



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

FOKUS

GRENZGEWALT

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Deutschland 2025



FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Deutschland 2025

FOKUS

GRENZGEWALT

Inhalt

I	Grußwort: PRO ASYL	04
II	Vorwort	08
III	Das Wichtigste auf einen Blick	12
1	EINLEITUNG	22
2	VERSORGUNGS-LAGE GEFLÜCHTETER MENSCHEN & HINTERGRUND DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN	28
	2.1 Ursachen & Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen	30
	2.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen unter geflüchteten Menschen	32
	2.3 Zugang zur Versorgung	33
	2.4 Ansatz der PSZ	36
3	GRENZEN UND GEWALT: RECHTE. ZUGÄNGE. REALITÄT.	40
	3.1 Wege nach Europa	42
	3.2 "They could also be classified as torture" The documentation of brutal pushbacks at the Polish-Belarusian border	47
	3.3 „Die Gesellschaft muss erfahren, dass an unseren Grenzen Gewalt ausgeübt wird.“ Erfahrungen aus der psychosozialen Beratung mit Betroffenen von Grenzgewalt	56

4	DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN (PSZ)	66
	4.1 Datenbasis	68
	4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ	69
	4.2.1 Leistungsspektrum	69
	4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden	72
	4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ	73
	4.3 Klient*innen der PSZ	74
	4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen	74
	4.3.2 Genutzte Angebote	76
	4.3.3 Aufenthaltssituation	77
	4.3.4 Hauptherkunftsländer	80
	4.4 Zugang zu den PSZ	81
	4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen	81
	4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten	82
	4.5 Versorgungsprozess	83
	4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung	83
	4.5.2 Sprachmittlung	86
	4.6 Versorgungsengpässe	87
	4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf	87
	4.6.2 Wartezeiten	89
	4.6.3 Aufnahme von Klient*innen	90
	4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen	92
	4.7 Finanzierung	94
	4.7.1 Finanzierungsstrukturen	95
	4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapien	97
5	FAZIT & FORDERUNGEN	104
6	LITERATURVERZEICHNIS	110
7	ANHANG	120
	7.1 Glossar	122
	7.2 Übersicht der PSZ	126

Grußwort PRO ASYL

„Es wird nicht ohne hässliche Bilder gehen.“ Das sagte der damalige österreichische Außenminister Sebastian Kurz im Jahr 2016. Es ging um die „Schließung“ der sogenannten Balkanroute. Kurz benannte ungewohnt offen, was sonst negiert wurde: Wenn Grenzbeamte Schutzsuchende am Zugang zum Recht auf Asyl hindern, wird es brutal. Wir von PRO ASYL und unsere Partnerorganisationen haben unzählige Aussagen von Schutzsuchenden gesammelt, die von ausbleibender Rettung, schweren Misshandlungen, Verschleppungen und Inhaftierungen, Schlägen und Tritten sowie von entwendeten Handys, Geld und Kleidung berichten.

Knapp zehn Jahre später scheint diese Haltung, die hässlichen Bilder samt hässlicher Gewalt zu akzeptieren, europaweit salonfähig zu sein. Immer häufiger bleibt der Aufschrei aus. Im Schatten der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems läuft ein Überbietungswettbewerb der Abschottung, in den auch Deutschland eingestiegen ist. Immer mehr europäische Länder verabschieden eindeutig europarechtswidrige Gesetze und begehen damit offenen Rechtsbruch. Die oft gewaltvolle Abkehr vom individuellen Grundrecht auf Asyl an den Grenzen droht gängige Praxis zu werden.

Begleitet wird die Gewalt von einer verrohten Sprache in einer zunehmend aufgeheizten Debatte. Schutzsuchende werden als Sicherheitsrisiko diffamiert und martialisch als „hybride Waffe“ entmenslicht. Es ist eine besorgniserregende Täter-Opfer-Umkehr, richten sich doch die beschriebenen Maßnahmen gegen Menschen, die Schutz vor Krieg und politischer Willkür suchen – und nicht gegen die Staaten, die das verursachen.

Das alles hat konkrete Folgen für Menschen, die die EU auf der Suche nach Schutz und Sicherheit erreichen, sie sind mittendrin in den „hässlichen Bildern“. „Ich sollte mich bis auf die Unterwäsche ausziehen und mich auf den Boden legen. Sie haben zuvor meine Sachen verbrannt, eine Socke haben sie mir in den Mund gelegt. Zwei haben meine Arme festgehalten, zwei meine Beine. Vier andere haben dann auf mich eingeschlagen“, schildert ein Opfer von Grenzgewalt an der kroatisch-bosnischen Grenze die erlebten Misshandlungen.

Neben den fluchtauslösenden Erlebnissen im Herkunftsland sind es diese traumatischen Erlebnisse auf der Flucht, die Schutzsuchende ein Leben lang begleiten. In der Regel können Betroffene von Menschenrechtsverletzungen und ihre Hinterbliebenen nicht mit Aufklärung der Taten rechnen. Das Regime der Strafflosigkeit hält an, die Täter*innen werden in den meisten Fällen nicht zur Rechenschaft gezogen. Meinen Kolleg*innen und mir wird oft klar, was es für Betroffene bedeutet, wenn die erlebte Gewalt nicht aufgearbeitet wird – weder juristisch noch gesellschaftlich. Im Gegenteil: Immer wieder wird ihnen nicht geglaubt, werden ihre Erfahrungen negiert.

Der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) und den Psychosozialen Zentren (PSZ) gebührt für ihre Arbeit die größte Wertschätzung. Die Zentren stehen Schutzsuchenden praktisch und politisch zur Seite und setzen sich für ihre Würde, ihre individuellen Schutzrechte ein. Ohne die Arbeit der Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren wäre die Situation kaum vorstellbar. Die psychosoziale Versorgung, die sie leisten, ist ein zentrales Standbein des Flüchtlingsschutzes in Deutschland und macht täglich einen Unterschied. Bereits seit langem weist die BAfF darauf hin, dass der tatsächliche Bedarf aufgrund von Unterfinanzierung und strukturellen Beschränkungen des Zugangs zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung nicht gedeckt werden kann, aktuell droht sich die Lage sogar zu verschärfen. PRO ASYL steht weiterhin an der Seite der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und fordert nachdrücklich ihre nachhaltige finanzielle Absicherung.

Die Arbeit der Zentren ist auch für den juristischen Kampf gegen die Entrechtung von großer Bedeutung. Unsere Erfahrung zeigt: Für den kräftezehrenden und oft langwierigen Rechtsweg ist aufenthaltsrechtliche und psychosoziale Stabilität der Betroffenen unabdingbar.

Lassen Sie uns gemeinsam für das Recht auf Asyl in der EU und gegen die brutale Gewalt an den europäischen Grenzen kämpfen.

Mit herzlichen Grüßen



Helen Rezene
Geschäftsführerin
von PRO ASYL

Vorwort

„Ich habe immer geglaubt, dass Europa ein Ort der Freiheit ist, ein Raum, in dem wir uns frei bewegen können. Europa sollte nicht nur für uns, sondern auch für Schutzsuchende ein Zufluchtsort sein. Wir sind verpflichtet, diesen Schutz zu gewähren.“

Urszula Bertin, Sozialarbeiterin bei XENION –
Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V.

2024 markierte mit der Verabschiedung der GEAS-Reform einen Wendepunkt: Die systematische Entrechtung Schutzsuchender wird europarechtlich festgeschrieben. Inhaftierung an der Grenze, Schnellverfahren ohne Fairness, Rückschiebungen in Drittstaaten – dort, wo Menschenrechte am dringendsten gebraucht werden, verlieren sie ihre Gültigkeit. Die geplanten Änderungen – Ausweitung sicherer Herkunftsstaaten, die Entrechtung in Transitzone und Schnellverfahren – verhindern faktisch die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen wie Folterüberlebender, LSBTI*-Geflüchteter und psychisch schwer Erkrankter.

Bereits 2023 warnten wir mit der Bochumer Erklärung vor dieser Entwicklung. Wir erinnerten an Mahmoud Al Banawi, der im polnischen Grenzhaftlager starb. An die 26.000 Menschen, die im Mittelmeer ertranken, an die Gewalt in Lagern, an die medizinische Unterversorgung in Haftzentren.

In den Psychosozialen Zentren (PSZ) berichten unsere Klient*innen von teils unvorstellbarer Gewalt, die sie an den Außengrenzen der EU erfahren haben. Im Interview in unserem Schwerpunktbeitrag (Kapitel 3) berichtet Urszula Bertin aus dem Berliner Zentrum XENION: „Was ich in den ersten Clearing-Gesprächen höre, erschüttert mich jedes Mal aufs Neue. Die Gewalt an den Grenzen nimmt immer weiter zu.“

In Deutschland wird die psychische Belastung durch viele Restriktionen, durch die Unsicherheit über die eigene Zukunft und die zunehmend erfahrbare gesellschaftliche Ablehnung erheblich verstärkt. Was bedeutet das für die Menschen, die diese Gewalt erfahren –, und was für diejenigen, die sie begleiten? Die bundesweit 51 PSZ sind Orte, an denen Überlebende von Krieg, Verfolgung, sexualisierter Gewalt und Folter Gehör finden. In diesen Räumen gelingt es oft zum ersten Mal, das Vertrauen zu fassen, um über das Erlebte zu sprechen.

Wir können stolz sein: 2023 wurden in den PSZ bundesweit über 29.000 Klient*innen begleitet – so viele wie noch nie. Und doch konnte nur ein Bruchteil derer versorgt werden, die Hilfe benötigen. Bei geschätzten rund 950.000 traumatisierten geflüchteten Menschen in Deutschland bedeutet das: 97 Prozent bleiben außen vor (vgl. Kapitel 4.6.1). Der Bedarf ist riesig, die Realität ist ernüchternd.

Für Mitarbeitende in den PSZ bedeutet es, dass Hilfesuchende abgewiesen oder auf lange Wartelisten verwiesen werden müssen. Die Arbeit wird durch den andauernden Mangel an Ressourcen herausfordernder, belastender.

Diese Versorgungssituation ist ein Spiegel politischer Prioritätensetzung. Im Koalitionsvertrag hat die neue Bundesregierung vermehrte Abschiebungen, Zurückweisungen an deutschen Grenzen, eine weitere Einschränkung des Familiennachzugs, Abschaffung von Aufnahmeprogrammen und viele weitere konkrete Einengungen der Rechte von Schutzsuchenden angekündigt. Die ebenfalls erwähnte geplante Unterstützung der PSZ „als Beitrag zu mehr Sicherheit und Integration“ ist

hingegen als unkonkrete Absichtserklärung formuliert – und setzt einen falschen Schwerpunkt: Psychosoziale Zentren gewährleisten vor allem die notwendige gesundheitliche Versorgung traumatisierter Menschen und tragen dazu bei, die Wahrung der Menschenrechte schutzbedürftiger Personen sicherzustellen.

Der Anteil der Bundesfinanzierung blieb 2024 ungefähr wie im Vorjahr bei 16,6 Prozent – sie stellt keine strukturelle Förderung dar, bleibt weiterhin befristet, unsicher, zu gering. Um die Arbeitsfähigkeit der Zentren zu erhalten, braucht es jedoch dringend eine verbindliche langfristige Finanzierung.

Denn die Menschen, die zu uns kommen, bringen nicht nur ihre Geschichten mit, sondern auch ihre Wunden. Und sie treffen auf ein Versorgungssystem, dessen Türen für sie lange Zeit geschlossen bleiben und das ihre psychische Gesundheit nicht sieht – oder nicht sehen will.

In allen PSZ erleben wir, was die fortgesetzte Gewalt mit Menschen macht: Schlaflosigkeit, Misstrauen, lähmende Angst. Und wir erleben, wie schwer es ist, Menschen zu unterstützen, wenn der Zugang zum Asylsystem bereits verweigert wurde.

Die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen ist ein Seismograf für gesellschaftliche Verantwortung. Wenn Schutz zur Rhetorik wird und Not zur Norm, sind es die verletzlichsten Menschen, die als erste darunter zusammenbrechen. Die BAfF steht mit ihren Mitgliedszentren für ein anderes Verständnis von Verantwortung: für eine Versorgung, die nicht von Herkunft, Aufenthaltsstatus oder Verwertbarkeit abhängt und für eine Gesellschaft, in der das Recht auf Gesundheit und Würde nicht an der Grenze endet.

In der täglichen Arbeit der PSZ wird diese Haltung sichtbar: in einer geduldigen Therapie, einer sorgfältig dokumentierten Stellungnahme, einer stabilisierenden Beratung. Sie zeigt sich in der Hoffnung, die dort entsteht, wo endlich jemand zuhört und das Geschilderte ernst nimmt.

Seit Jahrzehnten leisten die BAfF und ihre Mitgliedszentren menschenrechtsbasierte Versorgung. Sie dokumentieren, was andernorts geleugnet wird, schaffen Zugänge, wo Grenzen schließen, und ermöglichen Teilhabe in einem System, das ausgrenzt. Die Arbeit der Zentren wird von hohem zivilgesellschaftlichem Engagement getragen. Für diese großartige Unterstützung sind wir sehr dankbar. Diese Realität muss weiter wachsen – nicht trotz, sondern gerade wegen der politischen Zumutungen. Dafür braucht es politische Verantwortung, die Menschenrechte ernst nimmt und den Schutz von Schutzbedürftigen umsetzt. Nicht irgendwann – jetzt.

Foto LW: © Ana Maria Sales Prado



Ulrike Schneck

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

Ulrike Schneck



Lukas Welz

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

Lukas Welz

III

DAS WICHTIGSTE
AUF EINEN BLICK
KEY FACTS

Das Wichtigste auf einen Blick

Wie viele geflüchtete Menschen sind traumatisiert und warum?

Wie viele können versorgt werden?



Laut verschiedenen Studien haben **ca. 30 Prozent** geflüchteter Menschen eine **Traumafolgestörung** wie beispielsweise eine Posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Erkrankungen.

Diese entstehen durch Ereignisse und Lebensbedingungen, die schutzsuchende Menschen vor, während und nach der Flucht erlebt haben. Neben Gewalterfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht gibt es folgende Risikofaktoren in Deutschland:



2023 konnten die Psychosozialen Zentren (PSZ) und ihre Kooperationspartner*innen **nur 3,3 Prozent** des **Behandlungsbedarfs abdecken**.

Warum bekommen viele geflüchtete Menschen trotz Bedarf keine Therapie?



GESETZLICHE EINSCHRÄNKUNG: In den ersten drei Jahren nach Ankunft haben Geflüchtete meist nur Anspruch auf eine medizinische Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Psychische Krankheiten werden meistens nicht darunter gefasst.



FEHLENDE SPRACHMITTLUNG: Es gibt keine flächendeckenden Möglichkeiten, qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zu organisieren und zu finanzieren.



DISKRIMINIERUNG: Menschen mit (vermeintlich) nicht-deutscher Herkunft erleben häufig Diskriminierung im Gesundheitssystem, beispielsweise bei der Terminvergabe.



MÄNGEL IN DER AUSBILDUNG: Fachkräften im Gesundheitsbereich fehlt es oft an Wissen und Kompetenzen zu diskriminierungs- und kultursensibler Arbeit.



FEHLENDER ZUGANG ZU INFORMATION: Es mangelt an zielgruppengerecht aufbereiteten Informationen über das deutsche Gesundheitssystem.



FEHLENDE MULTIPROFESSIONELLE VERSORGUNG: Im deutschen Gesundheitssystem arbeiten Berufsgruppen meist isoliert. So fehlt eine systematische Verzahnung von beispielsweise psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Unterstützung. Psychotherapie allein hilft oft nicht oder ist nicht zugänglich ohne eine Stabilisierung der Lebensbedingungen.



ALLGEMEIN EINGESCHRÄNKTE KAPAZITÄTEN: Viele Praxen und Kliniken sind schon seit langem überlastet und nicht bereit, geflüchtete Menschen als Patient*innen aufzunehmen.

Was braucht es, um geflüchtete Menschen psychosozial besser zu versorgen?



Eine Krankenkassenkarte für alle geflüchteten Personen von Anfang an in allen Bundesländern, damit sie das Gesundheitssystem genauso nutzen können wie gesetzlich Versicherte.



Eine langfristige, verlässliche und ausreichende Finanzierung der Psychosozialen Zentren (PSZ) durch Bund und Länder, damit Überlebende von Flucht und Gewalt flächendeckend und zeitnah Unterstützung finden.



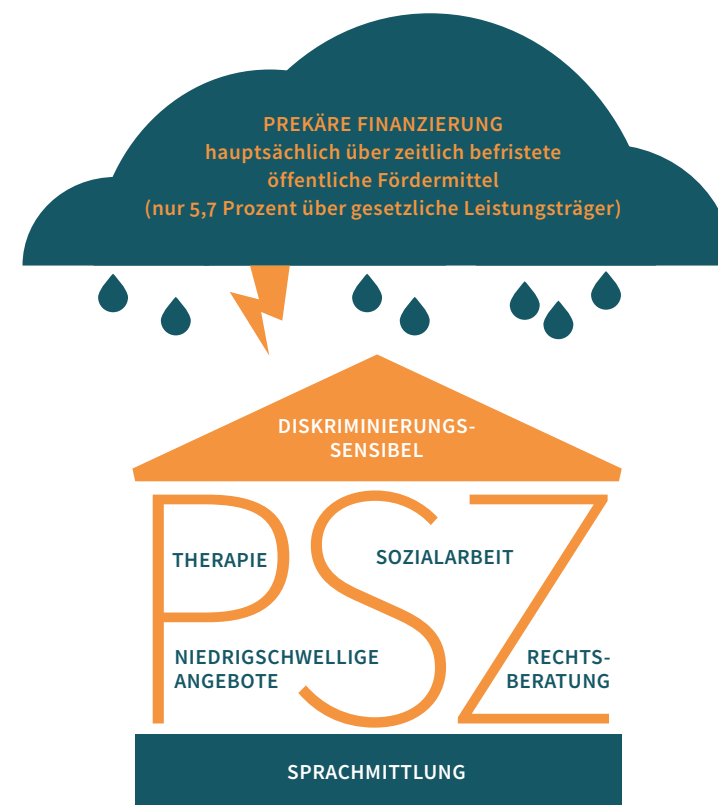
Einen gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung für Menschen, die kein oder wenig Deutsch sprechen, egal ob bei Ärzt*innen/Therapeut*innen, bei Behörden oder vor Gericht – vergleichbar mit dem Recht auf Gebärdendolmetschen.



Die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungskritischer und traumasensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen, unter anderem durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula.

Was ist ein Psychosoziales Zentrum (PSZ)?

Die PSZ stellen diverse psychologische, therapeutische, sozialarbeiterische und rechtliche (Beratungs-)Angebote für Menschen mit Flucht- und Foltererfahrungen bereit. Derzeit organisieren sich 51 PSZ unter dem Dach der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF).



Key Facts

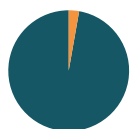
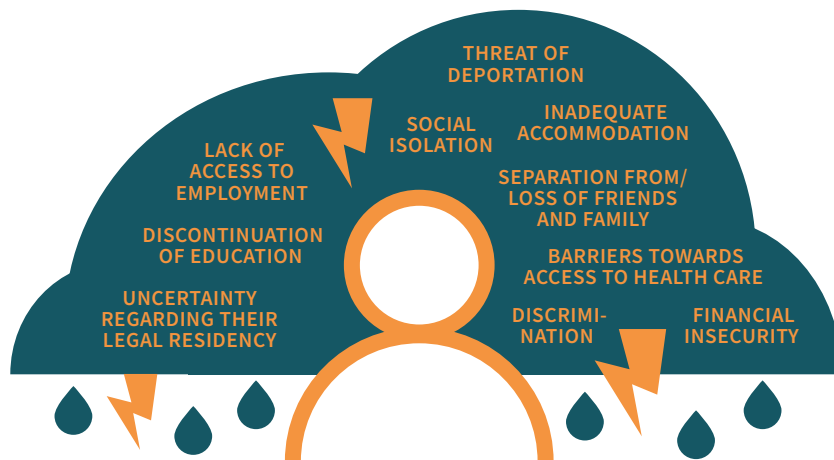
How many refugees are traumatized and why?

How many can be treated?



Ca. **30 percent** of refugees have a **trauma-related mental illness** such as a posttraumatic stress disorder or depression according to various studies.

These are caused by events and living conditions, which refugees experience before, during and after their forced migration. In addition to the experience of violence in their home country and during their migration, the following risk factors exist in Germany:



The Psychosocial Centers and their cooperation partners could **cover 3.3 percent** of the **need for treatment** in 2023.

Why cannot refugees receive therapy despite their needs?



LEGAL RESTRICTIONS: In the first three years after arrival, refugees are generally only entitled to receive medical treatment in case of acute illness or pain. Mental illnesses are often not recognized as part of this entitlement.



LACK OF INTERPRETATION: There is no nationwide possibility to organize and finance qualified interpretation.



DISCRIMINATION: People with an (assumed) non-German background often experience discrimination in healthcare, for example when asking for a medical appointment.



SHORTCOMINGS IN HEALTHCARE QUALIFICATION: Healthcare professionals often lack knowledge and competencies regarding how to work sensitive to discrimination and cultural differences.



LACK OF ACCESS TO INFORMATION: There is a lack of information regarding the German healthcare system that is understandable for refugees.



LACK OF MULTI-PROFESSIONAL HEALTH CARE: Different professions mostly work isolated from each other in the German healthcare system. There is a lack of systematic cooperation for example between psychotherapeutic and social support. Psychotherapy alone is often not enough or not accessible without the stabilization of living conditions.



GENERAL LACK OF CAPACITIES: Many clinics and practices have been overburdened for a long time and are not ready to take on refugees as clients.

What needs to happen, so that refugees can receive psychosocial care according to their needs?



A health insurance card for all refugees directly upon their arrival in all German federal states (Bundesländer) so that they can access the healthcare system with the same entitlements as persons with public health insurance.



A longterm reliable and sufficient financing of the Psychosocial Centers at the federal and regional level, so that survivors of forced migration and violence can receive prompt support nationwide.



