



Traumatisierte Geflüchtete

**4. Versorgungsbericht
Baden-Württemberg**

Traumatisierte Geflüchtete

4. Versorgungsbericht

Ambulante medizinische, psychosoziale
und psychotherapeutische Versorgung
von traumatisierten Geflüchteten
in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg, 2025



Landesärztekammer
Baden-Württemberg



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Impressum

Herausgeber:

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart
www.ärztekammer-bw.de

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
www.lpk-bw.de

Fachkapitel:

Natascha Anka, Pedram Badakhshan, Dr. Noémi Földes-Cappelotto, Natalia Häusler, Torsten W. Licker, Dr. Regina Saile, Ulrike Maria Schneck

Mit freundlicher Unterstützung durch Yukako Karato, BAfF-Leistungsabfrage 2024

Redaktion, Lektorat:

Dr. Oliver Erens, Tobias Langenbach, Amelie Dittmar

Layout:

Wiebke Drude

Redaktionsschluss:

November 2025

Abbildungen:

Landesärztekammer Baden-Württemberg, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Adobe Stock

Management Summary

Management Summary

Management Summary

Psychosoziale Kontextfaktoren und psychische Gesundheit geflüchteter Menschen

Geflüchtete Menschen in Baden-Württemberg (und ganz Deutschland) sind oft mehrfach traumatisiert. Belastende Erlebnisse geschehen vor, während und nach der Flucht: Vor der Flucht stehen Krieg, Verfolgung, Unterdrückung und Gewalt im Vordergrund. Während der Flucht kommen oftmals Inhaftierungen, Gewalt durch Grenzpolizei und sogenannte Pushbacks hinzu. Nach der Ankunft in Deutschland beeinträchtigen unsichere Bleibeperspektiven, drohende Abschiebungen, Trennung von Familienangehörigen, Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften sowie Diskriminierungs- und Rassismus-Erfahrungen die Integration und Gesundheit.

Im Gegensatz zum letzten Versorgungsbericht (2020) haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Deutschland, unter denen viele Geflüchtete ankommen und leben, verändert: Leistungskürzungen, Ausweitung der „sicheren Herkunftsstaaten“ und der Möglichkeiten von Abschiebehaft sowie die Verlängerung der Geltungsdauer des Asylbewerberleistungsgesetzes sind einige Beispiele dafür, dass es für viele – darunter schwer traumatisierte – Menschen schwieriger geworden ist, „Fuß zu fassen“ oder gar adäquat medizinisch-therapeutisch versorgt zu werden. Neue Bestimmungen des von der EU reformierten Gemeinsamen Asylsystems (GEAS) treten 2026 in Kraft. Die damit verbundenen weitreichenden Veränderungen werden weitere Verschärfungen mit sich bringen.

Allgemeine Versorgungslage und sich daraus ergebende Probleme

Die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung in Deutschland leidet unter strukturellen Problemen wie Überlastung, langen Wartezeiten und Fachkräftemangel. Für Geflüchtete kommen spezifische Zugangshürden aufgrund ihrer sozialrechtlichen Sonderstellung hinzu.

Eingeschränkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): Asylsuchende haben in den ersten 36 Monaten keinen automatischen Anspruch auf psychotherapeutische Leistungen. Diese müssen beim Sozialamt beantragt und individuell genehmigt werden. Der Antragsprozess ist langwierig, die Bewilligung liegt im Ermessen der Sozialämter. Mehrmonatige Bearbeitungszeiten ohne Aussicht auf eine Kostenzusage können dazu führen, dass Therapien gar nicht zustande kommen oder abgebrochen werden.

Auch professionelle Sprachmittlung ist immer noch keine Kassenleistung und wird nicht systematisch finanziert. Kosten müssen oft selbst getragen werden oder es muss auf ehrenamtliche Dolmetscher (ggf. Angehörige) zurückgegriffen werden. Der Einsatz dieser Laiendolmetscher birgt allerdings Risiken (fehlende Fachkenntnis, mangelnde emotionale Distanz, Loyalitätskonflikte etc.), so dass in der Folge die Ergebnisse der Behandlung beeinträchtigt werden können.

Die Kombination aus allgemein knappen Kapazitäten und den speziellen Hürden des AsylbLG führt zu einer Unterversorgung vieler psychisch erkrankter Geflüchteter. Ausnahmen von diesen Einschränkungen bestehen „nur“ unter anderem für ukrainische Kriegsflüchtlinge (bislang voller GKV-Zugang) und unbegleitete minderjährige Geflüchtete (über das Jugendamt).

Management Summary

Die Psychosozialen Zentren (PSZ) in Baden-Württemberg

Psychosoziale Zentren (PSZ) stehen außerhalb der Regelversorgung und sind auf die multilinguale, traumasensible psychosoziale Versorgung von Geflüchteten spezialisiert. Die Arbeit umfasst traumaspezifische Psychotherapie, psychologische und (fach-)ärztliche Diagnostik, Krisenintervention, Hilfe bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragen sowie Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Die PSZ arbeiten mit Sprachmittlern oder muttersprachlichen Mitarbeitenden, oft über eigene Sprachmittlerpools. Aktuell existieren in Baden-Württemberg neun PSZ: davon zwei in Stuttgart (eines davon mit Regionalstelle in Tübingen), jeweils eines in Ulm und Villingen-Schwenningen, drei in Südbaden und zwei in Nordbaden beziehungsweise Karlsruhe. Fünf dieser Zentren bestehen seit fast 20 Jahren; vier Zentren sind seit 2018 dabei.

Im Jahr 2024 versorgten die baden-württembergischen PSZ insgesamt 2.559 Klienten. Zwischen den Landkreisen sind große Unterschiede festzustellen, bisher kann bei Weitem nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. Auch in Gebieten, in denen vergleichsweise viele Klienten behandelt wurden, besteht weiterhin deutlich mehr Bedarf als es die Kapazitäten der PSZ zulassen. Gemessen am Anteil von 30 Prozent der geflüchteten Menschen, die laut Studienlage aufgrund traumatischer Erfahrungen einen Bedarf an psychosozialer/psychotherapeutischer Versorgung haben, liegt der Anteil der Schutzbedürftigen, die durch die PSZ im Südwesten versorgt werden konnten, bei 2,2 Prozent und damit unter dem Bundesdurchschnitt von 3,3 Prozent.

Finanzierung der PSZ

Die PSZ werden bis auf wenige Ausnahmen nicht über das System der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Stattdessen greift eine komplexe Mischfinanzierung (mit bis zu 14 verschiedenen Kostenträgern). Zusammengenommen wurden 2025 in Baden-Württemberg 49 Prozent des Jahresbudgets der Zentren aus Bundes-, Landes- und kommunalen Mitteln abgedeckt. Weitere 29 Prozent kommen über zeitlich begrenzte AMIF-Projektförderungen (auf europäischer Ebene) zustande.

Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der Finanzierung auf mehreren Ebenen: Die bestehende institutionelle Landesförderung ist jahresübergreifend nicht verlässlich stabil. Der Europäische Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) ist in seiner Bedeutung gestiegen, allerdings wurde die Antrags-Annahme Anfang 2025 auf unbestimmte Zeit eingestellt, was zu Unsicherheiten und finanziellen Einbußen führte; die zukünftige Ausrichtung ist offen. Auch Bundesmittel variieren in den (geplanten) Fördersummen und bieten kaum Planungssicherheit. Die angespannte Haushaltslage vieler Kommunen lässt Probleme bei der zukünftigen Gewährung (freiwilliger) kommunaler Mittel erwarten. Und Spenden- und Stiftungsgelder sowie Projektförderungen sind volatil und bedeuten hohen Aufwand bei der Antragstellung und Abgrenzung der jeweiligen Förderzwecke und -vorgaben.

Zusammengefasst bietet das komplexe, auf mehreren Ebenen ablaufende Finanzierungssystem keine langfristige und verlässliche Stabilität. Zudem führt es bei PSZ-Mitarbeitenden zu hoher Bürokratiebelastung (z. B. durch wiederkehrende Antragstellung) und zu geringer Planungssicherheit (welche Hilfen werden in welcher Höhe wie lang gewährt?). Die unsichere Situation gefährdet in der Folge die Nachhaltigkeit der angebotenen Leistungen und erschwert die Gewinnung und Bindung von qualifiziertem Fachpersonal.

Management Summary

Reformbedarf

Angesichts der vielen Herausforderungen sind verschiedene Maßnahmen notwendig, um die Situation zum Positiven zu verändern. Einige Kernforderungen (alle Maßnahmen ab S. 63):

Die PSZ brauchen eine verlässliche, nachhaltige und am Versorgungsbedarf ausgerichtete finanzielle Absicherung aus öffentlichen Mitteln. Dies senkt die bürokratische Belastung für PSZ-Mitarbeitende und fördert Planungssicherheit sowie die Nachhaltigkeit der angebotenen Leistungen. Die seit 2023 eingerichtete institutionelle PSZ-Förderung durch das Land Baden-Württemberg brachte Verbesserungen; die Höhe der Förderung ist jahresübergreifend aber nicht verlässlich stabil und macht nur einen kleinen Anteil des Gesamtbedarfs der PSZ aus.

Der Ausbau und die Finanzierung von professioneller Sprachmittlung im Gesundheitswesen muss verbindlich geregelt werden. Geboten wäre ein gesetzlich verankter Anspruch, der auch AsylbLG-Betroffene einschließt. Die Behandlungssicherheit und -qualität würde so enorm verbessert. Die Vergütung der professionell Sprachmittelnden sollte ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit entsprechen und ihnen ermöglichen, Schulungen/Supervision in Anspruch zu nehmen. Die Landesregierung plädierte 2021 für eine Kostenübernahme der Sprachmittlung durch den Bund. Angesichts nicht absehbarer bundesweiter Regelungen muss sie (Übergangs-)Regelungen finden.

Den PSZ muss unbürokratisch ermöglicht werden, Therapiekosten jenseits der Ermächtigungsregelung abzurechnen. Zudem sollten Landkreise für Geflüchtete, denen Leistungen nach dem AsylbLG zustehen, die Kosten für erforderliche psychotherapeutische Behandlungen und sprachmittlungsgestützte Krisenintervention übernehmen und die Beantragung und Abrechnung durch die PSZ vereinfachen.

Behandlung von Traumfolgen der Geflüchteten als Prävention begreifen und die PSZ in der Grundversorgung verankern: Aus dem Arbeitsalltag der PSZ ist bekannt, dass die Nichtbehandlung psychischer Traumafolgen mit einem erhöhten Risiko der Eigen- und Fremdgefährdung einhergehen kann. Die rechtzeitige Behandlung von traumatisierten Geflüchteten kann also das Risiko für Suizide und auch für aggressive Handlungen gegen Andere senken. Psychosoziale Zentren sollten deshalb Teil der Grundversorgung sein. Ohne sie bleiben viele Überlebende von Folter und Krieg unversorgt – was neben dem individuellen Leiden mit hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft einhergeht.

Es ist dringend ein **fachliches diagnostisches Angebot flächendeckend und systematisch** in den Erstaufnahmeeinrichtungen umzusetzen.

Die **Entwicklung eines landesweiten, multidisziplinären Behandlungskonzepts** unter Einbeziehung aller relevanten Institutionen sollte vorangetrieben werden.

Die **Bedarfsplanungen müssen angepasst** und **Förderprogramme seitens des Landes sollten aufgesetzt werden**, um ambulante psychotherapeutische Versorgung (auf dem Land) attraktiver zu machen.

Politisch Verantwortung übernehmen: Im gesellschaftlich-politischen Diskurs über (traumatisierte) Geflüchtete ist seit dem letzten Versorgungsbericht zunehmend eine ablehnende Haltung durch populistische Strömungen festzustellen. Deshalb sollten Entscheidungsträger in Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft in der Diskussion über den Umgang mit dieser hoch vulnerablen Gruppe wieder stärker den präventiven Wert und die erwiesene Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration von Geflüchteten durch die oben genannten Maßnahmen kommunizieren.

Inhalt

Management Summary	5
Vorworte der Herausgeber	11
Für die Landesärztekammer Baden-Württemberg	12
Für die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg	14
1 Psychosoziale Kontextfaktoren und psychische Gesundheit geflüchteter Menschen.....	17
1.1 Aktuelle Studien zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen	20
1.2 Exkurs: Diskriminierung und Rassismus-Erfahrungen	22
2 Allgemeine Versorgungslage psychisch erkrankter Menschen und sich daraus ergebende Probleme	29
2.1 Überblicksdaten psychiatrischer und psychotherapeutischer Regelversorgung in Deutschland	30
2.2 Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen	32
2.3 Exkurs: Geflüchtetenversorgung und Daten der Krankenkassen	37
3 Die Psychosozialen Zentren (PSZ) in Baden-Württemberg	39
3.1 Allgemeine Aspekte zur Arbeit.....	40
3.2 Kernangebote und Leistungsspektrum der PSZ	42
3.3 Vorstellung der PSZ in Baden-Württemberg	44
3.4 Die von den baden-württembergischen PSZ geleistete Versorgung im Jahr 2024	45
3.5 Evaluation.....	54
4 Finanzierung der PSZ.....	57
4.1 Hauptförderquellen der PSZ.....	58
4.2 Förderungen aus öffentlicher Hand	59
4.3 Sonstige Strukturförderungen, Projekte, Spenden und Trägermittel.....	61
5 Reformbedarf: Wo und wie Veränderungen nötig sind.....	63
5.1 Finanzierung.....	64
5.2 Fachliches	67
5.3 Politische Rahmenbedingungen.....	68
6 Exkurs: Andere Akteure in der Geflüchtetenhilfe und -versorgung.....	73
6.1 „BW schützt!“	74
6.2 Flüchtlingsrat Baden-Württemberg.....	76

Vorworte der Herausgeber

Vorworte der Herausgeber



Für die Landesärztekammer Baden-Württemberg

Seit der ersten Auflage 2011 legen die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nun bereits das vierte Mal gemeinschaftlich ihren Bericht zur Versorgungslage psychisch traumatisierter Geflüchteter vor.

Obwohl an manchen Punkten Verbesserungen erzielt werden konnten, bleibt die Versorgung geflüchteter Menschen in Baden-Württemberg seit der letzten Ausgabe des Versorgungsberichtes im Jahr 2020 weiterhin herausfordernd. Immer noch ist die Versorgung eines hohen Anteils von Geflüchteten mit Gewalt- und Traumatisierungs-Erfahrung nicht umfassend realisiert und stellt unser Gesundheitssystem vor Probleme.

Wenngleich die Zahlen der Geflüchteten selbst als Folge einer europaweiten restriktiven Migrationspolitik rückläufig sind, besteht deshalb weiterhin klarer Verbesserungsbedarf. Die politische Debatte hat sich hingegen in den letzten Jahren deutlich verschärft, was in einem Erstarken rechtspopulistischer Strömungen und Parteien mit einer Verschärfung der Gesetzgebung wie auch weiteren Einschränkungen des Leistungsumfangs der Versorgung Geflüchteter seinen Niederschlag findet.

Im gesellschaftlichen Diskurs werden trotz der Faktenlage laute Stimmen deutlicher wahrgenommen, die eine notwendige Verschärfung und Abschottung propagieren. Auf gesetzlicher Ebene wird das Gemeinsame Europäische Asylsystem GEAS, das im Jahr 2026 umgesetzt werden soll, europaweit den gesetzlichen Rahmen der Migrationspolitik vorgeben. Es wird aber auch mit einer weiteren Verschärfung wesentlichen Einfluss auf die Lebensrealität in Deutschland lebender Migranten haben.

In diesem Klima bleibt die Versorgung Geflüchteter weiterhin herausfordernd und keine leichte Aufgabe. Die Prämissen müssen dabei unserem humanitären Anspruch gleichbleiben: Notwendig sind verlässlichere Zugangsmöglichkeiten, bedarfsgerechte Ressourcenplanung und eine behutsame, kultursensible Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Berichte über Gewalttaten, die im Kontext

Vorworte der Herausgeber

von Geflüchteten aufkommen, dürfen nicht pauschal auf alle Geflüchteten übertragen werden. Sie müssen sorgfältig von der epidemiologischen Realität der Versorgungsbedürfnisse mit therapeutischem und in diesem Zusammenhang möglicherweise sogar präventivem Ansatz getrennt werden.

Der vorliegende Versorgungsbericht gibt Einblick in die Tätigkeit und den bemerkenswerten Leistungsumfang der Psychosozialen Zentren. Er dokumentiert die Realität der Versorgung psychisch traumatisierter Geflüchteter. Während sich die Behandlung Geflüchteter unter dem eingeschränkten Leistungsumfang des Asylbewerberleistungsgesetzes als durchgängig schwierig erweist, leisten die PSZs mit zumeist ehrenamtlichem Engagement und zugleich hochprofessionell einen zentralen Anteil in der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Geflüchteter außerhalb der Regelversorgung. Ihre Arbeit verdient höchste Anerkennung und eine nachhaltige Stärkung der Unterstützung.

Trotz der engagierten Arbeit und Vernetzung in bestehenden Strukturen muss auch aktuell festgestellt werden, dass vielfach Defizite weiterhin bestehen. Immer noch sind der Zugang zur Versorgung, die Finanzierung und die konkrete Umsetzung von Sprachmittlung und Dolmetscherdiensten essenziell. Die Übernahme von Kosten für Sprachmittlung bleibt eine zentrale Herausforderung, die trotz vielfacher Appelle immer noch nicht umgesetzt ist und weiterhin vieler Anstrengungen bedarf, um eine adäquate Versorgung zu ermöglichen.

Darüber hinaus ist systematische Versorgungsforschung unverändert notwendig: Nur wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse ermöglichen die Etablierung nachhaltiger, wirksamer Behandlungs- und Therapiestrukturen. Die Erhebung und Auswertung zugrundeliegender Versorgungsdaten bleiben entscheidend, um Versorgung zu gewährleisten und effektiv zu gestalten – auch vor dem Hintergrund der veränderten Flucht- und Zuwanderungssituation. Der öffentliche Diskurs muss die Versorgung Geflüchteter nicht nur als humanitären Auftrag, sondern als integralen Bestandteil einer funktionierenden Gesellschaft begreifen und damit Verlässlichkeit, Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung stärken.

Genau an diesen Punkten soll der vorliegende Versorgungsbericht wesentliche Unterstützung leisten: Er verschafft einen Überblick über den derzeitigen Leistungsumfang und bewertet den Bedarf vor dem Hintergrund einer sich abschwächenden Zuwanderung. Gleichzeitig werden Defizite benannt und pragmatische, sowohl kurz- als auch langfristig wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Situation vorgeschlagen.

Wir hoffen, dass der vorliegende Versorgungsbericht diesem Auftrag gerecht wird und einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Versorgung psychisch traumatisierter Geflüchteter in Baden-Württemberg leisten kann.

Dr. Wolfgang Miller
Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. Robin T. Maitra, MPH
Vorstandsmitglied und Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Vorworte der Herausgeber



Für die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Seit der Veröffentlichung des Vierten Versorgungsberichts im Jahr 2020 haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen tiefgreifend gewandelt. Zu den bereits bestehenden Herausforderungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sind in den vergangenen Jahren neue, schwerwiegende Belastungsfaktoren hinzugereten. Die aktuelle Dekade ist geprägt von krisenhaften Ereignissen und gesellschaftlichen Umbrüchen, die unmittelbare wie auch mittelbare Auswirkungen sowohl auf das Gesundheitssystem insgesamt als auch auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung haben. Die Corona-Pandemie und die Maßnahmen, um sie einzudämmen, haben neben Spätfolgen der Erkrankung bei vielen – insbesondere jungen – Menschen Spuren psychischer Belastung hinterlassen. Beides stellt das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. Der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine und die daraus resultierende Fluchtmigration, geopolitische Spannungen, wirtschaftliche Unsicherheiten sowie zunehmende soziale Disparitäten stellen die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung vor nie dagewesene Bewährungsproben.

Das Thema „Migration und Flucht“ gerät in der öffentlichen Diskussion seit zehn Jahren kontinuierlich zunehmend zum Spielball politischer Auseinandersetzungen und wird von rechtspopulistischen Parteien gezielt instrumentalisiert. In solchen Debatten droht die Lebensrealität geflüchteter Menschen verzerrt dargestellt zu werden, während ihre tatsächlichen psychischen und physischen Belastungen in den Hintergrund geraten. Umso wichtiger ist es, den Blick konsequent auf wissenschaftlich gesicherte Daten zu richten und sich klar zu den unveräußerlichen Werten einer demokratischen und menschenwürdigen Gesellschaft zu bekennen.

Die Zahl in Deutschland neu ankommender Flüchtlinge hat sich zwar inzwischen deutlich verringert, jedoch leiden viele der schon lange in Deutschland lebenden Geflüchteten weiter unter teils erheblichen psychischen Störungen und Beeinträchtigungen – infolge der Traumatisierungen im Herkunftsland und auf der Flucht, aber auch infolge der fortbestehenden Schwierigkeiten bei der psychosozialen Integration in unserem Land.

Vorworte der Herausgeber

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre verdeutlichen, wie eng psychische Gesundheit und die medizinisch-psychiatrische sowie psychotherapeutische Versorgung mit politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklungen verknüpft sind. Krisenhafte Veränderungen wirken dabei wie ein Lackmustest: Sie treffen zuerst die brüchigsten Stellen, wo die Stabilität lediglich oberflächlich oder gar illusorisch ist, und bringen somit die größten Probleme des Versorgungssystems zum Vorschein.

