



**3. Versorgungsbericht
Baden-Württemberg**



Traumatisierte Geflüchtete

Traumatisierte Geflüchtete

3. Versorgungsbericht

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

Baden-Württemberg, 2020



Landesärztekammer
Baden-Württemberg



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

klimateutral gedruckt auf Vivus 100
100% Recycling Berberich Papier
Blauer Engel



Impressum

Herausgeber:

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

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

Fachkapitel:

Dipl.-Psych. Dieter David, Dr. Oliver Erens, Ute Hausmann, Veronika Herz, Birgitt Lackus-Reitter, Tobias Langenbach, Dr. Robin Maitra MPH, Manfred Makowitzki, Dr. Rüdiger Nübling, Dipl.-Psych. Ulrike Schneck, Dr. Astrid Sterzel

Redaktion:

Dr. Oliver Erens, Tobias Langenbach

Redaktionsschluss:

November 2020

Lektorat, Satz und Layout:

Ärztliche Pressestelle, Landesärztekammer Baden-Württemberg
Ärztlicher Leiter: Dr. Oliver Erens

Abbildungen:

ElisaRiva/pixabay, BAfF



Vorworte der Herausgeber	7
Einleitung	13
1. Geflüchtete und ihre Situation: Fluchtursachen, Traumatisierungen, Versorgungsprobleme in Deutschland und Baden-Württemberg.....	17
2. Regelversorgung im stationären und ambulanten Bereich.....	31
3. Psychosoziale Zentren in Baden-Württemberg	41
4. Finanzierung der Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg.....	69
5. Reformbedarf: Wo und wie Veränderungen nötig sind.....	75
Literatur	83
Management Summary	87



Vorworte der Herausgeber

Vorworte



Für die Landesärztekammer Baden-Württemberg:

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg legen nach 2011 und 2015 nun gemeinsam die dritte Auflage ihres Berichtes zur Versorgungslage psychisch traumatisierter Geflüchteter vor.

Seit der letzten Auflage, die 2015 noch vor Beginn starker Migrationsbewegungen erschien, hat sich viel in der Versorgung Geflüchteter in Baden-Württemberg verbessert. Allein die sogenannte „Flüchtlingswelle“ brachte kurzfristig viele Menschen nach Deutschland, von denen etliche unter gesundheitlichen und psychischen Erkrankungen litten. Anfänglich bestehende erhebliche Probleme in der medizinischen Versorgung Geflüchteter konnten in der Zwischenzeit bewältigt, das Gros der geflohenen Menschen in die medizinische Regelversorgung überführt werden. Dies war und ist eine enorme Leistung unseres Gesundheitssystems, an der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erheblichen Anteil hatten.

Der vorliegende Versorgungsbericht gibt durch die Darstellung der Tätigkeiten und des bemerkenswerten Leistungsumfangs der Psychosozialen Zentren (PSZ) einen Einblick in die Realität der Versorgung psychisch traumatisierter Geflüchteter. Die Psychosozialen Zentren stellen vielfach ehrenamtlich, nichtsdestoweniger aber hochprofessionell einen wesentlichen Anteil in der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Geflüchteter. Das Wirken der PSZ verdient daher allerhöchste Anerkennung.

Trotz des hervorragenden Wirkens und trotz sehr guter Vernetzung in den etablierten Strukturen muss aber auch im Jahr 2020 festgestellt werden: Es gibt an vielen verschiedenen Orten im Land und in vielen (Themen-) Bereichen weiterhin erhebliche Defizite. Obgleich von politischer Seite mehrfach eine Verbesserung der Versorgung in den Fokus gerückt wurde, besteht weiterhin großer Handlungsbedarf. Der Leistungsumfang des Asylbewerberleistungsgesetzes ermöglicht effektive therapeutische Arbeit nur in Ansätzen und verhindert in vielen Fällen eine nachhaltige Versorgung kranker geflüchteter Menschen. In vielen Teilen des Landes ist eine psychotherapeutische Versorgung schon für die

Allgemeinheit schwer zugänglich; für Geflüchtete ist sie allerdings nicht nur infolge der regelhaft anzutreffenden Sprachbarrieren kaum umzusetzen. Als eines der Hauptprobleme stellt sich deshalb weiterhin die zwingend erforderliche Übernahme der Kosten für Sprachmittlung und Dolmetscher dar, die von Therapeutinnen und Therapeuten, Flüchtlingsverbänden und gesetzlichen Krankenkassen gefordert wird und derzeit noch an den Rahmenbedingungen der Leistungsdefinition im Sozialgesetzbuch scheitert. Hier sind weitere Anstrengungen durch Politik und Funktionsträger erforderlich.

Es sei an dieser Stelle betont, dass sich die Politik in Baden-Württemberg bereits bindend zu einer angemessenen medizinisch-therapeutischen Versorgung geflüchteter Menschen bekannt hat, als das Land Baden-Württemberg 2014 mit der Verabschiedung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) die Aufnahmeleitlinie der Europäischen Union 103/33/EU für besonders Schutzbedürftige in Landesrecht überführt hat. Seit 2016 findet sich eine Passage zur Verbesserung der Situation im Koalitionsvertrag der amtierenden Landesregierung. Bisher hat sich allerdings nichts Wesentliches verbessert. Es ist dringend geboten, dass die politisch Verantwortlichen mit Entschlossenheit daran arbeiten, ihre niedergeschriebenen Ziele und Vorsätze praktisch umzusetzen. Auch vor dem Hintergrund der baden-württembergischen Landtagswahlen im kommenden Jahr gilt: Die Verbesserung der Versorgung traumatisierter Geflüchteter muss wieder einen höheren Stellenwert einnehmen und effizienter als bisher vorangetrieben werden.

Weiterhin ist festzustellen, dass systematische Untersuchungen zur Versorgung Geflüchteter kaum zu finden sind. Erst mithilfe wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse wird es gelingen, nachhaltige und effektive Behandlungs- und Therapiestrukturen zu etablieren. Die Versorgungsforschung darf deshalb nicht vor den Toren der Einrichtungen geflüchteter Menschen Halt machen, sondern ist hier besonders gefordert. Viele Entwicklungen und Versorgungsdefizite können ohne die Kenntnis zugrundeliegender Daten nicht ausgewertet werden: So ist beispielsweise die Verschlechterung der psychischen Situation Geflüchteter durch die Maßnahmen im Zuge der Corona-Pandemie allenfalls im Ansatz diskutiert. Der öffentliche Diskurs hat nach der vielfach so benannten „Flüchtlingswelle“ eine Pause eingelegt; erst humanitäre Katastrophen wie die Bilder ertrunkener Geflüchteter oder die prekäre Situation in den Auffanglagern lenken den Fokus wieder auf die Problematik der Versorgung Geflüchteter, die unmittelbar mit der Frage der Integration verbunden ist.

An diesen Punkten soll der vorliegende Versorgungsbericht Unterstützung leisten: Die Benennung des derzeitigen Leistungsumfanges wirft einen Blick auf die Erfordernisse und den abzuschätzenden Bedarf vor dem Hintergrund der aktuellen und künftigen Zuwanderungsfrequenz. Weiterhin sollen und können Defizite in der Versorgung und gleichzeitig wirksame Maßnahmen zur Besserung der Situation benannt werden.

Dr. med. Wolfgang Miller
Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

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

Vorworte



Für die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg:

In den letzten Jahren flüchten immer mehr Menschen aus Kriegsgebieten, Ländern mit Bürgerkriegen und politischer Unterdrückung sowie aufgrund ethnischer und politischer Verfolgung, extremer Armut und sich verschlechternden Umweltbedingungen. Diese Zahlen haben sich durch die Grenz- und Routenschließungen vorübergehend verringert, die Anzahl der traumatisierten Geflüchteten nimmt dabei aber nicht ab.

Die im ersten und zweiten Versorgungsbericht dargestellten Zahlen sind somit nicht mehr aktuell, aber hinsichtlich der Grundaussagen weiterhin gültig. Spätestens seit den Bränden in Moria/Lesbos wird deutlich, dass die Anzahl der Geflüchteten, die uns erreichen, von aktuellen, politischen Entwicklungen abhängt. Gerade Kinder und Jugendliche ohne Eltern oder andere Begleitpersonen kommen dadurch vermehrt bei uns an und benötigen besonders intensive psychosoziale Unterstützung.

Viele dieser Menschen, die bei uns Schutz suchen, waren in ihren Heimatländern und auf der Flucht extremen Traumatisierungen ausgesetzt und benötigen dringend schnell und unbürokratisch professionelle Hilfe, denn wir wissen, dass Traumatisierung ein wesentliches Hindernis bei der beruflichen und sozialen Integration dieser Menschen darstellt. Vor allem auch die Kinder und Jugendlichen bedürfen besonderer psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung, um ihre Erlebnisse und ihre Entwurzelung bewältigen zu können.

Der Andrang auf die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer hat deshalb weiter zugenommen. Die Mitarbeitenden der Zentren leisten Arbeit von unschätzbarem Wert. Deshalb sollte dringend die Finanzierung der Zentren und des erforderlichen Einsatzes von Dolmetscherinnen und Dolmetschern verbessert und vor allem auch nachhaltig gesichert und nicht durch bürokratische Hürden erschwert oder gar behindert werden. Angesichts des Andrangs ist die medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe in Baden-Württemberg weiter auszubauen, vor allem in Regionen, in denen bisher keine Hilfsangebote bestehen.

Das Asylbewerberleistungsgesetz kann nur dann Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen, wenn die Krankenkassen bereit sind, die Kosten für Psychotherapie und Sprachmittlung in den Zentren über Ermächtigung oder Kostenerstattung zu übernehmen. Das Problem, dass die Behandlung in den Psychosozialen Zentren häufig abgebrochen oder unterbrochen wird, wenn die Kostenübernahme auf die Krankenkassen übergeht, bleibt leider weiter bestehen.

Die Behandlung psychischer Erkrankungen und der durch Trauma bedingten Störungen erfordert oft eine sehr lange und intensive Psychotherapie. Diese kann auch bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen, die sich in lokal gut funktionierenden Netzwerken in der Regelversorgung zusammengefunden haben. Voraussetzung dafür ist jedoch meistens eine Unterstützung durch Sprachmittlung. Die Kosten hierfür werden nach wie vor von den Krankenkassen nicht übernommen, sodass immer wieder Behandlungen nicht zustande kommen, weil es keine Verständigung gibt.

Die meisten der im ersten und zweiten Versorgungsbericht genannten Reformbedarfe bestehen also fort und wir können gerade den Menschen, die unsere solidarische Hilfe dringend benötigen, diese nicht in ausreichendem Umfang zukommen lassen. Hier sind unsere Gesellschaft und die Politik immer noch und weiterhin stark gefordert, Verbesserungen zu schaffen.

Wir würden es uns sehr wünschen, wenn auch durch diesen Bericht deutlich wird, dass wir gut ausgestattete, nachhaltige und stabile Strukturen in diesem Bereich benötigen.

Dr. rer. nat. Dietrich Munz
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Birgitt Lackus-Reitter
Vorstandsmitglied und Menschenrechtsbeauftragte der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Im Folgenden werden für die Bezeichnung der einzelnen Gruppen stets die männlichen Formen verwendet. Dies ist einzig und allein einer besseren Lesbarkeit geschuldet und soll alle Frauen und Menschen unterschiedlichen Geschlechts in keiner Weise ausschließen. Sie sind selbstverständlich in alle dargestellten Ausführungen eingeschlossen.



Einleitung

Einleitung

Zum dritten Mal geben Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg im Rahmen eines Versorgungsberichts Auskunft über die Situation traumatisierter Geflüchteter im Land. Nach 2011 und 2015 thematisiert der vorliegende Bericht die Lage, wie sie sich im Jahr 2019 darstellte. Ausblicke auf die 2020 auch in Deutschland/Baden-Württemberg präsenste Corona-Pandemie, die die Situation absehbar noch einmal verändern wird, fließen aus aktuellem Anlass mit ein.

Nach wie vor ist die Lage für traumatisierte Geflüchtete in Deutschland/Baden-Württemberg komplex. Und nach wie vor gibt es großen Verbesserungsbedarf, was den Zugang Geflüchteter zu medizinischer/psychotherapeutischer Versorgung betrifft. Dies darzustellen, ist Sinn und Zweck des vorliegenden Berichts.

Einleitend lässt sich sagen, dass Geflüchtete zum einen häufig gleich mehrfache Traumatisierungen erfahren. Körperliche und seelische Gewalt, Verschleppung und Ermordung von Angehörigen, Einschüchterungen und sexuelle Ausbeutung gehören zu den (Kriegs-) Erlebnissen, die die Menschen vor und auf ihrer Flucht durchleben müssen. Sie sind diesen Ereignissen meistens schutzlos ausgeliefert. Diese immer wieder von Geflüchteten geschilderten traumatischen Erfahrungen wurden bereits im ersten und zweiten Versorgungsbericht (2011/2015) hervorgehoben. Die aktuelle Ausgabe des Berichts zeigt: Die Belastungen sind noch immer vorhanden – auch in ihrer immens großen Dimension von Terror, Schrecken und Gewalt.

Zum anderen hat das Leiden der traumatisierten Geflüchteten häufig auch nach der Ankunft in Deutschland/Baden-Württemberg kein Ende. Denn es fehlt der schnelle und unkomplizierte Zugang zu medizinischer/psychotherapeutischer Versorgung, der die Belastungen effektiv mildern könnte. Die verschiedenen Gründe hierfür werden im Verlauf des Versorgungsberichtes vorgestellt. Pointiert lässt sich herausstellen, dass viele bürokratische Hürden, lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, in Gänze fehlende Therapieangebote sowie sprachliche und kulturelle Barrieren die Lage verkomplizieren. Häufig kommen Therapien nicht zustande oder werden unter großer Unsicherheit begonnen, da Änderungen des Aufenthaltsstatus oder ein Wechsel der Kostenträger die Situation verändern. Auch werden nach wie vor Kosten für professionelle Sprachmittlung nicht finanziert, was Behandlungen erschwert oder ebenfalls unmöglich macht. Zusammengefasst kommt es zu selten vor, dauert zu lange und ist zu aufwändig, traumatisierten Geflüchteten effektiv zu helfen.

Was bedeutet das nun für die Betroffenen selbst? Zu den ohnehin schon bestehenden Traumatisierungen kommen noch Belastungen wie Isolation und Einsamkeit, Angst vor Verlust des Status, finanzielle Unsicherheit, Sorge um zurückgebliebene Angehörige sowie Ärger, Frustration und Resignation darüber, dass das Leiden nicht gemindert wird, hinzu. In der Folge spitzt sich die Lage immer mehr zu.

Seit Vorlage des letzten Berichts 2015 ist viel passiert. Dies betrifft gesetzliche Änderungen sowie Entwicklungen hinsichtlich der sozialen und rechtlichen Lage geflüchteter Menschen. Die Situation traumatisierter Geflüchteter wurde und wird im Zuge der Entwicklungen auch offiziell von der baden-württembergischen grün-schwarzen Landesregierung thematisiert. So findet sich im 2016 geschlossenen Koalitionsvertrag die folgende Passage: „Die Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und die Dolmetscherdienste sollen in Baden-Württemberg flächendeckend erfasst und bedarfsgerecht ausgebaut werden. Hierzu ist die Expertise der Landesärztekammer und der Berufsverbände einzubinden. Die Therapie der Traumatisierten ist Voraussetzung dafür, sie in die Gesellschaft integrieren zu können. Eine Finanzierung der Behandlung ist sicherzustellen. Die Belange von geflüchteten Mädchen und Frauen werden wir identifizieren und entsprechende Maßnahmen ergreifen.“

Daraufhin wurden 2018 insbesondere im sogenannten Landesplan, der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (im Folgenden: Landespsychiatrieplan) Ansätze skizziert, wie eine adäquate Versorgung gelingen kann. Genannt wird unter anderem, dass für die Versorgung ausreichend Mittel – nachhaltig und nicht nur im Sinne der Krisenintervention – vorhanden sein müssen. Die Rede ist außerdem unter anderem davon, dass:

- spezialisierte Versorgungsstrukturen wie beispielsweise Psychosoziale Zentren (PSZ) für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen eine Stärkung erfahren sollen;
- Fachmitarbeiter im Gesundheitswesen und in den Aufnahmeeinrichtungen für die psychosoziale Situation der Geflüchteten sensibilisiert, über Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in bestimmten kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden sollen;
- in Erstaufnahmeeinrichtungen ausreichend Informationsmaterial über psychische Erkrankungen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen soll;
- Aus-, Fort- und Weiterbildungen in transkultureller Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik zusammen mit Sprachfortbildungen für Mitarbeitende aus den Bereichen Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik/Allgemeinmedizin wichtiger wird;
- Behandlungen traumatisierter Geflüchteter im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungskonzepts stattfinden sollten und dass konventionelle Versorgungsmodelle wie psychotherapeutische Praxen und psychiatrische Ambulanzen nicht über die personellen und zeitlichen Möglichkeiten verfügen, um wirklich zeitnah und passgenau effektiv helfen zu können.

Zwischen schriftlich niedergelegten Vorhaben und der Realität klafft allerdings noch eine große Lücke, die im Verlaufe des Versorgungsberichts untersucht wird.

Der Schwerpunkt des vorliegenden Berichts liegt zunächst auf der Untersuchung der spezifischen Belastungssituationen, wie sie sich für traumatisierte Geflüchtete ergibt. Anschließend wird die Arbeit der Psychosozialen Zentren (PSZ) in Baden-Württemberg als zentrale Glieder der Versorgung thematisiert. Die Zentren bieten unter anderem psychotherapeutische Versorgung, traumasensible Beratung und Begleitung an, verstehen sich aber auch als Menschenrechtsorganisationen, die sich am Diskurs zur Versorgung traumatisierter Geflüchteter beteiligen. Die Zahl der PSZ in Baden-Württemberg hat sich gegenüber dem letzten Versorgungsbericht erhöht. Die bereits bestehenden PSZ sind das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU), die Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) Stuttgart, refugio stuttgart e.V., Refugio Villingen-Schwenningen e.V. und der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migrant*innen e.V. Karlsruhe. Weitere PSZ sind in Baden-Württemberg im Aufbau (siehe Kapitel 4).

Die Behandlungsnachfrage bei den PSZ ist groß – so groß, dass sie die Kapazitäten beständig übersteigt. 2019 wurden insgesamt mehr als 2.500 Klienten psychosozial versorgt und/oder therapeutisch begleitet (der Versorgungsbericht 2015 hatte für das Berichtsjahr 2014 insgesamt knapp 1.700 Klienten bei damals fünf betreuenden PSZ ausgewiesen). Nicht alle Anfragen nach einer Aufnahme können positiv beantwortet werden. Alle PSZ berichten darüber hinaus von großen Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Klienten in die psychiatrisch-fachärztliche und vor allem in die psychotherapeutische Regelversorgung. Kapitel 4 und Kapitel 5 dieses Berichts beschäftigen sich detaillierter mit der Situation und Arbeit der PSZ in Baden-Württemberg.



Einleitung

Ebenfalls Teil des Versorgungsberichtes ist die Schilderung der (Regel-) Versorgungsstrukturen in Deutschland. Die Analyse erfolgt zunächst allgemein, später mit Bezug zu Geflohenen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten. Es geht aber nicht nur um das bloße Aufzeigen von Missständen. Ebenso wichtig ist, die richtigen Konsequenzen daraus zu ziehen und Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten. Dies geschieht im Schlussfolgerungs-Teil dieses Berichts – verbunden mit einer Aufforderung zum Handeln.

Es liegen, wie oben bereits angeschnitten, noch nicht genügend Daten und Studien vor, um die Folgen der Corona-Pandemie für die Situation geflüchteter traumatisierter Menschen im Jahr 2020 umfassend auszuwerten. Dies wird eine zukünftige Auflage des gemeinsamen Versorgungsberichts übernehmen müssen. Dennoch ist es auch im Sinne der Betroffenen wichtig, bereits jetzt Entwicklungen so gut es geht vorherzusehen. Nur so kann einer weiter stattfindenden Verschärfung der Lage gegengearbeitet werden. Der Versorgungsbericht wird daher dort, wo es nötig und sinnvoll ist, ohne solide Datenlage Ausblicke und Einschätzungen geben.



Situation der Geflüchteten

Situation der Geflüchteten

1. Geflüchtete und ihre Situation: Fluchtursachen, Traumatisierungen, Versorgungsprobleme in Deutschland und Baden-Württemberg

Was mussten Menschen, die aus ihrem Heimatland geflohen sind, durchleben? Welche Belastungen ergeben sich vor, während und nach der Flucht? Neben körperlichen Anstrengungen und Folgen sind vor allem psychische Belastungen für Traumatisierungen und Lebenseinschränkungen von geflüchteten Menschen verantwortlich. Das Phänomen Flucht mit seinen Ursachen und Folgen wurde anfangs eher abstrakt erfasst. Nach und nach geriet das Thema jedoch mehr in den öffentlichen Fokus. Zunehmend gibt es Untersuchungen, die Geflüchtete und ihre spezielle Situation in den Blick nehmen. Diese Anstrengungen unterstreichen zumindest ein mit der Zeit gewachsenes Problembewusstsein, Geflüchtete nicht mehr nur als anonymen Zustrom, sondern als Individuen mit eigener Geschichte zu sehen. Vor diesem Hintergrund wird auch untersucht, inwieweit die Rahmenbedingungen der aufnehmenden Gesellschaft die körperliche, psychische und seelische Genesung fördern oder verhindern. Deutlich wird: Die Situation vieler Geflüchteter ist komplex. Die Lage, die sie in Deutschland und speziell in Baden-Württemberg vorfinden, stellt alle Beteiligten vor Herausforderungen.

Sehr deutlich sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es in Deutschland bislang keine systematische und objektive Erfassung der Situation von Geflüchteten gibt. Die Datenlage ist daher weitgehend lückenhaft und unvollständig. Systematische Studien können letztlich nur Versuche sein, die Probleme besser zu erfassen und dazu beizutragen, die prekäre Situation vieler Menschen zu verbessern.

Dieses Kapitel stellt in aller Kürze und beispielhaft einige Untersuchungen vor. Zentrale Fragen sind: Worunter leiden Geflüchtete? Was brauchen sie in welchem Umfang, damit ihnen bestmöglich geholfen wird? Wo liegen die Probleme, die effektive Hilfe schwierig machen?

1.1 Aktuelle Untersuchungen zur Lage von Geflüchteten

Die körperlichen, psychischen und seelischen Belastungen, die viele Geflüchtete vor, während und nach ihrer Flucht erleben, werden im nachfolgenden Abschnitt exemplarisch vorgestellt. Die in den Untersuchungen genannten Zahlen haben zumeist bundesweiten Bezug und werden entsprechend übernommen.

1.1.1 „WidOmonitor“

Der „WidOmonitor“¹ beschäftigt sich in der Ausgabe 1/2018 ausführlich mit den körperlichen und psychischen Beschwerden, denen erwachsene Geflüchtete ausgesetzt waren und sind. Darüber hinaus stellt sich für die Autoren die Frage, wie eine gelungene Integration in die Gesellschaft und in den Arbeitsmarkt in Deutschland aussehen kann.² Die Verfasser befragten für den „WidOmonitor“ nach eigenen Angaben bundesweit 2.021 Geflüchtete aus Syrien, dem Irak und Afghanistan. Die Geflüchteten waren erst seit kurzer Zeit in Deutschland (bis zu zwei Jahren) und lebten noch in Aufnahmeeinrichtungen. Laut UNO-Flüchtlingshilfe gehörten vor allem Syrien und Afghanistan Ende 2018 zu den fünf Ländern, aus denen die meisten Geflüchteten kamen.³ Wie die Autoren herausstellen,

1 Faulbaum, Frank; Schröder, Helmut; Zok, Klaus: WidOmonitor 1/2018: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. Hrsg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO). Berlin (KomPart) 2018.

2 Vgl. ebd. S. 1.

3 Vgl. ebd. S. 1 sowie die Onlinepublikation von UNHCR – online unter: <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingszahlen> (Abruf: 29.05.2020).

Situation der Geflüchteten

stammten auch mehr als die Hälfte aller Erst-Asylanträge zwischen Januar 2015 und Mai 2018 aus jenen Ländern.⁴ Gerade vor dem Hintergrund dieses Versorgungsberichts soll betont werden, dass ein großer Teil der WiDO-Befragten aus Baden-Württemberg stammte: Insgesamt flossen in die Untersuchung Daten von 453 Befragten aus Einrichtungen in Baden-Württemberg ein, was 22 % der ausgewerteten Gesamt-Befragungsdaten entspricht.⁵

Die Studienautoren unterstreichen, dass der Aspekt der Geflüchteten-Traumatisierung keine Randererscheinung ist: Denn mehr als drei Viertel der Befragten erfuhren der Untersuchung zufolge Formen der Gewalt. Am häufigsten wurden allgemein Kriegserlebnisse angegeben mit 60 %. 40 % der Befragten gaben an, Angriffen des Militärs ausgesetzt gewesen zu sein. 34 % mussten miterleben, wie Angehörige verschleppt wurden oder auf andere Weise verschwanden. Von Folterungen berichteten 19 %. Ebenfalls genannt wurden Lager-, Geisel- oder Isolationshaft (15 %), der gewaltsame Tod von Bezugspersonen (15 %) sowie sexuelle Angriffe und Vergewaltigungen (6 %). Herauszustellen ist dabei der Aspekt der Mehrfacherlebnisse: 30 % der Befragten gaben an, mehr als drei dieser Ereignisse durchgemacht zu haben. 12 % gaben an, drei Ereignisse durchlebt zu haben, bei 15 % waren es zwei Ereignisse und bei 16 % ein Ereignis.⁶ Sehr viele Befragte waren also gleich mehreren existenziell bedrohlichen, schmerzhaften und/oder erniedrigenden Situationen ausgesetzt. Geflüchtete, die solche Erfahrungen machen mussten, hatten dann häufiger mit Folge-Beschwerden zu tun als Geflüchtete, denen dies erspart geblieben war. Zu den angegebenen Folge-Beschwerden gehörten Mutlosigkeit, Traurigkeit, Nervosität, und Reizbarkeit genauso wie Kopf-, Rücken- oder Magenschmerzen.⁷ Die auf der Flucht gemachten Erfahrungen hatten also offenbar direkten Einfluss auf die Gesundheit.