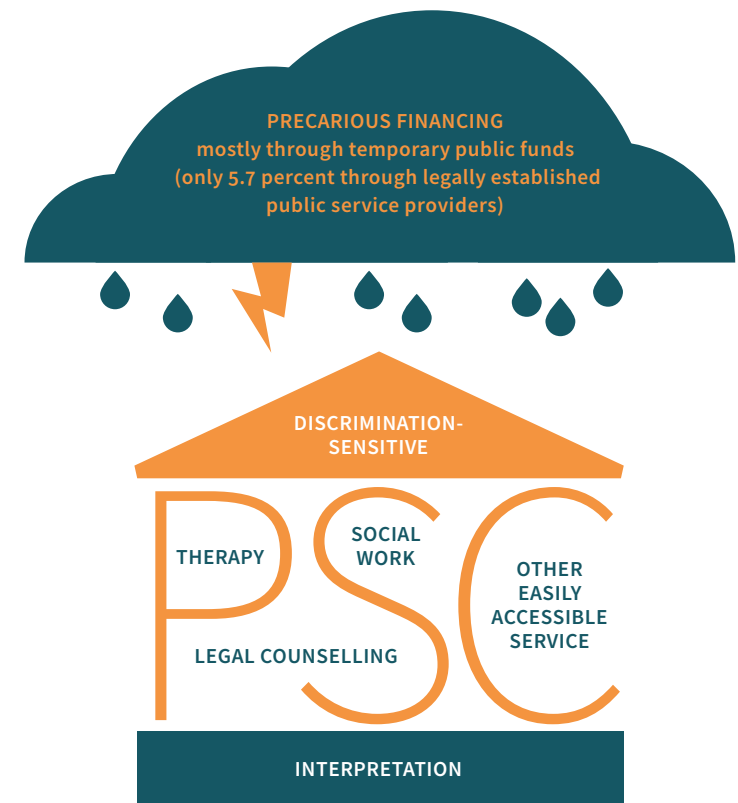
A legal entitlement to interpretation for non-German speakers to communicate with doctors/therapists, government authorities and at court – comparable to the regulations regarding sign language services for the hearing impaired.



The qualification of professionals in healthcare, social, legal and other public services in discrimination- and trauma-sensitive work in the context of forced migration and human rights violations through e. g. an integration of these topics in curricula.

What is a Psychosocial Center?

The Psychosocial Centers offer psychological, therapeutic, social and legal support for refugees and torture survivors. Currently there are 51 Psychosocial Centers organized under the umbrella of the German Association of Psychosocial Centers for Refugees and Victims of Torture (BAfF).



1

EINLEITUNG

1 — Einleitung

Im Mai 2024 wurde mit der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) die größte Verschärfung des europäischen Asylrechts seit den Neunzigerjahren verabschiedet. Die Reform wird durch zahlreiche zivilgesellschaftliche Organisationen stark kritisiert. Zum einen sind die geplanten Verfahren selbst menschenunwürdig und führen zu einem Verlust von Rechtsstaatlichkeit. Zum anderen schränkt die Reform durch die Ausweitung der Auslagerung von Asylverfahren an die EU-Außengrenzen die Möglichkeiten von Personen, in Europa Schutz vor Krieg, schwerer Gewalt und Verfolgung zu suchen, weiter drastisch ein. So sollen Schutzsuchende für ihr Asylverfahren bis zu sechs Monate in Aufnahmeeinrichtungen unter Haftbedingungen festgehalten werden und dort bei negativer Asylentscheidung bis zu einer möglichen Abschiebung weiter inhaftiert bleiben. Auch Kinder sind davon nicht zwingend ausgenommen. Die Reform könnte zu einer stärkeren Überlastung der Länder an den EU-Außengrenzen führen: Länder, in denen Schutzsuchende heute schon unter unzumutbaren Bedingungen ausharren müssen.

Die Menschenrechtsverletzungen, die auf Lesbos, an der polnisch-belarussischen Grenze, in Ceuta und Melilla sowie an zahlreichen weiteren Orten an den EU-Außengrenzen stattfinden, haben erhebliche Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit von Schutzsuchenden. Menschen, die nicht nur im Herkunftsland, sondern auch während der Flucht – nach und in Europa – schwere Gewalt erleben, haben ein größeres Risiko, psychisch zu erkranken. Das zeigen die Erfahrungen vieler Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen, die mit geflüchteten Menschen in Deutschland arbeiten. Weil dennoch zu wenig über diesen Zusammenhang berichtet wird, liegt der Fokus dieses Versorgungsberichts auf den Folgen der Gewalt an den EU-Außengrenzen für die psychosoziale Versorgung in Deutschland.

Kommen Schutzsuchende in Deutschland an, werden sie mit einem Gesundheitssystem konfrontiert, zu dem sie kaum Zugang haben, denn das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) schließt sie von vielen Leistungen aus. Sprachmittlung ist oft nicht verfügbar und viele Geflüchtete begegnen Diskriminierung durch Fachkräfte, die nicht ausreichend darauf vorbereitet sind, mit Menschen nach Flucht und Gewalt sensibel umzugehen. Zudem werden Schutzsuchende häufig in isolierten Sammelunterkünften untergebracht, die ihre psychische Gesundheit weiter gefährden (vgl. Mohsenpour et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Baron et al., 2020).

Damit kommt Deutschland seinen Verpflichtungen unter anderem aus folgenden internationalen Verträgen bezüglich der Aufnahme und Versorgung schutzsuchender Menschen nicht angemessen nach:

- Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte
- Artikel 12 des UN-Sozialpakts
- UN-Antifolterkonvention (insbesondere Allg. Bemerkungen Nr. 3)
- Artikel 35 der EU-Grundrechtecharta
- Artikel 19 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU bzw. 2024/1346
- Artikel 11 der Europäischen Sozialcharta
- Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention
- Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention

Um der Unterversorgung geflüchteter Menschen etwas entgegenzusetzen, wurden seit den Achtzigerjahren bundesweit Psychosoziale Zentren (PSZ) für geflüchtete Überlebende von Krieg, Verfolgung und Folter gegründet. Die Zentren stellen ein spezialisiertes, multiprofessionelles Angebot für Menschen mit Fluchterfahrungen bereit, insbesondere für jene, die schwere Gewalt oder Folter erfahren haben. Somit sind die PSZ zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Sie sind jedoch extrem prekär finanziert, zum größten Teil über zeitlich befristete öffentliche Fördermittel, sodass sie nur einen Bruchteil des Bedarfs an psychosozialer Versorgung abdecken können.

Aktuell organisieren sich bundesweit 51 PSZ (Stand Juni 2025) unter dem Dach der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.). Die BAfF hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Anliegen der PSZ gegenüber Politiker*innen und Entscheidungsträger*innen zu vertreten. Sie versteht sich als Kompetenzzentrum im Bereich Flucht, Gewalt, Menschenrechte und Gesundheit. Zu diesem Zweck veröffentlicht sie jährlich Berichte über die aktuelle psychosoziale Versorgungssituation geflüchteter Menschen in Deutschland mit Daten aus den PSZ. Damit versucht die BAfF, dem Mangel an Daten zur gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe entgegenzuwirken.

Dieser Bericht ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden in Kapitel 2 die Ursachen und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen, die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter ihnen sowie ihr Zugang zur Versorgung erläutert. Auch der Hintergrund und Ansatz der PSZ wird beschrieben. In Kapitel 3 werden nach einem Überblick über die Gewalterfahrungen auf verschiedenen Routen in die Europäische Union (EU) die Versorgungssituationen an der polnisch-belarussischen Grenze sowie in Deutschland exemplarisch beleuchtet. Kapitel 4 widmet sich den Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den PSZ aus dem Jahr 2023. Abschließend wird in Kapitel 5 ein Fazit gezogen und daraus Forderungen für eine Verbesserung der Versorgungslage abgeleitet.

ANMERKUNG ZUM TITEL DER PUBLIKATION „FLUCHT & GEWALT“

Von welchen Gewalterfahrungen sprechen wir im vorliegenden Kontext?

Kollektive Gewalt umfasst die Anwendung körperlicher, psychischer und struktureller Gewalt durch eine Gruppe von Menschen oder Institutionen gegen eine andere Gruppe oder Individuen, um Macht auszuüben. Die Formen kollektiver Gewalt umfassen körperliche Angriffe, Folter, Kriegshandlungen, „ethnische Säuberungen“, Genozid und andere Menschenrechtsverletzungen. Kollektive Gewalt umfasst nicht immer nur gewaltsame Handlungen, sondern auch weitere Formen der Unterdrückung und Diskriminierung, die auch auf struktureller Ebene wirken: in Form von manifestem institutionellem Rassismus, sozialer Ungerechtigkeit, Ungleichbehandlung Schutzsuchender, die Benachteiligungen und menschenunwürdige Versorgung während der langwierigen Asylverfahren bis hin zur medizinischen Nichtbehandlung, zum Teil mit Todesfolge.

2

**VERSORGUNGSLAGE
GEFLÜCHTETER MENSCHEN
& HINTERGRUND DER
PSYCHOSOZIALEN ZENTREN**

2 — Versorgungslage geflüchteter Menschen & Hintergrund der Psychosozialen Zentren

2.1 Ursachen & Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen

Psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen entstehen durch verschiedene Ereignisse und Lebensbedingungen, die sie vor, während und nach der Flucht erlebt haben. Nach dem Konzept der sequentiellen Traumatisierung (siehe Glossar) von Hans Keilson sind insbesondere die Erfahrungen *nach* den potenziell traumatisierenden Ereignissen für die Schwere von ausgelösten Erkrankungen entscheidend. Bekommen Personen in der Zeit nach Erlebnissen wie Folter und Verfolgung ausreichend Unterstützung und Rehabilitationsmöglichkeiten, können sie diese Erlebnisse verarbeiten und häufig eine positive Lebensperspektive entwickeln. Fehlt Unterstützung, steigt das Risiko, eine schwere Traumafolgestörung zu entwickeln. Verschiedene aktuelle Studien zeigen auch deutlich die Auswirkungen der Lebensbedingungen nach der Flucht auf die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen – wie beispiels-

weise Diskriminierungserfahrungen, Qualität der Unterbringung, soziale Unterstützung und Zugang zur Gesundheitsversorgung (Nowak et al., 2023; Böttche et al., 2016; Nutsch & Bozorgmehr, 2020).

Im Herkunftsland führen schwere Menschenrechtsverletzungen wie Krieg, Verfolgung und Folter dazu, dass Menschen ihre Heimat verlassen müssen. Doch aufgrund von unsicheren Fluchtwegen erleben viele Schutzsuchende auch danach weitere Gewalt. Hierzu gehören Übergriffe, Zwangsrekrutierung, sexualisierte Gewalt, Zwangsarbeit, Menschenhandel und Verschleppung (Krause, 2018). Für Frauen und Mädchen, LSBTI*-Personen sowie junge Geflüchtete sind Fluchtwegen besonders gefährlich. Bei einer Befragung von Frauen auf der Fluchtroute über Libyen nach Europa berichtete mehr als die Hälfte, mindestens einmal sexualisierte Gewalt oder sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (UNICEF, 2017). Eine Studie unter jungen volljährigen Geflüchteten in Calais zeigt z. B., dass zwei Drittel mindestens einmal auf der Flucht Gewalt erfahren haben, unter anderem in Form von tätlichem Angriff, Körperverletzung, Tränengas und Inhaftierung (Bouhenia et al., 2017). Die zunehmend gewalttätigen Grenzkontrollpraktiken an den EU-Außengrenzen erhöhen den Anteil von Schutzsuchenden, die auf dem Fluchtweg Gewalt erfahren (siehe Kapitel 3.1).

Es bestehen weitere Belastungsfaktoren, die nach der Ankunft in Deutschland das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. Neben individuellen Aspekten wie der Sorge um die eigene Familie im Herkunftsland tragen folgende strukturelle Faktoren zur psychischen Belastung bei:

- unsicherer Aufenthalt
- drohende Abschiebung
- inadäquate Unterbringung, häufig in Massenunterkünften (vgl. Mohsenpour et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Baron et al., 2020)
- soziale Isolation
- Trennung/Verlust von Freund*innen und Familie, Probleme beim Familiennachzug

- Bildungsabbrüche
- mangelnder Zugang zum Arbeitsmarkt
- finanzielle Unsicherheit
- Diskriminierungserfahrungen
- Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung

In den letzten Jahren wurden einige dieser Faktoren durch gesetzliche Veränderungen verstärkt. Das im Februar 2024 in Kraft getretene sogenannte Rückführungsverbesserungsgesetz etwa weitet die Möglichkeiten, Wohnräume geflüchteter Menschen zu durchsuchen, aus, was deren Angst und Belastung durch eine drohende Abschiebung erhöht. Nach § 58 Absatz 5 Aufenthaltsgesetz kann es auch bei Personen, die rechtlich vor einer Abschiebung geschützt sind, spontane Durchsuchungen geben, wenn aus ihrer Unterkunft Abschiebungen anderer Personen geplant sind. Des Weiteren wurde mit der Gesetzesverschärfung der Zeitraum, in dem Asylbewerber*innen nur Anspruch auf medizinische Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen haben, von 18 auf 36 Monate verdoppelt. Durch die bundesweite Einführung der Bezahlkarte für Geflüchtete steigt zudem die finanzielle Unsicherheit vieler, weil sie essenzielle Kosten wie Lebensmitteleinkäufe und Gesundheitsleistungen damit häufig nicht decken können, wie erste Erfahrungen in Bayern, Hamburg sowie in einzelnen Kommunen anderer Bundesländer zeigen (PRO ASYL, 2024).

All diese Verschärfungen schränken die Rehabilitationsmöglichkeiten geflüchteter Menschen deutlich ein, mit erheblichen Folgen für ihre psychische Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe.

2.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen unter geflüchteten Menschen

Bei einer repräsentativen Befragung durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), das Forschungszentrum des BAMF sowie das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirt-

schaftsforschung (DIW) gaben 87 Prozent der befragten geflüchteten Menschen an, vor potenziell traumatisierenden Ereignissen wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung geflohen zu sein (Brücker et al., 2019). Nur ein Teil dieser Personen entwickelte jedoch behandlungsbedürftige Traumafolgestörungen. So zeigen verschiedene internationale Studien eine Prävalenz von Traumafolgestörungen unter geflüchteten Menschen von rund 30 Prozent (vgl. Blackmore et al., 2020; Lindert et al., 2018; Steel et al., 2009). Die häufigsten psychischen Erkrankungen unter geflüchteten Menschen sind die Posttraumatische Belastungsstörung und depressive Erkrankungen (31,46 Prozent und 31,5 Prozent laut Blackmore et al., 2020).

2.3 Zugang zur Versorgung

Für geflüchtete Menschen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung auf struktureller Ebene durch ihre Sonderbehandlung im Rahmen des AsylbLG stark eingeschränkt. In den ersten 36 Monaten haben Asylsuchende grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen Anspruch auf eine medizinische Behandlung (§§ 4, 6 AsylbLG). Diese muss in vielen Bundesländern zuvor über das zuständige Sozialamt, in der Regel durch nicht medizinisch geschulte Behördenmitarbeiter*innen, bewilligt werden (Bergmeyer, 2020). Bisher wurde diese Regelung so umgesetzt, dass Psychotherapien meistens ausgeschlossen wurden, da Therapiebedarf nicht als akute Erkrankung eingestuft wurde. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 2024 soll jedoch unter dem Begriff der „akuten Erkrankung“ auch ein solcher Gesundheitszustand erfasst werden, „der bei bereits bestehenden (gegebenenfalls chronischen) Erkrankungen eine Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar werden lässt, um eine unumkehrbare oder akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ein kritisches Stadium zu verhindern“ (BSG, Urteil vom 29.02.2024 – B 8 AY 3/23 R). Das Urteil bezieht sich auf den Fall einer geflüchteten Person, die aufgrund des Verdachts auf eine schwere depressive Episode sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung fünf Wochen in eine psychia-

trische Klinik aufgenommen worden war. Die Auswirkungen des Urteils auf die Bewilligungsverfahren für Psychotherapien über das AsylbLG sind abzuwarten.

Haben geflüchtete Menschen Anspruch auf Leistungen (entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung¹, treffen sie häufig auf ein Gesundheitssystem, das nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist, insbesondere aufgrund folgender Barrieren (vgl. Mohammed & Karato, 2022):

- **Fehlende Sprachmittlung:** Es gibt keine flächendeckenden Angebote und Möglichkeiten, qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zu organisieren und zu finanzieren (vgl. Führer & Brzoska, 2020).
- **Diskriminierung im Gesundheitswesen:** Menschen mit (vermeintlich) nicht-deutscher Herkunft oder nicht-weiße Menschen werden nicht nur auf struktureller Ebene diskriminiert. Sie erleben auch häufig Diskriminierung auf institutioneller und individueller Ebene. Beispielsweise nehmen Gesundheitsfachkräfte Beschwerden nicht-weißer Menschen oft nicht ernst, was dazu führt, dass Personen Behandlungen erst verzögert in Anspruch nehmen oder gar ganz vermeiden (Aikins et al., 2021; DeZIM, 2023). Schon bei der Terminvergabe kann die (vermutete) Herkunft einer Person zur Benachteiligung führen, wie ein Feldexperiment im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) mit 6.800 zufällig ausgewählten Praxen niedergelassener Ärzt*innen (Allgemeinmedizin, Dermatologie, Pädiatrie und Radiologie) und Psychotherapeut*innen zeigt. Dabei war die Wahrscheinlichkeit, mit einem Namen, der in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, eine positive Antwort auf eine Terminanfrage zu bekommen, deutlich niedriger als mit einem in Deutschland verbreiteten Namen.² Am stärksten traf das auf Terminanfragen bei Psychotherapeut*innen zu (DeZIM, 2023).

¹ Das ist der Fall nach Ablauf der ersten 36 Monate nach Einreise, bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, in der Familienversicherung, nach der Zuerkennung eines Schutzstatus im Asylverfahren oder der erfolgreichen Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis.

² Die Unterschiede waren auch statistisch signifikant.

- **Mängel in der Ausbildung:** In Ausbildungen im Gesundheitsbereich werden kaum Aspekte der diskriminierungs- und kultursensiblen Arbeit thematisiert, sodass es bei Fachkräften häufig an Handlungssicherheit mangelt. Zudem verfügen Ärzt*innen und Therapeut*innen meistens über wenig Wissen in Bezug auf aufenthaltsbedingte Besonderheiten der Behandlung und die Abrechnung von Gesundheitsleistungen.
- **Fehlender Zugang zu Information über das Gesundheitssystem:** Viele geflüchtete Menschen sind schlecht über das deutsche Gesundheitssystem und ihre rechtlichen Ansprüche informiert, weil dessen bürokratische Struktur komplex und die Informationskanäle darüber schwer zugänglich sind (unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren).
- **Allgemein eingeschränkte Kapazitäten:** Viele Praxen und Kliniken, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich, sind schon seit längerer Zeit überlastet. Die oben genannten Faktoren führen zu einem erhöhten Aufwand bei der Behandlung geflüchteter Menschen, sodass Ärzt*innen und Therapeut*innen weniger bereit sind, sie als Patient*innen aufzunehmen. Darüber hinaus fehlt es an Ressourcen, um adäquate Formate für geflüchtete Menschen umzusetzen (z. B. adaptiertes Vorgehen bei Therapien, damit diese mit Sprachmittlung kompatibel sind).

Diese Barrieren führen vielfach dazu, dass Erkrankungen entweder gar nicht oder zu spät behandelt werden – mit den entsprechenden Folgen sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Gesellschaft. Resümierend muss man feststellen: Mit diesem Gesundheitssystem kommt Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen³ nicht angemessen nach.

³ Unter anderem aus Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, Artikel 12 des UN-Sozialpakts, der UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3), Artikel 11 der Europäischen Sozialcharta, Artikel 35 der Charta der Grundrechte der EU, Artikel 19 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention.

Die Sonderbehandlung geflüchteter Menschen durch das AsylbLG begegnet zudem immer wieder verfassungsrechtlichen Bedenken. Bereits mit dem Urteil vom 18.07.2012 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass die in Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz garantierte Menschenwürde „migrationspolitisch nicht zu relativieren“ sei (BVerfG, Urteil vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11). Im Jahr 2022 musste das BVerfG den Gesetzgeber erneut daran erinnern und erklärte die gekürzten Bedarfe für alleinstehende erwachsene Asylbewerber*innen in Sammelunterkünften für verfassungswidrig. Über den eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das AsylbLG hat das BVerfG bisher kein Urteil getroffen. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer stellt jedoch fest, „dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [bezüglich des Schutzes der Menschenrechte als bei den Sozialleistungen, *die Autorin*] angewandt werden müssen“ (Zentrale Ethikkommission, 2013). Auch Beschlüsse der Landessozialgerichte Hessen sowie Niedersachsen-Bremen aus dem Jahr 2018 bekräftigen, dass für Bezieher*innen von Leistungen nach dem AsylbLG das Erforderliche – orientiert an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – bei der Gesundheitsversorgung gewährleistet sein muss (Schülle und Frankenstein, 2019; LSG Hessen, Beschluss vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER und LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 01.02.2018 – L 8 AY 16/17 B ER).

Allein die Tatsache, dass die durch die gesetzlichen Krankenkassen abgedeckten Leistungen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (§ 12 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V), legt nahe, dass eine Versorgung unter diesem Niveau nicht mit der im Grundgesetz garantierten Menschenwürde vereinbar ist (vgl. Janda, 2021).

2.4 Ansatz der PSZ

Aufgrund der strukturellen und institutionellen Diskriminierung geflüchteter Menschen in der Gesundheitsversorgung wurden seit den Achtzigerjahren Psychosoziale Zentren (PSZ) gegründet. Sie verfolgen

einen ganzheitlichen, menschenrechtsorientierten Ansatz. Der Begriff „psychosozial“ bezieht sich unter anderem auf Konzepte, die in unterschiedlichen Kontexten in Europa (vgl. Keilson, 1979), Südamerika (vgl. Martin-Baro, 1990; Becker, 1992), Südafrika (vgl. Hamber, 2009) und den USA (vgl. Herman, 1992) entwickelt wurden. Er begreift Trauma nicht als individuelle Krankheit, sondern bezieht ein:

- in welchen sozialen und gesellschaftlichen Realitäten Gewalterfahrungen entstehen
- wie die betroffenen Personen, ihre Familien und Gemeinschaften Gewalterfahrungen erleben und verstehen
- wie Gewalterfahrungen Individuen, Gesellschaften, die Kultur und die politische Situation verändern (vgl. Mlodoch, 2017)
- wie das gesellschaftliche Umfeld Betroffene anerkennt und unterstützt oder aber sie Diskriminierung, Gewalt und zusätzlichen psychischen Belastungen aussetzt (vgl. Keilson, 1979; Mohammed & Karato, 2022)

Die BAfF und ihre Mitgliedszentren orientieren sich an den Grundsätzen der UN-Antifolterkonvention⁴ und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung⁵. Sie setzen sich dafür ein, dass Menschen, die durch Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen Schaden erlitten haben, „medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen“ erhalten, die ihnen eine „so vollständige Rehabilitation wie möglich“ gewährleisten.⁶

Die PSZ bieten dementsprechend vielfältige Unterstützungsformen an. Zu ihnen gehören:

- psychologische Diagnostik und Dokumentation
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation

⁴ <https://www.antifolterkonvention.de/>

⁵ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶ <https://docs.un.org/en/CAT/C/GC/3>

- Krisenintervention
- Psychotherapie
- asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung
- sozialarbeiterische Begleitung und Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)
- medizinische Diagnostik/Dokumentation, Beratung und Versorgung
- Unterstützung beim Spracherwerb
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge (z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen)
- Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und gesellschaftlicher Teilhabe
- niedrigschwellige Unterstützung (z. B. Freizeitaktivitäten, kreative Angebote)
- qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation/Begutachtung körperlicher und psychischer Misshandlungsfolgen nach den Standards des Istanbul-Protokolls⁷ und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM)⁸

Alle Mitgliedszentren der BAfF sind verpflichtet, nach den Standards gemeinsam entwickelter Leitlinien zu arbeiten, damit eine hohe Qualität der Versorgung gewährleistet werden kann.⁹ Im psychotherapeutischen Bereich ist beispielsweise eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erforderlich.¹⁰ Unterstützung wird bereitgestellt für alle geflüchteten Menschen – unabhängig von Nationalität, Aufenthaltsstatus, ethnischer und religiöser Zugehörigkeit sowie sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität.