Der Bericht enthält eine differenzierte Analyse der verschiedenen Gruppen der Geflüchteten, wobei die relevanten Faktoren systematisch – sowohl einzeln als auch in ihrer Gesamtheit und Heterogenität – berücksichtigt werden. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die gruppenspezifischen Unterschiede gelegt, etwa im Hinblick auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen und/oder die traumabezogenen Einflussfaktoren, die von grundlegender Bedeutung für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen und für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sind.

Anhand aktueller Daten und Fakten spiegelt der vorliegende Bericht die konkrete Versorgungssituation wider. Er zeigt nicht nur die wachsende Belastung, mit der das bestehende Versorgungssystem auf den unterschiedlichen Ebenen konfrontiert ist, sondern auch, wie diese Entwicklung das Gesamtsystem beansprucht. Damit wird sichtbar, in welchem Ausmaß Kapazitäten ausgeschöpft sind, strukturelle Engpässe fortbestehen und sich Versorgungsdefizite trotz steigender Fachzahlen verschärfen. Besonders deutlich wird dies in den aktualisierten Kennzahlen zu Wartezeiten, Auslastung und vorhandenen Ressourcen, die ein präzises Bild der aktuellen Lage zeichnen.

Zudem wird in dem Bericht die Diskrepanz zwischen dem rechtlich vorgesehenen Anspruch und seiner praktischen Umsetzbarkeit eindrücklich aufgezeigt. So können die nach wie vor unzureichende professionelle Sprachmittlung und lange Wartezeiten den Zugang zu psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfe oft erheblich einschränken. Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz traumabezogener Störungen in dieser Gruppe verdeutlicht der Bericht die Dringlichkeit, bestehende Strukturen anzupassen und gezielte Reformen einzuleiten.

Mit diesem Bericht soll die Problematik der aktuellen Versorgungslage nicht abstrakt, sondern in konkreten und messbaren Dimensionen dargestellt werden. Ziel ist es, die dramatische Realität der gegenwärtigen Versorgungssituation sichtbar zu machen und einen fundierten Beitrag zu den notwendigen politischen und fachlichen Debatten zu leisten.

Die knappe, aber überzeugende Sprache der Zahlen macht die kritische Lage unübersehbar und lässt keinen Raum für unterschiedliche Deutungen. Zugleich weist sie klar auf den Handlungsspielraum hin und untermauert die dringende Notwendigkeit entschlossener politischer Maßnahmen und akuten Reformbedarfs.

Nach wie vor gilt: Die Humanität einer Gesellschaft bemisst sich nach ihrem Umgang mit den Schwächsten. Deshalb ist die Sicherstellung einer guten psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter weiter eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Eine nicht nur durch Verringerung des psychischen Leids, sondern auch durch die damit ermöglichte Verbesserung der psychosozialen und beruflichen Integration gesellschaftlich lohnende Investition.

Dr. Dietrich Munz
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Dr. Erik Nordmann
Vorstandsmitglied und Menschenrechtsbeauftragter der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Genderhinweis

Um einen flüssigen und gut lesbaren Text zu gewährleisten, wird in den folgenden Ausführungen auf durchgängiges Gendern verzichtet. Dies dient allein der sprachlichen Vereinfachung und stellt keinerlei Wertung dar. Alle Personen – gleich welchen Geschlechts – sind in die dargestellten Ausführungen eingeschlossen.

Zitierhinweis

Die für die Erstellung der einzelnen Inhalte genutzte (Fach-)Literatur findet sich am Ende des jeweiligen Kapitels. Dabei wurden die individuellen Zitierweisen der jeweiligen Autorinnen und Autoren im Wesentlichen übernommen beziehungsweise an einigen Stellen behutsam angepasst.



Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit

1 Psychosoziale Kontextfaktoren und psychische Gesundheit geflüchteter Menschen

Die aktuelle Dekade ist gekennzeichnet von krisenhaften Ereignissen und gesellschaftlichen Entwicklungen, die unmittelbar oder mittelbar Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung haben, besonders jedoch auf vulnerable Gruppen, zu denen geflüchtete Menschen zählen. Insbesondere der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine und die daraus resultierende Fluchtmigration sowie die politische und wirtschaftliche Instabilität in Europa sind zu nennen. Auch werden Geflüchtete zunehmend zum Gegenstand politischer Auseinandersetzung gemacht. Dies führte unter anderem zu einer politischen und gesellschaftlichen Rechtsverschiebung und einer Veränderung der gesellschaftlichen Haltung gegenüber Geflüchteten, die 2024/2025 weiter zuzunehmen scheint. Für Geflüchtete kann der gesellschaftliche Diskurs im Alltag zu Situationen führen, die durch ein Gefühl der Unsicherheit oder des Unerwünschtseins als Belastungsfaktor retraumatisierend wirken und die Therapiebedarfe erhöhen können. Rechtspopulistische und ausgrenzende politische Haltungen sowie gesellschaftliche Ressentiments haben unmittelbare Auswirkungen auf die Lebensrealität und die psychische und körperliche Gesundheit geflüchteter Menschen in Deutschland:

Eine Untersuchung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zeigte auf, dass nach Deutschland geflüchtete Personen einem hohen Diskriminierungsrisiko ausgesetzt sind. Unter Diskriminierung werden Handlungen und Äußerungen verstanden, die Menschen auf Grundlage tatsächlicher oder angenommener Merkmale benachteiligen oder herabsetzen. Geflüchtete sind in besonderem Maße von Diskriminierungen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft oder aus rassistischen Gründen betroffen.

Ganz grundsätzlich kann derzeit von einem erhöhten Stresslevel in der Gesamtbevölkerung ausgegangen werden. Ursächlich sind hierfür die Stressoren im Rahmen der Corona-Pandemie, aber auch weitere Krisen durch kriegerische Auseinandersetzungen in vielen Regionen der Erde. Ökonomische Unsicherheiten (Inflationssprünge, Energiepreise, Arbeitsplatzabbau in vielen Branchen) und die spürbaren Folgen des Klimawandels (z. B. Extremwetterereignisse, Zukunftsängste bei jüngeren Menschen) sind ebenfalls als Stressoren für die Gesamtbevölkerung zu sehen.

Laut einer BARMER-Analyse vom 23.10.2024 ist die Anzahl der diagnostizierten Depressionen bei jungen Menschen im Alter von fünf bis 24 Jahren von 2018 bis 2023 um 30 Prozent angestiegen. Dies wird unter anderem auf Pandemie-Erfahrungen und Zukunftsängste zurückgeführt.

Insgesamt haben psychische Erkrankungen in den letzten Jahren ein Rekordniveau bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen erreicht: Im Jahr 2023 waren psychische Erkrankungen erstmals die zweithäufigste Ursache für Krankschreibungen in Deutschland (nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems) und Hauptursache für Frühberentungen. Die Zahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Leiden hat sich seit 2013 mehr als verdoppelt. Diese Entwicklung deutet auf eine wachsende Belastung in der gesamten Gesellschaft hin, welche natürlich auch die vorhandenen Versorgungskapazitäten beansprucht.

Der russische Angriffskrieg, der im Jahr 2014 begann und sich im Februar 2022 zu einem umfassenden Krieg ausweitete, hat die größte Fluchtbewegung in Europa seit dem Zweiten Weltkrieg ausgelöst. Stand April 2025 hat Deutschland mehr als 1,25 Millionen Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine aufgenommen, darunter 167.272 (Zahlen gerundet, Stand 5. Januar 2025) in Baden-Württemberg. Ein beträchtlicher Teil dieser Geflüchteten ist psychisch extrem belastet: Viele haben Bombardierungen, den Verlust von Angehörigen, Gewalt und andere traumatische Kriegsereignisse erlebt.

Psychische Gesundheit

Laut dem aktuellen Mid Year Trends-Report des UNHCR waren im Juni 2024 weltweit 122,6 Millionen Menschen auf der Flucht. Seit 2015 hat sich diese Zahl nahezu verdoppelt. Während die Anzahl geflüchteter Menschen weltweit zunimmt, ist die Zahl der Asylbewerber in Deutschland in den letzten Jahren nicht im gleichen Maße angewachsen. So verzeichnete das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Jahr 2024 rund 250.000 Asylanträge – zum Vergleich: Im Jahr 2016 waren es fast dreimal so viele.

Die meisten Geflüchteten stammen aus aktuellen Krisen- und Kriegsgebieten. Viele leiden wegen traumatischer Erlebnisse im Heimatland und/oder auf der Flucht unter psychoreaktiven und/oder psychosomatischen Erkrankungen (siehe Kapitel 1.1).

Die Situation von Geflüchteten hat sich in den vergangenen Jahren zusätzlich zu den oben genannten allgemeinen Faktoren auch durch neue gesetzliche Regelungen verändert. Seit dem letzten Versorgungsbericht aus dem Jahr 2020 traten mehrere Gesetzesverschärfungen in Kraft. So wurde unter anderem mit dem „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ (2019) eine neue Duldungsart eingeführt („Duldung für Personen mit ungeklärter Identität“) und es wurden umfassende Kürzungen der Leistungen vorgenommen. Später erfolgte eine Ausweitung der „sicheren Herkunftsstaaten“ (2023), mit dem „Rückführungsverbesserungsgesetz“ (2024) unter anderem eine Ausweitung der Möglichkeiten der Abschiebehaft und eine Verlängerung der Geltungsdauer des Asylbewerberleistungsgesetzes mit einem eingeschränkten Umfang der gesundheitlichen Versorgung (2024). So kamen zusätzlich zu den systemischen Problemen seit dem letzten Versorgungsbericht neue Faktoren hinzu, die Geflüchtete strukturell stärker belasten und deren psychische Gesundheitsversorgung direkt beeinflussen.

Im Juni 2025 wurde zudem erneut das Recht auf Familiennachzug eingeschränkt: Für zwei Jahre ist der Familiennachzug zu subsidiär Schutzberechtigten ausgesetzt. Psychisch kranke Menschen sind aber besonders auf Unterstützung durch ihre Familien angewiesen. Die jahrelange Trennung von Ehepartnern und Kindern ist eine der schwersten psychosozialen Belastungen und kann gerade bei ohnehin schwer traumatisierten Personen eine Gesundung verzögern oder gar verhindern. Dabei ist das Menschenrecht, als Familie zusammenzuleben, auf nationaler und internationaler Ebene durch das Grundgesetz (Art. 6), die EU-Grundrechtecharta (Art. 7) und die Europäische Menschenrechtskonvention EMRK (Art. 8) geschützt. Wissenschaftliche Studien bei Geflüchteten in Deutschland haben gezeigt, dass Familiennachzug sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Insbesondere Frauen profitieren davon sehr.

Eine weitere gesetzliche Verschärfung bedroht die Gesundheit psychisch erkrankter Geflüchteter ebenfalls: Mit Inkrafttreten des „Rückführungsverbesserungsgesetzes“ von 2024 verlängerte sich die maximale Dauer des Ausreisegewahrsams auf 28 Tage. Ein Ausreisegewahrsam kann schon dann angeordnet werden, wenn Ausreisepflichtige die ihnen gesetzte Frist zur Ausreise um mehr als 30 Tage überschreiten. Es bedarf hierzu keiner weiteren Voraussetzung (etwa Straffälligkeit oder Fluchtgefahr).

Der Ausreisegewahrsam wurde im Jahr 2015 eingeführt und durfte damals maximal vier Tage betragen, im Jahr 2017 wurde die Dauer mit dem „Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“ auf zehn Tage erhöht. Eine Person darf nicht in Ausreisegewahrsam oder Abschiebehaft genommen werden, wenn dies eine Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit darstellt. Gleiches gilt für die Abschiebung selbst. Es gibt jedoch oft sehr hohe Anforderungen, um eine psychische Erkrankung als Grund für ein Abschiebungsverbot nachzuweisen. Für ausreisepflichtige psychisch erkrankte Personen bedeutet bereits eine solche Androhung zusätzlichen Stress, der potenziell die Gesundheit weiter verschlechtern kann.

Um Abschiebungen von erkrankten Personen schließlich durchführen zu können, ist die ärztliche Feststellung der Reisefähigkeit der betroffenen Personen notwendige Voraussetzung. Das DIMR

Psychische Gesundheit

stellt dazu fest: „Der [...] Begriff der Reisefähigkeit wird von den Ausländerbehörden und den Gerichten sehr unterschiedlich ausgelegt und angewendet.“ Der Deutsche Ärztetag hat 2025 festgestellt: „Abschiebungen aus stationärer Behandlung sind ein schwerer Eingriff in eine medizinische Behandlung. Sie können den Gesundheitszustand der betroffenen Person massiv und auch langfristig verschlechtern und so schwerwiegende Folgen haben.“ Weiterhin fordert er die zuständigen Landesbehörden auf, „in allen Bundesländern die Abschiebung Geflüchteter aus stationären und weiteren medizinischen Einrichtungen für unzulässig zu erklären.“

1.1 Aktuelle Studien zur psychischen Gesundheit geflüchteter Menschen

Die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren vor, während und nach der Flucht. Dabei spricht man in der Forschung von „sequenzieller Traumatisierung“: Belastende Erlebnisse ziehen sich häufig durch alle Phasen des Fluchtprozesses und tragen zu einer hohen psychischen Belastung bei geflüchteten Menschen bei.

Das Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2023) fasst die wichtigsten Einflussfaktoren zusammen. Es unterscheidet zwischen Bedingungen auf individueller Ebene (z. B. Alter, Gesundheit), im sozialen Umfeld (z. B. Diskriminierung, Wohnsituation) und auf gesellschaftlicher Ebene (z. B. Gesetzgebung, Versorgungssystem). Dabei werden vier Phasen betrachtet: die Zeit vor der Flucht, während der Flucht, nach der Ankunft sowie die Phase der Integration. Besonders betont wird, dass sich Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit in allen Phasen negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Daten aus mehreren Studien zeigen deutlich: Viele Geflüchtete in Deutschland sind psychisch stark belastet.

Eine aktuelle Erhebung in Baden-Württemberg mit 560 Geflüchteten zeigte, dass 44 Prozent unter depressiven Symptomen litten, 43 Prozent unter Angstsymptomen. Fast alle beurteilten ihre Gesundheit insgesamt als schlecht.

Im Rahmen einer Studie in Leipzig wurde deutlich, dass 35 Prozent der Geflüchteten wahrscheinlich an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, 22 Prozent unter Depressionen und 31 Prozent unter somatischen Beschwerden. 30 Prozent der Befragten litten unter lebensmüden Gedanken oder Gedanken daran, sich selbst Schaden zuzufügen.

In einer Untersuchung geflüchteter Frauen berichteten 40 Prozent über ausgeprägte Traurigkeit, 52 Prozent über häufiges Weinen, 5 Prozent über Suizidgedanken.

Eine Metaanalyse zu Studien aus Deutschland zeigte eine PTBS-Prävalenz von knapp 30 Prozent und depressive Symptome bei rund 40 Prozent der Geflüchteten. Diese Ergebnisse decken sich mit internationalen Daten.

Besonders stark belastet sind Geflüchtete mit besonderen Schutzbedarfen nach der EU-Aufnahmerichtlinie, z. B. Überlebende sexualisierter Gewalt (PTBS-Prävalenz 47 Prozent bei Frauen und 44 Prozent bei Männern), unbegleitete minderjährige Geflüchtete, LGBTQIA+ Geflüchtete oder Folterüberlebende.

Seit der Eskalation des Kriegs in der Ukraine im Jahr 2022 kommt die Gruppe der ukrainischen Geflüchteten hinzu, die eine hohe psychische Belastung aufweisen. Erste Stichproben deuten auf alarmierende Belastungswerte hin. In einer (allerdings nicht repräsentativen) Befragung geben rund 85 Prozent der ukrainischen Geflüchteten an, unter leichten bis schweren depressiven und Angstsymptomen zu leiden (davon 16 Prozent unter schweren Symptomen). Dies ist ein

Psychische Gesundheit

Hinweis auf die enormen psychischen Folgen bei Menschen mit Kriegserfahrungen. Auch wenn die Zahlen vorsichtig zu interpretieren sind, kann davon ausgegangen werden, dass bei einer großen Gruppe kriegstraumatisierter Menschen ein hoher Therapiebedarf besteht, dem in unserem Versorgungssystem nachgegangen werden muss.

Traumatische Erlebnisse vor der Flucht

Viele Menschen fliehen aus Ländern, in denen sie Krieg, Verfolgung, Unterdrückung und Gewalt erlebt haben. In einer Studie berichteten über 85 Prozent der Geflüchteten von mindestens einem traumatischen Erlebnis, darunter körperliche Angriffe (62 Prozent), Waffengewalt (55 Prozent), Gefangenschaft (38 Prozent) und sexualisierte Gewalt (24 Prozent). Besonders belastend sind gezielt zugefügte, sogenannte „intentionale Traumata“, etwa Folter oder sexualisierte Gewalt. Diese führen häufiger zu langfristigen psychischen Erkrankungen.

Gewalt und Unsicherheit auf der Flucht

Auch die Flucht selbst ist oft mit extrem belastenden Erfahrungen verbunden: Geflüchtete berichten von Inhaftierungen, Schiffbruch, Konfrontation mit Leichen, Angriffen mit Waffen, Menschenhandel oder von Misshandlungen durch die Grenzpolizei. Studien zeigen, dass insbesondere Pushbacks – also die illegale Zurückweisung Geflüchteter an Grenzen – mit psychischer, physischer und sexualisierter Gewalt einhergehen. Vukčević Marković et al. (2023; vgl. die verwendete Literatur dieses Kapitels) untersuchten 201 Geflüchtete in Serbien mittels Fragebogen zu Fluchterfahrungen und psychopathologischen Symptomen. 65 Prozent der Befragten hatten Pushbacks erlebt. 81 Prozent der Betroffenen berichteten von psychischer Gewalt, 54 Prozent von physischer Gewalt und 18 Prozent von sexualisierter Gewalt während der Pushbacks.

Internationale Organisationen kritisieren schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen durch Gewalt, illegale Pushbacks und den Tod von Migranten an EU-Außengrenzen, z. B. in Griechenland, Kroatien, Polen und Litauen.

Geflüchtete, die in Haftlagern oder haftähnlichen Bedingungen untergebracht sind, zeigen besonders häufig psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Die negativen Auswirkungen von Inhaftierung auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten sind oft langfristig und bestehen auch nach Entlassung aus der Haft fort.

Leben in Deutschland: Hürden und Chancen

Nach der Ankunft in Deutschland stehen viele Geflüchtete vor großen neuen Herausforderungen. Studien zeigen, dass die Bedingungen im Aufnahmeland großen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben.

Belastende Postmigrationsfaktoren sind unter anderem:

unsichere Bleibeperspektive und drohende Abschiebungen (insbesondere im Rahmen des Dublin-Abkommens);

fehlender Zugang zu Sprachkursen, Arbeit oder Bildung;

Trennung von Familienangehörigen;

Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften;

Psychische Gesundheit

Praxisbeispiel

soziale Isolation;

Diskriminierung und Rassismus-Erfahrungen.

Diese Stressfaktoren können bestehende psychische Erkrankungen verschärfen oder neue auslösen.

Abeni, eine junge Frau aus Nigeria, ist schwer durch Flucht und Erlebnisse im Heimatland traumatisiert und leidet an Depressionen. Immer wieder wiederholt sie, wie stark sie ihre kleinen Kinder vermisst.

Abeni hat eine außerordentlich starke Persönlichkeit. In Nigeria studierte sie Wirtschaftsrecht und war für eine angesehene Firma tätig. In ihrer Freizeit setzte sie sich für die Rechte ärmerer Menschen in ihrem Land ein. Als Asylbewerberin in Deutschland möchte Abeni nicht untätig sein. Sie möchte sich integrieren und im sozialen Bereich engagieren. Dafür lernt sie die deutsche Sprache und absolviert innerhalb weniger Monate erfolgreich einen Sprachkurs.

Sie kommt regelmäßig zu Refugio VS und nutzt die angebotenen psychosozialen und therapeutischen Hilfen. Sie gibt nicht auf, plant ihre Zukunft. Sie fängt als Hilfskraft in einem Pflegeheim an und wird nach kurzer Zeit unbefristet angestellt. Sie bewirbt sich für eine Ausbildung als Pflegefachkraft. Mittlerweile ist der Ausbildungsvertrag unterschrieben; im Herbst kann es losgehen.

Was aber ist mit ihrem Asylgesuch?

Leider stehen ihre Chancen auf eine Anerkennung ihrer Fluchtgründe für ein „Hier-Bleiben-Dürfen“ nicht gut; trotz allem, was sie erleben musste: Abeni wurde in Nigeria entführt. Die Männer, die sie kidnappten, hielten sie fast zwei Monate fest, gaben ihr kaum zu essen und zu trinken, folterten und vergewaltigten sie. Abeni wurde erpresst und sollte für die Bande Schmuggelgut transportieren. So kam sie per Flugzeug nach Europa. Am Flughafen gelang ihr durch glückliche Umstände die Flucht.

Möglicherweise wird Abeni noch vor Beginn ihrer Ausbildung aufgefordert, Deutschland zu verlassen. Dann, wenn ihr Asylantrag abgelehnt wird.