Die WiDO-Studie berichtet außerdem davon, dass Geflüchtete in Deutschland einen erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung haben – dafür sorgen unter anderem bürokratische Hürden, die mit dem Aufenthaltsstatus sowie mit dem Wechsel der Kostenträger einhergehen (siehe Abschnitt 2.2.), aber auch kulturelle und sprachliche Probleme. Hervorzuheben ist erstens die Beobachtung, dass rund jeder sechste Geflüchtete, der in den letzten Monaten des Beobachtungszeitraums eine Arztpraxis aufsuchte, dort nicht behandelt wurde (bei chronisch Kranken war der Anteil mit 26 % deutlich höher). Die Studienautoren verweisen darauf, dass vermutlich rechtliche Einschränkungen, bürokratische Hemmnisse seitens der Leistungserbringer und/oder Sprachbarrieren für das Scheitern einer erfolgreichen Behandlung verantwortlich waren. Hervorzuheben ist auch die Beobachtung, dass sich über 56 % der Befragten nur unter Mühe im Krankenhaus verständlich machen und rund 54 % Gesundheitsinformationen nicht richtig verstehen konnten. Rund die Hälfte der Befragten hatte zudem Schwierigkeiten, im Krankheitsfall die richtige Anlaufstelle für professionelle Hilfe zu finden.⁸

Die Lösungsvorschläge der Autoren sind umfassend: Genannt werden unter anderem eine bessere Sprach- und Kulturmittlung, Abbau von bürokratischen Hemmnissen.⁹ Die Autoren fassen zusammen: „*Ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem würde – neben einem sicheren Aufenthaltsstatus, einer passenden Unterkunft, sinngebender Beschäftigung und Freizeitangeboten – voraussichtlich dabei helfen, die gesundheitlichen Stressoren besser zu bewältigen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren [...]. Geflüchtete sollten ab dem ersten Tag einen umfassenden Anspruch auf medizinische Versorgung haben, wie er auch gesetzlich Krankenversicherten zusteht.*“¹⁰ Auch die Eingliederung von geflüchteten Ärzten und Psychotherapeuten ins deutsche Gesundheitssystem ist nicht zufriedenstellend; sie muss vor allem schneller möglich sein. Geflüchtete mit medizinischen Vorkenntnissen könnten Geflüchteten nicht nur medizinische und psychologische Hilfe bieten, son-

4 Vgl. Faulbaum u.a. 2018: S. 3.

5 Vgl. ebd. S. 9 (Abbildung 3). An erster Stelle liegt Nordrhein-Westfalen mit 743 Befragten (36 %). Wie die Autoren herausstellen, konnten aber nicht alle Bundesländer in die Untersuchung einbezogen werden. Vgl. ebd. S. 6.

6 Vgl. ebd. S. 1 sowie S. 8 (Abbildung 2).

7 Vgl. ebd. S. 13 (Abbildung 6).

8 Vgl. ebd. S. 13 ff.

9 Vgl. ebd. S. 17 ff.

10 ebd. S. 17, S. 19.

Situation der Geflüchteten

dern als Personen aus dem gleichen Sprach- und Kulturraum als besonders akzeptierte Vertrauenspersonen zur Verfügung stehen.¹¹

1.1.2 Stellungnahme der Leopoldina zu traumatisierten Geflüchteten

Im Rahmen einer Stellungnahme hat sich auch die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina 2018 mit der Traumatisierung Geflüchteter beschäftigt. Explizit weisen die Studienautoren darauf hin, dass besonders Kinder massiv unter traumatischen, entwicklungshemmenden Erlebnissen leiden.¹² Es wird deutlich, dass traumatisierte Geflüchtete keineswegs eine Seltenheit sind: *„Aufgrund von Schätzungen ist zu vermuten, dass die Hälfte der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Flüchtlinge durch mehrfache und massive traumatische Erfahrungen seelisch belastet ist. Wiederum die Hälfte dieser Personen dürfte nicht in der Lage sein, sich ohne fremde Hilfe zu erholen“*¹³, stellen die Autoren in ihrer Publikation fest.

Die Wissenschaftler differenzieren zwischen traumatischen Erlebnissen vor, während und nach der Flucht. Als Beispiele für belastende Erlebnisse im Heimatland werden Folter, Bombardierung, sexuelle Gewalt sowie Verfolgung, Hausdurchsuchungen und plötzliches Verschwinden gezählt. Auch der Verlust von sozialem Status, Schulunterbrechung sowie schlechte Ernährung und mangelhafte medizinische Versorgung zählen hierzu. Während der Flucht – die durchaus Jahre dauern kann – setzen unter anderem die Trennung von Angehörigen, erfahrene sexuelle und körperliche Gewalt sowie harte Umweltbedingungen den Flüchtenden zu.

Auch die Tatsache, dass die Flüchtenden selbst jederzeit dazu genötigt werden können, Mitfliehenden Gewalt anzutun, ist eine Belastung.

Urvertrauen und genereller Optimismus können durch solche Erfahrungen nachhaltig zerstört werden. Und auch nach dem Ankommen sind die Belastungen nicht vorbei. Hier machen unter anderem Einsamkeit, der Verlust sozialer Netzwerke, Angst um die zurückgebliebene Familie sowie der Verlust des sozialen Status und der ökonomischen Sicherheit Betroffenen zu schaffen.¹⁴

Die Autoren zeigen weiterhin auf, wie Körper und Psyche auf erlittene Traumata reagieren und welche Langzeitfolgen sich daraus ergeben können: Sind erlebte Traumata durch Nichtbehandlung zu chronifizierten Krankheiten geworden, müssen Geflüchtete regelmäßig den Arzt aufsuchen. Eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt ist massiv erschwert. Dies wiederum erfordert eine höhere Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme.¹⁵ Die Botschaft der Autoren ist klar: Auch die aufnehmende Gesellschaft muss mit Folgen rechnen, wenn Geflüchteten nicht nachhaltig geholfen wird.

Ein weiterer von der Leopoldina aufgegriffener Studienaspekt zeigt die Schwächen des deutschen Versorgungssystems auf. Ungeachtet der Anpassung der Bedarfsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) 2019 verweisen die Autoren darauf, dass der allgemeine Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung in den meisten Regionen nicht einfach ist. Zwar wurden in den vergangenen Jahren viele Fortbildungsangebote in traumaspezifischer Psychotherapie etabliert und traumaspezifische Methoden wie beispielsweise EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) anerkannt. Das Thema Traumafolgestörungen wurden in die Weiterbildungsordnungen der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern aufgenommen, um hier langfristig eine bessere Versorgung zu ermöglichen. Dennoch kann weiterhin gerade bei Geflüchteten keine ausreichende Versorgung

11 Vgl. ebd. S. 19.

12 Happe, Kathrin u.a.: Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig (Stellungnahme). Hrsg. von der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina in Zusammenarbeit mit der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Halle (o. A.) 2018. Für den Kinder-Verweis vgl. ebd. S. 15 ff.

13 ebd. S. 8.

14 Vgl. ebd. S. 9 ff.

15 Vgl. ebd. S. 12 ff., S. 18 f.

Situation der Geflüchteten

für die Behandlung von Trauma-Folgestörungen verzeichnet werden. Verwiesen wird darüber hinaus auf zu wenig niedrigschwellige Hilfen wie psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen für Geflüchtete sowie auf kulturelle und sprachliche Barrieren (zu nennen ist hier die fehlende Finanzierung von Dolmetschern, siehe Abschnitt 2.2.).¹⁶

Auch die Autoren der Leopoldina-Stellungnahme präsentieren Lösungsansätze: Hierzu gehören Screening-Verfahren auf psychische Traumatisierung, die bereits früh zum Einsatz kommen sollten und die Schwere der Symptome sowie die Dringlichkeit einer Behandlung von Geflüchteten anzeigen, Peer-Berater, die als Bezugspersonen in Ansätzen bei der Integration helfen können, mehr niedrigschwellige Beratungs- und Begleitangebote für Geflüchtete sowie fachliche Schulungen für Therapeuten sowie für Ärzte. Auch die Ausbildung und Finanzierung von geschulten Sprachmittlern wird als wichtiger Punkt genannt (siehe Abschnitt 1.3.).¹⁷

1.1.3 Weitere wissenschaftliche und mediale Berichte

Abseits der zitierten Untersuchungen lassen sich ebenfalls Belege finden, dass die Problematik zumindest zeitweise öffentliche Aufmerksamkeit erfahren hat. So befragten Wissenschaftler der Universität Leipzig insgesamt 569 erwachsene Bewohner einer lokalen Erstaufnahmeeinrichtung aus über dreißig verschiedenen Ländern im Zeitraum Mai 2017 bis Juni 2018 zu deren spezifischer Situation. Die Wissenschaftler verstanden ihre Untersuchung als Momentaufnahme. Den Angaben zufolge nahm rund die Hälfte der Befragten bereits in der ersten Woche nach Ankunft an der Untersuchung teil.¹⁸ Wie es in der dazugehörigen Veröffentlichung heißt, lagen bei rund der Hälfte der Befragten Zeichen von psychischen Störungen vor. Ein Drittel von ihnen zeigte posttraumatische Belastungsstörungen, ein weiteres Drittel litt unter psychosomatischen Symptomen wie Herzrasen und Angstgefühlen. Darüber hinaus wurden bei Geflüchteten Depressions-Anzeichen sowie das Vorliegen gleich mehrerer psychischer Störungen registriert.¹⁹

Mit der (Behandlungs-)Situation traumatisierter Geflüchteter in Deutschland befasst sich auch ein wissenschaftlicher Artikel aus dem Raum Halle (Saale). Der Artikel thematisiert unter anderem, wie groß die Lücke zwischen psychischen Problemen Geflüchteter, überhaupt erst einmal diagnostizierten Problemen und tatsächlich stattgefundenen Behandlungen ist: Im Rahmen des Artikels wurde eine zufällige Befragung von Schutzsuchenden in Halle (Saale) durchgeführt mit Fragebögen, in der psychische Erkrankungen erhoben wurden, mit den Daten der Sozialbehörde über tatsächlich stattgefundenene Behandlungen verglichen. Das Ergebnis: Während 54 % der Befragten Depressions-symptome, 41 % Angstsymptome und 18 % Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufwiesen, zeigten die Sozialamtsdaten, dass lediglich bei 2,6 % aller Schutzsuchenden eine Depression, bei 1,4 % eine Angststörung und bei 2,9 % eine PTBS diagnostiziert wurde. Die Autoren führen weiter aus, dass weniger als ein Zehntel der Schutzsuchenden mit Symptomen eine entsprechende Diagnose erhielten. Bei den Personen, die tatsächlich diagnostiziert wurden, erhielten laut Autoren 45 % keine Behandlung, 38 % wurden lediglich medikamentös behandelt und nur 1 % erhielt Psychotherapie.²⁰

16 Vgl. ebd. S. 20 f.

17 Vgl. ebd. S. 22-26.

18 Vgl. online unter: https://www.uniklinikum-leipzig.de/presse/Seiten/Pressemitteilung_6840.aspx (Abruf: 03.06.2020).

19 Vgl. ebd.

20 Vgl. Führer, Amand u. a.: Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health need. In: PLoS ONE 15(10): e0239211 (2020). S. 1-13. Vgl. hierzu auch online unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211> (Abruf: 12.10.2020).

Situation der Geflüchteten

In jüngster Zeit wurde das Thema auch im medialen Rahmen aufgegriffen. So berichteten beispielsweise die „Zeit“ sowie die „Tagesschau“ auf ihren jeweiligen Online-Plattformen über psychisch erkrankte Geflüchtete. Dabei beleuchteten die Journalisten kritisch, woran es im Versorgungssystem mangelt und dass viele staatlich-bürokratische Hürden effiziente Patientenhilfe deutlich erschweren.²¹ In diese Richtung ging auch eine Online-Berichterstattung des Mitteldeutschen Rundfunks (MDR), die dabei auf die Arbeit der Psychosozialen Zentren (PSZ) als niedrigschwellige Anlaufstellen für Geflüchtete einging.²²

Zwischenfazit

Aktuell zeugen verschiedene wissenschaftliche und mediale Berichte von einem durchaus wachsenden Problembewusstsein für traumatisierte Geflüchtete. Verschleppung von Angehörigen, Vergewaltigung, Verlust von Sicherheiten, aber auch Ausharren im Ankunftsland, Andauern des Leidens und große Dunkelfelder, dieses Leid überhaupt erst einmal per Diagnose zu erfassen und anschließend zu behandeln – all dies wurde bereits in Ansätzen dokumentiert und weist auf diese Weise auf die Brisanz des Themas hin. Dennoch kann von einem vollständigen Lagebild zur Situation noch längst keine Rede sein, die vorhandenen Studien und Berichte sind eher als Anfänge zu sehen, um die komplexe Situation zu verstehen. Hier werden mehr Forschungen und Untersuchungen nötig sein. Im Folgenden soll auf die Prozesse und Probleme der Versorgungslage in Deutschland detaillierter eingegangen werden.

1.2 Allgemeine Versorgungslage und die sich daraus ergebende Probleme

1.2.1 Aktueller Stand der Versorgungslage

Wie umfassend traumatisierte Geflüchtete versorgt werden können, unterliegt gewissen Regeln und Einschränkungen. Sie werden im Folgenden verkürzt und vereinfacht dargestellt.

Die Versorgung traumatisierter Geflüchteter ist zunächst im europäischen Rahmen definiert. Zu nennen ist hier die aktuelle EU-Aufnahmerichtlinie, die dahingehende Normen benennt.²³ Entsprechende Artikel der Richtlinie weisen darauf hin, dass Asylsuchenden mit besonderen Bedürfnissen entsprechende Hilfen – einschließlich medizinischer und psychologischer Unterstützung – zustehen. Psychisch erkrankte Asylsuchende werden darüber hinaus als schutzbedürftige Personen anerkannt.²⁴

Der Flüchtlingsrat Baden-Württemberg gibt weitere Informationen, was insbesondere die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht angeht. Wörtlich heißt es an entsprechender Stelle: *„Für die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht der Mitgliedstaaten galt eine Frist bis Juli 2015. Seitdem sind die Regelungen der Richtlinie, soweit sie individuelle Rechte enthalten und diese ausreichend konkret bestimmt sind, auch in Deutschland unmittelbar anzuwenden. Dort wo es Spielräume im nationalen Recht gibt, sind diese entsprechend den Bestimmungen der Richtlinie auszulegen. Dies hat zur Folge, dass für die Bereiche Aufnahme und Versorgung nicht mehr nur die im AsylbLG, AsylG und den jeweiligen Flüchtlingsaufnahmegesetzen der Länder niedergelegten Bestimmungen, sondern auch die Regelungen der EU-Aufnahmerichtlinie zur Anwendung kommen.“*²⁵

21 Vgl. online unter: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/posttraumatische-belastungsstoerungen-fluechtlinge-psychische-erkrankungen-asylrecht/komplettansicht> sowie online unter: <https://www.tagesschau.de/inland/trauma-fluechtlinge-101.html> (Abruf beider Seiten: 03.06.2020).

22 Vgl. online unter: <https://www.mdr.de/sachsen/dresden/dresden-radebeul/psychologen-fordern-traumabetreuung-fuer-fluechtlinge-100.html> (Abruf: 03.06.2020).

23 Vgl. online unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Abruf: 30.07.2020). Der vollständige Name der Richtlinie ist wie folgt: RICHTLINIE 2013/33/EU DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

24 Relevant sind in diesem Zusammenhang vor allem Artikel 19 und Artikel 21. Vgl. hierzu online unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Abruf: 30.07.2020).

25 Hier zitiert in der Fassung online unter: <https://aktiv.fluechtlingsrat-bw.de/besonders-schutzbeduerftige-fluechtlinge.html> (Abruf: 14.10.2020).

Situation der Geflüchteten

In Deutschland ist der Leistungsanspruch Geflüchteter also recht komplex geregelt. Die verschiedenen Versorgungsebenen gliedern sich in folgende Stufen (vereinfacht dargestellt):²⁶

- (a) Anfänglich greift das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Die Geflüchteten befinden sich in den Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEA) unter der Fürsorge des Bundeslandes. Hier erfolgt eine Erstuntersuchung unter anderem mit Klärung des Impfstatus. Es gilt die Beschränkung auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Auch Schutzimpfungen und „medizinisch gebotene“ Vorsorgeuntersuchungen, Zahnersatz sowie die Behandlung schwangerer Frauen und Wöchnerinnen sind prinzipiell und nach Prüfung möglich. Im Folgenden werden zwei Gesetzespassagen zum besseren Verständnis vollständig aufgeführt:

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

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

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

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

§ 6 Sonstige Leistungen

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

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.²⁷

²⁶ Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) geht in ihrem Versorgungsbericht 2019 sehr genau auf die verschiedenen Stadien und Prozesse der Leistungsverorgung sowie auf damit einhergehende Finanzierungsstrukturen – und probleme ein. Vgl. hierzu Baron, Jenny; Flory, Lea: Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 5. Auflage. Hrsg. von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. Berlin (o. A.) 2019. S. 127-144.

²⁷ Hier zitiert in der Fassung online unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/asylbldg/BJNR107410993.html> (Abruf: 06.07.2020).

Situation der Geflüchteten

- (b) Mit der vorläufigen Unterbringung der Geflüchteten in entsprechenden Einrichtungen greift die kommunale Versorgung. Es gilt weiterhin eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach AsylbLG. Kostenträger sind die kommunalen Behörden sowie die Landratsämter mit den Sozialämtern. Ausländerbehörden und Gesundheitsämter prüfen den jeweiligen Anspruch eines Geflüchteten auf gegebenenfalls zustehende Leistungen. Auch Kosten für Sprachmittlung/Dolmetscher können übernommen werden.²⁸ Die Bewilligungspraxis unterscheidet sich allerdings von Landkreis zu Landkreis teils erheblich. Ein Asylbewerber, muss sich – Eingangsuntersuchung und dringende Fälle ausgenommen – vor jedem Arztbesuch an den für ihn zuständigen Sozialarbeiter wenden, der ihm gegebenenfalls einen Anforderungsschein für einen Krankenschein ausstellt.
- (c) Änderungen ergeben sich nach 18 Monaten²⁹, dann erfolgt in der Regel die Ausgabe einer Gesundheitskarte einer gesetzlichen Krankenkasse. Kostenträger ist nach wie vor das Sozialamt, aber die Betroffenen haben durch die Gesundheitskarte direkten Zugang zur medizinischen Versorgung „außerhalb der LEA“. Die Abrechnung von in Anspruch genommenen Leistungen erfolgt demnach „analog“ zum System der Gesetzlichen Krankenversicherung („Analogleistungen“). Zudem bleiben die Betroffenen nach wie vor formal leistungsberechtigt nach dem AsylbLG; es werden aber nahezu sämtliche Vorschriften der „normalen“ Sozialhilfe des SGB XII auf sie angewandt. Auch die Abrechnung des behandelnden Psychotherapeuten mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erfolgt dann über die Versichertenkarte. Entstandene Kosten rechnet die Krankenkasse mit dem Sozialamt der zuständigen Kommune ab. Kosten für Dolmetscher/Sprachmittlung werden nicht übernommen, da dies laut SGB V nicht als Kassenleistung vorgesehen ist. Auf die Ausgabe einer Gesundheitskarte nach 18 Monaten besteht ein Rechtsanspruch.
- (d) Die letzte Stufe der Versorgung gilt für dauerhaft Bleibeberechtigte mit entsprechendem Aufenthaltstitel sowie für Kontingent-Geflüchtete. Hier erfolgt eine Übernahme in die Regelversorgung. Sobald ein geregeltes Arbeitsverhältnis besteht, wechselt der Geflüchtete (unabhängig von der Dauer seines Aufenthalts in Deutschland) ebenfalls in eine reguläre Krankenversicherung. Abgerechnet wird über die Krankenversicherungskarte. Kosten für Dolmetscher/Sprachmittlung werden allerdings weiterhin nicht übernommen.³⁰



28 Siehe hierzu ebenfalls das Kapitel im BAfF-Bericht zur Finanzierung und zu den einzelnen Prozessen der Leistungsversorgung für Geflüchtete: Vgl. Baron / Flory (BAfF) 2019: S. 126-141.

29 Vgl. hier vor allem § 2 AsylbLG. Vgl. hierzu online unter: https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_2.html. Weitere Informationen ebenso online unter: <http://gesundheit-gefluechtete.info/leistungsanspruch-und-umfang-%C2%A7-4-6-asylblg/> (Abruf beider Seiten: 25.08.2020).

30 Vgl. Baron / Flory (BAfF) 2019: S. 126-141.

Situation der Geflüchteten

1.2.2 Daraus resultierende Probleme

Angesichts der aktuellen Versorgungslage ist es außerhalb von Großstädten ohnehin schon schwierig, rasch einen Therapieplatz für eine ambulante Psychotherapie zu erhalten. Die konkreten Wartezeiten variieren, können aber durchaus viele Monate dauern. Für Migranten ergibt sich aufgrund ihrer oft komplexen Mehrfach-Traumatisierung (siehe Abschnitt 1.1.) und aufgrund der versorgungsrechtlichen Lage (siehe Abschnitt 1.2.1.) eine nochmals schwierigere Situation. Die Versorgung Geflüchteter im Regelsystem psychotherapeutischer Behandlung ist deshalb eher als Ausnahme denn als Regel zu sehen. Die ersten ambulanten Anlaufstellen für traumatisierte geflüchtete Menschen sind vielfach die Psychosozialen Zentren (PSZ). Bundesweit haben die zum Untersuchungszeitpunkt 37 Zentren im Jahr 2017 (inzwischen sind es mehr als 40 Zentren) über 21.410 Klienten versorgt, wie es im Bericht der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) heißt – mehr als doppelt so viele Klienten wie fünf Jahre zuvor.³¹ Die Aktivitäten der acht Zentren in Baden-Württemberg sind in den jeweiligen diesbezüglichen Abschnitten dieses Versorgungsberichts dargestellt.

Die größten Hürden, mit denen alle Beteiligten zu kämpfen haben, seien hier genannt:

Insbesondere vor Erlangen eines sicheren Aufenthaltstitels sind die Rahmenbedingungen für eine ambulante Psychotherapie unsicher. Ihre Bewilligung liegt im Ermessen der zuständigen Behörden – und dass sie die Kosten für eine Therapie übernehmen, gilt keinesfalls als gesetzt. Die Regelversorgung ist unter den geltenden Regularien des AsylbLG vor der Anerkennung eines sicheren Aufenthaltstitels kaum zu erlangen – es sei denn, der Asylbewerber geht einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nach. Auch vergehen oft Monate, bis ein psychotherapeutisch tätiges PSZ eine Therapie bewilligt bekommt. Oftmals erfolgt auch eine Ablehnung. Als Begründung wurde in der Praxis vielfach angegeben, dass keine akute Erkrankung vorliege, dass für die Antragsteller eigentlich kein Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung bestehe oder dass ein Therapiebeginn bei unsicherem Aufenthaltsstatus nicht zielführend sei. Gegen einen negativen Behördenbescheid vorzugehen, ist ohne fachkundige und gegebenenfalls juristische Beratung kaum aussichtsreich und in der besonderen Situation Geflüchteter über die Maßen erschwert.

Auch wenn die PSZ bei den Behörden eine Erstattung der Kosten für den Einsatz von Sprachmittlern oder für den Klienten entstehende Fahrtkosten beantragen, ist dies mit erheblichem bürokratischen Aufwand verbunden. Und auch hier ist die Ablehnungsquote hoch.³²

Darüber hinaus besteht das Risiko des Therapieabbruchs, wenn Asylgesuche Geflüchteter erfolgreich waren und sie nun einen neuen Aufenthaltsstatus erhalten oder wenn sie ein Arbeitsverhältnis beziehungsweise eine Ausbildung beginnen.³³ Die Folgen eines solchen Abbruchs könnten für den geflüchteten Patienten massiv sein: Durch einfaches Beenden der Behandlung werden erzielte Therapieerfolge zunichtegemacht. Im ungünstigsten Fall könnte sich die Situation des Patienten sogar verschlimmern. Denn die Hoffnung auf Besserung der Lage beim Beginn der Therapie wird nun, nach dem Abbruch, bitter enttäuscht. Der Patient ist mit seinen Problemen (wieder) völlig alleine. Neues Vertrauen zu fassen – etwa für erneute Therapie, die wieder unter Unsicherheiten und mit bürokratischem Aufwand seitens des Therapeuten beantragt werden muss – ist schwer.

Unsicherheit spielt auch im persönlichen Verhältnis zwischen Patienten und Therapeuten eine Rolle: Wie entwickelt sich die Situation? Wie stabil kann vor diesem Hintergrund das (Vertrauens-)Verhältnis werden, das für eine effiziente Therapie nötig ist? Wie effektiv können Behandelnde und Patienten vor dem Hintergrund massiver Sprachbarrieren zusammenarbeiten, wenn die Finanzierung von Sprachmittlern nicht oder erst mit Aufwand möglich ist? Hier ist auch die Gefahr des Missver-

31 Vgl. hier das BAFF-Fact Sheet – online unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/Versorgungsbericht-5_Fact-Sheet.pdf (Abruf: 04.06.2020).

32 Vgl. Baron / Flory (BAFF) 2019: S. 127 ff.

33 Vgl. ebd. S. 130 f.

Situation der Geflüchteten

ständnisses und des Fehlinterpretierens des Gesagten für Therapeut und Patient hoch, was den Therapieerfolg infrage stellen kann.³⁴

An dieser Stelle soll kurz und vereinfachend Erwähnung finden, dass bei Therapien mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen teilweise die örtlichen Jugendämter mit eingebunden sind. Es greifen verschiedene Spezifizierungen – etwa, ob die Kinder oder Jugendlichen als unbegleitete minderjährige Geflüchtete oder in Begleitung von Bezugspersonen ins Land gekommen sind. Die Übernahme von Fahrtkosten der Klienten oder von Kosten, die durch Sprachmittler entstehen, ist seitens der Jugendämter hier ein kleineres Problem. Dennoch ist auch in diesem Bereich die Bearbeitungsdauer bis zum Beginn einer Therapie mit fast fünf Monaten sehr lang.³⁵

Trotz gesichertem Aufenthaltsstatus des Geflüchteten (Anerkennung des Asylgesuchs) wird mit Verlagerung in die Zuständigkeit der Krankenkassen als Kostenträger die Situation nicht einfacher. Die Angebote der PSZ richten sich an eine spezielle Zielgruppe, häufig sind Psychotherapeuten dieser Einrichtungen keine Vertragstherapeuten. Das heißt in der Folge: Sie können nicht regulär mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen. Dies macht den Beginn einer Therapie also zunächst nicht möglich. Ein potenzieller (Aus-) Weg ist gegebenenfalls, sich die Kosten nachträglich erstatten zu lassen. Konkret können Patienten, die dringend eine Psychotherapie benötigen und keinen kassenzugelassenen Therapeuten finden, unter bestimmten Umständen von PSZ-Therapeuten behandelt werden. Auf diese Weise ergeben sich unter bestimmten Bedingungen Ansprüche auf Rückerstattung der Kosten durch die Krankenkasse. Allerdings bedeutet dies in der Praxis für die Therapeuten bürokratischen Aufwand und auch hier kommen Therapien oft nicht zustande.³⁶

Ein gravierendes Problem ist darüber hinaus auch hier die fehlende Finanzierung von Dolmetschern. Bisher können entstehende Kosten krankenkassenseitig nicht übernommen werden, da Sprachmittlung nach den Regelungen des SGB V nicht zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen gehört. Anstrengungen des Landes Baden-Württemberg, über Gesetzesinitiativen hierzu eine Änderung des SGB V oder zumindest eine Öffnungsklausel zu erwirken, fanden im Bundesrat keine Mehrheit. Dies heißt im Umkehrschluss, dass die Geflüchteten oder auch die Therapeuten die Kosten selbst tragen müssen oder auf ehrenamtliche Sprachmittler angewiesen sind.³⁷ Viele Therapien kommen dadurch nicht zustande.