Alle Angebote werden für die Klient*innen kostenfrei und bei Bedarf mit geschulten Sprachmittler*innen oder Mitarbeiter*innen mit entsprechender Sprachkompetenz umgesetzt.

Darüber hinaus setzen sich die PSZ aktiv für eine bessere Versorgung geflüchteter Menschen ein. Zu diesem Zweck führen sie unter anderem Schulungen zu Beratung und Therapie im Kontext Flucht sowie zu allgemeinen psychosozialen Themen für weitere Akteur*innen wie Richter*innen oder Polizist*innen durch. Auch gehen sie regelmäßig in den Dialog mit Behörden und Politiker*innen – z. B. zur Ausgestaltung bedarfsgerechter Aufnahme. Viele Zentren sind an lokalen und regionalen Gremien und Netzwerken beteiligt und vertreten dort die Interessen ihrer Klient*innen und Mitarbeiter*innen.

⁷ https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

⁸ <https://www.sbp.m.de/>

⁹ <https://www.baff-zentren.org/baff/leitlinien/>

¹⁰ Für neue PSZ besteht die Möglichkeit, zunächst als assoziiertes Mitglied aufgenommen zu werden, bevor alle Standards vollständig erfüllt werden, da diese teilweise von vorhandenen Ressourcen abhängig sind (z. B. ausreichendes Fördervolumen, um qualifizierte Psychotherapeut*innen einzustellen).

3

GRENZEN UND GEWALT
RECHTE. ZUGÄNGE. REALITÄT.

3 — Grenzen und Gewalt Rechte. Zugänge. Realität.

- Die zunehmende Verflechtung von Migration und Kriminalität in der europäischen Migrationspolitik normalisiert polizeiliche und freiheitsentziehende Maßnahmen gegen schutzsuchende Menschen.
- Ein Mittel der europäischen Abschottungspolitik ist Gewalt gegen Menschen auf der Flucht, von Misshandlungen bis hin zu Tötungsfällen an den EU-Außengrenzen.
- Opfer von Grenzgewalt brauchen in Deutschland Räume und Unterstützung, die ihnen die Möglichkeit geben, sich auszutauschen, über Gewalterfahrungen zu sprechen und medizinisch-psychologische Hilfe zu erhalten.

3.1 Wege nach Europa

Die Außengrenzen Europas spielen eine große Rolle in der europäischen Migrationspolitik – auch für Deutschland. Auf der Suche nach Schutz riskieren Menschen lebensbedrohliche Überfahrten über das Mittelmeer oder auf dem Landweg. Die EU reagiert mit immer strengeren Kontrollmaßnahmen und verschärft ihr Migrationsrecht. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick darüber gegeben, auf welchen Grundlagen das Recht auf Schutz beruht, wie der Zugang dazu gestaltet ist und an welchen Stellen Menschen dabei Gewalt ausgesetzt sind.

RECHT AUF SCHUTZ

Das Recht, Schutz vor Krieg, Verfolgung und Folter zu erhalten und nicht in eine Situation abgeschoben zu werden, wo schwere Menschenrechtsverletzungen drohen, ist in Artikel 16a des deutschen Grundgesetzes, der EU-Grundrechtecharta, der Europäischen Menschenrechtskonvention, der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) und im völkergewohnheitsrechtlichen Folterverbot verankert. Zugleich als Anspruch und Verpflichtung begründet sich hieraus das Recht auf Zugang zu einem rechtsstaatlichen, fairen Asylverfahren und Prüfung der individuellen Fluchtgeschichte. Wichtigen Einfluss hat hierbei die verfassungsrechtlich verankerte Menschenwürde. Sie verbietet, Menschen zum bloßen Objekt staatlichen Handelns zu machen, und gilt für alle Menschen, unabhängig von Staatsangehörigkeit oder Aufenthaltsstatus.

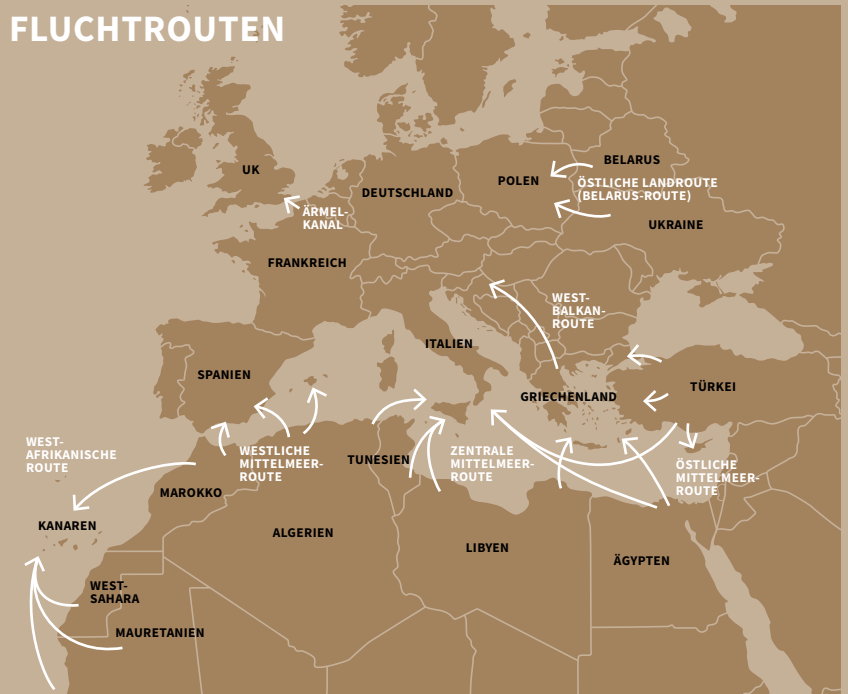
Seit Anfang der Nullerjahre bildet das Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS) den Rahmen der europäischen Migrationspolitik. Ein Bündel an Richtlinien und Verordnungen sollte die Standards für Asylverfahren, Unterbringung und Versorgung von Asylsuchenden europaweit vereinheitlichen. Die europarechtlichen Regelungen führten jedoch durch die Verantwortungsverlagerung an die EU-Außengrenzen zu dysfunktionalen Asylsystemen und erheblichen Menschenrechtsverletzungen (Pichl, 2024). Im Mai 2024 stimmte das Europäische Parlament für eine Reform des GEAS. Das Maßnahmenpaket, bestehend aus neun Verordnungen und einer Richtlinie, wird ab Juni 2026 in Kraft treten. Welche Auswirkungen diese Regelungen konkret haben werden, lässt sich derzeit nur schwer abschätzen. Da immense Einschnitte in Bewegungsfreiheit und Verfahrensgarantien vorgesehen sind und menschenrechtliche Standards unterschritten werden, könnte sich die Situation von Menschen auf der Flucht und im Asylverfahren in Deutschland deutlich verschärfen.

ZUGANG ZU SCHUTZ

Voraussetzung, um einen Asylantrag in Deutschland zu stellen, ist der tatsächliche Aufenthalt im Bundesgebiet bzw. an einer deutschen Grenze. Jedoch fehlen umfangreiche Konzepte zur legalen und sicheren Einreise für Menschen auf der Flucht. Für eine „reguläre“ Einreise müssen Nicht-EU-Bürger*innen im Besitz eines gültigen Visums oder einer Staatsangehörigkeit sein, mit der eine visafreie Einreise erlaubt ist. Müssen Menschen aber vor Krieg oder Gewalt fliehen, fehlt ihnen in der Regel die Zeit, die umfangreichen Anforderungen eines Visumsverfahrens zu erfüllen oder lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen, zumal sie die zentrale Voraussetzung eines Besuchvisums – die Rückkehrbereitschaft in das Herkunftsland – nicht erfüllen können. Ein humanitäres Visum für Menschen, die Schutz suchen, ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Alternative Zugangswege wie Familiennachzug, Resettlement oder andere Aufnahmeprogramme sind stark eingeschränkt und mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden.

Ohne erleichterte Visavergabe oder die Aufhebung des Visumszwangs für Schutzsuchende werden Menschen somit gezwungen, entgegen der Norm die EU-Außengrenzen zu passieren und nach Deutschland weiterzuwandern. Die strafrechtliche Sanktionierung einer zunächst „unrechtmäßigen“ (bzw. „illegalen“, „irregulären“, „unerlaubten“) Einreise ist allerdings nach Artikel 31 Absatz 1 GFK ausgeschlossen, wenn unverzüglich ein Asylantrag gestellt wird. Oft leitet die Polizei dennoch zunächst ein Ermittlungsverfahren ein, was bei schutzsuchenden Menschen große Verunsicherung auslösen kann. Der Modus Operandi verschiebt den öffentlichen Diskurs weg von Deutschlands Schutzverpflichtung und dem Schutzrecht der Betroffenen hin zu deren Kriminalisierung. Die Praxis der Binnengrenzkontrollen „zur Reduzierung irregulärer Migration“ (BMI) greift noch früher ein: Durch Zurückweisungen verhindern die deutschen Grenzbehörden, dass überhaupt ein Asylantrag gestellt werden kann (Fachinger et al., 2024).

FLUCHTROUTEN



HINWEIS: Die Nutzung der verschiedenen Fluchtrouten variiert sehr stark. Zurückzuführen ist das auf diverse Faktoren, etwa Veränderungen von Konfliktlagen, Naturkatastrophen sowie Wetterbedingungen – und nicht zuletzt auf die menschenfeindliche europäische Politik der Abschottung und Abschreckung (Rodríguez Sánchez et al., 2023). Zivile Seenotrettung hat auf die Migrationsbewegungen keinen Einfluss (ebd.), sondern leistet akute Nothilfe, wo staatliche Akteure versuchen, sich der Verantwortung zu entziehen. Des Weiteren kann die Ausweitung von staatlichen Kontroll- und Rückweisungspraktiken im Grenzgebiet dazu führen, dass Grenzüberschreitungen in weniger sichtbarer und dadurch noch gefährlicherer Weise geschehen.

Wie viele Menschen auf dem Weg nach Europa ums Leben kommen oder verschwinden, ist aufgrund des großen Dunkelfeldes unmöglich zu ermitteln. Während etwa im Jahr 2024 offiziellen Zahlen zufolge auf der westafrikanischen Route zu den Kanaren ca. 1.000 Menschen gestorben sind, schätzt die spanische NGO Caminando Fronteras, dass rund 10.000 Menschen ums Leben gekommen sind (Mediendienst, 2025).

GEWALT STATT SCHUTZ

Auf unsicheren Fluchtwegen erleben viele Menschen, die Schutz vor Krieg und schweren Menschenrechtsverletzungen suchen, zusätzlich weitere Gewalt (siehe Kapitel 2.1) – auch und insbesondere an Europas Außengrenzen. Die Verflechtung von Migration und Kriminalität in der europäischen Migrationspolitik führt zur Normalisierung von polizeilichen Maßnahmen, Inhaftierung, Abschiebung und anderen strafrechtlichen Maßnahmen sowie von militärischen Aktionen als Mittel zur Kontrolle der Grenzen (vgl. Franko, 2020). Diese Abschottungspolitik erzeugt großes Leid bei Menschen, die Europa auf der Suche nach Sicherheit erreichen wollen. Viele von ihnen sterben gewaltvoll (MSF, 2024).

Exemplarisch dafür stehen die Grenzlager an den EU-Außengrenzen: In sogenannten „Hotspots“ werden seit geraumer Zeit auf griechischen Inseln und in Süditalien Menschen zur Durchführung eines beschleunigten Asylverfahrens über Monate festgehalten. Diese Grenzverfahren sollen durch die GEAS-Reform ausgeweitet werden. Die Haftbedingungen und die alltägliche strukturelle Gewalt können den physischen wie psychischen Gesundheitszustand der betroffenen Personen drastisch und nachhaltig verschlechtern. Eine Stabilisierung ist kaum möglich (MSF, 2021).

Die europäische Migrationspolitik setzt jedoch bereits jenseits der europäischen Grenzen an: einerseits durch Zusammenarbeit und Abkommen mit teils autokratischen Regierungen, welche zu gravierenden und nicht überprüfbaren Menschenrechtsverletzungen führen können, etwa durch pauschale Inhaftierungen, fehlende Rechtssicherheit und das hohe Risiko von Kettenabschiebungen (vgl. EU-Türkei-Deal, DIMR 2016), andererseits durch Grenzabschottung. Zu deren gängiger Praxis gehören völkerrechtswidrige Zurückweisungen („Push-“ und „Pullbacks“) an Land und auf dem Meer, wie unzählige Recherchen und Berichte

belegen (DRC 2025, BVMN, EPR 2024, Forensic Architecture u. a.). Die Europäische Agentur für die Grenz- und Küstenwache Frontex spielt dabei eine große Rolle und ist immer wieder in mutmaßliche Menschenrechtsverletzungen bei Grenzoperationen verwickelt (vgl. Sea-Watch, 2024). Bis 2027 soll die Agentur mit einem über die Jahre anwachsenden Budget (für das Jahr 2025 voraussichtlich rund 1,12 Milliarden Euro) auf eine ständige Reserve von 10.000 Einsatzkräften zurückgreifen können, um die EU-Außengrenzen zu überwachen und die Zusammenarbeit von Grenzpolizeien inner- und außerhalb Europas zu koordinieren.

3.2 *“They could also be classified as torture”.* **The documentation of brutal pushbacks at the Polish-Belarusian border**

In order to convey a more tangible sense not only of border violence, but also of what it means to provide humanitarian aid, legal support and psychological care under extremely repressive circumstances, we decided to more closely examine the example of the Polish-Belarusian border. Here, people on the move attempt to reach the European Union by crossing a vast forest wilderness. Thousands of people have been subject to brutal pushbacks by both Polish and Belarusian border forces that often leave them trapped near the border, injured and exposed to the elements. According to Human Rights Watch, 87 people have died in close proximity to the border between September 2021 and October 2024. Many more are missing.

The enforcement of a military zone along the Polish side of the border is making it increasingly challenging for humanitarian workers and volunteers to provide aid and monitor the situation. After being pushed back, people often report that their requests to apply for asylum were ignored. In March 2025, the Polish Senate passed a law making it virtually impossible to apply for asylum at the Polish-Belarusian border and thereby essentially suspending the individual right to asylum.

Humanitarian aid workers such as Maria Książak and Karol Cichocki, who work on the border, report serious human rights violations, including torture, sexual violence and systematic pushbacks, which put many in a life-threatening situation. The increasing militarization of the border not only makes it more difficult to provide assistance, but also leads to the criminalization of helpers who stand up for the rights of migrants. In the midst of these repressive circumstances, both emphasize the urgency of psychological support for those affected and the need to continue humanitarian work despite the difficult conditions.

The following interview was conducted in English and has not been translated in order to allow non-German speakers to read it.

INTERVIEW PARTNERS:

Karol Cichocki is a journalist and co-founder of the Podlaskie Voluntary Humanitarian Rescue Service (POPH).

Maria Książak is a psychologist, trauma therapist and head of the board of the International Humanitarian Initiative Foundation (IHIF).

Dear Maria, dear Karol, both of you provide humanitarian aid to migrants and refugees on the Polish-Belarusian border. Could you share how you got into this work?

Karol Cichocki: As someone who is living between Poland and the United States of America, I was not involved in humanitarian work at the border from the beginning of this crisis. Having a background in journalism and social sciences, I was curious to get on the ground to try to understand the process behind it. I showed up at the border in the fall of 2022 to try to write a story for one of the American outlets. It is important to add that I grew up in this region, so after I realized what was really happening, I decided to become involved with a loosely associated group of people under the name of Podlaskie Ochotnicze Pogotowie Humanitarne (POPH - Podlaskie Voluntary Humanitarian Rescue Service), which in early 2024 formally became an NGO with me as one of the co-founders.

Maria Książak: I work with survivors of political violence and torture. I started at the Polish-Belarusian Border in 2016/2017 – when we set up the International Humanitarian Initiative Foundation (IHIF), a program co-founded by the United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture (UNVFVT), identifying victims of torture among the asylum seekers in Belarus that were pushed back from Polish Terespol to Belarusian Brest. The two towns are separated by the Bug river and a 20-minute electric train ride: a short ride to reach Poland and to apply for asylum. But even at that time, asylum applications were only accepted from very few people, while hundreds each day were loaded onto wagons and sent back to Belarus.

I was appointed by the Polish Ombudsman as an expert for the National (Torture) Prevention Mechanism (NPM) in Poland. In that capacity, from 2016 until 2022, I helped visit and monitor detention facilities operated by the Polish Border Guard, where asylum seekers were kept, and reported on torture victims. In 2021, Belarus stopped receiving third country nationals from Europe via the readmission agreement. Instead, the Lukashenko regime started to bring thousands of migrants from Asia, the Middle East, and Africa in order to push them through the green border in an irregular way.

In the same year I was asked to participate in the NPM monitoring of the Polish Border Guard's severe detention facilities in Krosno Odrzańskie and Wędrzyn. It was overwhelming to see hundreds of asylum seekers, at times barely dressed, to look into their scared eyes, and finally hear them out. Almost all detained persons came to Poland after crossing the Belarus-Polish border. It is from interviewing many of them and following up on them afterwards that I realized the extremity of torture and inhumane treatment they experienced not only in their countries of origin, but also on the borders of Europe and in the detention they were placed in upon entry. After reporting on cases of torture and the violations I observed during monitoring, I helped write the emergency program on cross border assistance for victims of torture in Europe that was co-financed by the UNVFVT for three consecutive years. I coordina-

ted its implementation both in Germany by XENION e. V. and in Poland in partnership with IHIF. Since the beginning of the 2021 crisis, I have also visited the border zone from time to time for monitoring, direct assistance and in order to support POPH rescuers and activists who work on the border.

What can you tell us about the forms of violence refugees and migrants, but also activists are subjected to at the Polish-Belarusian border?

Karol Cichocki: I have conducted many interviews with refugees and migrants. They often report beatings that they have suffered from the Belarusian and Polish authorities. The other form of violence is using pushback procedures or destroying refugees' phones on the Polish side of the border. To survive in the forest, having a phone is as important as having water or food. I have also heard of sexual violence used on the Belarusian side. We suspect that some of the people we have interacted with could be victims of human trafficking.

As for the activists, we are under constant threat of being wrongly accused of assisting with the process of smuggling people across the border. Some activists have pending criminal proceedings at courts. Some of us were held at gunpoint or received threats from the Polish authorities. Having to provide humanitarian aid under such circumstances is a form of violence used against the activists.

Maria Książak: Since 2021 I have directly interviewed hundreds of victims of torture that crossed the Belarus Border, many later remained in our direct psychological care at XENION or IHIF. Through psychological and medical screenings and examinations, various forms of alleged torture in border zones were identified and documented. Beatings (usually with batons that the Polish Border Guard and Belarusian Border Patrols are equipped with) and other forms of blunt trauma were the most frequently reported form of violence on both sides of the border (Polish and Belarusian as well as by migrants who had attempted to cross from Belarus via Lithuania or Latvia and finally absconded to

seek safety in Germany). The testimonies of the victims were coherent with the shapes, sizes and distribution on the body of injuries, bruises or scars. The way the traumatic events were recalled was frequently characteristic for traumatic memories.

The forms of ill-treatment reported by migrants on the eastern border of the EU were so severe that they could also be classified as torture. Reports include refusing or blocking access to medical assistance for the injured, sick and chronically ill, including children, and refusing and blocking access to drinking water and food or any safe shelter. This left people on the move to suffer in the wildest forest of Europe. There were forced disappearances and even death. Some reported sexual violence, threats of rape and actual rape. Pregnancies resulting from rape were also reported by a number of unaccompanied minors. Since these alleged atrocities were tolerated or even silently allowed by state authorities and border patrols on both sides of the border, they can be classified as sexual torture.

There are other forms of violence such as spraying tear gas at close range into the faces of people who were not violent (including sick people and minors). Severe forms of degrading treatment that amount to physical or psychological torture, such as undressing people, leaving them in the cold with no or little clothing, threats and mocking were reported. Some also reported electric torture with tasers incorrectly used by the border guards, and handcuffs applied too tightly. Many victims of pushbacks suffered physical and mental torment while attempting to cross the border, facing fear of their children or themselves dying and a sense of total hopelessness. They later developed posttraumatic stress disorder (PTSD) with the index trauma relating to borders and forest.

Trying to escape extreme violence in their countries, they were led by hope to Europe, which they believed to be a continent of freedom with respect for human rights. This violence and these severe forms of ill-treatment directly at the EU border inflicted not only physical pain, but the deepest suffering a human may experience, when their last hope of

survival and finding justice and freedom from torture dies. The trauma of many, who after repeated pushbacks finally were allowed to ask for asylum, only grew when they were immediately placed in severe jail-like detention and their detention time was extended every few months for up to two years.

As a psychologist who was active and intervened on the behalf of victims of torture in detention, I faced criminalization charges and the risk of three years of imprisonment. In December 2024, I was acquitted of all accusations, but I will still have to appear before the Appeals Court. I have not done anything illegal, but it is difficult to be under attack when I am just trying to support a human right guaranteed in the Convention Against Torture and provide assistance to the victims.

Maria, as a psychologist, you provide different kinds of mental health support for migrants and refugees, but you also support other activists. Can you describe what that looks like and why it is so vital?