1.2 Exkurs: Diskriminierung und Rassismus-Erfahrungen

Anhaltende Diskriminierungs- und Rassismus-Erfahrungen stellen eine eigenständige gesundheitsgefährdende Stressbelastung dar. Rassismusbezogener Stress ist nachweislich mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen und Erkrankungen verbunden – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen.

Psychische Gesundheit

Bei geflüchteten Menschen mit traumatischen Vorerfahrungen können Rassismus-Erfahrungen (im Ankunftsland) psychische Symptome verstärken oder auslösen. Dabei gilt: Je mehr Belastungsfaktoren im Ankunftsland bestehen, desto höher ist das Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen in Folge eines Traumas. Rassismus-Erfahrungen sind nicht nur als krankheitsfördernde Stressoren zu begreifen, sondern können selbst traumatisch wirken und zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen.

Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Menschen, die von rassistischer Diskriminierung betroffen sind, auch eine schlechtere gesundheitliche Versorgung erhalten.

Eine Untersuchung des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung zeigte in einer Feldstudie, dass Personen mit in Nigeria oder in der Türkei verbreiteten Namen bei der Terminvergabe gegenüber Personen mit deutsch klingenden Namen benachteiligt wurden und seltener Termine erhielten. Die größten Unterschiede gab es bei Psychotherapeuten.

Weiterhin ergab die Untersuchung, dass die Beschwerden rassistisch markierter Menschen von Gesundheitsfachkräften weniger ernst genommen oder ihre Erfahrungen in Therapien nicht anerkannt wurden, sondern durch die Reproduktion von Stereotypen oder Vorurteilen, Kulturalisierung oder Mikroaggressionen überlagert waren.

Das kann einerseits Fehldiagnosen zur Folge haben und andererseits dazu führen, dass Betroffene aus Angst vor Diskriminierung Behandlungen erst verzögert, oder gar nicht in Anspruch nehmen.

Während eine diskriminierungsbedingt ausgebliebene, verzögerte oder unzureichende Gesundheitsversorgung unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit und in der Folge auch auf spätere Behandlungskosten haben kann, stellen anhaltende Diskriminierungs- und Rassismus-Erfahrungen eine eigenständige gesundheitsgefährdende Stressbelastung dar. Rassismusbezogener Stress ist nachweislich mit einem erhöhten Risiko für psychische Belastungen und Erkrankungen verbunden – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen.

Bei geflüchteten Menschen mit traumatischen Vorerfahrungen können Rassismus-Erfahrungen dazu führen, dass psychische Symptome erst nach Ankunft in Deutschland auftreten. Dabei gilt: Je mehr Belastungsfaktoren im Ankunftsland bestehen, desto höher ist das Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen in Folge eines Traumas. Rassismus-Erfahrungen sind nicht nur als krankheitsfördernde Stressoren zu begreifen, sondern können selbst traumatisch wirken und zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen.

Psychische Gesundheit

Kapitel 1: Verwendete Literatur

Adedeji, A., Kaltenbach, S., Metzner, F., Kovach, V., Rudschinat, S., Arrizabalaga, I. M., & Buchcik, J. (2025). Mental health outcomes among female Ukrainian refugees in Germany – A mixed method approach exploring resources and stressors. *Healthcare*, 13(3), 259.

Beutke, M., Kotzur, P. (2015). Faktensammlung Diskriminierung. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.).

Biddle, L., Hintermeier, M., Mohsenpour, A., Sand, M., Bozorgmehr, K. (2021). Monitoring the health and healthcare provision for refugees in collective accommodation centres: Results of the population-based survey RESPOND. *Journal of Health Monitoring*, 6(1), 7.

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337.

Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: A register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*, 20(1), Article 362. Online einsehbar unter <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2>.

Böge, K., Karnouk, C., Hoell, A., Tschorn, M., Kamp-Becker, I., Padberg, F., Bajbouj, M. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: A multi-centred randomized controlled trial. *The Lancet Regional Health–Europe*, 19.

Böttche, M., Heeke, C., Knaevelsrud, C. (2016). Sequential traumatization, trauma-related disorders and psychotherapeutic approaches in war-traumatized adult refugees and asylum seekers in Germany. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59, 621–626.

Brandmaier, M., Cuff-Schöttle, S. (2019). Trauma und Belastungsreaktionen infolge von Rassismus und Diskriminierung in Seidler, G. H., Freyberger, H. J., Glaesmer, H., & Gahleitner, S. B. (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.).

Buchcik, J., Metzner, F., Kovach, V., Adedeji, A. (2024). Prävalenz psychischer Belastungen bei ukrainischen Geflüchteten in Deutschland – Betrachtung von Geschlechterunterschieden. Springer Medizin, Ausgabe 3/2024. Online unter: <https://www.springermedizin.de/praevalenz-psychischer-belastungen-bei-ukrainischen-fluechtlinge/25921110>.

Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland (2016). Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). Online einzusehen unter: http://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Experten/Diskriminierungsrisiken_fuer_Gefluechtete_in_Deutschland.pdf.

Filges, T., Montgomery, E., Kastrup, M., & Jørgensen, A. M. K. (2015). The impact of detention on the health of asylum seekers: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 11(1), 1–104.

Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643704>.

Psychische Gesundheit

Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T. M. T., Stingl, M. (2020). Different patterns of mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): A sequential mixed method study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 324.

Hecker, T., Huber, S., Maier, T., Maercker, A. (2018). Differential associations among PTSD and complex PTSD symptoms and traumatic experiences and postmigration difficulties in a culturally diverse refugee sample. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 795–804.

Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(3), e93.

Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., Kamp-Becker, I. (2023). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1211–1217.

Hvidegaard, M., Lanng, K., Meyer, K., Wejse, C., Hvass, A. M. F. (2023). What are the characteristics of torture victims in recently arrived refugees? A cross-sectional study of newly arrived refugees in Aarhus, Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6331.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psycho-traumatology*, 8(sup5). Online einzusehen unter <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.

Kip, A., Priebe, S., Holling, H., Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 489–503.

Korvensyrjä, A. (2024). Criminalizing black solidarity: Dublin deportations, raids, and racial statecraft in southern Germany. *Identities*, 31(1), 104–122.

Löbel, L. M., Jacobsen, J. (2021). Waiting for kin: a longitudinal study of family reunification and refugee mental health in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47(13), 2916–2937. Online einzusehen unter <https://doi.org/10.1080/1369183X.2021.1884538>.

Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., Storey, K. B. (2024). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: A nationwide cross-sectional study. *The Lancet Regional Health–Europe*, 36.

Mental health of refugees and migrants: Risk and protective factors and access to care (2023). World Health Organization. (Hrsg.). Online einzusehen unter <https://www.who.int/publications/item/9789240081840>.

Nesterko, Y., Haase, E., Schönfelder, A., Glaesmer, H. (2022). Suicidal ideation among recently arrived refugees in Germany. *BMC Psychiatry*, 22(1), 183.

Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., Glaesmer, H. (2020). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e166.

Psychische Gesundheit

Nesterko, Y., Schönenberg, K., Glaesmer, H. (2021). Sexual violence and mental health in male and female refugees newly arrived in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(8), 130.

Nesterko, Y., Schönenberg, K., Weißig, A., Kulbakina, T., Glaesmer, H. (2025). Trauma, experiences of sexual violence and mental health in LGBTIQ+ refugees seeking psychosocial support in Germany. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 34, e24.

Nowak, A. C., Nutsch, N., Brake, T. M., Gehrlein, L.-M., Razum, O. (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: Updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*, 23(1), Article 1289. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15931-1>.

Pfeiffer, E., Behrendt, M., Adeyinka, S., Devlieger, I., Rota, M., Uzureau, O., Derluyn, I. (2022). Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: A longitudinal cross-country study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 26.

Rassismus und seine Symptome (2023). Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM; Hrsg.). Online einzusehen unter https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-5824.pdf.

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M. J., Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS ONE*, 8(12), e59236. Online einzusehen unter <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236>.

Schick, M., Morina, N., Mistridis, P., Schnyder, U., Bryant, R. A., Nickerson, A. (2018). Changes in post-migration living difficulties predict treatment outcome in traumatized refugees. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 476. Online einzusehen unter <https://doi: 10.3389/fpsyg.2018.00476>. PMID: 30356791; PMCID: PMC6189.

Schouler-Ocak, M., Kurmeyer, C., Jesuthasan, J., Abels, I., Sönmez, E., Oertelt-Prigione, S., Richter, K. (2017). Study on female refugees: Representative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland. Charité–Universitätsmedizin Berlin und Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, 66.

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 58–64.

Suerhoff, A.; Engelmann, C. (2021): Abschiebung trotz Krankheit. perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche Verpflichtungen. Berlin. Deutsches Institut für Menschenrechte. Online einsehbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Abschiebung_trotz_Krankheit.pdf.

Tambini Stollwerck, E. A., Rollmann, I., Friederich, H. C., Nikendei, C. (2024). Responding to human trafficking among refugees: Prevalence and test accuracy of a modified version of the adult human trafficking screening tool. *BMC Public Health*, 24(1), 1685.

Van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Urzúa, I. F., Fish, M., Scholte, W. F. (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: Preliminary evidence from Moria. *BMC Public Health*, 21, 1–10.

Psychische Gesundheit

Verhülsdonk, I., Shahab, M., & Molendijk, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: Systematic review with meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(6), e204.

Von Werthern, M., Robjant, K., Chui, Z., Schon, R., Ottisova, L., Mason, C., Katona, C. (2018). The impact of immigration detention on mental health: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 1–19.

Vukčević Marković, M., Bobić, A., Živanović, M. (2023). The effects of traumatic experiences during transit and pushback on the mental health of refugees, asylum seekers, and migrants. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2163064.

Walther, L., Kröger, H., Tibubos, A. N., Ta, T. M. T., von Scheve, C., Schupp, J., Hahn, E. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: A cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. *BMJ Open*, 10(8), e033658. Online einsehbar unter <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033658>.

World report (2025). Human Rights Watch (Hrsg.). Online einsehbar unter <https://www.hrw.org/world-report/2025>.

Zorn, J. (2021). The case of Ahmad Shamieh's campaign against Dublin deportation: Embodiment of political violence and community care. *Social Sciences*, 10(5), 154.

Genutzte Websites/Internetquellen

Ausländerzentralregister (AZR), Mediendienst Integration, Online unter: <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asy/ukrainische-fluechtlinge.html>.

BARMER-Analyse: Diagnose Depression bei immer mehr jungen Menschen (2024). Pressemitteilung der BARMER (Hrsg.). Online einzusehen unter <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/diagnose-depression-bei-immer-mehr-jungen-menschen-1288264>.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BMAF), Informationen online einsehbar unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2025/250109-asylzahlen-dezember-und-gesamtjahr-2024.html?nn=282600>.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online einzusehen unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2017/20170111-asylgeschaefsstatistik-dezember.html?nn=282388>.

DAK Psychreport (2024). Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013 – 2023. DAK-Gesundheit (Hrsg.). Online einzusehen unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/59154/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/240305-download-bericht-psychoreport-2023.pdf>.

“Like we were just animals”: Pushbacks of people seeking protection from Croatia to Bosnia and Herzegovina (2023). Human Rights Watch (Hrsg.). Online einsehbar unter https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2023/05/croatia0523web.pdf.

Lithuania: Pushbacks, illegal detention, deception and abuses against refugees and migrants (2022). Amnesty International (Hrsg.). Online einsehbar unter <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2022/06/lithuania-pushbacks-illegal-detention-deception-and-abuses-against-refugees-and-migrants/>.

Psychische Gesundheit

“Their faces were covered”: Greece’s use of migrants as police auxiliaries in pushbacks (2022). Human Rights Watch (Hrsg.). Online einsehbar unter <https://www.hrw.org/report/2022/04/07/their-faces-were-covered/greeces-use-migrants-police-auxiliaries-pushbacks>.

129. Deutscher Ärztetag Leipzig, 27.05. - 30.05.2025. Ärztetags-Drucksache Nr. Ic – 04. Bundesärztekammer (Hrsg.) Online einzusehen unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/129.DAET/2025-05-30_Beschlussprotokoll_129._DAET.pdf.

Versorgungs- lage

Versorgungslage

2 Allgemeine Versorgungslage psychisch erkrankter Menschen und sich daraus ergebende Probleme

Psychiatrische Einrichtungen und ambulante psychotherapeutische Praxen nehmen als Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland auch an der medizinisch-therapeutischen Versorgung von Migranten teil. Wie sind hier die Rahmenbedingungen, damit Versorgung – allgemein und für spezifische Zielgruppen wie traumatisierte Geflüchtete – gelingen kann? Wie stellt sich die aktuelle Situation in den Einrichtungen und Praxen dar? Und was sind die Herausforderungen, vor denen Medizinisches Personal, Therapeuten und Patienten stehen? Nachfolgend werden im ersten Schritt zunächst allgemeine Rahmenbedingungen skizziert, unter denen gearbeitet wird. Sie bilden das „Grund-Setting“, in dem spezifischer auch die Behandlung traumatisierter Geflüchteter geschieht.

2.1 Überblicksdaten psychiatrischer und psychotherapeutischer Regelversorgung in Deutschland

Ambulante Versorgung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zählte zum Stichtag 31. Dezember 2024 insgesamt 66.904 approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland. Den mit Abstand größten Anteil machten dabei die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PP) mit 50.176 Personen (75 Prozent) aus, gefolgt von 14.511 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (21,7 Prozent; KJP). Weitere 2.074 Fachkräfte (3,1 Prozent) verfügten über eine Doppelapprobation (PP & KJP).

Ergänzt wird dieses Angebot durch 15.539 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, von denen 5.120 ambulant tätig sind; hinzu kommen 1.406 ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pro Quartal erhalten rund 1,76 Millionen Versicherte psychotherapeutische Leistungen in Praxen niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten; weitere 2,3 Millionen Versicherte werden von ca. 3.438 Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenheilkunde behandelt.

In Baden-Württemberg waren laut Kassenärztlicher Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zum 01.01.2025 insgesamt 4.731 Psychotherapeutinnen und -therapeuten registriert (3.116 Psychologische, 731 ärztliche und 884 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten). Davon waren 3.777 zugelassen, 472 waren in Praxen angestellt, 89 in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und 23 waren ermächtigt. Ein strukturelles Problem besteht darin, dass rund 65 Prozent der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Teilzeit arbeiten, sodass trotz steigender Kopfzahlen die effektiven Vollzeitäquivalente stagnieren. Für die Versorgung bedeutet dies, dass zwei bis drei Teilzeitkräfte nötig sind, um eine Vollzeitpraxis abzudecken.

Stationäre Versorgung

In Deutschland wurden im Jahr 2023 insgesamt 837.762 Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen behandelt, davon 688.891 in der Allgemeinpsychiatrie, 75.888 in psychosomatischen Kliniken und 62.430 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 29 Tage; 43 Prozent der Aufnahmen erfolgten regulär ärztlich veranlasst, 48 Prozent als Notfall. Diagnostisch standen affektive, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie substanzbezogene Störungen im Vordergrund.

Versorgungslage

In Baden-Württemberg verfügten die psychiatrischen Fachkliniken im Jahr 2023 über rund 6.500 stationäre Betten (ca. 59 je 100.000 Einwohner) und behandelten jährlich etwa 115.000 Patienten. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei über 90 Prozent und damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Trotz leichter Ausweitung der Kapazitäten bleibt der strukturelle Fachkräftemangel ein zentraler Engpass.

Wie sich die Versorgung geflüchteter Menschen unter diesen bestehenden Rahmenbedingungen darstellt, wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

Praxisbeispiel

Samuel kam aus Eritrea. Er floh vor dem lebenslangen Armeedienst und einer schlimmen Diktatur in seiner Heimat.

Was haben Sie alles geschafft?

„Schnell Deutsch lernen war für mich wichtig, um mich mit der Gesellschaft verständigen und arbeiten zu können. Mein erster Arbeitgeber war die Deutsche Post, zunächst in Teilzeit vormittags, da ich nachmittags einen Deutschkurs besuchte. Nach meinem erfolgreichen Sprachabschluss B1 erhielt ich eine Vollzeitanstellung als Post- und Paketzusteller. Ich bin Gewerkschaftsmitglied. Das sehe ich als selbstverständlich an, denn in meinem Heimatland gibt es diesen umfassenden Schutz für Arbeiterinnen und Arbeiter nicht.“

Was war besonders schwierig?

„Die Zeit, als ich noch nicht Deutsch verstehen und sprechen konnte, war schwer. Denn man weiß nicht, wie man ein Problem erklären soll und an wen man sich wenden kann.“

Welche Erfahrung sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

„Ich hatte Glück, denn als ich keine Arbeitserlaubnis hatte, besuchte ich mehrere Sprachkurse. Mit bestandener B1-Prüfung hatte ich eine Arbeitserlaubnis. Denn mein Aufenthaltsstitel wurde zwischenzeitlich durch das BAMF ausgestellt. Bis jetzt trage ich viele schöne Erfahrungen mit mir, denn es gab Menschen, die mir geholfen haben.“

Was möchten Sie aus Ihrer Erfahrung weitergeben?

„Das Sprichwort ‚Fragen kostet nichts‘ habe ich mir gemerkt. Es öffnet Türen, vorausgesetzt, man kann die deutsche Sprache. Wenn jemand neu nach Deutschland kommt, würde ich den Rat geben: ‚Bemühe dich, erst Deutsch zu lernen, und suche dir dann eine Arbeit. Und halte dich, so gut es geht, von Problemen fern.‘“

Versorgungslage

2.2 Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen

Neu ankommende Geflüchtete, die einen Antrag auf Asyl stellen, werden zu Beginn in einer Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) untergebracht, in der sie sich verpflichtend aufzuhalten haben. Für diese Unterbringung ist das jeweilige Bundesland zuständig. Gemäß der noch gültigen Aufnahmegerichtlinie der Europäischen Union ist Deutschland verpflichtet zu prüfen, ob bei der jeweiligen Person besondere Bedürfnisse vorliegen: „*Die Mitgliedsstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung*“ (Art.19, Abs.2 Aufn-RL).

Voraussetzung für die Umsetzung der derzeitigen Aufnahmegerichtlinie wäre es, entsprechend schutzbedürftige Personen zu identifizieren. Bei der in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu Beginn erfolgenden medizinischen Erstuntersuchung findet in Baden-Württemberg bisher jedoch kein standardisiertes Screening auf besondere Schutzbedarfe wie psychische Erkrankungen statt.

Mit Inkrafttreten des neuen Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) gelten ab Juni 2026 neue Bestimmungen. Die neue „Screening-Verordnung“ und die neue „Aufnahme-Richtlinie“ enthalten weiterhin Passagen zum besonderen Schutz vulnerabler Geflüchteter und deren Identifizierung. In den neuen Verordnungen wird die Notwendigkeit von psychologischer Betreuung für Personen, die Menschenhandel, Folter, Vergewaltigung und andere schwere Gewalttaten erlebt haben, sogar noch ausdrücklicher formuliert als bisher. Die Früherkennung und Berücksichtigung besonderer Schutzbedarfe muss auf Ebene der einzelnen EU-Mitgliedsstaaten umgesetzt werden. Dabei ist auch die Verankerung einer Rechtsgrundlage für die Durchführung von Vulnerabilitätsprüfungen erforderlich.

Zum Zeitpunkt der Niederlegung des vorliegenden Versorgungsberichts befindet sich der gesamte Bereich der Asylgesetzgebung sowie der Leistungsgesetze also im Umbruch: Das von der Europäischen Union im April 2024 beschlossene Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS) wird spätestens ab Juni 2026 in Kraft treten, damit verbunden sind weitreichende Veränderungen in der nationalen Gesetzgebung, die zum aktuellen Zeitpunkt nur teilweise bekannt sind. Im nachfolgenden Abschnitt stellen wir den derzeitigen Stand der gestuften Gesundheitsleistungen für Geflüchtete dar.

Leistungsumfang für Asylbewerber

Die Gesundheitsleistungen für Geflüchtete sind in Bezug auf den Leistungsumfang abgestuft und an den jeweiligen Aufenthaltsstatus sowie die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland gebunden. Sie werden über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Anspruch auf diese Leistungen haben (1) Asylsuchende, deren Asylbegehren noch geprüft wird oder bereits abgelehnt wurde, Geduldete sowie Personen, die vollziehbar zur Ausreise verpflichtet sind, und die (2) materiell hilfebedürftig sind.

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt zunächst materielle Grundleistungen für den leistungsberechtigten Personenkreis: „Leistungsberechtigte nach § 1 erhalten Leistungen zur Deckung des Bedarfs an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts (notwendiger Bedarf). Zusätzlich werden ihnen Leistungen zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens gewährt (notwendiger persönlicher Bedarf)“ (§ 3 Abs. 1 AsylBIG).

In § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes werden die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt folgendermaßen beschrieben (Auszug): „(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren“ (§ 4 Abs. 1 AsylBIG).

Versorgungslage

Die medizinische Behandlung wird damit auf die unaufschiebbar dringliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände begrenzt.

Für die Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter ist daneben § 6 („Sonstige Leistungen“) relevant: „(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren. (2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.“

Bis zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis oder der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, längstens aber in den ersten drei Jahren des Lebens in Deutschland, schränkt das AsylbLG die Gesundheitsversorgung der Betroffenen gegenüber der Versorgung im Leistungskatalog der Krankenkassen deutlich ein. Ein eigener § 1a AsylbLG regelt die nochmals verminderten Leistungen für diejenigen, die unter die sogenannte Dublin-Regelung fallen (also in ein anderes EU-Land ausreisen müssen) beziehungsweise für diejenigen, denen vorgeworfen wird, nicht ausreichend an der Klärung ihrer Identität mitzuwirken.