Die BAfF bilanziert aktuell, dass aus all den oben genannten Gründen die PSZ bundesweit nur rund 6 % aller in den Zentren durchgeführten Therapien mit den jeweils gesetzlich verantwortlichen Kostenträgern abrechnen konnten. Der ganz überwiegende Großteil der in den Zentren durchgeführten Therapien (über 93 %) wird dem Bericht zufolge durch Projektgelder, Spenden sowie Fördermittel von Bund und Ländern getragen. Dies bedeutet eine immense Abhängigkeit von (zum Teil privaten) Kapitalgebern, was den Unsicherheitsfaktor, mit dem die effektive Geflüchtetenhilfe zu kämpfen hat, vergrößert.³⁸

Abschließend sei der Fokus noch auf die Psychotherapeuten selbst gelegt: Denn erstens gibt es aktuell nur ein beschränktes Angebot, sich als Therapeut adäquat für die Trauma-Therapie zu qualifizieren – längst nicht alle Therapeuten konnten dieses Angebot bisher annehmen.³⁹ Und natürlich kann es Therapeuten auch selbst belasten, wenn sie tagtäglich mit dem immensen Leid der Betroffenen konfrontiert sind. Sich den zutiefst verstörenden Bildern und Schilderungen eines Krieges immer wieder professionell und distanziert zu stellen, ist eine emotionale Herausforderung, die entsprechende Ausbildung und Supervision braucht.

34 Vgl. Happe u.a. (Leopoldina) 2018: S. 20, Baron/Flory (BAfF) 2019: S. 131 und online unter: <https://www.mdr.de/sachsen/dresden/dresden-radebeul/psychologen-fordern-traumabetreuung-fuer-fluechtlinge-100.html> (Abruf: 05.06.2020).

35 Vgl. Baron / Flory (BAfF) 2019: S. 132 f.

36 Vgl. ebd. S. 130 f.

37 Vgl. Happe u.a. (Leopoldina) 2018: S. 21 sowie online unter: <https://www.mdr.de/sachsen/dresden/dresden-radebeul/psychologen-fordern-traumabetreuung-fuer-fluechtlinge-100.html> (Abruf: 05.06.2020).

38 Vgl. online unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/Versorgungsbericht-5_Fact-Sheet.pdf (Abruf: 05.05.2020).

39 Vgl. Happe u.a. (Leopoldina) 2018: S. 20.

Situation der Geflüchteten

1.3 Zahlen zur Versorgungslage in Baden-Württemberg

Wie sieht es um die Versorgungslage in Baden-Württemberg aus? Sind konkrete Daten verfügbar, wie und wie viele geflüchtete Menschen im Rahmen der komplexen Versorgungsstrukturen betreut werden? Systematische Untersuchungen gibt es bisher nicht. Allerdings ist es den Bemühungen der AOK Baden-Württemberg zu verdanken, dass überhaupt einzelne diesbezügliche Werte zur Verfügung stehen. Diese geben einen Einblick in die Situation. Die Werte stammen von einer schriftlichen Auswertung der AOK Baden-Württemberg für den aktuellen Versorgungsbericht.

Von der AOK wurden im Jahr 2019 im Zuge der Kostenerstattung für nicht versicherungspflichtige Personen (nach §264 Sozialgesetzbuch V) für ca. 15.000 Geflüchtete Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz übernommen. Aus diesem Personenkreis wurden bei insgesamt 2.821 Personen (18 %) Leistungen des Kapitels 35 EBM in Anspruch genommen. Im Kapitel 35 EBM werden diagnostische und therapeutische Interventionen im Rahmen der (meist hausärztlichen) psychosomatischen Grundversorgung neben der psychotherapeutischen Richtlinienbehandlung beschrieben. Am häufigsten wurden hierbei Leistungen erbracht für Personen aus Afghanistan (522 Personen), gefolgt von Personen aus dem Irak (500), Nigeria (273), Iran (195), Syrien (186) und Gambia (144). Die Herkunftsländer des Balkans sowie Regionen wie die Türkei, Russland, Belarus und weitere Länder zählte die AOK nicht (mehr) zu aktuellen Flüchtlingsregionen – diesbezügliche Angaben flossen demnach nicht mit ein.

Die AOK differenziert weiter: Von den genannten 2.281 Personen haben 310 Personen psychotherapeutische Behandlung aus dem Bereich der EBM-Ziffern 35150 bis 35559 mit drei und mehr Behandlungsterminen im Jahr 2019 in Anspruch genommen. Lediglich diese 310 Personen – und damit 2% der Grundgesamtheit der bei der AOK erfassten Geflüchteten – erfuhren somit eine intensivere psychotherapeutische Betreuung im engeren Sinne (davon 133 aus Afghanistan, 54 aus dem Irak, 20 aus dem Iran, 18 jeweils aus Syrien und aus Gambia sowie 15 aus Nigeria). Hinsichtlich des Alters der intensiver Betreuten lässt sich festhalten, dass es sich vornehmlich um jüngere Menschen handelte. Den Angaben zufolge waren die meisten der betreuten Afghanen zwischen 21 und 30 Jahre alt (48,9 %), die meisten der betreuten Iraker dagegen mit unter 15 Jahren deutlich jünger (38,9 %). Die restlichen Gruppen: Iran: 45 % zwischen 30- und 49 Jahre, Syrien: 61 % zwischen 15 und 20 Jahre; Gambia: 61 % zwischen 21 und 30 Jahre, Nigeria: 33,3 % unter 15 Jahre.

Der größere Anteil der Geflüchteten wurde hingegen kurzfristiger beziehungsweise weniger intensiv betreut. Die Gründe hierfür sind sicherlich vielfältig. Neben der Betreuung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung und der theoretischen Möglichkeit von Kurzinterventionen dürften insbesondere die geringe Verfügbarkeit und der allgemein erschwerte Zugang zu Leistungen der Psychotherapie, aber auch Ortswechsel im Zuge des Anerkennungsverfahrens eine Rolle spielen.

Vor dem Hintergrund des aus verschiedenen Studien ermittelten Bedarfs legen die Versorgungsdaten der AOK nahe, dass bei der psychischen Betreuung Geflüchteter in Baden-Württemberg von einer eklatanten Unterversorgung ausgegangen werden muss.

Situation der Geflüchteten

1.4 Ausblick: Auswirkungen der Corona-Pandemie in Deutschland 2020

Ein Faktor, der aus aktuellem Anlass mit berücksichtigt werden muss und außerhalb des Berichtszeitraums liegt, ist die Coronavirus-Pandemie. Sie veränderte besonders im Jahr 2020 auch in Deutschland das (öffentliche) Leben. Unter anderem durch Abstands- und Hygieneregeln sowie durch politische Verordnungen der Landesregierung ergab sich auch für die in Baden-Württemberg lebenden geflüchteten Menschen eine neue Situation. Im Frühjahr 2020 geriet die Landeserstaufnahmeeinrichtung (LEA) in Ellwangen in die Schlagzeilen: So infizierten sich auch aufgrund der beengten Wohnverhältnisse hunderte Geflüchtete mit dem Virus. Erst durch flächendeckende Testreihen, Isolierungen von Personen, Ausgangssperren sowie Verlegungen in andere Einrichtungen konnte der lokale Ausbruch beherrscht werden. Die aus seuchenhygienischer Erwägung grundsätzlich problematische Unterbringung von Menschen in Gemeinschaftsunterkünften kann an dieser Stelle lediglich Erwähnung finden.⁴⁰

Groß angelegte Untersuchungen zur Situation von traumatisierten Geflüchteten in Corona-Zeiten sind noch nicht vorhanden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Corona-Epidemie die Problematik verschärft. Einsamkeit, Depressionen und Zukunftsängste dürften wohl diejenigen hart treffen, die ohnehin aufgrund des unsicheren Aufenthalts kein stabiles soziales Netz haben und mit Verständigungsschwierigkeiten kämpfen. Zudem waren im Zuge der Epidemie persönliche Gespräche mit Therapeuten vielerorts nicht mehr möglich, was Therapieerfolge erschwerte oder gänzlich verhinderte. Dass Geflüchtete aufgrund mangelnder Abstands-Möglichkeiten in den Einrichtungen anfälliger für Infektionen waren und sind, was mit erhöhter und berechtigter Angst um die eigene Gesundheit verbunden ist, kommt hinzu. Zuletzt ist eine Stigmatisierung von Geflüchteten seitens der einheimischen Bevölkerung zu befürchten. Denn Berichte über Infektionen in den Heimen bergen das Risiko, Geflüchtete pauschal mit „Krankheitsüberträgern“ gleichzusetzen.

Fest steht: Trotz einer aktuell noch fehlenden Datengrundlage kann es als sicher gelten, dass die Probleme und Belastungen für geflüchtete Menschen in Baden-Württemberg noch größer werden. Der kommende Bericht über traumatisierte Geflüchtete wird die Corona-Pandemie mit berücksichtigen.

1.5 Zusammenfassung

Untersuchungen belegen, dass viele geflüchtete Menschen gleich mehrfach traumatisiert sind. Massiv belastende Ereignisse wie Folter, Verschleppung von Angehörigen oder Angriffe des Militärs mussten sie nicht nur während der Flucht erleben, sondern auch davor oder danach (hier beispielsweise Einsamkeit, Angst um Angehörige, Zukunftssorgen sowie Verlust des sozialen Status). Darüber hinaus machen ihnen in Deutschland Sprach- und kulturelle Barrieren zu schaffen. Erste Untersuchungen und Bestandsaufnahmen der aktuellen Versorgungssituation zeigen, dass in Deutschland nur ein Bruchteil der traumatisierten Geflüchteten, die mit psychischen Problemen kämpfen, eine entsprechende Diagnose bekommen und auch tatsächlich behandelt werden. Im Umkehrschluss heißt das: Viele bleiben mit ihren – vorhandenen, aber unentdeckten – Problemen alleine und haben keine Perspektive, dass das Leiden gemindert wird.

Traumatisierte Geflüchtete sind beileibe keine Randerscheinung, sondern alltägliche traurige Realität in Deutschland. Es werden noch mehr Forschungen und Untersuchungen nötig sein, um ein vollständigeres Lagebild der Situation zu bekommen. Die (psychotherapeutische) Versorgung von trau-

⁴⁰ Vgl. z.B. online unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/fluechtlinge-ellwangen-jagst-fluechtlinge-in-ellwangen-keine-positiven-corona-tests-mehr-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200527-99-209697> sowie online unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/fluechtlinge-in-ellwangen-jeder-zweite-hat-corona-16726558.html> (Abruf beider Seiten: 15.06.2020).

Situation der Geflüchteten

traumatisierten Geflüchteten ist bereits auf europäischer Ebene definiert. In Deutschland regeln sich die Leistungsansprüche für Geflüchtete in mehrere Stufen. Zu Beginn greift das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Später erfolgen Übernahmen in die Versorgung der Krankenkasse AOK sowie in die tatsächliche Regelversorgung – ausschlaggebend sind hier unter anderem Punkte wie die bereits verbrachte Zeit im Land sowie die Klärung des Aufenthaltstitels. Die erste Anlaufstelle für traumatisierte Migranten sind häufig die Psychosozialen Zentren (PSZ).

In der Praxis bestehen für geflüchtete Menschen, die dringend Psychotherapie benötigen, vielfältige Einschränkungen und Zugangshürden. Dies macht effektive Therapie und Leidenslinderung häufig schwierig bis völlig unmöglich. Zu den Hürden zählen unter anderem lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, hohe Ablehnungsraten seitens der Behörden, massiver bürokratischer Aufwand für Therapeuten beim Beantragen der Therapien sowie Therapieabbrüche durch Wechsel der Kostenträger – etwa, wenn sich der Aufenthaltsstatus des Geflüchteten ändert. Ein ganz zentrales Problem ist darüber hinaus die häufig fehlende Finanzierung von Dolmetschern seitens der Kostenträger. Dies heißt im Umkehrschluss, dass Patienten und Therapeuten die Dolmetscherkosten entweder selbst tragen müssen oder auf ehrenamtliche Sprachmittler angewiesen sind. Viele Therapien kommen dadurch nicht zustande. Die Behandlungen, die unter diesen Umständen tatsächlich zustande kommen, können oft nur mit Unsicherheit und Ungewissheit fortgeführt werden. Dies steht nachhaltigem Therapieerfolg entgegen.

Es ist zu erwarten, dass die Corona-Pandemie das Leiden vieler betroffener Geflüchteter nochmals verstärkt. Zu den ohnehin schon vorhandenen Traumata werden erwartbar noch mehr psychische Belastungen hinzukommen, ausgelöst durch Angst um die eigene Gesundheit sowie durch soziale Isolation und fehlendem Zugang zu Psychotherapeuten.



Regelsystem

2. Regelversorgung im stationären und ambulanten Bereich

Psychiatrische Einrichtungen und ambulante psychotherapeutische Praxen nehmen als Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland an der medizinischen Versorgung traumatisierter Migranten teil. Wie stellt sich die diesbezügliche aktuelle Situation in den Praxen und psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland dar? Was sind die Herausforderungen, vor denen Patienten und Personal/niedergelassene Therapeuten stehen? Um dies angemessen herausarbeiten zu können, ist es wichtig, im ersten Schritt allgemein die Rahmenbedingungen zu klären, unter denen gearbeitet wird. Denn sie formen das Grund-Setting, in dem die Behandlung traumatisierter Geflüchteter stattfindet.

2.1 Übersichtsdaten: Regelversorgung in Deutschland und in Baden-Württemberg

Eine bundesweite Versorgungsstatistik liefert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN).¹ Demnach standen 2017 im stationären Sektor 56.223 psychiatrische Krankenhausbetten in 407 Fachkliniken/Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern für erwachsene Patienten bereit. Pro Jahr gab es dort über 800.000 stationäre Behandlungen mit einer Verweildauer von durchschnittlich 23,8 Tagen. Darüber hinaus listet die DGPPN 15.410 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze in 408 Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie auf, mit jährlich rund 150.000 teilstationären Behandlungen.²

Überblicksdaten liegen von der DGPPN auch für den ambulanten Sektor vor: Hier wurden pro Quartal laut den Angaben rund 2,5 Millionen gesetzlich Versicherte von 3.576 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Nervenheilkunde in ambulanten Praxen betreut. Pro Quartal nahmen auch rund 1,5 Millionen gesetzlich Versicherte psychotherapeutische Leistungen in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten in Anspruch. An der ambulanten Versorgung waren bundesweit zudem rund 450 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) beteiligt.³ Aussagen lassen sich auch rein über die ambulant Tätigen machen – hier für das Jahr 2019: So waren laut „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ bundesweit im Jahr 2019 rund 37.900 Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in ambulanten Einrichtungen tätig.⁴ Auf ärztlicher Seite kümmerten sich bundesweit insgesamt 1.236 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 4.546 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.905 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ambulant um Patienten.⁵

Aktuelle Daten für Baden-Württemberg liefert die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hinsichtlich aller im ambulanten Sektor Tätigen. Sie beziffert die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf 23.002 (Stand: Juli 2020). Neben zugelassenen Vertragsärzten und psychologischen Psychotherapeuten (16.735) nehmen angestellte Ärzte und Psychotherapeuten (4.487) sowie ermächtigte (Krankenhaus-) Ärzte und Psychotherapeuten (1.780) an der Versorgung teil. Der Anteil der 4.312 Psychotherapeuten gliedert sich in 862 Ärztliche Psychotherapeuten, 2.714 psychologische Psychotherapeuten und 736 Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche.⁶

1 Vgl. online unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf (Abruf: 23.06.2020).

2 Vgl. ebd.

3 Vgl. ebd.

4 Vgl. online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/1/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.382/43741 (Abruf: 30.09.2020)

5 Vgl. online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf (Abruf: 30.09.2020)

6 Vgl. online unter: <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/mitgliederstruktur-kvbw/> (Abruf: 23.06.2020).



2.2 Zur aktuellen Situation im stationären und ambulanten Bereich

2.2.1 Der stationäre Bereich

Ein Anhaltspunkt zur Beschreibung der allgemeinen Situation der stationären psychiatrischen Einrichtungen ist das PSYCHIatrie Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI).⁷ Es wird auf der Grundlage von bundesweiten Befragungsdaten psychiatrischer und psychosomatischer Fachkrankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen erstellt. Daten speziell für Baden-Württemberg liegen nicht vor, sodass auf bundesweite Werte Bezug genommen wird. Hinweise zur aktuellen Lage liefert auch das Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019 der Gewerkschaft ver.di.⁸

2.2.1.1 Neue Behandlungsformen und schwierige wirtschaftliche Situation

In der Ausgabe 2018/2019 berichtet das DKI-PSYCHIatrie Barometer über die Bemühungen der Einrichtungen, die sogenannte stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patienten durch mobile, fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Behandlungsteams) zu etablieren. Dies war aber offenbar nur mäßig erfolgreich.⁹ Wie es an entsprechender Stelle heißt, hatten Anfang 2019 erst neun Prozent der befragten psychiatrischen Einrichtungen mit dieser Behandlungsform gearbeitet. Als Hauptgründe wurden Personalmangel bei den mobilen Behandlungsteams, hohe Vorhaltekosten sowie zu strenge Vorgaben genannt.¹⁰ Herausfordernd war auch die wirtschaftliche Situation. Den Angaben zufolge bewertete nur ein Drittel der befragten Einrichtungen die eigene wirtschaftliche Lage als gut, für 23 % der Abteilungspsychiatrien und 11 % der Einrichtungspsychiatrien war die Situation nicht zufriedenstellend. Mit Verbesserungen im Jahr 2020 rechneten weniger als 10 %.

2.2.1.2 Personalmangel und zu wenig Zeit als besonders gravierende Mängel

Der Faktor Personalmangel wird besonders im Versorgungsbarometer Psychiatrie von ver.di thematisiert. Laut Angaben nahmen von Juli bis August 2019 bundesweit insgesamt 2.329 Psychiatrie-Beschäftigte aus 168 Krankenhäusern teil.¹¹ Die Ergebnisse sind deutlich: So empfanden am Befragungstag nur 3,1 % des Personals die personelle Tagesbesetzung als „sehr gut“, über die Hälfte der Befragten (51,5 %) empfand sie als „knapp“ und rund ein Viertel (25,8 %) als „viel zu gering“. Fast die Hälfte der Befragten hatte in den letzten vier Wochen vor der Befragung mindestens eine durch Personalmangel verursachte Zwangsmaßnahme an Patienten erlebt, für jeden Fünften gehörte dies schon zum Alltag. Über 60 % waren der Ansicht, dass sich Zwangsmaßnahmen durch bessere Personalausstattung hätten vermeiden lassen. Fast 50 % der Befragten hatten in den letzten vier Wochen vor der Befragung körperliche Gewalt gegen sich selbst erlebt, 80 % mussten Beschimpfungen ertragen.¹² Weitere Punkte der Mängelliste waren unter anderem fehlende Erholungsphasen, plötzliche Dienstplan-Änderungen, fehlende 1:1 Betreuung von Patienten sowie fehlende Möglichkeiten, Mitarbeiter bedarfsgerecht einzusetzen. Zu viel Dokumentations-Aufwand wurde ebenfalls genannt.¹³

7 Vgl. Blum, Karl u.a.: PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2018/2019. Hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut. Düsseldorf (o. A.) 2019. Träger des DKI sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK). Vgl. hierzu auch online unter: <https://www.dki.de/ueber-uns/traeger> (Abruf: 23.06.2020).

8 Bühler, Sylvia; Neunhöffer, Gisela: Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019. Hrsg. von ver.di, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Berlin (o. A.) 2019.

9 Vgl. online unter: <https://www.dki.de/pressemitteilung/psychiatrie-barometer-2018-2019-erschiene> (Abruf: 23.06.2020).

10 Vgl. ebd.

11 Vgl. Bühler 2019: S. 1.

12 Vgl. ebd S. 1 f.

13 Vgl. ebd. S. 1 ff.

Personalmangel und wenig Zeit für Patienten sind Konfliktthemen, die hohe Wellen schlagen. So beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) 2019 eine neue Richtlinie zur personellen Ausstattung in stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie (PPP-Richtlinie), mit der die Situation unter anderem durch Mindest-Personalvorgaben und Qualitätsstandards verbessert werden sollte. Das Resultat wurde von mehreren Seiten scharf kritisiert.¹⁴ Nach einer Petition des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) befasste sich der Deutsche Bundestag mit der Thematik; mittlerweile sind Modelle mit alternativen Lösungsansätzen von Fachverbänden in der Entwicklung.¹⁵

2.2.2 Der ambulante Bereich

Anhand der Datenlage lässt sich auch die Situation im ambulanten Bereich nur annähernd und allgemein beschreiben. Zu nennen ist hier eine aktuelle BPtK-Studie.¹⁶ Die Verfasser betonen, dass die durchschnittliche Wartezeit auf eine Richtlinienpsychotherapie im Untersuchungszeitraum mit rund 20 Wochen noch immer sehr lang war. Bundesweit würden noch rund 7.000 zusätzliche psychotherapeutische Praxissitze benötigt, um Wartezeiten zu verkürzen. Für die Zukunft prognostizieren die Autoren eine steigende Nachfrage nach Psychotherapie, zum Zeitpunkt der Studie fragten erst 20 % aller Erkrankten nach professioneller Hilfe. Die Sorge, stigmatisiert zu werden, war beziehungsweise ist offenbar noch groß. Wie die Verfasser aber betonen, wurde die neu eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde als Anlauf- und Koordinierungsstelle bei Patienten gut angenommen; die Wartezeiten auf ein Erstgespräch verkürzten sich von 12,5 auf 5,7 Wochen.¹⁷

Auch der Report Psychotherapie 2020 der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) beleuchtet die allgemeine Situation im ambulanten Sektor.¹⁸ Dem Report zufolge gehören psychische Erkrankungen in Deutschland zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Sie sind oft für lange Fehlzeiten und für vorzeitige Berentung verantwortlich. Betont wird außerdem die Wechselwirkung zwischen psychischen Erkrankungen und chronischen wie auch körperlichen Leiden. Konkret schreiben die Autoren, dass in Deutschland jedes Jahr fast 18 Millionen Erwachsene von psychischen Leiden betroffenen sind. Bei Kindern und Jugendlichen zeigen innerhalb von drei Jahren rund 17 % psychische Auffälligkeiten.¹⁹

An anderer Stelle des Berichts werden Barrieren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie thematisiert: Aufgeführt werden individuelle Hürden wie mangelnde Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten oder Angst vor Stigmatisierung, aber auch externe Barrieren wie lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz oder gänzlich regionales Fehlen von Versorgungsangeboten.²⁰ Eine von den Psychotherapeutenkammern durchgeführte Versorgungsanalyse kommt zu dem Schluss, dass etwa 10 bis maximal 20 % der Menschen mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf auch eine fachpsychotherapeutische Behandlung erhalten.²¹ Dies wird unterstützt durch eine Analyse von umfangreichen Stichproben (rund 3,5 Millionen Versicherte) aus Krankenkassendaten, nach denen Versicherte mit erkannten F-Diagnosen sehr häufig nicht eine fachspezifische psychotherapeutische, nervenärztliche und/oder psychosomatische Behandlung

14 Unter anderem übten die DGPPN und die BPtK scharfe Kritik. Vgl. für den Verlauf der diesbezüglichen Entwicklung online unter: <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2019/g-ba-personal.html> sowie online unter: <https://www.bptk.de/mindestvorgaben-fuer-die-personalausstattung-in-psychiatrie-und-psychosomatik/> (beide Seiten Abruf: 25.06.2020).

15 Vgl. hierzu beispielsweise online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113777/Petition-schlaegt-trialogisch-besetzte-Expertenkommission-fuer-Psychiatrie-vor> (Abruf: 25.06.2020).

16 Die Studie wurde ohne explizite Angabe der Verfasser veröffentlicht. Vgl. daher im Folgenden: o. V.: BPtK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie Richtlinie. Wartezeiten 2018. Hrsg. von der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin (o. A.) 2018. Wie aus den Studienangaben hervorgeht, wurden ausschließlich in Privatpraxen tätige Psychotherapeuten sowie ärztliche Psychotherapeuten von der Befragung ausgenommen.

17 Vgl. ebd. S. 3 sowie online unter: https://www.pknds.de/fileadmin/user_upload/20180411_pm_bptk_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (Abruf: 08.07.2020).

18 Vgl. Rabe-Menssen, Cornelia; Dazer, Anne; Maaß, Enno: Report Psychotherapie 2020. Hrsg. von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V. Berlin (o. A.) 2020.

19 Vgl. ebd. S. 10 ff., S. 17.

20 Vgl. ebd. S. 28 f.

21 Vgl. Nübling, Rüdiger u.a.: Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 13 (2014). S. 398-397.

erhalten. Rund 80 % der Patienten werden in der primärärztlichen Versorgungsebene behandelt.²² Es sei noch erwähnt, dass auch der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) wiederholt auf lange Wartezeiten und auf das Fehlen von therapeutischen Versorgungsangeboten in manchen Regionen aufmerksam gemacht hat.²³

Zwischenfazit

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen die angespannte Grundsituation, die sich für viele stationäre psychiatrische Einrichtungen ergibt. Besonders personelle Unterbesetzung und zu wenig Zeit für Patienten sind erhebliche Belastungsfaktoren für Mitarbeiter. Im Hintergrund schwelt das Problem der unsicheren wirtschaftlichen Lage. Die komplexen Bedürfnisse traumatisierter Geflüchteter sind hierbei noch nicht mit einbezogen, dürften sich aber eher noch verschärfend auswirken. Im ambulanten Bereich stellen lange Wartezeiten auf eine Vertragstherapie oder sogar das gänzliche Fehlen psychotherapeutischer Versorgungsangebote ein Problem dar. Verbesserungen konnten hinsichtlich der Verfügbarkeit psychotherapeutischer Erstgespräche erzielt werden, wobei auch hier die Problemlage traumatisierter Geflüchteter noch nicht berücksichtigt ist.