Maria Książak: The humanitarian work on the borders of Europe is extremely difficult mostly due to experiencing hopelessness, criminalization and constant suffering. There is the pressure of trying to reach a person before death does – including feelings of guilt when being too late. It is a rescue mission under extreme conditions: night and day, in the cold, in a virgin forest with ticks, mosquitoes, wild animals, difficult-to-cross terrain, and with heavy backpacks. You feel the need to move quickly even at night with no light, in silence, so as not to draw attention from armed military border guards or ultra-nationalistic groups who are also active in the forest.

This context exposes us all to the risk of suffering PTSD and severe forms of vicarious or secondary trauma (STSD). Working in a context of isolation, with a lack of support, blocked access to people who need humanitarian support to survive and lack of personal safety – is a daily struggle. Most of the activists are not professional human rights or humanitarian workers trained for years and prepared for this work.

They are idealistic individuals who have empathy – which is a two-sided sword. With one side, their empathy helps them to fight for others, but the other side of this sword hurts them deeply. Learning selfcare on the frontline, to channel pain and hopelessness, to find a way to be resilient and be a gentle support for each other is not easy and gets harder under pressure. So as a psychologist and psychotraumatologist experienced in working in difficult contexts, I try to facilitate exchange, trainings or just to lend an ear to the activists when they reach out.

How do you look after your own mental health and resilience in this line of work?

Karol Cichocki: Since 2024 I am under constant supervision of a psychiatrist and I also started psychotherapy. I have been prescribed medication to treat my anxiety disorder which has become more severe.

Maria Książak: I participate in interventions (peer consulting), supervisions and also was able to get legal support when I needed it throughout my criminalization case. I was also empowered by solidarity from colleagues and activists and felt “I never had to stand alone” in any criminal trial.

In June 2024, both of you joined us for our annual conference in Berlin to speak about the situation at the Polish-Belarusian border. Can you recap: How has the situation changed and developed since then?

Karol Cichocki: The situation is worse as there is a bigger effort of the current Polish government to completely seal off the border to not allow anyone to cross, which in practical terms means that there is more violence being used against those who still try to cross. On our emergency phone number, we get many requests for help from the Belarus side from people who were pushed back many times, and who have suffered violence from both the Polish and Belarusian authorities. Unfortunately, we can only help on the Polish side. There, we still get requests for help from the ones who managed to cross. It is important to add that Poland

has just suspended the right to ask for international protection at the border with Belarus, which is an egregious violation of human rights.

What are the most pressing issues you are seeing at the moment?

Karol Cichocki: To respond with a good strategy in the moment when the right to ask for international protection is suspended. From the perspective of an NGO working at the border, one of the biggest challenges we face is building a balanced budget that could help us survive the upcoming months. We face a situation where it is becoming much harder to raise funds for our work. I don't even mention the funds that we could use for psychological help for our humanitarian aid workers and volunteers.

Maria Książak: I totally agree with Karol, and would also want to add that for IHIF the funding for psychological assistance and rehabilitation of victims of torture and ill-treatment, for documenting and the continuation of pending redress cases, is a very pressing issue.

The movements and experiences of people crossing the border change with the seasons. In February 2025, as far as we know, few people were crossing. Can you speak about what it means to attempt a border crossing in winter?

Karol Cichocki: With the cold temperatures in February, crossing the border is extremely risky. If someone gets lost, there is a huge danger that this person can quickly die of hypothermia. The batteries in electronic equipment discharge much faster. Hypothermia is, however, also a cause of deaths in warmer months like in March or April (in April 2023, I found the body of a refugee from Afghanistan who died of hypothermia). Those who attempt to cross in winter months tend to be in more desperate situations.

Maria Książak: Also, when snow falls, it is just much easier for the border guards to see tracks.

Karol, as a journalist, what is it like reporting on border violence? What are the challenges you have faced during reporting?

Karol Cichocki: The biggest challenge is to ask Polish authorities for any information regarding the situation and events, including the ones that I have witnessed myself. This suggests that the authorities don't have a registry of all the things that are happening. It's hard to "sell" the story from this part of the world as there is still a lack of interest. From the beginning, as a journalist, I faced a dilemma: whether I should be actively involved. But from my own ethical perspective, there was no other way. I strongly believe in the importance of advocacy journalism, which must be done rigorously and with integrity.

And finally: What gives you hope to continue your work?

Karol Cichocki: My main drive is to keep on providing much-needed help. There are so many people who have been saved, and who can now start their lives. To be part of it, to see them organize their new realities, is one of the most rewarding things in life. It's a struggle to stand against the violation of human rights. I don't have much hope left knowing what is happening on the governmental, and broader, at the EU level. Still, there is a deeper sense in fighting for the lost causes. It takes years for the power of the powerless to start working.

Maria Książak: When the refugees we help in Poland say "we stay here because of you, because with you and in this space you create for us we feel safe and cared for", it gives me motivation to keep going. Perhaps all we can do is to create and protect these small safer spaces, to help their lives heal and grow beyond past trauma. My hope is that in this coming year, it will get easier with cross-border networking and benefitting from more exchange and support.

INTERVIEWER*IN: Alva Träbert

3.3 „Die Gesellschaft muss erfahren, dass an unseren Grenzen Gewalt ausgeübt wird.“ Erfahrungen aus der psychosozialen Beratung mit Betroffenen von Grenzgewalt

Urszula Bertin berichtet von ihrer Arbeit beim XENION-Projekt „Crossing to Safety“ über systematische Menschenrechtsverletzungen an der polnisch-belarussischen Grenze und beschreibt die psychosozialen Folgen für die Betroffenen. In ihrer Arbeit in Deutschland sieht sie die strukturellen Defizite im Bereich psychosozialer Versorgung. Sie plädiert für eine stärkere gesellschaftliche Aufklärung über Grenzgewalt, eine bessere finanzielle Ausstattung von Unterstützungsangeboten und einen stärkeren Fokus auf die Ressourcen und Potenziale geflüchteter Menschen.

INTERVIEWPARTNERIN:

Urszula Bertin ist Sozialarbeiterin und arbeitet seit 2022 bei XENION – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V.

Kannst du etwas über deine Arbeit erzählen?

Urszula Bertin: Begonnen habe ich mit dem Projekt „Crossing to Safety“, welches sich insbesondere mit Grenzgewalt an der polnisch-belarussischen Grenze befasst hat. Da ich die polnische Staatsangehörigkeit besitze, durfte ich zusammen mit einer Kollegin, einer Psychologin, geschlossene Camps in Polen besuchen. Unter anderem das in Wędrzyn, das sogenannte „polnische Guantanamo“, und das in Krosno Odrzańskie. Zu anderen Einrichtungen wurde mir der Zugang verwehrt, hier waren lediglich Skype-Kontakte möglich.

Durch die Arbeit an der Grenze in Polen habe ich mich nicht zum ersten Mal dafür geschämt, Polin zu sein. Ich konnte nicht glauben, dass so etwas passiert. Menschenrechte wurden missachtet, Gewalt, Pushbacks und tödliche Vorfälle durch belarussische und polnische Grenzbeamte waren alltäglich. Im Rahmen des Projekts war das Team oft in Polen,

dort führte ich meine ersten Clearing-Gespräche. Wir erstellten Anamnesen und mussten feststellen: Unter den sogenannten erwachsenen Männern gab es auch Kinder und Jugendliche, die nicht identifiziert wurden, jedoch hatte dies keine Auswirkungen, da weder den Jugendlichen noch uns geglaubt wurde.

In unserer Arbeit setzen wir uns für Menschenrechte ein, aber eigentlich hat sich seit Jahren nichts geändert. Trotz der Geschichte Polens erlaubt die Regierung, Menschen abzuweisen und sogar zu töten. Ich erinnere mich noch an die Solidarność-Zeiten, an die Proteste für Frauenrechte und gegen Repressionen und Menschenrechtsverletzungen seitens der Regierung. Das war für mich ein kleines Déjà-vu: Sind wir wirklich wieder an dem gleichen Punkt? Die betroffene Zielgruppe hat sich geändert, aber Wut und Hass in der Bevölkerung haben sogar zugenommen. Und das hat mir Angst gemacht. Das macht mir eigentlich die ganze Zeit Angst.

Du arbeitest mittlerweile mit Menschen in Deutschland, die Grenzgewalt erlebt haben. Würdest du sagen, es gab in den letzten drei Jahren Veränderungen?

Urszula Bertin: Diejenigen, die damals schon nach Deutschland gekommen sind – über Polen, Bulgarien, Rumänien, Kroatien oder andere Länder –, befinden sich mittlerweile in Asylverfahren, oder haben bereits einen Aufenthaltstitel, eine Aufenthaltserlaubnis, einen sicheren Status, und schmieden Pläne für die Zukunft. Die Menschen, die ich 2022 in Polen getroffen habe, die dann nach Deutschland kamen, hier erneut Asyl beantragten und Dublin-Überstellungen verhindern konnten, haben jetzt oftmals eine Anerkennung. Viele von ihnen sprechen mittlerweile Deutsch und möchten sich hier eine Zukunft aufbauen. Das sind die positiven Geschichten von Menschen aus Syrien, dem Irak, Iran, Gaza und verschiedenen afrikanischen Ländern.

Als Gegensatz habe ich derzeit immer wieder Klient*innen, die in den letzten Monaten über Polen, Bulgarien, die Türkei oder andere Teile

Europas nach Deutschland gekommen sind. Was ich in den ersten Clearing-Gesprächen höre, erschüttert mich jedes Mal aufs Neue. Die Gewalt an den Grenzen nimmt immer weiter zu.

Würdest du sagen, dass vor drei Jahren weniger Gewalt oder andere Formen von Gewalt ausgeübt wurden?

Urszula Bertin: Ich weiß nicht, ob es weniger war. Damals war es für uns schockierend, von Menschen zu erfahren, die zwischen Belarus und Polen gestrandet waren, ohne Wasser, ohne Nahrung, ohne irgend-etwas. Sie waren gefangen in einem einige hundert Meter breiten Niemandsland.

Die Gewalt von belarussischer Seite war uns bekannt. Vergewaltigungen, Schläge, Gewalt gegen Schwangere und Kinder waren dokumentiert. Aber dass polnische Grenzbeamt*innen dies tun, hat mich schockiert. Ich erinnere mich an eine kurdische Familie aus dem Irak, die eben diesen Weg gegangen ist und lange dort gestrandet war. Eine der Töchter wurde mit Tränengas attackiert, weil sie weinte und um Wasser bat. Was geht in den Köpfen dieser Menschen vor? Ich kann es nicht verstehen. Ich habe immer geglaubt, dass Europa ein Ort der Freiheit ist, ein Raum, in dem wir uns frei bewegen können. Europa sollte nicht nur für uns, sondern auch für Schutzsuchende ein Zufluchtsort sein. Wir sind verpflichtet, diesen Schutz zu gewähren. Doch dafür scheint es keinen Platz zu geben. Die Hürden für Menschen, die auf der Flucht sind und die europäische Grenze überqueren, um Schutz zu suchen, sind enorm.

Wie berührt es deiner Erfahrung nach Betroffene, wenn sie an europäischen Grenzen Gewalt erleben?

Urszula Bertin: Das ist sehr unterschiedlich. Ich habe von Anfang an versucht, mich mindestens einmal im Monat mit Klient*innen zu treffen, um über die Auswirkungen zu sprechen. Denn natürlich – wir sind ein PSZ, dahin kommen Menschen ohne Krankenversicherung. Einige bekommen diese in Deutschland nicht sofort, und ohne sie gibt

es keine psychologische Betreuung. Man muss lange auf eine Versicherungskarte warten, und dann oft noch Monate auf einen Termin.

Die Idee für Gruppengespräche kam durch die enge und lange Begleitung der Menschen. Ich war zwar nicht an der belarussischen Grenze, aber die Menschen kamen zu mir und erzählten mir von ihren Erlebnissen.

Durch meine Arbeit in Deutschland und Polen sowie die Kritik an den Systemen konnten wir schnell eine gemeinsame Ebene finden. Ich habe großes Vertrauen genossen und Klient*innen erzählten mir von Gewalterfahrungen, die sie später nicht einmal ihren Psycholog*innen anvertrauten. Da dachte ich: Es reicht nicht, sich nur einmal im Monat zu treffen, es braucht mehr psychosoziale Gruppenangebote und Unternehmungen. So entstand die Idee zur Kiezkantine und zu Treffen im Roten Salon der Volksbühne, um mehr Räume zum Austausch anzubieten. Mir war das Thema Grenzgewalt ein großes Anliegen, damit die Betroffenen Raum haben, das Erlebte zu bearbeiten. Hier ist wichtig, wie über die Erfahrungen gesprochen wird. Viele Klient*innen sagen, sie bräuchten keine Therapie. Sie denken, sie könnten das allein schaffen.

Wir haben dann andere Wege gesucht, um die Gewalt zu verarbeiten – beispielsweise in einem Fotoprojekt. Die Bilder waren brutal, zeigten Menschen von der Straße, Menschen, die fast tot waren, in sehr schlechtem gesundheitlichem Zustand. Wir konnten trotzdem zusammen eine andere Art der Verarbeitung finden, einen eigenen Zugang, das Erlebte zu bewältigen.

Bis jetzt wollen viele meiner Klient*innen keine Einzeltherapie machen. Für sie war die Grenze nur ein Abschnitt im Leben, den sie so schnell wie möglich vergessen möchten. Diese Entscheidung respektiere ich. Auch wenn unklar ist, wie sich das später auswirkt. Viele sagen auch: „Ich möchte meine Geschichte nicht immer wieder erzählen. Ich habe die Nase voll. Ich habe es schon zwei-, drei-, viermal erzählt. Ich will vergessen.“ Vielleicht erzählen sie die Geschichte später, auf eine andere Weise.

Für viele Klient*innen sind auch deshalb Gruppenangebote wichtig. Hier können sie über das Erlebte sprechen, wie sie sich gefühlt haben und was es mit ihnen macht. Sie erzählen offen, in einer großen Gruppe. Für einige ist das wie eine Gruppentherapie. Es entsteht ein Netzwerk, ein Gefühl der Verbundenheit durch die gemeinsame Geschichte und die geteilten Erfahrungen. Die Betroffenen können sich gegenseitig unterstützen und beistehen.

Was passiert mit eurer Arbeit, wenn Menschen keine Therapie machen möchten?

Urszula Bertin: Ich merke große Unterschiede zwischen Schutzsuchenden, die 2022 oder 2023 nach Deutschland gekommen sind, und denjenigen, die jetzt kommen. Die Situation hat sich nicht verbessert – im Gegenteil. Es gibt noch mehr Gewalt, wie wir sie uns kaum vorstellen können. Gewalt, über die nicht gesprochen wird, weil die Betroffenen sich schämen oder Angst haben. Werden sie abgeschoben, ist die Gefahr der Reviktimisierung groß.

Diese Menschen haben viele Gedanken, die erst einmal sortiert werden müssen. Das ist eine harte Arbeit. Deshalb arbeiten wir in Teams – Sozialarbeitende und Therapeut*innen. So gelingen der beste Austausch und Unterstützung für die Betroffenen. Diese Zusammenarbeit ist großartig, weil die Professionen sich ergänzen.

Aber wenn ein*e Klient*in sagt: „Nein, ich brauche keine*n Therapeut*in“, dann stoßen wir an Grenzen. Viele Menschen möchten keine Therapie machen. In vielen Kulturen ist ein Termin bei der Psycholog*in negativ konnotiert. Damit müssen wir als Fachkräfte umgehen, es thematisieren. Für uns ist das eine Herausforderung. Deshalb nennen wir unsere Arbeit psychosoziale Arbeit – weil wir Themen so bearbeiten, dass der Rahmen für unsere Klient*innen passt, auch wenn wir ihnen zu einer Psychotherapie raten würden. Aber das ist auf freiwilliger Basis und die Entscheidung der Klient*innen. Und genau das macht diese Arbeit so spannend.

Gibt es weitere Herausforderungen, die du in der Arbeit mit Geflüchteten siehst, die Grenzgewalt erlebt haben?

Urszula Bertin: Viele Geflüchtete sind sehr belastet und geraten in einen Teufelskreis, in dem sie irgendwann zu schädlichen Mitteln greifen: Drogen, Alkohol, Gewalt. Ihnen dann zu helfen, ist schwierig. Denn wo liegt die Grenze unserer Arbeit? Wo endet unsere Verantwortung? Wie kann ich, ohne das mir entgegengebrachte Vertrauen zu zerstören, jemanden dazu bewegen, sich in eine Klinik einweisen zu lassen oder anderweitig Hilfe zu suchen, wenn ich oder wir als Einrichtung die falsche Adresse sind?

Das war für mich eine der größten Herausforderungen in den letzten Jahren. Ich hatte viele Klient*innen hier in Berlin, die nicht die richtige Unterstützung bekamen oder das Erlebte nicht verarbeiten konnten. Sie haben zu Drogen oder Alkohol gegriffen, um sich zu betäuben oder stark zu fühlen.

Gibt es aus deiner Sicht weitere Unterstützungsangebote – neben den PSZ – für Betroffene von Grenzgewalt? Welche Rolle spielen die PSZ?

Urszula Bertin: Wir sind ein Team aus Sozialarbeiter*innen, Jurist*innen, Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen. Gemeinsam können wir Ideen entwickeln, um in bestimmten Situationen unterstützen zu können. Sei es durch Workshops, Gruppentherapien, durch Krisengespräche oder offene Sprechstunden, in die Betroffene kommen und wo sie ihre Probleme und Herausforderungen ansprechen können.

Manchmal suchen auch wir uns Unterstützung, etwa von Krankenhäusern und Kliniken. Ein starkes Netzwerk mit anderen Organisationen ist wichtig, nicht nur für die individuelle Unterstützung, sondern auch für fachlichen Austausch.

Gibt es genug Angebote für Betroffene von Grenzgewalt?

Urszula Bertin: Nein, absolut nicht. Wir kämpfen täglich um Therapieplätze, um Aufnahmen in Kliniken und andere Angebote. Die Wartelisten sind extrem lang und die Kapazitäten begrenzt.

Die Menschen, die hier ankommen, müssen oft sehr lange auf ihre Krankenversicherungskarte warten. Aber ohne diese ist es fast unmöglich, sie medizinisch oder therapeutisch anzubinden. In Ausnahmefällen, wenn akute Suizidgefahr besteht, kann eine Person ins Krankenhaus eingewiesen werden. Das funktioniert selten. Doch selbst dann wird nicht immer geholfen.

Wir sind zu wenige. Wir haben zu geringe Kapazitäten. Und zusätzlich wurde unsere Finanzierung gekürzt. Deswegen müssen wir unsere Angebote einschränken und weniger Stunden anbieten – der Bedarf ist riesig, aber wir können ihn nicht decken.

Was braucht es aus deiner Sicht, um die Situation zu verbessern?

Urszula Bertin: In Deutschland sollte die Gesellschaft sensibilisiert werden, denn Grenzgewalt ist kein Thema in der Öffentlichkeit, war es nie. Es gibt den Film „Green Border“, aber das war's. Viele Berichte erreichen die Öffentlichkeit nicht. Die Gesellschaft muss erfahren, dass an unseren Grenzen, an den deutschen und europäischen Grenzen, Gewalt ausgeübt wird. Menschen werden vergewaltigt, verhaftet, entmenslicht. Menschenrechte werden missachtet.

Ein Problem ist die Finanzierung. Dadurch laufen immer wieder Projekte aus. Es ist unlogisch. Auf der einen Seite verbreiten die Medien das Narrativ, dass Geflüchtete zu Verbrechern werden, Attentate begehen etc. – was Quatsch ist, das wissen wir. Gleichzeitig werden diese Menschen nicht unterstützt. Das ist politischer Wille. Es muss mehr über diese Themen berichtet werden, und zwar niedrigschwellig. Es braucht mehr Workshops, Informationsveranstaltungen, damit der Gesellschaft klar wird, was an

den Grenzen passiert – und das in unserem Namen. Die Grenzen werden in unserem Namen „geschützt“. Aber wollen wir das wirklich?

Wie gehen Politik und Behörden deiner Meinung nach mit Grenzgewalt um?

Urszula Bertin: Was Polen angeht, bin ich sehr enttäuscht. Es ist illegal, die polnisch-belarussische Grenze zu betreten. Für die Politik ist es wie ein Schachspiel, das sehr viel Geld kostet. Ich kenne Organisationen, die versuchen, geflüchtete Menschen zu unterstützen, zum Beispiel „Hope and Humanity“. Aber man darf legal nur an einem einzigen Ort die Grenze überqueren und Asyl beantragen. Und dann entscheiden die Grenzschilder*innen willkürlich, wer einen Asylantrag stellen darf. Es geschieht mit Erlaubnis der Behörden, der Regierung. Das Verfahren ist so gewollt.

Dasselbe hat man letztes Jahr in Rumänien und Bulgarien gesehen, als sie in den Schengen-Raum aufgenommen wurden. Plötzlich haben sie Druck und extreme Gewalt an den Grenzen ausgeübt – die Gewalt dort ist in letzter Zeit noch mal gestiegen. Pushbacks werden Normalität. Genauso ist es an der polnisch-belarussischen Grenze.

In der Literatur oder im Theater gibt es monströse Gewalttäter, die darüber entscheiden, wer lebt und wer stirbt. Und genau das passiert hier. Das ist wie bei den Gladiatoren: Daumen hoch oder runter. Ich kann nicht glauben, dass an europäischen Grenzen, besonders an der polnisch-belarussischen, so viel Gewalt herrscht. Ich werde mit allen Mitteln dagegen vorgehen und Aktivist*innen bzw. Organisationen, die vor Ort arbeiten, unterstützen.

In den letzten Jahren wollte Europa seine Außengrenzen vermehrt schützen. Der Grenzschutz ist extrem teuer und es ist sehr intransparent, was an Außengrenzen passiert. Dieses Geld sollte in Integrationsmaßnahmen, Wohnraum und psychosoziale Unterstützung investiert werden statt in einen Zaun, der medial als großer Erfolg gefeiert wird. Er wird das ver-

meintliche Problem nicht lösen. Menschen werden immer vor dem Tod fliehen. Sie verlassen ihre Länder, weil sie Schutz suchen. Und wir sind verpflichtet, ihnen diesen zu geben. Stattdessen erleben sie schwerste Gewalt. Die Angst vor den Regimen in Belarus und Russland spielt eine Rolle. Aber ein Zaun wird uns nicht vor Putin schützen. Schutzsuchende sind keine Bedrohung. Die Gefahr liegt woanders. Die politische Ausnutzung dieser humanitären Krise ist das eigentliche Problem. Die Art, wie rhetorisch argumentiert wird, ist inakzeptabel. Sie basiert auf keinerlei Fakten und meist auf Lügen, die viele Menschen einfach übernehmen. Gut ausgebildete Grenzschrützer*innen und Regierungen, die ihre Bürger*innen schützen wollen, sollten den Fokus auf reale Gefahren legen.

