



VERSORGUNGSBERICHT

Zur psychosozialen Versorgung
von Flüchtlingen und Folteropfern
in Deutschland

Impressum:

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

Paulsenstraße 55-56

12163 Berlin

Tel.: +49 30 310 124 61

E-Mail: info@baff-zentren.org

AutorInnen:

Jenny Baron und Silvia Schriefers

Umschlagfoto:

rowan / photocase.de

Erscheinungsdatum:

2015

Spendenkonto:

BAfF e.V.

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE86100205000003209600

BIC: BFSWDE33BER

Herzlichen Dank an alle Institutionen, Vereine und Privatpersonen, die zur Erstellung dieses Versorgungsberichtes beigetragen haben. In tatkräftiger Hinsicht bedanken wir uns ganz besonders bei Paula Perthen, Anna-Lena Zeisner und Larissa von Harling. Vielen Dank auch an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufgebracht haben.

GEFÖRDERT VON



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

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

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	3
1. VERSORGENGSBEDARF	5
Traumafolgestörungen – erhöhtes Risiko bei Geflüchteten	5
Verlauf von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten	7
Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten	8
Lebensbedingungen und psychische Gesundheit: Psychotraumatologische Befunde	9
2. VERSORGENGSBEDINGUNGEN	12
Erstverteilung und Residenzpflicht	12
Wohnverpflichtung	13
Arbeitserlaubnis	15
3. VERSORGENGSVERPFLICHTUNGEN	17
Gesundheitsversorgung als Rechtsanspruch für Jeden und Jede	17
Eingeschränkte gesundheitliche Versorgung durch das AsylbLG	18
Modelle guter Praxis – Die Gesundheitskarte	23
4. VERSORGENGSSTRUKTUREN	23
5. VERSORGENGSANGEBOT	26
6. AKTUELLE VERSORGENGSSITUATION	31
Erreichbarkeit der Versorgungsangebote	31
Verfügbarkeit der Versorgungsangebote: Versorgungskapazität	32
<i>KlientInnen in Psychotherapie</i>	32
<i>Minderjährige KlientInnen in den Psychosozialen Zentren</i>	34
<i>Personelle Ressourcen in den Psychosozialen Zentren</i>	36
7. VERSORGENGSDEFIZITE	38
Begrenzte Versorgungsressourcen	38
<i>Aufnahmestopps</i>	41
<i>KlientInnen, die abgewiesen werden müssen</i>	41
Strukturelle Faktoren	44
<i>Geringe finanzielle Ressourcen</i>	44
<i>Schwierigkeiten mit der Abrechnung von Psychotherapien bei den Leistungsträgern</i>	45
Barrieren im Zugang zur Regelversorgung	51
8. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	54
Methodische Reflexion	55
Forschungsfragen für die Zukunft	56
9. FAZIT	57
Handlungsbedarf: Forderungen an die Politik	57
LITERATUR	60
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	63
ÜBER DIE BAFF	64
Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle	65
Adressen der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	66
UNTERSTÜTZEN SIE DIE BAFF	68

VORWORT

„Wir, die wir im politischen Asyl leben, die wir vor dem drohenden Tod aus unseren Ländern geflohen sind, denken, dass es eine paradoxe Sache war, in unseren Ländern ums Überleben zu kämpfen, wenn man dann hier stirbt. In meinem Land bringen sie mich mit 8 Schüssen um und hier töten sie mich tagtäglich in einer anderen Form. Vielleicht ist es hier grausamer, es ist ein langsamerer und grausamerer Tod. In meinem Land töten sie mich, aber hier lebe ich jeden Tag ohne Hoffnung.“

Isabel J. aus Kolumbien

Alle vier Sekunden muss ein Mensch fliehen. Das geht aus dem globalen Report des UNHCR für das Jahr 2013 hervor (UNHCR, 2014). Kriege, Konflikte und Krisen zwingen immer mehr Menschen weltweit dazu, ihre Heimat zu verlassen und an einem anderen Ort Schutz zu suchen. Laut Bericht des UNHCR sind weltweit knapp 60 Millionen Menschen auf der Flucht - die höchste Zahl, die jemals verzeichnet wurde.

Die Anzahl der Geflüchteten, die in Deutschland Zuflucht suchen, ist jedoch im internationalen Vergleich sehr gering. Nur ein Bruchteil aller Geflüchteten nimmt den Weg nach Europa. Es gibt kaum legale Wege nach Europa. Die Flucht hierher ist teuer und gefährlich. Viele Menschen bezahlen ihre Flucht mit dem Leben. 86% der Geflüchteten halten sich daher in unmittelbarer Nähe zu ihren Herkunftsländern auf. Die Länder, die weltweit die meisten Geflüchteten aufnehmen, sind in dieser Reihenfolge die Türkei, Pakistan, der Libanon, Iran und Äthiopien. Deutschland hingegen kommt erst auf Rang 20 - obwohl es das Land mit dem weltweit viertgrößten Bruttoinlandsprodukt ist. Im europaweiten Vergleich nimmt Deutschland zwar insgesamt die meisten Geflüchteten auf - setzt man die Anzahl jedoch in Relation zur Bevölkerungszahl, nimmt die BRD nur noch den 8. Platz ein¹ (Eurostat, 2015). Zum Vergleich: Der Libanon hat bislang etwa 1,2 Millionen syrische Geflüchtete aufgenommen (UNHCR, 2014). Bei einer Einwohneranzahl von etwa 4 Millionen stellen sie damit mehr als 30% der Bevölkerung.

Diese Statistiken zeigen abstrakte Zahlen, Geflüchtete als rote und blaue Pfeile auf Landkarten, Verhältnisse von aufgenommenen Geflüchteten zu Einwohnerzahl und Bruttoinlandsprodukt. Hinter diesen Zahlen stehen Menschen und die Schicksale, die sie dazu getrieben haben ihr Heimatland zu verlassen und sich in eine ungewisse Zukunft zu begeben. Diese Menschen haben, im Gegensatz zu vielen anderen, Krieg und Flucht überlebt. Was passiert mit ihnen, nachdem sie in Deutschland angekommen sind? Wie werden sie hier aufgenommen und versorgt?

Das reguläre Gesundheitssystem ist Geflüchteten in Deutschland nur stark eingeschränkt zugänglich. Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete bieten fast ausschließlich die außerhalb des gesundheitlichen Regelsystems arbeitenden Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer an. Inzwischen bemühen sich bundesweit 26 dieser von gemeinnützigen Vereinen getragene Beratungs- und Behandlungszentren darum, die Lücken innerhalb des Gesundheitssystems zu schließen. Inwieweit die Ressourcen der Psychosozialen Zentren jedoch ausreichend sind, um eine adäquate Versorgung Geflüchteter sicherzustellen, dazu existiert bislang kaum Datenmaterial. Zahlen, die den Versorgungsdruck beschreiben, mit dem die MitarbeiterInnen der Einrichtungen täglich umgehen müssen, fehlen bislang weitestgehend.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Zentren. Seit fast 20 Jahren bündelt die BAfF die Interessen der

¹ Im Vergleich zur Bevölkerung des Landes wurde die höchste Asylbewerberquote in Schweden (8,4 Bewerber pro tausend EinwohnerInnen) verzeichnet; damit war sie deutlich höher als in **Ungarn** (4,3), **Österreich** (3,3), **Malta** (3,2), **Dänemark** (2,6) und **Deutschland** (2,5).

Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft.

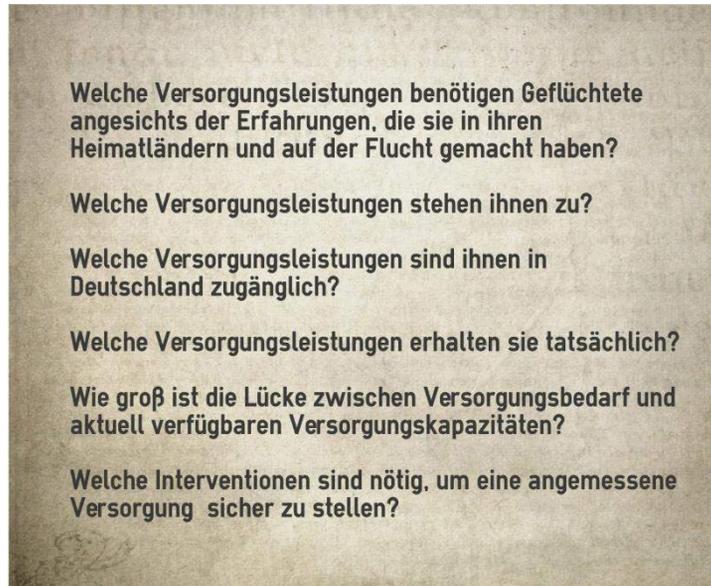
Mit dieser Publikation möchte die BAfF einen ersten bundesweiten Bericht zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland zur Verfügung stellen. Der Versorgungsbericht fasst Analysen zum Versorgungsbedarf, wie er wissenschaftlich für die Population Geflüchteter belegt ist, zusammen (*Kapitel 1*) und liefert Hintergrundanalysen zu den Lebens- und Versorgungsbedingungen, mit denen Geflüchtete im Exil konfrontiert sind (*Kapitel 2*).

Danach wird dargelegt, welche Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen Geflüchteten formal nach Vorgaben internationaler Konventionen und EU-Richtlinien zustehen und welcher Gestaltungsspielraum in der BRD rechtlich und strukturell vorhanden ist, um diese Ansprüche in der Praxis einzulösen (*Kapitel 3*).

Im empirischen Teil des Berichts werden die Versorgungsstrukturen vorgestellt, die aktuell für Geflüchtete existieren (*Kapitel 4*). Anhand der Ergebnisse einer Datenerhebung zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer wird überprüft,

inwiefern vorhandene Versorgungsangebote (*Kapitel 5*) für Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind (*Kapitel 6*). Zentrale Versorgungsdefizite aber auch Modelle „guter Praxis“ werden beschrieben und mit Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis verknüpft (*Kapitel 7*).

Der Bericht schließt mit einer Zusammenschau der Ergebnisse vor dem Hintergrund internationaler Verpflichtungen (*Kapitel 8*) und stellt Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen zur Verfügung, die aus den Analysen zur Versorgungssituation folgen sollten (*Kapitel 9*).



1. VERSORGUNGSBEDARF

Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist bei Geflüchteten, die in Deutschland Schutz suchen, aufgrund der Geschichten, die diese Menschen mitbringen, höher als innerhalb der deutschen Bevölkerung. Viele haben auch noch lange nach der Flucht aus dem Herkunftsland mit den physischen und psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse zu kämpfen.

(Bürger-)krieg, Haft, Folter, Vertreibung und die Flucht selbst stellen enorme Belastungen für die physische und psychische Gesundheit dar. Sie gelten als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Geflüchtete benötigen daher dringend Schutz, Sicherheit und medizinische sowie psychotherapeutische Versorgung, damit sie das Erlebte verarbeiten und sich ein neues Leben aufbauen können.

Traumafolgestörungen – erhöhtes Risiko bei Geflüchteten

Der Anteil der Menschen, die in der deutschen Allgemeinbevölkerung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, liegt bei einer Einmonatsprävalenz² von 1 bis 3,5% (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer, Brähler, 2008). Allerdings reagieren Menschen sehr unterschiedlich auf traumatische Erfahrungen und nicht jedes traumatische Ereignis führt mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer psychischen Störung wie zum Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung. So haben von Menschen verursachte Traumatisierungen wie Vergewaltigungen, Kriegshandlungen oder Folter weit drastischere Auswirkungen als traumatische Ereignisse, die durch „höhere Gewalt“ – z.B. Verkehrsunfälle oder Naturkatastrophen - verursacht werden.

Geflüchtete haben in der Regel viele verschiedene traumatisierende Ereignisse erlitten:

- Erfahrungen von politischer Verfolgung, Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen.
- Den Zwang, die Heimat verlassen zu müssen, um Leib und Leben zu retten.
- Das überstürzte, meist fluchtartige Fortgehen, das Verlassen des sozialen Umfeldes, von Freunden und häufig der Familie, ohne Abschied nehmen zu können.
- Traumatisierende Fluchterfahrungen.
- Die Schwierigkeit, über die Rückkehr in die Heimat nicht selbst bestimmen zu können, da diese an erster Stelle von den aktuellen politischen Gegebenheiten im Herkunfts- und im Aufnahmeland und erst an zweiter Stelle von der eigenen Entscheidung abhängt.

Entsprechend ist die Rate für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um etwa das Zehnfache erhöht (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). In einer Studie von Gäbel et al. (2006) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wurde bei 40% der nach dem Zufallsprinzip ausgewählten AsylantragstellerInnen eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Eine neuere Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass neu aufgenommene Asylsuchende mit einer Prävalenz von 33,2% unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden (Niklewski, Richter & Lehfeld, 2012). Laut der Leitlinie der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) liegt die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern bei 50% (Flatten et al., 2011).

² Die *Prävalenz* ist eine Kennzahl der Epidemiologie und bezeichnet die Krankheitshäufigkeit. Sie gibt Auskunft darüber, welcher Anteil der Menschen einer bestimmten Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. Entsprechend bezeichnet die Einmonatsprävalenz den Anteil der Menschen, die innerhalb eines Monats an einer bestimmten Erkrankung leiden.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist jedoch lediglich eine der möglichen Traumafolgestörungen. Häufig leiden traumatisierte Geflüchtete auch unter depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen³, dissoziativen Störungen⁴ oder Substanzabhängigkeiten. Oft kommt es zur Entwicklung verschiedener psychischer Störungen. Zwei große epidemiologische Studien, die in den USA und Australien durchgeführt wurden, zeigen, dass Menschen, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, zu einem sehr hohen Anteil auch andere behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweisen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Creamer, Burgess, McFarlane, 2001). In einer deutschen Studie von Perkonig, Kessler, Storz und Wittchen (2000) wurde bei 87,5 % der PTBS – PatientInnen mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert, bei 77,5 % lagen mindestens zwei weitere Störungen vor. Komorbide Störungen sind somit eher die Regel als die Ausnahme. Posttraumatische Belastungen können zudem körperliche Erkrankungen mit bedingen oder beeinflussen. Dies ist insbesondere belegt für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und immunologische Erkrankungen (Shalev 2001).

Geflüchtete, die Krieg und Verfolgung erlebt haben, die Opfer von Folter oder anderen schweren Menschenrechtsverletzungen geworden sind, gelten somit als hochvulnerable Population für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen.

Dennoch sei an dieser Stelle angemerkt, dass nicht alle Geflüchteten, die traumatisierende Situationen erleben mussten, eine Traumafolgestörung entwickeln. Neben weiteren Risikofaktoren existieren ebenso Schutzfaktoren, wie z.B. familiäre Beziehungen, vorhandene Bindungen und soziale Unterstützung, äußere Sicherheit – im Sinne eines festen Aufenthaltsstatus – sowie weitere materielle und immaterielle Ressourcen, die die Teilhabe der Menschen in der Aufnahmegesellschaft ermöglichen oder begünstigen. Diese Schutz-

³ Als somatoforme Störungen werden körperliche Symptome bezeichnet, die nicht oder nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome und das Leiden des Patienten/der Patientin.

⁴ Das Kernmerkmal der *dissoziativen Störungen* besteht in dem teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

Trauma und Gewalt

Psychische Traumata haben oft schwerwiegende und langanhaltende Folgen. Sie können von Leid- und Angstgefühlen bis hin zu schwerwiegenden psychischen Störungen und Persönlichkeitsveränderungen führen. Gerade bei Flüchtlingen sind diese psychischen Störungen oft chronisch und komplex, da sie mit Faktoren wie Entwurzelung, Verlust und einem Leben mit unsicherer Perspektive verbunden sind.

Die Geschichte des Miran C.

Der 36jährige Miran C. ist in einer in der Kurdenbewegung aktiven Familie im Osten der Türkei aufgewachsen. Bereits in seiner frühen Kindheit erlebt er, wie Soldaten immer wieder in das Haus der Familie eindringen, die Wohnung verwüsten und Eltern und Geschwister in Arrest nehmen.

Als Jugendlicher beginnt auch Miran sich politisch zu engagieren. Mit 17 Jahren wird er das erste Mal inhaftiert. Insgesamt verbringt er über 12 Jahre in Gefängnissen, wo er wiederholt misshandelt, erniedrigt und schwer gefoltert wird. Um Geständnisse und Informationen zu erhalten verwenden die Verhörer Foltermethoden wie u.a. Stromschläge, Falaka (Stockschläge auf die Fußsohlen), Druckwasser und Schlafentzug. Dennoch bleibt Miran ungeständig.

Er flieht nach Deutschland und erhält nach langem Warten endlich die Anerkennung als politischer Flüchtling.

Im Exil hat Miran mit den Folgen der Gewalterfahrungen in den Foltergefängnissen der Türkei zu kämpfen. Die Zeit dort hat ihn derartig verändert, dass Miran kaum in der Lage ist, alltägliche Dinge zu verrichten: „Für 5 - 6 Monate konnte ich nicht zu einem Kiosk gehen, einem Tabakladen, um eine Zigarette zu kaufen.“

Er hat Schwierigkeiten, Beziehungen zu Menschen aufzubauen, fühlt sich isoliert und fremd. Im Interview fordert er psychologische und soziale Hilfe für Menschen in seiner Situation: „Ich bin mir 100-prozentig sicher, dass wir unter diesen Umständen eine Unterstützung brauchen. Unterstützung von den Menschen, die mir sagen würden, ja du könntest das und das so machen, das läuft so in dieser Gesellschaft. Und dass ich wieder das Selbstvertrauen finden kann. Das brauchen wir sicher, diese Unterstützung.“

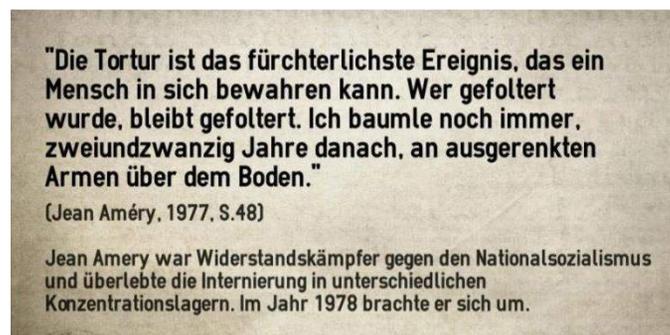
Zeitzeugen der Menschenrechte, BAfF

Im Rahmen des Projektes „Zeitzeugen der Menschenrechte“ der BAfF wurde Geflüchteten die Möglichkeit gegeben, ihre Geschichte, ihre Erfahrungen, Erlebnisse, ihre Wünsche und Forderungen zu berichten und zu veröffentlichen.

faktoren oder Ressourcen können dazu verhelfen, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegen zu setzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

Verlauf von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Posttraumatische Belastungsstörungen verlaufen unbehandelt bei etwa einem Drittel der Erkrankten chronisch (Falk, Hersen & Van Hasselt, 1994; Kessler et al., 1995). Überlebende von Folter und Gewalt leiden oft auch Jahrzehnte nach dem traumatischen Ereignis noch an Intrusionen⁵, Vermeidungsverhalten und Übererregung (Carlsson, Olsen, Mortensen & Kastrup, 2006). Eine Studie mit Geflüchteten des kambodschanischen Bürgerkrieges zeigte, dass auch 20 Jahre nach deren Flucht in die USA noch 62 % an einer Posttraumatischen Belastungsstörung und 51% an einer Depression litten (Marshall, Schell, Elliott, Berthold & Chun, 2005).



"Die Tortur ist das fürchterlichste Ereignis, das ein Mensch in sich bewahren kann. Wer gefoltert wurde, bleibt gefoltert. Ich baumle noch immer, zweiundzwanzig Jahre danach, an ausgerenkten Armen über dem Boden."

(Jean Améry, 1977, S.48)

Jean Améry war Widerstandskämpfer gegen den Nationalsozialismus und überlebte die Internierung in unterschiedlichen Konzentrationslagern. Im Jahr 1978 brachte er sich um.

Die hohen Prävalenzraten deuten darauf hin, dass die Chronifizierungsrate bei Geflüchteten sehr hoch ist. Zudem ist eine Psychotherapie 20 Jahre nach der traumatischen Erfahrung sehr schwierig. Die psychische Störung ist zu diesem Zeitpunkt in der Regel fest in das Leben des oder der Betroffenen integriert, beziehungsweise das Leben wird um die Störung herum gebaut. So kann z.B. eine Frau

aus Angst vor erneuten Übergriffen und Gewalt im weiteren Verlauf ihres Lebens ein System entwickeln, alle als bedrohlich wahrgenommenen Situationen zu vermeiden und sich so möglichst sicher zu fühlen. Dies geschieht, indem sie beispielsweise ihre Wohnung nicht mehr verlässt oder dies nur in besonderen Situationen in Begleitung tut, sich von der Umwelt abschottet und einschließt. In der Regel sind auch alle sie umgebenden Bezugspersonen in dieses System einbezogen, mit unterschiedlichen Rollen und Aufgaben. Derartige Systeme werden in der Regel im weiteren Verlauf immer komplexer, sie entfalten eine Eigendynamik, die nach vielen Jahren immer schwerer zu durchbrechen ist.

Ob jemand eine Traumafolgestörung entwickelt und ob die Person dauerhaft unter dieser Störung leidet oder aber aus eigener Kraft genesen kann, ist nicht nur von der Art, der Schwere und der Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen abhängig, sondern insbesondere auch von der Zeit danach, in der eigentlich die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen beginnen könnte. Der Psychiater Hans Keilson prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „*Sequentiellen Traumatisierung*“ (Keilson, 2005). In einer Langzeiterhebung untersuchte er die Auswirkungen der Verfolgungserfahrungen ehemaliger jüdischer Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust in Verstecken oder Pflegefamilien überlebt hatten. Keilson wies nach, dass die persönliche Belastungssituation der Überlebenden mit dem Ende der Verfolgungssituation keineswegs ihr Ende fand. Sondern: „die sich aus der Verfolgung ergebenden Folgen, [...] bilden einen integralen Bestandteil des gesamten Verfolgungsgeschehens.“ (S.55). Die Zeit nach der Verfolgung, nach der nationalsozialistischen Gewalt und dem Krieg, wurde von vielen als die „eingreifendste“ und „schmerzlichste“ ihres Lebens bezeichnet. Sie stellte sich als besonders relevant für die Entwicklung der Kinder heraus: Kinder, die in der Nachkriegszeit unter relativ guten Bedingungen aufwuchsen, erwiesen sich als psychisch stabiler bzw. gesünder als diejenigen, die eine schwierigere Nachkriegszeit erlebten – selbst wenn erstgenannte Gruppe in der Zeit während des Krieges schwerwiegendere Bedingungen oder traumatisierende Situationen erfahren musste. Ausschlaggebend für eine Bewältigung der Erlebnisse waren insbesondere die Lebensbedingungen der Nachkriegsperiode, also die Möglichkeit, die Traumatisierungskette zu durchbrechen und dadurch das Gesamtgeschehen zu mildern.

⁵ *Intrusionen* sind ein Kernsymptom der Posttraumatischen Belastungsstörung und bezeichnen das Wiedererinnern und Wiedererleben von psychotraumatischen Ereignissen. Die kann in Form von Bildern, Flashbacks oder Alpträumen erfolgen.

Ob es traumatisierten Menschen gelingt, die erlebten Gewalterfahrungen zu verarbeiten und zu integrieren, steht also in sehr engem Zusammenhang mit der Zeit, nach den „eigentlich“ traumatisierenden Erfahrungen. Die Lebensbedingungen traumatisierter Geflüchteter im Exil, die maßgeblich durch unsere Gesellschaft gestaltbar sind, spielen eine Schlüsselrolle für die Genesung und das Wohlergehen der Betroffenen (Vgl. *Kapitel 2*). Alle, die mit Geflüchteten und Folteropfern zu tun haben, sei es im Herkunftsland, auf der Flucht oder im Exil, tragen entsprechend eine Verantwortung für deren Schicksal. Auch oder gerade wir haben es in der Hand, der erfahrenen Gewalt durch die Gestaltung guter Lebensbedingungen sowie die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung und Unterstützung entgegenzuwirken.

Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten

„Eine traumadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden“

(Leitlinienempfehlung 16)

„Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Begleitende Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie“

(Leitlinienempfehlung 6)

Diese Leitlinienempfehlungen stellen den verbindlichen Standard zur Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung dar (Flatten et al., 2011). Sie sind niedergelegt in der „S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung“, eine Leitlinie, die durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nach einem aufwendigen Verfahren auf die höchste der drei Stufen wissenschaftlicher Übereinstimmung („S3“-Leitlinie) angehoben wurde.



© Larissa von Harling

Psychotherapie ist das Mittel der Wahl zur Behandlung von Traumafolgestörungen

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Traumafolgestörungen konnte in verschiedenen Studien mit Geflüchteten gezeigt werden. In einem Review von 1980 bis 2010 zeigte sich in 90% der 40 untersuchten Studien bei Opfern von Menschenrechtsverletzungen eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik sowie der Depression und der Angst (McFarlane & Kaplan, 2012). In einem neueren Review (Slobodin & de Jong, 2014) sowie einer aktuellen Metaanalyse (Lambert & Alhassoon, 2015) konnten diese Ergebnisse für traumatisierte Geflüchtete und Asylsuchende bestätigt werden.

Die Behandlung traumatisierter Geflüchteter stellt allerdings besonders hohe Ansprüche an PsychotherapeutInnen. Neben den oft komplexen und oft chronischen psychischen Problemen müssen in der Therapie auch weitere migrationspezifische Belastungsfaktoren, wie Entwurzelung, der Verlust nahestehender Personen und des sozialen Status, ein Leben mit unsicherer Perspektive sowie weitere gesundheitliche, soziale und alltagspraktische Bedürfnisse bearbeitet werden (Strijk, van Meijel, & Gamel, 2011).

Psychotherapie kann die traumatisierenden Erfahrungen, die viele Geflüchtete erlebt haben, nicht „weg machen“, sie kann die Erfahrungen von Folter und Gewalt, Tod und Verlust nicht kompensieren oder

verarbeiten. Aber obwohl die Erfahrungen von Folter, Gewalt und Verlust haftenbleiben, mehr noch den Überlebenden unausweichlich innewohnen, kann Psychotherapie einen Beitrag dazu leisten, einen Umgang mit diesen erschütternden und erniedrigenden Erfahrungen zu finden und mit ihnen leben zu lernen. Die Erfahrungen als solche werden die Betroffenen ein Leben lang begleiten. Für viele Menschen wird es immer wieder Situationen oder Lebensphasen geben, in denen sie an diese Erlebnisse in einer sie beeinträchtigenden Weise erinnert werden.

Rahmenbedingungen der Behandlung

Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine gute berufsgruppenübergreifende Vernetzung. Die Lebenssituation von Geflüchteten ist von vielen Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt, die die Kompetenzen von PsychotherapeutInnen in der Regel überschreiten. So ist die Zusammenarbeit mit RechtsanwältInnen, SozialarbeiterInnen, Beratungsstellen und Ehrenamtlichen in vielen Fällen unbedingt erforderlich, wenn es beispielsweise darum geht, die Anforderungen des Asylverfahrens zu bewältigen, einen Sprachkurs zu besuchen, angstbesetzte Behördenbesuche zu meistern, notwendige Sozialleistungen zu beantragen oder eine Wohnung zu finden.

Entscheidend für den Therapieerfolg ist weiterhin die Begleitung der Psychotherapien durch qualifizierte und geschulte DolmetscherInnen. Die Sprache ist das wesentliche Therapiemittel – eine der Voraussetzungen für eine gelingende Psychotherapie ist also sprachliche Verständigung. Dennoch sind Dolmetscherleistungen keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse. Das ernüchternde Ergebnis einer Studie in 16 europäischen Ländern ergab, dass nur 35% der psychosozialen Dienste für Migranten in diesen Ländern einen direkten Dolmetscherservice anbieten (Kluge, et al., 2012).

Die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist jedoch nicht nur abhängig von den Rahmenbedingungen innerhalb dieses spezifischen Settings. Der Gesamtrahmen, der äußere Kontext und damit die Lebenswirklichkeit, die Geflüchtete tagtäglich umgibt, ist von maßgeblichem Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der Menschen.