2.3 Die Versorgung traumatisierter Geflüchteter

Kapitel 1 dieses Berichts beschäftigte sich bereits detailliert mit den psychischen Belastungen traumatisierter Geflüchteter. Ergänzend – und um die Problematik der dringend benötigten psychotherapeutischen Versorgung nochmals zu verdeutlichen – sei an dieser Stelle beispielhaft eine Veröffentlichung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) genannt. Sie wies nach Sichtung verfügbarer Studien darauf hin, dass die Prävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Geflüchteten bis zu neun Mal und die einer Depression bis 2,5 Mal erhöht war. Bei traumatisierten Flüchtlingskindern lag die Prävalenz für PTBS sogar 15 Mal höher als bei einheimischen Kindern. Erkenntnisse gab es im Papier auch im Bereich der erhöhten Suizidalität: 40 Prozent der erwachsenen traumatisierten Geflohenen hatten vor oder zum Zeitpunkt der Untersuchung Suizidpläne oder hatten sogar bereits versucht, sich das Leben zu nehmen. Von den Flüchtlingskindern und -jugendlichen mit PTBS war der Untersuchung zufolge bereits ein Drittel schon einmal suizidal.²⁴

2.3.1 Der stationäre und teilstationäre Bereich

Auskunft über die Versorgung traumatisierter Geflüchteter gibt auch hier das PSYCHIatrie Barometer – allerdings die Vorgänger-Ausgabe mit dem Berichtszeitraum 2017/2018.²⁵ Die Studienautoren zeichnen ein recht genaues Bild der Situation: Den Angaben zufolge wurden im überwiegenden Teil der deutschen Krankenhäuser (86%) im Jahre 2016 geflüchtete Menschen behandelt. Die Fälle verteilten sich auf den voll- und teilstationären Bereich sowie auf die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Der größte Anteil der Geflüchteten war im vollstationären Bereich beziehungsweise in PIAs untergebracht. Im Durchschnitt handelte es sich 2016 bei 2,5 % aller in den Einrichtungs- und Abteilungspsychiatrien vollstationär betreuter Patienten um Geflüchtete. Für den teilstationären Bereich machten Geflüchtete 2016 1,1 % aus, für den PIA-Bereich 2,5 %.²⁶

22 Vgl. Gaebel, Wolfgang u.a.: Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), Ausgabe 47, S. 799-808.

23 Vgl. hierzu beispielsweise die bvvp-Pressemeldung zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung online unter: https://bvvp.de/wp-content/uploads/2019/05/20190520_PM_zu_Weiterentwicklung_der_psychotherapeutischen_Bedarfsplanung_public.pdf (Abruf: 08.07.2020).

24 Vgl. BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen von Flüchtlingen. Hrsg. von der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin (o. A.) 2019, S. 6 ff.

25 Vgl. Blum, Karl u.a.: PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2017/2018. Hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut. Düsseldorf (o. A.) 2018.

26 Vgl. ebd. S. 40 f.

Regelsystem

Im weiteren Verlauf gehen die Studienautoren auf Herausforderungen ein, die sich bei der stationären Betreuung von Geflüchteten ergaben. Im Einzelnen stellten Sprachbarrieren für insgesamt 85 % der befragten Einrichtungen die stärkste Belastung dar: Für 41 % ergaben sich sehr starke diesbezügliche Probleme, für 44 % starke Probleme. Ein weiterer starker Belastungsfaktor war der höhere zeitliche Aufwand, der mit der Betreuung geflüchteter Patienten (auch durch Verständigungsprobleme) einherging: 33% der befragten Einrichtungen betrachteten dies als sehr starke und 47 % als starke Herausforderung. Je zwei Drittel der befragten Häuser sahen eine höhere (psychische) Belastung von Mitarbeitern sowie viel Aufwand in der Verständigung mit Angehörigen als ein sehr starkes beziehungsweise als starkes Problem an. Kulturelle Differenzen wurden von 63 % der Einrichtungen als starkes Hindernis bei der Versorgung genannt.²⁷

Als weitere hohe oder sehr hohe Hemmnisse wurden genannt: Fehlen von auf die Geflüchteten-Betreuung spezialisierten Mitarbeitern (knapp 50 %), zu viele bürokratisierte Vorgänge und fehlende Flexibilität in der Zusammenarbeit mit Behörden oder der Kassenärztlichen Vereinigung (39 %), finanzielle Mehrbelastungen (rund ein Drittel der Befragten) sowie Hindernisse bei der Begrenzung der Behandlung auf das, was Geflüchteten nach geltender Rechtslage zustand (ebenfalls rund ein Drittel der Befragten). Ebenfalls noch als (sehr) starkes, wenn auch nicht so häufiges Problem benannt wurde die stärkere Beanspruchung beziehungsweise Überlastung der Psychiatrischen Instituts- oder Notfallambulanz (knapp 25 % der Befragten).

Das PSYCHIatrie Barometer geht auch auf ergriffene Maßnahmen ein, um die Situation zu ändern. Um vor allem die sprachlichen Probleme zu beheben, fungierten bei rund 75 % der befragten Einrichtungen Krankenhausmitarbeiter (wohl ohne spezielle Therapieschulung, die Angaben sind hier unspezifisch) als Übersetzer. Bei 71 % übersetzten Angehörige, Freunde oder Bekannte der Patienten. Rund zwei Drittel der Einrichtungen gaben an, dass sie auf speziell ausgebildete Dolmetscher, die nicht in der Einrichtung beschäftigt waren, zurückgreifen konnten. Dies passierte in psychiatrischen Fachkliniken häufiger als in Abteilungspsychiatrien.²⁸ Rund 25 % der Einrichtungen gaben an, dass sie gezielt Einrichtungsmitarbeiter einstellen konnten, die über entsprechendes Sprach- und Kulturwissen verfügten, um bei der Versorgung der Patienten zu helfen. Bei weiteren rund 25 % war dies in der (konkreten) Planung. Auf speziell ausgebildete Video-Dolmetscher konnten immerhin 12 % zurückgreifen. Der Großteil der Einrichtungen (81 %) gab jedoch an, dass sie nicht auf speziell ausgebildete Dolmetscher/Sprachmittler zurückgriffen.²⁹

Weitere Maßnahmen waren unter anderem übersetztes Informationsmaterial, das Patienten zur Verfügung gestellt wurde, Mitarbeiterschulungen zu kulturspezifischen Aspekten (beispielsweise zum Umgang mit Menschen aus Krisengebieten), Sprechstunden für Geflüchtete sowie Gruppenangebote, multinationale Versorgungsteams, Clearingstellen und Peer-Berater. Deutlich wird bei den Ausführungen jedoch, dass viele Einrichtungen derlei Maßnahmen nicht planten oder sie als Zukunftsthema sahen.³⁰ Ein wichtiger Punkt war auch in dieser Untersuchung die Dolmetscher-Finanzierung (siehe auch Kapitel 2 dieses Versorgungsberichts). Nur bei einem geringen Teil der befragten Einrichtungen entstanden den Angaben zufolge keine Kosten für Sprachmittlung bei Patienten mit Geflüchteten-Hintergrund (8 %). Gut zwei Drittel gaben hingegen an, dass im Berichtsjahr 2016 sehr wohl Kosten für professionelle (Video-) Übersetzer entstanden waren und auch nicht gänzlich refinanziert werden konnten. Als Grund wurden unter anderem Abrechnungsprobleme mit Kostenträgern und unklare Zuständigkeiten benannt.³¹

27 Vgl. ebd. S. 42.

28 Vgl. ebd. S. 44.

29 Vgl. ebd. S. 45.

30 Vgl. ebd. S. 45 ff.

31 Vgl. ebd. S. 49 f.

Noch kurz angesprochen werden soll der Aspekt der Kooperationen: Über 50 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass sie bei der Versorgung von Geflüchteten mit Dolmetschern, Sprach- oder Kulturmittlern sowie mit niedergelassenen Ärzten und/oder Therapeuten zusammenarbeiteten. Während Einrichtungspsychiatrien häufig mit Übersetzern beziehungsweise Sprach- und Kulturmittlern zusammenarbeiteten, waren es bei den Abteilungspsychiatrien oft niedergelassene Ärzte/Therapeuten. Rund ein Drittel der befragten Einrichtungen gab an, auch mit auf die Bedürfnisse von Migranten spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, mit anderen Krankenhäusern sowie mit Psychosozialen Zentren (PSZ) für Flüchtlinge und Folteropfer zusammenzuarbeiten. Auch Kooperationen mit den Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände wurden erwähnt.³²

2.3.2 Der ambulante Bereich

Größere umfangreiche Studien, die explizit den Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Geflüchteter untersuchen, sind bis dato noch nicht erschienen. Allerdings lässt sich anhand bestehender Veröffentlichungen ein Bild der aktuellen Lage zeichnen. So befasst sich eine Publikation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) generell damit, welche sprachlichen, kulturellen und organisatorischen Herausforderungen Ärzte und Psychotherapeuten beim Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund erleben.³³ Behandelt werden unter anderem die Themen Sprachbarrieren, Rollenbild im Arzt-Patienten-Verhältnis, Rollenbild von Mann und Frau, Scham und das (Nicht-) Vorhandensein von Papieren, die beispielsweise laufende Behandlungen oder die Einnahme bestimmter Medikamente dokumentieren.

Die behandelten Aspekte lassen Rückschlüsse auf vorliegende Problemlagen zu: So stellen Sprachbarrieren auch in der ambulanten Versorgung ein großes Hindernis dar. Als problemhaft werden unter anderem empfunden die Kommunikation „mit Händen und Füßen“, das Hinzuziehen ärztlicher Kollegen, die die Sprache des Patienten beherrschen, Schwierigkeiten bei der Einbindung von Patienten-Angehörigen bei Sprachübersetzungen und Probleme der Patienten, gesundheitsrelevante Informationen verstehen und anwenden zu können (beispielsweise Packungsbeilagen für Medikamente).³⁴ Auch kulturelle Aspekte werden thematisiert. Genannt wird das paternalistische Rollenbild mancher Patienten (der Patient antwortet erst, wenn er vom Arzt gefragt wird und erwartet klare ärztliche Vorgaben statt einer gemeinsamen Entscheidungsfindung). An anderer Stelle finden sich Beschreibungen von den Schwierigkeiten mancher Patienten, sich auf eine Frau als behandelnde Ärztin oder einen Mann als behandelnden Arzt einzulassen oder überhaupt über intime (psychische) Probleme reden zu dürfen. Angesprochen werden auch die Punkte Nichteinhalten von Terminen, Schwierigkeiten bei der Leistungsbegrenzung auf das für Geflüchtete vorgegebene Maß, Schwierigkeiten bei der Abrechnung mit Kostenträgern sowie Probleme bei der Bestimmung des rechtlichen Rahmens der Behandlung.³⁵

Die KBV-Broschüre bietet Ärzten und Therapeuten auch praktische Hilfestellung, wie Herausforderungen des Praxisalltags gemeistert werden können. Empfohlen werden beispielsweise Austauschrunden mit ärztlichen Kollegen (Qualitätszirkel), spezielle Schulungen sowie Techniken der Gesprächsführung (beispielsweise die „Teach-Back-Methode“, bei der der Patient gebeten wird, im Anschluss an eine ärztliche Erläuterung zentrale Gesprächsinhalte in eigenen Worten wiederzugeben). Thematisiert werden auch das Auslegen von mehrsprachigen Patienteninformationen und das Hinzuziehen von ehrenamtlichen Übersetzern.³⁶

³² Vgl. ebd. S. 54.

³³ Die Broschüre wurde ohne explizite Angabe von Verfassern veröffentlicht. Vgl. daher im Folgenden o. V.: Vielfalt in der Praxis. Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation. Hrsg. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Berlin (o. A.) 2017. Herauszustellen ist in diesem Zusammenhang auch eine 2017 durchgeführte Fachtagung der KBV zum Thema Vielfalt in der Praxis. Vgl. hierzu online unter: <https://www.kbv.de/html/vielfalt-in-der-praxis.php> (Abruf: 08.07.2020).

³⁴ Vgl. ebd. S. 4-11.

³⁵ Vgl. ebd. S. 4-12.

³⁶ Vgl. ebd. S. 11-18.

Regelsystem

Im Jahr 2019 führte darüber hinaus das Psychosoziale Zentrum (PSZ) refugio stuttgart e.v. mit Unterstützung der Landespsychotherapeutenkammer eine Umfrage in Baden-Württemberg für den ambulanten Bereich hinsichtlich der Therapiesituation traumatisierter Geflüchteter durch. Befragt wurden insgesamt 34 niedergelassene psychologische und ärztliche Therapeuten, die von Januar 2018 bis Juni 2019 insgesamt 215 geflüchtete Patienten in Behandlung hatten. Vor allem bezüglich einer Kostenübernahme für Sprachmittlung/Dolmetscher wurde beklagt, dass diese häufig nicht geklärt sei – beziehungsweise dass es sehr aufwendig sei, diese zu klären. Dies gelte insbesondere für von den Krankenkassen finanzierte Therapien, die die Kosten nicht übernehmen. refugio stuttgart und die Landespsychotherapeutenkammer stellten zusammen mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg eine entsprechende Forderung auf und brachten sie in den politischen Diskurs ein (siehe hierzu die Schlussfolgerungen dieses Versorgungsberichts).³⁷

Fazit

Zur ohnehin schon fordernden Grundsituation – Personalmangel, wenig Zeit für Patienten – kommen nun noch die spezifischen Herausforderungen in der Versorgung Geflüchteter: Zu nennen sind hier vor allem Sprach- und Kulturbarrieren zwischen Psychiatriepersonal auf der einen sowie Patienten und Angehörigen auf der anderen Seite. Auch bürokratische Prozesse (beispielsweise Organisieren und Finanzieren von professionellen Dolmetschern oder von Alternativen, Behandlungsanpassungen an die den Geflüchteten zustehenden Leistungen, Abrechnungen mit Kostenträgern), bedeuten zusätzlichen Zeitaufwand.

Die nahezu generell anzutreffende Sprachbarriere bei Geflüchteten verstärkt die Probleme der Versorgung: Geflüchtete können sich in der Regel nur unter Schwierigkeiten im klinischen Umfeld verständlich machen und verstehen Gesundheitsinformationen meistens nur schwer. Die Akutbehandlung wird daher oft vorzeitig ohne Besserung beendet. Eine ambulante Weiterbehandlung scheidet jedoch ebenfalls, da für die Betroffenen bereits das Suchen eines Arztes, eines Therapeuten oder eines Krankenhauses ein Problem darstellen kann.³⁸

Auch im ambulanten Sektor ist die Situation herausfordernd. Die Wartezeiten auf eine Richtlinientherapie sind schon in der Regelversorgung lang – in manchen Regionen fehlt eine psychotherapeutische Versorgung in Gänze. Und der Zugang Geflüchteter zu einer Psychotherapie ist ohnehin erschwert, wie Kapitel 1 dieses Versorgungsberichts aufzeigte. Kommt es dann doch zur ambulanten Behandlung, müssen Therapeuten und Patienten sprachliche, kulturelle und organisatorische Hürden meistern. Die Frage der Sprachmittlung ist eine ganz eigene Herausforderung: Häufig werden diesbezügliche Kosten nicht übernommen, auch ist die Beantragung bürokratisch und mit großem Aufwand verbunden. Dies alles sorgt für einen aufwändigeren Praxisalltag.

³⁷ Vgl. Hausmann, Ute: Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Hrsg. von refugio stuttgart e.v.. Stuttgart (o. A.) 2019.

³⁸ Vgl. Faulbaum 2018 a. a. O.

2.4 Ausblick zur Corona-Pandemie 2020

Wie bereits in Kapitel 1 soll auch hier die Corona-Pandemie, die eigentlich außerhalb des Berichtszeitraumes liegt, angesprochen werden. Auch hier liegen (größere) Untersuchungen zur Situation traumatisierter Geflüchteter zu Corona-Zeiten noch nicht vor. Die teilweise ohnehin schon prekäre Situation in Einrichtungen wie den Landeserstaufnahmeeinrichtungen wurde durch Corona-Ausbrüche verschärft und konnte nur mit großen Mühen unter Kontrolle gebracht werden. Die hiermit verbundenen Verbringungen in gesonderte Einrichtungen und die verhängten Ausgangssperren lassen nachvollziehbar keine Verbesserung der psychischen Situation Geflüchteter erwarten. So veröffentlichte beispielsweise die DGPPN Hinweise, was in Corona-Zeiten unter anderem bei der Aufnahme, Behandlung und Entlassung von Patienten zu beachten ist und wie Klinik- und Therapieorganisation vor dem Hintergrund nötiger Hygieneregeln in psychiatrischen Einrichtungen sicher durchgeführt werden sollten.³⁹ Auch psychiatrische Einrichtungen in Baden-Württemberg thematisieren auf ihren Websites den Umgang mit dem Virus und haben entsprechende Hinweise für Patienten und Besucher platziert.⁴⁰ Möglichst wenig Patienten pro Zimmer, Abstand zu anderen Patienten und Personal, wenig Patientenausgänge sowie strenge Registrierungsprozesse, die Besucher im Vorfeld durchlaufen müssen: All diese Maßnahmen zu Eindämmung des Infektionsgeschehens bergen das Risiko, für Gefühle der Isolation und Einsamkeit zu sorgen – vor allem, da die Psyche ohnehin schon belastet ist. Für Geflüchtete kommen noch die Sprachbarrieren hinzu, die besonders hervortreten, wenn für die Notwendigkeit der Einhaltung aller Regeln sensibilisiert werden muss. Dies kann nur durch präzise Sprache und den Einsatz mehrsprachiger Informationsmaterialien gelingen. Gelingt dies nicht, bleiben im Zweifel Unsicherheit und Angst zurück – zusätzlich zu den Ängsten, die Geflohene in der fremden Psychiatrie-Umgebung sowieso schon verspüren. Das wiederum bedeutet für das Personal, dass es noch mehr Zeit für den einzelnen Patienten aufbringen muss. Angesichts der bestehenden Zustände wird sich dies als kaum zu bewältigende Herausforderung erweisen.

Viele psychiatrische Einrichtungen in Baden-Württemberg konnten darüber hinaus während der ersten Corona-Hochphase im Frühjahr 2020 neue Patienten nur eingeschränkt oder vorübergehend überhaupt nicht mehr aufnehmen. In der Folge waren viele Erkrankte auf sich allein gestellt.⁴¹ Es ist davon auszugehen, dass dies traumatisierte Geflüchtete, die ohnehin mit schwerwiegenden Belastungen zu kämpfen haben (siehe Kapitel 2 dieses Versorgungsberichts), hart getroffen hat. Denn zu bereits vorhandenem Leid kam nun wohl noch weiteres hinzu, verursacht unter anderem durch täglich neue beunruhigende Nachrichten zur Virusausbreitung und durch soziale Isolierung. Gerade hier wäre ärztliche/therapeutische Hilfe sicherlich nötig gewesen. Die Folgen sind noch nicht abzusehen.

Auch im ambulanten Sektor dürfte der Wegfall der persönlichen Begegnung zwischen Therapeut und Patient viele erkrankte Geflüchtete belastet haben. Immerhin war prinzipiell das Ausweichen auf die Videosprechstunde möglich – sofern angewendet, dürfte dies sicherlich bei manchen für eine gewisse Linderung des akuten Leidens gesorgt haben.⁴² Aber auch für diesen Bereich liegen genauere Erhebungen noch nicht vor.

39 Vgl. hierzu online unter: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/corona.html> (Abruf: 22.06.2020).

40 Vgl. hier z.B. online unter: <https://www.zfp-web.de/>, <https://www.klinikum-weissenhof.de/angebote/behandeln/coronaaufnahme-undbesuchsregelungen/> und <https://www.zfp-winnenden.de/> (alle Seiten Abruf: 01.07.2020). Dies ist natürlich nur ein minimaler Ausschnitt und nur eine Momentaufnahme der Situation, wie sie sich darstellt.

41 Vgl. hierzu z. B. online unter: <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/tuebingen/psychiatrie-in-zeiten-von-corona-100.html> (Abruf: 01.07.2020).

42 Vgl. z. B. online unter: <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/coronavirus-sars-cov-2/videosprechstunde/> (Abruf: 08.07.2020).

2.5 Zusammenfassung

Die Situation in der stationären und ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist schon in der Grundsituation angespannt. Personalmangel und zu wenig Zeit für Patienten sind im stationären Bereich große Herausforderungen, lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz beziehungsweise das gänzliche Fehlen psychotherapeutischer Angebote sind im ambulanten Sektor als wesentliche Herausforderungen zu nennen. Nun kommt noch die Betreuungsproblematik traumatisierter Geflüchteter hinzu: Vor allem Sprachbarrieren sorgen dafür, dass der Behandlungsalltag zeitintensiver und aufwändiger wird – für ohnehin schon stark belastete Mitarbeiter ist das ein großes Problem. Dazu kommen noch bürokratische Hürden beim Beantragen der Therapien sowie beim Anpassen der Behandlungsleistungen auf das den Geflüchteten per Gesetz zustehende Maß, was viel Zeit beansprucht.

Therapeuten und Geflüchtete müssen sich aber nicht nur mit Verständigungsproblemen beschäftigen. Auch kulturelle Aspekte, beispielsweise das Rollenverständnis Mann/Frau oder Arzt/Patient, können für Nichtverstehen und Probleme bei der Behandlung sorgen. Erschwert wird all dies durch die Tatsache, dass häufig keine Finanzierungsmöglichkeit für professionelle, für Therapiezwecke geschulte Sprachmittlung gegeben ist.

Im Ergebnis steht durch die bestehenden Arbeitsbedingungen angespanntes medizinisches und therapeutisches Personal damit einer Patientengruppe gegenüber, die Schwierigkeiten beim Ausdrücken ihrer Bedürfnisse hat und Patienteninformationen und Hilfsmöglichkeiten nur mit Mühe finden und in Anspruch nehmen kann.



Psychosoziale Zentren

Psychosoziale Zentren

3. Die Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg

Hinweis: Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass von Klienten gesprochen wird, da sie psychotherapeutische und psychosoziale Leistung erhalten.

Was bieten die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) ihren Klienten an? Wie lassen sich das besondere Konzept und das multiprofessionelle Versorgungsmodell der Zentren beschreiben?

3.1 Allgemeine Aspekte zur Arbeit der PSZ

Psychosoziale Zentren bieten psychotherapeutische Versorgung sowie traumasensible Beratung und Begleitung für traumatisierte Geflüchtete an. Sie verstehen sich dabei gleichzeitig 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 und stellen hier ein intersektorales, am Einzelfall orientiertes und stets sprachmittlergestütztes Angebot zur Verfügung. Gleichzeitig engagieren sie sich auf unterschiedlichen Ebenen, um die Strukturen der Versorgung für die Zielgruppe zu verbessern. Auf kommunaler wie auf Landesebene wirken sie an Planungen und strukturellen Überlegungen mit, leisten aber auch in der ganz konkreten Vernetzung mit anderen psychosozialen Hilfsangeboten in der Versorgungslandschaft vor Ort und in der Qualifizierung und Fachberatung der Einrichtungen des Regelsystems einen wichtigen Beitrag zur Öffnung der aktuellen Dienste für traumatisierte Geflüchtete.

Die Arbeit der PSZ lässt sich als Schnittmenge zwischen den Bereichen der traumaspezifischen Krankenbehandlung, der Asylverfahrensberatung und der Sozialberatung beschreiben. Dabei stellen sich viele Klienten zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme in einem PSZ krisenhaft vor, oftmals gibt es in allen drei Bereichen Handlungsbedarf.

Neben den oft schweren Traumafolgestörungen, bei denen sich in der Regel mehrere psychische Erkrankungen überlagern, befinden sich die meisten Klienten in der besonderen Lebenssituation des unsicheren Aufenthaltsstatus und leben daher mit einer existentiell unklaren Zukunftsperspektive. Nur knapp über 20 % der Klienten in den PSZ in Baden-Württemberg haben bereits einen gesicherten Aufenthalt. Was diese Unsicherheit mit ihnen und ihrer Familie macht, zeigt folgendes Beispiel:

Praxisbeispiel

„Ich war gerade beim Kochen, da sah ich, wie zwei Polizisten - ein Mann und eine Frau - in unser Haus hereinkamen. Ich sah und hörte die Papiere in ihren Händen rascheln. Ich ließ alles stehen in der Küche. Auch später konnten wir nicht mehr essen. Ich fing an zu zittern, mein Herz raste. Mein Mann war so vollkommen verzweifelt. Er hatte Angst am ganzen Körper.

Er hat keine Kraft und keinen Mut mehr um für unseren Aufenthalt in Deutschland zu kämpfen. Die Polizisten klingelten dann an einer anderen Türe. Ich konnte nicht einmal mehr Erleichterung spüren. Manchmal spüre ich mich selbst gar nicht mehr. Mein Arm ist oft wie gelähmt. Ich spüre nur noch die Angst, dass wir in unser Heimatland abgeschoben werden...“

Klientin aus Pakistan, zwei Kinder

Psychosoziale Zentren

Das Asylverfahren stellt auch für die Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren eine herausfordernde Rahmenbedingung 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 gut zu versorgen. 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 darzustellen und glaubhaft zu machen. Teilweise sind sie auch aufgrund ihrer Traumafolgestörung gar 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. Dies muss innerhalb der PSZ im Rahmen regelmäßiger Supervisions- und Interventionsangebote reflektiert und aufgefangen werden.

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 Mitwirkungspflichten (beispielsweise beim Lesen von Briefen, Ausfüllen von Anträgen, Erbringen von Unterlagen).

Klientin P. aus Nigeria ist Anfang 40 und Mutter von zwei Söhnen.

Sie erzählt: Im Alter von zwölf Jahren sei sie mit einem älteren Mann verheiratet und von ihm immer wieder vergewaltigt worden. Ihr erster Sohn wurde in diese Verbindung geboren. Eine Bekannte habe ihr davon erzählt, dass sie in Italien gut bezahlte Arbeit in einem Supermarkt haben könne. Dieses Angebot schien der ersehnte Ausweg aus der Ehe. Sie erreichte mit dem Boot Italien, wo sie von einer nigerianischen Frau, die sich als ihre persönliche Beraterin vorstellte, abgeholt wurde und erklärt bekam, nun 40.000 € als Straßenprostituierte abarbeiten zu müssen. Sie wurde von mehreren Männern bewacht. Sie habe einmal gesagt, dass sie wegen ihrer Menstruation nicht arbeiten könne. Daraufhin habe man sie durch mehrere Schnitte mit einer Rasierklinge verletzt und schwer geschlagen. Ihre Familie in Nigeria werde bis heute bedroht. erzählt sie weiter. Aus Angst zeigte P. die Täter nicht an. Aus Scham sprach P. bei der Anhörung ihrer Asylgründe nicht über ihr Schicksal. Sie erhielt einen Ablehnungsbescheid. Ihr und ihren Kindern drohte Gefahr, nach Italien und von dort nach Nigeria zurückgeführt zu werden.