Was bräuchte es europaweit an Veränderungen?

Urszula Bertin: Mehr Information, mehr Kommunikation mit NGOs und Aktivist*innen und mehr Informationen über die Herkunftsländer der Menschen. Zum Beispiel Syrien: Weiterhin werden Menschenrechte missachtet und Menschen getötet, doch es wird nur am Rande berichtet, dass es dort noch immer keinen Frieden gibt. Ich wünsche mir für Europa mehr Aufklärung. Wissen muss verbreitet werden, nicht nur unter Fachkräften, auch in der Gesellschaft, denn wir sind diejenigen, die wählen. Wir, die Wähler*innen und Bürger*innen, sollten besser informiert sein. Das ist vielleicht ein naiver Wunsch von mir, denn unsere Gesellschaft geht gerade in eine andere Richtung. Aber ich hoffe trotzdem auf Veränderung – ich weiß nur nicht, durch welche Generation. Viele Europäer*innen haben vielleicht vergessen, was Freiheit bedeutet. Was heißt es, sich ohne Einschränkungen zu bewegen, Grenzen zu überqueren, ohne ständig den Pass vorzeigen zu müssen? Wir leben in einer Blase, die gerade zerplatzt.

Was gibt dir Hoffnung?

Urszula Bertin: Ich habe mir vorgenommen, einen Fokus auf positive Geschichten zu legen. Genau das brauchen wir als Gesellschaft – mehr Berichterstattung über positive Geschichten. Darüber, warum Menschen

hierhergekommen sind, was sie erlebt, was sie geschafft und wie schnell sie sich integriert haben.

Hoffnung geben mir Menschen, die ich berate. Eine junge Frau aus Kamerun etwa, mit Foltererfahrung nicht nur an der polnisch-belarussische Grenze, sondern auch im Herkunftsland und Litauen, die nach der Ankunft in Deutschland innerhalb von einem Jahr die deutsche Sprache so gut beherrschte, dass sie eine Ausbildung in einer Zahnarztpraxis beginnen konnte.

Oder ein Mann aus Syrien, der mehrere Tage an der polnisch-belarussischen Grenze der Gewalt der Grenzbeamten ausgeliefert war und dann monatelang in einer geschlossenen Einrichtung für Flüchtlinge in Polen lebte. Er kam nach Deutschland, lernte sehr schnell die Sprache und erhielt Anerkennung dafür. Jetzt macht er gerade eine Ausbildung zur Lehrkraft.

Dann ist da der minderjährige Junge, der 2022 aus Afghanistan kam. Trotz seiner 16 Jahre war er zusammen mit erwachsenen Männern monatelang in einer geschlossenen Einrichtung inhaftiert. Doch er kam nach Deutschland, lernte die deutsche Sprache und geht heute zur Schule. Sein Status ist gesichert.

Geflüchtete Menschen haben sehr viel erlebt – Gefängnisse, Folter ... Und dennoch, noch bevor sie eine Aufenthaltserlaubnis erhalten haben, schmieden sie vom ersten Tag an einen Plan. Sie warten nur auf die Gelegenheit, endlich durchzustarten. Das ist beeindruckend. Ein Klient sagte einmal: „Ich möchte fliegen, aber ständig werden mir meine Flügel weggenommen.“ Als PSZ versuchen wir, die Menschen, so gut es geht, zu unterstützen. Die Gesellschaft sollte den Fokus mehr auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen legen, die bei uns Schutz suchen.

INTERVIEWERIN: Larissa Hilt

4

DATEN AUS DEN
PSYCHOSOZIALEN
ZENTREN

4 — Daten aus den Psychosozialen Zentren

4.1 Datenbasis

Die BAfF führt jährlich eine Onlinebefragung aller Mitgliedszentren durch, um Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den PSZ zu erheben. Dabei werden folgende Inhalte abgedeckt:

- Rahmenbedingungen in den PSZ
 - Leistungsspektrum
 - Trägerschaft
 - Mitarbeitende
- Klient*innen
 - Anzahl und soziodemografische Merkmale
 - genutzte Angebote
 - Aufenthaltssituation
 - Hauptherkunftsländer
- Zugang zu den PSZ
 - vermittelnde Akteur*innen
 - Anfahrtszeiten
- Versorgungsengpässe
 - Wartezeiten
 - Umgang bei Aufnahme neuer Klient*innen
 - Weitervermittlung von Klient*innen
- Finanzierung
 - Finanzierungsquellen und -strukturen
 - Kostenübernahme von Psychotherapien

Diese Befragung ist die einzige regelmäßig stattfindende und bundesweite Erhebung von Daten zur psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen. Die Daten zu den Klient*innen werden anonymisiert erfasst, die Ergebnisse auf Plausibilität geprüft und gegebenenfalls in Absprache mit den Zentren bereinigt.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zum Jahr 2023 dargestellt. Sie beziehen sich auf die damals 48 Mitgliedszentren. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ

- Neben psychosozialer Beratung, Psychotherapie, Krisenintervention und Stabilisierung bieten die Zentren vielfältige Unterstützung für geflüchtete Menschen an, wie beispielsweise das Schreiben von Stellungnahmen für das Asylverfahren.
- Fast alle PSZ sind einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. Die Hälfte befindet sich in Trägerschaft eines solchen.
- 2023 waren in einem „typischen“ PSZ 11,0 Mitarbeiter*innen fest angestellt. Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 28,0 Personen als freie Mitarbeiter*innen, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum.

4.2.1 Leistungsspektrum

Zu den Kernangeboten der PSZ gehören **psychosoziale Beratung, Psychotherapie, Kriseninterventions- und Stabilisierungsangebote** – in der Regel nach einem (gegebenenfalls interdisziplinären) Clearing bzw. der Diagnostik in Bezug auf die Unterstützungsbedarfe der Klient*innen.

Darüber hinaus offerieren die Zentren ein breites Spektrum an weiteren Unterstützungsangeboten für besonders schutzbedürftige und psychisch erkrankte geflüchtete Menschen. Welche Leistungen sie genau anbieten, hängt sowohl von den Bedarfen vor Ort als auch von finanziellen und personellen Möglichkeiten ab.

Die meisten Zentren erstellen auf Basis ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen und des engen Kontakts mit den Klient*innen Stellungnahmen zum Gesundheitszustand für das Asylverfahren. Die Mehrheit bietet auch Angebote an, um die sozialen Teilhabemöglichkeiten ihrer Klient*innen zu verbessern. Dazu gehören die Unterstützung bei Behördengängen oder beim Zugang zu sozialen Netzwerken, beim Spracherwerb sowie diverse niedrigschwellige Freizeit- und Kreativangebote.

Eine weitere Tätigkeit vieler Zentren ist die Dokumentation der psychischen und körperlichen Folgen von Misshandlungen und Folter, die sowohl im Herkunftsland als auch während der Flucht stattgefunden haben. Eine ausführliche Dokumentation nach den etablierten Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SBPM¹¹) und/oder nach den Standards des Istanbul-Protokolls¹² ist aber nur für ausgewählte Fälle möglich.

Auch Leistungen, die durch medizinische Fachkräfte erbracht werden müssen, wie etwa psychiatrische Behandlungen, werden seltener angeboten. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es für die Zentren häufig schwierig ist, medizinische Fachkräfte als Mitarbeiter*innen oder Kooperationspartner*innen zu finden.

11 <https://www.sbpn.de>
12 <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

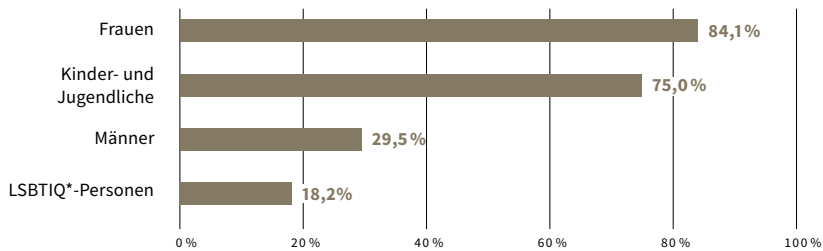
Erweiterte Leistungen der PSZ für ihre Klient*innen

— Feststellung besonderer Schutzbedarfe — Erstellung von Stellungnahmen für das Asylverfahren — Niedrigschwellige Form der Dokumentation/Notiz, Stellungnahme/Bericht über die psychischen Folgen von Misshandlung und Folter — Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge, z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen — Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und zur gesellschaftlichen Teilhabe — Niedrigschwellige Unterstützung, z. B. Freizeitaktivitäten, Gruppen- und Projektarbeit — Kreative Angebote	mehr als 70% der Zentren
— Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z. B. in Unterkünften) — Durchführung/Vermittlung von qualifizierter Dokumentation oder Begutachtung psychischer Misshandlungsfolgen nach den SBPM-Standards und/oder nach den Standards des Istanbul-Protokolls — Medizinische Diagnostik und Dokumentation — Medizinische Beratung und Versorgung — Unterstützung beim Spracherwerb, z. B. (vermittelte) Deutschkurse	40–70% der Zentren
— Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation oder Begutachtung körperlicher Misshandlungsfolgen nach den Standards des Istanbul-Protokolls — Niedrigschwellige Form der Dokumentation/Notiz, Stellungnahme/Bericht über die körperlichen Spuren nach Misshandlung und Folter	25–40% der Zentren

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=46 PSZ mit 2.6065 Klient*innen, ©BAfF 2025

Viele PSZ haben zudem spezifische Angebote für bestimmte Personengruppen, um sie gezielter unterstützen zu können. Insbesondere konnten die Angebote für Kinder und Jugendliche in den letzten Jahren aufgrund zusätzlicher Fördergelder ausgebaut werden. Die Nachhaltigkeit dieser Angebote ist jedoch durch die zeitliche Begrenzung der Fördermittel und tendenziell sinkende politische Unterstützung der PSZ-Arbeit stark gefährdet.

Angebote für spezifische Zielgruppen



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=44 PSZ mit 25.381 Klient*innen, ©BAfF 2025

4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden

Fast alle PSZ sind einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. 2023 befanden sich 50,0 Prozent der Zentren in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, weitere 39,1 Prozent waren Mitglieder (n=46 PSZ mit 26.070 Klient*innen, 10,9 Prozent weder in Trägerschaft noch Mitglied).

Die Trägerschaft/Mitgliedschaft der PSZ verteilte sich wie folgt auf die Verbände (z. T. Mehrfachangaben):

- Paritätischer Wohlfahrtsverband: 43,9 Prozent
- Diakonisches Werk: 34,1 Prozent

- Caritasverband: 14,6 Prozent
- Deutsches Rotes Kreuz: 7,3 Prozent
- Arbeiterwohlfahrt: 4,9 Prozent
- sonstige Verbände: 2,1 Prozent

4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ

2023 waren in einem „typischen“ PSZ 11,0 Mitarbeiter*innen fest angestellt. Diese teilten sich 7,1 Vollzeitstellen (Mediane¹³, Durchschnittswerte: 20,5 Mitarbeiter*innen auf 12,3 Vollzeitäquivalente). Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 28,0 Personen als freie Mitarbeiter*innen, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum (Median, Durchschnitt: 44,2; n=44-45 PSZ mit 20.903-23.128 Klient*innen).

Die höchste Anzahl an Stellen gab es bei der Psychotherapie und in der Beratung.

Angestellte und freie Mitarbeiter*innen nach Arbeitsbereichen in den PSZ (Mediane)

Psychotherapie	3,6 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 4,5)
Beratung	3,0 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 6,1)
Verwaltung	0,9 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 1,8)
Sprachmittlung	0,8 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 4,6)
Kreativ- und Körpertherapie	0,3 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 0,5)
Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit o. Ä.	0,2 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 0,4)
Medizinische Versorgung	0,0 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 0,3)
Sonstige Bereiche	0,0 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 1,4)

¹³ Es werden Mediane ausgewiesen, da die Durchschnittswerte durch die Angaben besonders großer PSZ ein verzerrtes Bild abgeben.

Auffallend ist, dass die meisten Sprachmittler*innen (90,0 Prozent) kein festes Arbeitsverhältnis hatten. Das lässt sich vor allem dadurch erklären, dass die Bedarfe nach Sprachen z. T. sehr schwanken.

4.3 Klient*innen der PSZ

- 2023 wurden in den 48 PSZ insgesamt 29.180 Klient*innen versorgt. Zu ihnen gehörten meistens Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden sind.
- Ein Großteil der Klient*innen hat einen prekären Aufenthaltsstatus: Mehr als die Hälfte hatte lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, war vollziehbar ausreisepflichtig oder befand sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.
- Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Ukraine, Syrien, Iran, Irak, die Türkei, die Russische Föderation, Nigeria, Venezuela und Kamerun.

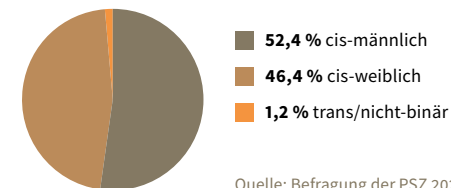
4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen

2023 wurden in den 48 PSZ insgesamt 29.180 Klient*innen versorgt. Darunter befanden sich 13.740 Klient*innen, die neu aufgenommen werden konnten. Zu ihnen gehörten meistens Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit schwerer Gewalt, Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden sind (siehe Glossar „Besondere Schutzbedarfe“). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der von den PSZ versorgten Klient*innen um 12,8 Prozent gestiegen.

46,4 Prozent der Klient*innen waren cis-weiblich, 52,4 Prozent cis-männlich, 1,2 Prozent trans/nicht-binär.

6,0 Prozent identifizierten sich als LSBTI* (n=42 PSZ mit 22.325 Klient*innen). An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass Klient*innen sich aus verschiedenen Gründen nicht immer im PSZ (direkt) outen (vgl. Träbert & Teigler, 2022).

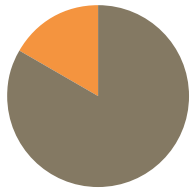
Gender der Klient*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=23.394 Klient*innen, ©BAfF 2025

16,6 Prozent der Klient*innen waren minderjährig, davon flohen 38,8 Prozent ohne Begleitung ihrer Familie nach Deutschland. Der Anteil der unbegleiteten Kinder und Jugendlichen in den Zentren ist um über 15 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (2022: 23,3 Prozent der minderjährigen Klient*innen sind ohne ihre Familie nach Deutschland geflüchtet).

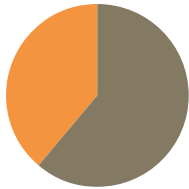
Minderjährige und volljährige Klient*innen



■ 83,4 % volljährig
■ 16,6 % minderjährig

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=47 PSZ mit 28.939 Klient*innen, ©BAfF 2025

Unbegleitete minderjährige Geflüchtete unter den Klient*innen



■ 61,2 % minderjährige Klient*innen unter Begleitung der Familie
■ 38,8 % unbegleitete minderjährige Geflüchtete

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=4.713 minderjährige Klient*innen, ©BAfF 2025

4.3.2 Genutzte Angebote

Die Klient*innen wurden in verschiedenen Settings durch multi-professionelle Teams begleitet:

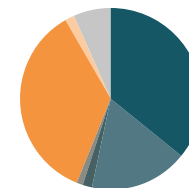
- 65,1 Prozent der Klient*innen suchten (psycho)soziale und/oder asylrechtliche Beratung auf und wurden persönlich durch Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen unterstützt.
- Ungefähr ein Drittel (29,4 Prozent) befand sich – in der Regel zusätzlich zur Beratung – in psychotherapeutischer Behandlung. Lediglich 10,5 Prozent wurden ausschließlich psychotherapeutisch versorgt und waren nicht in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden.
- 3,6 Prozent wurden psychiatrisch versorgt.
- 21,6 Prozent nahmen sonstige Angebote wie beispielsweise kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote wahr (n=26.304).

4.3.3 Aufenthaltssituation

Aufenthaltsstatus

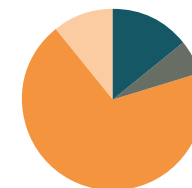
2023 hatten mehr als die Hälfte (56,4 Prozent) der Klient*innen lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, waren „vollziehbar ausreisepflichtig“ oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (siehe Glossar: „Aufenthaltsgestattung“ und „Duldung“). D. h., sie warteten auf das Ergebnis eines Asylverfahrens oder besaßen lediglich eine Duldung mit der Unsicherheit, bei Wegfall des Duldungsgrundes kurzfristig abgeschoben werden zu können. Eine mittel- oder langfristige Zukunftsplanung, die für ihre Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe wichtig wäre, war damit oft nicht möglich. Nur etwa ein Drittel (37,1 Prozent) besaß einen sichereren Aufenthaltsstatus, d. h. eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis. Damit unterscheiden sich die Klient*innen der PSZ stark vom Rest der in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen. Denn im Jahr 2023 hatten mehr als drei Viertel (79,7 Prozent) aller in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis.

Aufenthaltsstatus der Klient*innen



■ 36,0 % Aufenthaltsgestattung
■ 17,4 % Duldung
■ 1,8 % „vollziehbar ausreisepflichtig“ ohne Duldung (insb. sogenannte Grenzübertrittsbescheinigung o. Ä.)
■ 1,1 % Menschen ohne Papiere
■ 35,4 % Aufenthaltserlaubnis
■ 1,8 % Niederlassungserlaubnis
■ 6,5 % andere/unbekannt

Aufenthaltsstatus aller geflüchteten Menschen in Deutschland



Quelle: Ausländerzentralregister Stichtag 31.12.2023 (2025), eigene Darstellung © BAfF 2025

← Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=46 PSZ mit 26.065 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

Klient*innen im sogenannten Dublin-Verfahren

Sogenannte Dublin-Verfahren (siehe Glossar), in denen Schutzsuchende in andere EU-Länder zurückgeschoben werden sollen, verursachen häufig zusätzliche psychische Belastungen. Die bevorstehende Zurückweisung in Länder, in denen häufig bereits negative Erfahrungen mit menschenunwürdiger Unterbringung oder Gewalt durch Behördenmitarbeiter*innen und Grenzbeamt*innen gemacht wurden, kann Traumata verstärken. 2023 befanden sich durchschnittlich 14,3 Prozent der PSZ-Klient*innen in sogenannten Dublin-Verfahren und wurden bei den dadurch entstehenden rechtlichen Fragen sowie den daraus resultierenden psychischen Belastungen unterstützt (n=42 PSZ mit 22.421 Klient*innen).

Klient*innen mit Abschiebungsverboten

Schwer psychisch erkrankte Menschen, die reiseunfähig sind oder bei denen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Fall einer Abschiebung droht, dürfen nicht abgeschoben werden (siehe Glossar „Abschiebungsverbot/-hindernis“). Für ein Abschiebungsverbot bzw. Abschiebungshindernis muss die Erkrankung der betroffenen Personen nachgewiesen werden. Auch hierbei unterstützen die PSZ, indem sie Stellungnahmen für ihre Klient*innen erstellen. 2023 wurde bei 8,0 Prozent aller PSZ-Klient*innen ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot oder ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis festgestellt (n=32 PSZ mit 19.057 Klient*innen).

Die notwendigen Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, wurden in den vergangenen Jahren verschärft – mit der Folge, dass psychische Erkrankungen im Verfahren nur selten anerkannt wurden. Aufgrund von Gesetzesverschärfungen durch das Asylpaket II (2016) und das sogenannte Geordnete-Rückkehr-Gesetz (2019) muss eine „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ eingereicht werden, damit eine schwere Erkrankung im Asylverfahren bei der Prüfung von Abschiebungsverboten berücksichtigt wird. Diese Bescheinigungen dürfen nur Fachärzt*innen ausstellen, d. h. Atteste von Psychologischen Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugend-

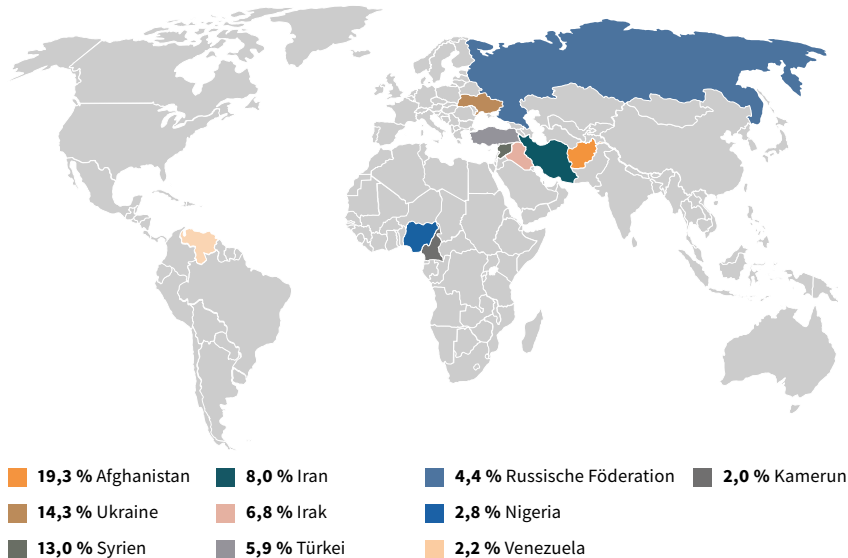
lichenpsychotherapeut*innen sind ausgeschlossen. Dabei ist gerade diese Berufsgruppe darin ausgebildet, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren, und übernimmt einen Großteil der Behandlung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland. Die zu erfüllenden Standards für eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung sind zudem höher als bei anderen ärztlichen Stellungnahmen. Nur Krankheitsvorgeschichte, Untersuchungsmethoden und Diagnose reichen nicht. Auch die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung voraussichtlich aus der krankheitsbedingten Situation ergeben, müssen geschildert werden. In der Praxis verlangen das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) sowie die Gerichte sogar oftmals, dass sich behandelnde Ärzt*innen ausführlich mit den Unterlagen des Asylverfahrens auseinandersetzen und diese in die Bescheinigungen/Stellungnahmen integrieren. Hinzu kommt, dass es keine Regelungen zur Kostenübernahme für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigungen gibt, sodass Schutzsuchende die Kosten in der Regel selbst tragen müssen. Diese Praxis unterläuft den Amtsermittlungsgrundsatz, weil verfahrensseitig nicht einmal die Kosten für die überhöhten Anforderungen an die Beibringung der Bescheinigungen übernommen werden. Anträge auf Kostenübernahme durch das Sozialamt werden abgelehnt.