Lebensbedingungen und psychische Gesundheit: Psychotraumatologische Befunde

Gefühle von Sicherheit, Akzeptanz und Geborgenheit gelten als Grundvoraussetzung für die Wiederherstellung der psychischen Stabilität nach traumatischen Erlebnissen. Wird die Umwelt dagegen durch instabile Lebensbedingungen, einen Mangel an sozialer Unterstützung und zusätzlichen äußeren Stress als feindselig wahrgenommen, stellt dies ein ernsthaftes Krankheitsrisiko dar (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Sicherheit. Die Lebensrealität von Geflüchteten wird wesentlich durch deren ungewisse Aufenthaltssituation in Deutschland bestimmt: Sind Geflüchtete über ein anderes europäisches Land nach Deutschland eingereist – was in vielen Fällen allein aus geographischen Gründen nicht anders möglich ist – greift die Dublin-Verordnung⁶ und damit die fortwährende Drohung von Inhaftierung und Abschiebung. Für die Betroffenen ist es nahezu unmöglich, die eigenen Chancen auf die Bewilligung ihres Asylantrags einzuschätzen. Nicht nur müssen Asylsuchende mittlerweile häufig monatelang warten, bis sie überhaupt einen Asylantrag stellen können, auch vergehen zwischen der Antragstellung und der Anhörung zu den Fluchtgründen durchschnittlich vier Monate. Danach beginnt das eigentliche Warten. Die Zeit bis zur Bearbeitung des Asylantrages kann – je nach Herkunftsland und Priorisierungen seitens des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge – viele Monate in Anspruch nehmen. Während Asylanträge aus Syrien durchschnittlich innerhalb von vier Monaten bearbeitet werden, warten Asylsuchende aus Pakistan, Afghanistan oder dem Iran über ein Jahr (Pohl, 2015). Nach der Ankunft in Deutschland kön-

⁶ Die Dublin Verordnung ist ein völkerrechtlicher Vertrag zwischen den EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen, Island, Lichtenstein und der Schweiz, der besagt, dass derjenige Staat für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig, den eine/ein Asylsuchender zuerst betritt. Für die Geflüchteten selber bedeutet die Dublin-Verordnung de facto, dass es bei der Frage der Verteilung nicht um sie als Individuen mit Bedürfnissen, Vorstellungen oder Wünschen geht, sondern sie werden nach rein formellen Kriterien innerhalb der EU aufgenommen, verteilt und rücküberstellt.

nen somit bis zu zwei Jahre vergehen, bis eine Asylentscheidung getroffen wird. Im besten Fall fällt diese positiv aus und der Antragssteller erhält eine Aufenthaltserlaubnis. Oft wird der Antrag jedoch in erster Instanz negativ beschieden und die Unsicherheit bleibt bestehen. So leben viele Geflüchtete mit Kettenduldungen, sie werden hier als Geflüchtete nicht anerkannt, können aber beispielsweise aus humanitären Gründen aktuell nicht in ihr Heimatland abgeschoben werden. Oft beginnt mit Ablehnung eines Asylantrags für Geflüchtete auch ein mehrstufiges Klageverfahren, das sich oft über mehrere Jahre hinzieht, oftmals bis es vor eine Härtefallkommission gelangt. Wie können die Betroffenen unter diesen Bedingungen ein Gefühl von Sicherheit entwickeln, welches als eine der Grundvoraussetzungen psychischer Stabilität gilt?

Die Bedrohung der eigenen Sicherheit führt in der Regel zunächst zu überlebenswichtigen Reaktionen wie einer erhöhten Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Angst und Unsicherheit und in der Folge zu dem Streben nach Sicherheit und Schutzverhalten (vgl. Silvoe, 2007). Was passiert jedoch, wenn Sicherheit und Schutz nicht zu erreichen sind, da sie von äußeren, nicht beeinflussbaren Faktoren – wie dem Asylverfahren – abhängig sind?

Es erscheint kaum verwunderlich, dass in wissenschaftlichen Studien mit Geflüchteten die Faktoren „Asylverfahren“ und „Unsicherheit der aufenthaltsrechtlichen Situation“ in einem wesentlichen Zusammenhang mit dem Auftreten psychischer Störungen stehen: So lag in einer niederländischen Studie die Prävalenzrate für PTBS bei anerkannten Flüchtlingen mit 10% deutlich unter der von Asylsuchenden (28%). Ähnlich deutliche Unterschiede zeigten sich auch für Angst- und depressive Störungen mit 39% bei anerkannten Flüchtlingen vs. 68% bei Asylsuchenden (Gerritsen et al., 2006). Auch die Länge des Asylverfahrens wirkt sich negativ auf die Gesundheit der Betroffenen aus: In einer Studie mit irakischen Asylsuchenden in den Niederlanden (Laban, Komproe, Gernaat & de Jong 2008) wiesen Asylsuchende mit einem längeren Asylverfahren eine signifikant niedrigere Lebensqualität, höhere funktionale Beeinträchtigung und mehr körperliche Beschwerden auf. Auch über unterschiedliche Kontrollvariablen hinweg bleiben die Zusammenhänge zwischen dem Aufenthaltsstatus und psychischer Gesundheit signifikant (Heeren et al., 2014).

Geborgenheit. Der Aspekt der Geborgenheit steht in einem engen Zusammenhang zur sozialen und emotionalen Unterstützung, geht aber noch einen Schritt darüber hinaus. Es geht darum, dass die Betroffenen (wieder) einen Platz für sich in der Welt finden. Dabei spielen Bezugspersonen eine Schlüsselrolle. Die Traumaforschung hat gezeigt, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung wirken kann – umgekehrt erhöhen das Fehlen sozialer Unterstützung sowie negative soziale Interaktionen das Risiko für die Entwicklung dieser Störung (Guay, Bilette & Marchand, 2006).

Die Möglichkeit über das Erlebte zu sprechen, Vertrauen zu entwickeln, zu erfahren dass das Erlebte auf Verständnis stößt und so die Grundlagen für Mitgefühl und Unterstützung geschaffen werden, sind Grundelemente unseres sozialen Miteinanders und der Entwicklung des Gefühls von Geborgenheit und Aufgehobensein. Besonders schwierig ist die Herstellung dieser Gefühle bei Geflüchteten, die ohne Familie und Freunde bei uns Zuflucht suchen oder auf der Flucht getrennt wurden. Vor diesem Hintergrund ist auch die Dublin-Verordnung sowie die Verteilung von Geflüchteten über die Bundesrepublik hinweg (siehe *Kapitel 2*) zu beleuchten: Geflüchtete können sich nicht frei entscheiden, in welchem Land sie einen Asylantrag stellen und werden nach bestimmten Quoten ohne eigenes Mitspracherecht innerhalb Deutschlands verteilt. Rücksicht genommen wird dabei ausschließlich auf Ehepartner und minderjährige Kinder. Die traurige Konsequenz ist, dass Geflüchtete häufig isoliert von FreundInnen und Angehörigen, Landsleuten und bestehenden Communitys auf das Ergebnis ihres Asylantrags warten müssen. Sie sind gezwungen, lange Zeit in – meist überfüllten und entlegenen – Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften zu leben, haben kein eigenes Zuhause – von Geborgenheit also keine Spur. Normale Reaktionen auf eine solche Lebenssituation sind zunächst Heimweh und Sehnsucht, hinzu kommen Trauer und Angst.

Akzeptanz. Bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse und der Wiederherstellung psychischer Stabilität und Integrität sind die emotionale und gesellschaftliche Unterstützung der Betroffenen von besonderer Bedeutung. Diese Unterstützung bezieht sich sowohl auf die gesellschaftliche Anerkennung

und Würdigung ihrer Leiden als auch auf ihre Inklusion im Sinne eines sozialen und gesellschaftlichen Anschlusses. Es muss die Möglichkeit bestehen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, religiösen Praxen und anderen Grundbedürfnissen nachzugehen. Der institutionalisierte, gesellschaftlich etablierte Zweifel an den wahren Asylgründen, der den Betroffenen in allen Lebensbereichen entgegenschlägt, steht einer Anerkennung ihrer Leiden und der Möglichkeit, zumindest im Nachhinein Gerechtigkeit zu erfahren, in hohem Maße entgegen. Das faktische Arbeitsverbot, das Leben in Heimen, Sachleistungsregelungen sowie die eingeschränkte Bewegungsfreiheit durch die Residenzpflicht führen zu einer erzwungenen Passivität von Geflüchteten und damit letztlich zu gesellschaftlicher Ausgrenzung. Das Gefühl des Akzeptiertwerdens kann so nicht aufkommen. Begünstigt werden eher ohnmächtige Wut, ein allgemeiner Vertrauensverlust, Perspektivlosigkeit und Niedergeschlagenheit.



Foto: Alban im Zimmer. Martin Gommel/ flickr.com (CC BY-NC-SA)

Die hier angeführten Befunde verdeutlichen die Vielschichtigkeit der Erlebnisse und Emotionen, die geflüchtete Menschen verarbeiten und integrieren müssen. Eine Aufgabe, die für sich alleine genommen schon beinahe unmöglich erscheint. Die Unterstützung von Menschen, die derartiges Leid erleben mussten, kann die Lösung dieser Aufgabe um Vieles leichter machen. Lebens- und Handlungsmöglichkeiten von Geflüchteten sind dabei keine absoluten, sondern von uns, der deutschen Gesellschaft bzw. Politik durchaus veränderbare Faktoren. Wie sich die Lebens- und Versorgungsbedingungen tatsächlich darstellen, wird im folgenden Kapitel ausgeführt.

2. VERSORGUNGSBEDINGUNGEN

Lebensbedingungen für Geflüchtete in Deutschland

Während des meist jahrelang andauernden Asylverfahrens, aber auch mit dem Aufenthaltsstatus der Duldung, ergeben sich für Geflüchtete in Deutschland nicht nur bezogen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch in weiteren Lebensbereichen eine Vielzahl an besonderen Einschränkungen ihrer Rechte, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Die Grundlagen dieser Einschränkungen sind im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), im Aufenthaltsgesetz (AufenthG) sowie im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) mit ihren Bestimmungen zur Erstverteilung, zur Wohnverpflichtung, zur Residenzpflicht, zum Arbeitsverbot sowie zu Einschränkungen der medizinischen Versorgung festgeschrieben.

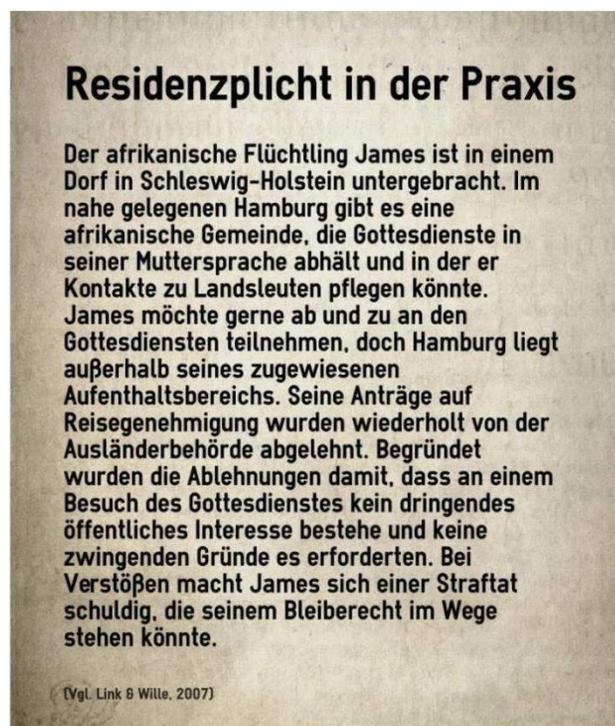
Erstverteilung und Residenzpflicht

Asylsuchende, die nach Deutschland kommen, können nicht einfach dorthin gehen, wohin sie möchten – zu Verwandten etwa oder in eine Stadt, wo sie Anschluss zu einer ihnen vertrauten Community oder Religionsgemeinschaft finden könnten. Sie werden nach dem **Königsteiner Schlüssel**, der sich entsprechend Steuereinnahmen und Bevölkerungszahl errechnet, auf die verschiedenen Bundesländer verteilt (Grundlage ist § 45 AsylVfG). Genannt wird dieses Verteilungssystem das **EASY-Verfahren** (Erstverteilung von Asylbegehrenden).

Zudem gibt es Regelungen in Bezug auf das Herkunftsland der Asylsuchenden. Nicht jede Außenstelle des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge bearbeitet Anträge aus jedem Herkunftsland. Meldet sich ein Flüchtling in Deutschland erstmals bei einer Behörde, wird er direkt weitergeleitet und ist gezwungen, sich in der ihm zugeteilten Erstaufnahmeeinrichtung einzufinden. Rücksicht genommen wird dabei lediglich auf Familienangehörige ersten Grades. Diese Inflexibilität ist für die Betroffenen insbesondere dann hart, wenn sie durch das Verteilungssystem von Bezugspersonen getrennt werden und somit zusätzlich zu dem Verlust der Heimat und des dort zurückgelassenen sozialen Netzwerks weitere soziale Ressourcen einbüßen.

Ist der Asylsuchende einer Erstaufnahmestelle zugeordnet worden, kann er nur hier seinen Asylantrag stellen. Ab diesem Zeitpunkt gilt für AsylbewerberInnen für die gesamte Bearbeitungsdauer des Antrags sowie für Geduldete gemäß § 56 und §61 AsylVfG die **Residenzpflicht**. Diese schränkt die Bewegungsfreiheit der Geflüchteten auf ein bestimmtes Gebiet ein, so dass entweder der zuständige Regierungsbezirk oder das jeweilige Bundesland nicht ohne Sondergenehmigung verlassen werden dürfen. Die Beantragung einer „**Verlassenserlaubnis**“ ist aufwendig, wird nach intransparenten Kriterien erteilt oder abgelehnt und kostet in einigen Bundesländern sogar Gebühren. Verstöße gegen die Residenzpflicht können gemäß §95 AufenthG mit **Geld- oder sogar Freiheitsstrafen** sanktioniert werden.

Mittlerweile sind alle Bundesländer – außer Bayern und Sachsen - dazu übergegangen, die Residenzpflicht insofern zu lockern, als dass



die räumliche Begrenzung auf das jeweilige Bundesland ausgeweitet wird. Zudem ist seit dem 1. Januar 2015 die Residenzpflicht für AsylbewerberInnen und Geduldete grundsätzlich auf drei Monate begrenzt. Nur für diejenigen AsylbewerberInnen und Geduldete, deren Lebensunterhalt nicht gesichert ist, wird der Wohnsitz durch eine Auflage eingeschränkt. Die Residenzpflicht als solche soll jedoch ausdrücklich beibehalten werden.

Diese Einschränkung der Bewegungsfreiheit besteht europaweit ausschließlich in Deutschland und wird von vielen Seiten immer wieder scharf kritisiert. Unter anderem positioniert sich der UNHCR mit folgenden Worten:

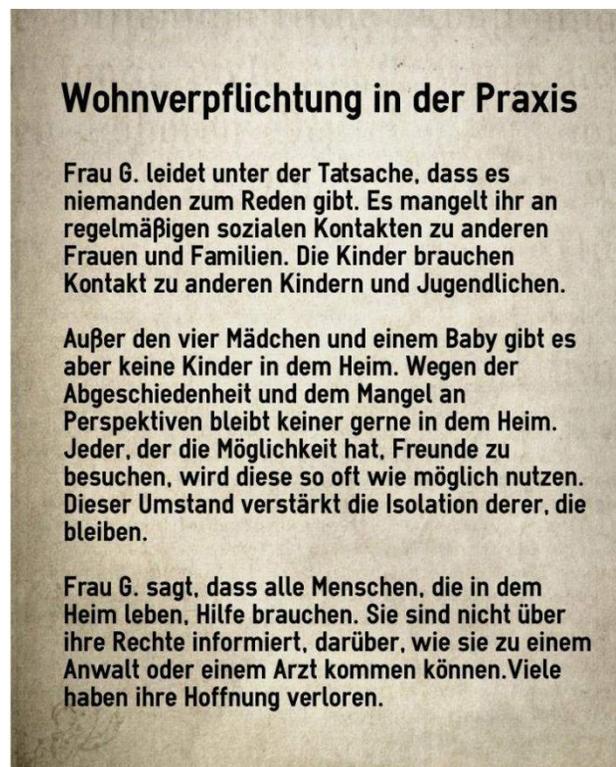
„Nach Auffassung von UNHCR ist die Praxis der Einschränkungen der Wohnsitzfreiheit sowohl bei Flüchtlingen als auch bei subsidiär geschützten Personen mit dem Völker- und Europarecht nicht vereinbar.“

(UNHCR, 2007)

Die Residenzpflicht beschneidet Asylsuchende in ihrem grundlegenden Recht auf Bewegungs- und Wohnsitzfreiheit. Sie verhindert eine Integration in die Gesellschaft, marginalisiert und kriminalisiert die Betroffenen. Weil sie keinerlei „materiell rechtlichen Zweck im Interesse der Bundesrepublik oder Dritter“ erfüllt, ist sie klar als Diskriminierung zu bewerten (Link & Willer, 2007).

Wohnverpflichtung

Gemäß § 47 AsylVfG sind AsylbewerberInnen verpflichtet, „bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten, in der für Ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen.“ Der Paragraph bezieht sich auf die **Erstaufnahmeeinrichtungen**, in denen Asylsuchende sich eigentlich aufhalten sollten, bis ihre Anhörung stattgefunden hat. Aufgrund der hohen Asylantragszahlen, sind diese Einrichtungen momentan jedoch so überfüllt, dass AsylbewerberInnen oft nur wenige Tage dort bleiben und dann auf andere Gemeinschaftsunterkünfte des zuständigen Landkreises weiterverteilt werden. Ebenso wie die Betroffenen bei der Wahl des Wohnortes keine Entscheidungsfreiheit haben, können sie auch auf die Form der Unterbringung keinen Einfluss nehmen.



Es ist von den jeweiligen Bundesländern und Kommunen abhängig, ob die Menschen für die Dauer der Bearbeitung ihres Asylantrags in Gemeinschaftsunterkünften oder dezentral, also in eigenen Wohnungen untergebracht werden. Das Asylverfahrensgesetz sieht in § 53 vor, dass Asylsuchende „in der Regel“ in **Gemeinschaftsunterkünften** untergebracht werden. Doch wird in der Regelung auch auf die Berücksichtigung des öffentlichen Interesses sowie die Belange des Ausländers/ der Ausländerin hingewiesen. Es ist also nicht normativ verpflichtend, Asylsuchende in Gemeinschaftsunterkünften unterzubringen. So kommt es, dass in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen zwischen 72 % und 91 % der Asylsuchenden in Wohnungen untergebracht werden, in Baden-Württemberg, Brandenburg und Sachsen nur circa 34 % der Menschen in Wohnungen leben. Die offiziell als Gemeinschaftsunterkünfte bezeichneten Wohnheime oder Sammelager erfüllen nur teilweise die

existierenden Mindeststandards. Immer wieder wird von Schimmel- und Ungezieferbefall sowie Hygienemängeln in Flüchtlingslagern berichtet. Auch die Betreuung durch qualifiziertes Personal ist oft nicht gewährleistet (Wendel, 2014).

Gemeinschaftsunterkünfte sind in der Regel an Orten, die sehr entlegen sind, in Industriegebieten oder am Stadtrand. In den ländlichen Bundesländern wie Brandenburg sind viele der Unterkünfte völlig isoliert, manche befinden sich inmitten eines Waldes, fernab von jeglicher gesellschaftlicher Infrastruktur – von Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, kirchlichen- und kulturellen Einrichtungen - und damit abgeschnitten von Partizipationsmöglichkeiten (Pieper, 2008). Ein weiteres Problem für die BewohnerInnen dieser Unterkünfte ist, dass sie vielerorts privaten BetreiberInnen als unterzubringende Objekte überlassen werden. Die BewohnerInnen befinden sich damit in einer strukturellen Abhängigkeit gegenüber der Heimleitung und dem Personal in den Gemeinschaftsunterkünften, sie haben eingeschränkte Rechte und sind deren Repressionen ausgesetzt (Wendel, 2014).



Foto: „Alban vor dem Essen“. Martin Gommel/ flickr.com (CC BY-NC-SA)

Die erschütternden Folgen dieses Prinzips fanden im vergangenen Jahr mit dem Bericht über Gewalt und Misshandlung von AsylbewerberInnen durch Wachschutzpersonal in einer Unterkunft in Burbach den Weg in die Medien. So wurde im September 2014 bekannt, dass Wachleute eines privaten Sicherheitsdienstes Asylbewerber in deren Notunterkunft im nordrhein-westfälischen Burbach misshandelt und drangsaliert haben sollen. Es tauchten Videoaufnahmen und Fotos entwürdigender Szenen auf, in welchen die Wachmänner unter anderem neben ihren Opfern posierten, und einen Flüchtling zwingen, in seinem Erbrochenen zu liegen (Vgl. Süddeutsche Zeitung, 2015).

Hinzu kommen repressive Regelungen zu Anwesenheitskontrolle der BewohnerInnen der Gemeinschaftsunterkünfte, stark beengte Wohnverhältnisse ohne jegliche Privatsphäre, eingeschränkter Schutz von Kindern und Frauen, fehlende Spielbereiche für Kinder, Lärmbelastung, überlastete Sanitär- und Küchenbereiche und nicht zuletzt das zwangsweise Zusammenleben sehr vieler, völlig unterschiedlicher Menschen. Viele Geflüchtete sind jahrelang öffentlich untergebracht. Die Folgen liegen auf der Hand: Der langfristige Aufenthalt in einer Gemeinschaftsunterkunft bringt erhebliche psychische Belastungen mit sich.

Paradoxerweise bringt die Unterbringung in Wohnungen nicht nur für Asylsuchende erhebliche Vorteile mit sich – u.a. Privatsphäre, Sicherheit und Schutz - diese Form der Unterbringung ist auch für Länder und Kommunen im Schnitt kostengünstiger (Wendel, 2014). Dennoch wird in einigen Ländern die Mehrheit der Geflüchteten in Sammelunterkünften untergebracht. Die Diskussion und Organisation der Unterbringung von AsylbewerberInnen in Kasernen, Turnhallen, Baumärkten, Zelt- und Containerstäd-

ten oder sogar ehemaligen KZ-Barracken verdeutlicht, wie weit entfernt wir von einer langfristig angelegten Planung zur adäquaten Unterbringung von Geflüchteten sind.

Anspruch auf Sozialleistungen

Anspruch auf uneingeschränkte, reguläre Sozialleistungen haben nur anerkannte Flüchtlinge. Für AsylbewerberInnen, Geduldete und Geflüchtete mit einem anderweitig eingeschränkten Aufenthaltsstatus ist das **Asylbewerberleistungsgesetz** die Grundlage. Dieses sah bis zum Jahr 2012 nur reduzierte Sozialleistungen vor. So lag der festgelegte Leistungssatz etwa 40% unterhalb des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums. Das Bundesverfassungsgericht kritisierte die Leistungshöhe als unzureichend und nicht nachvollziehbar. Der migrationspolitischen Relativierung der Menschenwürde wurde mit diesem Urteil eine klare Absage erteilt, die Leistungssätze wurden deutlich angehoben.



Mit der Anhebung der Leistungshöhe wurde zwar eine weitgehende Angleichung vorgenommen an den Leistungsumfang, wie er auch der deutschen Bevölkerung durch die entsprechenden Sozialgesetzbücher (II bzw. XII) garantiert ist. Es gibt nach wie vor jedoch erhebliche Einschränkungen im Bereich des Rechts auf Arbeit und der gesundheitlichen Versorgung.

Arbeitserlaubnis

Die Bedingungen zur Arbeitsaufnahme durch Geflüchtete wurden im Jahr 2014 neu geregelt. Geflüchteten war der Zugang zum Arbeitsmarkt durch Arbeitsverbote und Nachrangigkeitsprinzip jahrelang versperrt, sie mussten in der Untätigkeit verharren und waren von Sozialleistungen abhängig. Nach wie vor dürfen AsylbewerberInnen und Geduldete in den ersten drei Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nicht arbeiten, hier gilt noch immer ein generelles Arbeitsverbot.

Nach drei Monaten dürfen Asylbewerber und Geduldete nun theoretisch arbeiten - wenn es keine geeigneten deutschen BewerberInnen gibt (Prinzip der „Vorrangprüfung“). Diese Regelung kommt faktisch oft einem Arbeitsverbot gleich, da fast jede Tätigkeit auch von einer Deutschen oder einem EU-Bürger übernommen werden kann. Diese Vorrangprüfung entfällt nach 15 Monaten, nötig bleibt die Zustimmung der Arbeitsagentur. Erst nach 48 Aufenthaltsmonaten entfällt auch diese Bestimmung. Für eine Ausbildung, Praktika, Freiwilligendienst sowie Beschäftigungen als Hochqualifizierte und bei Verwandten ist beides schon nach drei Monaten nicht mehr notwendig.

Entzug der Arbeitserlaubnis

Geflüchteten mit dem Aufenthaltsstatus einer Duldung kann das Arbeitsverbot als Sanktionsmaßnahme verhängt werden, obwohl sie eigentlich die beschriebenen Voraussetzungen für die Aufnahme einer Arbeit erfüllen. Dies ist dann der Fall, wenn:

- die Einreise zum Zweck des Bezugs von Sozialleistungen erfolgt ist
- aufenthaltsbeendende Maßnahmen, die sie selbst zu vertreten haben, nicht vollzogen werden können.

Ersteres ist wenig stichhaltig, denn wer eine Arbeitserlaubnis beantragt, will gerade keine Sozialleistungen beziehen, sondern selbst für seinen Lebensunterhalt aufkommen. Letzteres beinhaltet insbesondere solche Fälle, in denen der Asylantrag abgelehnt wurde und Ausländerbehörden mangelnde Mitwirkung bei der Beschaffung eines Passes, d.h. bei der Abschiebung unterstellen.

Weitere Einschränkungen der Arbeitserlaubnis

Die Bemühungen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Arbeitsmarkt, auch für Nicht-Deutsche, werden aktuell von Länderseite – konkret: Bayern – konterkariert. So wies das bayerische Staatsministerium die Ausländerbehörden in einem Erlass vom 31.03.2015 an: *„Asylbewerbern und Geduldeten aus sicheren Herkunftsstaaten [...] oder deren Asylantrag vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge BAMF aus sonstigen Gründen als offensichtlich unbegründet abgelehnt worden ist [...] ab sofort grundsätzlich keine Beschäftigungserlaubnisse mehr zu erteilen oder zu verlängern“*. Diese Anweisung bezieht sich auch auf Menschen, die bereits eine Beschäftigungserlaubnis bekommen hatten und einer Arbeit nachgehen. Auch die Sozialleistungen soll ihnen gekürzt werden. Mit den mühsam erzielten Lockerungen des Arbeitsverbotes schleichen sich nun auf anderem Wege wieder Arbeitsverbote für Menschen ein, die aus vermeintlich „sicheren Herkunftsstaaten“ fliehen und die man von einer Flucht nach Deutschland abhalten möchte.

Das Arbeitsverbot ist eine schwerwiegende Maßnahme und widerspricht internationalen Menschenrechtsabkommen: So verlangt etwa der Pakt über soziale Rechte der Vereinten Nationen (UN-Sozialpakt), der in Deutschland völkerrechtlich verbindlich zu beachten ist:

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht auf Arbeit an, welches das Recht jedes einzelnen auf die Möglichkeit, seinen Lebensunterhalt durch frei gewählte oder angenommene Arbeit zu verdienen, umfasst, und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz dieses Rechts.“

Art. 6 (1) des UN-Sozialpaktes

Integrationskurse

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Integrationskurs, der es Geflüchteten ermöglicht die deutsche Sprache zu lernen und sich in Deutschland zu orientieren, ist abhängig vom Aufenthaltsstatus. Asylsuchenden und Geduldeten ist der Zugang verwehrt. Ihnen wird es damit nicht nur schwer gemacht, sich im Exil in Deutschland zurecht zu finden. Auch ist der Erwerb der deutschen Sprache wichtige Voraussetzung, um eine Beschäftigung zu finden. Ohne deutsche Sprachkenntnisse ist dies kaum möglich.

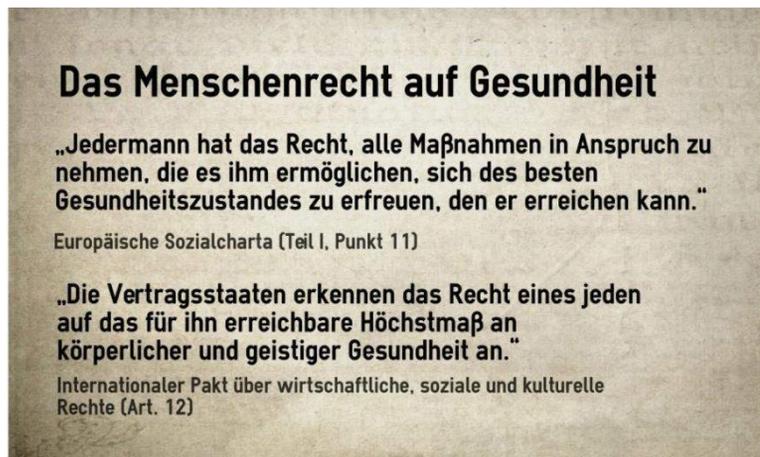
3. VERSORGUNGSVERPFLICHTUNGEN

Zwischen Anspruch und Realität

Gesundheitsversorgung als Rechtsanspruch für Jeden und Jede

Mit der Anerkennung mehrerer europa- und völkerrechtlicher Konventionen⁷ verpflichtet sich Deutschland zum **Schutz der Gesundheit aller Menschen**. Dazu gehört auch die Verpflichtung, einem jeden Menschen hinreichenden Zugang zu Gesundheitsvorsorge und -versorgung zu gewährleisten. Ebenso wie auf die Pflicht zum Schutz der Gesundheit, kann sich auf sämtliche weitere Leistungs- und Schutzpflichten, die Deutschland mit Unterzeichnung der internationalen Konventionen eingegangen ist, *jeder und jede* berufen, der sich auf dem Hoheitsgebiet der BRD befindet - ungeachtet dessen welche

Staatsangehörigkeit oder welchen Aufenthaltsstatus er oder sie besitzt.