In den Gesprächen im Psychosozialen Zentrum war es P. erstmals möglich, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen.

Psychosoziale Zentren

Zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung oder psychologischen Krisenintervention nehmen daher die Klienten der PSZ in den meisten Fällen auch Angebote der Asylverfahrensberatung und Sozialarbeit in Anspruch. Im Rahmen asylrechtlicher Verfahren erstellen außerdem 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 diagnostisch einordnen. Diese Stellungnahmen werden beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sowie im Rahmen verwaltungsgerichtlicher Verfahren vorgelegt, um Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen Gründen geltend zu machen und den ihnen rechtlich zustehenden humanitären Aufenthalt und eine daran anschließende Behandlung zu erhalten. Viele Klienten werden auch nach Erhalt ihres Aufenthaltstitels weiter betreut, da auch dann viele Belastungen anhalten (weil beispielsweise der Familiennachzug schwierig ist).

Psychosoziale Zentren arbeiten auf Wunsch der Klienten auch fallbezogen mit anderen Einrichtungen zusammen und stellen außerdem 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 aktuell bundesweit mehr als 40 Einrichtungen Mitglied sind.

Um passende Unterstützung und Therapie im Einzelfall zu gewährleisten, sollten Versorgungsangebote psychisch erkrankter Geflüchteter sowohl **psychotherapeutisch** als auch **psychosozial** und **medizinisch** erfolgen. Die Gespräche müssen dolmetschergestützt angeboten werden. Alle Angebote sollten bedarfsorientiert, einzelfallbezogen und möglichst kostenträgerübergreifend geplant werden.

In den PSZ arbeiten daher 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

Praxisbeispiel

M. floh als unbegleiteter Minderjähriger allein aus Syrien. Er wurde 2017 als Flüchtling anerkannt. Seinen Antrag auf Familiennachzug lehnten die Behörden ab, lediglich ein Elternteil dürfe nach Deutschland nachkommen.

M.s Vater kam schließlich nach Deutschland nach und stellte einen Antrag auf Familienasyl. Die Mutter und die vier minderjährigen Geschwister lebten währenddessen ohne die Möglichkeit eines Schulbesuchs und unter prekären Umständen in Ägypten. Während der quälenden Zeit des Wartens auf die Entscheidung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge versuchte er Deutsch zu lernen, um wieder als Elektriker arbeiten zu können. M. jobbte neben Schule und Praktikum in der Gastronomie, um der Mutter in Ägypten Geld schicken zu können.

Nach rund einjährigem Warten wurde der Vater ebenfalls als Flüchtling anerkannt. Damit ist die juristische Grundlage für den Nachzug der Mutter und der vier minderjährigen Kinder endlich gegeben.

Psychosoziale Zentren

Mitarbeitenden sollten Erfahrung in traumaspezifischer Beratung beziehungsweise Traumatherapie haben, eine Kultursensibilität mitbringen sowie Grundwissen im Asylrecht aufweisen.

Mit ihren Kernteams aus Psychologen, Sozialarbeitern und Ärzten können in den PSZ viele Bedarfe abgedeckt werden. Doch auch hier ist darüber hinaus eine gute Vernetzung in das Regelsystem vonnöten. Nur in multiprofessioneller Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern wie beispielsweise Ärzten, Rechtsanwälten, Beratungsstellen und Flüchtlingssozialarbeit der Unterkünfte kann die Versorgung gelingen.

3.2 Kernangebote und Leistungsspektrum der PSZ

Zu den **Kernangeboten** der PSZ gehören¹:

- 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*innen oder durch muttersprachliche Mitarbeitende.

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

Sozialpädagogische Angebote: Die Sozialarbeiter in den PSZ sind überwiegend ausgebildete Traumapädagogen 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 Integrationsmanager und Migrationsberatung, KITAS und Schulsozialarbeit, Pro Familia, Schwangerenberatung, Fachstelle Sucht, Sonderpädagogische oder Sozialpädiatrische Angebote, Eingliederungs- und Teilhabeberatung für Menschen mit Behinderung, Jugendämter und Frühe Hilfen) und arbeiten eng mit den jeweiligen Kooperationspartnern zusammen, um die Stabili-

¹ Vgl. hierzu auch online unter <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/> (Abruf: 24.09.2020).

Psychosoziale Zentren

Ein 23-jähriger Mann aus Afghanistan wird über eine ehrenamtliche Helferin beim PSZ angemeldet. Sie erzählt: Sie unterstütze ihn schon seit drei Jahren, er sei seit gut vier Jahren in Deutschland. Inzwischen sei der Kontakt allerdings weniger geworden, er ziehe sich mehr und mehr von allem zurück. Sie mache sich große Sorgen um ihn. Rechtlich sei das Asylverfahren im vergangenen Jahr abgelehnt worden. Eine Klage sei eingereicht, aber der Verwaltungsgerichtstermin sei noch nicht terminiert. Der junge Mann habe immer wieder eine Arbeit, sei aber unzuverlässig und spreche auch noch nicht gut Deutsch.

Bei der Einladung zum ersten Clearing fällt auf, dass der Mann drei Mal anruft, weil er den Treffpunkt nicht findet. Dies passiert ebenso bei jedem weiteren Termin. Es liegen zudem Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten vor, Alpträume und immer wieder tagsüber plötzlich auftretende panikartige Zustände. Der Mann erzählt: Er sei aus Afghanistan geflohen, da er dort von Taliban bedroht sei, seine älteren Brüder sowie sein Vater seien bereits getötet worden. Wegen der Bedrohung durch die Taliban sei er zunächst nach Kabul geflohen und dort Opfer eines Sprengstoffanschlags geworden. Er sei durch die Hilfe eines Onkels mehrere Monate in einem pakistanischen Krankenhaus behandelt worden, da er im Koma gelegen habe. Es sei ihm psychisch sehr schlecht gegangen. Schließlich habe der Onkel ihm geholfen, das Land zu verlassen und nach Europa zu fliehen.

Aufgrund der auffälligen Orientierungsprobleme veranlassen die PSZ-Mitarbeiter eine fachärztliche Untersuchung. In diesem Zusammenhang werden Schädelverletzungen dokumentiert, die wohl vom Sprengstoffattentat hervorgerufen wurden. Neurologisch ist kein Schaden festzustellen, es besteht daher neben deutlich sichtbaren psychischen Traumafolgen der Verdacht auf ein hirnorganisches Psychosyndrom als Folge des Schädel-Hirn-Traumas.

Der Klient gibt an, bei der Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zwar von den Verletzungen berichtet zu haben, man habe ihn aber unterbrochen und ihm mitgeteilt, dass dies nun nicht relevant sei. Seine Bedrohung durch die Taliban wurde als nicht glaubhaft angesehen.

Nachdem der Klient beim ersten Termin mitteilt, dass er nicht in Anwesenheit eines männlichen Sprachmittlers sprechen könne, wird für die Gespräche im PSZ durchgängig die gleiche weibliche Sprachmittlerin eingesetzt. Im Laufe der Diagnostik und der stabilisierenden Gespräche berichtet er nach rund zehn Terminen davon, wie er als 12-jähriger immer wieder von Taliban abgeholt und sexuell missbraucht worden sei. Das habe er aus Scham bisher noch niemandem erzählen können. Sein Onkel habe von diesen Übergriffen gewusst und ihm deshalb zur Flucht verholfen. Er habe nicht mehr in das Dorf zurückgehen können. Alle würden denken, er sei nach dem Sprengstoffattentat gestorben. Er habe größte Angst, dass er nach Afghanistan zurückgeschickt werde, er könne dort nicht überleben. Die Ungewissheit, ob er in Deutschland bleiben könne, mache alles noch schlimmer. Er wolle nicht mehr weiterleben und denke oft darüber nach, wie er sein Leben beenden könne. Er könne nicht einmal seine Mutter kontaktieren, die nun allein in Afghanistan zurückgeblieben sei, da er Angst habe, ihr dadurch zu schaden, wenn jemand erführe, dass er noch am Leben sei.

In den Gesprächen gelingt es, dem Mann wieder etwas Hoffnung zu geben, vor allem dokumentiert das PSZ seine Erkrankung und seine Lebensgeschichte auch in einer Stellungnahme für das Verwaltungsgericht. Weiterhin arbeitet das PSZ daran, dass er über das erlittene Leid wenigstens ansatzweise sprechen kann. Prognostisch wäre bei sicherem Aufenthalt und einer längeren psychotherapeutischen Behandlung durchaus mit einem guten Heilungserfolg zu rechnen, der es dem jungen Mann ermöglichen würde, in Deutschland eine Berufsausbildung zu beginnen und seinen Alltag zu bewältigen.

Psychosoziale Zentren

sierung im Außen und die Integrationsfähigkeit der Klienten und ihrer Angehörigen zu fördern. Die Sozialarbeiter unterstützen auch beim Vorbereiten von Anträgen beispielsweise zur Umverteilung an einen anderen Wohnort und Streichung der Wohnsitzauflage, um mit Familienangehörigen zusammenkommen 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.

Von Relevanz sind auch die aufsuchende Arbeit im Lebensumfeld und der Aufbau sozialer Netzwerke in der neuen Umgebung. Dazu arbeiten die Sozialarbeitenden eng mit den zuständigen Ansprechpartnern im Lebensumfeld der Klienten zusammen und unterstützen bei Bedarf auch beim Schreiben von Bewerbungen, bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz oder bei einer Arbeitsgelegenheit und vermitteln geeignete ehrenamtliche Helfer für Sprachförderung, Nachhilfe oder Alltagsbegleitung. Sie organisieren in vielen PSZ außerdem Kreativ- und Freizeitangebote, Gruppenaktivitäten wie Ausflüge oder gemeinsame Feste.

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

- Die Zusammenarbeit zwischen den psychologischen Fachpersonen, den Sozialarbeitern in den PSZ und den im PSZ geschulten Sprachmittlern;
- die traumatherapeutische Qualifizierung der Psychologen;
- 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 und den Ressourcenaufbau. Lange Behandlungszeiten sind keine Ausnahme, da es aufgrund der fehlenden Sprachmittlung und fehlender Behandlungskapazitäten im Regelsystem wenig Vermittlungsmöglichkeit in ambulante Psychotherapie gibt (siehe Kapitel 3).

Zitat einer Klientin: „Ich denke, das PSZ ist ein guter Verein für die Unterstützung der Flüchtlinge. Zuerst kam ich zwei Mal im Monat ins PSZ, danach ein Mal im Monat. Und ich habe mit meiner Therapeutin gesprochen. Ich fühle mich sehr gut, wenn ich jemandem alles sagen und vertrauen haben kann. In Deutschland habe ich zuerst niemanden zum Sprechen oder Unterstützen gehabt. Das PSZ hat dieses Bedürfnis erfüllt. Es hat mich immer unterstützt.“

Psychosoziale Zentren

Ärztliche Angebote: Sofern dies in den PSZ möglich ist, bieten Fachärzte einerseits psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen für Klienten an und stehen andererseits 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 von Folterfolgen hilfreich ist. Die meisten PSZ haben einzelne Kooperationen mit unterschiedlichen Fachärzten aufgebaut, die bereit sind, traumatisierte Geflüchtete und Folteropfer in ihrer Praxis zu untersuchen und zu behandeln.

3.3 Vorstellung der einzelnen PSZ

Aktuell existieren in Baden-Württemberg insgesamt neun PSZ: davon zwei in Stuttgart (eines davon mit Regionalstelle in Tübingen), jeweils eines in Ulm, Villingen-Schwenningen und Karlsruhe. Es befinden sich vier weitere Zentren im Aufbau: drei in Südbaden und eines in Nordbaden. Fünf dieser Zentren bestehen seit fast 20 Jahren. Die PSZ, die gleichzeitig Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft BAfF sind, haben sich zur Landesarbeitsgemeinschaft „Flucht und Trauma“ zusammenschlossen und befinden sich in regelmäßigem Austausch.

Im Folgenden werden zunächst die bereits etablierten PSZ, danach die PSZ im Aufbau in alphabetischer Reihenfolge vorgestellt.

Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)

Name des PSZ: Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf. Mitgliedschaft in Verband: RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V. /Zweckbetrieb; Spitzenverband: DER PARIATÄTISCHE

Anschrift und Kontakt : Wagnerstr. 65, 89077 Ulm; Mail: bfu@rehaverein.de

Besteht seit: 1995

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Zugang / Anmeldung über: Kliniken, Zentren für Psychiatrie, Arztpraxen, Sozialarbeiter, Rechtsanwälte, ehrenamtliche Flüchtlingshelfer, ehemalige Klienten und Selbstanmelder

Team: elf fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 510 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben. Davon: eine Leitung, vier psychologische Psychotherapeut*innen, eine Psychologin, zwei Sozialarbeiterinnen, eine Projektkoordinatorin sowie zwei Verwaltungskräfte (zus. 60 %). Im Team arbeiten zusätzlich 14 Fachpersonen auf Honorarbasis mit: eine Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, zwei Psycholog*innen, zwei Psychotherapeut*innen, zwei Kunsttherapeutinnen, ein Jurist, ein Referent für Menschenrechtsbildung, ein Länderberater, ein Fundraiser, ein wissenschaftlicher Beirat, eine Reinigungskraft und eine Webdesignerin

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 30 Sprachmittler für 27 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Spenderbetreuung, Alltagsbegleitung von Klienten sowie Alphabetisierungskurse durch Ehrenamtliche unterstützt.

Psychosoziale Zentren

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, Aufsuchende soziale Arbeit, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Englisch und Dari, psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen, psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (psychoedukative Gruppen), Bildungsangebote (schulische Nachhilfe, Alphabetisierungskurse), ehrenamtliche Alltagsbegleitung, Kunsttherapie

Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV Stuttgart)

Name des PSZ: Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV Stuttgart), Zentrum der Beratung, Begutachtung & Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf. Mitgliedschaft in Verband: eva Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

Anschrift und Kontakt: Schloßstr. 76, 70176 Stuttgart; Mail: pbv@eva-stuttgart.de

Besteht seit: 2000

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), Deutsche (inklusive in der ehemaligen DDR aus politischen Gründen Inhaftierte), Einwanderer (Migranten)

Zugang / Anmeldung über: telefonischer und schriftlicher Weg, persönliche Vorsprache (in seltenen Fällen)

Wer meldet an: Jugend- und Gesundheitsämter, Sozialämter, Sozialdienste für Flüchtlinge, lokale Integrationsmanager, Kliniken, PIA, Zentren für Psychiatrie, Hausärzte, niedergelassene Psychiater / Neurologen, Pflegeeltern (bei UMF), Job-Center, Dolmetscher, Lehrer in Sprachkursen, Pfarrer und Pastoren, Bewährungshelfer, Psychologen aus JVA, FIZ Stuttgart, AKs Asyl, die Patienten selbst, Verwandte, ehrenamtliche Helfer

Team: neun fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 612 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben. Davon: vier Psycholog*innen, zwei psychologische Psychotherapeut*innen (i.A.) und ein(e) Sozialpädagog*innen sowie zwei Verwaltungskräfte. Im Team arbeiten zusätzlich 25 Fachpersonen auf Honorarbasis mit: sieben Ärzt*innen, ein(e) Psycholog*in, zwei Psychotherapeut*innen, ein(e) Sozialpädagogin*innen, eine Kindheitspädagogin, 13 Kursleiter für die therapiebegleitenden Angebote sowie acht ehrenamtliche Helfer für unterschiedliche Freizeitaktivitäten

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 92 Sprachmittler für 42 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Dolmetschen, ärztliche und psychosoziale Beratung / Begleitung, Lernen, Ausflüge und Exkursionen durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, spezielle Angebote für UMAs (psychoedukative, präventive Angebote in der Gruppe mit Dolmetschung), psychosoziale

Psychosoziale Zentren

Beratung, Beratung von Angehörigen, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, Supervisionsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Deutsch, Englisch, Spanisch, Portugiesisch, Französisch, Italienisch, Rumänisch, Hebräisch, Russisch und Ukrainisch, psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen, allgemeinmedizinische / internistische Untersuchungen, psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (für homogene Gruppen), Freizeitangebote (Exkursionen, Führungen und Besichtigungen in der Region), Bildungsangebote (therapiebegleitende Angebote in den Bereichen Sport, Kunst, Kunsthandwerk, Spracherwerb / Konversationskurs für funktionale Analphabeten, kreative, produktive Mediennutzung), ehrenamtliche Alltagsbegleitung

refugio stuttgart e.v.

Name des PSZ: refugio stuttgart e.v., Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: refugio stuttgart e.v., keine Verbandsmitgliedschaft

Anschrift und Kontakt: Weißenburgstr. 13, 70180 Stuttgart; Mail: info@refugio-stuttgart.de

Besteht seit: 2002 (Hauptstelle Stuttgart); 2014 (Regionalstelle Tübingen)

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)

Zugang/ Anmeldung über: Ehrenamtliche, Flüchtlingssozialarbeiter, Ärzte, Rechtsanwälte, Geflüchtete selbst oder deren Angehörige; Vergabe von Terminen zum Erstgespräch erfolgt nach telefonischer Fachberatung nach Bedarf und nach Kapazität.

Team: 14 fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 1100 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben (Stand Oktober 2020). Davon: fünf Psycholog*innen, eine Kinder- und Jugend-Psychotherapeutin, eine Sozialarbeiterin, drei Verwaltungskräfte, eine Friedens- und Konfliktforscherin, eine Humangeographin, eine Traumatherapeutin mit Diplom in transkultureller Psychiatrie und eine Politologin (Geschäftsführung). Im Team arbeiten zusätzlich drei Fachpersonen auf Honorarbasis. Davon: zwei Ärzt*innen sowie eine Tanz- und Bewegungstherapeutin.

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 105 Sprachmittler für 36 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Psychotherapie, psychosoziale Beratung, ärztliche Untersuchungen, Verwaltung / Telefondienst / Vorstand / Öffentlichkeitsarbeit sowie ehrenamtliche Alltagsbegleitung durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing. Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, Supervisionsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, muttersprachliche Beratung und Therapie in der Sprache Englisch, psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen, allgemeinmedizinische / internistische Untersuchungen, psycholo-

Psychosoziale Zentren

gisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (bewegungstherapeutische Gruppe), ehrenamtliche Alltagsbegleitung, Tanz- und Bewegungstherapie

Refugio Villingen-Schwenningen e.V.

Name des PSZ: Refugio Villingen-Schwenningen – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: Refugio Villingen-Schwenningen e.V., Mitglied der Diakonie Baden

Anschrift und Kontakt: Schwedendammstr. 6, 78050 Villingen-Schwenningen;
Mail: info@refugio-vs.de

Besteht seit: 1998

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), Einzeltherapie für Kinder und Jugendliche

Zugang/ Anmeldung über: (fach-) ärztliche Überweisung, schriftlich oder telefonisch

Wer meldet an: Sozialdienste, Integrationsmanager, Kliniken (Fach-) Ärzte, PIA, Rechtsanwälte, Jobcenter, Jugendliche, Ehrenamtliche, Pädagogische Fachkräfte (Kita, Schule); bei Eingang der ersten Anmeldeunterlagen: Anlage der Anfrage als Erstkontakt, Aufnahme auf die Warteliste bei vollständigem Eingang aller Anmeldeunterlagen

Team: sechs fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 515 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben. Davon: eine Psychologin / systemische Therapeutin, ein psychologischer Psychotherapeut, eine Sozialpädagogin / Traumapädagogin, eine Integrationsfachkraft, eine Gesundheitsökonomin / Betriebswirtin (Geschäftsführung), eine Fachkraft Projektmanagement / Rechnungswesen. Im Team arbeiten zusätzlich zwei Fachpersonen auf Honorarbasis: ein psychologischer Psychotherapeut, eine systemische Therapeutin

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeiten mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 16 Sprachmittler für zwölf Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Einzelnachhilfe für Klienten, ehrenamtliche Alltagsbegleitung, Kinderbetreuung während der Therapie / Beratungsgespräche, Unterstützung bei Freizeitangeboten sowie Verwaltung / Vorstand / Öffentlichkeitsarbeit durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, spezielle Angebote für UMAs (psychosoziale Begleitung und Psychotherapie), psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, aufsuchende soziale Arbeit, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Englisch und Französisch, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, Freizeitangebote (Ausflüge, Feste, Gruppenaktivitäten), ehrenamtliche Alltagsbegleitung

Psychosoziale Zentren

Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.

Name des PSZ: Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf. Mitgliedschaft in Verband: Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.; Mitgliedschaft in der BaF beantragt

Anschrift und Kontakt: Menschenrechtszentrum Alter Schlachthof 59, 76131 Karlsruhe; Mail: trauma-migranten@web.de

Besteht seit: 2005

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte erwachsene Geflüchtete

Der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. in Karlsruhe arbeitet seit seiner Entstehung direkt neben der Landeserstaufnahme. Es wird daher ein Schwerpunkt in der Diagnostik psychischer Erkrankungen gesetzt.

Zugang/ Anmeldung über: Rechtsanwälte, Sozialdienste, Ärzte der LEA, Gesundheitsamt Karlsruhe, niedergelassene Ärzte, Bundesamt Karlsruhe, andere Vereine

Team: eine fest angestellte Fachperson (1 VK - 0.5 Verwaltungskraft und 0.5 Dolmetscherin). Im Team arbeiten zwei (Fach-) Ärztinnen auf Honorarbasis (2 x 20 Wochenstunden).

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 198 Sprachmittler für 43 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird nicht durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen, psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems

Psychosoziale Zentren

Neue PSZ / PSZ im Aufbau:

Nadia Murad Zentrum

Name des PSZ: Nadia Murad Zentrum

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: Diakonisches Werk Lörrach, Diakonie Baden, Diakonie Deutschland

Anschrift und Kontakt: Tumringer Str. 199, 79539 Lörrach; Mail: nazmije.mahmutaj@diakonie.eki-ba.de

Besteht seit: 2017

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): geflüchtete Kinder und Jugendliche und deren Familien

Zugang/ Anmeldung über: Lehrer, Klienten, Sozialarbeiter, Erzieher, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichentherapeuten, Ehrenamtliche / Familienhelfer

Team: fünf fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 240 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben (Stand Oktober 2020). Davon: ein Psychologe (20 %), eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin (60 %), zwei Sozialarbeiterinnen (jeweils 75 %), eine Verwaltungskraft. Im Team arbeiten zusätzlich sieben Honorarkräfte mit (Kunst- und Musiktherapie, Theaterpädagogik, Yoga-therapie, Körpertherapie, Supervision), außerdem eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin als Kooperationspartnerin.

Im Jahr 2019 war im Nadia Murad Zentrum eine Stelle mit 75 % in Organisation und Planung, eine Kraft mit 10 % in der psychosozialen Beratung, eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin als Kooperationspartnerin sowie eine Verwaltungskraft mit 10 % besetzt. Im Team arbeiteten zusätzlich elf Honorarkräfte mit.

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen acht Sprachmittler für 14 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen sowie Sprachmittlung durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene (Frauen), psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, aufsuchende soziale Arbeit, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere hauptamtliche Mitarbeiter*innen im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere hauptamtliche Mitarbeiter*innen im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, Supervisionsangebote für andere hauptamtliche Mitarbeiter*innen im Bereich der Flüchtlingsarbeit, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Albanisch, Arabisch, Ungarisch, Englisch, Französisch, Serbokroatisch, Türkisch, Italienisch, Rumänisch, Therapie in Deutsch, Englisch und Arabisch, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (durch speziell ausgebildete ehrenamtliche Traumahelfer*innen begleitete Gruppentherapien für Kinder und Jugendliche), Freizeitangebote (genderspezifische kulturelle / sportliche Aktivitäten für Jugendliche), Bildungsangebote (Angebote bzgl. jugendpolitischer Themen, Erläuterung der Gesellschaftsstruktur / Kultur des Aufnahmelandes und der Herkunftskultur, interaktiver Gestaltungsprozess des eigenen Lebenswurfes), Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanz- und Bewegungstherapie

Psychosoziale Zentren

Psychosoziales Zentrum Nordbaden

Name des PSZ: Psychosoziales Zentrum Nordbaden

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: Behandlungsinitiative Opferschutz (BIOS-BW) e.V.

Anschrift und Kontakt: Postfach 110210, 76052 Karlsruhe; Mail: info@bios-bw.de

Besteht seit: 2018

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Erwachsene)

Zugang/ Anmeldung über: telefonisch, per E-Mail

Wer meldet an: Ehrenamtliche, Sozialarbeiter, Integrationsmanager, Migrationsbeauftragte, Ärzte, Sozial- und Gesundheitsämter, Angehörige, Selbstanmelder

Team: zehn fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 5,23 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben (1,5 % Stellenumfang sind ausgeschrieben). Davon: eine Psychologin (auch Sprachvermittlerin), vier psychologische Psychotherapeut*innen (2 PiA), zwei Sozialarbeiterinnen (auch Sprachvermittlerin), eine Verwaltungskraft, ein Psychiater, ein Therapiewissenschaftler / Musiktherapeut.

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet vor allem mit Muttersprachlern oder über die Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter. Die Sprachmittler werden für ihre Einsätze geschult und erhalten bei Bedarf Supervision. Das PSZ-Team besteht aus zwei farsisprachigen Therapeuten/innen, einer arabisch- und spanischsprachigen Psychologin und zwei Sozialarbeiterinnen, die mehrere Sprachen (Farsi, Dari, Kurdisch, Arabisch, Französisch, Englisch, Türkisch) beherrschen und auch innerhalb des Teams vermitteln. Das PSZ Nordbaden arbeitet derzeit hauptsächlich mit eigenem Personal. Übersetzungen erfolgen gelegentlich auch zwischen den Mitarbeitern und nur in Einzelfällen durch ehrenamtliche Dolmetscher.

Ehrenamt: Das PSZ wird vor allem bei der Sprachmittlung von seltenen Sprachen durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, aufsuchende soziale Arbeit, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Arabisch, Dari, Englisch, Farsi, Französisch, Kurdisch, Spanisch und Türkisch, gruppentherapeutische Angebote (Psychotherapie und Musiktherapie im Aufbau ab 3. Quartal 2020), Musiktherapie

Refugium Freiburg

Name des PSZ: Refugium Freiburg -psychosoziale Beratung und Koordinierung für Geflüchtete

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: Caritasverband Freiburg-Stadt e.V. , Refudocs e.V.

Anschrift und Kontakt: Adelhauserstraße 8, 79098 Freiburg; Mail: refugium@caritas-freiburg.de

Besteht seit: 2018

Psychosoziale Zentren

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Kinder, Erwachsene)

Zugang/ Anmeldung über: telefonisch

Team: sieben fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 460 % Stellenumfang eines Vollzeit-äquivalents haben. Davon: ein(e) Psycholog*in, zwei psychologische Psychotherapeut*innen, drei Sozialarbeiter*innen, eine Verwaltungskraft. Im Team arbeiten zusätzlich zwei Fachpersonen auf Honorarbasis (Kunsttherapeutin sowie Kinder und Jugendlichentherapeutin), ein(e) Arzt*in, vier Psychotherapeut*innen in Zweigpraxis, ein klinischer Sozialarbeiter über einen anderen Verein.