Die Verschärfungen durch die beiden Gesetze 2016 und 2019 führen nicht nur zur Verletzung von Menschenrechten schwer psychisch erkrankter Schutzsuchender, sondern schränken Folterüberlebende darin ein, ihre Foltererfahrungen professionell dokumentieren und anerkennen zu lassen. Eine schnellstmögliche Rehabilitation kann so nur in den seltensten Fällen eingeleitet werden (wie in Artikel 14 der UN-Antifolterkonvention gefordert). Die Verschärfungen bedeuten zudem eine Aberkennung der fachlichen Kompetenz der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut*innen sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Nicht zuletzt führen sie zu einer noch höheren Belastung der PSZ, da diese ihre begrenzten Ressourcen in die Kommunikation mit Fachärzt*innen – die bundesweit schlecht verfügbar sind – investieren müssen, um sie über die Anforderungen bei der Erstellung von Stellungnahmen zu informieren.

4.3.4 Hauptherkunftsländer

Klient*innen der PSZ kamen im Jahr 2023 aus über 100 verschiedenen Ländern. Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Ukraine, Syrien, Iran, Irak, die Türkei, die Russische Föderation, Nigeria, Venezuela und Kamerun. Die fünf häufigsten Herkunftsländer sind im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (mit leichten Unterschieden bei der Reihenfolge).

Hauptherkunftsländer der Klient*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=11.290 Klient*innen © BAfF 2025

4.4 Zugang zu den PSZ

- Ein Großteil der Klient*innen wird von Unterkünften, anderen Beratungsstellen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen an die PSZ vermittelt. Der Anteil der Anmeldungen über Kliniken, Hausärzt*innen und Fachärzt*innen sank 2023 im Vergleich zum Vorjahr.
- Das durchschnittliche Einzugsgebiet der PSZ umfasste einen Radius von 93,1 Kilometern.

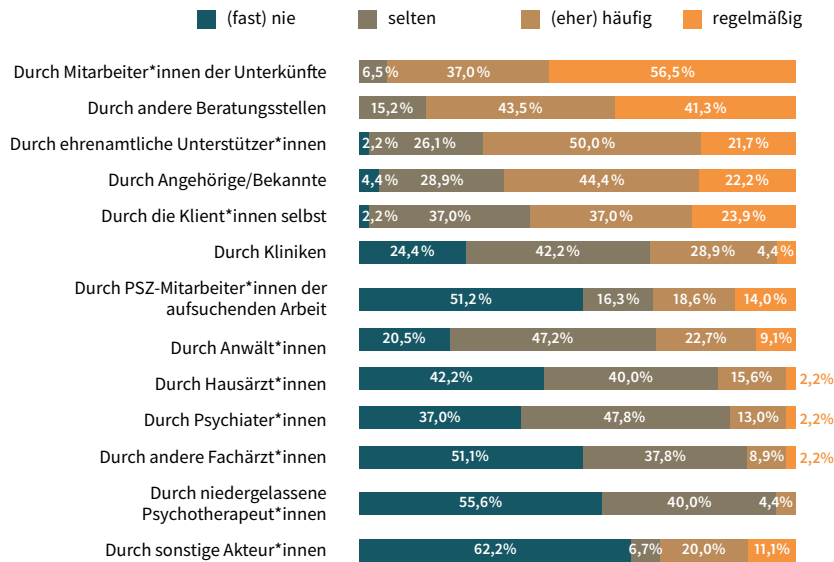
4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen

Insbesondere Mitarbeiter*innen von Unterkünften, Beratungsstellen und ehrenamtliche Unterstützer*innen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung geflüchteter Menschen an die PSZ. Auch im Jahr 2023 wurde ein Großteil der Klient*innen durch diese Personengruppen angemeldet. Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem taten dies vergleichsweise selten. In diesem Bereich hatten Kliniken den meisten Kontakt mit den PSZ.

Im Vergleich zum Vorjahr sank der Anteil der Anmeldungen durch Kliniken, Hausärzt*innen und Fachärzt*innen (z. B. Psychiater*innen). Die Anmeldungen durch niedergelassene Psychotherapeut*innen stiegen leicht.

Zu den sonstigen vermittelnden Akteur*innen gehörten: Mitarbeiter*innen der Jugendhilfe, Jobcenter sowie Bezirksämter, Lehrkräfte und weitere Mitarbeiter*innen von Schulen sowie Mitarbeiter*innen der Sozialpsychiatrischen Dienste.

An die PSZ vermittelnde Akteur*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=43-46 PSZ mit 25.124 – 26.065 Klient*innen; © BAfF 2025

4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten

Die geografische Verteilung der PSZ unterscheidet sich von Region zu Region sehr stark. Während es in einzelnen Großstädten (z. B. in Berlin und Hamburg) mehrere Zentren gibt, existieren sie in manchen Flächenländern (z. B. Bayern) nur vereinzelt, sodass Schutzsuchende häufig lange Anfahrtszeiten haben. Auch die isolierende Unterbringung geflüchteter Menschen in oft abgelegenen Sammelunterkünften schränkt deren Möglichkeiten ein, Hilfsangebote (inkl. PSZ) wahrzunehmen.

Das durchschnittliche Einzugsgebiet der PSZ umfasste im Jahr 2023 einen Radius von 93,1 Kilometern. Dabei gab es jedoch eine große Bandbreite zwischen 12 und 372 Kilometern.

Wenig überraschend kamen die meisten Klient*innen aus der näheren Umgebung der PSZ mit Anfahrtszeiten von weniger als einer Stunde.

Anfahrtszeiten der Klient*innen

30 Minuten oder weniger	46,6 %
Zwischen 30 und 60 Minuten	36,6 %
Zwischen 1 und 2 Stunden	13,0 %
Mehr als 2 Stunden	3,8 %

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=43 PSZ mit 22.618 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

4.5 Versorgungsprozess

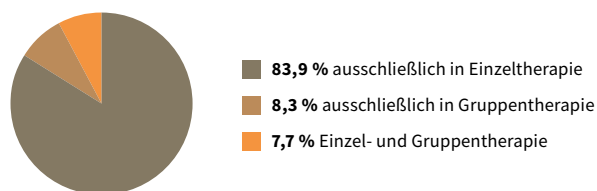
- Die meisten Psychotherapien in den PSZ finden im einzeltherapeutischen Setting statt.
- Durchschnittlich dauerten die Psychotherapien in den Zentren im Jahr 2023 24,7 Sitzungen. Sieben von zehn Therapien waren Kurzzeittherapien.
- Mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien in den PSZ fanden mit Sprachmittlung statt und ein Drittel in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in

4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung

Einzel- vs. Gruppentherapien

Wie in den vergangenen Jahren fanden die meisten Psychotherapien in den PSZ im einzeltherapeutischen Setting statt. 8,3 Prozent der Behandelten nahmen ausschließlich an Gruppentherapien teil und 7,7 Prozent wurden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting behandelt.

Klient*innen in Einzel- und Gruppentherapie



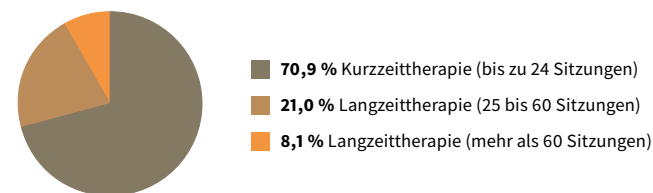
Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=41 PSZ mit 22.071 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

Dauer der Psychotherapien

Durchschnittlich dauerten die Psychotherapien in den Zentren 24,7 Sitzungen (n=35 PSZ mit 15.831 Klient*innen). 70 Prozent der Therapien in den PSZ 2023 waren Kurzzeittherapien. 21 Prozent waren Langzeittherapien mit bis zu 60 Sitzungen und 8,1 Prozent waren Langzeittherapien mit mehr als 60 Sitzungen.

Ein großer Teil der Klient*innen braucht Zeit, um zu vertrauen und sich zu öffnen. Sie haben so schwere Gewalt erlebt, dass ein langfristiger therapeutischer Prozess notwendig ist, um mit diesen Erfahrungen umzugehen. Eine gesundheitsgefährdende Unterbringungssituation, ein unsicherer Aufenthaltsstatus und neue Diskriminierungserfahrungen in Deutschland destabilisieren sie immer wieder aufs Neue und erschweren die therapeutische Arbeit. Zugleich sind die PSZ angesichts des enormen Versorgungsdrucks gezwungen, schnell neue Klient*innen aufzunehmen, die sich in noch akuterer Krisen befinden. Deshalb stehen Mitarbeitende vielerorts immer wieder vor der Herausforderung, Klient*innen z. B. nach einer kurzen Zeit der Stabilisierung (vorerst) zu verabschieden, damit sie die Therapieplätze neu vergeben können. Das kann im Einzelfall für die Lebenssituation der Klient*innen passend sein, mitunter melden sich diese aber auch zu späteren Zeitpunkten wieder im PSZ an, weil Symptome erneut stärker werden oder sie Unterstützung im Umgang mit neuen Belastungen benötigen (vgl. Steegmann et al., 2023).

Klient*innen in Kurz- und Langzeittherapien



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=39 PSZ mit 21.403 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

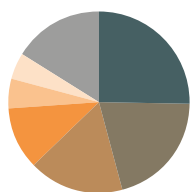
Vorzeitige Beendigung von Psychotherapien

Ungefähr ein Fünftel (19,2 Prozent) der Psychotherapien musste im Jahr 2023 abgebrochen werden, obwohl eine Fortsetzung aus therapeutischer Sicht sinnvoll gewesen wäre (n=29 PSZ mit 16.128 Klient*innen).

Die häufigsten Gründe hierfür waren, dass die*der Klient*in nicht mehr erreichbar war, den Prozess abbrach, z. B. weil bestimmte Erwartungen nicht erfüllt wurden, oder umzog bzw. im Rahmen des Asylverfahrens umverteilt wurde. Vergleichsweise weniger Therapien mussten aufgrund fehlender Kostenübernahme abgebrochen werden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die PSZ kontinuierlich neue Förderanträge stellen und bei fehlender Kostenzusage Budgets umschichten, damit sie für ihre Therapieverläufe genügend Ressourcen zur Verfügung haben.

Zu den sonstigen Gründen für eine vorzeitige Beendigung von Psychotherapien gehörten: Terminkonflikte seitens der Klient*innen (etwa aufgrund von Arbeitsaufnahme/Deutschkurs/Kinderbetreuung), Weggang der*s Therapeut*in (ohne Nachfolger*in) sowie Tod der*s Klient*in.

Hauptgründe für die vorzeitige Beendigung von Psychotherapien



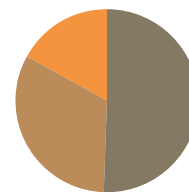
- **25,4 %** Klient*in erschien nicht mehr/war nicht mehr erreichbar
- **20,7 %** Abbruch durch Klient*in (z. B. aufgrund unzureichend eingeschätzter Therapiemotivation/Erfolgserwartung, problematischer Therapeut*in-Klient*in-Beziehung)
- **16,9 %** Klient*in ist umgezogen/wurde umverteilt
- **11,2 %** Abbruch durch Therapeut*in (z. B. aufgrund unzureichend eingeschätzter Therapiemotivation, problematischer Therapeut*in-Klient*in-Beziehung)
- **5,1 %** Therapieabbruch, weil es keine Kostenübernahme (mehr) gab
- **4,7 %** Klient*in wurde abgeschoben/ist „freiwillig“ ausgereist
- **16,1 %** Sonstige Gründe

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=31 PSZ mit 18.668 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

4.5.2 Sprachmittlung

Die PSZ arbeiten mit speziell für den psychosozialen Kontext geschulten Sprachmittler*innen sowie mehrsprachigen Therapeut*innen und Berater*innen, um eine qualitativ hohe Begleitung gewährleisten zu können. Auch 2023 fanden mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien mit Sprachmittlung statt und ein Drittel in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der fremdsprachlichen Beratungen/Therapien (ohne Sprachmittlung) leicht gestiegen. Ein Grund hierfür ist, dass vermehrt Fachkräfte, die aus der Ukraine geflüchtet sind, in den PSZ beschäftigt werden.

Sprachmittlung bei Beratungen/Therapien



- **50,8 %** Mit Sprachmittlung
- **32,5 %** In einer weiteren gemeinsamen Sprache (inkl. Englisch) von Mitarbeiter*in und Klient*in (ohne Sprachmittlung)
- **16,7 %** Auf Deutsch (ohne Sprachmittlung)

Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=46 PSZ mit 26.065 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2025

4.6 Versorgungsgaps

- 2023 konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen nur 3,3 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Im Vergleich zu 2022 konnten sie 27,2 Prozent weniger Menschen an andere Einrichtungen (z. B. niedergelassene Psychotherapeut*innen) weitervermitteln.
- Die durchschnittliche Wartezeit vom Erstkontakt bis zum ersten Therapietermin betrug 6,3 Monate und war somit länger als in der gesundheitlichen Regelversorgung (4,5 Monate).
- Fast ein Drittel der Zentren musste 2023 zeitweise Aufnahmestopps aufgrund der hohen Nachfrage und fehlender Ressourcen einführen.

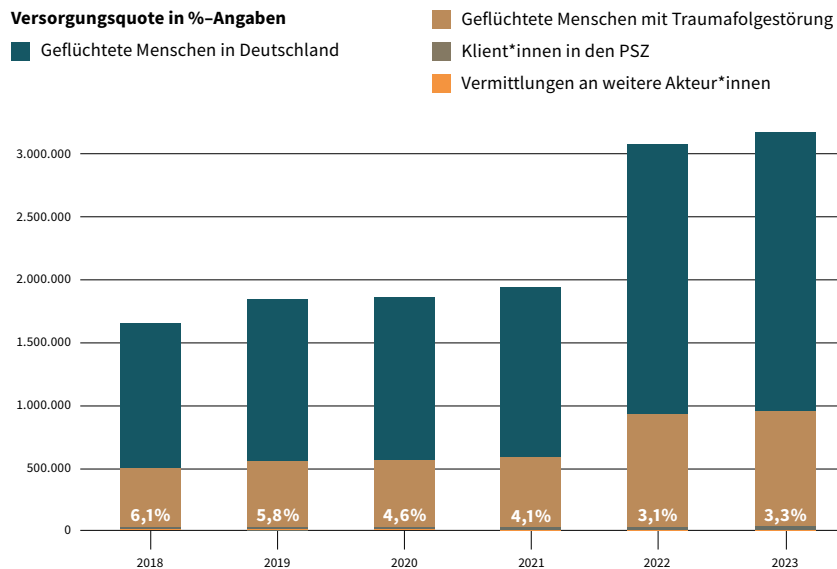
4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf

Studien zur Prävalenz psychischer Folgen von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen unter geflüchteten Menschen zufolge sind rund 30 Prozent der geflüchteten Menschen von depressiven Erkrankungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen (siehe Kapitel 2.2). Somit konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen 2023

nur 3,3 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Diese Versorgungsquote ergibt sich aus den folgenden Daten für das Jahr 2023:

- 3.173.135 geflüchtete Menschen in Deutschland (Ausländerzentralregister, 2025, Stichtag 31.12.2023)¹⁴
- 951.941 geflüchtete Menschen mit Traumafolgestörung (bei 30 Prozent Prävalenz)
- 29.180 Klient*innen in den PSZ
- 2.060 Vermittlungen an weitere Akteur*innen

Entwicklung der Versorgungsquote im Zeitverlauf



Quellen: Ausländerzentralregister 2019–2024, Befragung der PSZ 2019 - 2023, © BAfF 2025

¹⁴ Dazu zählen Schutzsuchende, die sich noch im Asylverfahren befinden, Schutzsuchende mit einem anerkannten Schutzstatus (Aufenthaltsstempel aus dem humanitären Bereich des Aufenthaltsgesetzes) und Schutzsuchende mit einem abgelehnten Schutzstatus. Auch ukrainische Geflüchtete mit einem offenen oder anerkannten Schutzstatus werden mitgezählt.

Auch wenn die Zentren ihre Kapazitäten ein wenig erhöhen konnten, reichten ihre Ressourcen bei Weitem nicht aus, um mehr als einen Bruchteil des Bedarfs zu decken. Im Zeitverlauf lässt sich auch keine positive Entwicklung der Versorgungsquote feststellen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass einige Menschen selbstorganisiert Wege finden, um mit den Folgen von Gewalt umzugehen. Einzelne kommen trotz der hohen Hürden ohne Vermittlung durch die PSZ in anderen Strukturen des Gesundheitssystems an. Viele benötigen dennoch die professionelle Unterstützung der PSZ, um sich zu stabilisieren, ihre Erlebnisse einzuordnen und sich neue Lebensperspektiven aufzubauen.

4.6.2 Wartezeiten

Klient*innen warteten 2023 durchschnittlich 2,6 Monate auf ein Erstgespräch, um den weiteren Versorgungsprozess zu klären (n=43 PSZ mit 22.143 Klient*innen).

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz nach dem Erstgespräch in einem PSZ betrug weitere 3,7 Monate (n=39 PSZ mit 21.053 Klient*innen). In einzelnen Zentren betrug die durchschnittliche Wartezeit zwölf bis 16 Monate.

Somit war die durchschnittliche gesamte Wartezeit vom Erstkontakt zum ersten Therapietermin mit 6,3 Monaten höher als in der gesundheitlichen Regelversorgung (4,5 Monate; vgl. Bleckmann et al., 2022; Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, 2021).¹⁵

Die lange Wartezeit führt bei Schutzsuchenden, die in vielen Aspekten ihres Lebens mit Unsicherheiten konfrontiert werden, zu einer hohen zusätzlichen Belastung. Aus diesem Grund und aufgrund ihrer eigenen

¹⁵ Aktuellere Daten waren nicht öffentlich zugänglich.

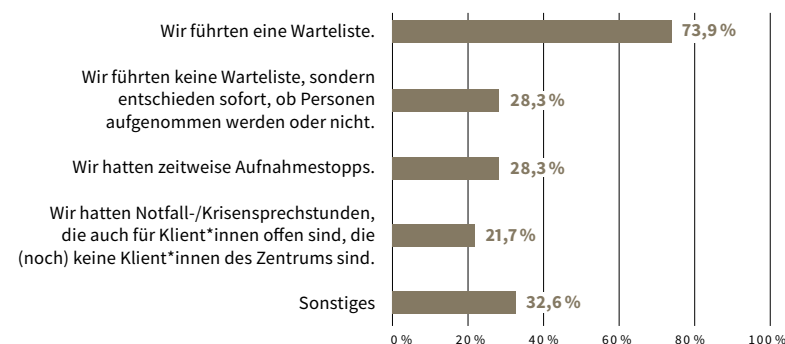
Unsicherheit über die künftige Finanzierung ihrer Arbeit (siehe Kapitel 4.7) führen einige Zentren keine Wartelisten mehr und entscheiden möglichst schnell, ob sie Schutzsuchende als Klient*innen aufnehmen oder nicht. Für Personen mit akuten Bedarfen werden zusätzliche Angebote bereitgestellt, um zumindest kurzfristig einer weiteren Verschlechterung des Zustands vorzubeugen (siehe Kapitel 4.6.3). Vielen bleibt aber die notwendige therapeutische Behandlung verwehrt, wodurch sie langfristig von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden.

4.6.3 Aufnahme von Klient*innen

Weil die PSZ deutlich mehr Anfragen bekommen, als sie bedienen können, haben sie über die Jahre verschiedene Aufnahmestrategien entwickelt. 2023 führten sieben von zehn Zentren eine Warteliste. Ein Drittel entschied – zumindest zeitweise –, keine Warteliste zu führen, sondern sofort zu bestimmen, ob Personen aufgenommen werden oder nicht. Auch temporäre Aufnahmestopps waren in einem Drittel der Zentren notwendig. Um trotz ihrer begrenzten Kapazitäten Klient*innen mit akuten Bedarfen unterstützen zu können, führte zudem ein Fünftel der Zentren Krisensprechstunden durch für Personen, die (noch) keine Klient*innen waren.

Bei manchen Zentren ist die Nachfrage so hoch, dass sie nur an einzelnen Tagen neue Anmeldungen aufnehmen können. Damit Personen mit dringenden Bedarfen trotzdem nicht untergehen, führten einige PSZ Außensprechstunden in anderen Landkreisen sowie die priorisierte Dokumentation von Folterspuren (vor ihrem Verschwinden) durch.

Aufnahmepraktiken der PSZ

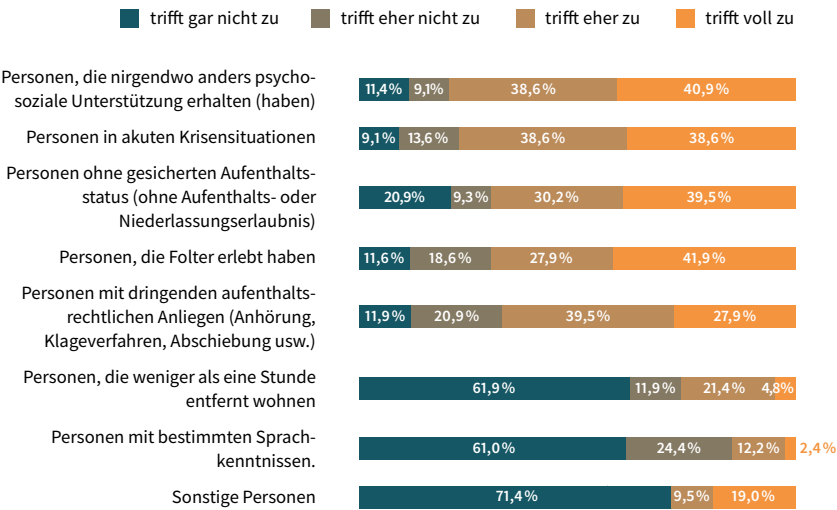


Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=46 PSZ mit 26.065 Klient*innen, Mehrfachangaben, © BAfF 2025

Entsprechend ihres Selbstverständnisses priorisieren die PSZ bei der Aufnahme neuer Klient*innen Personen ohne sicheren Aufenthaltsstatus. Wie im Vorjahr spielten folgende weitere Kriterien eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, ob Personen als Klient*innen aufgenommen werden oder nicht: fehlende Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung durch andere Stellen, akute Krisensituationen, Foltererfahrungen sowie dringende aufenthaltsrechtliche Anliegen. Sonstige Kriterien waren: besondere Bedarfe/Vulnerabilität (z. B. ältere Personen, Schwangere, Alleinerziehende, Kinder/Jugendliche), Familienangehörige von bisherigen Klient*innen, Personen, die sich selbst anmelden, sowie Geflüchtete aus der Ukraine (aufgrund zusätzlicher finanzieller Förderung spezifisch für diese Personengruppe).