Auf die Unterbringung in einer Landeserstaufnahme folgt nach einigen Monaten die Verlegung in die „vorläufige Unterbringung“ in Zuständigkeit der Stadt- und Landkreise. Mit Ausstellung des Ankunfts-nachweises haben Asylsuchende, wenn sie über keine ausreichenden eigenen Mittel verfügen und daher hilfebedürftig sind, Anspruch auf Grundleistungen nach dem AsylbLG. Die darin gewährten Ge-sundheitsleistungen sind im Vergleich zu den Leistungen nach dem SGB II und SGB XII gekürzt und werden auf Antrag gewährt.

Für die Bundesländer besteht die Möglichkeit, über Rahmenverträge Gesundheitskarten für Geflüchtete (in den ersten 36 Monaten) zu ermöglichen. In einigen Bundesländern ist die Karte landesweit (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen), in einigen teilweise (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) und in einigen gar nicht eingeführt (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt). Auch bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erhalten Asylsuchende jedoch weiterhin nur die eingeschränkten Gesundheitsleistungen auf Grundlage des AsylbLG. In Baden-Württemberg müssen Geflüchtete in den ersten 36 Monaten für jedes Quartal einen Krankenschein bei der zuständigen Behörde holen – auch, um die hausärztliche Versorgung wahrnehmen zu können. Für eine weitergehende, beispielsweise fachärztliche Versorgung müssen jeweils einzeln Anträge gestellt werden. Sozial- und Gesundheitsämter prüfen den jeweiligen Anspruch eines Geflüchteten auf gegebenenfalls zustehende sonstige Leistungen. Kosten für Sprachmittlung können im Ausnahmefall auf besondere Antragstellung hin übernommen werden.

Hier ist festzustellen, dass es sich bei den „Sonstigen Leistungen“, zu denen auch psychotherapeutische Gespräche oder fachärztliche Behandlungen zählen, um Ermessensentscheidungen der Sozialämter handelt. Schon die Notwendigkeit der besonderen Antragstellung stellt eine Hürde für die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung dar, diese wird erhöht durch die Praxis einer gesonderten gesundheitlichen Prüfung, bei der Betroffene sich einer erneuten amtsärztlichen Untersuchung unterziehen müssen. Gegen ablehnende Entscheidungen kann zwar sozialgerichtlich vorgegangen werden, die Betroffenen legen jedoch in der Regel keine Rechtsmittel ein, vermutlich aufgrund fehlender Information oder aufgrund fehlenden Rechtsbeistandes.

Versorgungslage

Mit dem sogenannten Rückführungsverbesserungsgesetz, das am 27. Februar 2024 in Kraft trat, gilt das AsylbLG bis zu einem Aufenthaltszeitraum von 36 Monaten, erst danach werden sogenannte Analogleistungen gewährt. Diese orientieren sich an den Leistungen des SGB XII, sind also im Vergleich zu den Regelleistungen der Krankenkassen weiterhin eingeschränkt. In Baden-Württemberg wird erst dann eine elektronische Gesundheitskarte ausgegeben, so dass Gesundheitsleistungen ohne vorherigen Antrag beansprucht werden können.

Leistungsumfang für Geflüchtete aus der Ukraine und sozialversicherte Geflüchtete

Im Jahr 2022 wurde nach Beginn des Angriffskriegs von Russland auf die Ukraine erstmalig seit Bestehen der Europäischen Union die „Massenzustromsrichtlinie“ angewendet. So erhielten die über eine Million Geflüchteten aus der Ukraine direkt eine Aufenthaltserlaubnis, ohne dass sie ein Asylbegehren äußern und ein Asylverfahren durchlaufen mussten. Mit dem Aufenthaltstitel verbunden ist auch der direkte Zugang in das Gesundheitsversorgungssystem über die Krankenkassen. Seit diesem Zeitpunkt gibt es in Deutschland Geflüchtete, die von Anfang an einen Leistungsanspruch an die gesetzliche Krankenversicherung haben, und andere, die in den ersten drei Jahren über das Asylbewerberleistungsgesetz versorgt werden und deren eingeschränkte Versorgungsansprüche über die kommunalen Sozialämter abgerechnet werden.

An dieser Stelle soll kurz und vereinfachend zusätzlich Erwähnung finden, dass Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen (unbegleitete minderjährige Geflüchtete), über das Jugendamt gleichwertig und in vollem Umfang Zugang zu den Leistungen der Krankenkasse haben, worunter auch Psychotherapien fallen.

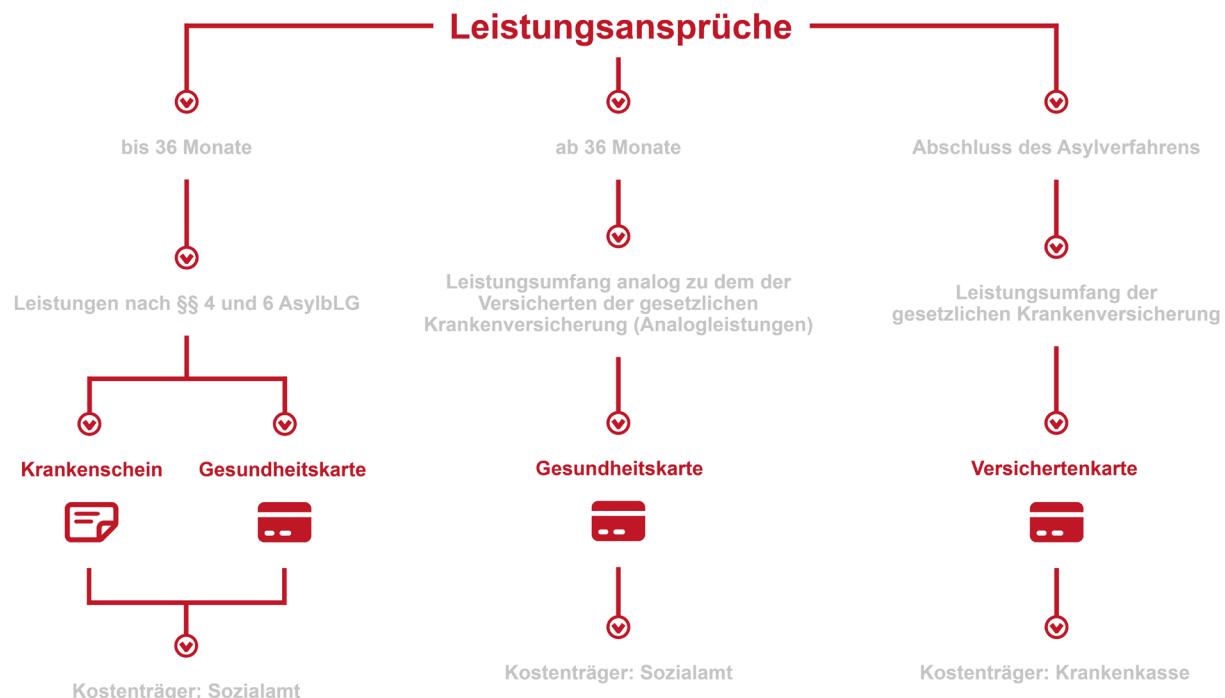


Schaubild: Schematische Darstellung der Leistungsansprüche für Asylbewerber

Versorgungslage

Barrieren für die psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen

Menschen mit Migrationserfahrung sind in Deutschland schlechter ärztlich und psychotherapeutisch versorgt. Obwohl psychische Erkrankungen bei geflüchteten Personen häufiger auftreten als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (vgl. Abschnitt 1.1), ist eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgungsangebote festzustellen. Die Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz betragen deutschlandweit mehrere Monate – mit großen regionalen Unterschieden, die insbesondere in strukturschwachen Regionen höher ausfallen. Geflüchtete Personen sind aufgrund versorgungsrechtlicher und weiterer zielgruppenspezifischer Hürden in besonderem Maße betroffen.

Im Folgenden wird auf die Zugangsbarrieren zur psychotherapeutischen Versorgung geflüchteter Personen anhand der unterschiedlichen Leistungsträger (Sozialamt, Krankenkasse, Jugendamt) eingegangen. Viele der bestehenden Barrieren sind auf die sozialrechtliche Sonderstellung von Asylsuchenden zurückzuführen und damit Produkt politischer Entscheidungen.

Wie in Abschnitt 2.2.1 dargestellt, haben Asylsuchende keinen regelhaften Anspruch auf psychotherapeutische Leistungen, sondern müssen diese individuell gem. § 6 AsylbLG beantragen. Der Aufwand für die Antragsstellung ist in der Regel sehr hoch und für ambulant tätige Psychotherapeutinnen und -therapeuten meist nicht geläufig. Der Beantragungsprozess ist zudem oft mit langen Bearbeitungszeiten verbunden, die Bewilligung liegt im Ermessen der Sozialämter und wird in vielen Landkreisen restriktiv gehandhabt. Bundesweite Daten zur Genehmigung von Kostenerstattungsträgern für Therapien auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes fehlen.

Aus dem aktuellen Versorgungsbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) geht hervor, dass Anträgen von PSZ meistens nur stattgegeben wurde, wenn die oft nicht medizinisch geschulten Behördenmitarbeitenden eine akute Erkrankung oder Schmerzzustände klassifizierten (§ 4 AsylbLG) und eine psychotherapeutische Behandlung als sinnvoll einstufen. Hingegen wurde nur selten die Möglichkeit genutzt, Leistungen „zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit“ (§ 6 AsylbLG), die eine psychotherapeutische Behandlung leicht erfüllt, zu bewilligen. Gegen einen negativen Behördenbescheid vorzugehen, ist ohne fachkundige und gegebenenfalls juristische Beratung kaum aussichtsreich.

In der Praxis führt dieses System zu einer erheblichen Versorgungsunsicherheit. Mehrmonatige Bearbeitungszeiten ohne Aussicht auf eine Kostenzusage können dazu führen, dass Therapien nach den ersten probatorischen Sitzungen zur Behandlungsplanung und zum Beziehungsaufbau für eine unbestimmte Zeit unterbrochen oder abgebrochen werden müssen, weil Therapieplätze nicht länger freigehalten werden können. Insbesondere bei Menschen, die Traumata erlebt haben, kann das Vertrauen in andere Menschen schwer erschüttert sein, was die spätere Wiederaufnahme einer Psychotherapie zusätzlich erschweren kann. Betroffene mit festgestelltem Therapiebedarf werden in der Folge nicht oder erst spät behandelt – was mit anhaltenden Leidenszuständen der Betroffenen und erhöhten gesellschaftlichen Folgekosten einhergeht. Zudem schrecken der erhöhte Aufwand und die geringe Planungssicherheit viele niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten angesichts begrenzter Kapazitäten bereits im Vorfeld davon ab, geflüchtete Personen in Behandlung zu nehmen. Wenn Übergänge zu neuen Kostenträgern während der laufenden psychotherapeutischen Behandlung durch die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit, Ausbildung oder durch den Abschluss des Asylverfahrens eintreten, entstehen zudem Brüche in der Versorgung.

Mit Wirkung zum 01.01.2024 hat der Gesetzgeber die Frist, bis Asylsuchende reguläre Leistungen erhalten, von 18 auf 36 Monate verlängert (vgl. Kapitel 2.2.1). Die Verlängerung auf drei Jahre wurde von Fachverbänden heftig kritisiert. „Wer von Krieg oder Flucht traumatisiert ist, kann nicht drei Jahre auf eine Psychotherapie warten“, warnte Dr. Andrea Benecke, die Präsidentin der Bundes-

Versorgungslage

psychotherapeutenkammer (BPtK). Sie bezeichnete die Neuregelung als „fatale Entscheidung“, da sie die Versorgung psychisch kranker Geflüchteter wesentlich erschwert. Unbehandelte Traumafolgestörungen könnten sich verschlimmern oder chronifizieren, was letztlich auch Behandlungs- und volkswirtschaftliche Kosten erhöht.

Bereits vor dieser Gesetzesänderung konnte die Nachfrage nach Therapieplätzen für Flüchtlinge nicht annähernd gedeckt werden. Durch die im Jahr 2024 erfolgte Ausweitung des Bezugszeitraums der eingeschränkten Gesundheits- und Sozialleistungen auf drei Jahre ist der Personenkreis der Geflüchteten, die nur eine Notfallversorgung erhalten, plötzlich sehr stark angewachsen. Demgegenüber stehen nur sehr wenige Angebote wie die Psychosozialen Zentren zur Verfügung, die außerhalb der Regelversorgung einen Teil der Gesundheitsversorgung abfangen können. Die Regelungen des AsylBLG führen daher insgesamt zu einer schlechten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungslage geflüchteter Menschen in den ersten drei Jahren nach Ankunft.

Ein weiteres wesentliches Problem ist, dass professionelle Sprachmittlung weiterhin kein systematischer Bestandteil der Versorgung ist und leistungsträgerabhängig in der Regel nicht finanziert wird (vgl. Kapitel 1). Die Übernahme von Sprachmittlungskosten können bei den zuständigen Sozialämtern oder beim Jugendamt mitbeantragt werden sowie für den Fall eines positiven Ausgangs des Asylverfahrens und wenn weiterhin Sozialleistungen bezogen werden als Mehrbedarf beim Job-Center. Zum Teil haben die Sozialbehörden bei der Entscheidung über den Antrag jedoch einen Ermessensspielraum und auch hier stellen die langen Bearbeitungszeiten die größte Barriere dar. Ein Anspruch zur Übernahme von Sprachmittlungskosten über die gesetzlichen Krankenkassen besteht hingegen grundsätzlich nicht. Ähnlich stellt sich die Situation bei der Übernahme von anfallenden Fahrkosten der Patienten dar. Viele Therapien kommen aus diesen Gründen überhaupt nicht zu stande.

Das heißt im Umkehrschluss, dass Betroffene oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Kosten für die Sprachmittlung in vielen Fällen selbst tragen müssen oder ehrenamtliche Sprachmittler und Angehörige eingesetzt werden. Diese Situation ist besonders problematisch, weil nicht geschulte Sprachmittler mit der Verantwortung und durch die Inhalte der Psychotherapien überfordert sein können. Außerdem fehlen ungeschulten Sprachmittlern häufig die notwendige Sensibilität für spezifische Themen wie „Sexuelle Identität“ und das notwendige psychotherapeutische Fachvokabular. Der Einsatz von Familienmitgliedern kann neben einer emotionalen und psychischen Überforderung der Übersetzenden, im schlimmsten Fall eines Kindes, zu Interessens- oder Loyalitätskonflikten führen. Professionelle Sprachmittlung stellt nicht nur aus Kostengründen eine Barriere dar. Viele ambulante psychotherapeutische Fachkräfte zeigen eine verminderte Bereitschaft zur Arbeit mit Sprachmittlung, da das für sie ungewohnte Gesprächssetting zusätzliche Abstimmung erfordert und sie dafür meist nicht geschult sind.

Auf Seiten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten kommt jenseits der strukturellen Hürden hinzu, dass kultur- und diskriminierungssensible Ansätze sowie Traumatherapie oft kein regulärer Bestandteil der Psychotherapieausbildung sind. Schwerwiegende Schilderungen von Kriegen, Verfolgung und sexualisierter Gewalt der Zielgruppe können für Therapeutinnen und Therapeuten auch selbst sehr belastend sein. Für den richtigen Umgang und die notwendige professionelle Distanz zu den Schilderungen der Betroffenen ist eine entsprechende traumatherapeutische Ausbildung unabdingbar und die Möglichkeit zur regelmäßigen Supervision notwendig.

Ukrainische Geflüchtete sind zwar direkt in die Regelversorgung integriert und haben damit de jure von Anfang an den vollen rechtlichen Zugang zur medizinischen Versorgung im Rahmen der GKV-Leistungen. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme dieses Versorgungsangebots aufgrund der allgemein zu geringen Kapazitäten und der Sprachbarrieren sehr erschwert ist. Es liegen jedoch keine belastbaren Zahlen zur Inanspruchnahme von Psychotherapie oder psychiatri-

Versorgungslage

scher Behandlung ukrainischer Geflüchteter vor (vgl. Kapitel 1), da Krankenkassenstatistiken nicht nach Aufenthaltsstatus differenzieren.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für psychisch erkrankte Geflüchtete die bestehenden Bedingungen eine hohe Eintrittsschwelle in das psychotherapeutische Versorgungssystem darstellen, die sich im Vergleich zum letzten Versorgungsbericht weiter verschärft haben. Psychisch erkrankte geflüchtete Menschen erhalten keine (zeitnahe) Behandlung und es besteht das Risiko, dass langfristige Chronifizierungen und – damit verbunden – soziale Einschränkungen entstehen, was sowohl ethisch als auch gesellschaftspolitisch hochproblematisch ist.

2.3 Exkurs: Geflüchtetenversorgung und Daten der Krankenkassen

Gibt es nicht doch irgendwo konkrete Daten von (einzelnen) Krankenkassen, die dabei helfen, Aussagen darüber treffen zu können, wie viele geflüchtete Menschen im Rahmen der komplexen Versorgungsstrukturen medizinisch-psychotherapeutisch betreut werden? – Offenbar existieren aktuell leider noch keine größeren Datenmengen über Versicherungs- und Aufenthaltsstatus im „Krankenkassen-Rahmen“.

Die AOK Baden-Württemberg hat allerdings dankenswerterweise für diesen Versorgungsbericht eine kleinere Erhebung zur Verfügung gestellt, die zumindest „Impulse zum Weiterdenken“ liefert.

Den gelieferten Daten der AOK zufolge haben im Auswertungsjahr 2023 insgesamt 1.814 von ihr betreute Sozialhilfeempfänger aus dem Ausland Leistungen aus dem EBM-Kapitel 35 in Anspruch genommen (insgesamt wurden im Auswertungsjahr 10.900 Sozialhilfeempfänger aus dem Ausland registriert). – Im Kapitel 35 werden diagnostische und therapeutische Interventionen im Rahmen der (meist hausärztlichen) psychosomatischen Grundversorgung neben der psychotherapeutischen Richtlinienbehandlung beschrieben. 398 der insgesamt 1.814 ausländischen Sozialhilfeempfänger, die Leistungen aus dem Kapitel 35 bezogen, stammten dabei aus Nigeria, 380 kamen aus dem Irak, 146 aus dem Iran, 143 aus Afghanistan und 97 aus Syrien (genannt wurden die im Rahmen der Erhebung relevantesten Nationalitäten).

Die Daten lassen – wie oben beschrieben – ein „Weiterdenken“ zu. Die ansonsten feststellbare große Datenlücke und die weiter oben in Kapitel 2 dargestellten Erkenntnisse („hohe Hürden beim Eintritt in das psychotherapeutische Versorgungssystem für Geflüchtete“) legen allerdings auch auf diesem Wege nahe, dass von einer Unterversorgung bei der medizinisch-psychotherapeuten Versorgung von Geflüchteten ausgegangen werden muss.

Versorgungslage

Kapitel 2: Verwendete Literatur

Basisdaten Psychische Erkrankungen (2025). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V./DGPPN e.V. (Hrsg.). Online einsehbar unter: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html>.

Bühring, P. (2010). Psychotherapeutische Versorgung von Migranten: Ziel ist die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens. Deutsches Ärzteblatt, 11, 487-489.

Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland (2024). Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer/BAfF e.V. (Hrsg.).

Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland (2025). Fokus Grenzgewalt. Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. (Hrsg.).

Gesundheitliche Folgen bei der Verdoppelung der Asylleistungsbeschränkungen von 18 auf 36 Monate (2024). Positionspapier. Bundespsychotherapeutenkammer/BPtK (Hrsg.). Online einsehbar unter: https://api.bptk.de/uploads/Positionspapier_Asylb_LG_36_Monate_cbdf433ca3.pdf.

Gesundheitswesen aktuell (2025). BARMER (Hrsg.). Online einsehbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2025>.

Hausmann, U. (2019). Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. In Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Refugio Stuttgart e.V. (Hrsg.).

Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg (2020). Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse (Kap. 4, Abs. a und e). Refugio Stuttgart e. V. (Hrsg.).

Genutzte Websites/Internetquellen

<https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html>

<https://www.publikationen-bundesregierung.de/resource/blob/2277952/733826/ffe77528725bde22c997904234f2d639/10-auslaenderbericht-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1>.

https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/Gesetzestexte/Aenderungs_AufnahmeRL.pdf.



Psychosoziale Zentren

Psychosoziale Zentren

3 Die Psychosozialen Zentren (PSZ) in Baden-Württemberg

Psychosoziale Zentren (PSZ) sind zentrale Anlaufstellen für psychisch belastete Geflüchtete und bieten ihren Klienten multilinguale psychosoziale Angebote an. Dolmetschergestützte psychotherapeutische Versorgung sowie traumasensible Beratung und Begleitung für traumatisierte Geflüchtete sind die wichtigsten Säulen der Zentren. Sie stehen außerhalb der Regelversorgung und ergänzen diese in wichtigen Bereichen. Ihre Arbeit wird im Folgenden weiter beschrieben.

