

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.**

Policy Paper

FINANZIERUNGSLÜCKEN BEI BUNDES- UND EU-MITTELN ZUR PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG GEFLÜCHTETER

**Analyse und Empfehlungen zur Stabilisierung
spezialisierter Versorgungsstrukturen
zwischen nationaler Verantwortung und
europäischer Förderpolitik**

10. Oktober 2025



**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer**

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Finanzierungslücken auf Bundes- und europäischer Ebene

Die Psychosozialen Zentren für Geflüchtete (PSZ) stehen vor dem Kollaps: Zwei zentrale Finanzierungsquellen – Bundesmittel aus dem Haushalt des Familienministeriums sowie Projekte aus dem europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds fallen 2026 zu großen Teilen weg oder werden massiv gekürzt. Zusammen machen diese Mittel 27,4 % der Gesamtfinanzierung der 51 bundesweiten Zentren aus. Ohne Sofortmaßnahmen drohen ab Januar 2026 an manchen Standorten die Entlassung von 60% des Fachpersonals und damit ein drastischer Rückbau der ohnehin stark eingeschränkten Versorgungskapazitäten.

Kürzung der Bundesmittel

Der Haushaltsplan 2026 sieht eine Kürzung um 41 % vor – von aktuell 12,04 Millionen Euro auf **nur noch 7,1 Millionen Euro**. Die Beteiligung des Bundes an den Kosten für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter läge bei dieser Summe künftig bei gerade einmal **7,20€ pro potenziell erkrankter Person**¹. Zum Vergleich: In der Allgemeinbevölkerung liegen die Krankheitskosten ausschließlich für die ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen bei rund 1.250 € pro erkrankte Person.

Verteilungsprobleme bei EU-Mitteln

Für Versorgungsangebote, die aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) finanziert werden, können aufgrund eines Antragsstopps bereits **seit 9 Monaten keine Mittel mehr beantragt** werden. Viele Hilfsangebote laufen daher Ende des Jahres aus, neue Projekte werden jedoch frühestens im Sommer 2026 beginnen können. Obwohl das Gesamtvolumen des Fonds nach Angaben des BAMF verdoppelt wurde, liegen die Mittel für den Förderschwerpunkt zur psychosozialen Versorgung mit insgesamt 60 Millionen Euro für die nächsten 3 Jahre rund **30% unter der Summe, die alle 51 PSZ bundesweit für diesen Zeitraum beantragen müssten**, um ihre Versorgungsstrukturen aufrechtzuerhalten. Besonders drastisch könnte sich eine Neuregelung bei der Verteilung der EU-Gelder auswirken: Einrichtungen wie die PSZ sollen die Finanzierung von psychotherapeutischen und sozialen Hilfen künftig nicht mehr eigenständig beantragen dürfen. Die Mittel sollen **nicht nach Bedarf und Qualität der Anbietenden**, sondern zunächst nach **Königsteiner Schlüssel** an die Länder verteilt werden. **Geflüchtete, die ohnehin in ärmeren Regionen mit lokal eventuell schlechteren Integrationsperspektiven leben, werden unter dieser Regelung am meisten leiden**. In einzelnen Regionen wäre durch den Schlüssel nur noch 1/5 des eigentlich benötigten Budgets überhaupt für Anträge freigegeben.

Konsequenzen der Finanzierungskrise für das Versorgungssystem

Eine kurzfristige Kompensation der Finanzierungslücken oder ein Auffangen des Versorgungsdrucks im Gesundheitssystem ist angesichts des allgemein hohen Kürzungsdrucks sowie der Zugangsbarrieren für Geflüchtete nicht möglich.

¹ Rund 30% der geflüchteten Menschen zeigen Symptome einer Traumafolgestörung (vgl. Blackmore et al., 2020; Lindert et al., 2018; Steel et al., 2009), betroffen sind demnach rund 990.000 Personen. Die 7,1 Millionen Euro aus dem Familienministerium sind außerhalb des stark eingeschränkten Gesundheitssystems die einzige Finanzierungsquelle des Bundes, über die Ausschlüsse aus dem Regelsystem kompensiert werden.

