 - <90 %
Telefonsprechstunden, weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.), spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche, Notfallsprechstunden, Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z. B. in Aufnahmeeinrichtungen/Unterkünften)	50 - <70 %
Gruppenpsychotherapien, Gruppenangebote mit aktivitätsorientiertem Fokus (Freizeitangebote, Näh-/Schreibgruppen etc.), Medizinische/psychiatrische Versorgung, Gruppenangebote mit pädagogischem/bildungsorientiertem Fokus (Deutschkurse, EDV-Kurse etc.)	30 - <50 %
Sonstiges	23,1 %

sowie diverse Angebote zur Förderung der gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe (z. B. Mentoring, Unterstützung bei der Wohnungssuche). **(Abb. 1)**

Zusätzlich zur psychosozialen Begleitung der Klient\*innen umfasst das Leistungsspektrum der PSZ Aktivitäten zur strukturellen Verbesserung der Versorgungssituation geflüchteter Menschen. Beispielsweise bieten sie für Fachkräfte anderer Einrichtungen Fortbildungen an, um sie für die Arbeit mit traumatisierten geflüchteten Menschen weiterzubilden, und betreiben Lobbyarbeit, um die politische Unterstützung für ihre Klient\*innen zu stärken. Zwei Drittel der Zentren führen Evaluationen und Untersuchungen durch, um die Wirksamkeit ihrer Arbeit zu kennen und zu verbessern. **(Abb. 2)**

## 2 | Leistungen der PSZ zur Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, ©BAfF 2022

Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit	100,0 %
Beratung anderer Einrichtungen/externer Fachkräfte	97,4 %
Fortbildungsangebote	92,3 %
Presse-/Öffentlichkeits-/Lobbyarbeit	92,3 %
Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen	84,6 %
Fundraising	74,4 %
Evaluation und Forschung	65,8 %

### 7.2.2 Trägerschaft

Fast alle PSZ waren 2020 einem Wohlfahrtsverband angeschlossen, davon die Hälfte (47,5 %) in Trägerschaft und die andere Hälfte (47,5 %) als Mitglieder (n=40 PSZ mit 16.301 Klient\*innen, 5,0 % weder in Trägerschaft noch als Mitglied).

Die Trägerschaft der PSZ verteilt sich wie folgt auf die Verbände:

- das Diakonische Werk: 42,1 %;
- der Caritasverband: 21,1 %;
- das Deutsche Rote Kreuz: 10,5 %;
- die Arbeiterwohlfahrt: 5,3 %;
- sonstige/mehrere Verbände: 21,1 %.

### 7.2.3 Mitarbeitende in den PSZ

In einem „typischen“ PSZ waren 9,0 fest angestellte Mitarbeiter\*innen beschäftigt, die sich auf 5,0 Vollzeitstellen aufteilten (Mediane,<sup>1</sup> Durchschnittswerte: 16,6 Mitarbeiter\*innen auf 10,7 VZÄ, n=38 PSZ mit 13.285 Klient\*innen). Zusätzlich zu den Angestellten waren die Zentren auf die Unterstützung einer deutlich höheren Anzahl an Personen mit unterschiedlichen freien Mitarbeiterverhältnissen angewiesen. Dies ist u.a. auf die prekäre Finanzierungssituation der PSZ zurückzuführen (s. Kapitel 7.7). 2020 waren in einem typischen PSZ 45,0 Personen (Median) als freie Mitarbeiter\*innen, Mini-Jobber\*innen, Praktikant\*innen oder Ehrenamtliche beschäftigt (Durchschnitt: 65,2 Personen).

Die Mitarbeiter\*innen (sowohl angestellte als auch freie) waren nach Tätigkeitsbereichen wie folgt aufgeteilt (Mediane), pro PSZ:

- Psychotherapie: 6,0 Personen (Durchschnitt: 8,1);
- Beratung: 5,0 Personen (Durchschnitt: 5,8);
- Sprachmittlung: 31,0 Personen (Durchschnitt: 35,4);
- Verwaltung: 2,0 Personen (Durchschnitt: 2,5);
- Kreativ- und Körpertherapie: 1,0 Personen (Durchschnitt: 1,8);
- Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit, u.Ä.: 1,0 Personen (Durchschnitt: 0,9);
- medizinische Versorgung: 0,0 Personen (Durchschnitt: 0,7);
- sonstige Bereiche: 1,0 Personen (Durchschnitt: 5,8).

## 7.3 Klient\*innen der PSZ

### 7.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient\*innen

2020 wurden in den PSZ insgesamt 19.352 Klient\*innen versorgt. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Rückgang von 25,5 %, was sich u.a. durch die Einschränkungen durch die Covid-19-Pandemie erklären lässt und die Tatsache, dass viele offene Angebote zeitweise eingestellt werden mussten. Nichtsdestotrotz konnten 8.376 neue Klient\*innen aufgenommen werden (n=40 PSZ).

■ 2020 wurden in den PSZ insgesamt 19.352 Klient\*innen versorgt.

43,2 % der Klient\*innen waren weiblich, 55,8 % männlich. (Abb. 3)

## 3 | Gender der Klient\*innen

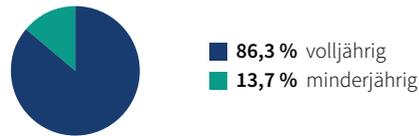
Befragung der PSZ 2020, n=17.814 Klient\*innen, ©BAfF 2022



<sup>1</sup> Es werden Mediane ausgewiesen, da die Durchschnittswerte durch die Angaben besonders großer PSZ ein verzerrtes Bild abgeben.

#### 4 | Minderjährige und volljährige Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=16.117 Klient\*innen, ©BAfF 2022



#### 5 | Unbegleitete minderjährige Geflüchtete unter den Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=2.202 Klient\*innen, ©BAfF 2022



13,7 % der Klient\*innen waren minderjährig, davon floh ein Drittel ohne Begleitung ihrer Familie nach Deutschland. (Abb. 4/5)

*Zu den Klient\*innen der PSZ gehören häufig Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit Folter, Menschenhandel oder Verfolgung entstanden sind.*

Zu den Klient\*innen der PSZ gehören häufig Personen mit besonderen (Schutz-) Bedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden sind. Diese Klient\*innen benötigen spezialisierte Unterstützung durch Fachkräfte, die in der Lage sind, die besonderen Bedarfe zu erkennen und zu adressieren. Den vorliegenden Daten zufolge waren 2020 18,9 % der Klient\*innen Überlebende von Folter, 5,0 % Personen, die sich als LSBTIQ\* identifizieren und 2,8 % von Menschenhandel Betroffene (n = 16.117). An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass nicht in allen PSZ die Ressourcen vorhanden sind, um diese Merkmale bei allen Klient\*innen systematisch zu dokumentieren und sich Klient\*innen aus verschiedenen Gründen nicht immer (direkt) im PSZ outen (s. Träbert & Teigler, 2022).

#### 7.3.2 Genutzte Angebote

Entsprechend dem multiprofessionellen Ansatz der PSZ wurden die Klient\*innen in verschiedenen Settings begleitet:

*Fast drei Viertel der Klient\*innen erhielten (psycho-)soziale und/oder asylrechtliche Beratung.*

- Fast drei Viertel (73,4 %) der Klient\*innen erhielten (psycho-)soziale und/oder asylrechtliche Beratung und wurden persönlich durch Sozialarbeiter\*innen und Psycholog\*innen unterstützt;
- ungefähr ein Drittel (36,6 %) befand sich – in der Regel zusätzlich zur Beratung – in psychotherapeutischer Behandlung. Lediglich 14,1 % wurden ausschließlich psychotherapeutisch versorgt und waren nicht in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden;
- 2,2 % wurden psychiatrisch versorgt und
- 20,2 % nahmen sonstige Angebote wie beispielsweise kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote wahr (n = 16.117).

#### 7.3.3 Aufenthaltssituation

##### Aufenthaltsstatus

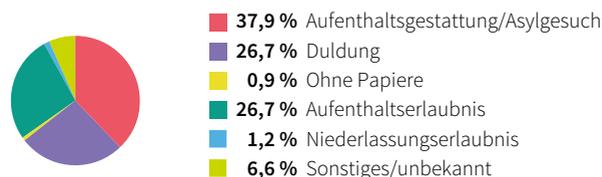
Ein Großteil der Klient\*innen der PSZ hat einen prekären Aufenthaltsstatus, d.h. sie warten auf das Ergebnis eines Asylverfahrens oder besitzen lediglich eine Duldung mit der Unsicherheit, jederzeit abgeschoben werden zu können. Die PSZ nehmen prioritär Personen mit einem prekären Aufenthaltsstatus auf, da diese einen stark eingeschränkten Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben.

Auch 2020 verfügten fast zwei Drittel (65,5 %) der Klient\*innen lediglich über eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (s. Glossar, „Aufenthaltsgestattung“ und „Duldung“). Nur ca. ein Viertel (27,9 %) besaß einen relativ sicheren Aufenthaltsstatus, d.h. eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis. Im Vergleich hierzu hatten drei Viertel (75,3 %) aller geflüchteten Menschen in Deutschland einen relativ sicheren Aufenthaltsstatus. (Abb. 6/7)

*Zwei Drittel der Klient\*innen hatten einen prekären Aufenthaltsstatus: Sie verfügten über eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.*

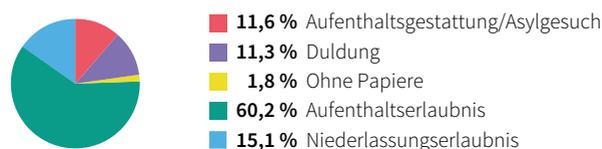
## 6 | Aufenthaltsstatus der Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAfF 2022



## 7 | Aufenthaltsstatus aller geflüchteter Menschen in Deutschland

Statistisches Bundesamt (2020). Schutzsuchende. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, Fachserie 1 Reihe 2.4. Eigene Darstellung ©BAfF 2022



### Klient\*innen in Dublin-Verfahren

Laufende asylrechtliche Verfahren können die Bleibeperspektive in Deutschland gefährden. Dublin-Verfahren, in denen Schutzsuchende in andere EU-Länder zurückgeschoben werden, führen häufig zu einer zusätzlichen psychischen Belastung geflüchteter Menschen (s. Glossar, „Dublin-Verfahren“). 2020 befanden sich durchschnittlich 15,2 % der PSZ-Klient\*innen im Dublin-Verfahren und wurden bei den dadurch entstehenden rechtlichen Fragen sowie den daraus resultierenden psychischen Belastungen unterstützt (n = 39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen).