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern. Die Schulung wird über den Sprachmittlerpool der Stadt Freiburg übernommen. Es stehen 77 Sprachmittler für 42 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Ehrenamt: Das PSZ wird im Bereich Psychologie durch Ehrenamtliche unterstützt (ein englischsprachiger Psychotherapeut / Achtsamkeitstrainer sowie eine Studierende der Psychologie).

Angebote: Clearing, Krisenintervention, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Kinder und Jugendliche, traumaspezifische stabilisierende Einzelberatung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, Beratung von Angehörigen, Asylverfahrensberatung, Fachberatung für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit, Fortbildungsangebote für andere Professionelle im Bereich der Flüchtlingsarbeit / Ehrenamtliche, muttersprachliche Beratung und Therapie in den Sprachen Arabisch, Farsi sowie Englisch, psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen, psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (Kunsttherapie, EMDR-Gruppe), Kunsttherapie

TraumaNetzwerk Lörrach

Name des PSZ: TraumaNetzwerk Lörrach

Name des Trägers und Art der Trägerschaft, ggf Mitgliedschaft in Verband: Caritasverband für den Landkreis Lörrach e. V.

Anschrift und Kontakt: Haagener Str. 17, 79539 Lörrach; Mail: traumanetzwerk@caritas-loerrach.de

Besteht seit: 2016

Klienten (Spezialisierungen des PSZ): traumatisierte Geflüchtete (Erwachsene)

Zugang/ Anmeldung über: Integrationsmanagement im Landkreis, Sozialarbeiter in den Gemeinschaftsunterkünften, Ehrenamt

Team: drei fest angestellte Fachpersonen, die insgesamt 180 % Stellenumfang eines Vollzeitäquivalents haben. Davon: ein(e) Psychologische Psychotherapeut*in, zwei Sozialarbeiter*innen. Im Team arbeitet zusätzlich ein(e) Psychotherapeut*in.

Sprachmittlerpool: Das PSZ arbeitet mit eigenen Sprachmittlern, die für ihre Einsätze geschult werden. Es stehen 21 Sprachmittler für 22 Sprachen bereit. Sie erhalten bei Bedarf Supervision.

Psychosoziale Zentren

Ehrenamt: Das PSZ wird in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Spendenakquise und Beiratsgründung durch Ehrenamtliche unterstützt.

Angebote: Clearing, Krisenintervention, traumaspezifische Psychotherapie für Erwachsene, traumaspezifische stabilisierende Einzel-Beratung für Erwachsene und ältere Jugendliche, psychosoziale Beratung, psychologisch-psychiatrische Diagnostik und Erstellung von Stellungnahmen / Gutachten, psychologische / psychotherapeutische Stellungnahmen, qualifizierte Weitervermittlung an andere Einrichtungen des Regelsystems, gruppentherapeutische Angebote (Gruppenangebote im Bereich Emotionsregulierung und Psychoedukation, kunsttherapeutisches Angebot, therapeutisch begleitete Trommelgruppe), Kunsttherapie, Tanz- und Bewegungstherapie

3.4 Überblick über die von den PSZ geleistete Versorgung

Von den Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2019 insgesamt mehr als 2500 Klienten psychosozial versorgt und/oder therapeutisch begleitet. Davon waren 54% männlich und 46% weiblich. 37% befanden sich noch im Asylverfahren, 36% hatten bereits eine Ablehnung erhalten und waren ausreisepflichtig (Status der „Duldung“), nur knapp über 20 % hatten eine (in der Regel befristete) Aufenthaltserlaubnis².

Die von den PSZ vorgehaltenen Angebote umfassen insgesamt ein weites Spektrum und sind auch von Zentrum zu Zentrum verschieden (siehe vorherige Ausführungen im Kapitel). Im Vergleich der Klientenzahlen der einzelnen PSZ fallen ebenfalls große Unterschiede auf, die sich auf Unterschiede in der personellen Ausstattung und der Angebotsstruktur zurückführen lassen.

Bisher kann bei weitem nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. In der Versorgung sind zwischen den Landkreisen große Unterschiede festzustellen, wie nachfolgend graphisch dargestellt wird. Doch auch in den Gebieten, in denen vergleichsweise viele Klienten in den PSZ versorgt wurden und werden, besteht weiterhin deutlich mehr Bedarf an traumaspezifischen sprachmittlergestützten Angeboten als von den PSZ bisher vorgehalten werden kann.

Auf der Folgeseite ist Tabelle 1 zu finden: Anzahl Klientinnen und Klienten 2019 nach Landkreisen

² Daten zum Aufenthaltsstatus stehen nur aus vier PSZ zur Verfügung: Refugio Villingen-Schwenningen e.V., refugio stuttgart e.v., PBV, Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.

Psychosoziale Zentren

	BFU	PBV	refugio stuttgart	refugio VS	Traumanezwerk Lörrach	refugium Freiburg	Nordbaden	Nadja Murat Zentrum	VzUfM	Summe
Alb-Donau-Kreis	34									34
Baden-Baden (Stadtkreis)										0
Biberach	24									24
Bodenseekreis	4									4
Böblingen		28	18							46
Breisgau-Hochschwarzwald				1		148				149
Calw			1				3			4
Emmendingen						49				49
Enzkreis							4			4
Esslingen		33	106							139
Freiburg (Stadtkreis)						231				231
Freudenstadt			2							2
Göppingen	1	3	8							12
Heidelberg (Stadtkreis)							4			4
Heidenheim	10		1							11
Heilbronn (Landkreis)		9								9
Heilbronn (Stadtkreis)			24							24
Hohenlohekreis			1							1
Karlsruhe (Landkreis)		4					16		225 *	20
Karlsruhe (Stadtkreis)			2				16		40	18
Konstanz	1									1
Lörrach				4	46	10		108		168
Ludwigsburg		51	31				1			83
Main-Tauber-Kreis							3			3
Mannheim (Stadtkreis)			1				1			2
Neckar-Odenwald			1							1
Ortenaukreis			1	10		15				26
Ostalbkreis	1	40	2							43
Pforzheim (Stadtkreis)		3					3			6
Rastatt		1					4			5
Ravensburg	9									9
Rems-Murr-Kreis		53	12							65
Reutlingen	2	2	31							35
Rhein-Neckar							36			36
Rottweil			1	30						31
Schwarzwald-Baar				80						80
Schwäbisch Hall		4	7							11
Sigmaringen	5	1	2				2			10
Stuttgart (Landeshauptstadt)		313	49							362

Psychosoziale Zentren

	BFU	PBV	refugio stuttgart	refugio VS	Traumanezwerk Lörrach	refugium Freiburg	Nordbaden	Nadja Murat Zentrum	VzUtM	Summe
Tübingen		1	54							55
Tuttlingen		1		20						21
Ulm (Stadtkreis)	87	1								88
Waldshut				21	1					22
Zollernalbkreis			15							15
unbekannt (BW)	1					29				30
Sonstige						10	5		306	15
Summe	179	548	370	166	47	492	98	108	571	2579

* VzUtM: Der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. in Karlsruhe arbeitet seit seiner Entstehung direkt neben der Landeserstaufnahme. Dort wird unter anderem eine offene ärztliche Sprechstunde angeboten. Es wird daher ein Schwerpunkt in der Diagnostik psychischer Erkrankungen gesetzt, zu dem neben den Klienten aus der Landeserstaufnahmestelle auch Klienten aus anderen Landkreisen Baden-Württembergs anreisen, wo solche Angebote häufig fehlen.

Zu den Fallzahlen ist anzumerken: Häufig werden Klienten im PSZ über das ganze Jahr hinweg durch mehrere Maßnahmen unterstützt, die parallel oder nacheinander stattfinden. Andere Klienten erhalten lediglich eine initiale 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. Dadurch ergeben sich sehr unterschiedliche Behandlungsintensitäten, so dass die Anzahl der in einem Zentrum behandelten Klienten kaum Rückschlüsse auf die geleisteten Arbeitsstunden der Mitarbeitenden zulässt.³

³ In kommenden Berichten möchten die PSZ stärker auf die Anzahl der Klienten in den Kernangeboten fokussieren, für 2019 war dies jedoch aufgrund unterschiedlicher Erhebungsarten noch nicht umsetzbar.

Psychosoziale Zentren

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der durch die Kernangebote erreichten Klienten in den bereits etablierten PSZ in Baden-Württemberg dar:⁴

Angebot	Anzahl Klienten im Jahr 2019
Clearing	420
Psychologische Diagnostik	199
Psychotherapie	596
Krisenintervention	146
Traumaspesifische Beratung	570
Therapeutische Gruppen	89
Freizeitgruppen	284
Ärztliche Untersuchungen	715

Erläuterung der Kernangebote

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 detaillierte und umfangreiche psychologische Diagnostik an. Ihr Ziel ist einerseits die Vermittlung in ein passendes (therapeutisches) Angebot und gleichzeitig die Dokumentation der gesundheitlichen Situation für das aufenthaltsrechtliche Verfahren. Gegebenenfalls schließt sich an die psychologische Diagnostik noch eine fachärztliche Diagnostik an.

Psychotherapie: Traumaspesifische Psychotherapie ist ein Kernangebot der PSZ. Die Zentren beschäftigen dafür entsprechend qualifizierte therapeutische Fachkräfte und bilden diese regelmäßig fort. In den meisten Fällen werden die Psychotherapien mit eigens dafür geschulten Sprachmittlern sprachlich 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 die Klienten zu stabilisieren und aufzufangen, zusätzliche Hilfen zu installieren und schwere psychische, gesundheitliche oder familiäre Schäden zu verhindern. Die Vermittlung in einen stationären psychiatrischen Aufenthalt findet immer wieder statt, ist jedoch meist nur von kurzer Dauer und aufgrund vieler Barrieren oft auch gar nicht möglich (siehe Kapitel 2.3.1.).

Traumaspesifische Beratung: Die Beratung wird innerhalb der PSZ sowohl von psychologischen als auch von sozialpädagogischen Fachpersonen angeboten und findet in der Regel sprachmittlergestützt statt. Eine weitere Besonderheit des Beratungsangebots der Psychosozialen Zentren besteht darin, dass die Berater eine spezifische psychotraumatologische Qualifikation haben sollen und dies in der Beratung generell berücksichtigt wird. Inhaltlich bieten die PSZ je nach Bedarf des Klienten Sozial-

⁴ In die Statistik flossen Daten aus folgenden PSZ ein: BFU, PBV, refugio stuttgart e.v., Refugio Villingen-Schwenningen e.V., Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.

Psychosoziale Zentren

beratung, Asylverfahrensberatung sowie stabilisierende Einzelberatung an.

Therapeutische Gruppenangebote werden durch eine Therapeutin angeleitet und beinhalten stabilisierende Interventionen, die speziell auf die Behandlung der Traumasympptomatik abzielen.

Freizeitgruppen: Einige PSZ bieten auch Freizeitangebote wie Ausflüge (zum Beispiel Besuch eines Weihnachtsmarkts) 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 Fachärzte auf Honorarbasis hinzu, arbeitet aber auch mit Ärzten anderer Fachrichtungen in Einzelfällen auf ehrenamtlicher Basis zusammen. In Karlsruhe gibt es die Besonderheit, dass der Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. ausschließlich zwei psychiatrische Fachärztinnen beschäftigt und der Schwerpunkt der Arbeit auf fachärztlicher Diagnostik liegt.

Nachfrage

Alle PSZ berichten von großer Nachfrage, die die eigenen Kapazitäten beständig übersteigt. Es können längst nicht alle Anfragen nach einer Aufnahme positiv beantwortet werden. In dieser Situation verfahren die PSZ mit neuen Anfragen unterschiedlich: Teils wird eine Warteliste geführt, teils nicht. Es werden die Anfragen nach Kapazität direkt beantwortet. Bei manchen PSZ kann das gesamte Jahr hindurch angemeldet werden, andere PSZ öffnen und schließen ihre Anmeldung immer wieder entlang der eigenen Kapazitäten.

Alle PSZ berichten von großen Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Klienten in die Regelversorgung – sowohl in die psychiatrisch-fachärztliche als auch vor allem in die psychotherapeutische. Dadurch verlängert sich die Behandlungsdauer in den Psychosozialen Zentren. Klienten, die nicht im PSZ aufgenommen werden, werden meist an andere Einrichtungen und Beratungsstellen verwiesen. Jedoch zeigen die sich häufig wiederholenden Anfragen der Klienten, dass die Hilfesuchenden dort nur selten ankommen. Als Hürden werden insbesondere fehlende Sprachmittlung sowie fehlende Spezialisierung auf die Bedarfe der Geflüchteten genannt.

Besonderheiten

Zwischen den Psychosozialen Zentren bestehen Unterschiede in den Angeboten. In manchen Zentren wird vorwiegend psychotherapeutisch gearbeitet, in anderen eher beratend. Einige Zentren bieten ärztliche Untersuchungen an, andere nicht. In manchen Zentren werden viele Gruppenangebote gemacht oder auch aufsuchend gearbeitet. Auch die Unterschiede in den umgebenden Angeboten und dem psychosozialen Netzwerk in der jeweiligen Raumschaft sind zu berücksichtigen und führen wieder zu Unterschieden im Angebot der Zentren. Im ländlichen Raum bestehen beispielsweise teils große Probleme, geeignete Fachkräfte für die PSZ anzuwerben. Auch Sprachmittler sind deutlich weniger verfügbar als in Ballungsräumen. Manche PSZ nehmen schwerpunktmäßig Klienten aus bestimmten Stadt- oder Landkreisen auf, andere begrenzen den Zugang nicht nach dem aktuellen Wohnort und haben ein sehr großes Einzugsgebiet. Entsprechend fallen lange Fahrtzeiten für Klienten und Fahrtkosten an, die in der Regel von den PSZ übernommen werden müssen.

Psychosoziale Zentren

Tabelle 2: Herkunft der 2019 von den PSZ betreuten Klienten.

	BFU	PBV	refugio stuttgart	Refugio Villingen-Schwenningen	refugium Freiburg	Trauma-Netzwerk Lörrach	PSZ Nordbaden	Nadja Murat Zentrum	VzUM	gesamt
Afghanistan	26	116	113	36	84	4	22	13	96	510
Ägypten					2				2	2
Albanien		1	3		1		1	2	8	12
Algerien	1	2	1		4				9	17
Armenien		1			2					1
Aserbaidjan		1								1
Äthiopien		2	3							5
Bosnien&Herzegovina	1	6	9	3					11	30
Burkina Faso				1						1
China	1	1							2	4
Elfenbeinküste					1				1	1
Eritrea	3	11	7	4	20		2	10	4	49
Gambia	13	10	26	10	39	11	3		38	150
Georgien	1	8	1		4	3			3	13
Ghana			1	1	1			6	1	4
Guinea	2	12	4	2		1	1	1	10	30
Indien					2					2
Irak	43	117	21	8	74	4	5	34	38	344
Iran	7	41	15	9	20	4	37		73	206
Jordanien			1							1
Kamerun	3	19	7	2	8		3		24	55
Kasachstan		1			1					1
Kenia							1			1
Kongo		1								1
Kosovo	8	11	15	9	6	1	1	4	20	63
Libanon	1				2			1	2	3
Liberia					1					1
Libyen				1				1	1	2
Mali	2		1							3
Marokko		2					1		6	8
Mazedonien	2	2	6		3	1			16	26
Niger			7							7
Nigeria	12	53	16	7	29	7	1	1	48	174
Nordkorea	1								1	2

Psychosoziale Zentren

	BFU	PBV	refugio stuttgart	Refugio Villingen-Schwenningen	refugium Freiburg	Trauma-Netzwerk Lörrach	PSZ Nordbaden	Nadja Murat Zentrum	VzUM	gesamt
Pakistan	3	11	10	8	2	1			7	39
Palestina		3	1	1	3				1	9
Russische Föderation	10	19	9	3	5			1	9	55
Senegal		1	1		1				6	9
Serbien	6	9	12	1	6				27	61
Sierra Leone					1					1
Somalia	4	2	4	3	10		2	4	8	31
Sri Lanka	2	6	7	24	6		1		24	63
Sudan									1	1
Syrien	18	18	29	28	108	8	5	30	26	270
Togo	1	6	4		4	1	1		8	19
Tunesien		2			1		1		14	16
Türkei	8	52	25	4	10	1			25	125
Ukraine		1								1
Vereinigte Staaten von Amerika									1	1
Venezuela					2					2
unbekannt			11	1	24		9			12
sonstige					5		1			6
Summe	179	548	370	166	492	47	98	108	571	2579

Psychosoziale Zentren

3.5 Zusammenfassung des Bisherigen

In den Landkreisen Baden-Württembergs besteht hoher Versorgungsbedarf für traumatisierte Geflüchtete. Die Tabellen 1 und 2 geben darüber Auskunft, welche PSZ in den einzelnen Landkreisen die Versorgung übernehmen und aus welchen Ländern die Klienten kommen (alle Angaben: 2019). Fünf PSZ bestehen bereits seit fast 20 Jahren, vier weitere sind in den vergangenen Jahren entstanden und befinden sich teils noch im Aufbau.

Von den Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2019 mehr als 2.500 Klienten psychosozial begleitet und/oder psychotherapeutisch versorgt. Die vorgehaltenen Angebote umfassen insgesamt ein weites Spektrum und sind auch von Zentrum zu Zentrum verschieden. Zum Leistungsspektrum der Kernangebote gehören unter anderem Clearing, psychologische Diagnostik, Psychotherapie, Krisenintervention, traumaspezifische Beratung, therapeutische Gruppenangebote, Freizeitgruppen und ärztliche Untersuchungen. Angebote und Klientenzahlen variieren – auch je nach personeller Ausstattung des PSZ.

Bisher kann bei weitem nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden. In der Versorgung sind zwischen den Landkreisen große Unterschiede festzustellen. Auch in den Gebieten, in denen vergleichsweise viele Klienten in den PSZ versorgt wurden und werden, besteht weiterhin deutlich mehr Bedarf an Versorgungsangeboten. Alle PSZ registrieren eine sehr große Nachfrage, die die eigenen Kapazitäten übersteigt. Es können längst nicht alle Anfragen nach einer Aufnahme positiv beantwortet werden. Zudem sind große Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Klienten auszumachen – sowohl in die psychiatrisch-fachärztliche als auch in die psychotherapeutische Regelversorgung. Die Hilfesuchenden finden an anderen Stellen nur wenig Unterstützung. Als Hürden werden insbesondere fehlende Sprachmittlung sowie fehlende Spezialisierung auf die speziellen Bedürfnisse der Geflüchteten genannt.

3.6 Evaluation am Beispiel des PSZ Refugio Villingen-Schwenningen e.V.

Methodik

Seit 2017 erfolgt eine jährliche anonymisierte Evaluation in Zusammenarbeit mit dem Villingen Institute of Public Health der Steinbeis-Hochschule Berlin auf Basis der intern verwendeten Patienten-Dokumentationsbögen. Dabei wurden bis 2018 zwei Stichproben genommen, weil zwischen Kindern / Jugendlichen sowie Erwachsenen unterschieden wurde. Die Anzahl der in die Evaluation aufgenommenen Kinder und Jugendlichen (N=28) mag auf den ersten Blick keine große Gesamtanzahl darstellen, ist jedoch für die in 2018 therapierten Kinder und Jugendlichen eine solides Abbild (insgesamt bei Refugio Villingen-Schwenningen e.V. betreute Kinder und Jugendliche: 43).

Evaluiert wurde zu verschiedenen Zeitpunkten des Behandlungsprozesses. Zum Zeitpunkt der Aufnahme der betroffenen Person bei Refugio Villingen-Schwenningen e.V. erfolgte die Erhebung der Lebensumstände (psychosoziale Anamnese) und eine psychotherapeutische Diagnostik.⁵ Danach folgen regelmäßige Erhebungen nach weiteren zehn Psychotherapiesitzungen oder bei vorzeitiger Therapiebeendigung. Es handelte sich um deskriptive Statistiken, die im Querschnitt-Design erhoben wurden. Es wurden nur Datensätze einbezogen, die eine ausreichende Leistungsanspruchnahme über einige Monate zeigten.

⁵ Die psychotherapeutische Diagnostik umfasst bei Erwachsenen in der Regel bis zur fünf Sitzungen, manchmal auch mehr. Bei Kindern und Jugendlichen sind es in der Regel zehn Termine.

Psychosoziale Zentren

Ergebnisse der Evaluation 2018 im Überblick (Geschlecht, Alter, Sprachmittlung auf Basis aller Klienten ermittelt, sonstige Items auf Basis der Stichprobe):

	Kinder- und Jugendliche		Erwachsene	
Weiblich	16 % (UMA* fast ausschließlich männlich)		50 %	
Alter	Min. 6 Jahre		Max. 56 Jahre, Median: 34	
Sprachmittlung	81 %		93 %	
Opfer von Gewalt	68 %		74 %	
Medizinische Behandlung durch	93 % Hausarzt, 43 % Psychiater 29 % Psychopharmaka, 11 % psych. Klinik		93 % Hausarzt, 62 % Psychiater 56 % Psychopharmaka, 20 % psych. Klinik	
Klienten aus der Stichprobe mit...	Zum Zeitpunkt der Aufnahme bei Refugio VS; N=28	Nach zirka 10 Psychotherapiesitzungen; N=13	Zum Zeitpunkt der Aufnahme bei Refugio VS; N=59	Nach zirka 10 Psychotherapiesitzungen; N=47
deutliche bis extreme Beeinträchtigungen (Therapeutenmeinung)	96 % psychisch 86 % sozial 57 % körperlich	in Folgejahren zu eruieren	98 % psychisch 92 % sozial 71 % körperlich	66 % psychisch 48 % sozial 36 % körperlich
Angst- / Panikattacken	82 %	46 %	92 %	62 %
Schlafstörungen	86 %	31 %	88 %	72 %
Alpträume	82 %	39 %	86 %	55 %
Psychosomatische Beschwerden	93 %	54 %	81 %	72 %
Depressivität	71 %	39 %	81 %	70 %
Sozialer Rückzug	64 %	39 %	76 %	68 %
Aufmerksamkeits-schwierigkeiten	93 %	62 %	75 %	64 %
Übererregbarkeit	64 %	39 %	73 %	53 %
Flashbacks	71 %	39 %	71 %	43 %
Diagnosen	Ärztlicher Verdacht: 61 % PTBS 25 % Depression 22 % nicht-organ. Schlafstörungen	Nach Diagnostik: 92 % PTBS 31 % Depression 31 % Angst / Phobie	Ärztlicher Verdacht: 64 % PTBS 42 % Depression 30 % Angst / Phobie	Nach Diagnostik: 83 % PTBS 51 % Depression 32 % Angst / Phobie

* UMA: Unbegleitete minderjährige Ausländer

Psychosoziale Zentren

Symptomatik zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten im PSZ

Erwachsene: Zum Zeitpunkt der Aufnahme bei Refugio VS gaben 74 % der Erwachsenen an, direkt Opfer von Gewalt geworden zu sein. 56 % gaben an, Zeuge von Gewalt geworden zu sein.

98 % der aufgenommenen Patienten zeigten deutliche (15 %), starke (56 %) oder extreme (27 %) psychische Beeinträchtigungen⁶, welche sich in den in der Tabelle genannten neun dominierenden Symptomen widerspiegeln. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass 92 % der Personen unter deutlichen (32 %), starken (36 %) bis extremen (24 %) sozialen Beeinträchtigungen und mehr als die Hälfte unter körperlichen Beeinträchtigungen litten.⁷ Auch die Selbsteinschätzung der erlebten Belastung durch die betroffenen Erwachsenen fiel sehr hoch aus: Auf einer zehnstufigen Likert-Skala lagen alle gegebenen Antworten im Bereich 7-10.

Eine (allgemein-) ärztliche Anbindung gaben fast alle Erwachsenen an. Mehr als die Hälfte befand sich zudem in psychiatrischer Behandlung und nahm Psychopharmaka ein. 20 % hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme bei Refugio VS bereits einen stationären psychiatrischen Aufenthalt erlebt.

Die ärztlichen Verdachtsdiagnosen, mit denen die Erwachsenen in unser PSZ zur Weiterbehandlung überwiesen wurden, waren: 64 % PTBS, 42 % Depressionen und 30 % Angststörungen. Nach der Diagnostik und erfolgter initialer Therapiesitzungen bei Refugio VS erhöhte sich der Anteil mit einer gesicherten PTBS-Diagnose auf 83 %. Der Anteil der Diagnosen aus dem depressiven und dem phobischen / Angstspektrum bestätigte sich.

Kinder und Jugendliche: Die Kinder und Jugendlichen wurden überwiegend ergänzend allgemeinärztlich behandelt, etwa die Hälfte zudem psychiatrisch. Etwa ein Drittel nahm Psychopharmaka ein. 11 % waren bereits vor Aufnahme bei Refugio VS in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Eine hohe Anzahl an Minderjährigen berichtete bei Aufnahme in unser PSZ, selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein (68 %).

Nach Einschätzung des Psychotherapeuten im PSZ hatten die Kinder und Jugendlichen starke Beeinträchtigungen im psychischen (96 %), sozialen (86 %) und körperlichen Bereich (57 %). Kinder und Jugendliche zeigten ein leicht abweichendes Symptompektrum von dem der Erwachsenen – mit sehr hohen Werten im psychosomatischen Bereich und bei den Aufmerksamkeitsschwierigkeiten. Die hohe Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit psychosomatischen Symptomen könnte einen Geschlechtseffekt aufzeigen, weil männliche Personen mit Migrationshintergrund besonders anfällig für Somatisierungsstörungen sind. Dass diese Gruppe mehr Aufmerksamkeitseinschränkungen als bei den Erwachsenen berichtete, könnte daran liegen, dass der schulische Kontext ein Wahrnehmen dieser Einschränkungen forcierte.

Bei 61 % dieser Stichprobe lag der ärztliche Verdacht einer PTBS nahe, bei jeweils einem Viertel eine nichtorganische Schlafstörung oder Depression. Nach Durchführung der Diagnostik und erfolgter initialer Psychotherapiesitzungen erhöhte sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit den Diagnose PTBS sowie Depression im Vergleich zu den ärztlichen Verdachtsdiagnosen zum Zeitpunkt der Einweisung. Es bestätigte sich damit auch in dieser Gruppe dieselbe Beobachtung, wie sie bei den Erwachsenen erfolgte.