3.1 Allgemeine Aspekte zur Arbeit

Die PSZ verstehen sich auch als Menschenrechtsorganisationen und setzen sich unter anderem für die praktische Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie und damit für die Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung der Betroffenen ein. Die Zentren arbeiten also an der Basis der Versorgung von Geflüchteten und stellen hier ein intersektorales, am Einzelfall orientiertes, sprachmittlergestütztes, fundiertes und hoch qualifiziertes Angebot zur Verfügung.

Gleichzeitig engagieren sie sich seit mehreren Jahren auf unterschiedlichen Ebenen, um die Strukturen der psychosozialen Versorgung für Geflüchtete zu verbessern. Auf kommunaler wie auf Landesebene wirken sie an Planungen und strukturellen Umsetzungen mit, leisten aber auch in der ganz konkreten Vernetzung mit anderen psychosozialen Hilfsangeboten in der Versorgungslandschaft vor Ort ihren Beitrag. Sie tragen zur Qualifizierung und Fachberatung (von Fachpersonal) in den Einrichtungen des Regelsystems bei und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Öffnung der aktuellen Dienste für traumatisierte Geflüchtete.

Die Arbeit der PSZ lässt sich als Schnittmenge zwischen den Bereichen der traumaspezifischen Psychotherapie, der Sozialberatung und der Asylverfahrensberatung beschreiben. Dabei stellen sich viele Klienten in einer (akuten) Krise in einem PSZ vor und nehmen Kontakt auf, oftmals gibt es in allen drei Bereichen Handlungsbedarf.

Neben den oft schweren Traumafolgestörungen, bei denen sich in der Regel mehrere psychische und/oder psychosomatische Erkrankungen überlagern, befinden sich die meisten Klienten in der besonderen Lebenssituation des unsicheren Aufenthaltsstatus und leben daher mit einer existenziell unklaren Zukunftsperspektive.

Das Asylverfahren stellt auch für die Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren eine (fachlich-diagnostische) Herausforderung dar, erhöht den administrativen Aufwand und erfordert Expertise im aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Nicht selten werden Geflüchtete von Sozialarbeitern oder Integrationsmanagern der Kommunen an ein Psychosoziales Zentrum verwiesen, denn sie selbst haben mit hohen Klientenzahlen für die Beratung im Asylverfahren weder die Zeit noch die Möglichkeit, diese besonders vulnerable Personengruppe angemessen aufzuklären.

Es fehlt auch hier an Sprachmittlung für die komplexen Inhalte sowie an spezifischer Qualifizierung, die insbesondere für eine traumasensible Asylverfahrensberatung gefordert wäre. Die Folge ist, dass viele Geflüchtete nicht über die erforderlichen Informationen zum Asylverfahren verfügen, um ihre Schutzgründe nachvollziehbar darzustellen und somit glaubhaft zu machen. Teilweise sind sie auch aufgrund ihrer Traumafolgestörung noch nicht in der Lage, darüber zu sprechen. Neben den organisatorischen und strukturellen Herausforderungen ist die ständige Konfrontation der Mitarbeitenden der Psychosozialen Zentren mit den traumatischen Erfahrungen, aber auch mit den aktuell bestehenden äußerst fragilen Lebensumständen ihrer Klienten stark belastend. Daher ist in diesem

Psychosoziale Zentren

Arbeitsbereich regelmäßige Supervision und Intervision auf einem ähnlich hohen Standard, wie er bei Katastrophenschutz- oder Rettungsdiensten praktiziert wird, notwendig. Niedergelassene Praxen können diesen professionellen Rahmen aufgrund des hohen organisatorischen Aufwands allein nicht sicherstellen. Die PSZ bieten diesen Standard für ihre Mitarbeitenden und öffnen fachliche Intervisionsrunden teilweise auch mehrmals im Jahr für externe Teilnehmende aus niedergelassenen Praxen und anderen Beratungseinrichtungen.

Im Bereich der Sozialberatung der PSZ sind ebenfalls hohe Bedarfe festzustellen: Unsichere Lebensumstände sind die Norm. Viele Geflüchtete leben trotz psychischer Symptomatik in Gemeinschaftsunterkünften ohne geeignete Rückzugsmöglichkeiten, leiden unter der Trennung von ihren Familien oder unter der Angst, ihren noch in der Heimat befindlichen Familienangehörigen könnte etwas zustoßen. Rassistische Übergriffe sowie Probleme beim Versuch, in Deutschland Fuß zu fassen und sich über Spracherwerb und Arbeit zu integrieren, sind zusätzliche Belastungsfaktoren. Lange Verfahrensdauern sowie schwer verständliche bürokratische Regelungen, unklare Zuständigkeiten und lange Wartezeiten beispielsweise bei Behörden belasten ebenso wie hohe an sie gestellte Anforderungen und zeitlich knapp bemessene Mitwirkungspflichten (beispielsweise beim Lesen von behördlichen Briefen, Ausfüllen von Anträgen, Darbringen von Unterlagen).

Zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung oder psychologischen Krisenintervention und Begleitung nehmen daher die meisten Klienten auch Angebote der Asylverfahrensberatung und Sozialarbeit in Anspruch. Im Rahmen asylrechtlicher Verfahren erstellen psychologische und medizinische Fachpersonen aus den PSZ regelmäßig für die bei ihnen in Behandlung befindlichen Klienten fachliche Stellungnahmen, die – orientiert an den Standards für Fachgutachten – den psychischen Gesundheitszustand der Klienten detailliert beschreiben und differenzialdiagnostisch und prognostisch einordnen. Diese Stellungnahmen können von den Klienten im Rahmen des Asylverfahrens vorgelegt werden, um Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen Gründen zu begründen und eine daran anschließende Behandlung zu erhalten. Viele Klienten werden auch nach Erhalt ihres Aufenthaltstitels weiterbehandelt. Psychosoziale Zentren arbeiten auf Wunsch der Klienten auch fallbezogen mit anderen Einrichtungen zusammen und vermitteln bei spezifischen Bedarfen weiter.

Innerhalb ihres Einzugsgebiets stellen sie vielfach beratende Ressourcen für andere Fachpersonen bereit, schulen Multiplikatoren, bauen Vernetzungsstrukturen aus und betreiben Öffentlichkeitsarbeit. Die PSZ orientieren sich an den Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.), in der (Stand Herbst 2025) bundesweit 51 Einrichtungen Mitglied sind: Um passende Unterstützung und Therapie im Einzelfall zu gewährleisten, müssen Versorgungsangebote in den Mitglieds-PSZ sowohl psychotherapeutisch als auch psychosozial und medizinisch bereitstehen. Die Gespräche müssen sprachmittlungsgestützt angeboten werden. Alle Angebote sollten bedarfsoorientiert, einzelfallbezogen und möglichst kostenträgerübergreifend geplant werden.

In den PSZ arbeiten mehrere Berufsgruppen Hand in Hand. Viele Klienten profitieren dabei parallel oder hintereinander von mehreren Angeboten am gleichen Ort ohne Umwege und ohne komplizierte Antragstellung. Zusätzliche psychosoziale Hilfen wie Gruppenangebote und Unterstützung der Alltagsstruktur sowie ergänzende kreative und körperorientierte Therapieformen erweisen sich bei traumatisierten Geflüchteten oft als essenziell, da sie dabei helfen, kulturelle und sprachliche Barrieren zu überwinden. Alle Mitarbeitenden werden traumaspezifisch geschult und bringen Kultursensibilität sowie Grundwissen im Asylrecht mit. Mit ihren Kerntools aus Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzten können in den PSZ in einem geschützten Raum viele Bedarfe abgedeckt werden. Darüber hinaus ist eine gute Vernetzung mit dem Regelsystem vor Ort notwendig. Nur in multiprofessioneller Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Beratungsstellen und der Flüchtlingssozialarbeit der Unterkünfte kann die Versorgung gelingen.

Psychosoziale Zentren

3.2 Kernangebote und Leistungsspektrum der PSZ

Zu den Kernangeboten der PSZ gehören:

- Hilfestellungen bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragestellungen;
- Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie);
- Sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation und Förderung gesellschaftlicher Teilhabe;
- psychologische Diagnostik und Dokumentation;
- (fach-)ärztliche Diagnostik;
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation;
- Krisenintervention;
- Psychotherapie;
- qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren;
- Beratung, Diagnostik und Therapie: erfolgen, wenn erforderlich mit Hilfe geschulter Sprachmittler oder durch muttersprachliche Mitarbeitende.

Alle Angebote sind traumasensibel gestaltet, und werden oftmals durch weitere Angebote ergänzt, die Integration unterstützen und zum Teil ehrenamtlich geleistet werden wie beispielsweise Ausflüge zum Kennenlernen der neuen Heimat, Begegnungsangebote, Freizeitaktivitäten (Sport-, Kreativ- und Musikangebote) und Kennenlernen von Traditionen in Deutschland (Fasnet, Nikolaus).

Sozialpädagogische Angebote: Die Sozialarbeiter in den PSZ sind überwiegend ausgebildete Traumpädagogen oder Fachberater für Psychotraumatologie und unterstützen Klienten durch traumasensible Beratung und Krisenintervention.

Neben der Asylverfahrensberatung helfen die Fachkräfte im Umgang mit Behörden oder der Krankenversicherung, stellen die Vernetzung zu anderen Fachstellen her (beispielsweise Integrationsmanagement und Migrationsberatung, Kitas und Schulsozialarbeit, Pro Familia, Schwangerenberatung, Fachstelle Sucht, sonderpädagogische oder sozialpädiatrische Angebote, Eingliederungs- und Teilhabeberatung für Menschen mit Behinderungen, Jugendämter, Frühe Hilfen etc.) und arbeiten eng mit den jeweiligen Kooperationspartnern zusammen, um die Stabilisierung „nach außen“ und die Integrationsfähigkeit der Klienten und deren Angehörigen zu fördern. Die Sozialarbeiter unterstützen auch beim Vorbereiten von Anträgen beispielsweise zum „Umzug“ an einen anderen Wohnort und Streichung der Wohnsitzauflage, um mit Familienangehörigen zusammenzukommen oder ein Ausbildungs- oder Arbeitsangebot in einer anderen Stadt annehmen zu können. Regelmäßig wird auch Unterstützung gebraucht, um unter anderem Anträge auf Schwerbehinderung, ALG, Sozialhilfe und Kindergeld zu stellen.

In vielen PSZ werden außerdem Kreativ- und Freizeitangebote, Gruppenaktivitäten wie Ausflüge oder gemeinsame Feste angeboten, dies erfolgt teilweise unter Einsatz von ehrenamtlich Engagierten (siehe oben).

Psychosoziale Zentren

Psychologische und psychotherapeutische Angebote der PSZ sind spezifisch auf die Bedarfe traumatisierter Geflüchteter ausgerichtet. Dabei sind drei Aspekte zentral:

- die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen im PSZ und den im PSZ geschulten Sprachmittlern;
- die traumatherapeutische Qualifizierung der Mitarbeitenden;
- umfangreiche Erfahrung im Umgang mit Klienten aus anderen Kulturen.

Häufig muss trotz Sprachmittlung erst ein gemeinsames Verständnis von Psychotherapie unter Einbeziehung des jeweiligen spezifischen Hintergrunds der Klienten erarbeitet werden. Ob und zu welchem Zeitpunkt eine traumakonfrontative Therapie sinnvoll ist, kann nur mit den Betroffenen gemeinsam und nach entsprechender Aufklärung und Orientierung entschieden werden. Aufgrund der hohen psychosozialen Belastung durch aktuelle Lebensbedingungen sind viele Klienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in einem PSZ noch nicht dazu in der Lage, sich mit dem Ziel der Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen detailliert und systematisch auseinanderzusetzen. Immer wieder sprechen auch vorliegende Komorbiditäten oder auch Phasen akuter Suizidalität gegen ein solches Vorgehen. Die psychologischen und psychotherapeutischen Hilfen haben daher in der Regel zunächst einen Fokus auf der Stabilisierung, der schnellen Reduktion von Symptomatik und dem Ressourcenaufbau. Lange Behandlungszeiten sind keine Ausnahme, da aufgrund der Schwere der Traumatisierungen und der schwierigen Rahmenbedingungen von einer langen Behandlungsdauer auszugehen ist und es aufgrund der fehlenden Sprachmittlung und fehlender Behandlungskapazitäten im Regelsystem wenig Vermittlungsmöglichkeit in ambulante Psychotherapie gibt (siehe Kapitel 2).

Ärztliche Angebote: Sofern dies in den PSZ möglich ist, bieten Fachärztinnen und -ärzte vor Ort psychiatrische Untersuchungen für Klienten an und stehen für konsiliarische Gespräche mit dem Fachteam zur Verfügung. Zwei PSZ in Baden-Württemberg bieten außerdem die Möglichkeit einer medizinischen Ganzkörperuntersuchung an, was unter anderem hinsichtlich der Feststellung und Dokumentation von (körperlichen) Folterspuren notwendig ist. Die meisten PSZ haben einzelne Kooperationen mit unterschiedlichen Fachärztinnen und -ärzten aufgebaut, die bereit sind, traumatisierte Geflüchtete und Folteropfer in ihrer Praxis zu untersuchen und zu behandeln.

Beratung, Diagnostik und Therapie erfolgen, wenn erforderlich, mit Hilfe geschulter Sprachmittler oder durch muttersprachliche Mitarbeitende.

Für die psychosoziale Arbeit mit Gewalt- und Folterüberlebenden ist die Zusammenarbeit mit Sprachmittlern zentral, um eine effektive Verständigung zu ermöglichen. Die Leitlinien der BAfF für Beratung und Therapie formulieren Standards, wie qualifizierte Sprachmittlung in den PSZ praktiziert wird, und definieren gemeinsame Mindestanforderungen und orientierende Empfehlungen an Therapeutinnen und Therapeuten, Beratende und Sprachmittelnde in der dolmetschergestützten Beratung und Therapie.

Psychologische, psychotherapeutische und/oder psychosoziale Unterstützung und Diagnostik wird bei Bedarf mit Traumafokus angeboten.

Aufklärung und Schulung von Multiplikatoren und Vernetzungsarbeit

- Information, Fort- und Weiterbildungen für in der Flüchtlingsarbeit Tätige und die Fachöffentlichkeit;

Psychosoziale Zentren

Begleitung, Stärkung und Qualifizierung des ehren- und hauptamtlichen Engagements in der Arbeit mit Geflüchteten;

Öffentlichkeits-, Gremien- und Lobbyarbeit.

3.3 Vorstellung der PSZ in Baden-Württemberg

Aktuell existieren in Baden-Württemberg insgesamt neun PSZ, davon zwei in Stuttgart (eines davon mit Regionalstelle in Tübingen), jeweils eines in Ulm und Villingen-Schwenningen, drei in Südbaden und zwei in Nordbaden beziehungsweise Karlsruhe. Fünf dieser Zentren bestehen seit fast 20 Jahren und vier Zentren sind seit dem Jahr 2018 dabei. Alle PSZ in Baden-Württemberg sind gleichzeitig Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft BAfF und schließen sich zur Landesarbeitsgemeinschaft „Flucht und Trauma“ zusammen. Die Landesarbeitsgemeinschaft befindet sich in regelmäßiger Austausch.

Mitglieder der LAG BW - Stand 29.09.2025

Anzahl Klienten in Behandlung oder Beratung im Jahr 2024 - (Zuständigkeit für Landkreise)

Ziel: flächendeckende Versorgung in Baden-Württemberg

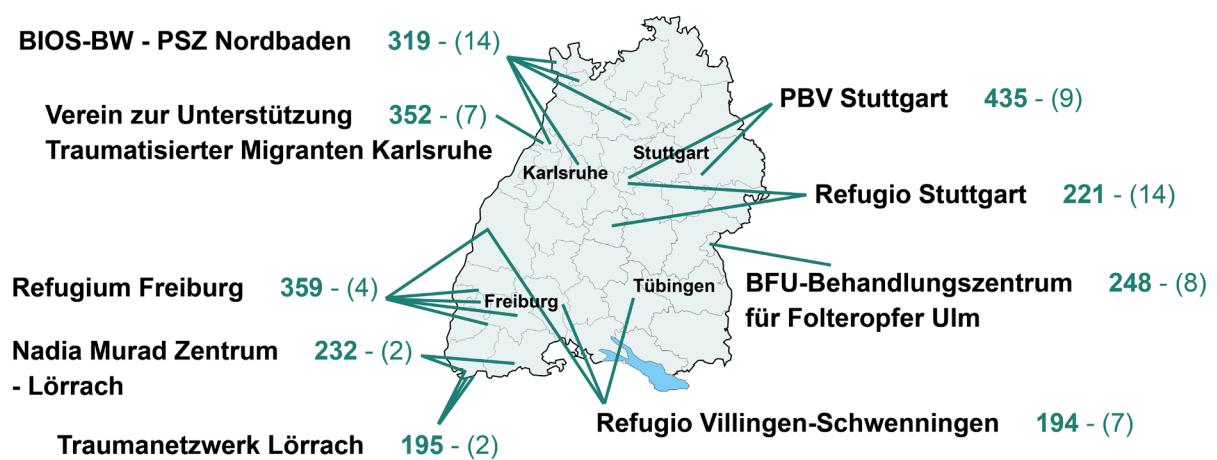


Schaubild: Landkarte von Baden-Württemberg mit PSZ-Standorten (Stand: 29.09.2025)

Psychosoziale Zentren

3.4 Die von den baden-württembergischen PSZ geleistete Versorgung im Jahr 2024

Statistische Daten zu den Klienten in den PSZ

Gesamtzahl der versorgten Klienten in 2024: 2.559; davon Neuaufnahmen: 1.372

Insgesamt handelte es sich um 51,6 Prozent (cis-)weibliche und 47,8 Prozent (cis-)männliche sowie um 0,6 Prozent sonstige Personen. (Hinweis: trans- und nicht-binäre Identität kann nicht immer erhoben werden beziehungsweise wird von Klienten vermutlich auch oft nicht angesprochen). Der Anteil der alleinerziehenden Frauen mit minderjährigen Kindern lag bei 5,6 Prozent.

Der Anteil der Klienten, die bei der Aufnahme unter 18 Jahre alt waren (inkl. UMF) lag bei 17,2 Prozent.

Bei 18 Prozent der Klienten erfuhren die Mitarbeitenden im Berichtszeitraum davon, dass Foltererfahrungen in der Vergangenheit vorlagen, bei 21 Prozent wurden schwere sexuelle oder sonstige Gewalterfahrungen benannt. Es ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Zahlen deutlich höher liegen, weil Schutzbedarfe häufig erst im Verlauf der Therapie benannt und angesprochen werden.

Daten zur aufenthaltsrechtlichen Situation der Klienten:

n=9 PSZ	Anteil der Klienten in Prozent
Aufenthaltsgestattung	40,9
Duldung	18,4
Vollziehbar ausreisepflichtig ohne Duldung (insb. sogenannte Grenzübertrittsbescheinigung o.Ä.)	1,2
Menschen ohne Papiere	0,1
Aufenthaltserlaubnis	21,2
Niederlassungserlaubnis	6,7
Andere/unbekannt	11,5

n=9 PSZ	Anteil der Klienten in Prozent (Durchschnitt)
Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote	16,3

Psychosoziale Zentren

n=9 PSZ	Anteil der Klienten in Prozent (Durchschnitt)
Dublin-Fälle	15,4

Herkunft der im Jahr 2024 von den PSZ betreuten Klienten in Prozent (n=2.056):

Afghanistan	16,9
Türkei	15,7
Ukraine	11,5
Irak	10,7
Syrien	8,8
Nigeria	6,6
Iran	5,6
Kamerun	4,3
Sri Lanka	2,2
Gambia	1,7
Nordmazedonien	1,7
Palästina	1,1
Georgien	1,0
Guinea	1,0
Kosovo	0,9
Russische Föderation	0,9

Psychosoziale Zentren

Algerien	0,8
Serbien	0,8
Somalia	0,8
Deutschland	0,7
Bosnien-Herzegowina	0,6
Albanien	0,6
Marokko	0,5
Togo	0,5
China	0,5
Eritrea	0,4
Pakistan	0,3
Tunesien	0,3
Senegal	0,2
Ghana	0,1
Indien	0,1
Kolumbien	0,1
Sudan	0,1
Ägypten	0,1
Armenien	0,1
Bangladesch	0,1

Psychosoziale Zentren

Burundi	0,1
Chile	0,1
Kenia	0,1
Libanon	0,1
Rumänien	0,1
Sierra Leone	0,1

Bisher kann bei weitem nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden, in der Versorgung sind zwischen den Landkreisen große Unterschiede festzustellen. Doch auch in Gebieten, in denen vergleichsweise viele Klienten in den PSZ versorgt wurden, besteht weiterhin deutlich mehr Bedarf an traumaspezifischen sprachmittlergestützten Angeboten als es die Kapazitäten der PSZ zulassen.