### Klient\*innen mit Abschiebungsverboten

Schwer psychisch kranke Menschen, die reiseunfähig sind oder bei denen eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands bei einer Abschiebung droht, dürfen nicht abgeschoben werden. Rechtliche Grundlagen hierfür sind das sogenannte inlandsbezogene Abschiebungshindernis (§ 60a Abs. 2c, 2d AufenthG) sowie das zielstaatsbezogene Abschiebungsverbot (§ 60 Abs. 5 und 7 AufenthG). Ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis wird festgestellt, wenn nachgewiesen wird, dass die betroffene Person unter einer Erkrankung leidet, die die Abschiebung

beeinträchtigen könnte. Ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot erhalten Personen, bei denen bei einer Abschiebung die Gefahr einer Verletzung der in der Europäischen Menschenrechtskonvention verankerten Rechte droht (z. B. bei unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung (Art. 3 EMRK)) und/oder eine konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit droht, weil davon ausgegangen wird, dass sich der gesundheitliche Zustand durch eine Rückkehr ins Herkunftsland wesentlich verschlechtern würde.

Für ein solches Abschiebungsverbot muss die Erkrankung der betroffenen Personen nachgewiesen werden. Auch hierbei unterstützen die PSZ, indem sie Stellungnahmen für ihre Klient\*innen erstellen. 2020 wurde bei 4,7 % aller PSZ-Klient\*innen ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis und bei 9,4 % ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot festgestellt (n = 39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen).

Die notwendigen Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, wurden in den vergangenen Jahren zunehmend verschärft mit der Folge, dass psychische Erkrankungen häufig im Verfahren nicht anerkannt werden. Aufgrund von Gesetzesänderungen im Asylpaket II (2016) und im Geordnete-Rückkehr-Gesetz (2019) muss eine sogenannte „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ eingereicht werden, damit eine schwere Erkrankung im Asylverfahren berücksichtigt wird. Diese Bescheinigungen müssen von Fachärzt\*innen erstellt werden, d.h. Atteste von Psychologischen Psychotherapeut\*innen werden ausgeschlossen, obwohl diese Berufsgruppe darin ausgebildet ist, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und einen Großteil der Behandlung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland übernimmt. Die zu erfüllenden Standards für eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung sind zudem höher als bei anderen ärztlichen Gutachten. Es reichen nicht nur Krankheitsgeschichte, Untersuchungsmethoden und Diagnose, sondern auch die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, müssen geschildert werden. In der Praxis verlangen das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder die Gerichte sogar oftmals, dass sich Ärzt\*innen ausführlich mit den Unterlagen des Asylverfahrens auseinandersetzen und diese in die Gutachten integrieren. Hinzukommt, dass es keine Regelungen zur Kostenübernahme für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigungen gibt, sodass Schutzsuchende die Kosten i.d.R. selbst tragen müssen.

*Die notwendigen Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, wurden in den vergangenen Jahren zunehmend verschärft mit der Folge, dass psychische Erkrankungen häufig nicht anerkannt werden.*

Diese Verschärfungen führen nicht nur zur Verletzung von Menschenrechten schwer psychisch erkrankter Schutzsuchender, sondern schränken die Möglichkeit bei Folteropfern ein, dass ihre Foltererfahrungen professionell dokumentiert und anerkannt werden bzw. eine schnellstmögliche Rehabilitation eingeleitet werden kann (Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984, Art. 14). Sie sind zudem eine Aberkennung der fachlichen Kompetenz Psychologischer Psychotherapeut\*innen. Darüber hinaus belasten sie das Gesundheitssystem durch die hohen Anforderungen an Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, die als Einzige die Stellungnahmen erstellen können, und die Tatsache, dass dies nicht abgerechnet werden kann (BPtK und BAfF, 2019). Nicht zuletzt führen die Verschärfungen zu einer noch höheren Belastung der PSZ, da diese ihre begrenzten Ressourcen in die Kommunikation mit Fachärzt\*innen investieren und sie über die Anforderungen bei der Erstellung von Stellungnahmen informieren müssen.

*Die Verschärfungen führen nicht nur zur Verletzungen von Menschenrechten, sondern schränken auch die Möglichkeit ein, die Foltererfahrungen dokumentieren und so anerkennen zu lassen.*

### 7.3.4 Hauptherkunftsländer

Im Jahr 2020 stammten die Klient\*innen der PSZ aus über 100 verschiedenen Ländern. Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Syrien, die Russische Föderation, Iran, Irak, Nigeria, Guinea, die Türkei, Somalia und Eritrea. 6,3 % kamen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten (s. Glossar, „Sichere Herkunftsstaaten“). **(Abb. 8)**

## 7.4 Zugang zu den PSZ

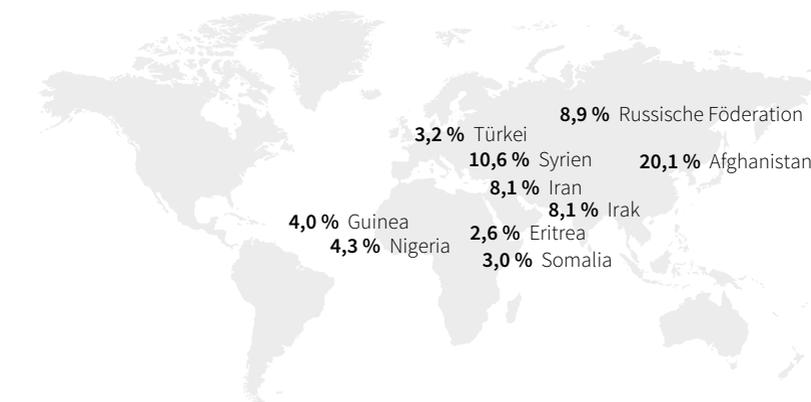
### 7.4.1 Vermittelnde Akteure

Essenziell für den Zugang zu einem PSZ ist die Vermittlung und Information über das Angebot. Dabei spielen häufig Dritte eine wichtige Rolle, indem sie geflüchtete Menschen an die PSZ vermitteln.

Eine besonders wichtige Rolle bei der Vermittlung von Klient\*innen an die PSZ nehmen Mitarbeiter\*innen der Unterkünfte sowie andere Beratungsstellen ein. Bei einem Großteil der PSZ waren es diese Akteur\*innen, durch die Klient\*innen am häufigsten angemeldet wurden. Auch durch ehrenamtliche Unterstützer\*innen und

## 8 | Hauptherkunftsländer der Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=8.037 Klient\*innen ©BAfF 2022



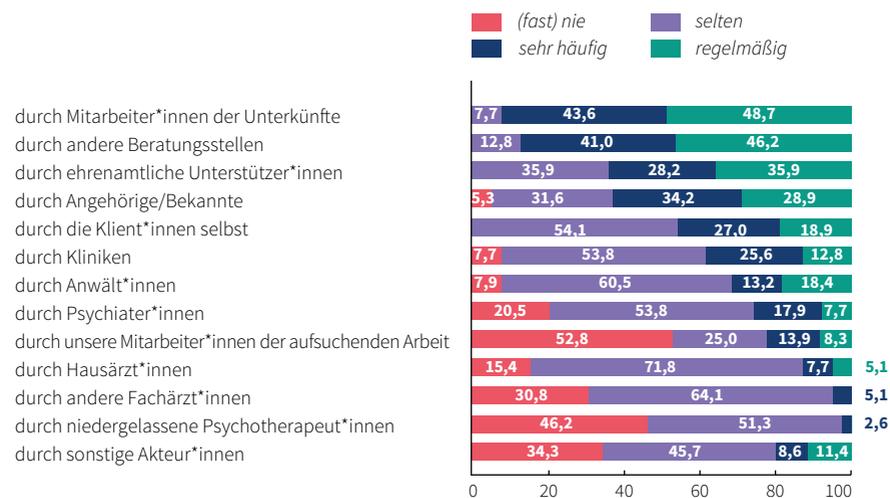
Angehörige/Bekannte wurden in zwei Dritteln der PSZ Klient\*innen sehr häufig oder regelmäßig angemeldet. Deutlich seltener vermittelten hingegen Akteur\*innen der Regelversorgung in die PSZ, meist Hausärzt\*innen, Fachärzt\*innen (abgesehen von Psychiater\*innen) und niedergelassene Psychotherapeut\*innen. Zu den sonstigen Akteur\*innen, die Klient\*innen an die PSZ vermittelten, gehörten: Lehrkräfte und weitere Mitarbeiter\*innen der Schulen (z. B. Schulsozialarbeiter\*innen), Mitarbeiter\*innen von Behörden (z. B. Jobcenter, Jugendämter) sowie Sprachmittler\*innen. **(Abb. 9)**

### 7.4.2 Einzugsgebiet

Der Zugang zur Unterstützung durch ein PSZ hängt auch davon ab, wie gut die Zentren durch die (potenziellen) Klient\*innen zu erreichen sind. Auch wenn Zentren in allen Bundesländern vorhanden sind, variiert ihre geografische Verteilung sehr stark. Während sich in Städten (z. B. Berlin und Hamburg) mehrere PSZ befinden, gibt es sie in Flächenländern (z. B. Bayern) nur vereinzelt. Die Größe der Einzugsgebiete der Zentren unterschied sich entsprechend deutlich von 25 km bis 400 km. Ein durchschnittliches Zentrum deckte ein Einzugsgebiet im Umkreis von 122,8 km ab (Median: 100,0 km, n=38 PSZ mit 13.285 Klient\*innen).