Wohnort und Sprachkenntnisse spielten eine weniger entscheidende Rolle bei Aufnahmeentscheidungen.

Aufnahmekriterien der PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=41-44 PSZ mit 17.501 – 20.220 Klient*innen, Mehrfachangaben, © BAfF 2025

4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen

Aufgrund ihrer begrenzten Kapazitäten versuchen viele PSZ, Klient*innen an weitere Einrichtungen zu vermitteln, wenn eine adäquate Versorgung über diese möglich scheint. Das gelingt jedoch häufig aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren nicht (siehe Kapitel 2).

Diese Barrieren waren 2023 besonders zu spüren. In diesem Jahr konnten pro Zentrum nur durchschnittlich 89,4 Personen an weitere Einrichtungen weitervermittelt werden (n=38 PSZ mit 19.881 Klient*innen). Das entspricht einem Rückgang um 27,2 Prozent im Vergleich zu 2022 (122,8 Personen). Mehr als die Hälfte der weitervermittelten Personen (durchschnittlich 49,5 Personen) wurden nach

wie vor von den PSZ begleitet, weil nicht alle Bedarfe durch die anderen Einrichtungen abgedeckt werden konnten. In diesen Fällen mussten die Zentren weiterhin Ressourcen investieren, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Die Weitervermittlungen waren nach Akteur*innen durchschnittlich pro PSZ wie folgt aufgeteilt:

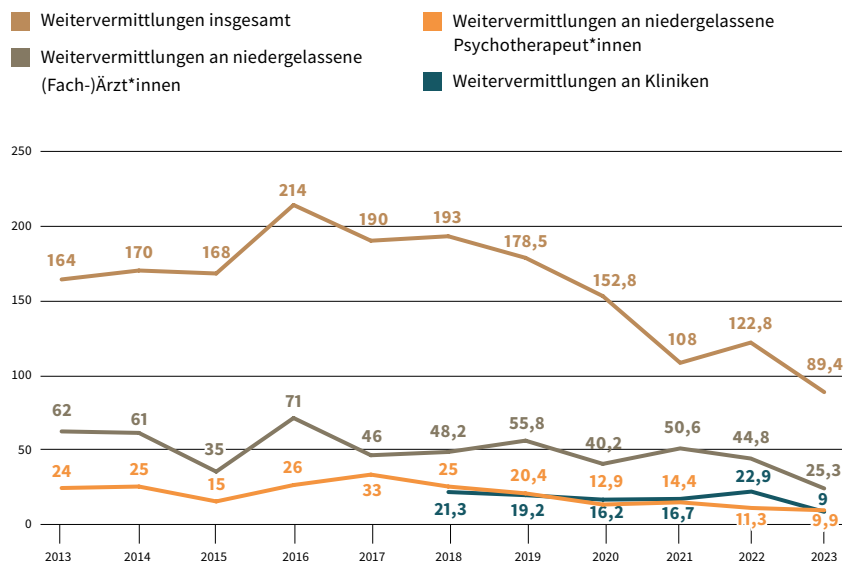
- 35,9 Klient*innen an Sozialberatungsstellen (Median: 22,0),
- 25,3 Klient*innen an niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen (Median: 12,5),
- 9,0 Klient*innen an Kliniken (Median: 6,0),
- 9,9 Klient*innen an niedergelassene Psychotherapeut*innen (Median: 4,0),
- 3,4 Klient*innen an ermächtigte Psychotherapeut*innen (Median: 0,0),
- 1,0 Klient*innen an Gutachter*innen (Median: 0,0),
- 28,3 Klient*innen an sonstige Einrichtungen/Personen (Median: 4,0; n=20-29 PSZ mit 9.884 - 14.322 Klient*innen).

Besonders auffällig ist, dass die Anzahl der Weitervermittlungen an Sozialberatungsstellen, niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen und Kliniken im Vergleich zu 2022 stark zurückging (Sozialberatungsstellen 2022: durchschnittlich 52,2 Personen; niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen 2022: durchschnittlich 44,8 Personen; Kliniken 2022: durchschnittlich 22,9 Personen).

Zu den sonstigen Einrichtungen/Personen gehörten: Anwält*innen, Rechtsberatungsstellen, der Sozialpsychiatrische Dienst, Ambulanzen, Jugendämter, ehrenamtliche Projekte sowie sonstige Fachberatungsstellen (z. B. für Betroffene von weiblicher Genitalverstümmelung oder Antidiskriminierungsberatung). Die Vermittlung zu diesen Stellen fand in der Regel ergänzend zur Betreuung in den Zentren statt.

Bei Betrachtung der Anzahl der Weitervermittlungen insbesondere in die gesundheitliche Regelversorgung im Zeitverlauf lässt sich keine positive Entwicklung feststellen. Die Anzahl der erfolgreichen Weitervermittlungen an (Fach-)Ärzt*innen, niedergelassene Psychotherapeut*innen und Kliniken ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesunken.

Entwicklung der Vermittlungszahlen im Zeitverlauf



Quelle: Befragung der PSZ 2013-2023, © BAfF 2025

4.7 Finanzierung

- Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet ist.

- Der größte Anteil der Finanzierung 2023 (29,0 Prozent) stammte aus Landesmitteln. 16,6 Prozent wurden über Bundesmittel bestritten.
- Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 5,7 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

4.7.1 Finanzierungsstrukturen

Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit ihrer Leistungen gefährdet ist. Die Finanzierungsquellen sind zudem oft sehr divers, was zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt, weil eine Vielzahl an Förderanträgen gestellt werden muss. Gleichzeitig ist die Diversität notwendig, solange es keine verbindliche langfristige Finanzierung gibt, um die Arbeitsfähigkeit der Zentren aufrechtzuerhalten. Im Falle von Rückgängen bei wichtigen Finanzierungsquellen (wie beispielsweise den Bundesländern), die oft kurzfristig bekannt gegeben werden, ist es essenziell, dass es hinreichend weitere Finanzierungsquellen gibt, die diese Lücke füllen können.

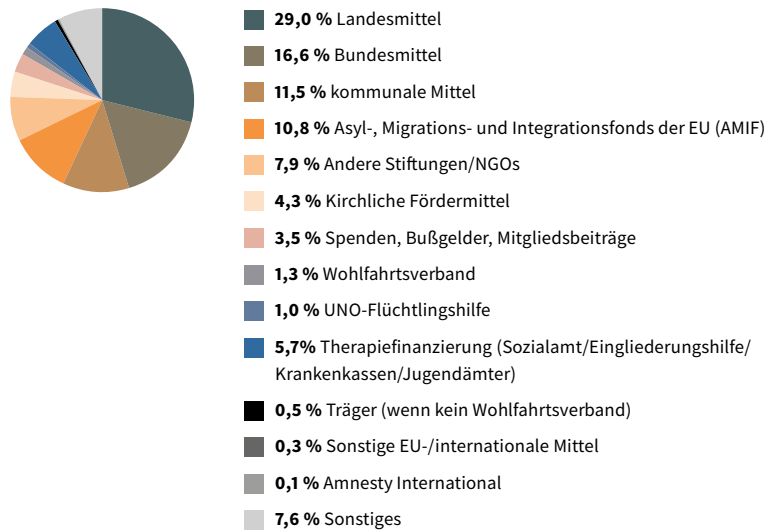
Eine zusätzliche Herausforderung bildet die zeitliche Befristung der meisten Finanzierungsquellen (häufig für ein Jahr), die dazu führt, dass Mitarbeiter*innen oft nur für einen befristeten Zeitraum eingestellt werden können. Dadurch wird die Suche nach qualifizierten Fachkräften erschwert.

Auch im Jahr 2023 stammte der größte Anteil (29,0 Prozent) der PSZ-Finanzierung aus Landesmitteln. Der Anteil der Bundesfinanzierung blieb ungefähr wie im Vorjahr bei 16,6 Prozent (2022: 14,2 Prozent). Die Förderung über den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) stieg deutlich. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Aufruf für die aktuelle Förderperiode verzögert im Sommer 2022

veröffentlicht wurde, sodass eine Förderung erst ab 2023 möglich war. Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 5,7 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

Sowohl die Finanzierungsstrukturen als auch die Budgets der einzelnen Zentren unterscheiden sich im Einzelnen stark. Beispielsweise stammten 2023 bei vier PSZ mehr als drei Viertel des Haushalts aus Landesmitteln, während fünf PSZ keine solchen erhielten. Das Zentrum mit dem größten Budget hatte ca. 8 Mio. Euro zur Verfügung, während das Zentrum mit dem kleinsten Budget lediglich über 170.000 Euro verfügte (durchschnittliches Budget unter allen PSZ: 1.150.346,57 Euro, Median: 678.892,50 Euro).

Finanzierungsquellen der PSZ



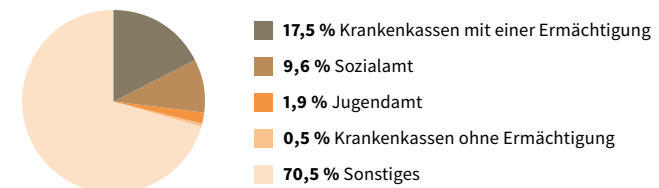
Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=19 PSZ mit 15.147 Klient*innen, © BAfF 2025

4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapien

Zwischen 2022 und 2023 gab es einen deutlichen Anstieg beim Anteil der Psychotherapien, die mit einer Ermächtigung (siehe Glossar) über die Krankenkassen abgerechnet werden konnten (2022: 6,5 Prozent). Durch das 2024 eingeführte Rückführungsverbesserungsgesetz können so jedoch nur Therapien für Asylbewerber*innen, die seit mindestens 36 Monaten in Deutschland sind, abgerechnet werden. Hierdurch ist zu erwarten, dass in Zukunft das Instrument der Ermächtigung deutlich weniger angewendet werden kann.

Der Gesamtanteil der Therapien, der über die zuständigen Leistungsträger finanziert werden konnte, blieb gering. Weniger als ein Drittel wurde von Sozialämtern, Krankenkassen und Jugendämtern übernommen. Somit bleiben die Zentren weiterhin sehr stark auf Fördermittel angewiesen.

Kostenübernahme von Psychotherapien in den PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2023, n=19 PSZ mit 15.147 Klient*innen, © BAfF 2025

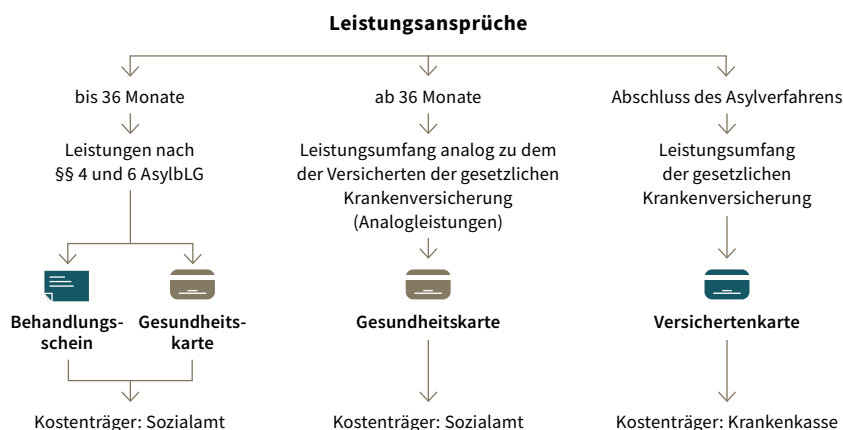
Kostenübernahme durch die Sozialämter

Die Sozialämter sind für die Kostenübernahme der gesundheitlichen Leistungen während des Asylverfahrens sowie bei geduldeten Personen und bei einzelnen humanitären Aufenthaltstiteln zuständig. Bei Personen, die seit weniger als 36 Monaten in Deutschland sind, gestaltet sich die Übernahme von Therapiekosten durch die Sozialämter jedoch

als schwierig. Der Aufwand für die Antragstellung ist in der Regel sehr hoch und mit geringen Erfolgchancen verbunden, da einem Antrag häufig nur stattgegeben wird, wenn akute Erkrankungen oder Schmerzzustände vorliegen (§ 4 AsylbLG). Von der Möglichkeit, Leistungen zu gewähren, wenn diese „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (§ 6 AsylbLG), wird – nach Erfahrungen der PSZ – bei Psychotherapien eher selten Gebrauch gemacht. Bundesweite Daten zur Genehmigung von Kostenerstattungsanträgen von Therapien auf Grundlage des AsylbLG liegen nicht vor.

Nach 36 Monaten besteht ein Anspruch auf Leistungen analog zu denen gesetzlich Versicherter.

Leistungsansprüche und Kostenträger während des und nach dem Asylverfahren



Angesichts der geringen Erfolgchancen beantragten 2023 lediglich acht PSZ eine Kostenübernahme von Psychotherapien beim Sozialamt. Zudem beantragten manche Zentren die Übernahme von Sprachmittlungs- und Fahrtkosten. Da Anträge in der Regel nur in Fällen mit

hohen Erfolgchancen gestellt wurden, war die Bewilligungsquote hoch: bei Therapien 92,5 Prozent, bei Sprachmittlung 85,0 Prozent und bei Fahrtkosten 100 Prozent (n=4-5 PSZ). Die Ablehnungsquote für Therapien war mit 7,5 Prozent jedoch weiterhin höher als bei gesetzlich Versicherten (2,6 Prozent; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024). Die Bearbeitung der Anträge dauerte im Schnitt 2,2 Monate und war somit auch länger als in der Regelversorgung (n=9 PSZ, in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt jeder Antrag, der nicht innerhalb von drei Wochen bearbeitet wird, automatisch als bewilligt).

Kostenübernahme durch die Jugendämter

Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe, gesetzlich geregelt im SGB VIII, können ebenfalls Kosten für Psychotherapie übernommen werden. Dafür stehen drei Möglichkeiten zur Verfügung, deren Voraussetzungen jeweils zu prüfen wären:

1. Zur Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses kann auch Psychotherapie angezeigt sein (vgl. Hilfen nach § 27 SGB VIII).
2. Im Fall einer (drohenden) seelischen Behinderung besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe, was je nach Hilfebedarf auch Psychotherapie umfassen kann (vgl. § 35a SGB VIII).
3. Für Psychotherapien im Rahmen der Krankenbehandlung sind vorrangig die Krankenkassen und Träger für Sozialleistungen zuständig. Für Kinder und Jugendliche, die sich in Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe befinden, muss jedoch die Gesundheitsversorgung über das Jugendamt gewährt werden, sodass auch die Kosten für eine erforderliche Psychotherapie zu übernehmen sind (vgl. § 40 SGB VIII).

Für **Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen (unbegleitete minderjährige Geflüchtete – umF)**, ist insbesondere die Gesundheitsversorgung über das Jugendamt relevant, da keine weitere greift. Zur Vereinfachung der Verwaltung werden sie auftragsgemäß durch eine

gesetzliche Krankenkasse betreut (§ 264 Abs. 2-7 SGB V). Dadurch entsteht zwar keine echte Mitgliedschaft bei der Krankenversicherung, sie erhalten aber in der Regel eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie gleichwertig und in vollem Umfang Zugang zu den Leistungen der Krankenkasse haben. Infolgedessen haben sie auch einen Anspruch auf Psychotherapie, wenn die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen (§ 27 SGB V). Leider gibt es zunehmend Versorgungsprobleme, weil Jugendämter die Erteilung der elektronischen Gesundheitskarte nicht oder nicht rechtzeitig einleiten. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten dann nur Krankenscheine, was zu Problemen bei der Aufnahme in Praxen und vor allem bei der Vereinbarung von Fachärzt*innenterminen führt.

Es kann auch dazu kommen, dass begleitete geflüchtete Kinder und Jugendliche, die bisher nur eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung über das AsylbLG hatten, in Hilfemaßnahmen des Jugendamtes aufgenommen werden, z. B. bei Inobhutnahmen. Wenn dann eine Psychotherapie erforderlich ist, muss das Jugendamt für die Krankenbehandlung sorgen und die Kosten für eine Psychotherapie übernehmen, wenn keine andere Versorgung mehr greift. Auch hier kommt es immer wieder zu Problemen, weil die Jugendämter z. B. auf die Krankenkassen verweisen, bei denen jedoch nie eine Mitgliedschaft bestand, wenn diese nur im Auftrag über das AsylbLG versorgt haben. Zu den Herausforderungen der Finanzierung von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen sei auf die Arbeitshilfe von BAfF und BuMF verwiesen (vgl. Melior & Scholz, 2025).

Kostenträger & Voraussetzungen bei Therapien für unbegleitete

	Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII)	Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII)	Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)
Voraussetzung	Behandlungsbedürftige psychische Störung und fehlende Krankenversicherung bzw. anderweitige Gesundheitsversorgung (z. B. AsylbLG)	Störung des Erziehungsprozesses	(drohende) seelische Behinderung
Versorgungsanspruch	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
Kostenträger	Jugendamt	Jugendamt	Jugendamt

Auch 2023 versuchten lediglich fünf Zentren, eine Psychotherapie über das Jugendamt abzurechnen. Die wenigen Anträge für Therapien (38 Anträge) und Fahrtkosten (5 Anträge) wurden genehmigt. Bei Sprachmittlungskosten wurden von 55 Anträgen lediglich zwei abgelehnt (n=2-5 PSZ).

Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Der gesetzliche Ausschluss vieler geflüchteter Menschen von der Krankenversicherung führt dazu, dass Therapien in den PSZ sehr selten darüber finanziert werden können. 2023 stellten drei PSZ Anträge auf Kostenübernahme von Psychotherapie bei Krankenkassen. Alle 45 Anträge wurden bewilligt (n=3 PSZ). Anträge auf Übernahme von Fahrt- oder Sprachmittlungskosten wurden nicht gestellt.

Kostenübernahme durch Ermächtigung

2015 wurde bundesweit eine neue Regelung zur sogenannten Ermächtigung von Psychotherapeut*innen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen geschaffen. Danach können ermächtigte Psychotherapeut*innen

und Einrichtungen, die keinen Kassensitz haben, Therapien mit bestimmten geflüchteten Menschen über die Krankenkassen abrechnen (obwohl die Sozialämter Leistungsträger bleiben). Hierdurch soll ermöglicht werden, dass mehr Psychotherapeut*innen geflüchtete Menschen behandeln können. Die Regelung ist jedoch an einige Voraussetzungen gebunden, die die Nutzung erschweren. So dürfen ermächtigte Psychotherapeut*innen lediglich Asylsuchende behandeln, die Zugang zu analogen Leistungen wie gesetzlich Versicherte haben (seit 36 Monaten in Deutschland, aber noch kein Mitglied einer Krankenversicherung). Die Asylsuchenden dürfen keine Aufenthaltserlaubnis, Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, also noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein. Wenn Änderungen des Aufenthaltsstatus während der Behandlung eintreten, entstehen Brüche in der Versorgung, da gegebenenfalls zu Behandler*innen mit Kassensitz gewechselt werden muss.

2023 verfügten lediglich sieben PSZ über eine institutionelle Ermächtigung, drei Mitarbeiter*innen aus anderen Zentren hatten eine persönliche Ermächtigung (n=45 PSZ). Alle 214 Anträge auf Kostenübernahme einer Therapie darüber wurden bewilligt (n=8 PSZ).

5

FAZIT
&
FORDERUNGEN

5 — Fazit & Forderungen

Die Versorgungsdaten aus den Psychosozialen Zentren (PSZ) zeichnen ein drastisches Bild der eklatant mangelhaften Versorgung schutzsuchender Menschen in Deutschland. Gesetzliche Ausschlüsse, ein Gesundheitssystem, das nicht für unsere vielfältige Gesellschaft ausgelegt ist, sowie die mangelnde Bereitstellung finanzieller und persönlicher Ressourcen führen dazu, dass Menschen, die vor Folter, Krieg und Verfolgung nach Deutschland geflüchtet sind, ein sicheres und gesundes Leben verwehrt bleibt. Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung werden unter der Überschrift „Verantwortung für Deutschland“ eine „Rückführungsoffensive“, aktive Zurückweisungen an deutschen Grenzen, die weitere Einschränkung des Familiennachzugs und viele andere Restriktionen der Rechte von Schutzsuchenden angekündigt. Dabei droht der eigentliche Kern des demokratisch-sozialen Rechtsstaates – wie im Grundgesetz verankert – verloren zu gehen, nämlich die staatliche Pflicht, die menschliche Würde zu achten und zu schützen.

Die Marginalisierung schutzsuchender Menschen führt nicht nur zu erhöhten Kosten für die öffentliche Verwaltung und das Gesundheitssystem (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015; Gold et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Burmester, 2014; Biddle, 2024), sondern gefährdet den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Durch ihre Ausgrenzung aus Gesundheitsversorgung, Arbeit, Wohnungen und Schulen werden rassistische Diskurse gestärkt. Die extreme Fokussierung politischer und medialer Aufmerksamkeit auf Migration als vermeintlich gesellschaftliches Problem lenkt davon ab, dass viele gesellschaftliche Institutionen, u. a. das Gesundheitswesen, (noch) nicht in der Lage sind, die Bedürfnisse unserer vielfältigen Bevölkerung zu adressieren.

Die Psychosozialen Zentren setzen seit Jahren ein Modell der Gesundheitsversorgung um und entwickeln es stetig weiter, in dem die Bedarfe und Ressourcen der Klient*innen im Vordergrund stehen. Trotz ihrer instabilen Finanzierung ermöglichen die Zentren durch die Vielfalt ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenzen Rehabilitation bei Personen, die Gewalt von kaum vorstellbarem Ausmaß erlebt haben. Ihre Arbeit zeigt, dass eine bedarfsgerechte Versorgung möglich ist, wenn der Wille vorhanden ist.

Damit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht nur für drei Prozent der Schutzsuchenden mit psychosozialen Unterstützungsbedarf ermöglicht werden kann, fordert die BAfF folgende Veränderungen im Bereich Gesundheits- und Migrationspolitik:

- die nachhaltige Finanzierung, Umsetzung und Qualitätssicherung eines flächendeckenden, zielgruppenübergreifenden und systematischen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen auf Basis der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU bzw. 2024/1346;
- dass geflüchtete Menschen von Anfang an in allen Bundesländern eine Krankenkassenkarte erhalten, das öffentliche Gesundheitssystem mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können und in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen werden;
- einen am Versorgungsbedarf orientierten Ausbau spezialisierter Hilfen in PSZ für Überlebende von Gewalt durch flächendeckende und verstetigte Finanzierung von Bund und Ländern;
- eine allgemeine Finanzierung von Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen über einen gesetzlichen Anspruch, vergleichbar mit dem Gebärdendolmetschen. Dieser muss auch über das AsylbLG, insbesondere für Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes, erreichbar sein und die Kostenübernahme für sie verbindlich regeln;

- die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungssensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen, unter anderem durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula;
- die Verbesserung der Datenlage zu den gesundheitlichen und psychosozialen Bedarfen und der Versorgung geflüchteter Menschen.