Entwicklung der Symptomatik im Psychotherapieverlauf

Erwachsene: Zeigten Erwachsene bei Aufnahme ins PSZ fast alle deutliche bis extreme psychische Beeinträchtigungen, waren nach wenigen Psychotherapiesitzungen (ca. zehn Sitzungen) Verbesse-

⁶ Skalierung: 5-stufige Likert-Skala: von gar nicht bis extrem

⁷ dito

Psychosoziale Zentren

rungen um 32 % in der psychischen Verfassung, um 44 % in der sozialen Situation und um 35 % in der körperlichen Verfassung sichtbar. Die dominantesten neun Symptome (siehe Tabelle) verbesserten sich bereits nach wenigen Sitzungen deutlich (zwischen 8 % und 31 %). Besonders auffällig war der Rückgang bei Angst- und Panikattacken (um 30 %), Albträumen und nächtlichem Schreien (um 31 %) und Flashbacks /überflutenden Traumainhalten (um 28 %).

Mit Fortgang der Psychotherapie (circa 25 Therapiesitzungen) war bei 81 % der Personen eine weitere deutliche psychische Verbesserung zu verzeichnen, ebenfalls bei 81 % eine Verbesserung im sozialen und bei 39 % im körperlichen Bereich.⁸ Psychosomatische Beschwerden gingen im weiteren Behandlungsverlauf zurück – genauso wie Depressivität. Andere Symptome bewegten sich noch auf einem konstanten Niveau:

64 % Angst- und Panikattacken	▶ konstant
74 % Ein- und Durchschlafstörungen	▶ konstant
58 % Albträume / nächtliches Schreien	▶ konstant
58 % psychosomatische Beschwerden	▶ verbessert
64 % Depressivität	▶ verbessert
68 % sozialer und emotionaler Rückzug	▶ konstant
53 % Übererregbarkeit	▶ konstant
48 % Flashbacks	▶ konstant

Gerade im interkulturellen Vergleich weisen traumatisierte Personen hohe Somatisierungstendenzen auf. Eine Erklärung für den Rückgang in diesem Bereich könnte sein, dass im Verlauf der Therapie Symptome im psychischen Bereich auftauchten, da mit zunehmender Psychoedukation eine klarere Verortung der Beschwerden im psychischen Bereich gelang. Eine weitere Erklärung wäre, dass die Stichprobe derjenigen, die solange in Therapie verblieben, dass ein zweiter Verlaufsfragebogen ausgefüllt wurde, möglicherweise selektiv war. Denn es könnte sich um eine stärker belastete Gruppe handeln, sodass die Streuung der Werte kleiner wurde. Gerade bei Menschen, die frühkindlich traumatisiert / durch andere Menschen gefoltert oder vergewaltigt wurden, sind therapeutische Prozesse zeitintensiv. Denn Vertrauen in die Menschen und in Beziehungen muss im Allgemeinen erst wieder aufgebaut werden. Der Anteil der Personen, die vordergründig an Depressivität litt, ging zurück auf 64 %. Ähnlich wie bei psychosomatischen Beschwerden kann Depressivität zur Lähmung und Unterdrückung von emotionalen Prozessen führen.

Kinder und Jugendliche: Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen reduzierten sich nach nur wenigen Sitzungen (ca. zehn) um 31 %, Ein- und Durchschlafstörungen um 55 % und Angst- und Panikattacken um 36 %, Albträume und nächtliches Schreien um 43 %, Depressivität und Flashbacks um 32 %. Es zeigte sich eine Verbesserung der psychosomatischen Störungen um 39 %.

Kinder und Jugendliche weisen im PSZ im Vergleich zu Erwachsenen kürzere Behandlungszeiten auf. Kurzzeittherapien waren die Regel, während Therapien mit mehr als 25 Sitzungen in dieser Altersgruppe selten sind. Insofern gab es für eine Evaluation keine relevanten Fallzahlen in 2018. Die Evaluation wird in den Folgejahren fortgeführt.

⁸ N=31, Item invers kodiert (neu formuliert)

3.7 Zusammenfassung der Evaluation

Erwachsene wie Kinder und Jugendliche zeigten bereits innerhalb der ersten zehn Therapiestunden eindruckliche Abnahmen von Symptomen wie Angst- und Panikattacken, Albträume und Flashbacks für die Erwachsenen sowie Ein- und Durchschlafstörungen, Albträume und psychosomatische Beschwerden für Kinder und Jugendliche.

Gleichzeitig zeigte die Evaluation, dass therapeutische Prozesse verschieden verlaufen, auch bei einer insgesamt Verbesserung der Allgemeinsituation einige Symptome persistieren können oder mit einer Abnahme von psychosomatischen und depressiven Symptomen auch verstärkt in anderen Bereichen wieder auftreten können. Dies kennzeichnet Traumatherapie, in der Prozesse ihre Zeit benötigen. Erwachsene und Jugendliche zeigen dabei unterschiedliche Verläufe und unterschiedliche Symptome, die jeweils im Vordergrund stehen.

Da der Anteil von Menschen, die durch (Fach-) Ärzte mit den Verdachtsdiagnosen PTBS, Depression und Angststörungen zu Refugio VS überwiesen wurde, nach einer umfangreichen Diagnostik im PSZ noch einmal erheblich stieg, liegt weiterhin die Vermutung nahe, dass bei vielen Geflüchteten diese Krankheitsbilder in der ärztlichen Praxis unerkannt bleiben. Ein Grund könnten fehlende Sprachmittler in der Regelversorgung sein. Dafür spricht der große Anteil der Klienten, bei denen eine Sprachmittlung nötig ist (80% bis 90%).

Es lässt zudem den Schluss zu, dass Kenntnisse über komplexe Mehrfachtraumatisierungen und Belastungen auf der Flucht durch Sensibilisierung, Vernetzung und Schulungen nach wie vor vermittelt werden müssen. Hier setzt die Multiplikatoren- und Schulungsarbeit der PSZ an.



Finanzierung der PSZ

Finanzierung der PSZ

4. Finanzierung der Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg

Die PSZ in Baden-Württemberg sind kein Bestandteil der Regelversorgung im Gesundheitswesen und somit auch nicht über das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert.

Die PSZ sind psychosoziale und psychotherapeutische Versorgungszentren für zumeist schwer traumatisierte Geflüchtete, von denen zum Zeitpunkt ihrer Anmeldung im PSZ fast 80% keinen gesicherten Aufenthalt in Deutschland haben. Somit sind die PSZ auch Zentren zur Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen, die in Form von ärztlich-psychotherapeutischen Stellungnahmen Eingang finden in das Asylverfahren der Klienten.

Die PSZ haben derzeit bis zu zehn Kostenträger, um alle notwendigen Komplexleistungen finanzieren zu können. Das wiederum generiert einen maximalen administrativen Aufwand für das Personal:

- Die Finanzierung erfolgt zum einen steuerfinanziert. Hier sind die Kostenträger das Land Baden-Württemberg, das Bundesfamilienministerium, die Kommunen und Landkreise sowie die EU. Die Mittel dieser Kostenträger sind sämtlich sogenannte „Freiwilligkeitsleistungen“. Sie können derzeit – und insbesondere in Krisenzeiten – sofort gekürzt werden. Sie sind zudem jedes Jahr neu zu beantragen und müssen jährlich oder gar halbjährlich mit hohem Aufwand abgerechnet werden.
- Zum anderen erfolgt die Finanzierung über Projektmittel von Kirchen und Menschenrechtsorganisationen sowie Stiftungen, Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Eine verlässliche und ausreichende öffentliche Strukturfinanzierung ist dringend geboten und wurde bereits im 2. Versorgungsbericht 2014 formuliert. Das Land Baden-Württemberg hat 2014 mit der Verabschiedung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) die EU-Aufnahmerichtlinie für besonders Schutzbedürftige 2013/33/EU in Landesrecht überführt.¹ Damit hat sich das Land Baden-Württemberg zur medizinischen Versorgung dieser Menschen bekannt, was auch die Bereitstellung einer verlässlichen Finanzierung für die Leistungserbringer – die PSZ – impliziert.

Bedarfsorientierten 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. Gegenwärtig finden sich keine passenden Abrechnungsziffern im Erstattungskatalog der GKV, ganz zu schweigen von Dolmetscherleistungen, die seit jeher nicht im Sozialgesetzbuch verankert sind.

Dass die Landesregierung von Baden-Württemberg für die Jahre 2020/2021 einmalig höhere Haushaltsmittel an die PSZ zur Verfügung stellt, sei an dieser Stelle erwähnt. Die Basis der folgenden Darstellung bildet das Haushaltsjahr 2019. Sämtliche acht PSZ in Baden-Württemberg erhielten eine Zuweisung aus dem Landeshaushalt von 950.000,00 EURO. Der Fokus der Betrachtung in Tabelle 1 liegt dabei auf den fünf langjährig existierenden PSZ in Baden-Württemberg. Diese erhielten 700.000,00 EURO von der Landesregierung Baden-Württemberg.

¹ Vgl. §5 FlüAG (vgl. hierzu online unter: http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/1c2c/page/bsbawueprod.psm1?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdocdoc=yes&doc.id=jlr-FI%C3%BCAGBW2014pP5#focuspoint / Abruf: 26.09.2020) und darin den Verweis auf Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU.

Finanzierung der PSZ

Tabelle 1: Überblick über die Finanzierung 2019 in Euro und Kostenträger der fünf lang etablierten PSZ in Baden-Württemberg

Kostenträger	BFU ¹	VUtM ²	PBV ³	refugio stuttgart ⁴	Refugio V-S ⁵	Gesamt
Landesmittel BaWü	140.000	140.000	140.000	140.000	140.000	700.000
Sonderkontingent Nordirak BaWü	12.680	0	29.469	350	0	42.499
AMIF ⁶ / EU-Mittel	100.712	0	0	270.829	86.344	457.885
Akutprogramm BMFSFJ	64.246	25.000	75.000	0	25.000	189.246
Landkreise/Kommunen	40.000	15.450	9.090	109.617	30.000	204.157
Erstattungen der Jugendhilfe für UMA	0	0	656	0	12.605	13.261
Erstattungen Asylbewerberleistungsgesetz	11.887	0	59.347	0	8.294	79.528
Menschenrechtsorganisationen (z.B. Amnesty International, UNO-Flüchtlingshilfe)	30.000	0	20.000	46.662	41.011	137.673
Kirchliche Mittel	75.000	0	262.800	267.352	25.000	630.152
Kostenerstattungen andere Kostenträger	0	0	50.581	26.193	0	50.581
Sonstige Mittel	12.734	0	0	2.108	5.347	46.382
Spenden, Stiftungsgelder, Mit-gliedsbeiträge und eigene Rücklagen	124.798	9.430	36.700	141.663	38.618	351.209
Trägermittel (Defizitenausgleich)	0	0	69.763	0	0	69.763
Summe	612.057	189.880	753.406	1.004.774	412.219	2.972.336

- 1 Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm. Träger: RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V.
- 2 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. (Karlsruhe)
- 3 Zentrum der Beratung, Begutachtung & Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt. Träger: eva – Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
- 4 refugio stuttgart. Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge. Träger: refugio stuttgart e.V.
- 5 Refugio Villingen-Schwenningen. Psychosoziales Zentrum für Traumatisierte Flüchtlinge. Träger: Refugio Villingen-Schwenningen e.V.
- 6 Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union

Quelle: Jahresberichte der einzelnen Zentren, auf den jeweiligen Websites verfügbar

Ohne Spenden, Stiftungsgelder und Mitgliedsbeiträge wären alle Zentren defizitär gewesen, und das nicht nur im Jahr 2019. Bei einem Zentrum brauchte es zudem den Ausgleich durch den Träger.

Finanzierung der PSZ

Nach Kostenträgern gestaffelt ergab sich für 2019 folgender Anteil am Finanzbedarf in Prozent:

Kostenträger	Finanzbedarf [%]
Land Baden-Württemberg (inkl. Sonderkontingent Nordirak)	24,98
Kirchen (evangelisch und katholisch)	21,20
AMIF / EU	15,40
Spenden, Stiftungsgelder, Mitgliedsbeiträge, eigene Rücklagen	11,82
Kommunen/Landkreise (inkl. wirtschaftliche Jugendhilfe)	7,31
Bundesfamilienministerium	6,37
Menschenrechtsorganisationen (z.B. Amnesty International, UNO-Flüchtlingshilfe)	4,63
Sonstige Mittel- und Kostenerstattungen	3,26
Asylbewerberleistungsgesetz (§§4 und 6)	2,68
Trägermittel	2,35

Steuerfinanziert sind die Finanzmittel aus den Positionen 1. (Land), 3. (EU), 5. (Kommunen/ Landkreise), 6. (Bund) und 10. (Asylbewerberleistungsgesetz). Sie summieren sich auf nur 54,06 % der Haushaltsmittel der PSZ in Baden-Württemberg und bleiben damit weit unter dem Bundesdurchschnitt von 71,0 %.² Das ist vor allem auf die unterdurchschnittlichen Landesmittel zurückzuführen. Betrachtet man nämlich nur den Finanzierungsanteil des Landes Baden-Württemberg am Haushalt der PSZ mit 24,98 %, so liegt dieser deutlich niedriger als im Bundesvergleich. Deutschlandweit erhalten die PSZ von ihren jeweiligen Landesregierungen 35,5 % der benötigten Haushaltsmittel.³

Vor dem Hintergrund ihres selbst gegebenen kirchlichen Auftrags in der Flüchtlingsarbeit tragen beide Kirchen in Baden-Württemberg mit einem hohen Förderanteil zur Absicherung der Arbeit der PSZ bei. Ihr Anteil an der gesamten Förderung der fünf „alten“ Zentren war im Jahr 2019 mit 21,2 % sehr hoch - fast so hoch wie die Landesmittel -, während im Bundesvergleich die beiden Kirchen bei der Finanzierung der PSZ praktisch keine Rolle spielten.⁴ Es sind dies vor allem der „Zweckerfüllungsfonds Flüchtlingshilfen“ der Diözese Rottenburg-Stuttgart und die Evangelische Landeskirche in Württemberg, die gemeinsam etwa den Finanzierungsanteil des Landes erreichen. Die Kirchen betonen, dass sie derzeit noch in der Lage seien zu helfen, aber bei rückläufigen Kirchensteuereinnahmen könne keine Gewähr für die Zukunft gegeben werden.⁵

Der Anteil der Spenden, Stiftungsgelder und Mitgliedsbeiträge bei den PSZ in Baden-Württemberg lag bei 11,82 %, und ist damit über dem Bundesdurchschnitt mit 9,8 %.⁶ Dies verdeutlicht auch die im bundesweiten Vergleich starke Verankerung der PSZ in der Zivilgesellschaft in Baden-Württemberg.

² Vgl. Baron / Flory (BAff) 2019: S. 138. Die Zahlen der BAff geben auch hier den Stand im Jahr 2017 wieder.

³ Vgl. ebd. Dies wird sich mit der Erhöhung der Landesmittel auf insgesamt 1,87 Mio. EURO/Jahr voraussichtlich im Jahr 2020/2021 vorübergehend positiv ändern.

⁴ Vgl. ebd.

⁵ Dies wurde sehr deutlich bei der Podiumsdiskussion „Die flüchtige Würde. Versorgung traumatisierter Geflüchteter in Baden-Württemberg“ an der Katholischen Akademie in Stuttgart-Hohenheim am 27.05.2019.

⁶ Vgl. Baron / Flory (BAff) 2019: S. 138.

Finanzierung der PSZ

Vor dem Hintergrund des hohen Anteils nicht steuerfinanzierter Projektfinanzierung und der Notwendigkeit zur Ko-Finanzierung aus Eigenmitteln bilden Spenden, Stiftungsgelder und Mitgliedsbeiträge das Rückgrat der Behandlung traumatisierter Geflüchteter. Sie werden als Eigenmittel in Projekte eingebracht.

Die Rehabilitation besonders schutzbedürftiger Menschen umfasst neben der hier primär diskutierten Finanzierung ihrer Behandlung auch ihre Rehabilitation als Opfer von Menschenrechtsverletzungen. Sie wurden von den regierenden Kräften ihres Herkunftslandes oder von parastaatlichen Verbänden aus politischen, rassistischen oder ethnischen Gründen oder aufgrund ihres Geschlechts misshandelt und zum Teil schwer verletzt und mussten deswegen fliehen.

Eine ausreichende Strukturfinanzierung der PSZ ermöglicht die Erbringung komplexer Leistungen für geflüchtete traumatisierte Kinder, Jugendliche und Erwachsene und fördert ihre Rehabilitation im medizinischen und menschenrechtlichen Sinne.



Reformbedarf

Reformbedarf

5. Reformbedarf: Wo und wie Veränderungen nötig sind

Angesichts der aufgezeigten vielschichtigen Probleme kann es unserer Ansicht nach nicht nur einen einzigen Lösungsweg geben. Dies würde der komplexen Problemlage auch nicht gerecht. Notwendig ist vielmehr eine Kombination verschiedener Maßnahmen, um die Situation nachhaltig zum Positiven zu verändern.

Der folgende Abschnitt liefert pointiert mehrere zentrale Lösungsansätze, die das Potenzial haben, die Versorgung traumatisierter Geflüchteter nachhaltig zu beeinflussen. Es versteht sich von selbst, dass wir hierbei keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können. Vielmehr wird es auch künftig nötig sein, Entwicklungen genau zu beobachten, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und weitere Lösungsansätze zu identifizieren.

Konkret sehen wir Reformbedarf in folgenden Bereichen:

5.1 Finanzierung

5.1.1 Stabile finanzielle Absicherung der PSZ

Um die Arbeit der PSZ wirklich langfristig abzusichern und nachhaltig zu gestalten, braucht es eine stabile öffentliche Strukturfinanzierung – und damit eine finanzielle Absicherung der PSZ. Denn die Zentren sind wichtige Glieder in der Versorgung traumatisierter Geflüchteter, gerade auch durch ihre sektorübergreifende Arbeit, ihr breit aufgestelltes Angebot und ihre spezialisierten Fachkräfte. Kapitel 4 zeigte allerdings die Komplexität und die Einschränkungen der aktuellen PSZ-Finanzierungsstrukturen auf. Hier sind besonders die Abhängigkeit von Förder- und Spendengeldern, die Gefahren, dass finanzielle Mittel jederzeit wieder gekürzt werden können und die Tatsache, dass öffentliche Gelder jedes Jahr neu beantragt werden müssen, zu nennen. Eine verlässliche und ausreichende Strukturfinanzierung aus Landesmitteln ist daher dringend geboten. Für diese Forderung ist sehr erheblich, dass das Land Baden-Württemberg 2014 mit der Verabschiedung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) die EU-Aufnahmerichtlinie für besonders Schutzbedürftige 2013/33/EU in Landesrecht überführt hat. Damit hat sich das Land Baden-Württemberg zur medizinischen Versorgung dieser Menschen bekannt, was ohne die Bereitstellung einer ausreichenden und verlässlichen Finanzierung der PSZ ein Lippenbekenntnis bliebe.

5.1.2 Finanzierung von Sprachmittlung

Die fehlende Finanzierung von Sprachmittlern ist ein zentrales Problem. Eng damit verbunden muss auch sichergestellt werden, dass die zur Therapiebegleitung eingesetzten Sprachmittler adäquat für ihren Einsatz ausgebildet und erfahren sind.

Im Bericht wurde deutlich, wie sehr effektive Therapie davon abhängt, dass die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient ohne Sprachbarrieren verläuft: Der Therapeut muss den Patienten richtig verstehen, um geschilderte Erlebnisse und Gefühle nachzuvollziehen und weitere, darauf aufbauende Therapieabläufe einleiten zu können. Missverständnisse und Sprachbarrieren können damit den gesamten Therapieerfolg gefährden. Deutlich wurde im Bericht aber auch, dass eine geregelte Finanzierung professioneller Dolmetscher nicht gegeben ist. Das heißt in der Folge: Sprachmittlung findet häufig entweder gar nicht statt oder muss durch ehrenamtliche Helfer übernommen werden – beide Fälle sind mit Risiken sowie mit Qualitäts- und Effektivitätsverlust für die Therapie verbunden.

Professionelle Sprachmittlung entsprechend geschulter Dolmetscher ist in jedem Fall geboten, um

die Lage nachhaltig zu verbessern. Dies gilt gleichermaßen für ihren Einsatz in der ambulanten Psychotherapie sowie in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Politik und Verwaltung sind sowohl überregional wie auch vor Ort aufgefordert, hier zeitnah und unbürokratisch Lösungen zu finden und umzusetzen.

Auf Bundesebene stellte der Deutsche Ärztetag 2019 in Münster (auf Initiative aus Baden-Württemberg) im Rahmen eines Beschlusses eine entsprechende Forderung auf. Und auch bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) findet sich ein diesbezüglicher Appell an den Gesetzgeber.¹ Auf Landesebene hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg zum Thema Sprachmittler-Finanzierung bereits eine Resolution auf den Weg gebracht.² Sie verlieh dieser Forderung zusammen mit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und refugio stuttgart e.v. durch eine gemeinsame Pressemeldung zu Beginn des Jahres 2020 öffentlichkeitswirksam Nachdruck: So verlangten die drei Organisationen von der Landesregierung, eine Finanzierungs-Regelung für den Einsatz von Dolmetschern in der ambulanten Psychotherapie auf den Weg zu bringen.³ Darüber hinaus betonten die Organisationen die Notwendigkeit von zu schaffenden Qualifizierungsmöglichkeiten für Dolmetscher, die eine Zertifizierung für den Einsatz in der ambulanten Psychotherapie beinhalten sollten. Vorausgegangen war diesen Forderungen eine Umfrage unter niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Therapeuten in Baden-Württemberg, die von Januar 2018 bis Juni 2019 insgesamt 215 geflüchtete Patienten in Behandlung hatten (siehe hierzu auch Kapitel 3). Deutlich wurde auch hier, dass adäquate Sprachmittlung für den Therapieerfolg unabdingbar ist, sie jedoch aufgrund fehlender Finanzierung nicht zum Einsatz kam oder dass die Psychotherapeuten die Kosten zum Teil sogar selbst trugen.⁴

Die drei Organisationen wiesen im Rahmen ihrer Forderung darauf hin, dass sich bereits im April 2019 die Integrationsminister der Bundesländer darauf verständigt hatten, die Aufnahme von Sprachmittler-Leistungen in den Leistungskatalog nach SGB V zu befürworten – eine Finanzierung sollte über Steuermittel des Bundes erfolgen.⁵ Gleichzeitig mahnten Landespsychotherapeutenkammer, Landesärztekammer und refugio e.v. an: Der Vollzug lasse noch immer auf sich warten. Die damit nach wie vor aktuelle Forderung an die baden-württembergische Landesregierung, eine Übergangsregel zu schaffen und die Finanzierung zu gewährleisten, wird daher auch in diesem Versorgungsbericht umso nachdrücklicher gestellt.⁶

5.1.3 Abrechnungsmöglichkeiten mit den PSZ / Kosten erstatten lassen

Generell sollten unserer Ansicht nach flexible Möglichkeiten geschaffen werden, um Therapiekosten mit den PSZ abzurechnen. Bedarfsorientierten 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.

Ein potenzieller Weg ist auch, sich die Kosten nachträglich erstatten zu lassen. Konkret können Patienten, die dringend eine Psychotherapie benötigen und keinen kassenzugelassenen Therapeuten finden, dann unter bestimmten Umständen von PSZ-Therapeuten behandelt werden. Auf diese Weise ergeben sich unter bestimmten Bedingungen Ansprüche auf Rückerstattung der Kosten durch die

1 Vgl. für die Ärztetag-Forderung online unter: <http://122daet.baek.de/data/media/Bib71.pdf?t=1594035380> (Abruf: 06.07.2020), für die Forderung der BPtK dagegen online unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fuechtlingen_in_deutschland.pdf (Abruf: 13.10.2020).

2 Vgl. hierzu online unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/16entschiessungen/20161126/526.html> (Abruf: 06.07.2020).

3 Vgl. hierzu die gemeinsame Pressemeldung der drei Organisationen – online unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/news/2020/2020-02/pm-mit-lpk-u-refugio/index.html> (Abruf 10.06.2020).

4 Vgl. ebd.

5 Vgl. ebd.

6 Vgl. ebd.

Reformbedarf

Krankenkasse. Der in der Praxis nach wie vor bestehende hohe bürokratische Aufwand für Therapeuten muss allerdings reduziert werden. Auch die BPTK hat bereits die Forderung aufgestellt, dass Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren die Möglichkeit bekommen sollen, Geflüchtete im Rahmen der GKV-Versorgung zu behandeln.⁷

5.2 Fachliches

5.2.1 Einführung von Screening-Verfahren

Vorhandene psychische Belastungen sollten bei traumatisierten Geflüchteten frühestmöglich entdeckt werden. Je früher Klarheit herrscht, desto rascher kann eine Therapie beantragt werden. Unserer Ansicht nach wäre es daher notwendig, direkt in den Erstaufnahmeeinrichtungen (LEAs) standardisierte Screening-Verfahren einzusetzen. Behörden und andere involvierte Akteure sollten vor Ort prüfen, inwieweit dies zügig zu realisieren ist.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die in Kapitel 1 vorgestellte Untersuchung aus dem Raum Halle (Saale) in Gemeinschaftsunterkünften: Die Studie zeigte auf, dass weniger als ein Zehntel der befragten Schutzsuchenden, die psychische Belastungen hatten, überhaupt erst einmal eine Diagnose erhielten – und hiervon wiederum nur wenige auch tatsächlich (adäquat) behandelt wurden. Viele Geflüchtete blieben also mit ihren Problemen auf sich allein gestellt und erhielten keine frühe, effektive Hilfe.⁸ Dabei sind es nicht nur die Geflüchteten selbst, die von effektiver früher Hilfe wie Screening-Verfahren bereits in den Erstaufnahmeeinrichtungen profitieren würden. Auch für die aufnehmende Gesellschaft hätten frühe Hilfen positive Auswirkungen. Denn wird Geflüchteten eine Perspektive geboten – und wird ihnen hierfür im ersten Schritt bei der Einordnung und Bewältigung ihrer Traumata effektiv geholfen –, so sind die Chancen groß, dass sie ihr neues Leben mit hoher Motivation angehen. Anstatt soziale Auffangsysteme in Anspruch nehmen zu müssen, könnten sie stattdessen schnell mit einer Ausbildung oder Beschäftigung beginnen und auf diese Weise die deutsche Wirtschaft stärken. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels wäre dies durchaus von Bedeutung.