## 9 | An die PSZ vermittelnde Akteur\*innen

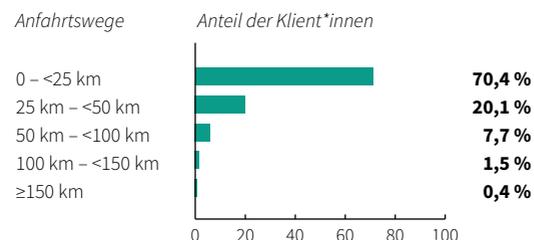
Befragung der PSZ 2020, n=35-39 PSZ; ©BAFF 2022



Wenig überraschend kamen die meisten Klient\*innen aus der näheren Umgebung der Zentren mit einem Anfahrtsweg von bis zu 25 km. Ein Fünftel kam jedoch aus einem Umkreis von bis zu 50 km. (Abb. 10)

## 10 | Anfahrtswege der Klient\*innen

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAFF 2022



## 7.5 Versorgungsprozess

### 7.5.1 Klient\*innen in psychotherapeutischer Versorgung

#### Einzel- vs. Gruppentherapien

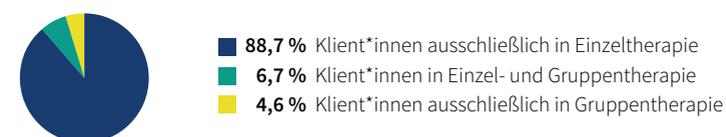
Von den rund 6.000 Klient\*innen, die 2020 psychotherapeutisch begleitet wurden, wurden die meisten im einzeltherapeutischen Setting behandelt (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). Auch aufgrund der Covid-19-Pandemie mussten viele geplante Gruppentherapien als Einzeltherapien umgesetzt werden. 4,6 % nahmen ausschließlich an Gruppentherapien teil und 6,7 % wurden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting behandelt. (Abb. 11)

#### Dauer der Psychotherapien

Eine durchschnittliche Psychotherapie dauerte 24,4 Sitzungen (n=34 PSZ). Etwa zwei Drittel der Klient\*innen in Psychotherapie befanden sich in einer Kurzzeittherapie (bis zu 24 Sitzungen) und ein Viertel in einer Langzeittherapie mit zwischen 25 und 60 Sitzungen. Psychotherapien mit mehr als 60 Sitzungen fanden deutlich seltener statt. (Abb. 12)

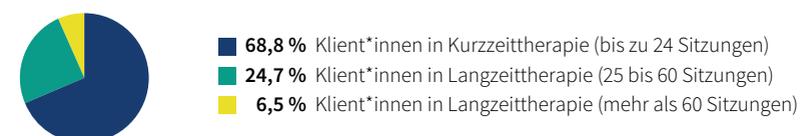
## 11 | Klient\*innen in Einzel- und Gruppentherapie

Befragung der PSZ 2020, n=36 PSZ mit 15.484 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAFF 2022



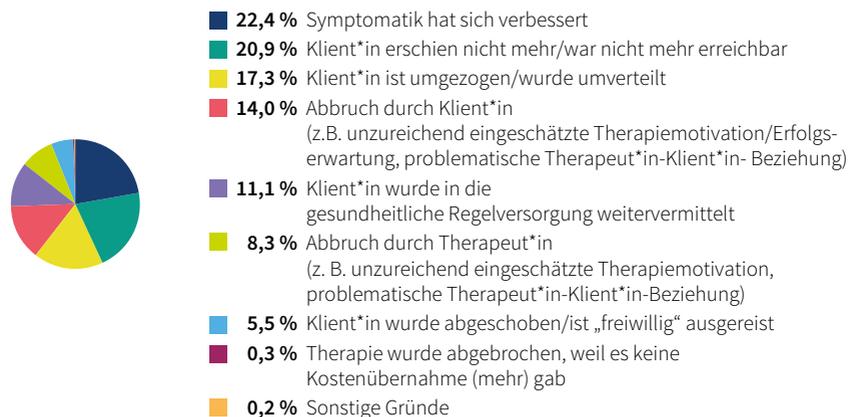
## 12 | Klient\*innen in Kurz- und Langzeittherapien

Befragung der PSZ 2020, n=35 PSZ mit 15.102 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAFF 2022



### 13 | Hauptgründe für die vorzeitige Beendigung von Psychotherapien

Befragung der PSZ 2020, n=33 PSZ mit 14.582 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAfF 2022



#### Vorzeitige Beendigung von Psychotherapien

22,0 % der begonnenen Therapien wurden vorzeitig beendet (n = 32 PSZ mit 14.392 Klient\*innen, Durchschnittswert). Die häufigsten Gründe hierfür waren, dass die Symptomatik sich verbesserte, die/der Klient\*in nicht mehr erreichbar war und/oder dass die/der Klient\*in umzog bzw. umverteilt wurde (n = 33 PSZ mit 14.582 Klient\*innen). (Abb. 13)

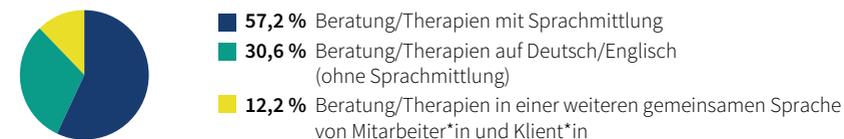
#### 7.5.2 Sprachmittlung

Die PSZ bieten mehrsprachige und dolmetscher-gestützte Beratung und Therapie an, um eine qualitativ hohe psychosoziale Begleitung geflüchteter Menschen zu gewährleisten. 2020 fand mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien mit Sprachmittlung statt. 12,2 % der Beratungen/Therapien konnten aufgrund der Mehrsprachigkeit der Berater\*innen bzw. Therapeut\*innen in einer Fremdsprache (nicht Deutsch oder Englisch) stattfinden. Ungefähr ein Drittel der Termine fand auf Deutsch oder Englisch statt. (Abb. 14)

*2020 fand mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien in den PSZ mit Sprachmittlung statt.*

### 14 | Sprachmittlung bei Beratungen/Therapien

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, Durchschnittswerte, ©BAfF 2022



## 7.6 Versorgungspässe

### 7.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf

Viele der nach Deutschland geflüchteten Menschen haben schwere Gewalt und Menschenrechtsverletzungen erlebt. Bei einer repräsentativen Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Forschungszentrums des BAMF und des Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) gaben 87 % der Befragten an, potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt zu haben (Brücker et al., 2019). Inwiefern solche Erlebnisse tatsächlich zu einer Traumafolgestörung führen, hängt stark von den Lebensbedingungen nach der Flucht ab, etwa von der Unterbringungssituation und der sozialen sowie beruflichen Perspektive (s. Kapitel 2.1). Auch die Möglichkeiten einer umfassenden Rehabilitation spielen hier eine bedeutsame Rolle.

*87 % aller geflüchteten Menschen in Deutschland haben potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt.*

Studien zur Prävalenz psychischer Folgen von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen unter geflüchteten Menschen zufolge sind mindestens 30 % der geflüchteten Menschen von depressiven Erkrankungen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Steel et al., 2009; Lindert et al., 2019) betroffen.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> S. Baron & Flory, 2019 für eine Übersicht von Studien zu diesem Thema

Somit konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner 2020 nur 4,6 % des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Diese Versorgungsquote ergibt sich aus den folgenden Daten:

- 1.856.785 geflüchtete Menschen in Deutschland 2020,
- 557.036 geflüchtete Menschen mit Traumafolgestörung (bei 30 % Prävalenz),
- 19.352 Klient\*innen in den PSZ,
- 6.113 Vermittlungen an weitere Akteur\*innen.

*Mindestens 30 % aller geflüchteten Menschen sind von depressiven Erkrankungen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen.*

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass viele Menschen selbstorganisiert Wege finden, um mit den Folgen von Gewalt umzugehen. Viele benötigen dennoch professionelle Unterstützung, um schwerwiegende Langzeitfolgen zu vermeiden.

Die Kapazitäten der PSZ liegen nach wie vor weit unter dem Bedarf, der an sie herangetragen wird. Bislang werden die Zentren nur durch eine unzureichende und stark diversifizierte Finanzierungsstruktur getragen. Für die Mitarbeitenden erzeugt dieses Ungleichgewicht zwischen Versorgungskapazitäten und dem Hilfebedarf, der an sie herangetragen wird, einen enormen Versorgungsdruck. Diese angespannte Situation ist nicht neu, sondern begleitet alle PSZ seit vielen Jahren unabhängig von der Anzahl der Klient\*innen, die die Einrichtungen jedes Jahr insgesamt versorgen können.

### 7.6.2 Wartezeiten

2020 betrug die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz in einem PSZ 6,7 Monate (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). Damit war sie höher als unter Patient\*innen in der gesundheitlichen Regelversorgung (5,5 Monate, Deutsches Ärzteblatt, 2021). Hinzukommt, dass viele PSZ keine Wartelisten führen, weil sie auch dafür keine ausreichenden Ressourcen haben.