Versorgungspolitisch: Es drohen bundesweit Aufnahmestopps und Therapieabbrüche. Die Wartelisten der verbleibenden Einrichtungen werden ins Unerträgliche wachsen, Erkrankungen chronifizieren, Krisen werden sich zuspitzen und die Versorgungslast verschiebt sich in den akutstationären Bereich, also die Notaufnahmen der Kliniken. Die PSZ sind nach wie vor die einzigen spezialisierten Einrichtungen für schwer traumatisierte Geflüchtete. Sie versorgen jährlich 30.000 Klient*innen – und decken damit schon heute nur 3,1 % des Bedarfs - bei einer Wartezeit von über sechs Monaten². Im Gesundheitssystem selbst finden Studien zufolge nur zwischen 1 bis 4% der Betroffenen psychosoziale Unterstützung³.

Rechtlich: Deutschland hat durch die UN-Antifolterkonvention sowie die EU-Aufnahmerichtlinie einen staatlichen Auftrag zur Versorgung traumatisierter Geflüchteter. Diese Pflicht wird verletzt, wenn insbesondere vulnerable Personen weder im Gesundheitssystem noch über spezielle Förderprogramme Hilfe finden.

Ökonomisch: Die Versorgungskosten sind höher, wenn ambulante Angebote seltener genutzt werden können und stationäre Notfallbehandlungen notwendig werden.⁴ Letztere sind im Vergleich 13-mal teurer als ambulante Psychotherapie⁵. Volkswirtschaftlich generiert jeder Euro, der in die PSZ investiert wird, einen Gewinn von 2,5 bis 3 Euro⁶. Eine durch Steuermittel finanzierte Versorgung in den Psychosozialen Zentren (PSZ) würde also perspektivisch alle anderen Sozialsysteme, so auch die Kranken- und Rentenversicherungssysteme, entlasten und wirkt sich durch reduzierte Produktivitätsausfälle auch auf Arbeit, Bildung und Teilhabe positiv aus.

Handlungsbedarf: Empfehlungen an Bund und Länder

An den Haushaltsausschuss des Bundestags:

- 1. Aufstockung der Bundesmittel auf mindestens 27 Millionen Euro**, auch, um eine Überbrückungsfinanzierung für vom Wegfall der AMIF-Mittel betroffene Zentren zu sichern.
- 2. Nachhaltige, bedarfsorientierte Verankerung der PSZ als unverzichtbare Infrastruktur im Bundeshaushalt.** Die Grundversorgung, die sie leisten, darf nicht länger projektabhängig sein.

An das BAMF und die Vertreter*innen der Länder im AMIF-Begleitausschuss:

- 1. Aufstockung der AMIF-Mittel um 30%:** Da das Gesamtvolumen des AMIF nach Angaben des BAMF verdoppelt wurde, ist eine Aufstockung des psychosozialen Förderschwerpunkts auf 86 Millionen Euro für die Jahre bis zur nächsten Förderperiode geboten.
- 2. Verteilung der Mittel über Versorgungsbedarf, Qualität und Spezialisierungsgrad** statt Königsteiner Schlüssel, damit Versorgungsstrukturen nicht kollabieren – insbesondere dort, wo die Lebens- und Versorgungsbedingungen für Geflüchtete ohnehin besonders prekär sind.
- 3. Projekte mit bundesweitem Wirkungskreis ermöglichen**, um Wissenstransfer, Qualitätssicherung und Sensibilisierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem sicherzustellen.

² Karato & Flory, 2024

³ Dumke et al., 2024; Führer et al., 2020

⁴ Bozorgmehr & Razum, 2015; Hollederer, 2020

⁵ Rabe-Menssen et al., 2021

⁶ Gerlinger et al., 2024

Über die BAfF

Die BAfF e. V. ist der Bundesverband der 51 Psychosozialen Zentren, die Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht helfen. Seit 29 Jahren setzt sie sich für eine flächendeckende und niederschwellige Versorgung von geflüchteten Menschen ein. Diese benötigen nach oft schwer traumatisierenden Erfahrungen schnelle psychosoziale Begleitung. Die BAfF vertritt die Interessen von Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen gegenüber der Politik und der (Fach-) Öffentlichkeit, vernetzt Akteur*innen der psychosozialen Arbeit und bringt sich durch Projekte, Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit in den fachlichen und politischen Diskurs ein.