Eine weitere Rechtsgrundlage für den Anspruch von Geflüchteten auf angemessene Gesundheitsversorgung leitet sich aus den Diskriminierungsverboten ab. Dies sind neben der Bundesgesetzgebung (Art. 3 GG) auf europäischer Ebene insbesondere Art. 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Art. 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union:

„Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten“.

In der Richtlinie, die festlegt, welche Normen für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union bei der Aufnahme von Asylsuchenden einzuhalten sind (kurz **„Aufnahmerichtlinie“**)⁸, wird außerdem wiederholt auf die Verpflichtung hingewiesen, nicht nur für die physische sondern auch für die psychische Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen und falls erforderlich eine psychologische Betreuung zu gewährleisten (Art. 19).

Ansprüche „besonders schutzbedürftiger“ Asylsuchender

Zudem erfahren **„besonders schutzbedürftige“ Asylsuchende** nach Art. 21 der Richtlinie eine besondere Berücksichtigung. Nach der Aufnahmerichtlinie gehören u.a. Menschen mit schweren körperlichen Krankheiten, mit psychischen Störungen, Schwangere, Minderjährige, Alleinerziehende sowie Opfer des Menschenhandels, Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt zu dieser Personengruppe. Sie haben einen Anspruch darauf, als besonders schutzbedürftig identifiziert und medizinisch sowie psychosozial versorgt zu werden.

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

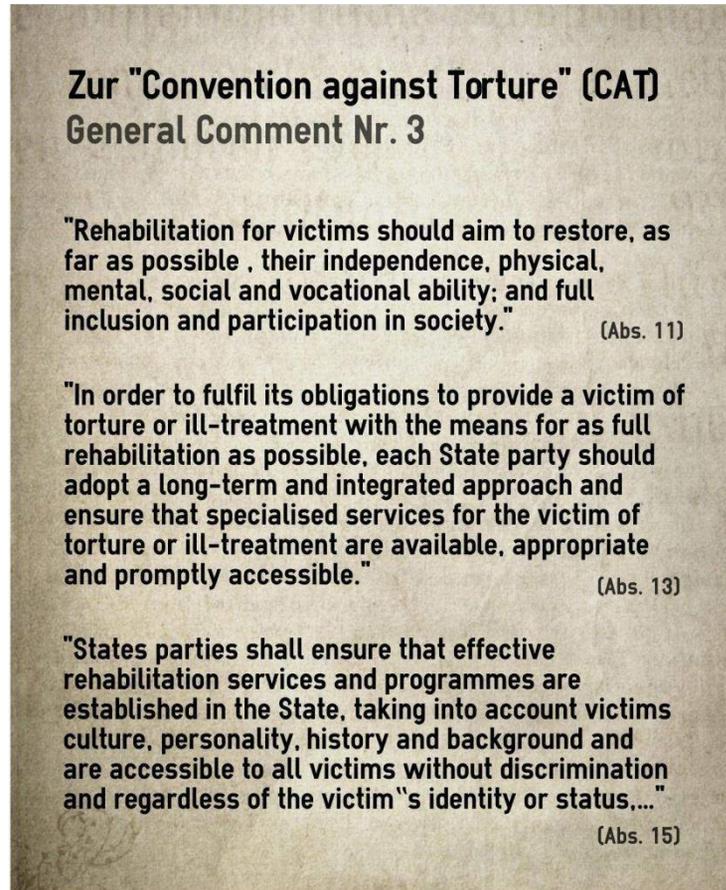
⁸ RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)

Die Frist zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht ist für alle europäischen Mitgliedsstaaten am 20. Juli 2015 abgelaufen.

Doch schon seit 1976 ist Deutschland durch das In-Kraft-Treten des **UN-Sozialpaktes** dazu verpflichtet, medizinische Einrichtungen und medizinische Betreuung sicherzustellen, um *das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit* zu verwirklichen (Art. 12 IPwskR).

Die ebenso im Völkerrecht verankerte **UN-Antifolterkonvention** (Convention against Torture, CAT), die 1987 in Kraft getreten ist, geht spezifisch auf die *besondere Leistungspflicht des Staates* gegenüber *Opfern von Folter* ein. In dem General Comment Nr. 3 wird diese in Art. 11-15 (*Rehabilitation*) der CAT zur Wiedergutmachung bzw. Entschädigung von Opfern von Folter näher erläutert. Demnach sollen die Vertragsstaaten jedem Opfer von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen bereitstellen, um eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu gewährleisten.⁹

Auch das **Grundgesetz** schließt, obwohl es keinen expliziten Artikel mit dem Recht auf Gesundheit beinhaltet, durch das aus Art. 1 I GG und Art. 20 I GG hervorgehende Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum das Grundrecht auf Gesundheit mit ein.



Eingeschränkte gesundheitliche Versorgung durch das AsylbLG

Diesen Versorgungsverpflichtungen stehen die Regelungen des deutschen Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gegenüber. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt den Anspruch auf Leistungen von hilfsbedürftigen AsylbewerberInnen und Geduldeten in der Bundesrepublik Deutschland. Auch die Gesundheitsversorgung dieser Personengruppen wird durch die Regelungen des AsylbLG bestimmt.

Minimalversorgung nach §4 AsylbLG

Der Anspruch auf **Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände** sowie die *Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen* ergibt sich aus § 4 AsylbLG. Die Zahlung von Behandlungen wird unmittelbar von den Sozialämtern übernommen, wenn aufgrund *akuter Erkrankung konkreter Behandlungsbedarf* besteht.

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

Das heißt für viele erkrankte Geflüchtete, dass sie bei gesundheitlichen Beschwerden nicht direkt einen Arzt oder eine Ärztin konsultieren können, sondern ihren Behandlungsbedarf zuerst bei einem Sozialamt vortragen müssen, woraufhin die Notwendigkeit geprüft und ggf. ein Krankenbehandlungsschein ausgestellt wird. Diese Regelung bedeutet im Ernstfall eine enorme Verzögerung der Behandlung, da erst ein Termin beim Sozialamt abgewartet werden muss, die Sozialämter oft aber nur ein bis zwei Sprechstunden die Woche anbieten. Zudem muss der oder die Kranke persönlich beim Amt erscheinen und seine Beschwerden glaubhaft vorbringen, was neben der zeitlichen Verzögerung eine, bei akuten Schmerzen völlig unangemessene Belastung und Diskriminierung der Kranken darstellt. In manchen Regionen werden daher inzwischen für jedes Quartal Blanko-Behandlungsscheine ausgestellt.

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

Tödliche Folgen des AsylbLG

Im Januar 2007 stirbt in Essen der 23-jährige Guineer Mohammad Selah. Nach tagelangen Schmerzen ging er zu einem Arzt, der ihm jedoch aufgrund eines fehlenden Krankenscheines die Untersuchung verweigerte.

Der Krankenschein wurde Mohammad jedoch zuvor verweigert, da er „sowieso“ bald das Land verlassen müsse. Nachdem die Schmerzen unerträglich wurden, bat Mohammad den Hausmeister seiner Unterkunft, einen Krankenwagen zu rufen. Dieser verweigerte mit der Begründung, er könne doch laufen, wo er es ja gerade auch die Treppe herunter geschafft habe.

Auf dem Fußweg zum Krankenhaus bricht Mohammad zusammen, sein Freund und Begleiter muss ihn den Rest des Weges auf den Schultern tragen. Im Krankenhaus angekommen stirbt Mohammad noch am selben Tag.

Diese Praxis zieht – neben vermeidbaren Fahrtzeiten und -kosten sowie unnötig verlängerten Schmerzzuständen – zum Teil verheerende Folgen nach sich: Im Januar 2007 stirbt in Essen der 23-jährige Guineer Mohammad Selah (siehe Kasten). Im Februar 2014 stirbt der libysche Flüchtling Ahmed J. in einer Flüchtlingsunterkunft im sächsischen Plauen, da sich der diensthabende Wachmann weigert, einen Notarzt für Ahmed J. zu rufen, der sich vor Schmerzen krümmt. Im April desselben Jahres stirbt ein Flüchtlingsbaby, nachdem seine Mutter mit ihm in einem Krankenhaus in Hannover abgewiesen wurde, weil sie keine Dokumente bezüglich der Kostenübernahme vorweisen konnte.¹⁰ Fälle wie diese sind bei Weitem nicht die einzigen, bei denen AsylbewerberInnen auf Grund bürokratischer Hürden der Zugang zu schneller Hilfe im Notfall verwehrt wurde und bleibende Gesundheitsschäden oder der Tod der Menschen hätten verhindert werden können. Die Krankenscheinpraxis ist nicht nur diskriminierend für die Betroffenen und teuer für den Staat sondern mitunter auch lebensgefährdend.

Sonstige Leistungen nach Ermessen im §6 AsylbLG

Der § 6 AsylbLG beinhaltet die *Gewährung sonstiger Leistungen* – insbesondere, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierbei handelt es sich jedoch um eine „kann“-Formulierung. Dies bedeutet, dass die Gewährleistung im Ermessensspielraum der zuständigen Behörde liegt. Es besteht auch hier die Problematik, dass wichtige Entscheidungen, beispielsweise über die Notwendigkeit von medizinischen Heil- und Hilfsmitteln wie Brillen, Rollstühlen, Hörgeräten aber auch über die Gewährleistung von Psychotherapie oder die Durchführung eines MRTs,

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

von in der Regel fachfremdem Verwaltungspersonal getroffen werden. Es ist meist nicht klar, nach welchen Kriterien der Sachbearbeiter oder die Sachbearbeiterin die Notwendigkeit prüft. Üblicherweise wird der § 6 sehr eng ausgelegt. Der gängige Rechtskommentar zum Asylbewerberleistungsgesetz (Hohm, 1997) betont, von § 6 AsylbLG sei „restriktiv Gebrauch zu machen“, Leistungen seien „auf eng begrenzte Fälle zu beschränken“ (zitiert nach Classen, 2011, S. 28). Dementsprechend häufig werden selbst ärztlich verordnete Leistungen wie etwa Physiotherapie nach einem Schlaganfall oder Windeln bei behinderungsbedingter Inkontinenz nicht bewilligt.

Beispielsweise verweigerte das Sozialamt Berlin-Charlottenburg Rollstühle für zwei schwerstbehinderte Kinder mit der Unterstellung, diese wären „aus Bequemlichkeit“ beantragt worden. In einem anderen Fall wurden Hilfsmittel, die ein querschnittsgelähmter Asylbewerber dringend benötigte, erst nach langwieriger Prüfung durch einen Amtsarzt bewilligt. Dieser hatte dadurch mit wochenlangen Problemen durch Einässen, fehlende Duschmöglichkeit etc. zu kämpfen (Flüchtlingsrat Berlin, 2013).

Entgegen den internationalen Richtlinien und Konventionen ist das AsylbLG also deutlich restriktiver formuliert. Obwohl die völkerrechtlichen Verträge gemäß Art. 59 II 1 GG in Deutschland auf Ranghöhe der einfachen Bundesgesetze stehen, also dem AsylbLG ebenbürtig sind und EU Recht in der Normenhierarchie sogar generell über einfachem Recht wie dem AsylbLG steht, schränkt das AsylbLG *de facto* den Anspruch auf Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung von Geflüchteten deutlich ein (Breuer, 2006).

Menschenrechtsorganisationen, soziale, politische und kirchliche Verbände kritisieren das AsylbLG daher scharf und fordern seine Abschaffung. Insbesondere steht es in der Kritik gegen das Grundgesetz zu verstoßen, indem es die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art 1 GG), das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) sowie den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 I GG) verletzt.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Regelung des eingeschränkten Existenzminimums nach Asylbewerberleistungsgesetz für verfassungswidrig erklärt: die Unantastbarkeit der Menschenwürde in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip aus Art. 20 I GG erlaube keine Differenzierungen, die allein auf den Aufenthaltsstatus einer Person gründen. In einem Urteil aus dem Jahr 2012 verpflichtete das BVerfG den Gesetzgeber zur Erhöhung der Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums unter anderem mit der Begründung, die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde sei „*migrationspolitisch nicht zu relativieren*“.

Jedoch wurden zur Zulässigkeit von Differenzierungen bei Leistungen der gesundheitlichen Versorgung im Speziellen bisher noch keine Entscheidungen getroffen. In einer Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer stellt diese jedoch fest, „*dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [als bei den Sozialleistungen] angewandt werden müssen.*“



© Larissa von Harling

Das AsylbLG in der Praxis

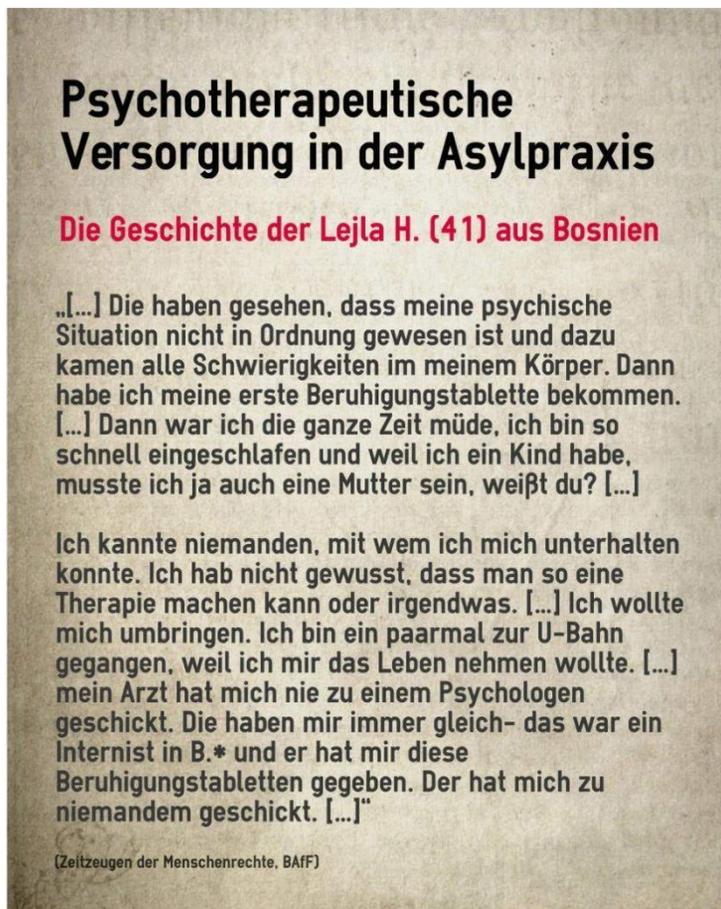
Selbst bei Kindern wird Karies zum Teil erst dann behandelt, wenn akute Schmerzen auftreten. In Thüringen ist es laut Flüchtlingsrat im ganzen Bundesland die gängige Praxis. Zähne mit provisorischem Zahnzement zu füllen und diese, wenn Schmerzen auftreten, zu ziehen.

(Vgl. Flüchtlingsrat Berlin, 2012b)

(Zentrale Ethikkommission, 2013, A 902). Des Weiteren macht sie auf die Pflicht¹¹ des Gesetzgebers aufmerksam, zu begründen, „warum eine Leistung zwar generell¹², aber nicht für einen unter das AsylbLG fallenden Patienten notwendig sein soll“ (Zentrale Ethikkommission, 2013, A 901f.)

Folgen der restriktiven Anwendungspraxis des AsylbLG

Insbesondere die regelmäßig stattfindende Einzelfallprüfung durch medizinisch *nicht* fachkundiges Personal aus der Verwaltung ist hoch problematisch und kann zu gefährlichen Fehleinschätzungen im Behandlungsbedarf führen. Durch langwierige bürokratische Prüfungsverfahren werden Behandlungen oft verschleppt bzw. erst sehr verzögert ermöglicht (Classen, 2010). Werden notwendige Behandlungen gar nicht bewilligt, kann dies die „Chronifizierung von Krankheiten“ und „irreparable Folgeschäden“ nach sich ziehen (Zentrale Ethikkommission 2013, A 900). Fachärztliche Behandlungen werden meist erst nach Begutachtung durch den/die AmtsärztIn bewilligt, der/die jedoch nicht unbedingt qualifiziert für die jeweilige Problematik ist. Dabei kommt es immer wieder zu Fehlentscheidungen – beispielsweise wenn eine OrthopädIn über die Bewilligung von Psychotherapie entscheiden soll. Durch diese Praxis wird auch Geflüchteten, die durch erlebte Folter und Gewalterfahrungen einen vergleichsweise hohen Bedarf an Psychotherapie haben, der Zugang zu Psychotherapie erschwert oder unmöglich gemacht.



Ebenso wie bei vielen körperlichen Krankheiten besteht bei Nicht-Behandlung von psychischen Krankheiten die Gefahr von Chronifizierung. Durch diese Einschränkungen im Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung verlängert sich das Leiden der Betroffenen unnötig.

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

Eine aktuelle Studie, basierend auf repräsentativen Daten des statisti-

schen Bundesamtes, belegt, dass das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG insgesamt viel kostenintensiver ist als eine Krankenversicherung mit Krankenkassenkarte ohne bürokratische Hürden und auf dem Niveau gesetzlicher Krankenversicherungen: So waren in den letzten beiden Jahrzehnten (1994 bis 2013) die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für die begrenzte gesundheitliche Versorgung Asylsuchender etwa 40% höher als bei Geflüchteten, die schon für GKV-Leistungen berechtigt waren (Bozorgmehr & Razum, 2015).

¹¹ Gem. Art. 3 Abs. 1 I. V. m. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

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

Tödliche Folgen des AsylbLG

Der Suizid des ugandischen Bürgerkriegsflüchtlings Cliff Oase im August 2013 ist ein besonders bitteres Beispiel für die Unmenschlichkeit der deutschen Asylpolitik.

Cliff kam aus einer Region in Uganda, in der ein über 20-jähriger Bürgerkrieg tobte. Mit 14 Jahren wurde er von Rebellen entführt und als Kindersoldat zwangsrekrutiert. Er musste plündern, morden und kämpfen. Rebellen ermordeten seine Mutter vor seinen Augen und misshandelten ihn schwer.

Nach vier Jahren als Kindersoldat gelang ihm die Flucht. Bis er nach Deutschland kam, lebte er von Betteln und den Abfällen auf Müllkippen. In Deutschland wurde Cliff eine schwere PTBS und depressive Symptomatik diagnostiziert. Die Neuburger Fachklinik für psychische Erkrankungen legte dem Landratsamt eine ausdrückliche Befürwortung für eine Traumatherapie vor. Dennoch erhielt der geduldete junge Mann während seines 10-jährigen Aufenthalts in einer Sammelunterkunft im oberbayrischen Neuburg an der Donau keine therapeutische Behandlung.

Das Landratsamt lehnte eine Kostenübernahme mit der Begründung, nach §4 AsylbLG bestehe „kein Anspruch auf eine optimale und bestmögliche Versorgung“ ab. Da Cliff keine Familienangehörigen mehr in Uganda hatte, hatte er keine Möglichkeit, seine Identität nachzuweisen. Diese „mangelnde Mitwirkung bei der Beschaffung seiner Identitätspapiere“ rechtfertigte für die Neuburger Behörden die Streichung seines damaligen Taschengeldes von 40,90 Euro im Monat. So lebte Cliff lediglich von den wöchentlich verteilten, immer gleichen Essenspaketen im Lager. Kurz vor seinem Tod entschied das zuständige Landratsamt ihm ein Taschengeld von 5,91 Euro pro Monat zu gewähren.

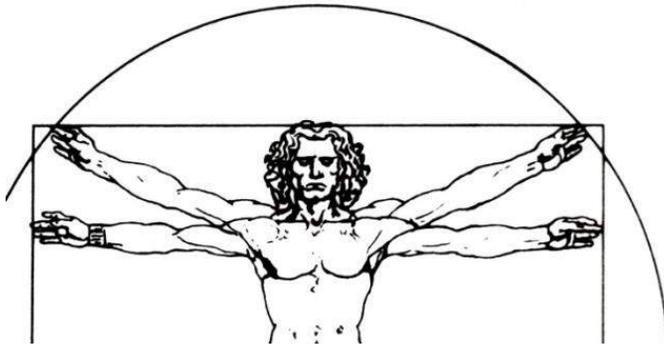
Im April 2013 erhielt er ein Schreiben des Landratsamtes, in dem ihm mitgeteilt wurde, dass er sich bei der ugandischen Botschaft einfinden solle, damit seine Abschiebung vorbereitet werden könne.

**Cliff Oase ertrank mit 29 Jahren – „vollgepumpt mit Psychopharmaka“ – in der Donau.
Vieles deutet auf einen Suizid hin.**

(Vgl. Duschner, <http://www.fluechtlingsrat-bayern.de/cliff-oase.html>)

Modelle guter Praxis – Die Gesundheitskarte

Bundesweit wird über die Einführung der sogenannten „Gesundheitskarte“ für Geflüchtete diskutiert. In Bremen existiert die Gesundheitskarte bereits seit 2005, Hamburg ist 2012 dazu übergegangen, an alle Leistungsberechtigten nach §§ 1a und 3 AsylbLG Gesundheitskarten auszugeben.



Mit der Gesundheitskarte können Geflüchtete direkt einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen ohne dies vorher bei der Sozialbehörde beantragen zu müssen. Die Krankenkasse übernimmt zunächst die Kosten der Behandlung, bekommt diese dann jedoch ersetzt, ist also selbst nicht der Kostenträger der Behandlungen. Rechtliche Grundlage dafür ist §264 Abs.2 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Es besteht damit keine tatsächliche

Mitgliedschaft der GesundheitskarteninhaberInnen bei der Krankenkasse. Kostenträger bleiben die Sozialbehörden. In Bremen und Hamburg bestehen entsprechende Vereinbarungen mit der AOK.

Die Praxiserfahrungen zeigen, dass sich dieses Modell qualitativ und ökonomisch bewährt hat (Gesundheitsamt Bremen, 2011):

- Für ÄrztInnen und PatientInnen wird der Zugang zu medizinischer Versorgung erheblich erleichtert.
- Durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung kommt es zu Einsparungen.
- Die Kosten bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papierkrankenscheinen sowie die Abrechnung und Kontrolle erbrachter Leistungen entfällt.
- Es kommt zu Kosteneinsparungen durch entfallende amtsärztliche Prüfungen bzw. Übergang an den MDK.

Nicht nur der bürokratische Aufwand konnte drastisch gesenkt werden. Auch zeigten sich bis heute keinerlei Auffälligkeiten in Leistungen, die von AsylbewerberInnen beansprucht wurden. Die Gewährleistung eines Zugangs zu Angeboten der Prävention und Behandlung kann sich im Gegenteil sogar als kostengünstiger erweisen, wie dies auch eine Vergleichsstudie an MigrantInnen und Geflüchteten in drei europäischen Ländern zu Bluthochdruck und Pränataler Versorgung aufzeigt (Keller, 2014).

Ein formal niedrigschwelligerer Zugang zum Gesundheitssystem durch die Gesundheitskarte nach AsylbLG ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für alle Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, ohne strukturelle Diskriminierung. Von dieser positiven Entwicklung tendenziell unberührt bleibt in der Praxis aber zunächst die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten. Formal können Geflüchtete mit der Gesundheitskarte zwar eine/n PsychotherapeutIn aufsuchen. Jedoch wird der Antrag auf Psychotherapie nach wie vor nach den Maßgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes geprüft. Die Behandlungsmöglichkeiten sind theoretisch auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Wie dies in der Praxis ausgelegt wird bleibt offen. Zugleich sieht der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Dolmetscherkosten vor. Wie kann eine Psychotherapie ohne Sprachmittlung und damit Verständigungsmöglichkeit erfolgen? Ausreichend muttersprachliche Fachkräfte existieren nicht. Damit bleibt im Bereich der Psychotherapie für Geflüchtete trotz großer Verbesserungen auch mit Einführung der Gesundheitskarte eine gravierende Versorgungslücke bestehen.

4. VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit (OECD, 2015). Patientinnen und Patienten steht einer der umfangreichsten Leistungskataloge zur Verfügung – quantitativ ist das Versorgungsniveau deutlich höher als in vielen anderen Ländern (Busse, Blümel & Ognyanova, 2013). Auch der Zugang zum Gesundheitssystem – primärärztlich, fachärztlich und zur Notfallversorgung – ist nach einer Studie des Common-Wealth Fund (CWF) für deutsche PatientInnen überdurchschnittlich gut, d.h. niedrigschwelliger als in anderen Ländern (The Commonwealth Fund, 2015).

Zugleich gilt jedoch auch für dieses Gesundheitssystem:

Für diejenigen Personengruppen mit der höchsten Krankheitslast und damit dem größten Versorgungsbedarf stehen am wenigsten Versorgungsangebote zur Verfügung.

Dieses vor über 40 Jahren durch den Begriff des „*Inverse Care Law*“ geprägte Missverhältnis ist in Deutschland nach wie vor traurige Realität (Richter & Hurrelmann, 2006; Bauer, 2009). Es bewahrheitet sich auch im Bereich der psychischen Krankheiten bis heute: Menschen, die an schweren psychischen Störungen leiden, erhalten vergleichsweise geringe Versorgungsleistungen; die Gruppe der chronisch psychisch Kranken bleibt von psychotherapeutischer Behandlung weitestgehend ausgeschlossen (Melchinger, 2011).



Foto: Steffen Kuntzoff/ photocase.com (eigene Bearbeitung)

Geflüchtete und Asylsuchende trifft diese Schieflage mit besonderer Härte. Obwohl Studienergebnisse gerade im Bereich der psychischen Gesundheit für einen erhöhten Versorgungsbedarf sprechen (Vgl. *Kapitel 1*), ist ihnen ein Zugang zum deutschen Gesundheitssystem oft gar nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten möglich. Adäquate Behandlungsangebote für Geflüchtete sind im Regelsystem der BRD kaum verfügbar. Das im Asylbewerberleistungsgesetz vorgesehene bürokratische Sondersystem begrenzt medizinische und psychosoziale Versorgung auf ein Minimum – mit verheerenden bis hin zu tödlichen Konsequenzen für die erkrankten Personen (Vgl. *Kapitel 3*).

Seit mehreren Jahrzehnten versuchen daher nicht-staatliche Initiativen, die entstehenden Versorgungslücken zu kompensieren und – projekt-, stiftungs- und spendenfinanziert - außerhalb des regulären Gesundheitssystems spezifische, bedarfsorientierte und niedrigschwellige Gesundheitsversorgung für Geflüchtete anzubieten. Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung übernehmen diese Aufgabe vor allem die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

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

Inzwischen sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 26 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer¹³ vernetzt. Einen Überblick über die Verteilung der Zentren über die einzelnen Bundesländer gibt *Abbildung 1*.