Zusammen mit unseren Mitgliedszentren und Kooperationspartner*innen begleiten wir den Weg zu einer inklusiveren und gerechteren Gesundheitsversorgung durch diverse Veranstaltungen, Publikationen, fachlichen Austausch und Vernetzung (BAfF, 2023). Gemeinsam setzen wir uns dafür ein, dass ein sicheres und würdevolles Leben für alle Menschen in Deutschland erreichbar wird.

6

LITERATURVERZEICHNIS

6 — Literaturverzeichnis

Aikins, M. A.; Bremberger, T.; Aikins, J. K.; Gyamerah, D.; Yıldırım-Caliman, D. (2021).

Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. <https://afrozensus.de/reports/2020/>

Ausländerzentralregister (2025). Migration und Integration: Schutzsuchende nach Schutzstatus und Berichtsjahren. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-zeitreihe-schutzstatus.html>

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

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

Baron, J.; Flory, L.; Krebs, D. (2020). Living in a Box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

Becker, D. (1992). Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Kore Verlag.

Bergmeyer, V. (2020). Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine Soziale Medizin*, 1, 4–7.

Biddle, L. (2024). Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben. *DIW Wochenbericht* 12: 199–207. https://www.diw.de/de/diw_01.c.897141.de/publikationen/wochenberichte/2024_12_4/verlaengerte_leistungseinschraenkungen_fuer_gefuechtete_ne_uer_gesundheit_erhoffte_einsparungen_duerften_ausbleiben.html

Blackmore, R.; Boyle, J. A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Gray, K.M.; Fitzgerald, G.;

Misso, M.; Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9): e1003337. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003337>

Bleckmann, W.; Maier-Borst, H.; Mersmann, S. (2022). Wartezeiten für Psychotherapieplätze sind weit höher als von Krankenkassen angegeben. Rundfunk Berlin-Brandenburg (rbb), rbb24, vom 25. Mai 2022. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2022/05/wartezeiten-psychotherapie-laenger-als-angaben-krankenkassen.html>

Border Violence Monitoring Network [BVMN] <https://borderviolence.eu/testimonies/>

Böttche, M.; Heeke, C.; Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 59, 621–626.

Bouhenia, M.; Farhat, J.B.; Coldiron, M.E.; Abdallah, S.; Visentin, D.; Neuman, M.; Berthelot, M.; Porten, K.; Cohuet, S. (2017). Quantitative survey on health and violence endured by refugees during their journey and in Calais, France. *Int Health*, 9(6), 335–342.

Bozorgmehr, K.; Biddle, L.; Gottlieb, N. (2022). Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration. In: *GGW* 2022, Jg. 22, Heft 3 (September), 15–26. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0322_bozorgmehr_et_al.pdf

Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>

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

Bundesministerium des Innern und für Heimat [BMI] (2024). Binnengrenzkontrollen an allen deutschen Landgrenzen angeordnet. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2024/09/binnengrenzkontrollen.html>

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und BAfF (2019). Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-Gesetz). Gemeinsame Stellungnahme der BPTK und der BAfF. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-01_STN_BPTK_BAfF_Geordnete-R%c3%bcckkehr-Gesetz.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und BAfF (2021). Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen. Für fremdsprachige Patient*innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/05/BAfF_BPTK_Positionspapier_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2021). Lebensgefahr durch Abschiebungen: Schwerkranke Geflüchtete müssen besser geschützt werden. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/04/BAfF_Forderungen-zum-Schutz-schwer-kranker-Geflüchteter_2021.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2020). Leitlinien der BAfF zur Organisation der Beratung und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/02/BAfF_Leitlinien_2020.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2023). Unser Wirken für geflüchtete Überlebende von Folter, Krieg und Verfolgung. Tätigkeitsbericht BAfF 2023. <https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2024/07/BAfF-Taetigkeitsbericht-2023.pdf>

Burmester, F. (2014). Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Fachtag Gesundheitsversorgung Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg.

Danish Refugee Council [DRC] (2025). The pushback – disconnect: current and anticipated practice. Protecting Rights at Borders (PRAB). https://drc.ngo/resources/news/pushbacks-at-european-borders-a-reality-ignored-despite-growing-challenges/?utm_source=chatgpt.com

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e. V. (2021). Report Psychotherapie 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Deutsches Institut für Menschenrechte [DIMR] (2016). Die EU-Türkei-Vereinbarung vom 18. März 2016: Umsetzung und Konsequenzen aus menschen- und flüchtlingsrechtlicher Perspektive. Empfehlungen an die Bundesregierung. Stellungnahme. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/DIMR_Stellungnahme_Menschenrechtliche_Bewertung_EU-Tuerkei-Vereinbarung_in_ihrer_Umsetzung_20_06_2016.pdf

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf

European Pushback Report [EPR] (2024). Collaboration: 11.11.11 (Belgium), Hungarian Helsinki Committee, We Are Monitoring Association (Poland), Center for Peace Studies (Croatia), Lebanese Center for Human Rights (CLDH), Sienos Grupė (Lithuania), Centre for Legal Aid – Voice in Bulgaria (CLA), Foundation Mission Wings (Bulgaria), I Want to Help Refugees/Gribu palīdzēt bēgļiem (Latvia). <https://11.be/sites/default/files/2025-02/Pushbacks%20Report%202024.pdf>

Fachinger, T.; Hoffmeyer-Zlotnik, P.; Stiller, M. (2024). Country Report: Access to the territory and push backs – Germany. Asylum Information Database (AIDA) by the European Council on Refugees and Exiles (ECRE). https://asylumineurope.org/reports/country/germany/asylum-procedure/access-procedure-and-registration/access-territory-and-push-backs/#_ftn8

Franko, K. (2020). The Crimmigrant Other – Migration and Penal Power. Key Ideas in Criminology. Routledge.

Forensic Architecture. <https://forensic-architecture.org/category/migration>

Führer, A. & Brzoska, P. (2020). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. Das Gesundheitswesen, 84(5), 474–478.

Gold, A. W.; Weis, J.; Janho, L.; Bidle, L.; Bozorgmehr, K. (2021). Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/30347/>

Hamber, B. (2009). Transforming Societies after Political Violence: Truth, Reconciliation, and Mental Health. Springer.

Herman, J. (1992). Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books.

- Janda, C.** (2021). Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. In: Nowak, A. C.; Krämer, A.; Schmidt, K. (Hrsg.), *Flucht und Gesundheit. Facetten eines interdisziplinären Zugangs. Z'Flucht*, Sonderband, 31–49.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung** (2024). Gutachtenstatistik 2023. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/Gutachtenstatistik_2023.pdf
- Keilson, H.** (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke
- Krause, U.** (2018). Gewalterfahrungen von Geflüchteten. State-of-Research Papier 03, Verbundprojekt ‚Flucht: Forschung und Transfer‘, Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück / Bonn: Internationales Konversionszentrum Bonn (BICC), Juni 2018. <https://flucht-forschung-transfer.de/wp-content/uploads/2017/05/State-of-Research-03-Gewalterfahrungen-von-Flüchtlingen-Ulrike-Krause-1.pdf>
- Lindert, J.; Ehrenstein, O. S. von; Wehrwein, A.; Brähler, E.; Schäfer, I.** (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- Martin-Baro, I.** (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. UCA Editores.
- Medecins Sans Frontieres [MSF]** (2021). Krise mit Vorsatz. Die medizinischen Auswirkungen des EU-Hotspot-Modells auf den griechischen Inseln. https://www.msf.ch/sites/default/files/2021-06/20210610_rep_greece_hotspot_de_0.pdf
- Medecins Sans Frontieres [MSF]** (2024). Tod, Verzweiflung und Elend. Die gesundheitlichen Folgen der EU-Migrationspolitik. https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/sites/default/files/2024-07/2024_Tod-Verzweiflung-Elend_Die%20gesundheitlichen%20Folgen%20der%20europaeischen%20Migrationspolitik.pdf?utm_source
- Mediendienst Integration** (2025). Wie viele Geflüchtete kommen über das Mittelmeer? <https://mediendienst-integration.de/migration/flucht-asyl/eu-asylpolitik.html#c1302>
- Melior, M. & Scholz, L.** (2025). Therapeutische Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen. Arbeitshilfe zur Beantragung von Kostenübernahmen für Therapien und Sprachmittlung. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/03/arbeitshilfe-therapeutisches-arbeiten-mit-jungen-gefluchteten-menschen_BAfF_BumF_2025.pdf
- Mlodoch, K.** (2017). *Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung*. Vandenhoeck & Ruprecht.

- Mohammed, L. & Karato, Y.** (2022). *Flucht und Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht 2022*. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAfF_Versorgungsbericht-2022.pdf
- Mohsenpour, A.; Biddle, L.; Krug, K.; Bozorgmehr, K.** (2021): Measuring Deterioration of Small-Area Housing Environment: Construction of a Multi-dimensional Assessment Index and Validation in Shared Refugee Accommodation. *SSM – Population Health*, Vol. 13, 100725. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100725>
- Nowak, A.C.; Nutsch N.; Brake, T.M.; Gehrlein, L.M.; Razum, O.** (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*. 2023 Jul 5;23(1):1289. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15931-1>
- Nutsch, N. & Bozorgmehr, K.** (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2020 Dec; 63(12):1470-1482. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7686213/pdf/103_2020_Article_3238.pdf
- Pichl, M.** (2024). Die Reform des Europäischen Asylsystems. *Asylmagazin* 4–5, 141–147.
- PRO ASYL** (2024). So läuft das nicht: Die lange Liste der Probleme mit der Bezahlkarte. <https://www.proasyl.de/news/so-laeuft-das-nicht-die-lange-liste-der-probleme-mit-der-bezahlkarte/>
- Rodríguez Sánchez, A.; Wucherpennig, J.; Rischke, R.; Iacus, S.M.** (2023). „Search-and-rescue in the Central Mediterranean Route does not induce migration: Predictive modeling to answer causal queries in migration research“. *Nature Portfolio* (ed.): Scientific Reports 13:110114, DOI: 10.1038/s41598-023-38119-4.
- Schülle/Frankensteine (2019)**. Europa- und verfassungsrechtliche Anforderungen an die Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG in Hinblick auf Leistungen für geflüchtete Menschen mit Behinderungen – Anmerkungen zu LSG Hessen, Beschl. vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER und LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. vom 01.02.2018 – L 8 AY 16/17 B ER; Beitrag A16-2019 unter www.reha-recht.de; 15.08.2019. <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a16-2019>
- Sea-Watch.org** (2024): Crimes of the European Coast Guard Agency Frontex – Second Report. Frontex Factsheet. <https://sea-watch.org/wp-content/uploads/2024/05/Frontex-Factsheet-2nd-Report.pdf>

Steegmann, S.; Steinfurth, E.; Teigler, L. (2023). Möglichkeiten und Grenzen von Kurzzeittherapie in einem Psychosozialen Zentrum. In: Karato, Y. Flucht & Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht 2023, 30–48. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/BAfF_Versorgungsbericht2023.pdf

Steel, Z.; Chey, T.; Silove, D.; Marnane, C.; Bryant, R. A.; van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events with Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549

Träbert, A. & Teigler, L. (2022). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der psychosozialen Versorgung traumatisierter Geflüchteter: Schutzbedarfskomplexe und praktische Ansätze. *neue praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, Sonderheft 17, 105–120.

UNHCR (1951). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf

UNICEF (2017). A Deadly Journey for Children. The Central Mediterranean Migration Route. <https://www.unicef.org/sites/default/files/press-releases/glo-media-UN053732.pdf>

Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(18), A-899 / B-783/ C-779

7

ANHANG

7 — Anhang

7.1 Glossar

Abschiebungsverbot/-hindernis: Bei Personen, die keine Anerkennung als Asylberechtigte*r oder Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention und keinen subsidiären Schutz erhalten, ist im Asylverfahren ein Abschiebungsverbot festzustellen, wenn bestimmte Gründe gegen eine Abschiebung sprechen. Ein solches zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot (§ 60 Absatz 5 und 7 AufenthG) wird erteilt, wenn beispielsweise wegen besonders schlechter humanitärer Bedingungen im Herkunftsland eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit der Person besteht. Bei Feststellung eines Abschiebungsverbots erhalten Menschen eine Aufenthaltserlaubnis. Ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis liegt vor, wenn eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich ist, beispielsweise bei krankheitsbedingter Reiseunfähigkeit (§ 60a Absatz 2c und 2d AufenthG), aufgrund von familiären Beziehungen oder bei Fehlen von Identitätsnachweisen. Liegt ein solcher Fall vor, erhalten Menschen eine Duldung.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt den Anspruch von Personen auf Geld- und Sachleistungen während des Asylverfahrens und in anderen Fällen eines prekarierten Aufenthalts.

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

Besondere Schutzbedarfe: Die Aufnahmerichtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates (2013/33/EU) verbietet bestimmte Personengruppen als besonders vulnerabel, erneut Diskriminierung und Gewalt zu erleben, und leitet daraus eine besondere Schutzbedürftigkeit ab. Die nicht abschließende Aufzählung umfasst (unbegleitete) Minderjährige,

Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Allein-erziehende minderjähriger Kinder, Betroffene von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen, die Folter oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt erlitten haben. Mit der GEAS-Reform wurde die Aufnahmerichtlinie neu gefasst (2024/1346) und benennt nun auch explizit sexuelle und geschlechtliche Minderheiten als besonders schutzbedürftig. Die EU-Mitgliedsstaaten sind bei der Aufnahme dazu verpflichtet, besonders schutzbedürftige Geflüchtete zu identifizieren und angemessen zu versorgen. Hierzu zählt die Berücksichtigung ihrer besonderen individuellen Schutzbedürfnisse in der Unterbringung und im Gewaltschutz sowie in der (physischen und psychischen) Gesundheitsversorgung und im Asylverfahren.

Dublin-Verfahren: Im sogenannten Dublin-Verfahren wird geprüft, welcher EU-Staat für die Durchführung eines Asylverfahrens zuständig ist. Wurde beispielsweise eine Person bereits in einem anderen EU-Staat als Asylsuchende*r registriert, kann sie im Rahmen des sogenannten Dublin-Verfahrens in dieses Land innerhalb eines bestimmten Zeitraums zurückgeschoben werden (Dublin III-VO (EU) Nr. 604/2013 i. V. m. der Durchführungsverordnung zur Dublin III-VO (EU) Nr. 118/2014 und der EURODAC II-VO (EU) Nr. 603/2013). Mit Geltung ab dem 01.07.2026 ersetzt die Verordnung (EU) 2024/1351 über Asyl- und Migrationsmanagement (AMM-VO) die Dublin III-VO.

Duldung („vorübergehende Aussetzung der Abschiebung“): Eine Duldung ist der rechtliche Status, den Personen ohne gesicherten Aufenthalt erhalten, wenn eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich ist (beispielsweise wegen Erkrankungen, familiären Bezugspersonen in Deutschland oder aufgrund von fehlenden Papieren).

EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates): Die EU-Aufnahmerichtlinie definiert die Mindeststandards für die Aufnahme von Schutzsuchenden durch die

EU-Mitgliedsstaaten bezüglich Unterbringung, medizinischer Versorgung sowie Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt. Die reformierte EU-Aufnahmerichtlinie 2024/1346 muss bis zum 11.06.2026 in deutsches Recht umgesetzt werden.

Ermächtigung (nach § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzt*innen): Mit einer Ermächtigung können Psychotherapeut*innen ohne Kassensitz Therapien über die Krankenkassen abrechnen. Diese Regelung gilt jedoch nur für die Behandlung von Schutzsuchenden, die bereits 36 Monate in Deutschland leben, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben und noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

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

Psychologische*r Psychotherapeut*in: Psychologische Psychotherapeut*innen unterscheiden sich von ärztlichen Psychotherapeut*innen dadurch, dass sie ein Psychologiestudium und nachfolgend eine Psychotherapeut*innenausbildung absolviert haben statt eines Medizinstudiums und einer Ausbildung zur*in Fachärzt*in. Bei der Mehrheit der niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Deutschland handelt es sich um Psychologische Psychotherapeut*innen.

Sequentielle Traumatisierung: Nach Hans Keilson wird Trauma als Prozess gesehen, wonach nicht mehr nur ein einzelnes traumatisches Ereignis, sondern eine Abfolge von Ereignissen betrachtet werden sollte. Für eine Bewältigung der Erlebnisse spielen insbesondere die Lebensbedingungen nach den traumatisierenden Ereignissen und die damit verbundene Möglichkeit, die Traumatisierungskette zu durchbrechen, eine bedeutsame Rolle.

Sichere Herkunftsstaaten: Bei sogenannten sicheren Herkunftsstaaten geht die deutsche Gesetzgebung davon aus, dass dort keine staatliche Verfolgung stattfindet und der Staat vor Verfolgung durch Dritte schützen kann. Personen aus diesen Ländern haben deutlich schlechtere Chancen, einen Schutzstatus in Deutschland zu erhalten. Derzeit stehen auf der Liste der sogenannten sicheren Herkunftsstaaten: alle Mitgliedsstaaten der EU, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Ghana, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Republik Moldau, Senegal, Serbien.

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

7.2 Übersicht der PSZ

Die Psychosozialen Zentren finden sich in allen Bundesländern.*



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

BADEN-WÜRTTEMBERG

- 1 Nadia Murad Zentrum (Standort Lörrach)
- 2 Traumanetzwerk Lörrach
- 3 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. Karlsruhe
- 4 PSZ Nordbaden (Standort Karlsruhe)
- 5 Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
- 6 refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
- 7 PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene
- 8 BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
- 9 REFUGIO Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge

BAYERN

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

BERLIN

- 12 Zentrum Überleben gGmbH
- 13 XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
- 14 MeG betreutes Wohnen gGmbH, Psychosoziale Unterstützung und Therapie für Migrant_innen erster Generation
- 15 Fachstelle für LSBTI*-Geflüchtete

BRANDENBURG

- 16 PSZ Brandenburg – mit folgenden Standorten in Brandenburg: 16.01 Landkreis Barnim, 16.02 Landkreis Elbe-Elster, 16.03 Landkreis Oberspreewald-Lausitz, 16.04 Landkreis Oder-Spree, 16.05 Landkreis Spree-Neiße, 16.06 Landkreis Teltow-Fläming, 16.07 Cottbus, 16.08 Landkreis Ostprignitz-Ruppin, 16.09 Landkreis Märkisch-Oderland, 16.10 Frankfurt (Oder), 16.11 Potsdam, 16.12 Landkreis Potsdam-Mittelmark, 16.13 Landkreis Oberhavel

BREMEN

- 17 REFUGIO Bremen – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

HAMBURG

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

HESSEN

- 21 FATRA Frankfurt (Main) – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.
- 22 Ev. Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt (Main) – Haus am Weißen Stein – Beratung und Therapie für Flüchtlinge
- 23 PBF – Psychosoziale Beratungsstelle für Flüchtlinge (Standort Frankfurt (Main))

MECKLENBURG-VORPOMMERN

- 24 Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern, Greifswald
- 25 Psychosoziales Zentrum Neubrandenburg im Café International
- 26 Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

NIEDERSACHSEN

- 27 Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Hildesheim
- 28 IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Oldenburg

NORDRHEIN-WESTFALEN

- 29 Caritas Therapiezentrum für Menschen nach Folter und Flucht (Standort Köln)
- 30 Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
- 31 PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr
- 32 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
- 33 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund
- 34 PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Überlebende von Trauma, Flucht und Folter
- 35 PSZ Aachen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)
- 36 MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.
- 37 Psychosoziales Zentrum im Haus Mondial (Standort Bonn)

RHEINLAND-PFALZ

- 38 PSZ Montabaur
- 39 Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma (Standort Mainz)
- 40 Psychosoziales Zentrum Pfalz (Standort Ludwigshafen)
- 41 Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier
- 42 IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen
- 43 Psychosoziales Zentrum Westpfalz (Standort Kaiserslautern)

SAARLAND

- 44 PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

SACHSEN

- 45 Psychosoziales Zentrum – Beratungsstelle Chemnitz
- 46 Psychosoziales Zentrum Dresden
- 47 Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig

SACHSEN-ANHALT

- 48 Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Standorte in 48.1 Halle (Saale), 48.2 Magdeburg und 48.3 Stendal)

SCHLESWIG-HOLSTEIN

- 49 Brücke Schleswig-Holstein, Kiel
- 50 Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete (Standort Neumünster)

THÜRINGEN

- 51 Refugio Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (Standorte in 51.1 Jena und 51.2 Erfurt)

Impressum

HERAUSGEBERIN: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der
Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.
Wilhelmstraße 115, 10963 Berlin
TEL.: +49 (0) 30 – 310 124 63 **E-MAIL:** info@baff-zentren.org
WEB: www.baff-zentren.org

AUTOR*INNEN: Yukako Karato, Larissa Hilt, Alva Träbert, Claudia Theilig
LEKTORAT: Dr. Patrick Baumgärtel
GESTALTUNG & SATZ: Hartmut Friedrich-Pfefferkorn
DRUCK: Umweltdruckerei
PAPIER: Innenteil 100 g/m² Recyclingpapier (klimaneutral)
Umschlag 300 g/m² Recyclingkarton

Die Publikation kann über den Onlineshop der BAfF bestellt werden:
<http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/>

Wollen Sie unsere Arbeit unterstützen?

SPENDENKONTO: BAfF e.V. **IBAN:** DE90 3702 0500 0003 2096 00
SozialBank **BIC:** BFSWDE33BER

HERZLICHEN DANK an die Psychosozialen Zentren, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufbrachten. Vielen Dank auch an Jenny Baron, Lea Flory und Lenssa Mohammed für die Konzipierung der bisherigen Versorgungsberichte sowie an Urszula Bertin, Karol Cichocki und Maria Książak für die Interviews. Abschließend möchten wir uns auch beim BAfF-Team und dem Vorstand, insbesondere Jenny Baron, Marie-Claire Wygand und Barbara Wolff für ihr hilfreiches Feedback und die Unterstützung bei der Endredaktion bedanken.

Diese Publikation wurde aus Mitteln
des Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend finanziert.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

© BAfF e. V. 2025. Alle Rechte vorbehalten.



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

www.baff-zentren.org