*Über 9.720 Personen, die in den PSZ nach Beratung, Therapie oder sonstigen Angeboten fragten, mussten 2020 abgelehnt werden.*

### 7.6.3 Ablehnungen

Über 9.720 Personen, die in den PSZ nach Beratung, Therapie oder sonstigen Angeboten fragten, mussten 2020 abgelehnt werden, meistens aufgrund mangelnder

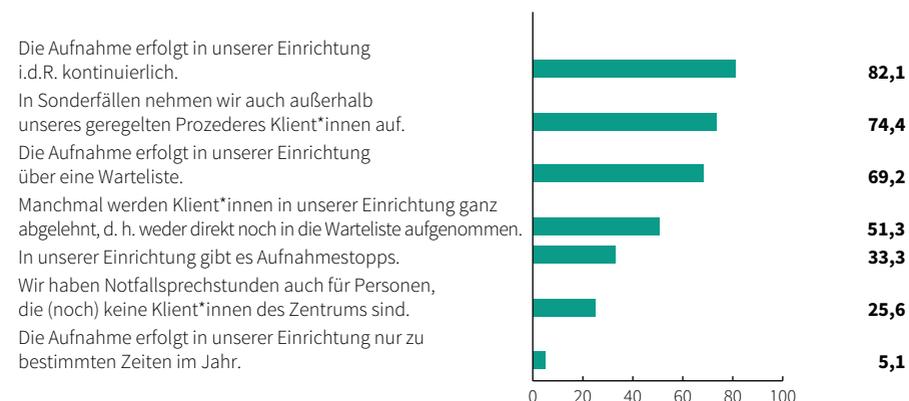
Kapazitäten (n=39 PSZ). Diese Personen konnten weder auf die Warteliste aufgenommen noch in ein anderes Angebot vermittelt werden. In vielen Zentren fehlen jedoch die Kapazitäten, abgelehnte Personen zu dokumentieren, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die tatsächliche Anzahl der Ablehnungen sogar noch deutlich höher liegt.

### 7.6.4 Aufnahme von Klient\*innen

Aufgrund der Tatsache, dass in den meisten PSZ nicht ausreichend Kapazitäten vorhanden sind, um alle anfragenden Personen aufzunehmen, etablierten sie verschiedene Strategien im Umgang mit Anfragen. Auch wenn die meisten Zentren versuchen, neue Klient\*innen regelmäßig aufzunehmen, kommt es durchaus bei vielen zu temporären Aufnahmestopps. 2020 musste so etwa ein Drittel der PSZ die Aufnahme zeitweise aussetzen, um ihre Kapazitäten nicht zu überschreiten. Die Mehrheit der Zentren führte Wartelisten, um sicherzugehen, dass anfragende Personen zumindest eine Behandlung in Aussicht gestellt bekommen. Drei Viertel der Zentren nahmen in Sonderfällen (z. B. in akuten Krisensituationen) neue Klient\*innen außerhalb des im PSZ geregelten Prozederes auf. Ein Viertel der PSZ führte zudem offene Sprechstunden für geflüchtete Menschen in Krisensituationen durch, unabhängig davon, ob diese offiziell Klient\*innen waren oder nicht. (Abb. 15)

## 15 | Aufnahmepraktiken der PSZ

Befragung der PSZ 2020, n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen, Mehrfachangaben, ©BAfF 2022



Bei der Entscheidung, ob Personen als Klient\*innen aufgenommen werden oder nicht, wurden sehr unterschiedliche Aspekte berücksichtigt, u.a. deren Unterstützungsbedarfe, Sprachkenntnisse, Alter, Versicherungsstatus, Wohnort sowie Anbindung an weitere Hilfsstrukturen.

**Unterstützungsbedarfe:** Foltererfahrungen, akute aufenthaltsrechtliche Anliegen sowie akute Krisen/Suizidalität waren für viele PSZ Gründe dafür, dass Personen prioritär aufgenommen wurden. Bei 53,8 % der PSZ wurden Personen mit Foltererfahrungen prioritär aufgenommen (bei 46,2 % eher aufgenommen), bei 50,0 % wurden Personen mit dringenden aufenthaltsrechtlichen Anliegen prioritär aufgenommen (z. B. Klageverfahren, Abschiebung) (bei 44,7 % eher aufgenommen) und bei 43,6 % wurden Personen in akuten Krisen/Suizidalität prioritär aufgenommen (bei 38,5 % eher aufgenommen) (n = 36-39 PSZ mit 14.050-16.117 Klient\*innen).

**Sprachkenntnisse:** Personen, die nur seltene Sprachen sprechen, wurden bei einem Großteil der Zentren prioritär (15,8 %) oder eher (65,8 %) aufgenommen, da diese Personen nur schwer an anderer Stelle angebunden werden können (n = 38 PSZ mit 14.827 Klient\*innen).

**Alter:** Ob minderjährige Personen aufgenommen werden, hängt stark von der personellen Ausstattung der Zentren ab. Während manche PSZ einen gesonderten Kinder- und Jugendbereich haben, liegt der Fokus der Arbeit der meisten PSZ auf der Unterstützung erwachsener geflüchteter Menschen. Vor diesem Hintergrund differenzierte sich auch die Aufnahme-prozedur bezüglich minderjähriger Personen. Während 23,1 % der PSZ angaben, dass Minderjährige prioritär und 30,8 %, dass sie eher aufgenommen wurden, gaben 20,5 % an, dass sie eher nicht und 17,9 %, dass sie gar nicht aufgenommen wurden. Zudem gaben 7,7 % an, dass Minderjährige weitervermittelt wurden (n = 39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen).

**Versicherungsstatus:** Es wurden Personen bevorzugt, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, da diese von notwendigen Behandlungen außerhalb der PSZ meist ausgeschlossen sind (s. Kapitel 2.2). Bei 32,4 % der PSZ wurden Empfänger\*innen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz prioritär aufgenommen, bei 62,2 % wurde diese Personengruppe eher aufgenommen (n = 37 PSZ mit 14.380 Klient\*innen).

**Wohnsitz:** Wenig überraschend wurden Personen bevorzugt, die ihren Wohnsitz im Einzugsgebiet des PSZ haben, da diese auch besser in der Lage sind, die Unterstützungsangebote regelmäßig und dauerhaft zu nutzen. Bei 45,9 % der PSZ wurden

diese Personen prioritär und bei 51,4 % eher aufgenommen (n = 37 PSZ mit 14.380 Klient\*innen).

**Anbindung an weitere Hilfsstrukturen:** Personen, die bereits Unterstützung über andere Beratungs- oder Therapieeinrichtungen erhielten, wurden eher nicht aufgenommen. 57,9 % der PSZ gaben an, diese Personen eher nicht aufzunehmen und 13,2 %, dass sie Personen mit Anbindung an weiteren Einrichtungen gar nicht aufnehmen (n = 38 PSZ mit 14.827 Klient\*innen).

### 7.6.5 Weitervermittlung von Klient\*innen

Aufgrund ihrer begrenzten Kapazitäten versuchen viele PSZ, Klient\*innen an weitere Einrichtungen zu vermitteln, wenn eine adäquate Versorgung über diese möglich scheint. Dies gelingt jedoch häufig aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren nicht. Zusätzlich zu den o.g. Barrieren (s. Kapitel 2) berichteten die PSZ von mangelnden Fachkenntnissen etwa bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen bezüglich der häufig komplexen Problemlagen geflüchteter Menschen. Darüber hinaus hätten viele Berührungspunkte, mit dieser Klientel zu arbeiten.

*Die Anzahl der Weitervermittlung von Klient\*innen ist im Vergleich zum Vorjahr weiter gesunken.*

Pro PSZ konnten 2020 durchschnittlich 152,8 Klient\*innen an andere Einrichtungen weitervermittelt werden (n = 40 PSZ mit 17.814 Klient\*innen, Median: 101,5). Somit ist die Anzahl der Weitervermittlung im Vergleich zum Vorjahr (Durchschnitt: 178,5) um 14,4 % weiter gesunken.

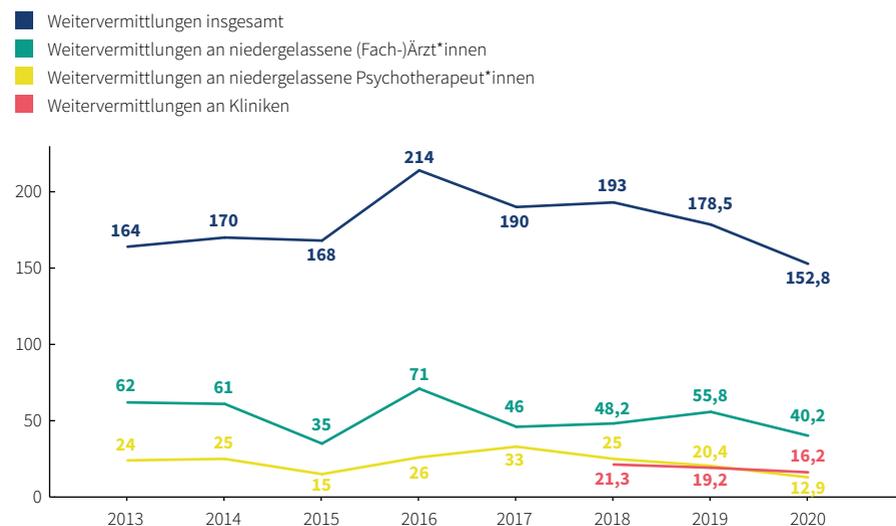
Die Weitervermittlungen waren nach Akteur wie folgt aufgeteilt.  
Pro PSZ durchschnittlich:

- 51,7 Klient\*innen an Sozialberatungsstellen (Median: 23,0);
- 40,2 Klient\*innen an niedergelassene (Fach-)Ärzt\*innen (Median: 22,5);
- 12,9 Klient\*innen an niedergelassene Psychotherapeut\*innen (Median: 7,0);
- 16,2 Klient\*innen an Kliniken (Median: 13,0);
- 4,1 Klient\*innen an Gutachter\*innen (Median: 0,0) und
- 25,4 Klient\*innen an sonstige Einrichtungen/Personen (Median 10,0).

Betrachtet man die Anzahl der Weitervermittlungen insbesondere in die gesundheitliche Regelversorgung im Zeitverlauf lässt sich keine positive Entwicklung

## 16 | Entwicklung der Vermittlungszahlen im Zeitverlauf

Befragung der PSZ 2013 - 2020, ©BAfF 2022



feststellen. Auch wenn man berücksichtigt, dass 2020 allgemein aufgrund der Covid-19-Pandemie ein sehr belastendes Jahr für das Gesundheitssystem war, zeigen die Zahlen aus den Jahren davor auch keine Tendenz, die auf eine Verbesserung des Zugangs zur gesundheitlichen Regelversorgung für geflüchtete Menschen hindeutet. Die einzige Ausnahme ist das Jahr 2016, in dem es eine einmalige deutliche Steigerung der Vermittlungszahlen gab. Dies geht mit einer deutlichen Steigerung der Klient\*innenzahl in den PSZ zwischen 2015 und 2016 einher. (Abb. 16)

## 7.7 Finanzierung

### 7.7.1 Finanzierungsstrukturen

Die Arbeit der PSZ wird zum größten Teil über öffentliche Fördermittel finanziert. Die Finanzierungsquellen sind sehr divers und zeitlich begrenzt, wodurch die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet sind. Die Diversität der Finanzierungsquellen führt zudem zu einem hohen bürokratischen Aufwand, da eine Vielzahl an Förderanträgen gestellt werden muss. Zusätzlich belasten die Projektrechnungsmodalitäten die Verwaltungen der PSZ.