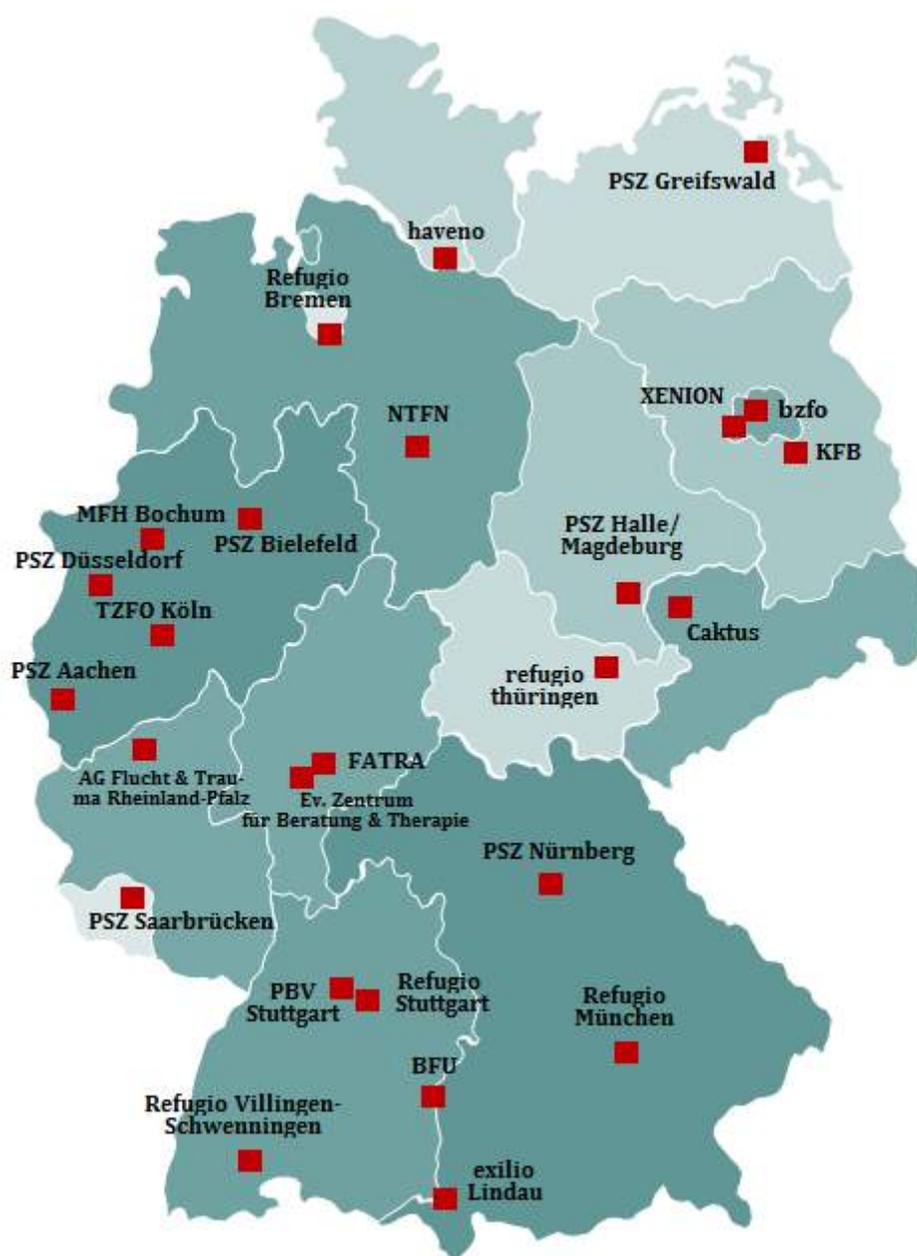


Abbildung 1: Die 26 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

¹³ Zum aktuellen Zeitpunkt (2014/2015) sind 26 Zentren Mitglied in der BAfF. Die Ergebnisse der Datenerhebung in den folgenden Kapiteln beziehen sich auf die 23 Mitgliedszentren, die 2013 in der BAfF vernetzt waren.

Selbstverständnis: Leitlinien der psychosozialen Arbeit

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verstehen sich als Einrichtungen und Projekte, die im Bereich der spezialisierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern arbeiten. Sie gewähren Hilfe ohne Ansehen ausländerrechtlicher Restriktionen und unabhängig von Nationalität, politischen, ethnischen oder religiösen Zugehörigkeiten.

Die Psychosozialen Zentren und die BAFF als ihr Dachverband sind dem im Grundgesetz garantierten Grundrecht auf Leben und körperliche Integrität sowie der in der Ottawa-Charta der UNO festgeschriebenen Gesundheitsförderung im Sinne von „Gesundheit für alle“ verpflichtet. Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde bei den Betroffenen garantieren muss. Dies beinhaltet einen Arbeitsansatz, der auf gesundheitsfördernde Aspekte wie die menschlichen, kreativen, heilenden und wertschätzenden Kräfte und Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch im gesellschaftlichen System abzielt, und nicht

ausschließlich auf die Behandlungsbedürftigkeit und negative bzw. defizitäre Aspekte (Krankheit, Opfer) fokussiert. Krankmachende und rassistische Strukturen sollen benannt und nach Möglichkeit abgebaut werden.

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

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

Wir verstehen unter „Kompetenz“ nicht zuletzt die Aufgeschlossenheit gegenüber dem Fremden und die Absicht, sich entsprechendes Wissen und Erfahrung anzueignen sowie die eigenen Werte und Normen kritisch zu hinterfragen.

Kriterien für eine gute kultursensible Beratung und Therapie

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

Kriterien für eine gute kultursensible Beratung und Therapie sind:

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

Abbildung 2: Kriterien für gute kultursensible Therapien

5. VERSORGUNGSANGEBOT

Das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

Langzeitstudien mit Opfern organisierter Gewalt belegen, dass extremtraumatisierte Menschen oft langfristig Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sowie ihrer aktuellen Lebenssituation benötigen – im Asylverfahren, bei der Suche nach einer adäquaten Unterkunft, beim Beantragen von Sozialleistungen, bei der Suche nach einem Sprachkurs oder Arbeit oder bei medizinischer Versorgung.

Die Zentren tragen diesem speziellen Versorgungsbedarf durch ein komplexes Leistungsspektrum Rechnung, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung, kreative und soziale Aktivitäten umfasst und die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen und den rechtlichen Status der Geflüchteten berücksichtigt (Vgl. Abbildung 3).

Die meisten Beratungen und Therapien sind dabei nur mithilfe speziell für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten geschulten DolmetscherInnen möglich – 70% der KlientInnen-Kontakte bedürfen einer Sprachmittlung.

Über die direkte Arbeit mit KlientInnen hinaus verstehen die Psychosozialen Zentren es als ihre Aufgabe, im Sinne ihrer KlientInnen in die Gesellschaft hineinzuwirken.

So bieten die meisten Zentren zusätzlich zum Versorgungsangebot an sich **Beratung, Supervision und Fortbildungen** für weitere AkteurInnen an und betreiben gezielt **Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit**, um auf die Lebens- und Versorgungsbedingungen von Geflüchteten aufmerksam zu machen und die Strukturen, in denen psychosoziale Versorgung stattfindet, für Geflüchtete zu öffnen.

Versorgungsangebot
Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

Die verschiedenen Zentren arbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten, dennoch ähneln sich viele ihrer Angebote. Ein professionelles Angebot orientiert sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Flüchtlinge und sollte die im Folgenden genannten Bereiche entweder selbst umfassen oder in Teilbereichen auch delegieren:

- Erstgespräche und Clearing
- Stabilisierung und Krisenintervention
- Psychosoziale Beratung sowie therapiebegleitende sozialarbeiterische und pädagogische Angebote
- Informierung zu allen Lebensbereichen (Asyl, Aufenthalts-, Sozial-, Arbeitsrecht, etc.)
- Hilfen zur sozialen Integration & Rehabilitation, tätige und lebenspraktische Unterstützung
- Individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie.
- medizinische und körpertherapeutische Methoden und Verfahren
- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen

Um die Ressourcen der Flüchtlingsarbeit zu erweitern und auch die (Fach-)Öffentlichkeit für die Lebenssituation von Geflüchteten zu sensibilisieren, sind außerdem

- Gruppen- und Projektarbeit
- MultiplikatorInnen-Arbeit und Vernetzung
- Information und Fortbildungen für die Fachöffentlichkeit
- Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit
- Dokumentation, Evaluation, Forschung, Publikation

wichtige Bestandteile des Leistungsspektrums der Psychosozialen Zentren.

Abbildung 3: Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

Diese Tätigkeiten sind integraler Bestandteil des Leistungsspektrums der Zentren und nehmen im Schnitt etwa 20% der Gesamtarbeitszeit ein. Dabei liegt in etwa der Hälfte der Zentren der Anteil nicht KlientInnen-bezogener Tätigkeiten an der Gesamtarbeitszeit des Teams zwischen 10 und 30%, in einem Drittel der Zentren jedoch noch weitaus höher bei bis zu 50% der Gesamtarbeitszeit. Hier spielt

v.a. auch der hohe Anteil administrativer Tätigkeiten, den die Zentren aufgrund ihrer instabilen, fragmentierten Finanzierungsgrundlage aufbringen müssen, eine große Rolle: immer wieder aufs Neue müssen Projekt- und Fördergelder beantragt, verwaltet und abgerechnet werden (hierzu ausführlicher im Kapitel 7 zur Strukturellen Ursachen für Versorgungsdefizite).

Zielgruppen der Fortbildungs- und Sensibilisierungsarbeit

Insbesondere Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialsystems wie ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, aber auch MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Sozialämter, der Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendämter, RechtsanwältInnen und RichterInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen sowie MultiplikatorInnen und Ehrenamtliche werden durch die Zentren in zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen und Informationsgesprächen für die speziellen Bedürfnisse Geflüchteter sensibilisiert und geschult (Vgl. *Abbildung 4*).

Zielgruppen der Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit sind für fast alle Zentren (94%) die breite Zivilgesellschaft, Einrichtungen und Fachkräfte aus der gesundheitlichen Regelversorgung sowie die Medien (jeweils 76%), aber auch lokale, regionale, nationale und europäische Entscheidungsträger und Netzwerke aus der (Gesundheits-) Politik, der Verwaltung und des Rechtswesens (65%) sowie Fachgesellschaften und -verbände (47%).



Abbildung 4: Fortbildungs- und Sensibilisierungsarbeit durch die PSZ

Qualifikationsprofile in den Psychosozialen Zentren

Entsprechend des komplexen Leistungsspektrums setzen sich auch die Teams der Psychosozialen Zentren interdisziplinär zusammen: In einem typischen PSZ-Team arbeiten vier PsychotherapeutInnen, ein/e KreativtherapeutIn, ein/e SozialpädagogIn, zwei MitarbeiterInnen in der Verwaltung und eine weitere Person, die sich z.B. um Fundraising, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit kümmert (Vgl. *Abbildung 5*).

Hier ist allerdings zu beachten, dass der hohe Anteil der PsychotherapeutInnen in den Zentren in der Regel nicht ausschließlich aus fest angestellten PsychotherapeutInnen besteht, sondern zu etwa 2/3 aus freien MitarbeiterInnen, die nur zwischen einer und sechs Stunden pro Woche (im Durchschnitt 3h/Woche) auf Honorarbasis für die Zentren arbeiten.

SozialarbeiterInnen hingegen sind in den meisten Fällen mit höherem Stundenumfang fest in den Zentren angestellt und übernehmen daher einen ebenso hohen Versorgungsanteil – allerdings verteilt auf weniger MitarbeiterInnen.

Dies entspricht der Verteilung der KlientInnen auf die einzelnen Versorgungsangebote in den Zentren (Vgl. *Kapitel 6*): Fast alle KlientInnen sind an die Sozialberatung angebunden (88%), 1/3 der KlientInnen (31%) nimmt (in der Regel zusätzlich) psychotherapeutische Angebote wahr.

PsychotherapeutInnen in den Zentren sind nicht ausschließlich im klassischen psychotherapeutischen Setting tätig: Sie übernehmen darüber hinaus einen hohen Anteil der psychologischen Diagnostik und Begutachtung, des Clearings und der Krisenintervention – oft auch bei KlientInnen, die nicht bzw. noch nicht in das therapeutische Behandlungsprogramm der Einrichtung aufgenommen worden sind. Oft sind PsychotherapeutInnen außerdem mit hohem Stundenanteil in der (klinischen) Leitung und/oder Geschäftsführung der Zentren tätig.

Da im Schnitt 70% der KlientInnen in den Zentren für Beratung und Therapie eine/n DolmetscherIn benötigen, pflegen die Zentren zusätzlich Dolmetscherpools von rund 20 (Honorar-) DolmetscherInnen pro Zentrum.

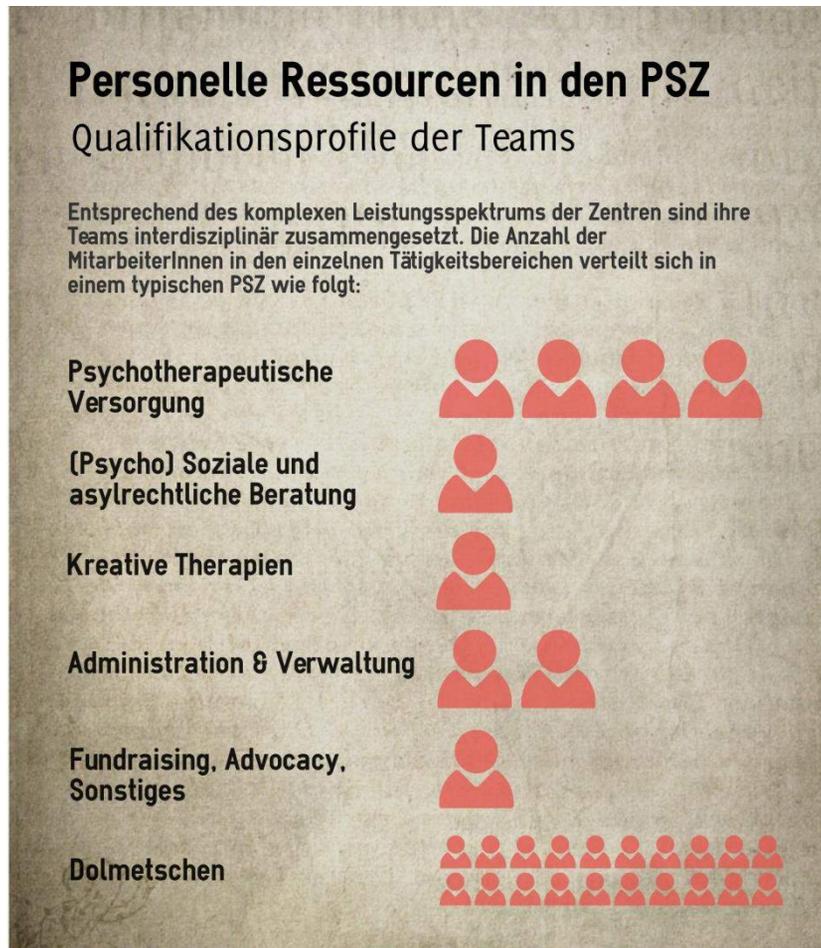


Abbildung 5: Personelle Ressourcen in den PSZ - Qualifikationsprofile der Teams

Über alle 23 Psychosozialen Zentren hinweg verteilen sich die MitarbeiterInnen der Zentren zu **36%** auf den Bereich **Psychotherapie** (insgesamt 130 PsychotherapeutInnen), zu **20%** auf die **Sozial- und Asylberatung** (insgesamt 74 MitarbeiterInnen; i.d.R. SozialarbeiterInnen, z.T. aber auch PsychologInnen und vereinzelt JuristInnen) und zu **13%** auf **Kunst-, Musik- und Theatertherapien** (sowie in einigen Zentren auch Körper- oder bewegungsorientierten Therapien; insgesamt 48 TherapeutInnen). Einen Überblick über die MitarbeiterInnen-Struktur in den Zentren gibt *Tabelle 1*.

	Median	Mittelwert	Summe (n=23)	%
PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG				
Psychologische PsychotherapeutInnen	2	2,3	53	41%
Psycholog. Psychoth. in Ausbildung (PIA)	1	1,2	27	21%
Kinder-/Jugendl.PsychotherapeutInnen	0	0,4	10	8%
Ärztl. PsychotherapeutInnen	0	0,6	13	10%
sonstige PsychotherapeutInnen	1	1,2	27	21%
alle PsychotherapeutInnen	4	5,7	130	36%
WEITERE THERAPEUTISCHE VERSORGUNGSANGEBOTE				
Kunst-, Musik-, TheatertherapeutInnen	1	1,9	43	90%
Körper-, BewegungstherapeutInnen	0	0,2	4	8%
sonstige therapeutische Versorgung	0	0	1	2%
alle weiteren therapeut. MitarbeiterInnen	1	2,1	48	13%
MEDIZINISCHE VERSORGUNG				
ÄrztInnen	0	0,5	11	85%
weiteres medizinisches Personal	0	0,1	2	15%
gesamtes medizinisches Personal	0	0,6	13	4%
(PSYCHO-)SOZIALE UND ASYLRECHTLICHE BERATUNG				
(Sozial-)PädagogInnen/-arbeiterInnen	1	2,2	50	68%
PsychologInnen	0	0,3	6	8%
JuristInnen	0	0,2	4	5%
Sonstige MA in der Beratung	0	0,6	14	19%
alle MitarbeiterInnen i.d. Beratung	1	3,2	74	20%
ADMINISTRATION UND VERWALTUNG				
fest angestellt	2	2	47	82%
freie MitarbeiterInnen	0	0	1	2%
Ehrenamtliche	0	0,4	9	16%
alle administrativen MitarbeiterInnen	2	2	57	16%
FUNDRAISING, ADVOCACY UND SONSTIGE ARBEITSBEREICHE				
fest angestellt	1	1	22	51%
freie MitarbeiterInnen	0	0,3	7	16%
Ehrenamtliche	0	0,6	14	33%
alle MitarbeiterInnen im Bereich Fundraising, Advocacy und Sonstiges	1	2	43	12%
DOLMETSCHEN UND ÜBERSETZUNG				
DolmetscherInnen (fest angestellt)	0	0,1	2	0,4%
DolmetscherInnen (freie Mitarbeit)	20	23,2	534	94,5%
Ehrenamtliche	0	1,3	29	5,1%
alle DolmetscherInnen	20	24,6	565	

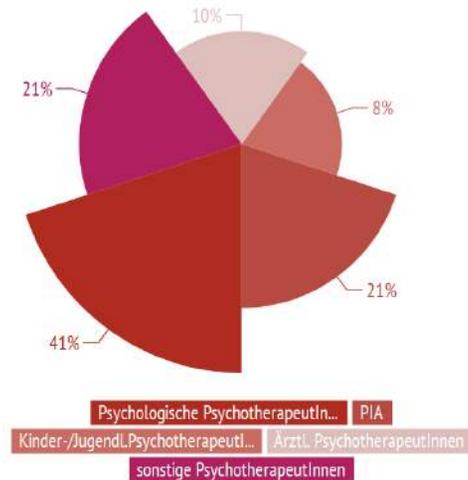
Tabelle 1: MitarbeiterInnen der 23 PSZ in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen

Übereinstimmend zeigt sich, dass die **medizinische Versorgung** der KlientInnen innerhalb der Zentren selbst nur eine marginale Rolle spielt. Bundesweit sind in den Zentren lediglich 11 ÄrztInnen beschäftigt, i.d.R. arbeiten diese nicht direkt im Zentrum sondern es wird versucht, Kooperationen mit niedergelassenen Haus- und FachärztInnen herzustellen (Vgl. Kapitel 7).

Insgesamt sind in den Zentren 73% der MitarbeiterInnen direkt in der therapeutischen, medizinischen bzw. psychosozialen Behandlung und Beratung der KlientInnen tätig. Etwa ein Viertel der MitarbeiterInnen leistet zusätzliche Arbeit im administrativen Bereich, im Fundraising sowie der Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit.

PsychotherapeutInnen in den Zentren

Die Mehrheit der PsychotherapeutInnen in den in den Zentren (41%) sind Psychologische PsychotherapeutInnen, weitere 21% sind PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA). 10% der PsychotherapeutInnen sind Ärztliche PsychotherapeutInnen, 8% arbeiten als Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Systemische TherapeutInnen, GestalttherapeutInnen und GesprächspsychotherapeutInnen machen etwa 1/5 der PsychotherapeutInnen in den PSZs aus (Vgl. *Abbildung 6: Qualifikation der PsychotherapeutInnen sowie der MitarbeiterInnen in der Beratung*).



MitarbeiterInnen in der psychosozialen und asylrechtlichen Beratung

Im Bereich der Asyl- und Sozialberatung stellen SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen mit 68% den größten Anteil des Personals. Nur 8% der MitarbeiterInnen sind PsychologInnen. JuristInnen (5%) spielen im Beratungskontext der Psychosozialen Zentren selbst eine untergeordnete Rolle (Vgl. *Abbildung 6: Qualifikation der PsychotherapeutInnen sowie der MitarbeiterInnen in der Beratung*). Das heißt auch – ähnlich wie im Bereich der medizinischen Versorgung der KlientInnen –, dass ein reger Austausch mit den RechtsanwältInnen der KlientInnen fester Bestandteil des Beratungssettings ist.

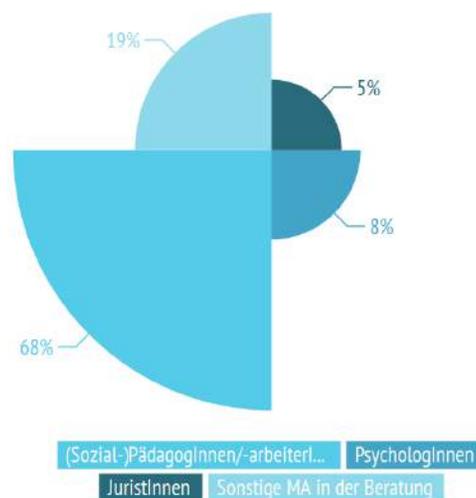


Abbildung 6: Qualifikation der PsychotherapeutInnen sowie der MitarbeiterInnen in der Beratung

6. AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION

Durch das Menschenrecht auf Gesundheit, ist die BRD verpflichtet, jedem Menschen, der sich auf ihrem Hoheitsgebiet aufhält, das „Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ zu gewähren. Zu prüfen ist die Umsetzung dieses Rechts u.a. anhand der vier Kriterien „**availability**“ (Verfügbarkeit), „**accessibility**“ (Zugänglichkeit), „**acceptability**“ (Annehmbarkeit) und „**quality**“ (Qualität). Auf dieser Grundlage sollen hier exemplarisch für den Bereich der psychosozialen Versorgung erste Antworten auf folgende Fragen gegeben werden:

Inwieweit sind für Geflüchtete Versorgungsangebote erreichbar und tatsächlich verfügbar?

Welche Faktoren beeinflussen die Verfügbarkeit und wo entstehen Versorgungslücken?

Welche Barrieren zeigen sich strukturell im Zugang zum Versorgungssystem?

Erreichbarkeit der Versorgungsangebote

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

In der Regel beträgt das Einzugsgebiet eines Psychosozialen Zentrums 150 Kilometer. 29% der Zentren versorgen jedoch KlientInnen, die für ihre Psychotherapie regelmäßig Anfahrtswege von 200 bis 300 Kilometern zurücklegen. Durchschnittlich entstehen so für etwa 68% der KlientInnen in den Zentren Fahrtkosten. *Abbildung 7* veranschaulicht die Einzugsgebiete von 17 der 23 Zentren.

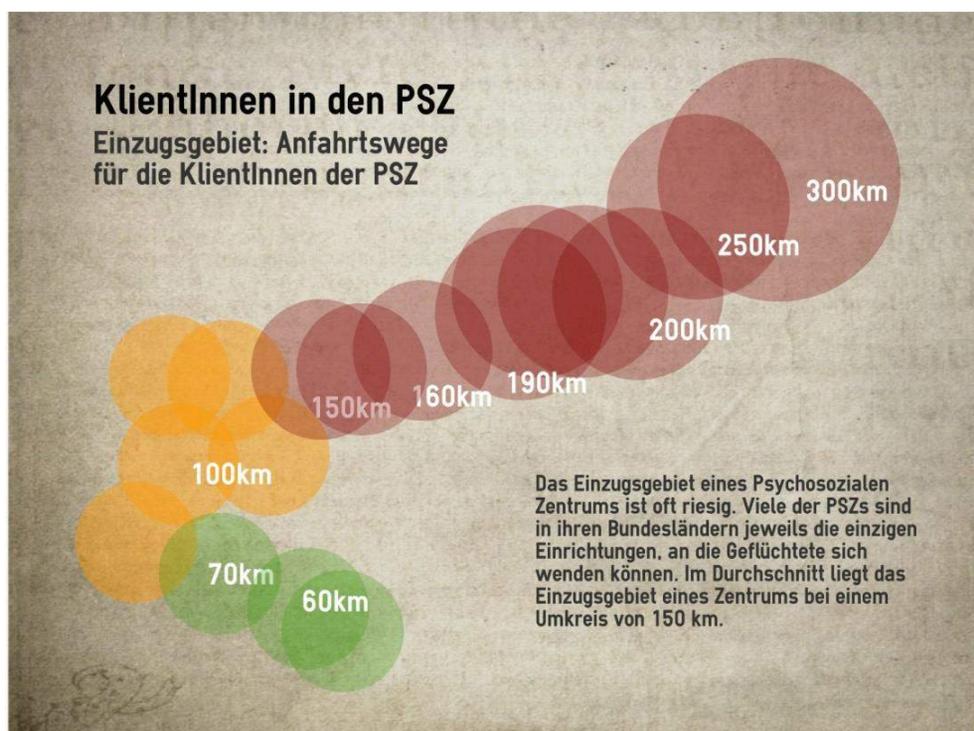


Abbildung 7: Einzugsgebiete der PSZ

Verfügbarkeit der Versorgungsangebote: Versorgungskapazität

Insgesamt können die 23 Psychosozialen Zentren pro Jahr knapp über 10.000 KlientInnen versorgen¹⁴.

Die Anzahl der jährlich von den Zentren betreuten KlientInnen variiert enorm von Einrichtung zu Einrichtung - angefangen von sehr kleinen Zentren die pro Jahr weniger als 100 KlientInnen versorgen bis hin zu Zentren mit über 1.700 KlientInnen in den verschiedenen Behandlungs- und Betreuungssettings.

Üblicherweise werden in einem typischen Psychosozialen Zentrum jährlich etwa 325 Geflüchtete behandelt und beraten.

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

KlientInnen in Psychotherapie

Etwa ein Drittel der KlientInnen (31%) in den Psychosozialen Zentren nimmt eine Behandlung bei einer/m PsychotherapeutIn wahr. Alle weiteren KlientInnen werden vor allem durch andere, oft niedrigschwelligere, psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote unterstützt (Vgl. *Abbildung 8*).



Abbildung 8: KlientInnen in den PSZ

Therapiesetting und Behandlungsdauer

Der größte Teil der Psychotherapie-KlientInnen (86%) wird v.a. im einzeltherapeutischen Setting betreut, nur 14% der Geflüchteten in Psychotherapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Angebote wahr. Eine Psychotherapie in den Zentren dauert zwischen 6 und 36 Monaten, in der Regel wird sie nach knapp 2 Jahren abgeschlossen.

Grundsätzlich stellt die psychotherapeutische Begleitung und Behandlung von komplex traumatisierten Menschen schon für sich genommen eine Herausforderung dar. Dies umso mehr, wenn die Betroffenen unter Bedingungen leben, die einen Heilungsprozess zusätzlich erschweren ja teilweise sogar (re)traumatisierend wirken können – wie etwa die Lebensbedingungen in den überfüllten Gemeinschaftsunterkünften oder ein über Jahre hinweg unsicherer Aufenthalt verbunden mit der Angst in ein

¹⁴ Die Daten beziehen sich auf die Situation in den Zentren zum Abschluss des Jahres 2013. Im Jahr 2014 sind drei weitere, neue Einrichtungen der BAfF beigetreten.

Land zurückkehren zu müssen, aus dem man vor Gewalt und Verfolgung geflohen ist. In einem klassischen einzelpsychotherapeutischen Setting, das keinerlei Ergänzung durch die Sozial- bzw. Asylberatung bedarf, befinden sich daher in allen Zentren nur sehr wenige KlientInnen – fast alle Psychotherapie-KlientInnen werden zusätzlich von SozialarbeiterInnen und/oder im Rahmen weiterer Angebote betreut.

Insgesamt bildet die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die ausschließlich eine Psychotherapie benötigen, nur einen Anteil von 4% aller KlientInnen (und damit 14% der Psychotherapie-KlientInnen) ab.

Weitere multimodale Versorgungsangebote

In fast allen Zentren bildet die psychosoziale und asylrechtliche Beratung das Rahmenangebot, an das fast alle KlientInnen des Zentrums (88%) angebunden sind.

Etwa ein Viertel der KlientInnen (23%) wird neben den Kernangeboten Psychosoziale Beratung und Psychotherapie außerdem durch weitere multimodale Angebote wie z.B. kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bildungs- und freizeitorientierte niedrigschwellige Gruppenformate (Deutsch- und EDV-Kurse, etc.), durch die Begleitung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen etc. unterstützt.

In der Regel versorgt damit ein typisches Psychosoziales Zentrum mit insgesamt 325 KlientInnen rund 290 Geflüchtete im Beratungssetting, 93 KlientInnen in der Psychotherapie und 35 über weitere multimodale Angebote (Vgl. *Abbildung 9*).