Anzahl Klienten je Landkreis (kumuliert):

Versorgung nach Landkreisen	Anteil der Klienten im Jahr 2024, die in einem PSZ Beratung oder Behandlung erhalten haben
Baden-Baden (Stadtkreis)	6
Calw	56
Enzkreis	30
Freudenstadt	-
Heidelberg (Stadtkreis)	11
Karlsruhe (Landkreis)	170
Karlsruhe (Stadtkreis)	151
Mannheim (Stadtkreis)	21
Neckar-Odenwald	6

Psychosoziale Zentren

Versorgung nach Landkreisen	Anteil der Klienten im Jahr 2024, die in einem PSZ Beratung oder Behandlung erhalten haben
Pforzheim (Stadtkreis)	23
Rastatt	63
Rhein-Neckar	76
Böblingen	34
Esslingen	56
Göppingen	13
Heidenheim	5
Heilbronn (Landkreis)	36
Heilbronn (Stadtkreis)	14
Hohenlohekreis	1
Ludwigsburg	35
Main-Tauber-Kreis	6
Ostalbkreis	27
Rems-Murr-Kreis	42
Schwäbisch Hall	12
Stuttgart (Landeshauptstadt)	343
Alb-Donau-Kreis	44
Biberach	41

Psychosoziale Zentren

Versorgung nach Landkreisen	Anteil der Klienten im Jahr 2024, die in einem PSZ Beratung oder Behandlung erhalten haben
Bodenseekreis	8
Ravensburg	6
Reutlingen	36
Sigmaringen	8
Tübingen	46
Ulm (Stadtkreis)	137
Zollernalbkreis	9
Breisgau-Hochschwarzwald	152
Emmendingen	60
Freiburg (Stadtkreis)	110
Konstanz	3
Lörrach	395
Ortenaukreis	79
Rottweil	31
Schwarzwald-Baar	84
Tuttlingen	28
Waldshut	25
Gesamt	2.539

Psychosoziale Zentren

Anmerkung: Die Gesamtzahl der behandelten Klienten liegt bei 2.595 Personen. Hier wurden nur die Klienten aufgeführt, deren Herkunftslandkreis bekannt war und innerhalb Baden-Württembergs liegt.

Gemessen am Anteil von 30 Prozent der geflüchteten Menschen, die laut Studienlage (siehe Kapitel 1) aufgrund traumatischer Erfahrungen einen Bedarf an psychosozialer beziehungsweise psychotherapeutischer Versorgung haben, liegt der Anteil der Schutzbedürftigen, die durch die PSZ in Baden-Württemberg versorgt werden konnten, bei lediglich 2,2 Prozent und damit unter dem bundesweiten Durchschnitt von 3,3 Prozent.

Statistische Daten zu den Mitarbeitenden und der Ausstattung der PSZ

Durchschnittliche personelle Kapazitäten in den PSZ in Baden-Württemberg im Jahr 2024:

Anzahl festangestellte Mitarbeitende (sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis; ohne Mini-/Midijobs)	11,9
Festangestellte Mitarbeitende 2024 - Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ)	8,1
Anzahl freier Mitarbeitender (inkl. Dolmetscher)	35,5
Anzahl Mitarbeitende auf Mini- oder Midijobbasis	0,3
Anzahl Praktikanten	0,5
Anzahl Ehrenamtliche	9,6

Die festangestellten Mitarbeitenden stammen aus folgenden Berufsgruppen: Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte sowie Kreativ- und Körpertherapeuten. Hinzu kommen Mitarbeitende in der Administration/Verwaltung, Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit, sowie in der Sprachmittlung, die sowohl auf Honorarbasis als auch teilweise in Festanstellung tätig sind.

Statistische Daten zu den Versorgungsangeboten im Jahr 2024

Die erste Kontaktaufnahme erfolgt auf unterschiedliche Art und Weise, teilweise telefonisch, teilweise per E-Mail oder schriftlich. Häufig nehmen nicht die Klienten, sondern ihnen nahestehende Dritte (sogenannte Brückenpersonen) Kontakt zu den PSZ auf. Nicht immer besteht ein Anmeldewunsch, teilweise wird zunächst eine telefonische Fachberatung angeboten. Den sich daraufhin ergebenden Anmeldewünschen kann in der Regel nicht sofort entsprochen werden. Da die Vorgehensweise der PSZ unterschiedlich ist, ist es schwierig, Aussagen über die allgemeine Wartezeit beziehungsweise über die Ablehnungsquoten zu machen. Im Jahr 2024 betrug die statistische durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch 3,8 Monate.

Die von den PSZ vorgehaltenen Angebote umfassen insgesamt ein weites Spektrum und sind auch von Zentrum zu Zentrum verschieden (vergleiche Kapitel 4). Im Vergleich der Klientenzahlen der einzelnen PSZ

Psychosoziale Zentren

fallen ebenfalls große Unterschiede auf, die sich auf Unterschiede in der personellen Ausstattung und der Arbeitsschwerpunkte zurückführen lassen. Häufig werden Klienten im PSZ über das ganze Jahr hinweg durch mehrere Maßnahmen unterstützt, die parallel oder nacheinander stattfinden. Andere erhalten lediglich eine initiativ Beratung und werden nach dem Clearing an eine andere Stelle weitervermittelt. Durch das Angebot von Bildungs- und Freizeitgruppen werden sehr viele Klienten gleichzeitig erreicht, erhalten jedoch nicht alle parallel ein therapeutisches Angebot. Aufgrund unterschiedlicher Bedarfe der Klienten ergeben sich sehr unterschiedliche Behandlungsintensitäten.

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der Klienten in den jeweiligen Kernangeboten im Jahr 2024 in den PSZ in Baden-Württemberg kumuliert dar:

Angebote der PSZ	Anzahl der Klienten in Angeboten im Jahr 2024
Clearing	1.309
Psychologische Diagnostik	239
Ärztliche Untersuchungen	513
Psychotherapie	632
Krisenintervention	197
Beratung	1.435
Therapeutische Gruppen	166
Freizeitgruppen	163

Erläuterung der Kernangebote der obigen Tabelle:

Clearing: Hiermit ist die Erstanamnese gemeint, die teils mehrere Sitzungen umfasst. In einigen Zentren wird das Clearing in einem multiprofessionellen Team durch zwei Mitarbeitende unterschiedlicher Berufsgruppen durchgeführt. Das Ziel der Maßnahme ist die Feststellung des aktuellen Bedarfs der Ratsuchenden.

Psychologische Diagnostik: Die PSZ bieten eine sprachmittlergestützte, detaillierte und umfangreiche psychologische Diagnostik an. Deren Ziel ist die Planung einer geeigneten Therapie und Vermittlung in ein passendes therapeutisches Angebot. Und gleichzeitig die Dokumentation der gesundheitlichen Situation für das aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Häufig schließt sich an die psychologische Diagnostik noch eine fachärztliche Diagnostik an.

Psychotherapie: Traumaspezifische Psychotherapie ist ein Kernangebot der PSZ. Sie beschäftigen dafür entsprechend qualifizierte therapeutische Fachkräfte und bilden diese regelmäßig fort. In den meisten Fällen werden die Psychotherapien mit eigens dafür geschulten Sprachmittlern sprachlich

Psychosoziale Zentren

unterstützt. Dazu haben alle Psychosozialen Zentren eigene Sprachmittlerpools aufgebaut. Die auf Honorarbasis beschäftigten Sprachmittler erhalten neben einer initialen Schulung weitere Angebote wie Supervision und vertiefende Schulungen.

Krisenintervention: Ein recht hoher Anteil der Klienten der PSZ stellt sich im Clearing als so krisenhaft vor, dass unmittelbare Unterstützung in Form einer Krisenintervention indiziert ist, um den Klienten zu stabilisieren und aufzufangen, zusätzliche Hilfen zu installieren und schwere psychische, gesundheitliche oder familiäre Schäden zu verhindern. Die Vermittlung in psychiatrische Kliniken findet in Notfällen statt.

Traumaspezifische Beratung: Die Beratung wird innerhalb der PSZ sowohl von psychologischen als auch von sozialpädagogischen Fachpersonen angeboten und findet in der Regel sprachmittlergestützt statt. Die Berater sind psychotraumatologisch weitergebildet. Inhaltlich bieten die PSZ je nach Bedarf des Klienten sowohl Sozialberatung als auch Asylverfahrensberatung sowie stabilisierende Einzelberatung an.

Therapeutische Gruppenangebote werden durch therapeutisches Fachpersonal angeleitet und beinhalten stabilisierende Interventionen, die speziell auf die Behandlung der Traumasymptomatik abzielen.

Freizeitgruppen: Einige PSZ bieten therapiebegleitend auch Freizeitangebote wie Ausflüge, Besuch des Weihnachtsmarktes etc. oder Bildungsangebote wie Nähkurse oder Malgruppen an. Diese Gruppen haben keinen therapeutischen Anspruch, fördern aber die Teilhabe an Kultur und Gesellschaft in Deutschland durch gemeinsame Erlebnisse, Kennenlernen der neuen Heimat und Kontakte in die Mehrheitsgesellschaft.

Ärztliche Untersuchungen: Unter diesem Punkt verbergen sich sehr unterschiedliche Angebote. Ein PSZ (PBV in Stuttgart) bietet regelmäßig neben psychiatrischen Konsultationen auch internistische Untersuchungen an, Refugio Stuttgart zieht zur psychiatrischen Diagnostik Fachärztinnen und -ärzte auf Honorarbasis hinzu und arbeitet mit Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtung in Einzelfällen zusammen. In Karlsruhe gibt es die Besonderheit, dass der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Ärztin mit langjähriger Tätigkeit in der Psychiatrie beschäftigt und daher neben der psycho- und sozialtherapeutischen Arbeit einen besonderen und zusätzlichen Schwerpunkt auf fachärztliche Diagnostik sowie psychiatrische Beurteilung und Behandlung legen kann.

Psychosoziale Zentren

Weitere statistische Daten aus dem Jahr 2024

Bei fast der Hälfte der Termine wurde Sprachmittlung benötigt, ein weiteres Drittel der Termine konnte in einer Fremdsprache geführt werden:

n=9 PSZ	Anteil in Prozent
Anteil der Beratungen/Therapien auf Deutsch (ohne Sprachmittlung)	16,9
Anteil der Beratungen/Therapien in einer weiteren gemeinsamen Sprache (inkl. Englisch) von Mitarbeiter zu Klient (ohne Sprachmittlung)	33,3
Anteil der Beratungen/Therapien mit Sprachmittlung	49,8

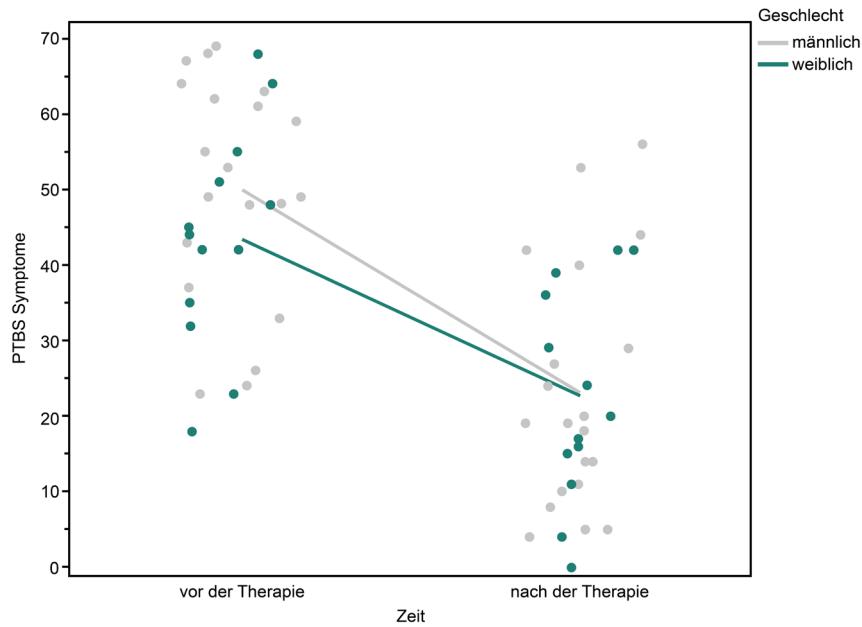
3.5 Evaluation

Als Beispiel für eine Evaluation stellt das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU) folgende Daten zur Verfügung:

Im Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm werden Klienten am Beginn und am Ende der Therapie anhand eines standardisierten klinischen Interviews diagnostisch untersucht. Die posttraumatischen Symptome wurden anhand der PTSD Symptom Checklist for DSM-5 (PCL 5), im Interviewformat durchgeführt. Zudem wurde der Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ 9) in Interviewform zur Einschätzung der depressiven Symptomatik eingesetzt.

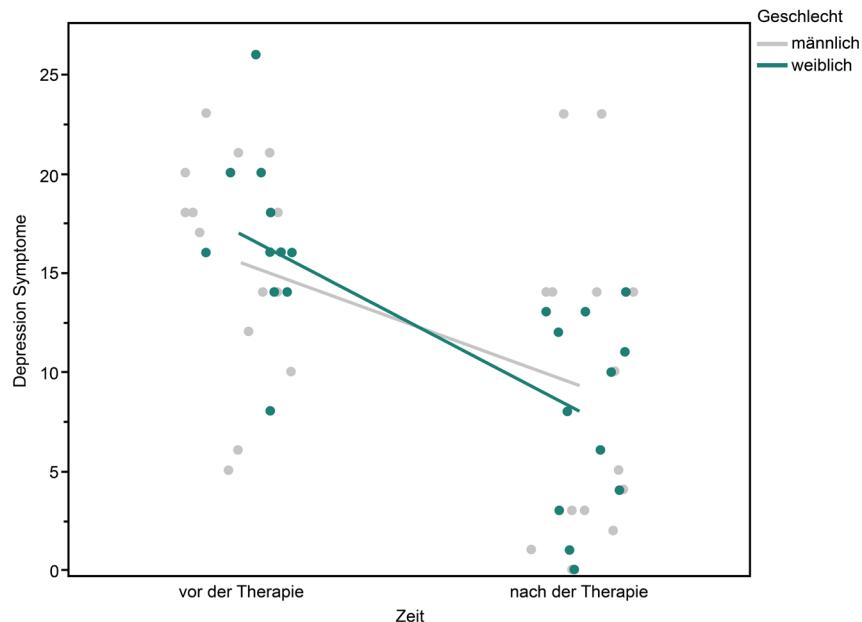
Bei 33 Klienten wurde im BFU eine ausführliche Messung der PTBS Symptome vor und nach der Therapie durchgeführt. Der Mittelwert der PTBS Symptome verbesserte sich von $M = 48$ vor der Therapie auf einen Mittelwert von $M = 23$ nach der Therapie. Die Symptomverbesserung ist klinisch und statistisch signifikant ($t = -7,36$; $p < 0,0001$) bei einer hohen Effektstärke (Cohen's $d = 1,6$). Im Mittel erhielten die Klienten 35 Therapiesitzungen, 21 psychosoziale Beratungen und eine Krisenintervention. Bei Dolmetschergestützten Terminen beträgt die Sitzungsdauer in der Regel 90 Minuten, ohne Dolmetscherbegleitung 60 Minuten.

Psychosoziale Zentren



Darstellung: Verbesserung der PTBS Symptome vor und nach der Therapie

Bei 26 Klienten wurde eine ausführliche Messung der Depressionssymptome vor und nach der Therapie durchgeführt. Der Mittelwert der Depressionssymptome lag vor der Therapie bei $M = 16$ und nach der Therapie bei $M = 9$. Auch die Depressionswerte verbessern sich signifikant ($t = -6,15$; $p < 0,0001$) bei einer hohen Effektstärke (Cohen's $d = 1,3$).



Darstellung: Verbesserung der Depressionssymptome vor und nach der Therapie

Psychosoziale Zentren

Kapitel 3: Verwendete Literatur

Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland (2025). Fokus Grenzgewalt. Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. (Hrsg.).

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. In: J Gen Intern Med.16, 2001, S. 606–613.

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. BMC psychiatry, 17(1), 379.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Online einsehbar unter https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.pdf.

Genutzte Websites/Internetquellen

<https://www.baff-zentren.org/leitlinien-sprachmittlung/>.

Finanzierung der PSZ

Finanzierung der PSZ

4 Finanzierung der PSZ

Das folgende Kapitel beschreibt die komplexe Finanzierung der PSZ und nennt diesbezügliche Herausforderungen.

4.1 Hauptförderquellen der PSZ

Die Hauptförderquellen, aus denen die Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg 2025 ihre Arbeit finanzieren, sind die institutionelle Förderung durch das Land, der Europäische Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF), Bundesmittel und kommunale Mittel. Zusammengenommen werden im Jahr 2025 in Baden-Württemberg 49,44 Prozent des jährlichen Budgets der Zentren aus Bundes-, Landes-, und kommunalen Mitteln abgedeckt (Stand: 2025). Weitere 29,53 Prozent kommen über zeitlich begrenzte AMIF-Projektförderungen zustande.

Die folgende Tabelle nennt Förderquellen der PSZ in Baden-Württemberg für das Jahr 2025 im Vergleich zu den durchschnittlichen Haushaltsanteilen der Förderquellen in den Vorjahren 2020-2024:

Zusammenfassung der Haushaltspläne der PSZ in BW für 2025	Gesamtvolumen 7.521.184,00 €	Prozentanteil für 2025	Durchschnittlicher Prozentanteil von 2020 - 2024
Landesmittel	2.070.000,00 €	27,52	36,47
AMIF (europäische Mittel)	2.221.319,00 €	29,53	14,53
Kommunale Mittel	987.121,00 €	13,12	12,44
Spenden, Mitgliedsbeiträge, Bußgelder, Eigenmittel*	794.923,00 €	10,57	12,28
Bundesmittel	661.876,00 €	8,80	10,56
Kirchliche Zuwendungen	372.023,00 €	4,95	7,49
Sonstige Mittel	280.922,00 €	3,74	3,02
Menschenrechtsorganisationen (AI, UN)	64.000,00 €	0,85	1,72

Finanzierung der PSZ

Zusammenfassung der Haushaltspläne der PSZ in BW für 2025	Gesamt-volumen 7.521.184,00 €	Prozentanteil für 2025	Durchschnittlicher Prozentanteil von 2020 - 2024
Kostenerstattungen auf Basis des AsylbLG, SGB VIII / Jugendhilfe, etc.	69.000,00 €	0,92	1,49

* darunter Mittel der Träger

4.2 Förderungen aus öffentlicher Hand

Entwicklung der Landesförderung

Die Förderung von Angeboten zur ambulanten sprachmittlungsgestützten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Geflüchteten durch das Land Baden-Württemberg stellt die bedeutendste Finanzierung für die PSZ dar. Ziel der Förderung ist die möglichst flächendeckende Versorgung von traumatisierten Geflüchteten in Baden-Württemberg. Im Jahr 2020/2021 lag die Förderung der acht Zentren bei 1,87 Millionen Euro. Im Jahr 2022 wurde die Förderung durch zusätzliche Mittel im Haushalt auf 2,27 Millionen Euro erhöht, ab dem Jahr 2023 wurden die Psychosozialen Zentren bei gleichbleibender Fördersumme aus der Projektförderung in eine institutionelle Förderung übernommen. Im Doppelhaushalt 2025/2026 wurde die Fördersumme auf 2,07 Millionen Euro reduziert.

Entwicklung der EU-Förderung

Im Rahmen der aktuellen Laufzeit des Europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) von 2021 bis 2027 werden die Angebote der PSZ mit der besonders günstigen Kondition (z. B. Förderanteil in Höhe von 90 Prozent) gefördert. Hierdurch ist die Bedeutung des AMIF für die PSZ mit einem Anteil von 29,53 Prozent deutlich gestiegen. Zu Beginn des Jahres 2025 wurde jedoch unvermittelt die Annahme neuer Anträge auf unbestimmte Zeit eingestellt mit dem Hinweis, dass der Förderaufruf überarbeitet werde. Dies hat zu gravierenden Unsicherheiten und bei einigen Zentren zu schmerzhaften finanziellen Einbußen geführt. Die im Rahmen der Specific Action GEAS/UKR für Psychosoziale Betreuung bereitgestellten Mittel müssen über ein gemeinsames mehrjähriges Projekt für ganz Baden-Württemberg abgerufen werden, was zusätzliche bürokratische Anforderungen an die PSZ stellt. Die Ausrichtung des Fonds ab dem Jahr 2028 ist noch offen.

Unsichere Entwicklung bei den Bundesmitteln

Die Bundesfinanzierung dient dazu, Standards und Kapazitäten der psychosozialen Versorgung bundesweit abzusichern und Lücken in der Versorgungslandschaft zu schließen. Insbesondere seit dem Jahr 2022 sind die Bundesmittel für die PSZ auch in Baden-Württemberg deutlich gestiegen, allerdings besteht hier kaum Planungssicherheit. So sollten im Jahr 2025 die Mittel von 13 auf 7 Millionen Euro für alle PSZ bundesweit fast halbiert werden. Um die PSZ bedarfsgerecht weiterführen zu können, würden jedoch laut Schätzung der Wohlfahrtsverbände mindestens 27 Millionen Euro benötigt. In dem im September 2025 verabschiedeten Bundeshaushalt 2025 wurden schließlich doch noch 11 Millionen Euro vorgesehen. Für das Jahr 2026 stehen nach einer erneut geplanten Kürzung

Finanzierung der PSZ

auf 7 Millionen Euro im Haushaltsentwurf auf Antrag von SPD und Union im Haushaltsausschuss 11,6 Millionen Euro bundesweit zur Verfügung, was einer leichten Erhöhung zum Vorjahr entspricht.

Freiwillige Leistungen der Kommunen

Die PSZ arbeiten eng mit den Landkreisen und Städten ihres Einzugsgebiets zusammen. Ein Teil der Kommunen hat die Rolle der PSZ als wichtige Akteure außerhalb des Regelversorgungssystems erkannt und vergibt freiwillige Leistungen und zum Teil institutionelle Förderungen an die PSZ, da diese eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe erfüllen, die über die reine gesundheitliche Versorgung hinausreicht.