Die Finanzierungsquellen der PSZ sind sehr divers und zeitlich begrenzt, wodurch die Kontinuität und Nachhaltigkeit ihrer Leistungen gefährdet sind.

2020 stammte der größte Anteil der PSZ-Finanzierung aus Landesmitteln. Der Bund und die Kommunen waren ungefähr in gleicher Höhe an der Förderung beteiligt. Die Kostenübernahme von Therapien über gesetzlich verankerte Quellen, insbesondere das Asylbewerberleistungsgesetz, SGB V und SGB VIII, bildete lediglich 3,7 % der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

Sowohl die Finanzierungsstrukturen als auch die Budgets der einzelnen Zentren unterschieden sich im Einzelnen stark. Bei drei PSZ stammte beispielsweise mehr als 90 % des Haushalts aus Landesmitteln, während drei PSZ keine Landesmittel bekamen. Das Zentrum mit dem größten Budget hatte 2020 € 6,7 Mio. zur Verfügung, während das Zentrum mit dem kleinsten Budget lediglich über € 123.800 bestimmte (Durchschnittliches Budget unter allen PSZ: € 933.247, Median: € 505.000). (Abb. 17)

## 17 | Finanzierungsquellen der PSZ

Befragung der PSZ 2020, n=34 PSZ mit 13.847 Klient\*innen, ©BAfF 2022



## 18 | Leistungsansprüche und Kostenträger während und nach des Asylverfahrens



### 7.7.2 Kostenübernahme durch die Sozialämter

Die Sozialämter sind für die Kostenübernahme der gesundheitlichen Leistungen während des Asylverfahrens zuständig. Bei Personen, die seit weniger als 18 Monaten in Deutschland sind (s. Kapitel 2.2), gestaltet sich die Übernahme von Therapiekosten über die Sozialämter jedoch schwierig. Der Aufwand für die Antragstellung ist i.d.R. sehr hoch und mit geringen Erfolgschancen verbunden, da einem Antrag nur stattgegeben wird, wenn Schmerzzustände vorliegen (§4 AsylbLG). Von der Möglichkeit, Leistungen zu gewähren, wenn diese „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (§6 AsylbLG), wird – nach Erfahrungen der PSZ – bei Psychotherapien eher selten Gebrauch gemacht. Bundesweite Daten zur Genehmigung von Anträgen zur Kostenerstattung von Therapien auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes liegen nicht vor. Nach 18 Monaten besteht ein Anspruch auf Leistungen analog gesetzlich Versicherter. **(Abb. 18)**

*Die Ablehnungsquote für Therapieanträge beim Sozialamt betrug 15,3 % und liegt damit weiterhin deutlich über der Quote gesetzlich Versicherter (2,6 %).*

2020 beantragte nur ein Viertel der PSZ die Kostenübernahme von Psychotherapien beim Sozialamt (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). Manche Zentren beantragten

zudem die Kostenübernahme von Sprachmittlung und Fahrtkosten, um die Therapien auch praktisch umsetzen zu können. Die Erfolgsquote der Anträge unterschied sich stark danach, ob eine Therapie, Sprachmittlung oder Fahrtkosten finanziert werden sollte. So wurden 84,7 % der Therapieanträge genehmigt, 67,3 % der Sprachmittlungsanträge und 75,0 % der Anträge auf Fahrtkostenübernahme (n=10 PSZ mit 6.440 Klient\*innen). Die Ablehnungsquote für Therapieanträge betrug 15,3 % und ist somit Vergleich zum Vorjahr (44,1 %) deutlich gesunken, liegt jedoch weiterhin deutlich über der Quote gesetzlich Versicherter (2,6 %) (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019<sup>3</sup>). Die Bearbeitung der Anträge dauerte im Schnitt 2,9 Monate.

### 7.7.3 Kostenübernahme durch die Jugendämter

Für Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen, gelten besondere Regelungen zur Kostenübernahme bei der Gesundheitsversorgung. Bei Therapien hängt der Kostenträger davon ab, ob der Bedarf durch eine behandlungsbedürftige psychische Störung, eine Störung des Erziehungsprozesses oder aufgrund einer seelischen Behinderung entsteht. Liegt eine behandlungsbedürftige psychische Störung vor, trägt die Krankenkasse die Kosten, in anderen Fällen i.d.R. das Jugendamt. **(Abb. 19)**

## 19 | Mögliche Kostenträger für Therapien für unbegleitete minderjährige Geflüchtete

	Heilbehandlung (SGB V)	Hilfe zur Erziehung (SGB VIII)	Eingliederungshilfe (SGB VIII)
<b>Voraussetzung</b>	Behandlungsbedürftige psychische Störung	Störung des Erziehungsprozesses	Seelische Behinderung
<b>Versorgungsanspruch</b>	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
<b>Kostenträger</b>	Krankenkasse	Jugendamt	Jugendamt

<sup>3</sup> Aktuellere Zahlen waren nicht auffindbar.

2020 stellten sechs PSZ einen Antrag auf Kostenübernahme einer Psychotherapie beim Jugendamt (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). Von den gestellten Anträgen auf Psychotherapie wurden 80,0 % genehmigt, bei Dolmetscherkosten 71,1 % und bei Fahrtkosten 29,6 %.

#### **7.7.4 Kostenübernahme durch die Krankenkassen**

Wie bereits beschrieben nehmen die PSZ prioritär Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und entsprechend ohne gesetzliche Krankenversicherung als Klient\*innen auf (s. Kapitel 7.3.3). Vor diesem Hintergrund sind Krankenkassen sehr selten Kostenträger ihrer psychotherapeutischen Leistungen. 2020 stellten lediglich drei Zentren einen Antrag auf Kostenübernahme von Psychotherapie bei Krankenkassen (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). Alle Anträge wurden bewilligt.

#### **7.7.5 Kostenübernahme durch Ermächtigung**

2015 wurde bundesweit eine neue Regelung zur sogenannten Ermächtigung von Psychotherapeut\*innen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen geschaffen. Danach können Psychotherapeut\*innen und Einrichtungen, die keinen Kassensitz haben, Therapien über die Krankenkassen abrechnen. Hierdurch soll ermöglicht werden, dass mehr Psychotherapeut\*innen geflüchtete Menschen behandeln können. Die Regelung ist jedoch an einige Voraussetzungen gebunden, die die Nutzung erschweren. So dürfen ermächtigte Psychotherapeut\*innen lediglich Asylsuchende behandeln, die zwar bereits 18 Monate in Deutschland sind, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung und keine Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, d.h. noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

2020 verfügten lediglich fünf PSZ über eine institutionelle Ermächtigung, ein PSZ über eine persönliche Ermächtigung (über eine\*n psychotherapeutische\*n Mitarbeiter\*in) und ein PSZ über sowohl eine institutionelle als auch eine persönliche Ermächtigung (n=39 PSZ mit 16.117 Klient\*innen). 30 Psychotherapeut\*innen rechneten über die Ermächtigung ab, 90,1 % der Anträge auf eine Kostenübernahme über die Ermächtigung wurden bewilligt.

08

Ausblick

## 8 Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf an Versorgung geflüchteter Menschen, die Gewalt und Folter erlebt haben, weiterhin nicht ausreichend bedient werden kann. In den Psychosozialen Zentren (PSZ) kommt es aufgrund geringer Kapazitäten häufig zu Ablehnungen und langen Wartezeiten; die Vermittlung in die Regelversorgung gelingt aufgrund diverser Zugangsbarrieren nur selten. Mit der Versorgung von jährlich knapp 20.000 teilweise schwer traumatisierten Menschen stellen die PSZ ein essenzielles Versorgungsangebot bereit, welches dringend einer stabilen, nachhaltigen Finanzierung bedarf. An dieser Stelle möchten wir gegenüber allen PSZ und unseren Kooperationspartner\*innen unseren großen Respekt für ihre Arbeit und ihr unnachgiebiges Engagement für geflüchtete Menschen in Deutschland und eine inklusivere Gesellschaft ausdrücken.

*Mit der Versorgung von jährlich knapp 20.000 teilweise schwer traumatisierten Menschen stellen die PSZ ein essenzielles Versorgungsangebot bereit, welches dringend einer stabilen, nachhaltigen Finanzierung bedarf.*

Die BAfF setzt sich gemeinsam mit den PSZ und vielen weiteren Kooperationspartner\*innen nach wie vor für die Verbesserung der Versorgung ein und arbeitet aktuell zu den folgenden Themen:

### Sprachmittlung

- Gemeinsam mit Verbänden aus dem Gesundheitswesen (DGPPN, BPTK, ackpa, DeGePT und BDK) hat die BAfF ein Positionspapier zur Umsetzung eines gesetzlichen Anspruchs auf Sprachmittlung veröffentlicht.<sup>1</sup>
- Die BAfF entwickelt aktuell gemeinsam mit den PSZ Leitlinien für Sprachmittlung im Kontext Flucht.