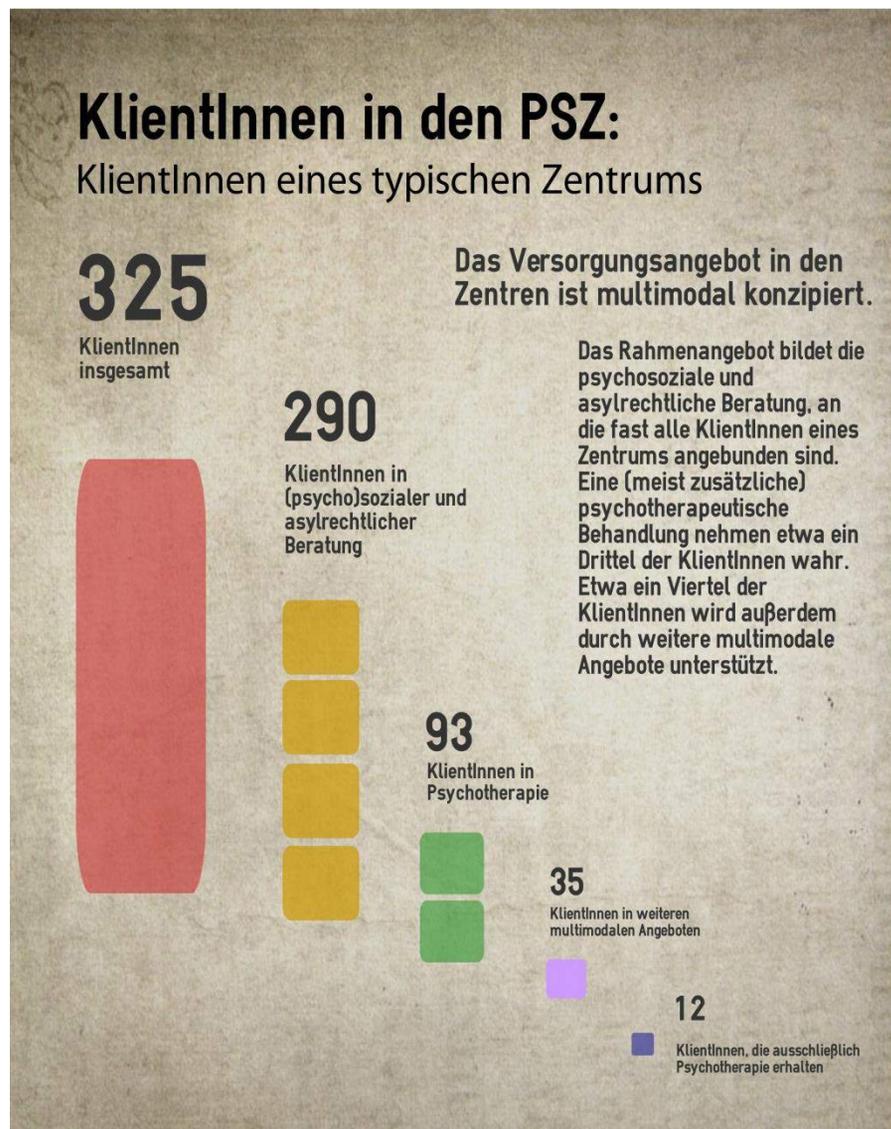


Abbildung 9: KlientInnen eines typischen Zentrums

Die Anzahl der KlientInnen in den verschiedenen Behandlungs- und Betreuungszentren über die 23 Zentren hinweg, aufsteigend sortiert nach der Größe der Zentren, veranschaulicht *Abbildung 10*. Sie macht deutlich, dass fast alle KlientInnen im Beratungskontext angebunden sind: Der orangene Bereich deckt sich oftmals mit der Gesamtzahl der KlientInnen (roter Bereich). Nur sehr wenige Personen befinden sich ausschließlich in Psychotherapie (violetter Bereich).

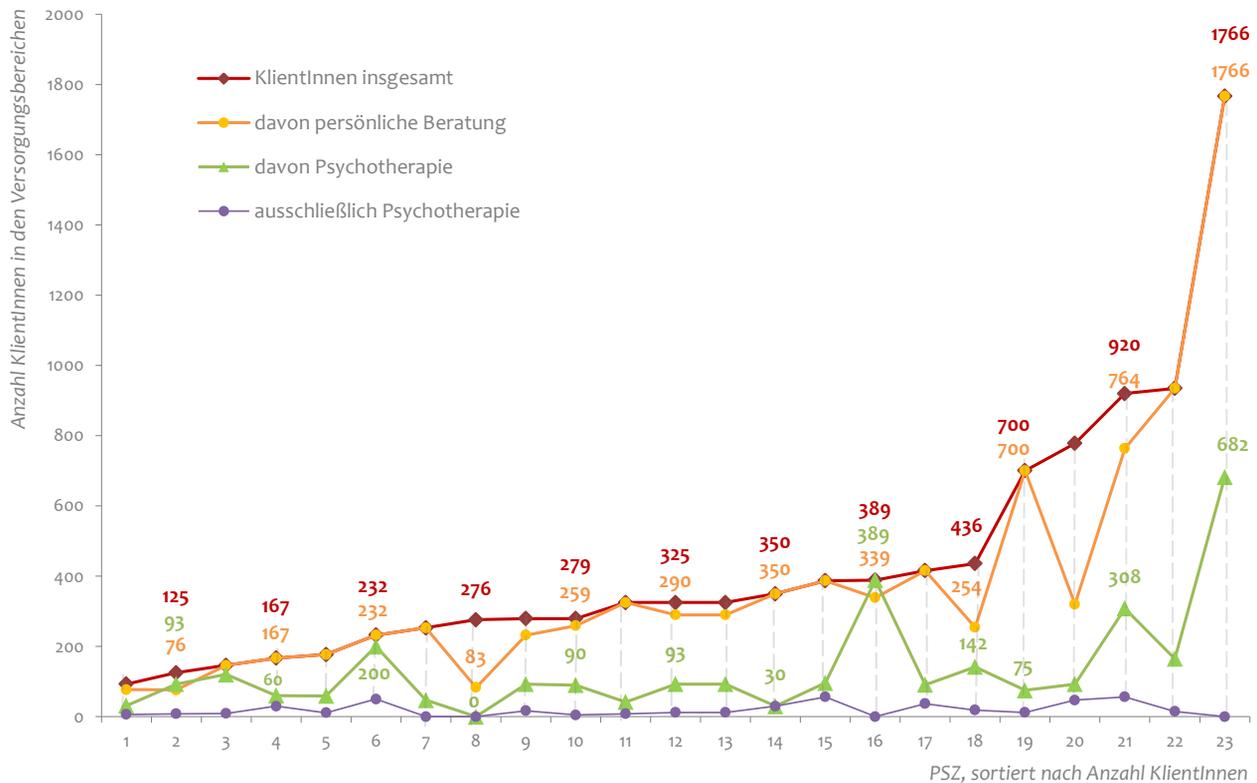


Abbildung 10: Anzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten der PSZ, sortiert nach Größe des Zentrums

Minderjährige KlientInnen in den Psychosozialen Zentren

Ein Viertel der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren ist minderjährig (Vgl. *Abbildung 11*).

Davon sind etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit ihren Familien geflohen. 45% der minderjährigen KlientInnen sind also ohne ihre Eltern als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) nach Deutschland gekommen (der Anteil UMF an der Gesamtzahl der KlientInnen beträgt 11%).

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

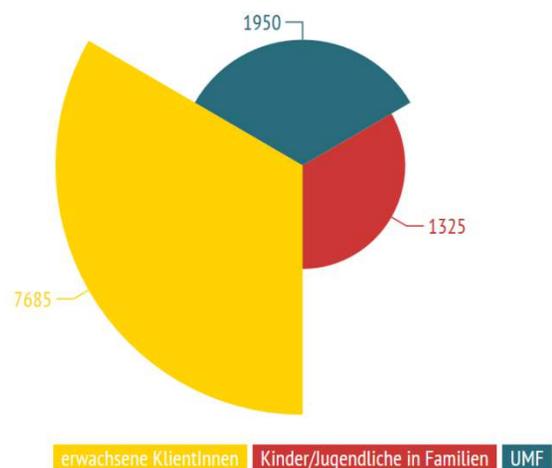


Abbildung 11: Minderjährige Geflüchtete in den PSZ

Jugendliche Geflüchtete in den PSZ

Murina B. aus Bosnien

"Ich war 14, als ich mit meiner Familie nach Deutschland geflohen bin. Es nimmt mich alles mit, zum Beispiel wenn ich meine Mutter sehe, dass sie so krank ist, oder meine Schwiegermutter. Ich weiß nicht, vielleicht bin ich ja noch zu jung, um diese Erlebnisse zu verarbeiten. Ich fühle mich einfach auch nicht gut.

Ich glaube nicht, dass es so viele gesunde Menschen gibt. Wenn jemand gesund ist, wird er hier krank. Die Ausländerbehörde macht hier krank. Wenn jemand ständig zwölf Jahre hier in Ungewissheit lebt, dann wird der hier krank, egal, wie stark er ist. Auch wenn er da unten nichts durchgemacht hat, dann wird er hier krank, mit den Behörden und allem drum und dran. Egal, wohin man geht, wird Stress gemacht."

(Zeitzeugen der Menschenrechte, BAFF)

Die Psychosozialen Zentren haben daher Angebote entwickelt, die sich speziell an Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund wenden. Neben der Behandlung durch Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen spielt die Begleitung im aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie bei behördlichen und schulischen Angelegenheiten, bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz, etc. eine große Rolle. Alle MitarbeiterInnen arbeiten eng auch mit weiteren Jugendhilfeeinrichtungen, mit den Jugendämtern und den Eltern bzw. bei UMF den Vormündern der Jugendlichen zusammen.

Einen Überblick über den Anteil der minderjährigen Geflüchteten, die in das Behandlungs- und Betreuungsangebot der Zentren eingebunden sind, gibt *Abbildung 12*. Die Gesamtzahl der minderjährigen KlientInnen ist in Gelb dargestellt, der Anteil unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) bildet den grünen Bereich.

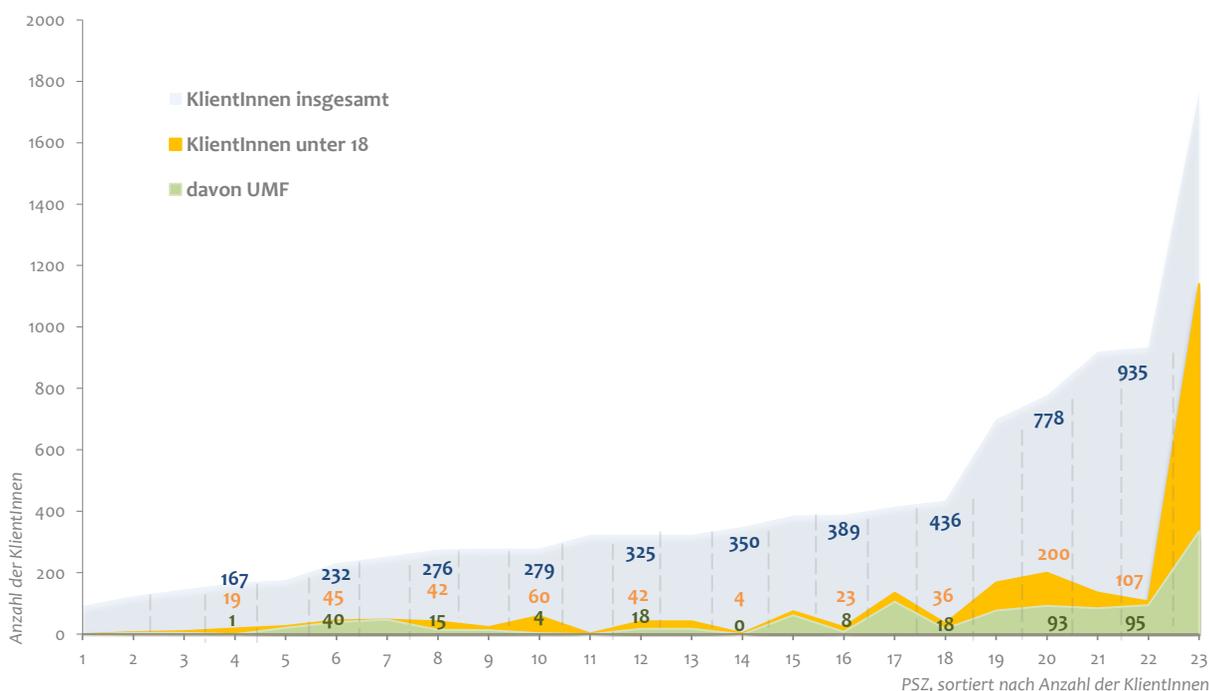


Abbildung 12: Minderjährige KlientInnen im Vergleich zur Gesamtzahl der KlientInnen in den PSZ

Personelle Ressourcen in den Psychosozialen Zentren

Die knapp 10.000 KlientInnen in den 23 Psychosozialen Zentren werden insgesamt durch knapp 200 fest angestellte MitarbeiterInnen versorgt. Die Bandbreite der personellen Ressourcen über das Bundesgebiet hinweg reicht dabei von sehr kleinen Zentren, die lediglich 2 hauptamtliche MitarbeiterInnen in Teilzeit beschäftigen können, bis hin zu einigen wenigen großen Zentren mit bis zu 28 hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

In einem typischen Zentrum arbeiten insgesamt 7 hauptamtliche MitarbeiterInnen - zumeist in Teilzeit. **Üblicherweise teilt sich ein 7-köpfiges PSZ -Team insgesamt nur 4 „volle Stellen“** (zur Verteilung über die Zentren siehe *Abbildung 13*).

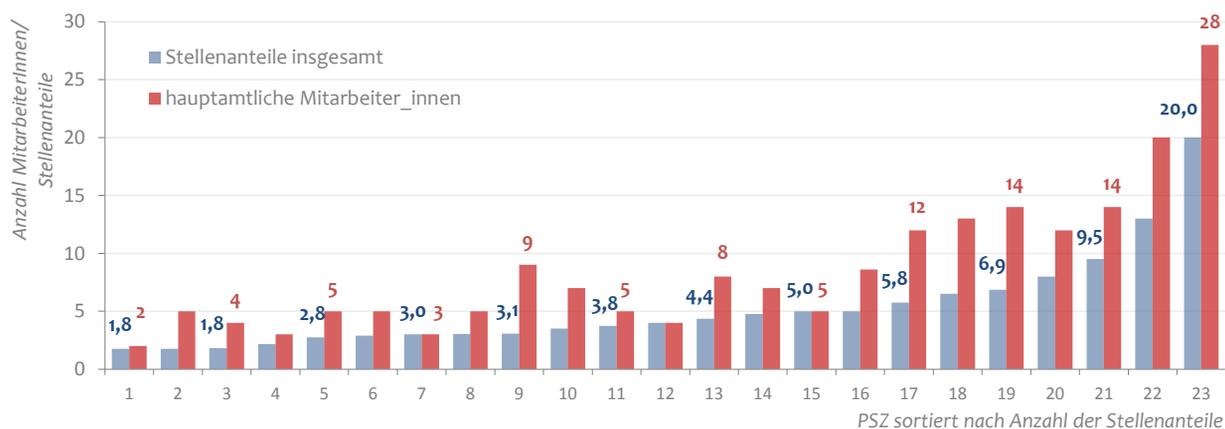


Abbildung 13: Anzahl der MitarbeiterInnen und Stellenanteile in den PSZ

Der oder die einzelne/r MitarbeiterIn ist mit durchschnittlich 24 Stunden pro Woche angestellt. Die Streuung ist allerdings auch hier enorm: Etwa 1/3 der Zentren kann seine MitarbeiterInnen im Schnitt nur mit weniger als 20 Stunden pro Woche beschäftigen. In nur 4 Zentren liegt die wöchentliche Arbeitszeit pro MitarbeiterIn bei über 30h. **Vollzeitstellen in einem PSZ sind also eine Seltenheit** (Vgl. *Abbildung 14*).

freie MitarbeiterInnen

Zusätzlich arbeiten in einem PSZ in **etwa 10 freie MitarbeiterInnen**. Vor allem DolmetscherInnen, aber auch PsychotherapeutInnen sind sehr häufig auf Honorarbasis für die Zentren tätig – allerdings nur zwischen 1 und 6 Stunden pro Woche (**in der Regel 3 Stunden wöchentlich**). Auch hier liegt die Spannweite zwischen Zentren, die keine freien MitarbeiterInnen haben und Zentren mit 100 MitarbeiterInnen mit bis zu 5 wöchentlichen Arbeitsstunden. Insgesamt



Abbildung 14: Stellenanteile in den PSZ

jedoch kommen auf alle freien MitarbeiterInnen zusammen i.d.R. nur **14% der Gesamtarbeitszeit**, die in einem Zentrum geleistet wird.

PraktikantInnen

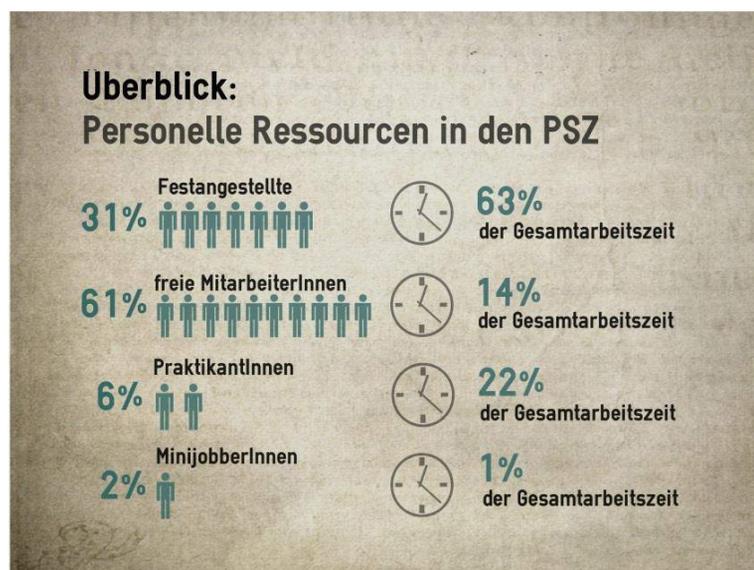
Unterstützung erfahren alle PSZs außerdem durch PraktikantInnen. **Pro Zentrum sind in der Regel 2 PraktikantInnen aktiv – im Schnitt mit etwa 30 Wochenstunden pro Person.** Damit tragen PraktikantInnen wesentlich zur in den Zentren geleisteten Gesamtarbeitszeit bei.

Ehrenamtliche

Auch die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen spielt eine große Rolle: **In jedem Zentrum engagieren sich durchschnittlich 6 Ehrenamtliche.** Aber auch hier zeigt sich große Variation: während einige Zentren keine ehrenamtlichen UnterstützerInnen haben, arbeiten einige Zentren mit über 100 Freiwilligen zusammen. Die meisten Ehrenamtlichen unterstützen die Zentren **mit etwa 3 Stunden pro Woche** – zum großen Teil als MentorInnen, die Geflüchtete im Alltag, bei Behördengängen – kurz: auf ihrem Weg in die neue Gesellschaft – begleiten. Große Resonanz erfahren außerdem Projekte, in denen die Zentren ehrenamtliche Vormundschaften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) vermitteln.

Zusammenfassung: Personelle Ressourcen in den PSZ

Insgesamt sind 31% der MitarbeiterInnen in den Zentren als Festangestellte (insgesamt 199 MitarbeiterInnen) beschäftigt. Sie leisten etwa 63% der Gesamtarbeitszeit in den Teams.



61% der MitarbeiterInnen arbeiten als „Freie“ (v.a. DolmetscherInnen und PsychotherapeutInnen) auf Honorarbasis (insgesamt 399 MitarbeiterInnen). Sie leisten etwa 14% der Gesamtarbeitszeit in den Teams.

MitarbeiterInnen auf Minijob-Basis tragen zusätzlich mit etwa 1%, PraktikantInnen mit etwa 22% zur Gesamtarbeitszeit in den Zentren bei.

Abbildung 15: Überblick – Personelle Ressourcen in den PSZ

7. VERSORGUNGSDEFIZITE

Begrenzte Versorgungsressourcen

Bereits die Anzahl der MitarbeiterInnen pro Zentrum (Ø 4 volle Stellen) im Verhältnis zur KlientInnenzahl (Ø 325 KlientInnen) gibt einen ersten Einblick in die angespannte strukturelle Situation der Psychosozialen Zentren. In einem durchschnittlichen Zentrum mit 325 KlientInnen und insgesamt 4 vollen Stellen hätte das Team dieses Zentrums pro Monat nur weniger als 2 Stunden Zeit für jede/n KlientIn (Vgl. *Abbildung 16*).

Angemerkt sei hier, dass natürlich über ein Jahr hinweg eine gewisse „Fluktuation“ im KlientInnen-Stamm der Zentren herrscht: KlientInnen werden umverteilt, im schlimmsten Fall abgeschoben, an andere Stellen weitervermittelt oder aber finden bereits innerhalb weniger Monate ausreichend Unterstützung für ihre Anliegen.

Dem gegenüber steht jedoch, dass die große Mehrheit der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren durch mehrere Versorgungsangebote betreut wird, das heißt neben zum Beispiel einem klassischen einzelpsychotherapeutischen Setting mit z.B. einem wöchentlichen Termin à 50 Minuten werden flankierend Angebote der Sozial- und Asylverfahrensberatung, der kreativen, familientherapeutischen oder körperorientierten Therapieprogramme oder auch bildungs- und freizeitorientierte Angebote, etc. wahrgenommen.

Ein solch komplexes Leistungsspektrum ist kaum in nur 2 monatlichen Stunden pro KlientIn anzubieten. Die Vermutung liegt daher nahe, dass viele v.a. der in Teilzeit beschäftigten Mitarbeitenden in den Zentren über die Arbeitszeit hinaus einen hohen Anteil ehrenamtlicher Arbeit leistet.

Hinzu kommt auf dem gesamten Bundesgebiet die immense Anzahl an neuen Anfragen, denen kaum noch ein Zentrum in befriedigender Weise nachkommen kann. Unterstützungsanfragen von (potenziellen) KlientInnen kann im seltensten Fall unmittelbar nachgekommen werden - fast alle Zentren organisieren die Aufnahme von KlientInnen über ein Wartelistensystem.

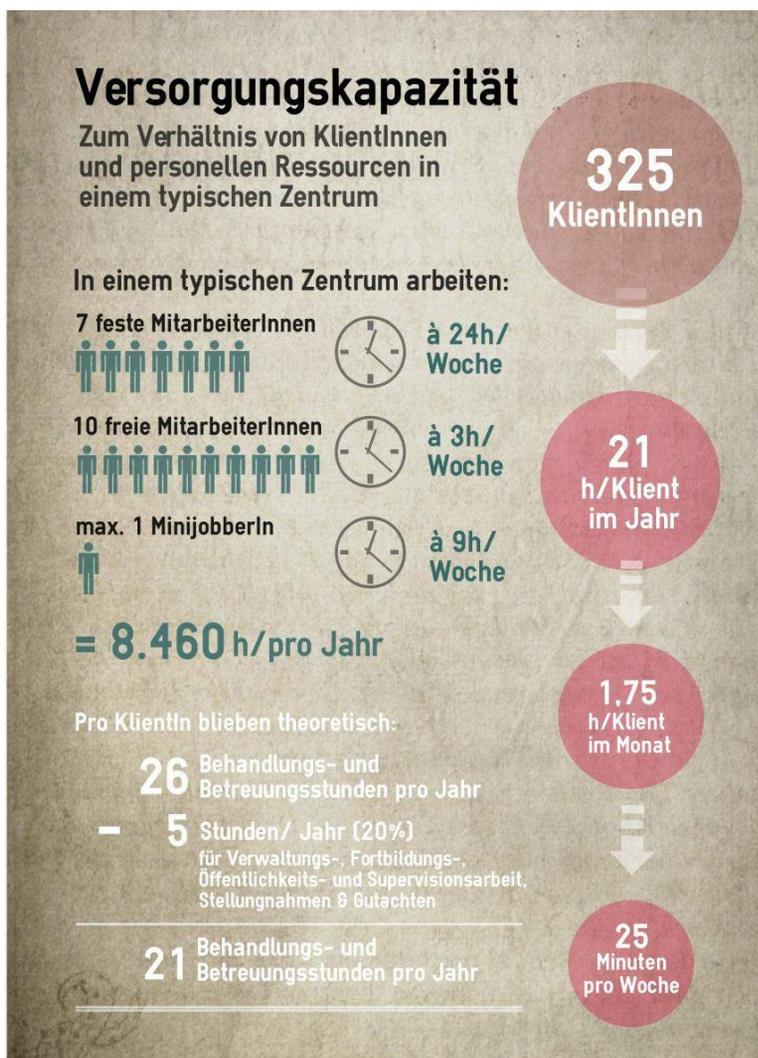


Abbildung 16: Verhältnis personeller Ressourcen zur Anzahl der KlientInnen

KlientInnen auf den Wartelisten der Zentren

Insgesamt stehen in den 23 Psychosozialen Zentren während eines durchschnittlichen Monats fast **1000 Geflüchtete auf den Wartelisten**. Die Anzahl der KlientInnen auf der Warteliste eines Zentrums variiert dabei zwischen 30 und 163 Personen. Im Durchschnitt stehen jeden Monat 40 Geflüchtete auf der Warteliste eines Zentrums.

Grundsätzlich steht die Anzahl der KlientInnen auf der Warteliste nicht im Zusammenhang mit der Größe des Zentrums. Das heißt, personell und finanziell vergleichsweise besser ausgestattete Zentren, die sehr viele KlientInnen versorgen können, haben ähnlich lange Wartelisten wie sehr kleine Einrichtungen mit nur wenigen KlientInnen (Vgl. *Abbildung 17*). Die Länge der Wartelisten wird von den meisten Zentren aus ethischen Gründen begrenzt – sie stellt also keinen guten Indikator für den tatsächlichen Versorgungsbedarf dar.

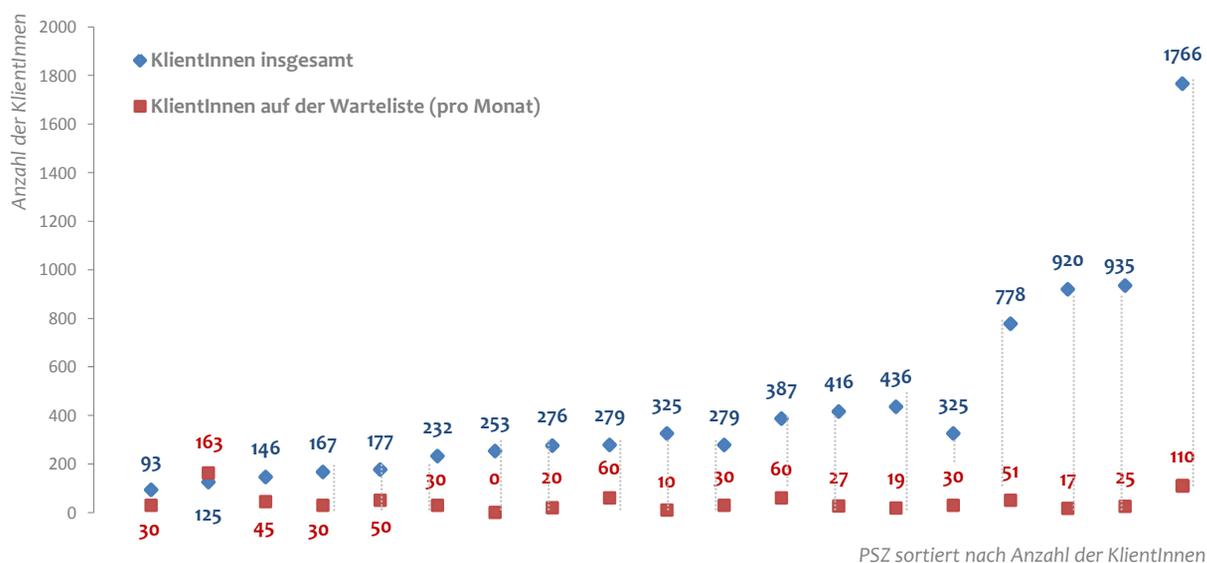


Abbildung 17: Anzahl der KlientInnen auf den Wartelisten der 23 Zentren, sortiert nach Größe des Zentrums

In vielen Zentren meldet sich die Mehrheit der KlientInnen nicht selbst an. Sie werden von BetreuerInnen anderer Einrichtungen (z.B. der Wohnheime, der Jugendhilfeeinrichtungen, aber auch von RechtsanwältInnen, anderen Sozialberatungsstellen oder auch von HausärztInnen) angemeldet. In Regionen, in denen die angespannte Aufnahmesituation der Zentren bereits bekannt ist, führt dies häufig dazu, dass entsprechende „Schlüsselpersonen“ wissen, dass nur noch diejenigen KlientInnen aufgenommen werden, die einen sehr hohen Leidensdruck haben. Alle Personen, die in irgendeiner Form durch andere Interventionen stabilisiert werden können, oder die als anerkannte Flüchtlinge bereits eine Versicherungskarte und damit theoretisch auch Zugang zum Regelsystem haben, werden häufig gar nicht mehr angemeldet, weil eine Aufnahme aussichtslos erscheint. Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Personen auf den Wartelisten ohne die beschriebenen Selektionseffekte noch deutlich höher wäre.

Wartezeiten in den Psychosozialen Zentren

Nach der Kontaktaufnahme mit einem Psychosozialen Zentrum vergeht in der Regel mehr als ein halbes Jahr bis die betroffene Person einen Therapieplatz erhält. In fast einem Viertel (22,2%) der Zentren warten KlientInnen jedoch ein ganzes Jahr auf einen Therapieplatz (Vgl. *Abbildung 18*).