Patientenaufkommen und Freiwillige Zuschüsse aus den Land- und Stadtkreisen in Baden-Württemberg in 2024



Schaubild: PSZ / Patientenaufkommen, Land- und Stadtkreise sowie freiwillige Zuschüsse (Stand: 19.09.2025)

Diese gewährten Mittel von Landkreisen und Städten (13,12 Prozent geplanter Haushaltsanteil im Jahr 2025) unterstützen die Zentren teilweise seit Jahren in ihrer Arbeit. Andere Kommunen beteiligen sich nicht an den Bestandskosten der PSZ in benachbarten Landkreisen und den dort in Anspruch genommenen Leistungen.

Zudem macht sich die aktuell angespannte Haushaltssituation vieler Kommunen bemerkbar. Kommunen, die bisher freiwillige Leistungen gewährt haben, signalisieren Probleme mit der zukünftigen Gewährung dieser Leistungen. Um eine möglichst flächendeckende Versorgung von traumatisierten

Finanzierung der PSZ

Geflüchteten zu erreichen und sicherzustellen, wäre die Beteiligung aller Landkreise am Kapazitätsaufbau und -erhalt der bestehenden PSZ wünschenswert.

4.3 Sonstige Strukturförderungen, Projekte, Spenden und Trägermittel

Eigenmittel der Träger, Spenden, Bußgelder und Mitgliedsbeiträge lagen in Zeitraum 2020 bis 2024 mit 3,7 Millionen Euro bei einem Anteil von 14,82 Prozent. Ergänzt wurden diese Mittel durch ein breites Spektrum von Einzelprojekten sowie durch Mittel der Kirchen, Kostenerstattungen sowie Stiftungsgelder mit einem Gesamtanteil von 13,72 Prozent. Damit einher geht jedoch insgesamt ein sehr hoher Verwaltungsaufwand für die Antragstellung und Abgrenzung der jeweiligen Förderzwecke und Vorgaben.

Eine wichtige Förderung durch nicht-öffentliche Geber stellt der Zweckerfüllungsfonds „Flüchtlingshilfen“ der Diözese Rottenburg-Stuttgart dar. Dieser fördert seit dem Jahr 2014 die Regionalstelle von Refugio Stuttgart e.V. mit einer strukturellen Förderung bis zum Jahr 2025 mit insgesamt ca. 2,8 Millionen Euro. Ferner erhalten Refugio Villingen-Schwenningen und das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm im Rahmen des „Verbundprojektes psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen für psychische belastete und traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Fluchterfahrung“ Struktur-Fördergelder. Der Zweckerfüllungsfonds finanziert darüber hinaus im Rahmen von Individualhilfe die Psychotherapie von einigen Klienten, die über das Fraueninformationszentrum FiZ an die PBV Stuttgart vermittelt werden.

Finanzierung der PSZ

Kapitel 4: Verwendete Literatur

Gerlinger, T., Greß, S., Polat L. (2024) Psychosoziale Zentren: Leistungen, Finanzierung, ökonomischer Nutzen, Finanzierungsalternativen. Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät Gesundheitswissenschaften.

Genutzte Websites/Internetquellen

Factsheet der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Online einzusehen unter 2024-08-06_Fact_Sheet_PSZ_BAGFW_aktualisiert_nach_RE_und_mit_BAfF_Daten.pdf.

Reformbedarf

Reformbedarf

5 Reformbedarf: Wo und wie Veränderungen nötig sind

Angesichts der aufgezeigten Herausforderungen kann es nicht nur einen einzigen Lösungsweg geben. Dies würde der Komplexität der Problematik auch nicht gerecht. Notwendig ist vielmehr eine Kombination verschiedener Maßnahmen, um die Situation nachhaltig zum Positiven zu verändern. Im Folgenden werden diese Lösungswege aufgezeigt.

5.1 Finanzierung

Verlässliche finanzielle Absicherung der PSZ

Um die Arbeit der PSZ langfristig zu sichern und nachhaltig zu gestalten, ist eine stabile und bedarfsgerechte öffentliche Strukturfinanzierung erforderlich – und damit eine finanzielle Absicherung der PSZ. Durch ihre spezialisierte und sektorenübergreifende Arbeit sind die Zentren wesentliche Glieder in der Versorgung von Geflüchteten und Teil der Zivilgesellschaft.

Kapitel 4 zeigte allerdings bereits die Komplexität und die Einschränkungen der Finanzierung der PSZ auf, die keinen Bestandteil der Regelversorgung im Gesundheitswesen darstellen und somit bis auf wenige Ausnahmen nicht über das System der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert sind. Weniger als 6 Prozent der Leistungen der PSZ wurden im Jahr 2024 deutschlandweit von gesetzlichen Leistungsträgern wie Krankenkassen, Sozial- oder Jugendämtern übernommen. Die PSZ haben bis zu 14 verschiedene Kostenträger, die sich hauptsächlich aus zeitlich begrenzten und potenziell rückläufigen öffentlichen Mitteln, volatilen Spenden- und Stiftungsgeldern sowie befristeten Projektförderungen zusammensetzen. Diese Mischfinanzierung führt zu einem hohen bürokratischen Aufwand und geringer Planungssicherheit für die PSZ und gefährdet die Nachhaltigkeit der von den PSZ angebotenen Leistungen, wenn einzelne Förderungen auslaufen oder wegbrechen. Viele Förderanträge müssen jährlich gestellt werden und die Abrechnung und das Berichtswesen stellen sich mittelabhängig sehr unterschiedlich dar. Gleichzeitig ist die Mischfinanzierung unter den aktuellen Rahmenbedingungen notwendig, um die Arbeitsfähigkeit der Zentren zu sichern und den möglichen Wegfall von Mitteln durch andere beziehungsweise neue Förderungen abfedern zu können.

Zeitlich begrenzte Finanzierungen haben zur Folge, dass Beschäftigte nur für einen befristeten Zeitraum eingestellt werden können. Dies erschwert die Gewinnung von qualifiziertem Personal und erhöht das Risiko, spezialisiertes und erfahrenes Personal nicht halten zu können. Sich dadurch ergebende Personalfluktuationen führen zu einem zusätzlichen Ressourcenaufwand für die Personalgewinnung und Einarbeitung, da neue Fachkräfte in komplexe Prozesse eingearbeitet werden müssen. Mit der seit dem Jahr 2023 bestehenden institutionellen Förderung der PSZ durch das Land Baden-Württemberg wurde zwar der Weg für eine laufende Finanzierung geebnet und eine kriterienorientierte Mittelverteilung zwischen den Zentren, die sich in der LAG zusammengeschlossen haben, eingerichtet, die Höhe der institutionellen Landesförderung ist jahresübergreifend jedoch nicht verlässlich stabil und macht nur einen kleinen Anteil des Gesamtbedarfs der PSZ aus. Eine verlässliche, verstetigte und am Versorgungsbedarf orientierte Strukturfinanzierung der spezialisierten Angebote der PSZ aus Landesmitteln ist daher dringend geboten.

Finanzierung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Bisher bestehen keine flächendeckend geregelten Strukturen, um qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitswesen zu organisieren und zu finanzieren – das gilt auch für das multiprofessionelle Angebot der PSZ und überwiegend auch für Psychotherapien (wenige Ausnahmen: vergleiche die

Reformbedarf

Kapitelabschnitte 1.1 und 1.2). Die Finanzierung von Sprachmittlung in den psychosozialen Zentren erfolgt überwiegend durch öffentliche Förderungen und Projektmittel. Mehr als die Hälfte der Beratungen und Therapien in den Zentren finden sprachmittlungsgestützt statt.

Um psychisch erkrankten Geflüchteten den Zugang zu psychosozialer Beratung und Psychotherapie zu sichern, muss der Ausbau und die Finanzierung von Sprachmittlung verbindlich geregelt werden. Dabei muss auch sichergestellt werden, dass die Vergütung der Sprachmittlung deren verantwortungsvoller und qualifizierter Tätigkeit entspricht und den Dolmetschenden ermöglicht, kontinuierlich Schulungen und Supervision in Anspruch zu nehmen. Weiterhin sollte eine Vergütung des zeitlichen und organisatorischen Mehraufwands, der für Beratungs- und Gesundheitsfachkräfte durch den Einsatz von Sprachmittlung entsteht, mitgedacht werden.

Diese Forderungen entsprechen dem Positionspapier „Sprachmittlung in Beratung und Therapie sicherstellen“ der BAfF, des Arbeitskreises der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) von April 2022 und sind nach wie vor hoch aktuell.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration des Landes Baden-Württemberg hat im Jahr 2022 Empfehlungen zur vernetzten Versorgung traumatisierter Geflüchteter herausgegeben. Darüber hinaus plädierte auch die Landesregierung bereits im Jahr 2021 politisch für eine Kostenübernahme von Sprachmittlung durch den Bund, um Betroffenen eine sachgerechte Inanspruchnahme von ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen zu ermöglichen. Angesichts nicht absehbarer bundesweiter Regelungen wird die Landesregierung Baden-Württemberg erneut und nachdrücklich aufgefordert, eine zeitnahe und verlässliche (Übergangs-)Regelung zu finden und umzusetzen.

Abrechnungsmöglichkeiten der Arbeit der PSZ

Ab 36 Monaten des Aufenthalts in Deutschland haben geflüchtete Personen Anspruch auf das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, psychotherapeutische Behandlungen eingeschlossen. Neben regelversorgenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kassenzulassung können PSZ ohne Kassensitz Psychotherapien für diese Personengruppe durch eine Ermächtigung über die Krankenkassen abrechnen (vergleiche Kapitel 2). Kostenübernahmen durch Ermächtigungen sind jedoch asylsuchenden Patienten vorbehalten, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Wenn während einer laufenden Behandlung Änderungen im Aufenthaltsstatus eintreten oder Patienten eine Arbeit oder Ausbildung aufnehmen, entstehen häufig Brüche in der Versorgung.

Es sollten daher unbürokratische Möglichkeiten geschaffen werden, den PSZ zu ermöglichen, Therapiekosten jenseits der Ermächtigungsregelung abrechnen zu können. Bedarfsoorientierten Lösungen für eine teilweise Einbeziehung in das Finanzierungssystem der GKV stehen die PSZ offen gegenüber, sofern damit dem Ziel einer nachhaltigen Finanzierung der erbrachten Komplexleistungen in den PSZ Genüge getan wird.

Für diejenigen Geflüchteten, denen Leistungen nach dem AsylbLG zustehen, sollten die Landkreise die Kosten für notwendige psychotherapeutische Behandlungen und für sprachmittlungsgestützte Kriseninterventionen übernehmen sowie für die PSZ die Beantragung und Abrechnung dieser Leistungen vereinfachen. Dadurch könnten teure Folgekosten und Integrationshindernisse vermieden werden.

Reformbedarf

Draußen scheint die schwache Schwarzwaldsonne, aber die Erzählungen von Gücel bringen alle im Beratungsraum bei Refugio VS in die Osttürkei in eine kurdische Kleinstadt. Gücel lernt mit 17 Jahren ihren zukünftigen Ehemann kennen, der sie bei ihrem ersten Treffen im abgeschlossenen Auto missbraucht. Gücel vertraut sich ihren Eltern an. Es folgt schweigendes Aufrechterhalten der Gewalt und aktive Verhinderung jeglicher Flucht. Gücel muss den Täter heiraten. Nach einer besonders schlimmen Aggression ruft Gücel die Nachbarn um Hilfe. Sie reagieren nicht auf die Rufe. Viel später rufen sie die Polizei. Diese kommt, spricht mit dem Mann und bringt Gücel ins Krankenhaus. Gücel muss nach der Versorgung ihrer Wunden zu ihm zurückkehren. Gücel erlebt sechs Jahre ehelichen Missbrauch. Eine Tochter wird geboren. Als sie fast nicht mehr kann, gelingt ihr die Flucht.

Ihre Familie droht mit Mord und Rache. Dass Menschen fliehen, hat oft nur den einen Grund, dass sie weiblich sind und massive Repressalien erleben. Mädchen werden in patriarchalen Strukturen sehr jung zwangsverheiratet, ihnen wird Bildung verwehrt und häusliche wie auch sexuelle Gewalt sind seit frühester Kindheit ihre Begleiter. Wenn sie sich wehren, folgen Todesdrohungen ihrer eigenen Familie.

Fatima aus Afghanistan wird noch minderjährig zwangsverheiratet. Statt Schule gibt es für sie eine Ehe voller häuslicher Gewalt. Sie bekommt mehrere Kinder. Ihre Eltern und Geschwister machen ihr Vorwürfe, dass sie keine „gute Ehefrau“ sei. Nach vielen Jahren gelingt ihr unter großen Risiken die Flucht. Die Angst vor dem Mann und der Familie hält auch in Deutschland noch lange an.

In der Psychotherapie berichten Frauen wie Gücel und Fatima von starker Angst vor Femiziden – sie fürchten um ihr eigenes Leben oder das ihrer Kinder. Ausgelöst werden die Ängste durch Todesdrohungen nächster Angehörigen. Sie erzählen frustriert oder erschöpft davon, ihr Leben lang dieser systematischen Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. Und diese ist tief in ihren Biografien verankert. Auch wenn die individuellen Erlebnisse unterschiedlich waren, es zeigen sich deutliche Parallelen: Die häusliche Gewalt begann bereits in der Kindheit, sie waren entweder selbst betroffen oder mussten dabei zusehen. Und sie durften entweder gar nicht oder nur bis zum Ende der fünften Klasse zur Schule gehen.

Gefragt nach den Gründen, warum ihnen Bildung verweigert wurde, ist oft das die Antwort: Bildung würde Mädchen dazu verleiten, „ungehorsam“ zu werden. Und so mussten sie, anstatt zur Schule zu gehen, schon als Kind arbeiten und das verdiente Geld an den Vater abgeben.

In der Therapie ist oft die Frage wichtig, was Frauen Kraft gab, diese Zeiten zu überleben. Zwei Frauen aus der Türkei erzählten mit Stolz, dass sie sich als Jugendliche heimlich bei einer Fernschule angemeldet und immer nach der Arbeit gelernt hätten, bis sie ihren Schulabschluss nachgeholt hatten. Bildung bedeutete für sie ein Stück Freiheit und war, wie Arbeit auch, ein wichtiger Resilienzfaktor.

5.2 Fachliches

Spezialisierte psychotherapeutische und psychosoziale Angebote zur Behandlung von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten sind wirksam und langfristig kosteneffektiv, wie wissenschaftliche Studien zeigen.

Folgende forschungsbasierte Empfehlungen sollten daher weiterverfolgt werden:

- systematische Screenings auf psychische Belastungen;
- dezentrale Unterbringung statt Massenunterkünfte;
- Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Bildung;
- Familienzusammenführung erleichtern;
- Antidiskriminierungsprogramme für Geflüchtete und Aufnahmegergesellschaft.

Einführung von Screening-Verfahren

Bereits im letzten Versorgungsbericht wurde die Einführung standardisierter Screening-Verfahren direkt in den Erstaufnahmeeinrichtungen (LEAs) empfohlen. Um Folgekosten und vor allem großes Leid bei den Betroffenen zu vermeiden, ist dringend ein fachliches diagnostisches Angebot in den Erstaufnahmeeinrichtungen flächendeckend und systematisch umzusetzen. Betroffene müssen dann nach frühzeitiger Feststellung psychischer Erkrankungen einer entsprechenden medizinischen und gegebenenfalls psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werden.

Das Projekt „BW schützt“, das sich genau dieser Zielsetzung widmet, wird im nächsten Kapitel dargestellt.

Versorgungskonzepte vernetzen

Bereits im Landespsychiatrieplan 2018 wurden Ansätze zur Verbesserung der Situation traumatisierter Geflüchteter dargestellt, unter anderem wurde die Schaffung eines multidisziplinären Behandlungskonzepts empfohlen. Ein solches landesweites Konzept könnte von der ersten Identifizierung eines psychosozialen Bedarfs in der Erstaufnahme die in der Folge benötigten Versorgungsangebote unterschiedlicher Systeme einbeziehen. Gemeint sind hier stationäre, ambulante, psychosoziale, psychotherapeutische oder auch niedrigschwellige präventive Angebote.

Die Entwicklung eines solchen Konzepts sollte auf Landesebene/von der Landesregierung vorangetrieben werden und alle in der Versorgung erfahrenen und relevanten Institutionen mit einbeziehen.

Ambulante psychotherapeutische Versorgung stärken / Bedarfsplanung anpassen

Auch die allgemein viel zu geringe Verfügbarkeit psychotherapeutischer Behandlungsangebote sorgt dafür, dass traumatisierte Geflüchtete nicht mit einer Behandlung starten können. Wir wiederholen daher die Forderung, Bedarfsplanungen anzupassen und, sofern möglich, Förderprogramme seitens des Landes aufzusetzen, um ambulante psychotherapeutische Versorgung auf dem Land für Therapeutinnen und Therapeuten attraktiv(er) zu gestalten. Letztlich profitieren davon nicht nur traumatisierte Geflüchtete, sondern auch alle anderen Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen. Zusätzlich sollten weitere Wege zur Verbesserung des Zugangs zu Psychotherapie für Geflüchtete in der Regelversorgung geprüft werden.

Reformbedarf

Einsatz von Sprachmittlung fördern

Kapitel 2 legte bereits dar, dass eine adäquate Verständigung und somit professionelle Sprachmittlung für den Therapieerfolg unerlässlich ist. Diese stellt die elementare Basis für eine fachgerechte Beratung, Diagnostik, Aufklärung und Behandlung dar. Psychotherapien können daher im Regelgesundheitssystem mangels Sprachmittlung häufig nicht begonnen werden oder es werden ungeschulte ehrenamtliche Sprachmittler und Angehörige eingesetzt. Der Einsatz von Laienübersetzenden birgt erhebliche Risiken für die Qualität der Behandlung, insbesondere im Hinblick auf fehlende notwendige Fachkenntnis und eine mangelnde emotionale Distanz und Sensibilität für die Inhalte der Therapien sowie mögliche Loyalitätskonflikte bei der Einbindung von Familienmitgliedern. Hierbei ist zu erwähnen, dass auch Basisschulungen für Dolmetschende nicht für die Beratung und Therapie von traumatisierten Geflüchteten ausreichen, sondern nur speziell geschulte Sprachmittler eingesetzt werden sollten – wie es in den Psychosozialen Zentren durchgängig umgesetzt wird. Viele Zentren übernehmen die Schulung von Sprachmittlern mangels vorhandener Qualifizierungsmöglichkeiten bislang selbst.

Politik und Verwaltung sind sowohl überregional wie auch vor Ort aufgefordert, die Finanzierung und den Ausbau von Sprachmittlungspools im sozialen und gesundheitlichen Bereich verbindlich zu regeln, um psychisch erkrankten Geflüchteten ohne ausreichend Deutschkenntnissen den Zugang zu psychosozialer Beratung und Psychotherapie verlässlich zu gewährleisten. Aus Sicht der Versorgungslage geboten wäre ein gesetzlich verankerter Anspruch, der auch das AsylbLG einschließen muss.

Behandlung von Traumafolgen als Prävention

Aus dem Arbeitsalltag der PSZ ist bekannt, dass die Nichtbehandlung psychischer Traumafolgen mit einem erhöhten Risiko der Eigen- und Fremdgefährdung einhergehen kann. Dabei ist die Zahl derer, die aus Verzweiflung heraus sich selbst etwas antun, um ein Vielfaches höher als die Anzahl derer, die andere Leute gefährden. Anders gesagt: Die rechtzeitige Behandlung von traumatisierten Geflüchteten kann das Risiko für Suizide und auch für aggressive Handlungen senken. Gewalt – ob gegen sich selbst oder gegen andere – passiert aus unterschiedlichen Gründen und nicht nur ausgelöst durch Traumatisierung.

Psychosoziale Zentren sollten deshalb Teil der Grundversorgung sein. Ohne sie bleiben viele Überlebende von Folter und Krieg unversorgt – mit hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft. Die Arbeit der PSZ ist daher auch aus Präventionsaspekten heraus notwendig.

5.3 Politische Rahmenbedingungen

Die psychische Gesundheit Geflüchteter hängt entscheidend von politischen Rahmenbedingungen ab. Faktoren wie der rechtliche Status, die Wohnsituation, Zugang zu Arbeit, Bildung und Gesundheitsversorgung sowie soziale Teilhabe sind hier entscheidende Schutzfaktoren. Es ist unabdingbar, dass diese Verantwortung nicht auf Ehrenamtliche oder zivilgesellschaftliche Strukturen verlagert wird, sondern beim Bund, in den Ländern und in den Kommunen bleibt.

Familiennachzug

Das Zusammenleben mit Familienangehörigen stabilisiert die psychische Gesundheit und mindert Traumafolgestörungen. Studien zeigen, dass fehlender Familienkontakt zu Isolation, Unsicherheit und psychischer Belastung führt. Politische Maßnahmen sollten daher den Familiennachzug unbürokratisch ermöglichen und beschleunigen.