### Krankheitsbedingte Abschiebehindernisse

- Die BAfF setzt sich dafür ein, dass die Anforderungen an fachärztliche Atteste zur Bescheinigung krankheitsbedingter Abschiebehindernisse geändert werden. Aktuell werden nur Atteste anerkannt, die durch Ärzt\*innen erstellt wurden. Atteste von Psychologischen Psychotherapeut\*innen werden nicht anerkannt,

obwohl die Diagnostik psychischer Krankheiten zu ihrem Aufgabengebiet gehört. Dazu hat die BAfF ein Positionspapier veröffentlicht.<sup>2</sup>

- Gemeinsam mit der Gesellschaft für Freiheitsrechte (GFF) planen wir, gegen den Ausschluss psychologisch-psychotherapeutischer Expertise im Asylverfahren auf dem Weg einer Verfassungsbeschwerde vorzugehen. Zusammen mit der GFF und Pro Asyl wurden für die Fallsuche bundesweit Anwält\*innen und Verteiler, z. B. die Flüchtlingsräte, angeschrieben.<sup>3</sup>

### Erhebung von Versorgungsdaten

- Neben diesem Versorgungsbericht ist geplant, einen Bericht zur psychosozialen Versorgungslage geflüchteter Menschen in den ostdeutschen Bundesländern zu veröffentlichen. Hierfür wurden verschiedene Daten gemeinsam mit den Projektpartnern KommMit, dem PSZ Sachsen-Anhalt, Refugio Thüringen und dem PSZ Greifswald erhoben. Der Bericht wird im September 2022 veröffentlicht.

### Pilotprojekt Identifizierung Schutzbedürftigkeit

- Im Rahmen eines Modellprojekts gemeinsam mit Rosa Strippe e.V., Refugio Bremen, MFH Bochum und AWO Bremen wird ein Konzept zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter in Erstaufnahmeeinrichtungen erprobt. Es soll den Bundesländern als Vorlage bei der Weiterentwicklung und Implementierung geeigneter Gewaltschutzmaßnahmen im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie dienen.<sup>4</sup>

### Fachliche Weiterentwicklung der Praxis in den PSZ

- Im Rahmen des Projekts "ReflACT! - Hilfesysteme im Dialog" wurden mit verschiedenen Akteur\*innen und PSZ Reflexionsräume zur Besprechung tabuisierter Themen geschaffen und Strategien gegen die Stigmatisierung von Asylsuchenden diskutiert.<sup>5</sup>
- Das „InTo Justice“-Projekt (geleitet durch die MFH Bochum) widmet sich im Projektverbund mit PSZ Düsseldorf, LWL Klinik Düsseldorf, Rechtsmedizin Düsseldorf, Rechtsmedizin Gießen und BAfF der interdisziplinären Dokumentation von Folterfolgen. Das Projekt fokussiert auf die praktische Umsetzung der interdisziplinären Sachverhaltsaufklärung bei Verdacht auf Folter und

<sup>2</sup> <https://www.baff-zentren.org/themen/flucht-trauma/positionspapier-lebensgefahr-durch-abschiebungen-schwerkranken-gefluechtete-muessen-besser-geschuetzt-werden/>

<sup>3</sup> <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/schutz-schwerkranken-menschen-vor-abschiebung/>

<sup>4</sup> <https://www.baff-zentren.org/projekte/besafe/>

<sup>5</sup> <https://www.baff-zentren.org/projekte/reflact/>

<sup>1</sup> <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/positionspapier-sprachmittlung-2022/>

bietet eine breite Schulungsbasis für (niedergelassene) Ärzt\*innen/  
Therapeut\*innen.<sup>6</sup>

### Internationale Vernetzung

- Die BAfF koordiniert weiterhin das EURONET, welches die Vernetzung verschiedener Akteur\*innen, die in Europa mit Folterüberlebenden arbeiten, fördert.<sup>7</sup>
- Im Rahmen des Projekts “Restoring and sustaining capacities after trauma” unterstützt die BAfF NGO-Mitarbeiter\*innen und Menschenrechtsaktivist\*innen in Belarus und im Nordkaukasus, die sich um Opfer politischer Gewalt kümmern. Ziele sind die Stärkung der Teilnehmenden hinsichtlich ihrer Kompetenzen in traumasensibler Arbeit, Vermittlung von Kompetenzen zum Schutz vor Burn-out (self-care und peer support structures) sowie ihre Vernetzung innerhalb und über die Ländergrenzen hinweg.<sup>8</sup>
- Das Projekt „Sharing Knowledge and Practices – Professionals from the Western Balkans and Germany on holistic support for refugees and survivors of human rights violations” bietet Austauschräume für Fachkräfte aus deutschen PSZ und NGOs vom Westbalkan mit dem Ziel, stärkende Netzwerke zwischen Fachkräften aufzubauen.<sup>9</sup>

### Jahrestagungen

- Die BAfF organisiert jährliche Tagungen in Kooperation mit den PSZ zu aktuellen Themen der psychosozialen Versorgung im Kontext Flucht und Gewalt.
- Die Jahrestagung 2022 fand in Leipzig statt zum Thema: Posttraumatisches Wachstum? - Unterstützung von Transformationsprozessen nach Trauma und Krisen. Die Tagungsdokumentation wird in Kürze über die BAfF-Homepage verfügbar sein.
- Die nächste Jahrestagung findet voraussichtlich 2023 in Bochum zum Thema Folter und Rehabilitation statt.

---

6 <https://folterfolgen.de/>

7 <https://www.baff-zentren.org/euro-net/>

8 <https://www.baff-zentren.org/projekte/capacities-after-trauma/>

9 <https://www.baff-zentren.org/projekte/sharing-knowledge-and-practices/>

09

Literaturverzeichnis

## 9 Literaturverzeichnis

**Aikins, M. A.; Bremberger, T.; Aikins, J. K.; Gyamerah, D.; Yıldırım-Caliman, D. (2021).** Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, Berlin. Verfügbar unter: <https://afrozensus.de/>

**Amadeu Antonio Stiftung (2020).** Leben in Gefahr. Gewalt gegen Geflüchtete in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.amadeu-antonio-stiftung.de/langzeitauswertung-zeigt-besorgniserregende-gewalt-gegen-gefluechtete-wird-durch-offizielle-statistik-bagatellisiert-79359/>

**Ausländerzentralregister (AZR) (2021).** Personen Schutzsuchende nach Schutzstatus und Berichtsjahren. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-zeitreihe-schutzstatus.html>

**BAfF (2021).** Lebensgefahr durch Abschiebungen: Schwerkranke Geflüchtete müssen besser geschützt werden. Verfügbar unter: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/04/BAfF\\_Forderungen-zum-Schutz-schwer-kranker-Gefluechteter\\_2021.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/04/BAfF_Forderungen-zum-Schutz-schwer-kranker-Gefluechteter_2021.pdf)

**BAGFW (2020).** Stellungnahme der BAGFW: Integrationspolitik vor Ort partizipativ gestalten – Anregungen der Freien Wohlfahrtspflege zum Themenforum „Integration vor Ort“. Verfügbar unter: <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/positionen/detail/stellungnahme-der-bagfw-integrationspolitik-vor-ort-partizipativ-gestalten-anregungen-der-freien-wohlfahrtspflege-zum-themenforum-integration-vor-ort>

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

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

**Bartig, S.; Rommel, A; Wengler, A; Santos-Hövenner, C.; Lampert, T.; Ziese, T. (2019).** Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25646/6069>

**Bartig, S.; Kalkum, D.; Le, H.M.; Lewicki, A. (2021).** Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen. Wissensbestand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Verfügbar unter: [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Expertise\\_DiskrRisiken\\_DiskrSchutz\\_GesWesen.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Expertise_DiskrRisiken_DiskrSchutz_GesWesen.html)

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

**Becker, D. (2006).** Die Erfindung des Traumas - verflochtene Geschichten. Freiburg: Freitag

**Bittenbinder, E. & Patel, N. (2017).** Systemische Praxis in globalen Zusammenhängen – zwischen Solidarität und Abwehr. Familiendynamik 2017 (1), 18–26

**BMFSFJ & UNICEF (2021).** Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. Verfügbar unter: [https://www.gewaltschutz-gu.de/fileadmin/user\\_upload/PDFs/Mindeststandards\\_210901\\_ub\\_.pdf](https://www.gewaltschutz-gu.de/fileadmin/user_upload/PDFs/Mindeststandards_210901_ub_.pdf)

**Breitsprecher, C.; Mueller, J. T.; Mösko, M. (2020).** Qualitätsstandards und Mindestanforderungen für die Qualifizierung von Dolmetscher\*innen für die soziale Arbeit in Deutschland. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Verfügbar unter: <http://www.zwischensprachen.de/standards>

**Brücker, H.; Croisier, J.; Kosyakova, Y.; Kröger, H.; Pietrantuono, G.; Rother, N.; Schupp, J. (2019).** Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Ausgabe 01/2019 der Kurzanalysen des BAMF-Forschungszentrums. Verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=13](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?__blob=publicationFile&v=13)

**Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2018).** Psychische Krankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. Verfügbar unter: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125\\_bptk\\_update\\_2018\\_psychische\\_erkrankungen\\_bei\\_fluechtlingen\\_in\\_deutschland.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fluechtlingen_in_deutschland.pdf)

**Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und BAfF (2019).** Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-Gesetz). Gemeinsame Stellungnahme der BPtK und der BAfF. Verfügbar unter: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-01\\_STN\\_BPtK\\_BAfF\\_Geordnete-R%c3%bcckkehr-Gesetz.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-01_STN_BPtK_BAfF_Geordnete-R%c3%bcckkehr-Gesetz.pdf)

**Curtice, M. J., & Exworthy, T. (2010).** FREDa: A human rights-based approach to healthcare. *The Psychiatrist*, 34(4), 150–156. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.108.024083>

**Deutsches Ärzteblatt (2021).** Psychotherapie: Fragen für eine gerechte Versorgung. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120474/Psychotherapie-Fragen-fuer-eine-gerechte-Versorgung>

**Dyer, L. (2015).** A Review of the Impact of the Human Rights in Healthcare Programme in England and Wales. *Health and Human Rights* 17 (2), 111–122. Verfügbar unter: <https://www.hhrjournal.org/2015/12/a-review-of-the-impact-of-the-human-rights-in-healthcare-programme-in-england-and-wales/>