Auch die Wartezeiten für psychosoziale Beratung betragen im Schnitt etwas mehr als ein Vierteljahr, in 1/4 der Zentren mindestens ein halbes und in einigen Zentren ebenfalls fast ein Jahr.



Abbildung 18: Wartezeiten auf Therapieplätze

Bezüglich der Länge der Wartelisten in den Zentren zeigt sich, dass **in 3/4 der Zentren weit mehr Personen auf den Wartelisten der Zentren stehen, als in der Regel pro Monat aufgenommen werden.** *Abbildung 19* macht die Differenz sichtbar:

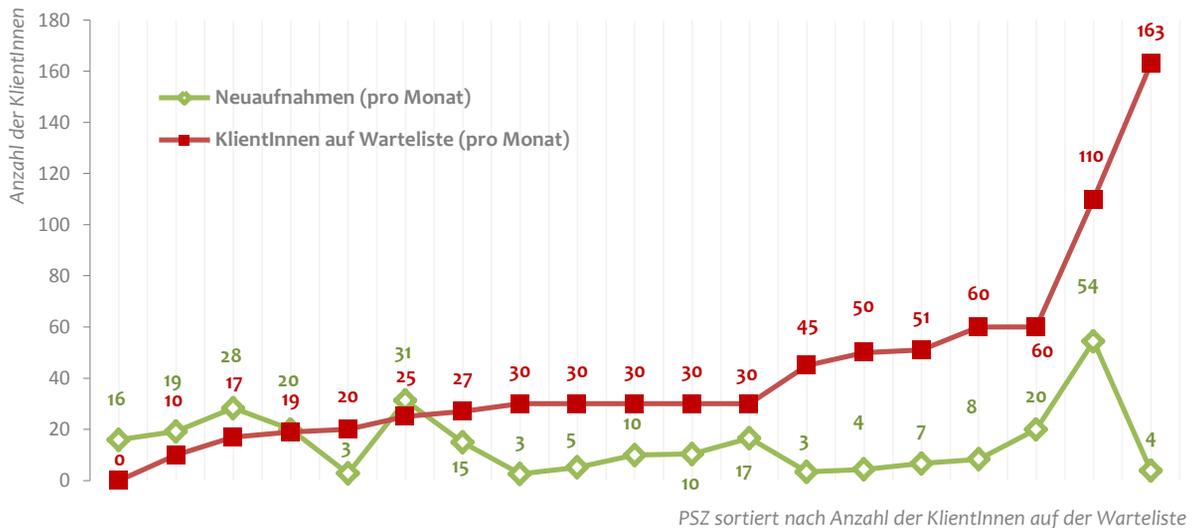


Abbildung 19: Verhältnis von Neuaufnahmen und KlientInnen auf der Warteliste pro Monat

Die Differenzen deuten darauf hin, dass das Wartelistensystem der Zentren über ein volles Jahr hinweg nur noch in 1/4 der Zentren überhaupt eine Chance hat, zu funktionieren. In allen weiteren Einrichtungen spitzt sich die Aufnahmesituation in regelmäßigen Abständen krisenhaft zu: Es können auch auf lange Sicht unmöglich alle Wartenden aufgenommen werden. **Hier zeigt sich, dass ein Psychosoziales Zentrum nur eine bestimmte Anzahl an Personen auf der Warteliste „ertragen“ und ethisch vertreten kann. Wird diese Anzahl überschritten, müssen die meisten Zentren – auch die bereits verhältnismäßig gut ausgestatteten - ihre Wartelisten schließen, damit diese handhabbar bleiben.**

Aufnahmestopps

Über die Hälfte der Zentren muss regelmäßig „Aufnahmestopps“ verhängen. Einige Zentren sind inzwischen ganzjährig dazu übergegangen, KlientInnen nur noch zu bestimmten Aufnahmezeiten aufzunehmen – z.B. je einmal im Frühjahr und einmal im Herbst.



84%

der Zentren organisieren die Aufnahme von KlientInnen über eine **Warteliste.**



58%

der Zentren müssen regelmäßig **Aufnahmestopps** verhängen.



22%

der Zentren nehmen KlientInnen **nur noch in bestimmten Zeitfenstern** z.B. 2 bis 3 mal pro Jahr auf.

Die Aufnahmesysteme der Zentren werden also – gerade in Zeiten steigender Flüchtlingszahlen – kontinuierlich weiterentwickelt. Es wird versucht, einen Umgang mit dem stetig wachsenden Versorgungsdruck zu finden, der es ermöglicht, bedarfsgerecht, fair und transparent auf die Anfragen der KlientInnen zu reagieren und dennoch als Team handlungsfähig zu bleiben und auch in Zeiten der Überlastung professionellen Qualitätsstandards gerecht zu werden.

KlientInnen, die abgewiesen werden müssen

Doch alle Bemühungen des Veränderungsmanagements können in fast keiner Region die enormen strukturellen Kapazitätslücken kompensieren. Deshalb müssen die meisten Zentren regelmäßig KlientInnen direkt ablehnen. Diese Menschen werden oft trotz offensichtlichen Behandlungsbedarfs weder direkt auf-

genommen, noch auf die Warteliste gesetzt und damit auf einen späteren Zeitpunkt vertröstet.

Insgesamt werden von den 23 Psychosozialen Zentren pro Jahr über 2500 Geflüchtete, die nach einem Therapieplatz anfragen, abgewiesen.

Die Ablehnungsraten variieren stark abhängig von der geographischen Lage der Zentren. In den Großstädten sind sie dreimal so hoch wie im ländlichen Raum. Trauriger Spitzenreiter ist mit großem Abstand die Hauptstadt – in Berlin bleiben insgesamt 960 KlientInnen pro Jahr unversorgt bzw. werden mit ungewissem Ausgang an andere Stellen weiterverwiesen. Auch in der psychosozialen Beratung müssen häufig KlientInnen abgewiesen werden, ebenso wie im Bereich weiterer multimodaler Angebote.

Insgesamt bleiben damit jedes Jahr fast 5.000 Geflüchtete, die Unterstützung in den PSZ suchen unversorgt (Vgl. Abbildung 20).



Abbildung 20: Ablehnungen in den PSZ

Das Ausmaß des Versorgungsdefizits wird deutlich, wenn man einen Blick auf das Verhältnis der Ablehnungen zur Anzahl neu aufgenommener KlientInnen wirft: **Jedes Jahr müssen in vielen der 23 Zentren deutlich mehr KlientInnen abgelehnt werden, als aufgenommen werden können** (Vgl. *Abbildung 21*). In einigen Zentren werden sogar mehr KlientInnen abgelehnt, als insgesamt pro Jahr versorgt.

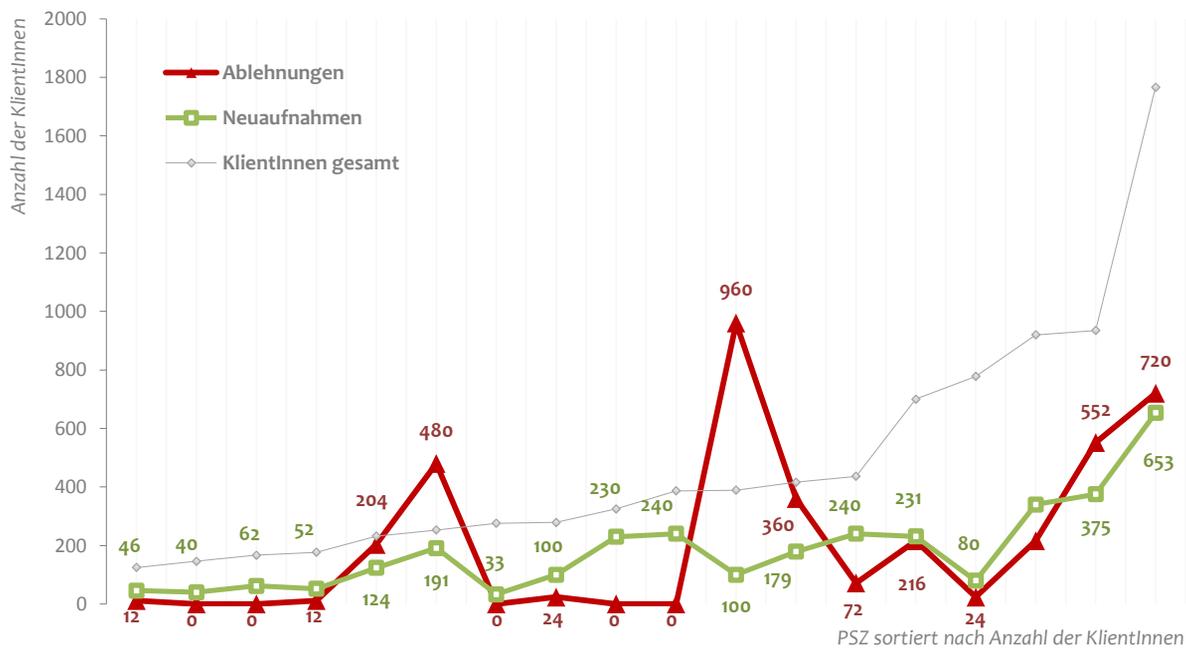


Abbildung 21: Verhältnis aufgenommenen und abgelehnter KlientInnen

Das Verhältnis von Ablehnungen zu Neuaufnahmen bildet jedoch nicht nur ab, wer nicht von den Psychosozialen Zentren versorgt werden kann, sondern auch, wer nicht an KollegInnen aus der Regelversorgung vermittelt werden konnte. In der Regel versuchen nämlich alle Psychosozialen Zentren – nach ihren und den regional strukturellen Möglichkeiten – Geflüchtete an niedergelassene PsychotherapeutInnen/ÄrztInnen bzw. andere Einrichtungen zu vermitteln. Die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die als abgelehnte KlientInnen erfasst wurde, bildet daher nur diejenigen ab, für die auch außerhalb des Psychosozialen Zentrums kein alternatives Versorgungsangebot gefunden werden konnte (Vgl. *Abbildung 22*). An wen Geflüchtete von den Psychosozialen Zentren i.d.R. vermittelt werden können und welche Hürden dabei genommen werden müssen, wird zum Ende dieses Kapitels dargestellt (Vgl. *Barrieren im Zugang zur Regelversorgung*).

Versorgungsdefizite:

Zum Verhältnis von Versorgungsbedarf und Versorgungskapazität
in den 23 Psychosozialen Zentren

Σ: 1338

Ablehnungen
411
pro Monat

Bundesweit können jeden Monat über 1.300 Geflüchtete, die psychosoziale Unterstützung suchen, nicht versorgt werden.

Warteliste
927
pro Monat

Dabei hat sich das Verhältnis von Bedarf und Kapazität dramatisch zugespitzt:

Σ: 639

Vermittlungen
314
pro Monat

Der Anteil der Geflüchteten, die jeden Monat nicht versorgt werden können, ist mehr als doppelt so hoch wie die Anzahl derjenigen, die als KlientInnen in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen werden können.

Neuaufnahmen
325
pro Monat

Abbildung 22: Verhältnis von Versorgungsbedarf und -Kapazität in den Psychosozialen Zentren

Strukturelle Faktoren

Die Kapazitätsprobleme der Psychosozialen Zentren, wie sie sich in der Länge der Wartezeiten und der Zahl derjenigen Geflüchteten, die von den Zentren abgewiesen werden müssen, zeigen, resultieren maßgeblich aus den geringen finanziellen Mitteln, die bislang für die psychosoziale Arbeit mit Flüchtlingen und Folteropfern zur Verfügung gestellt werden.

Geringe finanzielle Ressourcen

Ein typisches Psychosoziales Zentrum mit etwa 325 KlientInnen muss mit einem jährlichen Budget von nur etwa 227.000€ haushalten. Über die 23 Psychosozialen Zentren hinweg variieren sowohl die Anteile verschiedener Förderer als auch die Höhe des jährlichen Budgets enorm. *Abbildung 23* verdeutlicht das Spektrum der Einrichtungsgröße über die Bundesrepublik hinweg.

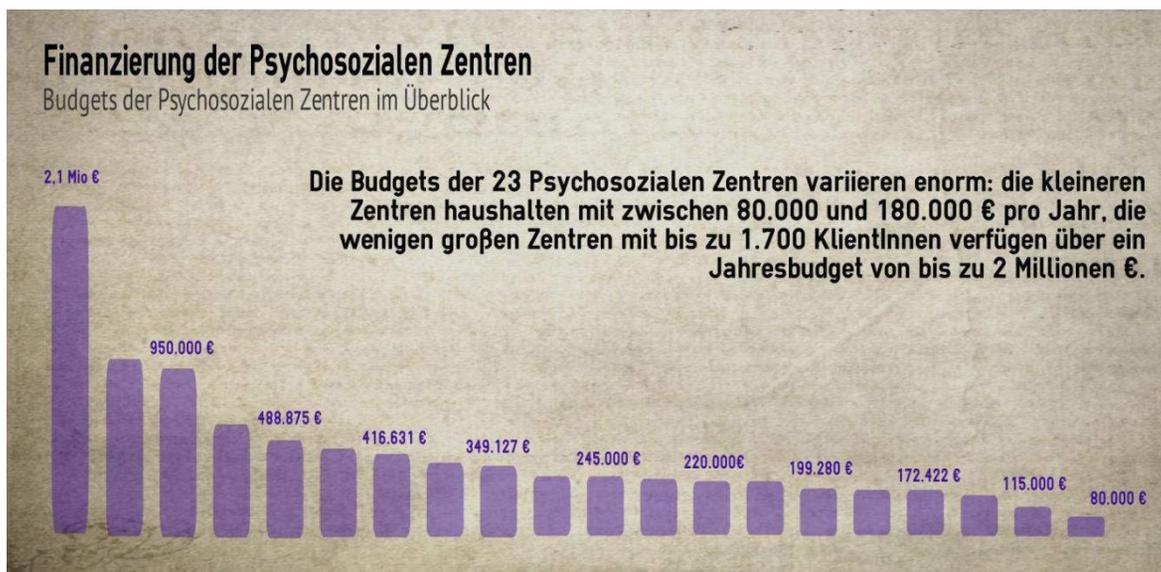
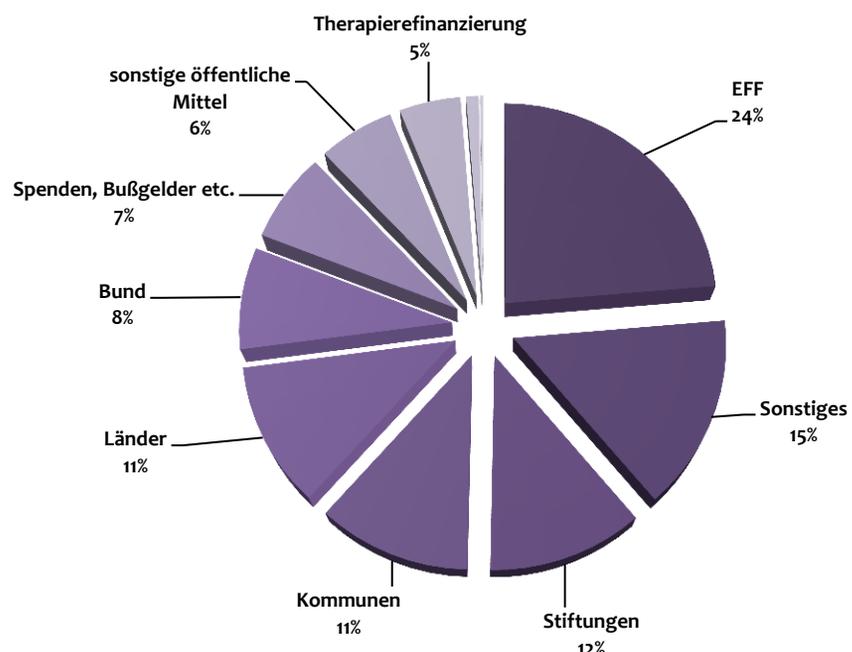


Abbildung 23: Budgets der Psychosozialen Zentren im Überblick

Die größte Schwierigkeit stellt für alle Zentren unabhängig von ihrer Größe das Fehlen einer verlässlichen strukturellen Finanzierungsbasis dar. Alle Zentren müssen jedes Jahr aufs Neue mit hohem administrativen Aufwand und oft ungewissem Ausgang Projekt- und Stiftungsgelder aus vielen verschiedenen Fördertöpfen akquirieren. *Abbildung 24* zeigt die Fragmentierung dieser finanziellen Basis über alle 23 Zentren hinweg:



Allerdings haben bei weitem nicht alle Zentren Zugang zu allen Förderquellen. **So erhalten nur 4 der 23 Zentren in Deutschland überhaupt Bundesmittel. Nur 5 der Zentren können Psychotherapien mit den Sozialämtern bzw. Krankenkassen abrechnen.** Und auch die Kommunen unterstützen nur knapp über 1/3 der Zentren.

Ein typisches Zentrum erarbeitet sich sein Jahresbudget daher vor allem aus zeitlich begrenzten Projektgeldern des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) (seit 2014 „Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds“ (AMIF)), zu maximal 1/3 aus Landesmitteln sowie aus Stiftungs- und Spendengeldern (Vgl. *Abbildung 25*).

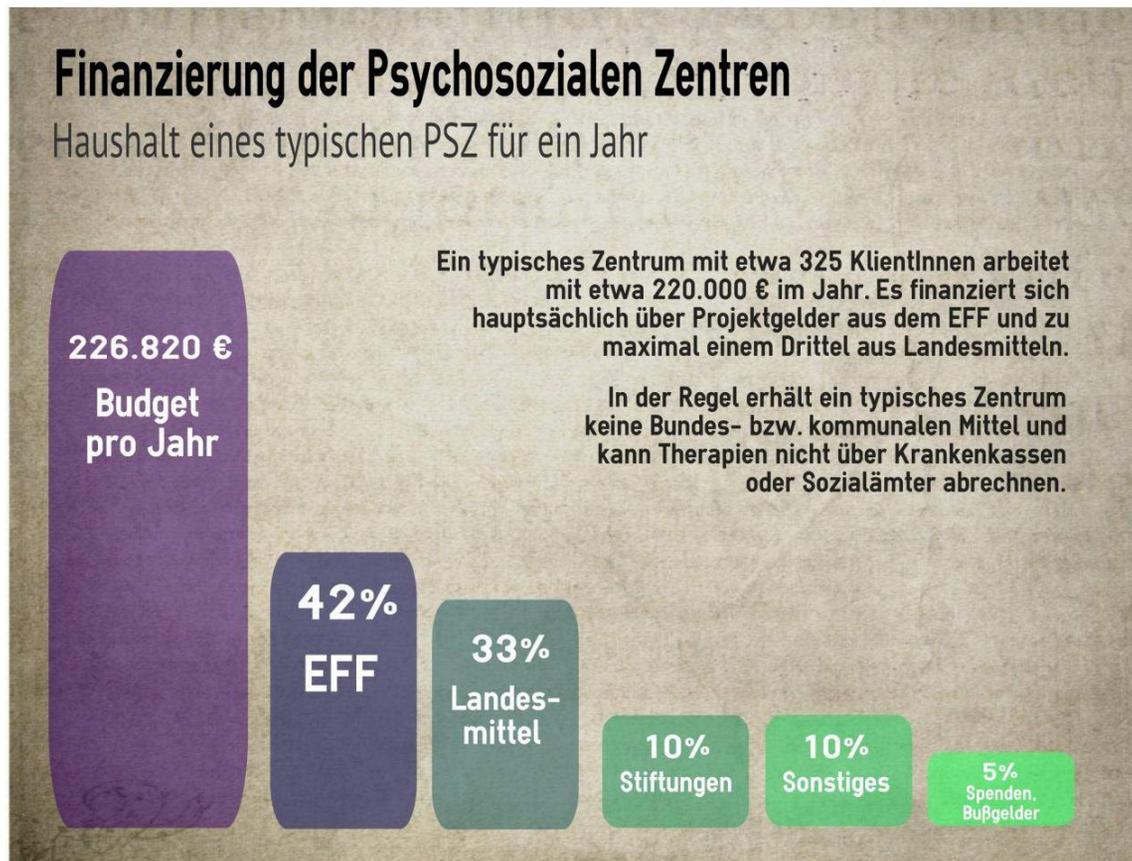


Abbildung 25: Jahreshaushalt eines typischen Psychosozialen Zentrums

Schwierigkeiten mit der Abrechnung von Psychotherapien bei den Leistungsträgern

Der Anteil der in den Zentren durchgeführten Psychotherapien, die mit den eigentlich zuständigen Leistungsträgern abgerechnet werden können, ist sehr gering. Kostenübernahmen durch die Sozialämter über das AsylbLG (bzw. bei entsprechendem Aufenthaltsstatus bzw. -dauer über die Krankenkasse) sind die absolute Ausnahme. Nach den Daten aus dem Jahr 2013 haben insgesamt nur fünf der Zentren Wege gefunden, Psychotherapien mit den Sozialämtern bzw. Krankenkassen abzurechnen. Zwei weitere Zentren konnten einige Psychotherapien mit minderjährigen KlientInnen über die Jugendämter abrechnen.

Bundesweit wurden im gesamten Jahr 2013 insgesamt 250 Psychotherapien durch die Sozialbehörden, die Krankenkassen und die Jugendämter bewilligt.

Damit liegt der Anteil der durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger bezahlten Psychotherapien in den Zentren bei 5%¹⁵ - die Sozialämter übernehmen 3% und die Krankenkassen sowie die Jugendämter jeweils 1% der Psychotherapien (Vgl. *Abbildung 26*).

Angemerkt sei hier jedoch, dass dieser Anteil bereits widerspiegelt, welche Konsequenzen die Zentren aus der Bewilligungspraxis der Behörden gezogen haben. So lagen die Ablehnungsquoten für Psychotherapien bei den Leistungsträgern in früheren Datenerhebungen bei etwa 50%. In vielen Regionen wurden die Anträge von PsychotherapeutInnen aus den Psychosozialen Zentren in der Vergangenheit kategorisch abgelehnt. Einigen Zentren wurde noch nie eine der beantragten Psychotherapien bewilligt. Häufig werden entsprechende Anträge gar nicht mehr bearbeitet. **Die Aussichtslosigkeit einer Bewilligung hat über die Jahre hinweg dazu geführt, dass nur noch wenige Zentren überhaupt noch versuchen, Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger abzurechnen.**



Abbildung 26: Anteil der Psychotherapien, die mit den Leistungsträgern abgerechnet werden können

Aber auch Zentren, die für sich eine Abrechnungspraxis über die Sozialämter etabliert haben, müssen hart um jede Psychotherapie kämpfen. Es reicht nicht aus, eine Therapie nach professionellen Standards und entsprechend der formalen Kriterien zu beantragen, sondern es braucht unermüdliches Nachhaken und große Beharrlichkeit im Umgang mit den Behörden, um letztlich eine Kostenübernahme für die - meist nicht aufschiebbare und daher auch ohne Kostenzusage laufende - Therapie zu erwirken. Häufig werden Therapieanträge zunächst abgelehnt, zum Teil werden Anträge jedoch gar nicht erst bearbeitet, wenn nicht mehrfach nachgehakt wird.

¹⁵ In den insgesamt 7 Zentren, die Therapien mit Sozialämtern/Krankenkassen/Jugendämtern abrechnen können, liegt der Anteil der abgerechneten Psychotherapien an der Gesamtzahl der Psychotherapien im Mittel bei 17%. In allen weiteren Zentren liegt er bei 0%, so dass für den Bundesdurchschnitt angenommen werden kann, dass der Anteil der abzurechnenden Psychotherapien lediglich bei 5% liegt.

Die Ablehnungsquoten für Psychotherapien, die aus den Psychosozialen Zentren beim Sozialamt beantragt werden, liegen um mehr als das Zehnfache über denjenigen für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkasse (Vgl. *Abbildung 27*). Während Psychotherapien durch die GutachterInnen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit 1 bis 3% fast nie abgelehnt werden, liegt die Ablehnungsquote der Sozialbehörden für Psychotherapien über das AsylbLG bei 15%.

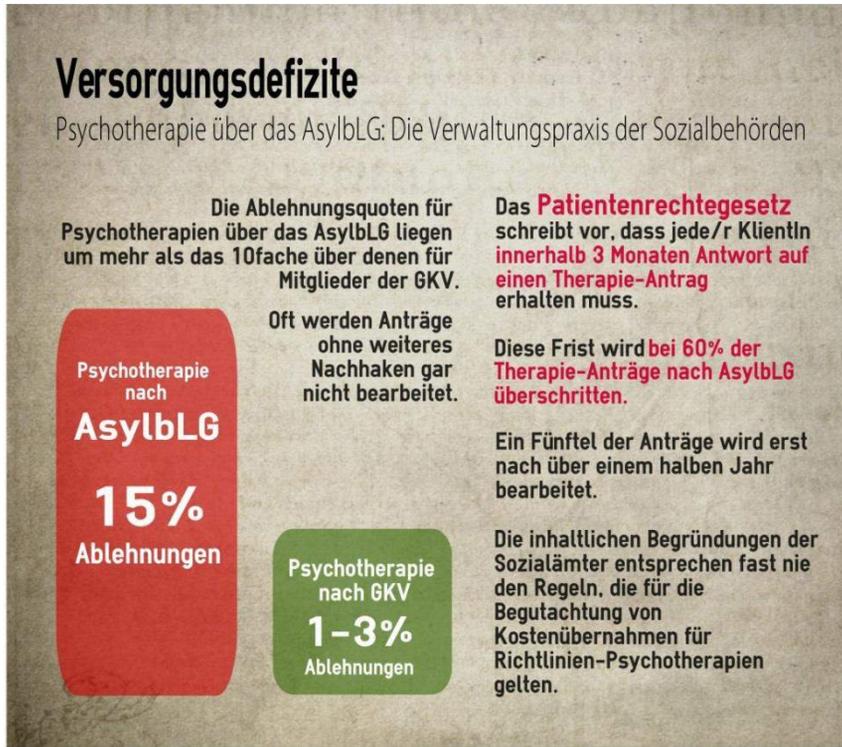


Abbildung 27: Ablehnungsquoten für Psychotherapien nach AsylbLG

Damit sind die Ablehnungsquoten in den Psychosozialen Zentren 2013 im Vergleich zu den Vorjahren (Ablehnungsquoten bis zu 50%) zwar deutlich gesunken, dies bildet jedoch vor allem ab, dass nur noch diejenigen Zentren Psychotherapien beantragen, die grundsätzlich damit rechnen können, dass ihre Anträge eine Chance auf eine Bewilligung haben. Alle anderen Zentren haben diese Refinanzierungsmöglichkeit bereits aufgegeben, so dass die aktuelle Ablehnungsquote einem starken Selektionseffekt unterliegt.

Gründe für die Ablehnung von Psychotherapien

Nicht immer stellen die Behörden im Ablehnungsfall auch inhaltliche Begründungen zu - obwohl fachliche Begründungen nach den Regeln der Kostenübernahme für Psychotherapien nach den Richtlinienverfahren für GutachterInnen verpflichtend sind. In einigen Fällen besteht die Begründung der Ablehnungen lediglich aus dem (falschen) Verweis darauf, eine Psychotherapie falle nicht unter §6 AsylbLG bzw. die psychische Störung sei keine akute Erkrankung und werde daher nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Oft gehen AmtsärztInnen in ihrer Ablehnung auch nicht auf die empfohlene Traumatherapie ein, sondern legen stattdessen eine ambulante psychiatrische Behandlung nahe. Diese ist jedoch zumeist aus guten Gründen nicht beantragt worden: Zum einen befinden sich KlientInnen oftmals bereits in Behandlung bei einem/-r PsychiaterIn. Da diese Maßnahmen (allein) jedoch nicht die erforderliche psychische Entlastung erzielen konnten, wurde eine Psychotherapie vorgeschlagen und ausführlich begründet. Auch Konsiliarberichte von Haus- und FachärztInnen, durch die eine fachlich eindeutige Einschätzung der Notwendigkeit attestiert wird, werden für die Begutachtung oft nicht berücksichtigt.

Nicht zuletzt sind die zuständigen AmtsärztInnen nicht in jedem Fall auch FachärztInnen für die jeweilige Problematik und können entsprechend qualifizierte Empfehlungen aussprechen. So entscheiden beispielsweise auch OrthopädInnen über Psychotherapieanträge nach AsylbLG. Auch dies widerspricht z.B. den Qualifikationsbestimmungen zum Gutachterverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2015), wie sie für Psychotherapien über die GKV gelten.