Reformbedarf

Kontakt zur lokalen Bevölkerung

Soziale Kontakte zur Aufnahmegerügschaft – in Nachbarschaften, Schulen, Vereinen oder Patenschaftsprogrammen – wirken stabilisierend auf die psychische Gesundheit, fördern Integration und wirken damit präventiv. Politische Verantwortung liegt darin, Begegnungsräume zu schaffen und Teilhabeangebote zu stärken. Integration bedeutet dabei gleichberechtigte Teilhabe, nicht Assimilation. Gelingende Integration und Sensibilisierung auf allen Ebenen können dazu beitragen, den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken und gesellschaftliche Spaltungen zu verhindern [Uslucan, H.-H.; Yalcin, C. S. (2012): „Eine erfolgreiche Migrations- und Integrationspolitik ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Eine gelungene Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern ist nicht nur abhängig von der Integrationsfähigkeit und -willigkeit der Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch von den Exklusions- und Inklusionsmechanismen der Mehrheitsgesellschaft und ihren Strukturen.“]

Zugang zu Arbeit, Bildung und dezentralem Wohnraum

Arbeit und Wohnraum sind zentrale Schutzfaktoren:

Dezentrale Unterbringung mit Privatsphäre und stabiler Umgebung reduziert Stress und Risiko von Traumafolgestörungen.

Erwerbstätigkeit fördert Selbstwertgefühl, Tagesstruktur und psychische Stabilität, während Arbeitslosigkeit Belastungen verstärkt.

Politische Maßnahmen sollten Barrieren zum Arbeitsmarkt abbauen, Bildungsangebote ausbauen und dezentrale Wohnformen systematisch fördern. Sammelunterkünfte sollten auf das Notwendigste begrenzt bleiben.

Niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung

Ein direkter, unkomplizierter Zugang zur Gesundheitsversorgung ist entscheidend für die psychische Stabilität Geflüchteter.

Asylsuchende mit elektronischer Gesundheitskarte können ärztliche Leistungen einfacher und häufiger nutzen als Personen, die nur über Krankenscheine oder Gesundheitsgutscheine versorgt werden. Unterschiede in lokalen Versorgungsmodellen führen zu messbaren Ungleichheiten. Hürden wie Wartezeiten, administrative Formalitäten oder eingeschränkte Zugangsrechte verhindern frühzeitige Diagnostik und Behandlung. Aus der Praxis ist bekannt, dass Geflüchtete bei Terminvereinbarungen häufig hören, sie müssten selbst einen Dolmetscher organisieren, andernfalls könne kein Termin stattfinden – ein weiterer Hemmfaktor. Eine bundesweit einheitliche Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) würde diese Lücken schließen, frühzeitige Behandlungen ermöglichen und die psychische Stabilität Geflüchteter deutlich verbessern.

Abschiebung aus medizinischen Einrichtungen

Drohende oder vollzogene Abschiebungen während laufender medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung destabilisieren Betroffene stark. Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus gehört zu den stärksten Prädiktoren psychischer Belastung. Abschiebungen wirken nicht nur auf die direkt Betroffenen, sondern auch auf Mitpatienten, Angehörige und Fachkräfte: Angst, Stress und Verunsicherung belasten das gesamte psychosoziale Umfeld und gefährden den Behandlungserfolg. Politisch ist es dringend geboten, Abschiebungen aus medizinischen Einrichtungen landesweit für unzulässig zu erklären.

Reformbedarf

Politische Verantwortung übernehmen

Der gesellschaftlich-politische Diskurs über (traumatisierte) Flüchtlinge ist seit dem letzten Versorgungsbericht zunehmend von einer ablehnenden Haltung durch populistische Strömungen geprägt. Deshalb sollten Entscheidungsträger in Politik, Gesundheitswesen und Gesellschaft im Diskurs über den Umgang mit dieser hoch vulnerablen Gruppe wieder stärker den präventiven Wert und die erwiesene Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration von Geflüchteten durch die oben genannten Maßnahmen und den letztlich damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen humanitären wie finanziellen Gewinn kommunizieren.

Ebenfalls festzuhalten ist: Zivilgesellschaftliches Engagement ist zwar äußerst wertvoll, kann staatliche Kernaufgaben jedoch nicht erbringen. Der Schutz der psychischen Gesundheit von Geflüchteten erfordert verbindliche politische Entscheidungen: Familiennachzug, Sprachmittlung, dezentraler Wohnraum, Zugang zu Arbeit, Bildung und Gesundheitsversorgung müssen flächendeckend abgesichert werden. Nur wenn Bund, Länder und Kommunen diese Rahmenbedingungen schaffen, können psychosoziale Zentren, Fachkräfte und Ehrenamtliche ihre Arbeit nachhaltig und wirksam leisten.

Kapitel 5: Verwendete Literatur

Biddle, L., Bozorgmehr, K., Wahedi, K. (2022). Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany. *BMC Public Health*, 22(1), 188. Online einzusehen unter <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12458-1>.

Bozorgmehr, K., et al. (2024). Extended restrictions to health care entitlements for refugees increase health inequalities. *DIW Weekly Report*, 14(8/9).

Böge, K., Karnouk, C., Hoell, A., Tschorn, M., Kamp-Becker, I., Padberg, F., Bajbouj, M. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: A multi-centred randomized controlled trial. *The Lancet Regional Health–Europe*, 19.

Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland (2025). Fokus Grenzgewalt (2025). Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. (Hrsg.).

Führer, A. & Brzoska, P. (2020). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem.

Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. Online einzusehen unter <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643704>.

Jaschke, P., Kosyakova, Y. (2021). Gesundheitsversorgung Geflüchteter: Zugang, Barrieren und gesundheitliche Ungleichheiten. *Forschungsbericht IAB*.

Kip, A., Priebe, S., Holling, H., Morina, N. (2020). Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and depression in refugees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 489–503.

Löbel, L. M., Jacobsen, J. (2021). The effects of family separation and reunification on refugee mental health in Germany: Evidence from a natural experiment. *Journal of Population Economics*, 34(3), 1161–1197.

Uslucan, H.-H.; Yalcin, C. S. (2012): Wechselwirkung zwischen Diskriminierung und Integration – Analyse bestehender Forschungsstände. Expertise des Zentrums für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., von Scheve, C. (2020). Living conditions and the mental health and well-being of refugees: Evidence from a large-scale German survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903–913.

Walther, L., Rayes, A., Amann, T., Flick, U., von Scheve, C. (2021). Mental health and integration: A qualitative study on the struggles of recently arrived refugees in Germany. *Frontiers in Public Health*, 9, 591872.

Wenner, J., Biddle, L., Gottlieb, N., Jahn, R., Bozorgmehr, K. (2020). Inequalities in access to health-care by local policy model among newly arrived refugees in Germany. *BMJ Open*, 10(12), e039031.

Wheatley, R., Jankovic, J., Bozorgmehr, K. (2021). The influence of residence status on psychiatric symptom load of asylum seekers in Germany. *European Journal of Public Health*, 31(6), 1202–1208.

Reformbedarf

Genutzte Websites/Internetquellen

https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/04/Positionspapier_Sprachmittlung-2022.pdf.

https://api.bptk.de/uploads/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge_a9eeccbf8c9.pdf.

https://www.integrationsministerkonferenz.de/documents/ergebnisprotokoll_16_intmk_2020_bremen.pdf.

Exkurs

Exkurs

6 Exkurs: Andere Akteure in der Geflüchtetenhilfe und -versorgung

Die bisherigen Ausführungen geben einen Einblick darüber, wie vielfältig die Geflüchtetenhilfe und -versorgung in Baden-Württemberg ist und welche Dynamiken sich im (gesundheits-)politischen Kontext mit wechselnden Anforderungen und Rahmenbedingungen ergeben. Wer Geflüchteten (medizinisch-therapeutisch) helfen will, muss Herausforderungen überwinden. Die Arbeit der PSZ legt dies ganz klar dar.

In diesem Versorgungsbericht soll allerdings auch „über den Tellerrand geschaut“ werden. Erstmals wird auch anderen Akteuren – mit anderen Strukturen, Aufgaben, Fördermöglichkeiten und Begrenzungen – in Baden-Württemberg die Möglichkeit gegeben, sich vorzustellen und in eigenen Worten zu beschreiben, wo und wie sie aktiv sind. Deutlich wird: So unterschiedlich die verschiedenen Akteure auch sind, so sehr eint sie – zusammen mit den PSZ – das Ziel, die bestehenden Verhältnisse zu verändern und die Situation von (traumatisierten) Geflüchteten zu verbessern.

6.1 „BW schützt!“

Unter dem Motto „Schlimmeres verhindern – Integration fördern?“ beteiligt sich das mit Landesmitteln geförderte Projekt „BW schützt!“ daran, die Versorgungslage zu verbessern. Hier geht es vornehmlich um Traumarehabilitation, was in der folgenden Selbstbeschreibung des Projekts deutlich wird:

„Ausgeprägte psychische Belastungen infolge von Krisen- und Fluchterfahrungen sowie eine (gegenüber der Allgemeinbevölkerung) erhöhte Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten sind inzwischen vielfach nachgewiesen. Die Vermittlung unterstützungsbedürftiger Geflüchteter in die psychotherapeutisch/psychiatrische Regelversorgung ist gesetzlich verankert, die Praxis zeigt aber, dass leidende, in ihrer täglichen Funktionalität und Integrationsfähigkeit beeinträchtigte Geflüchtete oft keine angemessene Unterstützung erreichen – unter anderem aufgrund langer Wartezeiten, für Geflüchtete unüberwindbarer Hürden oder weil die Kriterien für eine behandlungsbedürftige Störung nicht erfüllt sind. Der Überwindung dieser Hürden dient unter anderem der Einsatz von Peers (Erfahrungswissende mit Migrationserfahrung, die kultursensibel begleiten und beraten). Hier ergänzt das (von den Ministerien für Soziales, Gesundheit und Integration und Justiz und Migration, Baden-Württemberg initiierte, mit Landesmitteln unterstützte) Projekt „BW schützt!“ die Versorgung mit drei Zielen: frühe Identifizierung psychischer Belastung für belastungsorientiert gestufte Hilfen unter Einbezug von Peers. Die von Wissenschaftlern der Universität Konstanz und der NGO „vivo international e.V.“ in zwei baden-württembergischen Landkreisen realisierte zweijährige Pilotstudie evaluierte Machbarkeit und Effektivität des Screenings- und Unterstützungsprogramms.

Psychische Belastung wurde mittels des Refugee Health Screener erfasst, Hilfeangebote orientierten sich an der Belastungsintensität: Bei Anzeichen behandlungsbedürftiger Traumafolgestörungen wurde in psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung überwiesen, bei subklinischen Belastungssymptomen wurde präventive Beratung zu Belastungsabbau und Selbststärkung nach dem Programm Narrative Trauma-Arbeit angeboten. In Belastungs-Screening und NAT weitergebildet wurden an beiden Standorten in fünf Schulungen 35 Peer-Beraterinnen und -berater, von denen 25 seit Ende 2023 in Gemeinschaftsunterkünften tätig sind.

Im Berichtszeitraum nahmen 520 Geflüchtete das (freiwillige und anonyme) Screening-Angebot an. Erhöhte psychische Belastung bestätigte sich bei 50 Prozent der Zielgruppe (Geflüchtete in vorläufiger Unterbringung). Bei knapp 40 Prozent signalisierte der RHS-Wert niedriges Belastungserle-

ben, 12 Prozent der Personen waren psychisch schwer belastet, 90 Prozent von ihnen konnten in Fachbehandlung überwiesen werden. Differenziertere Einschätzung subklinischer Belastung (über „unauffällig“ und „behandlungsbedürftig“) hinaus führte zur Empfehlung präventiver NAT bei über 50 Prozent der Stichprobe; 59 Prozent von ihnen nahmen das Angebot an.

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen Katamnesen nur bei 198 Geflüchteten vor, so dass der langfristige Erfolg der Unterstützung nur vorläufig anhand des wiederholten RHS beurteilt werden kann: Eine Stabilisierung beziehungsweise Verbesserung der psychischen Gesundheit deutet sich in der Tendenz zu mehr RHS-(Belastungs-)Werten im niedrigeren Bereich an, dies muss anhand größerer Stichproben und weiterer Outcome-Maße fundiert werden.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen klar, dass differenziertes Erkennen von Belastungen differenzierte Unterstützung und Hilfen erlaubt. Für die weitere Evaluation und Optimierung sind längsschnittliche Analysen zur Stabilität der Effekte, zur Wirksamkeit der NAT sowie zu strukturellen Hürden in der Inanspruchnahme erforderlich. Für die Praxis impliziert dies, Peer-gestützte Beratungsangebote systematisch als ergänzenden Baustein in die bestehenden Versorgungsstrukturen zu integrieren, Wartezeiten auf Psychotherapie durch niedrigschwellige Hilfen zu überbrücken und Schnittstellen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung zu stärken. Perspektivisch bietet „BW schützt!“ mit RHS, belastungsabhängig gestufter Hilfestruktur und der Ausbildung kultur- und sprachkompetenter Peer-Berater ein Modell zur präventiven Unterstützung psychisch belasteter Geflüchteter, das bei infrastruktureller Verstetigung zur nachhaltigen Verbesserung der psychosozialen Versorgung Geflüchteter beitragen könnte.“

Praxisbeispiel

Kiran kam vor zwölf Jahren minderjährig und ohne Eltern aus Sri Lanka nach Deutschland. Es war eine Zeit der brutalen Verfolgung der Tamilen durch die singhalesische Regierung.

Was haben Sie alles geschafft?

„Ich habe schnell Deutsch gelernt, trotzdem war es sehr schwer für mich. Danach schloss ich erfolgreich die Haupt- und die Realschule ab. Während eines Schülerpraktikums in einer Firma in St. Georgen erhielt ich ein Angebot für eine Ausbildung zum Industriemechaniker. Die Ausbildung habe ich längst beendet und arbeite seit fünf Jahren in einer großen Firma in Villingen. Ich möchte nun noch den Techniker oder Meister draufsatteln. Zusätzlich zu meiner Arbeit hatte ich immer einen Minijob. So habe ich mir meinen Traum von den eigenen „Vier-Wänden“ realisieren können. Seit 2024 habe ich den deutschen Pass. Ich bin deutscher Staatsbürger.“

Was war besonders schwierig?

„Ich hatte immer Angst vor einer Abschiebung. Der Druck war sehr hoch – kann ich bleiben oder nicht? Kann ich die Ausbildung schaffen, wenn meine Gedanken um mein Bleiben in Deutschland kreisen? Nach meiner Ausbildung konnte mich die Firma nicht übernehmen,

Exkurs

Kurzarbeit, ich wurde entlassen. Einen neuen Job zu finden war unmöglich, ich erhielt Absage um Absage. Die Begründung: ohne gesicherten Aufenthalt keine Einstellung.“

Welche Erfahrung sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

„Mein Ausweis wurde zeitweilig nur für drei Monate verlängert. Ich musste alle drei Monate zum Ausländeramt und hatte Riesenangst, dass die Polizei wartet und ich abgeschoben werde. Das war kein einfaches Leben.“

Wer oder was hat Ihnen geholfen?

„Herr B. vom Asylkreis Schwenningen hat mir geholfen. Auch das Jugendhaus Spektrum war eine wichtige Anlaufstelle für mich. Hier war ich mit meinen Freunden und wir haben uns auf Deutsch unterhalten, was mir beim Lernen der Sprache viel gebracht hat. Bei Refugio erhielt ich viel Unterstützung. Mit eurer Hilfe habe ich meinen heutigen Arbeitsplatz gefunden.“

Was möchten Sie aus Ihrer Erfahrung weitergeben?

„Wenn man etwas will, muss man dafür kämpfen. Wenn man Unterstützung braucht, gibt es Menschen, die einem helfen können. Man muss fragen.“

6.2 Flüchtlingsrat Baden-Württemberg

„Zu Wort“ kommt in der Selbstbeschreibung nachfolgend der Flüchtlingsrat Baden-Württemberg, der auch auf politischer Ebene ein wichtiger Akteur und Impulsgeber ist.

„Der Flüchtlingsrat Baden-Württemberg engagiert sich als Verein in ganz Baden-Württemberg für geflüchtete Menschen. Wir unterstützen durch Beratungen und Schulungen, stellen umfassende Informationen zur sozialen und rechtlichen Situation in Baden-Württemberg zur Verfügung und informieren über die Asyl- und Migrationspolitik. Durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Gespräche mit der Politik sowie gesellschaftlichen Gruppierungen setzen wir uns für die Rechte Geflüchteter und für eine menschliche Flüchtlingspolitik in Baden-Württemberg ein.“

In der Beratung werden psychosoziale Bedarfe identifiziert und Betroffene und Unterstützer erhalten konkrete Handlungsschritte an die Hand. In Einzelfällen vernetzt der Flüchtlingsrat lokale Unterstützungsstrukturen miteinander, z. B. Ehrenamtliche, die Geflüchtete zu Arztterminen begleiten. Oder er hilft bei der Kontaktaufnahme mit psychosozialen Angeboten. Über die Internetseite des Flüchtlingsrats sind für Ratsuchende die Kontaktadressen zu psychosozialen Zentren, Netzwerken und Beratungsstellen in ganz Baden-Württemberg abrufbar. Zudem wird in der Beratung über gesund-

Exkurs

heitsbedingte Abschiebehindernisse und zu den Anforderungen an qualifizierte ärztliche Bescheinigungen aufgeklärt. Die Aufklärung richtet sich an Geflüchtete, Unterstützer und medizinisches Fachpersonal.

In der Informationsarbeit des Flüchtlingsrats spielt die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten auch eine Rolle. So wird Wissen über Versorgungsstrukturen multipliziert. Die Wissensvermittlung findet in Form von Vorträgen bei Tagungen, Artikeln in dem Magazin ‚Perspektive‘ und auf der Internetseite sowie in Form von Posts auf Social Media statt. Hier werden auch spezielle Versorgungsangebote bekanntgemacht.

In seiner politischen Arbeit setzt sich der Flüchtlingsrat für eine verbesserte Gesundheitsversorgung für Geflüchtete ein. Entsprechende Kooperationen mit Akteuren im Gesundheitsbereich bestehen und können beispielsweise für gemeinsame Pressemitteilungen genutzt werden. Eine menschenwürdige Gesundheitsversorgung – gerade für Menschen, die auf der Flucht und in ihren Herkunfts ländern Menschenrechtsverletzungen erlebt haben – ist ein zentrales Anliegen der politischen Arbeit.

Insbesondere in dem Projekt ‚Perspektive durch Partizipation‘ liegt das Augenmerk auf besonders schutzbedürftigen Geflüchteten. In diesem von der Aktion Mensch geförderten Projekt werden zu psychosozialen Themen Publikationen erarbeitet, Beratungen angeboten und Workshops und Schulungen organisiert.

Eine besondere Expertise besitzt der Flüchtlingsrat BW im Bereich des Asylbewerberleistungsge setzes, das die (unzureichende) Grundlage der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in den ersten drei Jahren ihres Aufenthalts ist. Auch hier wird Wissen vermittelt sowie in der Beratung von Einzelfällen konkret bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterstützt.

Immer wieder verbindet der Flüchtlingsrat Schnittstellen, die für die Versorgung von traumatisierten Menschen wichtig sind. Besonders mit einem seiner Kernaufgabenfelder, der Beratung, werden geflüchtete Menschen dabei unterstützt, Wege zu einem sicheren Aufenthalt zu finden. Ein sicherer Aufenthalt trägt oft ganz wesentlich zu einer Stabilisierung von traumatisierten Geflüchteten bei.“

Exkurs

Kapitel 6: Verwendete Literatur

Bogatzki, L., Miredin, J., Millet, S., Lipinski, L., Molle, M., Rockstroh, B., Mier, D., & Odenwald, M. (2023). Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete: Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG). *Der Nervenarzt*, 94(11), 1026–1033. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01524-1>.

Dumke, L., Wilker, S., Hecker, T., & Neuner, F. (2024). Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clinical Psychology Review*, 113, Article 102491. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102491>.

Furchtlos-Projekt. Gefördert durch die Baden-Württemberg Stiftung. <http://www.furchtlos-projekt.de> ; Universität Konstanz, AG Daniela Mier in Kooperation mit vivo international e.V. (Laufend, 2017-aktuell).

Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202–9. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>.

Kaiser, E., Dohrmann, K., Elbert, T., Rockstroh, B., Schauer, M., (2026). Praxishandbuch Narrative Trauma-Arbeit (NAT); Beltz-Juventa.

KOBEG-Koordinierte Psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen“, vgl. Bogatzki et al. 2023, Universität Konstanz in Kooperation mit vivo international e.V.

Potter, F., Zehb, M., Dohrmann, K., Müller-Bamouh, V., Rockstroh, B., & Crombach, A. (2023). “It is worth hanging in there” – Psychotherapeutic experiences shaping future motivation for outpatient psychotherapy with refugee clients in Germany. *BMC Psychiatry*, 23, Article 503. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05004-3>.

Potter, F., Dohrmann, K., Rockstroh, B., Crombach, A. (2024): Refugees‘ integration and emotional distress over the course of nine months. *Frontiers in Psychology*, 15:1459934. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1459934.



Traumatisierte Geflüchtete leiden lebenslänglich unter seelischen und körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden. Um die traumatischen Erlebnisse verarbeiten zu können und den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein, benötigen sie professionelle medizinisch-therapeutische Unterstützung.

Der 4. Versorgungsbericht dokumentiert Hilfsangebote sowie bestehende Versorgungsdefizite und -probleme. Herausgegeben wird er von der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.