5.2.2 Personalengpässe in stationären psychiatrischen Einrichtungen entgegenwirken

Eine zentrale Maßnahme für eine bessere stationäre Versorgung von traumatisierten Geflüchteten muss unserer Ansicht nach eine Personalaufstockung sein. Denn mehr Personal bedeutet, dass sich einzelne Mitarbeiter intensiver um Patienten kümmern können. Reines „Abarbeiten“ von Patienten, eventuell gar mit Zwangsmaßnahmen, läuft dem zuwider. Selbstverständlich müssen sinnvolle Personalaufstockungen und der Patientengenesung förderliche Dienstpläne langfristig geplant sein. Hier sind Experten und Fachgesellschaften gefragt, die GBA-Richtlinie weiterzuentwickeln und/oder (ergänzende) Konzepte für eine moderne Personalbemessung zu entwickeln. Auch die Einbindung von Angehörigen psychisch Erkrankter sowie – im Hinblick auf traumatisierte Geflüchtete – das Einbeziehen von Organisationen mit Expertise in der Flüchtlingsberatung ist nötig.

Eingebettet ist die Forderung nach mehr Personal und einem ausgewogeneren Dienstplan in das übergeordnete Problem der Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Dort, wo es nur um Profit geht, kann der Patient nicht mit der nötigen Sorgfalt betreut werden. Gerade traumatisierte Geflüchtete brauchen als Patienten allerdings Ärzte und Pfleger, die sich bei Problemen und Unsicherheiten viel Zeit nehmen. Nur ein System, das konsequent die Bedürfnisse der Patienten in den Vordergrund stellt, vermag dies zu leisten.

⁷ Für die detaillierte Forderung vgl. online unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf (Abruf: 13.10.2020).

⁸ Vgl. Führer u.a. 2020 a. a. O.

Reformbedarf

Eine bedarfsgerechte Personalaufstockung wäre kurz- und mittelfristig zwar mit Kosten verbunden; langfristig wäre sie jedoch eine wichtige Investition, von der die Gesellschaft als Ganzes profitiert. Als Hindernis dürften sicherlich vielerorts die wirtschaftlichen Schwierigkeiten psychiatrischer Einrichtungen angeführt werden (siehe Kapitel 2.2. dieses Berichts). Hier sollten Politik und Verwaltung vor Ort die jeweiligen Akteure des Gesundheitswesens finanziell nach Kräften unterstützen.

5.2.3 Ambulante psychotherapeutische Versorgung stärken / Bedarfsplanungen anpassen

Natürlich spielt auch Quantität eine Rolle: Wie in Kapitel 2 dieses Berichts verdeutlicht, ist gerade in ländlichen Regionen das ambulante psychotherapeutische Angebot gering(er) oder nicht vorhanden. Auch dies sorgt dafür, dass traumatisierte Geflüchtete nicht mit einer Behandlung starten können. Hier sind unserer Ansicht nach Bedarfsplanungen anzupassen und, sofern möglich, Förderprogramme seitens des Landes aufzusetzen, um ambulante psychotherapeutische Versorgung auf dem Land für Therapeuten attraktiv(er) zu gestalten. Letztlich profitieren davon nicht nur traumatisierte Geflüchtete, sondern auch alle anderen Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen.

5.2.4 Einsatz von Peer-Beratern – ein umstrittener Lösungsansatz

Der zuweilen geforderte Einsatz von Peer-Beratern ist unserer Meinung nach umstritten. Dennoch sollte er an dieser Stelle vorgestellt werden. Befürworter schreiben Peer-Beratern – Personen mit Migrationshintergrund und/oder eigenen Fluchterfahrungen – eine Scharnierfunktion zu und betonen, dass sie Ärzte und Therapeuten entlasten können. So können die Berater beispielsweise für Geflüchtete Erstkontakt zu Ämtern, Ärzten und Therapeuten herstellen, zu Terminen begleiten, übersetzen und bei der Einbindung in soziale Netzwerke helfen. Befürworter sehen Peer-Berater als Beispiele für gelungene Integration, die für die „Neuankömmlinge“ eine Vertrauensposition übernehmen. Die Befürworter betonen dabei, dass Peer-Beratung keinesfalls eine Psychotherapie ersetzt, sondern nur ergänzend zum Einsatz kommen kann. Nötig sind umfangreiche Schulungen der Berater sowie Supervision bei der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten.⁹ In einem Positionspapier benennt die BAfF allerdings Kritikpunkte am Peer-Konzept: darunter die Aspekte Qualitätssicherung, Rollenkonfusionen und Abgrenzungsschwierigkeiten.¹⁰ Wie die BAfF schreibt, soll der Peer-Berater in einigen Situationen explizit beraten, in anderen Situationen dagegen Informationen neutral übermitteln; Rollen überschneiden und vermischen sich. Diese Vermischung birgt laut Autoren die Gefahr, dass es zu Konflikten und Überforderungssituationen kommt, was dem Berater selbst und der zu helfenden Person nicht dienlich ist.¹¹ Auch die Abgrenzungen zu professionell arbeitenden Sozialarbeitern und Therapeuten sind häufig bei den Beratern nicht sauber gezogen. Zusammenfassend wird deutlich, dass Peer-Berater sicherlich in Ansätzen hilfreich sein können, professionelle Unterstützung aber nie ersetzen sollten.¹² „*Peer-Programme sind kein Allheilmittel für jahrelang versäumte Missstände*“¹³, heißt es im Positionspapier.

9 Die Forscher der Leopoldina befassen sich in ihrer Stellungnahme sehr ausführlich mit der Unterstützungsfunktion von Peer-Beratern: Vgl. Happe u.a. (Leopoldina) 2018: S. 23 ff.

10 Die Verfasser des Positionspapieres wurden nicht ersichtlich gemacht. Vgl. daher o. V: Lots*innen, Peers und Laienhelferinnen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Aktualisierte Fassung. Hrsg. von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Folteropfer und Flüchtlinge – BAfF e.V., Berlin (o. A.) 2019.

11 Vgl. ebd. S. 7.

12 Vgl. ebd. S. 7-10.

13 Ebd. S. 13.

Reformbedarf

5.3. Politische Rahmenbedingungen

5.3.1 Landesregierung: bessere medizinische Versorgung darf nicht nur Bekenntnis bleiben

Das Land Baden-Württemberg hat 2014 mit der Verabschiedung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) die EU-Aufnahmerichtlinie für besonders Schutzbedürftige 2013/33/EU in Landesrecht überführt. Damit hat es sich bereits vor Jahren zur angemessenen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung dieser Menschen bekannt. Im 2016 geschlossenen Koalitionsvertrag der aktuellen baden-württembergischen Landesregierung findet sich bereits eine Passage, die eine Verbesserung der Situation explizit thematisiert (die entsprechende Passage wird in der Einleitung dieses Versorgungsberichts zitiert). Es ist dringend geboten, dass sich die politischen Verantwortlichen Baden-Württembergs nicht nur weiterhin zu ihren niedergeschriebenen Zielen und Maßnahmen bekennen, sondern mit aller Entschlossenheit an der Umsetzung arbeiten. Bisher hat sich nichts Wesentliches zum Positiven verändert – im Gegenteil. Auch vor dem Hintergrund der baden-württembergischen Landtagswahl im kommenden Jahr fordern wir daher, dass die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung geflüchteter Menschen (wieder) einen prominenteren Stellenwert einnimmt und effizienter als bisher verfolgt wird. Das von der Landespolitik abgegebene Bekenntnis muss dringend in die Tat umgesetzt werden.

5.3.2 Umsetzung des Landespsychiatrieplans

Konkret stellt der 2018 vorgestellte Landespsychiatrieplan fest, dass bestehende konventionelle Regelversorgungsmodelle personell und zeitlich hinsichtlich der Betreuung traumatisierter Geflüchteter an ihre Grenzen kommen. Darüber hinaus nennt er Ansätze, um die Situation zu verbessern. Wie in der Einleitung dargestellt, fallen darunter unter anderem:

- ausreichend finanzielle Mittel, um nicht lediglich akute Krisenintervention zu betreiben;
- Schaffung spezialisierter Strukturen wie eigens eingerichtete Psychosoziale Zentren für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen;
- Schaffung eines multidisziplinären Behandlungskonzepts für traumatisierte Geflohene.

Diesen Verbesserungsansätzen ist zuzustimmen. Einerseits muss darauf hingewirkt werden, dass die bestehenden spezifischen Versorgungsangebote abgesichert werden und bestehen bleiben. Andererseits muss aber auch eine (interkulturelle) Öffnung im Regelsystem beziehungsweise eine interkulturelle Ausweitung des Systems stattfinden, um die Zielgruppe traumatisierter Geflüchteter perspektivisch besser versorgen zu können. Es sind nach wie vor größtmögliche Anstrengungen politischer Entscheider auf Landesebene nötig, um die im Plan geschilderten Maßnahmen in die Praxis zu überführen. Gerade hier gilt: Es darf nicht beim bloßen, niedergeschriebenen Bekenntnis bleiben.

5.3.3 Bürokratische Prozesse verkürzen und vereinfachen

Aktuell vergeht in vielen Fällen noch zu viel Zeit, bis Klarheit darüber herrscht, ob und wann Geflüchtete sich in Psychotherapie begeben können. Die gesamte Wartezeit hindurch sind sie mit ihren Problemen weitestgehend alleine gelassen. Die Gefahr, dass Beschwerden in dieser Phase chronifizieren und/oder sich weiter verschlimmern, wächst stetig. Eine politisch angestoßene Verkürzung bürokratischer Prozesse ist daher dringend notwendig, um Menschen schneller in Therapie zu bringen. Aber auch eine Vereinfachung bürokratischer Prozesse ist wichtig für eine Verbesserung der Situation. Wenn beispielsweise Therapeut und Patient immer mit dem Risiko leben müssen, dass durch den Wechsel der Kostenträger oder durch Änderung des Aufenthaltsstatus Therapien abgebrochen oder gar nicht erst begonnen werden, ist das nicht zielführend.

5.3.4 Für regelmäßigen Austausch und Vernetzung sorgen

Es gilt, alle an der Versorgung traumatisierter Geflohener beteiligten spezialisierten Akteure zu stärken. Dies könnte im Rahmen eines regelmäßigen inhaltlichen Austauschs geschehen. Dazu braucht es allerdings ganz wesentlich die Koordination und die Federführung des Ministeriums für Soziales und Integration. Ein bereits durchgeführter Fachtag am 15. Juni 2020 war ein erster wichtiger Schritt, um gegenseitigen Austausch voranzubringen. Wichtig ist nun, diesen Ansatz fortzuführen und ihn sinnvollerweise in ein regelmäßig stattfindendes Format zu überführen. Dies wäre ein effektiver Weg, um Angebote in der Fläche weiter bedarfsgerecht aufzubauen und weiterzuentwickeln.

5.3.5 Für bessere Datenerfassung / Statistik / Evaluation sorgen

Zwar liegen erste Untersuchungen zur Situation traumatisierter Geflüchteter vor, die sich zum Teil sogar sehr differenziert mit diesem Thema beschäftigen (und beispielsweise Traumata vor, während und nach der Flucht benennen). Dennoch lässt eine Systematik der Untersuchungen, die mit einem besseren Gesamt-Überblick über die Lage einhergehen würde, noch auf sich warten. Es ist daher nötig, sich noch intensiver mit dem Themengebiet der psychischen Belastungen geflohener beziehungsweise fliehender Menschen zu befassen. Hierzu braucht es, politisch angestoßen, bessere Erhebungsmethoden und regelmäßige, wirklich systematische Untersuchungen. Nur so lassen sich weitere wertvolle Erkenntnisse gewinnen, die letztlich Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung die Grundlagen dafür liefern, bestehende Versorgungsdefizite effektiv zu mindern. So lange die prekäre Situation vieler Geflüchteter mit psychischen Belastungen nur in Ansätzen erfasst ist und im Ungefähren bleibt, kann und wird dies aber nicht passieren.

(Online-) Publikationen

- Baron, Jenny; Flory, Lea: Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 5. Auflage. Hrsg. von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BafF e.V. Berlin (o. A.) 2019.
- Blum, Karl u.a.: PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2018/2019. Hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut. Düsseldorf (o. A.) 2019.
- Blum, Karl u.a.: PSYCHIatrie Barometer. Umfrage 2017/2018. Hrsg. vom Deutschen Krankenhausinstitut. Düsseldorf (o. A.) 2018.
- Bühler, Sylvia; Neunhöffer, Gisela: Versorgungsbarometer Psychiatrie 2019. Hrsg. von ver.di, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen. Berlin (o. A.) 2019.
- Faulbaum, Frank; Schröder, Helmut; Zok, Klaus: WIdOmonitor 1/2018: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. Hrsg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Berlin (KomPart) 2018.
- Happe, Kathrin u.a.: Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig (Stellungnahme). Hrsg. von der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina in Zusammenarbeit mit der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Halle (o. A.) 2018.
- Hausmann, Ute: Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Hrsg. von refugio stuttgart e.v.. Stuttgart (o. A.) 2019.
- o. V.: BpTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen von Flüchtlingen. Hrsg. von der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin (o. A.) 2019.
- o. V.: BpTK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie Richtlinie. Wartezeiten 2018. Hrsg. von der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin (o. A.) 2018.
- o. V.: Lots*innen, Peers und Laienhelferinnen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Aktualisierte Fassung. Hrsg. von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Folteropfer und Flüchtlinge – BafF e.V. Berlin (o. A.) 2019.
- o. V.: Vielfalt in der Praxis. Patienten mit Migrationshintergrund: Infos zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation. Hrsg. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Berlin (o. A.) 2017.
- Rabe-Menssen, Cornelia; Dazer, Anne; Maaß, Enno: Report Psychotherapie 2020. Hrsg. von der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung e.V. Berlin (o. A.) 2020.
- Schirovsky, Hanna u.a.: 2. Versorgungsbericht traumatisierte MigrantInnen. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Hrsg. von der Landesärztekammer Baden-Württemberg und von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Stuttgart (o. A.) 2015.

Beiträge in Fachzeitschriften / Magazinen

- Führer, Amand u. a.: Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health need. In: PLoS ONE 15(10): e0239211 (2020). S. 1-13. Vgl. hierzu auch online unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211> (Abruf: 12.10.2020).
- Nübling, Rüdiger u.a.: Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 13 (2014). S. 398-397.

Websites / Internetquellen

- <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113777/Petition-schlaegt-trialogisch-besetzte-Expertenkommission-fuer-Psychiatrie-vor> (Abruf: 25.06.2020).
- <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/16entschliessungen/20161126/526.html> (Abruf: 06.07.2020)
- <https://www.aerztekammer-bw.de/news/2020/2020-02/pm-mit-lpk-u-refugio/index.html> (Abruf: 10.06.2020).
- <https://aktiv.fluechtlingsrat-bw.de/besonders-schutzbeduerftige-fluechtlinge.html> (Abruf: 14.10.2020)
- https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/160509_Koalitionsvertrag_B-W_2016-2021_final.PDF (Abruf: 01.09.2020).
- <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/>
- http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/Versorgungsbericht-5_Fact-Sheet.pdf (Abruf: 04.06.2020).
- <https://www.bptk.de/mindestvorgaben-fuer-die-personalausstattung-in-psychiatrie-und-psycho-somatik/> (Abruf: 25.06.2020).
- https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fluechtlingen_in_deutschland.pdf (Abruf: 13.10.2020).
- https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf (Abruf: 13.10.2020).
- https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2019/Stat19AbbTab.pdf (Abruf: 30.09.2020).
- https://bvvp.de/wp-content/uploads/2019/05/20190520_PM_zu_Weiterentwicklung_der_psychotherapeutischen_Bedarfsplanung_public.pdf (Abruf: 08.07.2020).
- <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2019/g-ba-personal.html> (Abruf: 25.06.2020).
- https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf (Abruf: 23.06.2020).
- <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/corona.html> (Abruf: 22.06.2020).
- <https://www.dki.de/pressemitteilung/psychiatrie-barometer-2018-2019-erschienen> (Abruf: 23.06.2020).
- <https://www.dki.de/ueber-uns/traeger> (Abruf: 23.06.2020).
- <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (Abruf: 30.07.2020).
- <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/fluechtlinge-in-ellwangen-jeder-zweite-hat-corona-16726558.html> (Abruf: 15.06.2020).
- <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=697D> (Abruf: 30.09.2020).
- <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html> (Abruf: 06.07.2020).
- https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/_2.html (Abruf: 25.08.2020).
- <http://gesundheit-gefluechtete.info/leistungsanspruch-und-umfang-%C2%A7%C2%A7-4-6-asylblg/> (Abruf: 25.08.2020).
- <https://www.kbv.de/html/vielfalt-in-der-praxis.php> (Abruf: 08.07.2020).
- <https://www.klinikum-weissenhof.de/angebote/behandeln/coronaaufnahme-undbesuchsregelungen/> (Abruf: 01.07.2020).
- <https://www.kvbawue.de/praxis/aktuelles/coronavirus-sars-cov-2/videosprechstunde/> (Abruf: 08.07.2020).
- <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/daten-fakten/mitgliederstruktur-kvbw/> (Abruf: 30.09.2020).
- http://www.landesrecht-bw.de/jportal/portal/t/1c2c/page/bsbawueprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_pid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoc=doc=yes&doc.id=jlr-F1%C3%BCAGBW2014pP5#focuspoint (Abruf: 26.09.2020).
- <https://www.mdr.de/sachsen/dresden/dresden-radebeul/psychologen-fordern-traumabetreuung->

Literatur

- fuer-fluechtlinge-100.html (Abruf: 03.06.2020).
- https://www.pknds.de/fileadmin/user_upload/20180411_pm_bptk_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf (Abruf: 08.07.2020).
- https://www.psychiatrie-bw.de/fileadmin/user_upload/Downloadbereich/Landesplan_2018_der_Hilfen_fuer_psychisch_kranke_Menschen_in_BW-Landespsychia...pdf (Abruf: 01.09.2020).
- <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/projekt-soultalk-therapeutische-hilfe-fuer-gefluechtete-a-1235784.html> (Abruf: 10.06.2020).
- <https://www.sueddeutsche.de/politik/fluechtlinge-ellwangen-jagst-fluechtlinge-in-ellwangen-keine-positiven-corona-tests-mehr-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200527-99-209697> (Abruf: 15.06.2020).
- <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/tuebingen/psychiatrie-in-zeiten-von-corona-100.html> (Abruf: 01.07.2020).
- <https://www.tagesschau.de/inland/trauma-fluechtlinge-101.html> (Abruf: 03.06.2020).
- https://www.uniklinikum-leipzig.de/presse/Seiten/Pressemitteilung_6840.aspx (Abruf: 03.06.2020).
- <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingzahlen> (Abruf: 29.05.2020).
- <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/posttraumatische-belastungsstoerungen-fluechtlinge-psychische-erkrankungen-asytrecht/komplettansicht> (Abruf: 03.06.2020).
- <https://www.zfp-web.de/> (Abruf: 01.07.2020).
- <https://www.zfp-winnenden.de/> (Abruf: 01.07.2020).
- <http://122daet.baek.de/data/media/BIb71.pdf?t=1594035380> (Abruf: 06.07.2020).

Management Summary

Management-Summary

1. Ausgangs- und Problemlage

Geflüchtete Menschen, die nach Baden-Württemberg (und ganz Deutschland) kommen, sind häufig mehrfach traumatisiert. Zu den auf der Flucht erlebten Traumatisierungen zählen Angriffe des Militärs, Erleben von (sexueller) Gewalt, Verschleppung von Angehörigen und der Verlust sämtlicher Sicherheiten. Nach der Flucht machen darüber hinaus noch unter anderem Einsamkeit, Verlust sozialer Netzwerke, Angst um die zurückgebliebene Familie sowie Verlust des sozialen Status und der ökonomischen Sicherheit Betroffenen zu schaffen.

Ein Problem ist die unzureichende psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Geflüchteter in Baden-Württemberg – so wie in ganz Deutschland. Das Land Baden-Württemberg hat 2014 mit der Verabschiedung des Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) die EU-Aufnahmerichtlinie für besonders Schutzbedürftige 2013/33/EU in Landesrecht überführt und sich damit zur medizinischen Versorgung dieser Gruppe bekannt. Im 2016 geschlossenen Koalitionsvertrag der Landesregierung findet sich eine Passage, die die Verbesserung der Situation thematisiert, auch im Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg („Landespsychiatrieplan“) werden Maßnahmen skizziert. Allerdings fanden Reformen / Veränderungen bis dato nicht statt. Staatlich-bürokratische Hürden und Einschränkungen bedingen nach wie vor, dass nicht allen traumatisierten Geflüchtete ambulant und / oder stationär im Regelsystem des Gesundheitssystems effektiv geholfen wird.

2. Staatlich-bürokratische Einschränkungen

Zu den Hürden im Regelsystem zählen lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, hohe Ablehnungsraten seitens der Behörden, bürokratischer Aufwand beim Beantragen der Therapien sowie die Gefahr, dass Therapien abgebrochen oder gar nicht begonnen werden. Zentrale Probleme sind darüber hinaus Sprachbarrieren zwischen Therapeut und Patient und die häufig fehlende Finanzierung von professionellen und geschulten Dolmetschern.

Das Regelsystem der psychotherapeutischen Versorgung ist bereits ohne die Thematik traumatisierter Geflüchteter an Grenzen gekommen. Die Problematik zu therapierender Geflüchteter macht die ohnehin angespannte Grundsituation nochmals brisanter. Zu nennen sind hier vor allem Sprach- und Kulturbarrieren zwischen Therapeuten und Patienten sowie massiver bürokratischer Aufwand für Therapeuten.

3. Psychosoziale Zentren als zentrale Glieder der Versorgung

Eine zentrale Funktion kommt daher den neun Psychosozialen Zentren (PSZ) zu. Sie sind die ersten Anlaufstellen, bei denen die zumeist schwer traumatisierten Geflüchteten Hilfe finden. Fast 80 % der Geflüchteten haben zum Zeitpunkt der Anmeldung im PSZ keinen gesicherten Aufenthaltsstatus. Die PSZ sind kein Bestandteil der Regelversorgung im Gesundheitswesen und somit auch nicht über das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Die vorgehaltenen, zum großen Teil auch durch das Ehrenamt erbrachten Hilfsangebote variieren von Zentrum zu Zentrum.



4. Aktuelle Lage in den Psychosozialen Zentren

Kapazitäten: In den Landkreisen Baden-Württembergs besteht hoher Versorgungsbedarf aus ganz unterschiedlichen Ländern. 2019 wurden insgesamt mehr als 2.500 Klienten von den PSZ psychosozial versorgt und/ oder therapeutisch begleitet (davon 54 % männlich, 36 % weiblich; der letzte Versorgungsbericht hatte für das Berichtsjahr 2014 knapp 1.700 Klienten bei damals fünf betreuenden PSZ ausgewiesen).

Finanzierung: Die PSZ haben derzeit bis zu zehn Kostenträger, um alle notwendigen Komplexleistungen finanzieren zu können. Die Finanzierung erfolgt steuerfinanziert, über Projektmittel von Kirchen und Menschenrechtsorganisationen sowie über Stiftungsgelder, Mitgliedsbeiträge und Spenden. Die PSZ stehen vor der administrativ-bürokratischen Herausforderung, die Finanzierung immer wieder aufs Neue zu sichern, um damit die Versorgung für traumatisierte Geflüchtete sicherzustellen.

5. Reformbedarf

Um die Versorgungssituation zu verbessern, bedarf es nachhaltiger Reformen. Zentrale Punkte:

Stabile finanzielle Absicherung der Psychosozialen Zentren

Um die Arbeit der PSZ nachhaltig zu gestalten, braucht es eine stabile öffentliche Strukturfinanzierung aus Landesmitteln. Dies schafft Planungssicherheit und dient der finanziellen Absicherung der PSZ – und damit der Absicherung der Versorgung traumatisierter Geflüchteter.

Finanzierung von Sprachmittlung / Dolmetschern

Professionelle Sprachmittlung geschulter Dolmetscher ist geboten, um die Lage zu verbessern. Dies gilt gleichermaßen für ihren Einsatz in der ambulanten Psychotherapie sowie in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Politik und Verwaltung sind aufgefordert, zeitnah und unbürokratisch Finanzierungsmöglichkeiten zu finden. So könnten mehr Therapien als bisher begonnen, fortgesetzt und effektiver zu Ende gebracht werden.

Abrechnungsmöglichkeiten mit den Psychosozialen Zentren / Kosten erstatten lassen

Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, um Therapiekosten mit den PSZ abzurechnen. Bedarfsorientierten Lösungen für eine teilweise Einbeziehung in das Finanzierungssystem der GKV stehen die PSZ offen gegenüber. Ein potenzieller Weg ist auch, sich die Kosten nachträglich erstatten zu lassen. Konkret können Patienten, die eine Therapie benötigen und keinen kassenzugelassenen Therapeuten finden, dann unter bestimmten Umständen von PSZ-Therapeuten behandelt werden.

Personalengpässen in stationären psychiatrischen Einrichtungen entgegenwirken

Eine zentrale Maßnahme für eine bessere stationäre Versorgung von traumatisierten Geflüchteten muss eine Personalaufstockung sein. Denn mehr Personal bedeutet, dass sich einzelne Mitarbeiter intensiver um Patienten kümmern können.

Management Summary

Ambulante psychotherapeutische Versorgung stärken / Bedarfsplanungen anpassen

Auch gerade in ländlichen Regionen ist das ambulante psychotherapeutische Angebot gering(er) oder nicht vorhanden. Auch dies sorgt dafür, dass traumatisierte Geflüchtete nicht mit einer Behandlung starten können. Hier sind Bedarfsplanungen anzupassen und, sofern möglich, Förderprogramme seitens des Landes aufzusetzen.

Landesregierung: Bessere medizinische Versorgung darf nicht nur Bekenntnis bleiben


Das Land Baden-Württemberg hat sich bereits vor Jahren zur angemessenen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter Geflüchteter bekannt. Dies darf kein Lippenbekenntnis sein. Es ist dringend geboten, dass die politischen Verantwortlichen Baden-Württembergs an der Umsetzung arbeiten.

Maßnahmen des Landespsychiatrieplans umsetzen

Die Maßnahmen des Landespsychiatrieplans müssen umgesetzt werden. Einerseits muss darauf hingewirkt werden, dass die bestehenden spezifischen Versorgungsangebote abgesichert werden und bestehen bleiben. Andererseits muss aber auch eine (interkulturelle) Öffnung im Regelsystem beziehungsweise eine interkulturelle Ausweitung des Systems stattfinden.

Bürokratische Prozesse verkürzen und vereinfachen

Eine politisch angestoßene Verkürzung bürokratischer Prozesse ist dringend notwendig, um Menschen schneller in Therapie zu bringen. Aber auch eine Vereinfachung bürokratischer Prozesse ist wichtig.



Traumatisierte Flüchtlinge leiden lebenslänglich unter den seelischen und körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden. Um die traumatischen Erfahrungen verarbeiten zu können und den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein, benötigen sie professionelle Hilfe.

Die Hilfsangebote sowie bestehenden Versorgungsdefizite und -probleme dokumentiert der vorliegende **3. Versorgungsbericht**, herausgegeben von der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