Bearbeitungsdauer für Psychotherapie-Anträge bei den Sozialbehörden

Grundsätzlich dauert die Bearbeitung von Psychotherapieanträgen über das AsylbLG in den meisten Fällen so lange, dass die Psychosozialen Zentren mit DolmetscherInnen- und Therapiekosten in Vorleistung gehen müssen: Die Psychotherapie wird begonnen, da der oder die KlientIn sie sofort benötigt - der Antrag wird oft erst viele Monate später durch die zuständige Behörde bearbeitet. Die Bearbeitungsdauer für Psychotherapie-Anträge über das AsylbLG liegt weit über denen, die in Deutschland nach dem Patientenrechtegesetz vorgeschrieben sind. Grundsätzlich hat in Deutschland jede/r PatientIn das Recht, innerhalb von maximal 3 Monaten eine Antwort auf seinen oder ihren Therapieantrag zu erhalten. **In den Psychosozialen Zentren liegt die Bearbeitungsdauer für Anträge der PsychotherapeutInnen in 60% über der nach Patientenrechtegesetz vorgeschriebenen Frist. 20% der Psychotherapien werden sogar erst nach über einem halben Jahr beschieden.**

In vielen Fällen zieht sich die Bearbeitung der Therapieanträge auch so weit in die Länge, dass KlientInnen in der Zwischenzeit einen anderen Aufenthaltsstatus erhalten und damit die Zuständigkeit für die Kostenübernahme vom Sozialamt zur Gesetzlichen Krankenversicherung wechselt. Befindet sich der/die KlientIn zu diesem Zeitpunkt dann bereits in einer bewilligten Psychotherapie, so kann diese nicht nahtlos durch den neuen Kostenträger übernommen, sondern muss neu beantragt werden - was in vielen Fällen erfolglos verläuft.

Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Psychotherapien über die Krankenkassen

Auch hier gilt, dass nur wenige Zentren überhaupt versuchen, Psychotherapien bei den Krankenkassen zu beantragen, was u.a. damit zusammenhängt, dass nur wenige KlientInnen der Psychosozialen Zentren gesetzlich krankenversichert sind. Zum Teil entscheiden sich die Zentren im Kontext des hohen Versorgungsdrucks auch, KlientInnen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, die noch geringere Chancen auf einen Therapieplatz bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen haben, im Aufnahmeprozess den Vorrang zu geben und anerkannte Flüchtlinge eher an KollegInnen in der Regelversorgung zu verweisen. Bundesweit existiert lediglich ein Zentrum, das mit 50 Anträgen jährlich regelmäßig bei der Krankenkasse abrechnet. Darüber hinaus wurde von vier weiteren Zentren je ein einziger Therapieantrag gestellt. Die Hälfte dieser Anträge wurde abgelehnt.

Gelingt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse, dann stellt sich ein neues Problem: **Die für die Psychotherapie notwendigen Dolmetscherkosten werden durch die GKV grundsätzlich nicht übernommen.** Die Ablehnungsquote beträgt 100%.

Schwierigkeiten bei der Abrechnung von Psychotherapien über die Jugendämter

Psychotherapien, die über die Jugendämter beantragt werden, werden in 22% der Fälle abgelehnt - in den meisten Fällen mit der Begründung, das Jugendamt sei nicht zuständig bzw. fühle sich erst zuständig, wenn das Altersfestsetzungsverfahren abgeschlossen sei. Fahrt- und Dolmetscherkosten über das Jugendamt erstattet zu bekommen ist grundsätzlich schwierig, so dass viele Zentren nicht mehr versuchen, diese zusätzlich zur Therapie zu beantragen.

Einen Einblick in die Realität der psychotherapeutischen Arbeit in den Zentren mit ihren strukturellen Hürden gibt das Beispiel von Frau K., einer kurdischen KlientIn, die Hilfe bei einer Psychotherapeutin eines PSZ suchte. Nach der Beantragung der Psychotherapie beginnt ein monatelanger Kampf um die Bewilligung der Dolmetscherkosten, der bis heute - eineinhalb Jahre nach Beginn der Therapie - nicht abgeschlossen ist.

Versorgungsdefizite

19 Monate bürokratischer Hürdenlauf: Der Fall Frau K.

Gewalterfahrungen als Kurdin in der Türkei

Das kurdische Dorf in dem Frau K. mit ihrem Mann und den 2 Kindern wohnte, wurde wegen dessen yezidischer Religionszugehörigkeit öfter von türkischen Muslimen angegriffen. Frau K. hat mehrere bewaffnete Angriffe erlebt, bei denen Familienangehörige als YezidInnen beschimpft und misshandelt und sie selbst beschimpft und sexuell belästigt wurde.

Sie ist von starker Trauer erfüllt, seit ihre Tochter Selbstmord beging, nachdem sie von Soldaten erst geschlagen und dann zweifach vergewaltigt wurde. Da sie YezidInnen sind, konnten sie keine Hilfe durch die Polizei erwarten. Die Angst, dass auch ihrem Sohn oder einem anderen Familienmitglied etwas passieren würde, trieb die Familie zur Flucht.

Angst, Traurigkeit, körperliche Symptome

Seitdem hat Frau K. oft Alpträume, schläft sehr schlecht und ist von Angst, Traurigkeit sowie Kopf- und Rückenschmerzen geplagt. Sie fühlt sich schuldig, da sie die Vergewaltigung mit ansehen musste, aber nicht helfen und auch danach den Selbstmord der Tochter nicht verhindern konnte. Da sie Analphabetin ist, fiel es ihr besonders schwer, Deutsch zu lernen. Es gibt keinen bekannten kurdisch-sprachigen Therapieplatz in der Stadt. Zusätzlich belasten sie Sorgen um den Aufenthalt und der später ablehnte Asylantrag sehr.

Auf der Suche nach Linderung des Leidens sucht Frau K. Hilfe bei einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge

Frau K. beginnt eine dolmetschergestützte Psychotherapie. Der Antrag auf die Kostenerstattung für ihre Psychotherapie wurde über 4 Monate nicht von der Leistungsstelle für Asylbewerber beantwortet. Nach 2-facher Nachfrage wurden die ersten 25 Sitzungen Kurzzeittherapie und die Kosten für die Dolmetscherin jedoch von der Sozialbehörde übernommen.

Während der Therapie hat Frau K. oft Tränen in den Augen. Immer wieder ist sie von Alpträumen und Erinnerungen an die Vergewaltigung und den Selbstmord ihrer Tochter geplagt.

Die Therapeutin stellt einen Folgeantrag über weitere 25 Stunden, der dann vom Sozialamt fast ein Jahr lang nicht bearbeitet wurde. Währenddessen änderte sich der Aufenthaltstitel von Frau K. und die Zuständigkeit für die Übernahme der Therapiekosten ging an die Krankenkasse über. Die Krankenkasse bewilligte die Therapie. Da die Krankenkassen jedoch generell keine Dolmetscherkosten übernehmen, beginnt ein langwieriger und zeitintensiver Prozess der Beantragung von DolmetscherInnenkosten.

13 Monate nach der ersten Antragstellung ist die Therapie endlich bewilligt – doch wer zahlt nun die nötige Dolmetscherin?

Die Therapeutin stellte einen Antrag auf Übernahme der Dolmetscherkosten von 702,45 Euro für die von der TK bewilligte Psychotherapie beim Jobcenter (über Mehrbedarfe nach § 21 SGB II). Dabei musste neben der Kopie der Bewilligung durch die Krankenkasse auch noch ein Antrag von der Klientin selbst beigefügt werden (von der Therapeutin verfasst).

Ablehnung des Antrags und Widerspruch

Das Jobcenter lehnt die Kostenübernahmen mit der Begründung ab, „Dolmetscherkosten würden nicht unter Mehrbedarfe SGB II (§21) gehören“. Dagegen wurde von der Klientin (bzw. Therapeutin) Widerspruch erhoben, da Dolmetscherkosten sehr wohl unter § 21 fallen und in anderen Fällen bereits übernommen und damit anerkannt wurden. Die Ablehnung vom Jobcenter enthielt weiter den Hinweis, dass eventuell ein Härtefallantrag bei der Krankenkasse gestellt werden könnte, obwohl dies faktisch ausgeschlossen ist.

Das Jobcenter zweifelt den Widerspruch an:

1.) „Es wurde behauptet, eine muttersprachliche Therapie sei zurzeit nicht möglich. Woher stammt diese Erkenntnis?“

2.) „War Ihrer Krankenkasse bekannt, dass die Therapie über einen Dolmetscher vermittelt wird? Die Wirksamkeit einer Therapie wird durchaus in Frage gestellt, sobald die Therapie über einen dritten vermittelt wird, insbesondere dann, wenn die Person des „dritten“ wechselt. Von daher überrascht die Bewilligung der Krankenkasse, es sei denn, das Erfordernis einer Dolmetschers war der Krankenkasse nicht bekannt.“

(Zitate aus dem Schreiben des Jobcenters)

Daraufhin antwortete die Therapeutin in einem 3-seitigen Schreiben, dass es keine bekannte kurdischsprachige Therapeutin gäbe und berichtete über die erfolgreichen praktischen Erfahrungen der Einrichtung sowie die mehrfach wissenschaftlich bewiesene Wirksamkeit des Einsatzes von SprachmittlerInnen in der Psychotherapie.

Auf den Brief der Therapeutin kam bis heute keine Antwort.

19 Monate nach der ersten Antragstellung, 6 Monate nach der Bewilligung der Therapie, ca. 6 zusätzliche Arbeitsstunden der Therapeutin und 13 Seiten Schriftwechsel später wurde noch kein Cent der 702 Euro beglichen.

Für das Psychosoziale Zentrum stellt sich die Frage, ob sich dieser Aufwand überhaupt lohnt. Die Therapie kann unter keinen Umständen auf die Erstattung der (Therapie-) und DolmetscherInnenkosten warten, da die Patientin sonst über 1,5 Jahre nicht hätte behandelt werden können.

Barrieren im Zugang zur Regelversorgung

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

Im Durchschnitt vermittelt jedes Zentrum pro Monat 4 KlientInnen an niedergelassene ÄrztInnen und eine/n KlientIn an niedergelassene PsychotherapeutInnen (Vgl. Abbildung 28). Hier ist allerdings anzumerken, dass die Möglichkeiten, KlientInnen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, von Region zu Region stark variieren. So konnte in zwei Zentren über das gesamte Jahr hinweg kein/e einzige/r KlientIn an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden. **In 1/4 der Zentren liegt die Vermittlungsquote an PsychotherapeutInnen im zu vernachlässigenden Bereich zwischen 0 und 6 KlientInnen pro Jahr.**



Abbildung 28: Anzahl und Art der Vermittlungen in die Regelversorgung

Zu beachten ist hier außerdem, dass über 1/3 der Vermittlungen keine Vermittlungen im engeren Sinne darstellen, sondern sich auf die reine Weitergabe von Kontaktdaten beziehen. Das Zentrum hat in diesem Fall also keinerlei Informationen darüber, ob die Person letztlich tatsächlich von der empfohlenen Stelle versorgt werden kann, oder nicht.

Ein weiteres Drittel bilden „Teilvermittlungen“, bei denen zwar z.B. an einen Psychiater vermittelt werden konnte, die psychosoziale Versorgung jedoch weiterhin über das Zentrum gewährleistet wird. Auch ein großer Teil der Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen geschieht als Teilvermittlung, d.h. die Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und aufenthaltsrechtlichen Kontext über die (psycho)soziale und asylrechtliche Beratung, die bei den meisten KlientInnen über eine Psychotherapie hinaus nötig ist, muss weiterhin durch die SozialarbeiterInnen der Zentren geleistet werden.

Insgesamt erfolgen nur 17% der Vermittlungen als vollständige Vermittlungen im engeren Sinne, d.h. als Vermittlungen, die nach einem ausführlichen Erstgespräch im Psychosozialen Zentrum stattgefunden haben und bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Stelle, an die weiterverwiesen wird, den/die KlientIn auch aufnimmt und selbstständig ohne die Unterstützung des PSZ weiter versorgt.

In weiteren 11% kann eine Vermittlung im Sinne einer Nachsorge infolge einer Behandlung/Betreuung durch das PSZ sichergestellt werden, z.B. wenn ein/e KlientIn einen besseren Aufenthaltsstatus erhalten hat und nach der Erstversorgung im Zentrum einfacher an niedergelassene KollegInnen vermittelt werden kann - oder auch wenn sich die Lebenssituation der Person soweit stabilisiert hat, dass er oder sie besser in einer Migrationsberatungsstelle aufgehoben ist.

Gemessen an der Gesamtzahl der KlientInnen in den Psychosozialen Zentren sind die Vermittlungsquoten bislang noch sehr gering. So können insgesamt nur 5% der KlientInnen aus den PSZ an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden. Eine Vermittlung an (Fach)ÄrztInnen gelingt immerhin bei 14% der KlientInnen.

Schwierigkeiten bei der Vermittlung in die Regelversorgung

Bei ihren Bemühungen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen für die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern zu motivieren, stoßen die Behandlungszentren oft an ihre Grenzen.

hoher bürokratischer und sozialarbeiterischer Aufwand

Das Kostenerstattungsverfahren über die Sozialämter ist kompliziert und wird von vielen KollegInnen gescheut. Die notwendige zusätzliche Sozialarbeit, die in Verbindung mit der unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situation der KlientInnen nötig wird, ebenso wie die langwierigen und komplexen Verwaltungsaufgaben im Zusammenhang mit der Kostenübernahme von Behandlungen werden als zusätzliche Hürden empfunden.

Unsicherheiten in der Arbeit mit DolmetscherInnen

Oftmals wird an der Effektivität von Psychotherapie über DolmetscherInnen gezweifelt. Auch die Arbeit im interkulturellen Setting ist nicht allen KollegInnen vertraut. Doch selbst wenn die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit SprachmittlerInnen vorhanden ist, sind oft keine für das psychotherapeutische Setting geschulten DolmetscherInnen verfügbar und die Abrechnung der Dolmetscherkosten nicht möglich.

Psychiatrische Kliniken setzen oftmals keine DolmetscherInnen ein und fühlen sich mit den speziellen Bedürfnis- und Problemkonstellationen Geflüchteter überfordert. Entsprechend werden KlientInnen meist sehr schnell entlassen - ohne dass eine bedarfsgerechte Intervention diagnostisch begründet und durchgeführt werden konnte.

Fehlende Expertise in der Behandlung der Zielgruppe

Die Erfahrungen der Zentren zeigen darüber hinaus, dass die gesundheitliche Regelversorgung nicht ausreichend auf die Behandlung Geflüchteter vorbereitet ist: Niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen verfügen oftmals über wenig Erfahrung in der spezialisierten Diagnostik und Behandlung der Zielgruppe. Traumatisierungen bei Geflüchteten werden häufig nicht als solche erkannt. Im hausärztlichen und auch im psychiatrischen Kontext werden traumatisierte Geflüchtete oft mit sehr hohen Dosen Psychopharmaka behandelt, ohne über Neben- bzw. Wechselwirkungen aufgeklärt worden zu sein und ohne dass die Medikation durch psychotherapeutische oder psychosoziale Unterstützung begleitet wird.

Vorbehalte und Berührungsgängste

Vor allem aber bestehen gegenüber der Arbeit mit Geflüchteten, insbesondere Opfern von Folter häufig Vorbehalte und Berührungsgängste: Es herrschen Bedenken hinsichtlich der Therapiefähigkeit und Zuverlässigkeit der KlientInnen und Berührungsgängste gegenüber Menschen mit vermeintlich anderem

kulturellem Hintergrund. Auch die Befürchtung, von Menschen ohne festen Aufenthalt für das Asylverfahren instrumentalisiert zu werden, ist hier von Bedeutung.

Die Erfahrungen der Zentren zeigen außerdem, dass niedergelassene KollegInnen sich oft an die Zentren wenden, weil sie die eigene Expertise in der Behandlung von Extremtraumatisierungen infolge von Krieg, Verfolgung, Folter, und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen als begrenzt sehen und sich mit der Heftigkeit von Erlebnissen andauernder Gewalt überfordert fühlen.

Vermittlungen aus der gesundheitlichen Regelversorgung an die Psychosozialen Zentren sind somit ein weit häufigeres Phänomen als anders herum die Vermittlung aus dem Zentrum heraus in die Regelversorgung.

8. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die Ergebnisse der Datenerhebung zeigen, dass Geflüchteten der Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen zum aktuellen Zeitpunkt noch auf mehreren Ebenen erschwert wird:

Die **Zugänglichkeit** vorhandener Unterstützungsangebote für Geflüchtete wird auf struktureller Ebene nach wie vor u.a. durch das Asylbewerberleistungsgesetz blockiert. Die aktuelle Verwaltungspraxis im Bereich der Bewilligung von Psychotherapien ist weit von den Standards entfernt, die für Psychotherapien für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkassen gelten. Die Ablehnungsquoten für Psychotherapien nach AsylbLG übersteigen diejenigen der GKV um mehr als das Zehnfache und die Bearbeitungsdauer von Anträgen auf Kostenübernahme überschreitet die Fristen des Patientenrechtegesetzes in der Regel enorm. Kostenübernahmen für Psychotherapien über die Gesetzliche Krankenversicherung sind nahezu unmöglich, da die Psychosozialen Zentren nicht als Vertragspartner der Krankenkassen anerkannt sind und zudem die Kosten für die notwendige Sprachmittlung durch Dolmetscher grundsätzlich nicht übernommen werden. Innerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung sind die Aussichten auf einen Therapieplatz für Geflüchtete noch immer sehr gering: Trotz zahlreicher Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen und kontinuierlicher Beratungs- und Vernetzungsarbeit können jedes Jahr nur 5% der KlientInnen aus den PSZs an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden.



Elise Bittenbinder, Vorsitzende der BAfF
in Ihrer Pressemitteilung anlässlich des 20.7.2015 – dem Tag, an dem die BRD die EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht hätte umsetzen müssen.

“Menschen, die in Syrien, Afghanistan, Tschetschenien und vielen anderen Ländern schwere traumatische Erfahrungen gemacht haben, werden beim Zugang zu dringend nötigen Behandlungsleistungen noch immer diskriminiert.

Die BAfF wertet das als klaren Verstoß gegen das Menschenrecht auf Gesundheit – dass dieser sich zudem gegen Personen richtet, die vor schweren Menschenrechtsverletzungen in die Bundesrepublik geflohen sind, ist beschämend.“

Die **Verfügbarkeit** von Angeboten psychosozialer Unterstützung ist damit zum großen Teil auf die Angebote der Psychosozialen Zentren beschränkt. Doch auch hier zeigen die Daten, dass die Versorgungskapazitäten der Einrichtungen fast nirgendwo ausreichen, um auf den hohen Bedarf Hilfe suchender Geflüchteter zu reagieren. Anfragen nach freien Therapieplätzen müssen häufig aus Kapazitätsgründen abgelehnt werden, Betroffene werden weiterverwiesen oder auf lange Wartelisten gesetzt. Dabei stoßen die Wartelistensysteme der Zentren regelmäßig an ihre Grenzen – Wartelisten müssen geschlossen und Aufnahmestopps verhängt werden. Insgesamt ist der Anteil der Geflüchteten, die jeden Monat nicht versorgt werden können, mehr als doppelt so hoch wie die Anzahl derjenigen, die als KlientInnen in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen werden können. In fast allen Regionen ist die Nachfrage inzwischen so hoch, dass jedes Jahr bundesweit rund 5.000 Geflüchtete trotz Be-

handlungsbedarfs weder direkt in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden können - Tendenz steigend.

Im Hinblick auf die **Erreichbarkeit** der Versorgungsangebote in den Psychosozialen Zentren zeichnen sich darüber hinaus starke geographische und damit meist auch ökonomische Barrieren ab: Die PSZs sind innerhalb eines Radius von durchschnittlich 150 Kilometern häufig die einzigen Anlaufstellen innerhalb ihrer Region. Meist reisen KlientInnen aus allen Teilen der Bundesländer mit hohen Fahrtkosten an - in einigen Fällen mit Anfahrtswegen von zwischen zwei- und dreihundert Kilometern.

Nach allem was wir aus epidemiologischen Untersuchungen über die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten wissen, verwundert der große Andrang auf die Zentren nicht. Zunächst einmal macht er nachdrücklich den enormen Bedarf an psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung deutlich. Zugleich spiegelt er wider, dass außerhalb der Zentren noch immer zu wenige Anlaufstellen für Geflüchtete existieren. Darüber hinaus weist die hohe Nachfrage darauf hin, dass das multiprofessionelle, flexible und ganzheitliche Angebot der Zentren gut angenommen wird und auf den Bedarf der KlientInnen eingehen kann. Aus der Beschreibung der komplexen und meist nicht klar voneinander abgrenzbaren psycho-sozialen Bedarfe von Geflüchteten lässt sich leicht nachvollziehen, dass diese nur schwer von Regelversorgung abgedeckt werden können: Psychische Belastungen stehen in einer unmittelbaren Wechselwirkung mit den schwierigen äußeren Lebensbedingungen der Geflüchteten. Eine Behandlung muss aufenthalts- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen, erfordert interkulturelle Offenheit, besondere Flexibilität und nicht zuletzt viel zusätzliche Arbeitszeit. Hinzu kommen die beschriebenen Hürden bei der Beantragung von Kostenübernahmen.

Die Ergebnisse der Datenerhebung legen nahe, dass die aktuell vorhandenen Versorgungslücken maßgeblich aus den geringen strukturellen und finanziellen Ressourcen resultieren, die aktuell für die psychosoziale Versorgung Geflüchteter zur Verfügung stehen. Bund, Länder, Kommunen und die eigentlich gesetzlich zuständigen Kostenträger beteiligen sich im Mittel nur zu einem Bruchteil an der Finanzierung der Psychosozialen Zentren. Die materielle Unsicherheit und die Beantragung und Verwaltung ihrer fragmentierten Finanzierungsbasis zehrt innerhalb der Teams der PSZs viele Ressourcen, die der KlientInnen-Arbeit zu Gute kommen könnten, gäbe es für die Psychosozialen Zentren eine Strukturfinanzierung. Zudem versetzt die Abhängigkeit fast aller Zentren von (begrenzten) Projektgeldern aus europäischen Fördertöpfen die verschiedenen Einrichtungen in Konkurrenz zueinander. Angesichts der eklatanten Versorgungslücken eine absurde Situation.

Zusammenfassend kann für das Jahr 2013 festgehalten werden, dass die 23 Psychosozialen Zentren für knapp über 10.000 Geflüchtete ein multimodales Behandlungs- und Betreuungsspektrum sicherstellen konnten. Das Ausländerzentralregister (AZR) der BRD verzeichnet bis zum Ende des Jahres 2013 etwa 499.000 in Deutschland lebende Geflüchtete. Wissenschaftliche Befunde verweisen darauf, dass für die Population Geflüchteter ein Risiko von 30 bis 40% besteht, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (Gäbel et al., 2006; Niklewski, Richter & Lehfeld, 2012). Das wären für Deutschland im Jahr 2013 konservativ geschätzt 150.000 Personen. Würden nun, konservativ geschätzt, nur 1/3 dieser Personen, also 50.000 Geflüchtete, eine psychotherapeutische Behandlung wahrnehmen wollen, dann läge im Jahr 2013 der Versorgungsbedarf traumatisierter Geflüchteter allein im Bereich der Psychotherapie um das Fünffache über den aktuell verfügbaren Versorgungskapazitäten.

Methodische Reflexion

Bislang existieren für das Versorgungsgebiet der BRD keine Studien zur Versorgungssituation von Geflüchteten. Die BAfF hat sich daher zum Ziel gesetzt, mit Ihrer Datenerhebung einen ersten Einblick in die Situation der Psychosozialen Zentren – als HauptakteurInnen im Bereich der psychosozialen Versorgung – zu geben. Die Erhebung und Analyse dieser Daten erfolgt jedoch wie die Versorgung selbst zwangsläufig mit begrenzten Ressourcen – auf Seiten der Befragten wie der Befragenden. Das Ausfüllen der Fragebögen durch die MitarbeiterInnen der Zentren kostet die Einrichtungen viel Zeit – Zeit, die gerade in Anbetracht des hohen Versorgungsdrucks nicht in die Behandlung und Betreuung von KlientInnen fließen kann. Gleiches gilt für die Dokumentation der erfragten Kennzahlen in der täglichen

Praxis. Die Heterogenität der Psychosozialen Zentren in Bezug auf Leistungsspektrum, Größe und individuelle Schwerpunkte resultiert u.a. auch darin, dass unterschiedliche Zentren einzelne Kennzahlen unterschiedlich detailliert erheben bzw. unterschiedlich genau schätzen können. Entsprechend wurden nicht alle Fragen der Erhebung auch tatsächlich durch alle 23 Psychosozialen Zentren beantwortet - viele fehlende Werte mussten ersetzt und durch Hochrechnungen ergänzt werden. Die Analyse der Daten zur Versorgungssituation in den Zentren bleibt daher zum aktuellen Zeitpunkt insgesamt auf deskriptiver Ebene, in Teilen unvollständig und aus wissenschaftlicher Perspektive nur eingeschränkt belastbar. Sie gibt jedoch einen umfassenden praxisnahen Einblick in das Spannungsfeld der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten, konfrontiert mit den zentralsten Schwierigkeiten und soll die Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in diesem Feld bilden.

Forschungsfragen für die Zukunft

Ergänzend zu dem, was die BAFF mit ihren Datenerhebungen leisten kann, bedarf es auf allen Ebenen des Versorgungssystems einer umfassenden Erfassung und Analyse der Versorgungssituation auf der Grundlage quantitativer und qualitativer Daten. Zunächst sind hier belastbare epidemiologische Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Geflüchteten in Deutschland nötig, um so den Versorgungsbedarf insbesondere für Psychotherapien zu erfassen. Zudem besteht die Notwendigkeit, das komplexe Spektrum der Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf für hier lebende Geflüchtete besteht, durch entsprechende Erhebungen zu erfassen. Diesen Befunde zum Versorgungsbedarf wären u.a. Routinedaten zur tatsächlichen Versorgungssituation gegenüberzustellen, die Aussagen bezüglich der nach Asylbewerberleistungsgesetz bzw. über die Gesetzliche Krankenversicherung versorgten Personen treffen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, unter welchen Bedingungen Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen oder stationäre Behandlungsangebote erfolgreich verlaufen, bzw. was dazu führt, dass sie scheitern.

Der vorliegende Bericht zeigt deutlich, dass in der Hauptsache strukturelle Faktoren die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen bedingen. Darauf aufbauend sollten künftige Untersuchungen danach fragen, welche Angebote hilfreich sind, wenn Geflüchtete die Hürde des Zugangs zu Versorgungsangeboten überwunden haben: Wie wichtig ist „Kultursensibilität“ für eine erfolgreiche Behandlung? Welchen Einfluss haben allgemeine therapeutische Wirkfaktoren in einem derart komplexen Behandlungssetting? Welche Behandlungs- und Unterstützungsformen werden von Betroffenen selbst als hilfreich empfunden? Welche weiteren Faktoren beeinflussen den Behandlungserfolg?

Neben regionalen Erhebungen sollten bundesweite Studien durchgeführt werden, um lokale Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zu erfassen. Im Sinne einer Harmonisierung der Aufnahmebedingungen für schutzbedürftige Gruppen über die Europäische Gemeinschaft hinweg wären darüber hinaus auch Forschungsansätze zum europäischen Vergleich der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten wünschenswert.

9. FAZIT

Ein Versorgungsanspruch für besonders schutzbedürftige Geflüchtete besteht zwar formal durch die Bindung an EU-Richtlinien, an den UN-Sozialpakt sowie weitere internationale Menschenrechtskonventionen - die Analysen zur Versorgungssituation zeigen jedoch, dass dieser in der Praxis nur unter großen Schwierigkeiten einzulösen ist: Behandlungs- und Unterstützungsleistungen erweisen sich in zahlreichen Fällen als nicht verfügbar, nicht zugänglich oder nicht erreichbar.

Auf struktureller Ebene liegt die Bewilligungspraxis der Leistungsträger noch immer weit unterhalb den Standards, die für Patientinnen und Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft gelten: weder das Patientenrechtegesetz noch die Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses finden für Asylsuchende in Deutschland Anwendung. Diese Praxis ist diskriminierend und widerspricht europäischem wie internationalem Recht. Die Versorgungskapazität im Sinne der vorhandenen Behandlungs- und Betreuungsressourcen reichen über das gesamte Bundesgebiet hinweg bei weitem nicht aus, um dem Versorgungsbedarf Hilfe suchender Geflüchteter gerecht zu werden. Für die Betroffenen verlängern hohe Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn die oft ohnehin jahrelangen Zeitspannen psychischen Leidens, entsprechende Störungen und Leidenszustände chronifizieren. Diese enorme Diskrepanz zwischen dem Versorgungsbedarf und den vorhandenen Versorgungsstrukturen macht deutlich, dass ein Ausbau der Behandlungsressourcen für diese besonders vulnerable Zielgruppe dringend geboten ist.