**Each One Teach One (EOTO) (2022).** Antidiskriminierungsberatung. Verfügbar unter: <https://www.eoto-archiv.de/antidiskriminierungsberatung/>

**European Commission (2020).** Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Action plan on Integration and Inclusion 2021-2027. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0758&qid=1632299185798>

**Flory, L.; Teigler, L.; Behrends, M.; Atasayi, S. (2020).** Trauma, Empowerment und Solidarität. Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen? Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/06/BAfF\\_Trauma-Empowerment-Solidaritaet.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/06/BAfF_Trauma-Empowerment-Solidaritaet.pdf)

**Frank, L.; Yesil-Jürgens, R.; Razum, O.; Bozorgmehr, K.; Schenk, L.; Gilsdorf, A.; Rommel, A.; Lampert, T. (2017).** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 24–46

**Göpfarth, D. & Bauhoff, S. (2017).** Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden — Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. *Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell*, 32–65

**Graef-Calliess, T.; Koch, E.; Gün, A.K.; Herbig, N.; Marquardt, J.; Naimi, I.; Scheffer, B.; Staudt, J.; Wächter-Raquet, M.; Wesselman, E. (2021).** Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/992814/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf>

**Hamber, B. (2009).** Transforming societies after political violence: Truth, reconciliation, and mental health. New York: Springer

**Haruna-Oelker, H. (2020).** In Bewegung. Die neue Rassismus Debatte. Verfügbar unter: <https://heimatkunde.boell.de/de/2020/07/22/in-bewegung-die-neue-rassismus-debatte>

**Hausmann, U. (2020).** Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Verfügbar unter: [https://www.refugio-stuttgart.de/files/daten/20\\_Doku\\_Sprachmittlung.pdf](https://www.refugio-stuttgart.de/files/daten/20_Doku_Sprachmittlung.pdf)

**Herman, J. (1992).** Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books

**Holzkamp, K. (1985).** Selbsterfahrung und wissenschaftliche Objektivität: Unaufhebbarer Widerspruch? In: Karl-Heinz Braun/Klaus Holzkamp (Hrsg.), *Subjektivität als Problem psychologischer Methodik*. 3. Internationaler Kongreß Kritische Psychologie Marburg 1984. Frankfurt (am Main): Campus

**IPPNW (2018).** IPPNW-THEMA: „Humanität und Menschenrechte statt Ausgrenzung und Abschottung. Verfügbar unter: <https://www.ippnw.de/soziale-verantwortung/flucht-asyl.html>

- Jahn, R.; Rohleder, S.; Qreini, M.; Erdmann, S.; Kaur, S.; Aluttis, F.; Bozorgmehr, K. (2021).** Health monitoring of refugees in reception centres for asylum seekers: Decentralized surveillance network for the analysis of routine medical data. *Journal of health monitoring*, 6(1), 30–52. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.25646/7865>
- Karger A.; Lindtner-Rudolph H.; Mroczynski, R.; Ziem, A. (2017).** „Wie fremd ist mir der Patient?“ Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2017, 280–296
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019).** Gutachtenstatistik 2019. Verfügbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/2020\\_12\\_15\\_Gutachtenstatistik\\_2019\\_final.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf)
- Keilson, H. (1979).** Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke
- Kluge, U.; Aichberger, M. C.; Heinz, E.; Udeogu-Gözalán, C.; Abdel-Fatah, D. (2020).** Rassismus und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00990-1>
- Landschaftsverband Rheinland (2021).** Das LVR-Diversity-Konzept. Verfügbar unter: [https://www.charta-der-vielfalt.de/uploads/tx\\_dreipccdvdiversity/LVR-Diversity-Konzept.pdf](https://www.charta-der-vielfalt.de/uploads/tx_dreipccdvdiversity/LVR-Diversity-Konzept.pdf)
- Lindert, J.; Ehrenstein, O. S. von; Wehrwein, A.; Brähler, E.; Schäfer, I. (2018).** Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- Lindner, K. (2022).** Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern - Rahmenbedingungen und Reformbedarfe, MIDEM-Policy Paper 01/22, Dresden. Verfügbar unter: [https://forum-midem.de/cms/data/fm/user\\_upload/Publikationen/TUD\\_MIDEM\\_PolicyPaper\\_2022-1\\_RZ\\_online.pdf](https://forum-midem.de/cms/data/fm/user_upload/Publikationen/TUD_MIDEM_PolicyPaper_2022-1_RZ_online.pdf)
- Martin-Baro, I. (1990).** *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores

- Mews, C.; Schuster, S.; Vajda, C.; Lindtner-Rudolph, H.; Schmidt, L.E.; Bösner, S.; Güzelsoy, L.; Kressing, F.; Hallal, H.; Peters, T.; Gestmann, M.; Hempel, L.; Grützmann, T.; Sievers, E.; Knipper, M. (2018).** *Cultural Competence and Global Health: Perspectives for Medical Education – Position paper of the GMA Committee on Cultural Competence and Global Health*. *GMS J Med Educ*. 2018; 35(3):Doc28
- Mohammed, L. & Karato, Y. (2021).** Sprachmittlung in der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Ergebnisse aus zwei Befragungen zur Nutzung und Finanzierung von Sprachmittlung. Verfügbar unter: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/03/Sprachmittlung-in-der-psychotherapeutischen-und-psychosozialen-Versorgung\\_Ergebnispapier-2022.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/03/Sprachmittlung-in-der-psychotherapeutischen-und-psychosozialen-Versorgung_Ergebnispapier-2022.pdf)
- Mlodoch, K. (2017).** *Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Patel, N. (2003).** *Clinical Psychology: Reinforcing Inequalities or Facilitating Empowerment? The International Journal of Human Rights*, Volume 7, Issue 1. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/714003792>
- Patel, N. (2011).** *Psychologisation of torture*. In: Rapley, M.; Moncrieff, J.; Dillon, J. (Eds.). *De-Medicalising Misery: Psychiatry, psychology and the human condition*. Basingstoke: Palgrave MacMillan
- Patel, N. (2019).** *Conceptualising the right to rehabilitation: A clinical perspective*. *International Journal of Human Rights*, Volume 23, Issue 9, 1546–1568
- Patel, N. (2020).** *Critical Human Rights-Based Approach to Applied Psychology: Context and Power*. In: Hagenars, P.; Plavsic, M.; Sveaass, N.; Wagner, U.; Wainwright, T. (Eds.). *Human Rights Education For Psychologists*, 61–76
- ProAsyl (2017).** *Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)*. Verfügbar unter: <https://www.proasyl.de/hintergrund/das-asylbewerberleistungsgesetz-asylblg/>
- Razum, O.; Wenner, J.; Bozorgmehr, K. (2016).** *Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland*. *Gesundheitswesen* 2016; 78(11):711–714

**Refugio Bremen (2019).** Sprachmittlungspool Refugio. Verfügbar unter: <https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/>

**Schouler-Ocak, M.; Bhugra, D.; Kastrup, M.C.; Dom, G.; Heinz, A.; Küey, L.; Gorwood, P. (2021).** Racism and mental health and the role of mental health professionals. *Eur Psychiat.* 2021; 17:64(1):e42

**Schumann\*, M.; Kajikhina\*, K.; Polizzi, A.; Sarma, N.; Hoebel, J.; Bug, M.; Bartig, S.; Lampert, T.; Santos-Hövenner, C. (2019).** Konzepte für ein migrations-sensibles Gesundheitsmonitoring. *Journal of Health Monitoring* 2019 4(3), 51–68. Verfügbar unter: [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6106/JoHM\\_03\\_2019\\_Konzepte\\_migrations-sensibles\\_Gesundheitsmonitoring.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6106/JoHM_03_2019_Konzepte_migrations-sensibles_Gesundheitsmonitoring.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558273/>

**SEGEMI (2020).** Sprachmittlerpool für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Verfügbar unter: [https://www.segemi.org/sprachmittlung\\_psychotherapie.html](https://www.segemi.org/sprachmittlung_psychotherapie.html)

**Sequeira, D. F. (2015).** Gefangen in der Gesellschaft — Alltagsrassismus in Deutschland: Rassismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie. Tectum Verlag

**Statistisches Bundesamt (2021).** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/schutzsuchende-2010240207004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/Downloads-Migration/schutzsuchende-2010240207004.pdf?__blob=publicationFile)

**Taylor, J. K. (2020).** Structural Racism and Maternal Health Among Black Women. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(3), 506–517. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/1073110520958875>

**Teigler, L. & Krebs, D. (2020).** „Wir müssen reden“ – Rassismus thematisieren in Beratungs- und Therapiestrukturen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

**Träbert, A. & Teigler, L. (2022).** Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der psychosozialen Versorgung traumatisierter Geflüchteter: Schutzbedarfskomplexe und praktische Ansätze. *neue praxis* (17), 99–114.

**UNHCR (1951).** Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Verfügbar unter: [https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer\\_Fluechtlingskonvention\\_und\\_New\\_Yorker\\_Protokoll.pdf](https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf)

**Velho, A. (2011).** Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. In: Landeshauptstadt München, Direktorium, Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund AMIGRA (Hrsg), Alltagsrassismus und rassistische Diskriminierung, Dokumentation der Fachtagung

**vom Felde, L.; Flory, L.; Baron, J. (2020).** Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen. Verfügbar unter: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF\\_Reader\\_Identifizierung.pdf](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf)

**Walther, L.; Fuchs, L.M.; Schupp, J.; von Scheve, C. (2019).** Living conditions and the mental health and well-being of refugees: Evidence from a large-scale German panel study. *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5>

**Winkler, J.; Brandl, E.; Bretz, H.; Heinz, A.; Schouler-Ocak, M. (2019).** Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, 46(04), 191–199

**Yeboah, A. (2017).** Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Verfügbar unter: <https://rassismusbericht.de/wp-content/uploads/Rassismus-und-psychische-Gesundheit.pdf>

# 10

Anhang

# 10 Anhang

## 10.1 Glossar

**Abschiebungsverbot:** Bei Personen, die weder eine Anerkennung als Asylberechtigte\*r, Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention noch als subsidiäre\*r Schutzberechtigte\*r erhalten, kann ein Abschiebungsverbot festgestellt werden, wenn bestimmte Gründe gegen eine Abschiebung sprechen. Es wird zwischen inlandsbezogenen Abschiebungshindernissen (§60a Abs. 2c, 2d AufenthG) und zielstaatsbezogenen Abschiebungsverboten (§60 Abs. 5, 7 AufenthG) unterschieden. Inlandsbezogene Abschiebungshindernisse können dann erteilt werden, wenn eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich ist, beispielsweise bei krankheitsbedingter Reiseunfähigkeit oder fortdauernder Passlosigkeit. Zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote werden dann erteilt, wenn besonders schlechte humanitäre Bedingungen im Herkunftsland und/oder erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheiten durch das BAMF festgestellt werden.

**Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG):** Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt den Anspruch von Personen auf Geld- und Sachleistungen während des Asylverfahrens.

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

**Besonders Schutzbedürftige:** Die Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates (Aufnahmerichtlinie) definiert bestimmte Personengruppen als besonders Schutzbedürftige. Zu diesen zählen: (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Die EU-Mitgliedstaaten sind dazu verpflichtet, besonders schutzbedürftige Geflüchtete zu identifizieren und angemessen zu versorgen. Hierzu zählt die Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse im Asylverfahren und bei der Unterbringung.

**Dublin-Verfahren:** Im Dublin-Verfahren wird geprüft, welcher EU-Staat für die Durchführung eines Asylverfahrens zuständig ist. Wurde beispielsweise eine Person

bereits in einem anderen EU-Staat als Asylsuchende\*r registriert, kann sie im Rahmen des Dublin-Verfahrens in dieses Land zurückgeschoben werden (Dublin III-VO (EU) Nr. 604/2013 i.V.m. der Durchführungsverordnung zur Dublin III-VO (EU) Nr. 118/2014 und der EURODAC II-VO (EU) Nr. 603/2013).

**Duldung („vorübergehende Aussetzung der Abschiebung“):** Eine Duldung ist der rechtliche Status, den ausreisepflichtige Personen erhalten, wenn eine Abschiebung nicht möglich ist (beispielsweise weil Abschiebungsverbote vorliegen).

**EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates):** Die EU-Aufnahmerichtlinie definiert die Mindeststandards für die Aufnahme von Schutzsuchenden durch die EU-Mitgliedstaaten bezüglich Unterbringung, medizinischer Versorgung sowie Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt.

**Ermächtigung (nach §31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte):** Mit einer Ermächtigung können Psychotherapeut\*innen ohne Kassensitz Therapien über die Krankenkassen abrechnen. Diese Regelung gilt jedoch nur für die Behandlung von Schutzsuchenden, die bereits 18 Monate in Deutschland leben, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben und noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

**Gesundheitliche Regelversorgung:** Zur gesundheitlichen Regelversorgung gehören alle medizinischen Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte einen Anspruch haben und die i.d.R. über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Im Kontext dieses Berichts sind damit niedergelassene Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen sowie Kliniken gemeint. Die PSZ werden nicht als Teil der Regelversorgung bezeichnet, weil ihre Leistungen zum größten Teil nicht über das gesetzliche Krankenkassensystem abgerechnet werden (können).

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

**Psychologische\*r Psychotherapeut\*in:** Psychologische Psychotherapeut\*innen unterscheiden sich von ärztlichen Psychotherapeut\*innen dadurch, dass sie ein

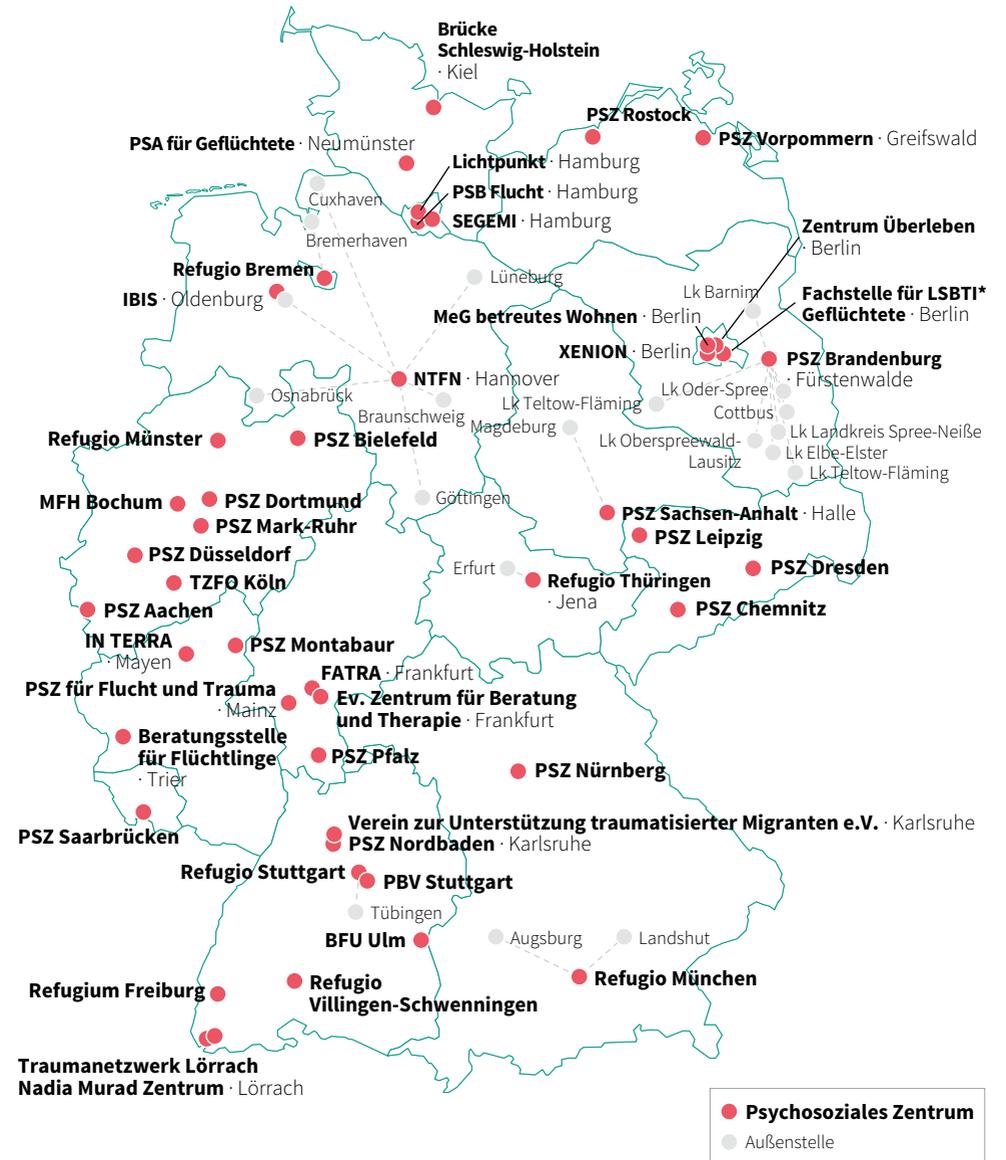
Psychologiestudium und nachfolgend eine Psychotherapeutenausbildung absolviert haben statt eines Medizinstudiums und einer Facharztausbildung. Bei der Mehrheit der niedergelassenen Psychotherapeut\*innen in Deutschland handelt es sich um Psychologische Psychotherapeut\*innen.

**Sichere Herkunftsstaaten:** Bei sogenannten sicheren Herkunftsstaaten geht das BAMF davon aus, dass dort keine staatliche Verfolgung stattfindet und dass der Staat vor Verfolgung durch Dritte schützen kann. Personen aus diesen Ländern haben deutlich schlechtere Chancen, einen Schutzstatus in Deutschland zu erhalten. Derzeit gehören zu den gesetzlich definierten sicheren Herkunftsstaaten: Mitgliedsstaaten der EU, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Ghana, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Senegal, Serbien.

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

## 10.2 Übersicht der PSZ

Die Psychosozialen Zentren finden sich in allen Bundesländern.<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Weitere Informationen zu den PSZ-Standorten: <https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/>

## Standorte:

### Baden-Württemberg

- Nadia Murad Zentrum, Lörrach
- PSZ Nordbaden, Karlsruhe
- Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. Karlsruhe
- Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
- refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
- PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene
- BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
- REFUGIO Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge
- Traumanetzwerk Lörrach

### Bayern

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

### Berlin

- Zentrum Überleben gGmbH
- XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
- MeG betreutes Wohnen gGmbH, Psychosoziale Unterstützung und Therapie für Migrant\_innen erster Generation
- Fachstelle für LSBTI\_ Geflüchtete

### Brandenburg

- PSZ Brandenburg mit folgenden Standorten in Brandenburg: Landkreis Barnim, Landkreis Elbe-Elster, Landkreis Oberspreewald-Lausitz, Landkreis Oder-Spree, Landkreis Spree-Neiße, Landkreis Teltow-Fläming, Cottbus

### Bremen

- REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge

### Hamburg

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

### Hessen

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

### Mecklenburg-Vorpommern

- Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern, Greifswald
- Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant\_innen

### Niedersachsen

- NTFN mit folgenden Standorten in Niedersachsen: Hannover, Braunschweig, Göttingen, Lüneburg, Oldenburg, Cuxhaven, Osnabrück
- IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V., Oldenburg

### Nordrhein-Westfalen

- Caritas Therapiezentrum für Menschen nach Folter und Flucht, Köln
- Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
- PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund
- PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
- PSZ Aachen- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)
- MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.

### Rheinland-Pfalz

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

**Saarland**

- PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

**Sachsen**

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

**Sachsen-Anhalt**

- Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten, Halle und Magdeburg

**Schleswig-Holstein**

- Brücke Schleswig-Holstein, Kiel
- Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete, Neumünster

**Thüringen**

- Refugio Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Jena