Andererseits ist in jüngster Zeit immer häufiger zu beobachten, dass sich die Zivilgesellschaft und zum Teil auch Politik und Verwaltung für die Bedürfnisse von Geflüchteten öffnen. Immer mehr Menschen setzen Zeichen gegen Ausgrenzung und Diskriminierung und halten Ressentiments, Angriffen und Asylrechtsverschärfungen ihre Solidarität mit Schutzsuchenden entgegen. Das zivilgesellschaftliche Engagement ist groß und reicht von Sach- und Geldspenden über ehrenamtliche Unterstützung und Begleitung bis hin zur Beherbergung von Geflüchteten. Zunehmend setzt sich die Einsicht durch, dass es die Verantwortung aller ist, Geflüchteten in Deutschland ein Ankommen zu ermöglichen. Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung erkennen immer mehr AkteurInnen, dass Gesundheitskarten für Geflüchtete, wie sie im „Bremer Modell“ seit langem erfolgreich allen Asylsuchenden zur Verfügung gestellt werden, ein wichtiger erster Schritt in Richtung eines niedrigschwelligen Zugangs zum Gesundheitssystem sind. Zugleich bemühen sich inzwischen einige Landesregierungen, die Arbeit der Psychosozialen Zentren zu unterstützen. Diese Entwicklungen sollten als Modelle guter Praxis verbreitet und bundesweit als Anstoß begriffen werden.

Hierfür sind weitere und weitreichendere politische Entscheidungen nötig, die strukturelle Barrieren nachhaltig abbauen. Solange die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zu einem großen Teil durch die Behandlungszentren geleistet wird, muss eine grundlegende institutionelle Förderung dieser Zentren sichergestellt werden, die deren langfristige Konsolidierung ermöglicht.

Handlungsbedarf: Forderungen an die Politik

Politik und Verwaltung müssen einen verbindlichen Rahmen schaffen, der es qualifizierten AkteurInnen ermöglicht, adäquat auf den Versorgungsbedarf von Geflüchteten zu reagieren. Die Arbeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge muss abgesichert und ausgebaut werden.

Die Zuständigkeit für die (Gesundheits-)Versorgung Geflüchteter verteilt sich allerdings auf viele unterschiedliche AkteurInnen, die hier jeweils unterschiedliche Interessen ins Spiel bringen (Vgl. *Abbildung 29*). So fordern die Länder aufgrund der hohen finanziellen Belastung durch die gestiegenen Flüchtlingszahlen mehr Unterstützung durch den Bund. Die Bundesbehörden wiederum berufen sich auf die Zuständigkeit der Länder und Kommunen. Bei diesem Gerangel geraten die Bedarfe der Geflüchteten leicht aus dem Blick.



Abbildung 29: Zuständigkeiten in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten

Hier ist dringend eine Einigung auf politische Maßnahmen nötig, die die staatlichen Verpflichtungen der Nichtdiskriminierung bei der Bereitstellung gesundheitlicher Versorgung einlösen. In einem seit langem überfälligen Schritt sollte für jede Person – unabhängig vom Aufenthaltsstatus und in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen - das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum gewährleistet werden. Im Bereich der gesundheitlichen und der psychosozialen Versorgung kann der Behandlungsumfang dabei ausschließlich aus dem Versorgungsbedarf der betroffenen Person resultieren. Er dürfte also auch für Geflüchtete das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht unterschreiten. GKV-Leistungen sind ohnehin stets nur die auf das "notwenige Maß" beschränkte Minimumleistungen (§ 12 Abs. 1 SGB V) und daher keine Luxus-Leistungen.

Damit Geflüchtete die Angebote von Beratung und gesundheitlicher Versorgung auch nutzen können, muss der Zugang zu diesen gewährleistet sein. Insbesondere die sprachliche Verständigung ist dabei sicherzustellen. Fahrtkosten müssen übernommen und DolmetscherInnen gestellt werden. Die hierfür notwendige Finanzierung muss im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernommen und im SGB V geregelt werden.

Darüber hinaus haben Asylsuchende nun, nach Ablauf der Frist zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht, Anspruch darauf, bei Vorliegen einer „besonderen Schutzbedürftigkeit“¹⁶ auch als besonders schutzbedürftig identifiziert und medizinisch sowie psychosozial versorgt zu werden. Es bedarf also eines Konzeptes, welches sowohl ein Verfahren für die Frühfeststellung als auch für die Vermittlung und Erbringung der entsprechenden Leistungen vorsieht.

¹⁶ Zum Beispiel aufgrund schwerer körperlicher Krankheiten, aufgrund psychischer Störungen, bei Schwangerschaft, Minderjährigkeit, im Falle Alleinerziehender mit minderjährigen Kindern sowie bei Opfern des Menschenhandels, Opfern von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt

Die Psychosozialen und Behandlungszentren spielen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen und sind mit ihren Komplexleistungen effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingestellt. Zum einen bedarf das multimodale, integrierte Behandlungs- und Beratungsspektrum, wie es die Psychosozialen Zentren aktuell anbieten, einer öffentlich finanzierten Basisförderung, die dauerhaft strukturell verankert sein muss. Zum anderen ist eine geregelte Kostenübernahme der Angebote der spezialisierten Einrichtungen durch die Leistungsträger der Gesundheitsregelversorgung erforderlich - etwa durch die Erstattung der Kosten für Psychotherapien (einschließlich der hierfür notwendigen Dolmetscherkosten).

Die BAfF fordert daher:

- 1. Alle Geflüchteten bundesweit, müssen unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer ab dem ersten Tag ihrer Einreise eine vollwertige Krankenversichertenkarte erhalten. Entsprechend anzupassen sind §5, Abs. 1 SGB V oder § 264 Abs. 2 SGB V.**
- 2. Die Finanzierung von notwendigen Dolmetscherleistungen und notwendigen Fahrtkosten - verankert im SGB V.**
- 3. Ein sinnvolles Verfahren von Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung. Dieses Verfahren muss auf allen Stufen die vorhandenen Ressourcen und AkteurInnen berücksichtigen - aber auch neue Ressourcen erschließen und Leistungsträger einbeziehen. Nur so kann eine möglichst effiziente Versorgung sichergestellt werden.**
- 4. Eine grundlegende institutionelle Förderung der Komplexleistungen der Psychosozialen- und Behandlungszentren. Die Bundesregierung muss hier endlich politisch gestaltend und steuernd tätig werden.**
- 5. Eine Institutsermächtigung für die Psychosozialen- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Anlehnung an 118 SGB V oder auch 140 SGB V (integrierte Versorgung). Die Bundesregierung muss durch Gesetzgebung oder unterstützend in Richtung der GKV tätig werden.**
- 6. Eine Regelung für die Abrechnung notwendiger ambulanter Psychotherapien für Geflüchtete, im AsylbLG wie über die GKV - z.B. durch Sonderbedarfszulassungen für Psychotherapien mit Geflüchteten, wenn nötig mit Dolmetschereinsatz.**

Die Bundesregierung begrüßt inzwischen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern (BT-Drs. 18/4622)¹⁷. Ob und wenn ja wann die angeführten konkreten Forderungen jedoch Gehör finden werden, bleibt abzuwarten. Sicher ist, dass Deutschland die notwendige Versorgung vulnerabler Geflüchteter nur gewährleisten kann, wenn die Arbeit der psychosozialen Zentren abgesichert und ausgebaut und gleichzeitig die weitere Öffnung der Regelversorgung nachhaltig vorangetrieben wird.

Wir brauchen ein einheitliches, wirkungsvolles und transparentes Versorgungssystem, das unnötige Verwaltungskosten verringert und sicherstellt, dass der Ball der Verantwortung nicht weiterhin zu Lasten versorgungsbedürftiger Geflüchteter zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Krankenkassen hin- und hergeworfen wird.

¹⁷ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/4579 – Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen

LITERATUR

- Améry, J. (1977): Tortur. In: *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten* (S. 48). Stuttgart, Klett-Cotta, 2. Aufl. 1980.
- Bauer, U. (2009). Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung: Internationale Forschungsbefunde und theoretische Zugänge. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(4).
- Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7).
- Breuer, M. (2006): Die "General Comments" zu den VN-Menschenrechtsverträgen: deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen. *Onlinezeitschrift für Höchststrichterliche Rechtsprechung im Strafrecht*. Baden-Baden: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Brewin, CR., Andrews, B., & Valentine, JD. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–66.
- BT-Drs. 18/4622 (2015). *Drucksache des Deutschen Bundestages 18/4622 vom 29.04.2015: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Jan Korte, Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/4579 – Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen*. Online: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804622.pdf> [10.08.2015]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b) . *Asylgeschäftsstatistik für den Monat Mai 2015*. Online: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201505-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile [02.07.2015]
- Bundesverfassungsgericht (2012). *Leitsätze zum Urteil des Ersten Senats vom 18. 7. 2012*. Online: https://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/ls20120718_1bvl001010.html [27.06.2015].
- Busse, R., Blümel, M., & Ognyanova, D. (2013). *Das deutsche Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.
- Carlsson, JM., Olsen, DR., Mortensen, EL., & Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: A 10-year follow-up of tortured refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 725-731.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-19.
- Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2010). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20101101_p-t-finanzierung-fluechtlinge_symposium.pdf [10.08.2015]
- Classen, G. (2011). *Das Asylbewerberleistungsgesetz und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum*. Stellungnahme zur Anhörung am 07.02.2011 im Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages. Online: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_Verfassung.pdf [10.08.2015]
- Creamer, MC., Burgess, P., & McFarlane, AC. (2001). Posttraumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Falk, B., Hersen, M., & Van Hasselt, VB. (1994). Assessment of Post-Traumatic Stress Disorder in Older Adults: A Critical Review. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 383-415.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, & L., Wöller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1. *Trauma und Gewalt*, 5(3), 202-210.
- Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2013). *Stellungnahme zur Novellierung der verfassungswidrigen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes*. Online: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/FRBerlin_AsylbLG_BMAS_060113.pdf [10.08.2015]
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2011): *Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender*. Online: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/>

- medi-
a.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf [25.06.2015]
- Gerritsen, AA., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, LH., Hovens, JE., & van der Ploeg, HM. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 18-26.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 327-338.
- Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T., & Müller, J. (2014). Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818 - 825.
- Hohm (Hrsg.) (1997). *Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): Gemeinschaftskommentar*. Neuwied: Luchterhand.
- Kessler, RC., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch General Psychiatry*, 52(12), 1048-60.
- Kluge, U. et al. (2012). Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *European Psychiatry*, 27(2), 56-62.
- Laban, CJ., Komproe, IH., Gernaat, HB., & de Jong, JT. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 507-15.
- Lambert, JE., & Alhassoon, OM. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28-37.
- Link, M./ Willer, A. (2007): *Gleichbehandlung schafft auch künftig keine Gleichbehandlung. Gesetzlich normierte Diskriminierung von Flüchtlingen*. Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V. für die Ringvorlesung am 17.10.2007, FHS Kiel. Online: https://www.fh-kiel.de/fileadmin/data/sug/pdf-Dokument/Ringvorlesung/Diskriminierung_Fluechtling_e.pdf [30.09.2014].
- Marshall, GN., Schell, TL., Elliott, MN., Berthold, SM., & Chun, CA. (2005) Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*, 294(5), 571-9.
- McFarlane, CA., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 539-67.
- Melchinger, H. (2011). Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. *Monitor Versorgungsforschung*, 4, 35-40.
- Niklewski, G., Richter, K., Lehfeld, H. (2012). *Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für "Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern - Zirndorf"*. Nürnberg: Klinikum Nürnberg.
- OECD (2015). *Country Note: How does health spending in Germany compare?* OECD Health Statistics 2015. Online: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-GERMANY-OECD-Health-Statistics-2015.pdf> [14.07.2015]
- Perkonig, A., Kessler, RC., Storz, S., & Wittchen, HU. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Pieper, T. (2008): *Die Gegenwart der Lager. Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik*. Westfalen: Dampfboot-Verlag.
- Pohl, R. (2015). Wie lange dauert ein Asylverfahren? Online: <http://www.brd-drittelwelt.de/pdf/2015-04-asylverf-laenge.pdf> [02.07.2015]
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Slobodin, O., & de Jong, JT. (2014) Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.
- Strijk, P., van Meijel, B., & Gamel, CJ. (2011). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 48-55.
- Süddeutsche Zeitung (18. Mai 2015). Staatsanwaltschaft ermittelt im Fall Burbach gegen 50 Personen. *Süddeutsche Zeitung*. Online: <http://www.sueddeutsche.de/politik/misshandlung-von-fluechtlingen-staatsanwaltschaft-ermittelt-im-fall-burbach-gegen-personen-1.2483538> [13.07.2015]
- The Commonwealth Fund (2015). *2014 International Profiles of Health Care Systems*. Online: <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-re->

- port/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf?la=en [14.07.2015]
- UNHCR (2014). *World at War - Global trends - Forced Displacement in 2014*. Online: https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fileadmin/redaktion/PDF/UNHCR/Global_Trends_2014.pdf [19.06.2015]
- Wendel, K. (2014). *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Online: http://www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_02.pdf [10.08.2015]
- Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(18): A-899 / B-783 / C-779.
- Gesetze, Richtlinien & Konventionen**
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Bundesministerium des Innern, *Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern*, BGBl. I S. 1499 (vom 6. Juni 2013). Online: http://www.gesetze-im-internet.de/beschv_2013/BJNR149910013.html
- Asylbewerberleistungsgesetz*, BGBl. I S. 2022 (vom 5. August 1997). Online: <http://www.gesetze-im-internet.de/asyblbg/BJNR107410993.html>
- Asylverfahrensgesetz*, GBl. I S. 2439 (vom 26. Juni 1992). Online: http://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR111260992.html
- Aufenthaltsgesetz*, BGBl. I S. 2439 (vom 30. Juli 2004). Online: http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/BJNR195010004.html
- Europäische Kommission, *Charta der Grundrechte der Europäischen Union* (vom 07. Dezember 2000). Online: http://ec.europa.eu/deutschland/pdf/eu_nachrichten/grundrechte-web.pdf
- Europäisches Parlament und Rat der Vereinten Nationen, *Dublin III-Verordnung*, 604/2013 (vom 26. Juni 2013) Online: http://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/gesetztexte/Aenderung_Dublin_VO.pdf
- Europäisches Parlament und Rat der Vereinten Nationen, *Richtlinie zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen 2013/33/EU* (vom 26. Juni 2013). Online: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>
- Europarat, *Europäische Menschenrechtskonvention* (vom 4. Juni 1950). Online: <https://dejure.org/gesetze/MRK>
- Europarat, *Europäische Sozialcharta* (vom 18. Oktober 1961). Online: <http://conventions.coe.int/Treaty/GER/Treaties/Html/035.htm>
- Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie* (zuletzt geändert am 16. Oktober 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger (Banz AT 02.01.2015 B2), in Kraft getreten am 3. Januar 2015). Online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-958/PT-RL_2014-10-16_iK-2015-01-03.pdf [06.08.2015]
- Vereinte Nationen, *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (vom 10. Dezember 1984). Online: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cat.pdf>
- Vereinte Nationen, *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. General Comment No. 3 of the Committee against Torture CAT/C/GC/3 (vom 19. November 2012). Online: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/GC/CAT-C-GC-3_en.pdf
- Vereinte Nationen, Generalversammlung, *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*, A/RES/217 A (III) (vom 10. Dezember 1948). Online: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Vereinte Nationen, Generalversammlung, *Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* (vom 19. Dezember 1966). Online: <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/360806/publicationFile/3618/IntSozialpakt.pdf>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1:</i> Die 26 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	24
<i>Abbildung 2:</i> Kriterien für gute kultursensible Therapien	25
<i>Abbildung 3:</i> Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren	26
<i>Abbildung 4:</i> Fortbildungs- und Sensibilisierungsarbeit durch die PSZ	27
<i>Abbildung 5:</i> Personelle Ressourcen in den PSZ - Qualifikationsprofile der Teams	28
<i>Abbildung 6:</i> Qualifikation der PsychotherapeutInnen sowie der MitarbeiterInnen in der Beratung	30
<i>Abbildung 7:</i> Einzugsgebiete der PSZ	31
<i>Abbildung 8:</i> KlientInnen in den PSZ	32
<i>Abbildung 9:</i> KlientInnen eines typischen Zentrums	33
<i>Abbildung 10:</i> Anzahl der KlientInnen in den Versorgungsangeboten der PSZ, sortiert nach Größe des Zentrums ..	34
<i>Abbildung 11:</i> Minderjährige Geflüchtete in den PSZ.....	34
<i>Abbildung 12:</i> Minderjährige KlientInnen im Vergleich zur Gesamtzahl der KlientInnen in den PSZ	35
<i>Abbildung 13:</i> Anzahl der MitarbeiterInnen und Stellenanteile in den PSZ.....	36
<i>Abbildung 14:</i> Stellenanteile in den PSZ	36
<i>Abbildung 15:</i> Überblick – Personelle Ressourcen in den PSZ.....	37
<i>Abbildung 16:</i> Verhältnis personeller Ressourcen zur Anzahl der KlientInnen	38
<i>Abbildung 17:</i> Anzahl der KlientInnen auf den Wartelisten der 23 Zentren, sortiert nach Größe des Zentrums	39
<i>Abbildung 18:</i> Wartezeiten auf Therapieplätze	40
<i>Abbildung 19:</i> Verhältnis von Neuaufnahmen und KlientInnen auf der Warteliste pro Monat	40
<i>Abbildung 20:</i> Ablehnungen in den PSZ.....	41
<i>Abbildung 21:</i> Verhältnis aufgenommener und abgelehnter KlientInnen	42
<i>Abbildung 22:</i> Verhältnis von Versorgungsbedarf und –Kapazität in den Psychosozialen Zentren	43
<i>Abbildung 23:</i> Budgets der Psychosozialen Zentren im Überblick	44
<i>Abbildung 24:</i> Finanzierungsanteile der PSZ.....	44
<i>Abbildung 25:</i> Jahreshaushalt eines typischen Psychosozialen Zentrums.....	45
<i>Abbildung 26:</i> Anteil der Psychotherapien, die mit den Leistungsträgern abgerechnet werden können	46
<i>Abbildung 27:</i> Ablehnungsquoten für Psychotherapien nach AsylbLG.....	47
<i>Abbildung 28:</i> Anzahl und Art der Vermittlungen in die Regelversorgung	51
<i>Abbildung 29:</i> Zuständigkeiten in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten	58

FOTOS

- S. 8: „Der Weg“, Larissa von Harling ©
S. 11: „Alban im Zimmer“. Martin Gommel/ flickr.com (CC BY-NC-SA)
S. 14: „Alban vor dem Essen“. Martin Gommel/ flickr.com (CC BY-NC-SA)
S. 20: „Mädchen“, Larissa von Harling ©
S. 23: Steffen Kuntuff/ photocase.com (eigene Bearbeitung)

ÜBER DIE BAFf

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

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den letzten 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 26 Psychosozialen und/oder Behandlungszentren und Initiativen, werden seit 1996 durch die BAFf als ihren Dachverband vernetzt.

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

Wir engagieren uns für den Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete und setzen

Impulse im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Diskurs. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei auch Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Die BAFf verfolgt Ihre Kernanliegen über folgende Aktivitäten:

Vernetzung:

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

Fachliche Expertise:

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

Datenerhebung und Hintergrundanalysen:

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

Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit:

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

Fort- und Weiterbildungen:

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

Adressen



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

Paulsenstr. 55-56
12163 Berlin

Telefon: +49 (0)30-31012463

E-Mail: info@baff-zentren.org

web: www.baff-zentren.org

Ansprechpartnerinnen in der Geschäftsstelle

Koordinatorin und Vorsitzende der BAFF e.V.

Elise Bittenbinder

Dipl.-Päd./Univ. Paar- und Familientherapeutin, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin

E-Mail: elise.bittenbinder@baff-zentren.org

MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle

Annette Kieser

Diplom-Geographin

E-Mail: annette.kieser@baff-zentren.org

Telefon: +49 (0) 30 – 82097355

Esther Kleefeldt

Diplom-Psychologin, Systemische Therapeutin

E-Mail: esther.kleefeldt@baff-zentren.org

Telefon: +49 (0) 30 – 82097128

Jenny Baron

Diplom-Psychologin

E-Mail: jenny.baron@baff-zentren.org

Telefon: +49 (0) 30 – 82097356

Silvia Schriefers

Diplom-Psychologin, Diplom-Sozialpädagogin, Psychologische Psychotherapeutin

E-Mail: silvia.schriefers@baff-zentren.org

Telefon: +49 (0) 30 – 31012463

Adressen der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Baden-Württemberg

BFU Ulm - Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm

Innere Wallstr. 6, 89077 Ulm
Tel.: 0731/228 36 oder /921 54 42
E-mail: BFUULM@web.de, kontakt@bfu-ulm.de
Website: www.bfu-ulm.de

PBV Stuttgart - Psychologische Beratungsstelle für politisch verfolgte und Vertriebene

Schloßstraße 76, 70176 Stuttgart
Tel: 0711/28544 50
E-mail: pbv@eva-stuttgart.de
Website: <http://www.eva-stuttgart.de/fluechtlinge-mit-traumaerfahrung.html>

Refugio Stuttgart e.V.

Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
Weißenburgstr.13, 70180 Stuttgart
Tel.: 0711/6453 127
E-mail: info@refugio-stuttgart.de
Website: www.refugio-stuttgart.de

Refugio Villingen-Schwenningen

Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
Schwedendammstr. 6, 78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721/5041-55
E-mail: refugio.vs@t-online.de
Website: www.refugio-vs.de

Bayern

exilio Lindau - Hilfe für Flüchtlinge und Folterüberlebende e.V.

Reutiner Str. 5, 88131 Lindau
Tel.: 08382/40 94 50
E-mail: info@exilio.de
Website: <http://www.exilio.de>

PSZ Nürnberg - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

St.-Johannis-Mühlgasse 5, 90419 Nürnberg
Tel:0911/393 63-60
E-Mail: spendla.daniela@rummelsberger.net
E-Mail: buellesbach.charlotte@rummelsberger.net

REFUGIO München - Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

Rosenheimer Straße 38, 81669 München
Tel.: 089/982 95 70
E-mail: office@refugio-muenchen.de
Website: www.refugio-muenchen.de

Berlin

bzfo Berlin - Behandlungszentrum für Folteropfer

Turmstr. 21 - GSZ Moabit Haus K Eingang C, 3. OG
10559 Berlin
Tel.: 030/303 90 60
E-mail: mail@bzfo.de
Website: www.bzfo.de

XENION Berlin - Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.

Paulsenstr.55/56, 12163 Berlin
Tel.: 030/323 29 33
E-mail: info@xenion.org
Website: www.xenion.org

Bremen

REFUGIO Bremen - Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Parkstr. 2-4, 28209 Bremen
Tel.: 0421/376 07 49
E-mail: refugio-bremen@t-online.de
Website: www.refugio-bremen.de/

Brandenburg

Gesellschaft für Inklusion und Soziale Arbeit - ISA e.V FaZIT - Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz

Zum Jagenstein 3, 14478 Potsdam
Tel.: 0331/ 9676250
E-Mail: info@fazit-brb.de
Website: <http://www.fazit-brb.de>

Kooperation für Flüchtlinge in Brandenburg c/o

KommMit e.V.
Turmstraße 21, Haus K, Eingang D, 2.OG links
10559 Berlin
Tel.: 030-983 537 31
E-Mail: m.misselwitz@kommmit.eu
Website: <http://kooperation-für-flüchtlinge-in-brandenburg.de/>

Hamburg

Haveno

Gesundheitszentrum St. Pauli, Haus 5
Seewartenstr. 10, 20459 Hamburg
Tel./Fax: 040-31 79 35 35
E-Mail: info@haveno.de
Website: www.haveno.de

Hessen

Evangelisches Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt am Main. Haus am Weißen Stein - Beratung und Therapie für Flüchtlinge

Eschersheimer Landstr. 567, 60431 Frankfurt/Main
Tel: 069/53 02-291
E-mail: fluechtlingsberatung@erv-frankfurt

FATRA - Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.

Berger Strasse 118, 60316 Frankfurt/Main
Tel.: 069/49 91 74
E-mail: fatra@t-online.de
Website: www.fatra-ev.de

Mecklenburg-Vorpommern

Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern

im Kreisdiakonischen Werk Greifswald-Ostvorpommern
Kapaunenstraße 10, 17489 Greifswald
Tel.: 03834 23 11 269
E-Mail: psz@kdw-greifswald.de
Website: http://www.kdw-greifswald.de/bereich_fluechtber.htm

Niedersachsen

IBIS-Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.

Klävemannstr.16, 26122 Oldenburg
Tel.: 0441 - 88 40 16
E-Mail: info@ibis-ev.de
Website: www.ibis-ev.de

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN)

Marienstr. 28, 30171 Hannover
Tel.: 0511/ 85644510
E-Mail: ntfn-ev@web.de
Website: <http://www.ntfn.de/>

Nordrhein-Westfalen

MFH Bochum - Medizinische Flüchtlingshilfe e.V.

Dr.-Ruer-Platz 2, 44787 Bochum
Tel.: 0234/ 904 13 80
E-mail: info@mfh-bochum.de
Website: www.mfh-bochum.de

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

Mariahilfstr.16, 52062 Aachen
Tel.: 0241/49000
E-mail: paez.ac@t-online.de und Psz.ac@gmx.de

PSZ Bielefeld - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

(Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und AK Asyl e.V.)
Friedenstr. 4-8, 33602 Bielefeld
Tel. 05 21 - 7 87 - 1 52 46
E-Mail: dallwitz@ak-asyl.info
Website: www.psz-nrw.de/psz-netzwerk/psz-bielefeld/

PSZ Düsseldorf - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

Benrather Str. 7, 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211/544 173 22
E-mail: info@psz-duesseldorf.de
Websites: www.psz-duesseldorf.de

Therapiezentrum für Folteropfer/Flüchtlingsberatung Caritasverband für die Stadt Köln e.V.

Spiesergasse 12, 50670 Köln
Tel.: 0221/160 74-0
E-mail: therapiefolteropfer@caritas-koeln.de und fluechtlingsberatung@caritas-koeln.de
Website: www.therapiezentrum-fuer-folteropfer.de

Rheinland-Pfalz

AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz

St.-Veit-Str. 14, 56727 Mayen
Tel.: 02651/98 690
E-mail: info@caritas-mayen.de

Dazu gehören das *PSZ in Mayen „In Terra“* im Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V., das PSZ im Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten des Diakonischen Werks *Altenkirchen* und die Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge in *Trier*.

Saarland

PSZ Saarbrücken - Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

Vollweidstr. 2, 66115 Saarbrücken
Tel.: 0681/976 42 70
E-mail: beratungszentrum@lv-saarland.drk.de
website: www.lv-saarland.drk.de/

Sachsen

Caktus e.V.

Riemannstraße 32, 04107 Leipzig
Tel.: 0341/22545-44/74
E-mail: migration@caktus.de
Website: www.caktus.de

Mosaik Leipzig - Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e.V.

Eisenbahnstraße 66, 04315 Leipzig
Tel: 0341/ 22305780
E-Mail: info@mosaik-leipzig.de
Website: www.mosaik-leipzig.de

Sachsen-Anhalt

Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen in Sachsen-Anhalt

Marienstr. 27a, 06108 Halle (Saale)
Tel.: 0345 21 25 768
E-mail: kontakt@psz-sachsen-anhalt.de
Website: www.psz-halle.de

Zweigstelle: PSZ Magdeburg

Annastrasse 26, 39108 Magdeburg
Tel: 0391/63109807
Email: info@psz-sachsen-anhalt.de

Thüringen

refugio thüringen - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V.

Wagnergasse 25, 07743 Jena
Tel.: 03641/22 62 81
E-mail: koordination@refugio-thueringen.de
Website: www.refugio-thueringen.de

UNTERSTÜTZEN SIE DIE BAFF

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

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

Werden Sie Einzelfördermitglied

Sie können als Einzelfördermitglied der BAFF unsere Arbeit nachhaltig und wirkungsvoll unterstützen. Als Fördernde der BAFF zahlen Sie einen Beitrag von 60 Euro jährlich. Mit Ihrer Förderung können Sie aktiv eine Veränderung in unserer Gesellschaft mitgestalten und den Überlebenden von Folter oder schweren Menschenrechtsverletzungen helfen.

Als Einzelfördermitglied erhalten Sie regelmäßig Newsletter, in denen Sie über die laufenden Aktivitäten der BAFF informiert werden, unsere Veröffentlichungen, Veranstaltungshinweise und einen Jahresbericht. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, an der jährlich stattfindenden Mitgliederversammlung im Rahmen der bundesweiten Fachtagung teilzunehmen, die wir jedes Jahr im Herbst in Kooperation mit einem unserer Mitgliedszentren organisieren.

Kontaktieren Sie uns einfach per Email (info@baff-zentren.org), dann schicken wir Ihnen alle nötigen Unterlagen zu. Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. Sie können Ihre Mitgliedschaft jederzeit kündigen.

Oder helfen Sie uns mit einer einmaligen Spende auf unser Spendenkonto:

Unterstützen Sie die BAFF:
Jede Spende hilft!

BAFF e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE86 100205000003209600
BIC: BFSWDE33BER

Sie erhalten auf Wunsch umgehend eine Spendenquittung.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!