Die Psychosozialen Zentren versorgen jährlich knapp 30.000 Klient*innen und vermitteln rund 2.000 Klient*innen an kooperierende Ärzt*innen und Therapeut*innen der Regelversorgung. Damit versorgen sie nur 3,1 % der potenziell behandlungsbedürftigen Personen.

Kontakt

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V.**

Wilhelmstraße 115 | 10963 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 – 31012463

E-Mail: info@baff-zentren.org

Web: <https://www.baff-zentren.org>

Instagram: <https://www.instagram.com/baffev/>

Newsletter: <http://www.baff-zentren.org/newsletter/>

Spenden: <https://www.baff-zentren.org/spenden/>

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
Problembeschreibung: Finanzierungslücken auf Bundes- und europäischer Ebene.....	2
Kürzung der Bundesmittel.....	2
Verteilungsprobleme bei EU-Mitteln	2
Konsequenzen der Finanzierungs Krise für das Versorgungssystem	2
Handlungsbedarf: Empfehlungen an Bund und Länder	3
1. Zur Kürzung der Bundesmittel: Auftrag, Reichweite und Lücken in der Finanzierung der PSZ	6
Aus welchem Haushaltstitel werden die PSZ finanziert? Welche Mittel gab es bisher?.....	6
Welche Kürzungen sind angekündigt? Welche Folgen sind für die Anzahl betreuter Klient*innen zu erwarten?	7
In welcher Relation stehen die Ausgaben im Bundesprogramm im Kontext der psychosozialen Versorgung für die Allgemeinbevölkerung?	7
Warum ist eine Finanzierung der PSZ aus Bundesmitteln geboten und ökonomisch rational?	8
2. Zum Finanzierungsstopp bei EU-Mitteln: Bedeutung und Fehlsteuerungsrisiken im Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)	9
Bedeutung des Fonds: Welche Rolle spielen EU-Mittel für die psychosoziale Versorgung in Deutschland? 9	
Vergabe der EU-Mittel: Wie wird der Fonds in Deutschland vom BAMF gesteuert?	9
Antragsstopp und neue Verteilungssystematik: Welche Defizite entstehen 2026?	10
Warum ist der Königsteiner Schlüssel kein geeignetes Instrument zur Verteilung von Mitteln im sozialen Bereich?	10
Praktische Folgen für die Versorgung in den PSZ.....	11
Kriterien für sachgerechte Mittelvergabe: Bedarfsorientierung und Qualität der Versorgungsangebote	11
3. Ausmaß der Finanzierungslücke 2026	13
Wie groß ist das Finanzierungsdefizit 2026 insgesamt?	13
Kann die Finanzierungslücke 2026 durch alternative Finanzierungsquellen überbrückt werden?	13
4. Evidenz zum Handlungsbedarf: Warum die Psychosozialen Zentren für eine bedarfsgerechte Versorgung unverzichtbar sind	14
Rechtliche Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem	14
Studien zur Versorgung von Geflüchteten im Regelsystem	14
Daten zu den Folgen eingeschränkter Versorgung.....	16
5. Folgen für die Versorgung geflüchteter Klient*innen	17
Gesellschaftliche und ökonomische Effekte frühzeitiger Versorgung: Wer profitiert von einer frühzeitigen Unterstützung durch die PSZ?	17
6. Empfehlungen	18
Empfehlungen zur Gestaltung der Bundesfinanzierung für die PSZ: Versorgungspflicht wahrnehmen, Strukturen absichern.....	18
Empfehlungen zur Vergabe der EU-Mittel aus dem AMIF: Europäische Mittel bedarfsgerecht und fair einsetzen.....	18
Literatur	20

1. Zur Kürzung der Bundesmittel:

Auftrag, Reichweite und Lücken in der Finanzierung der PSZ

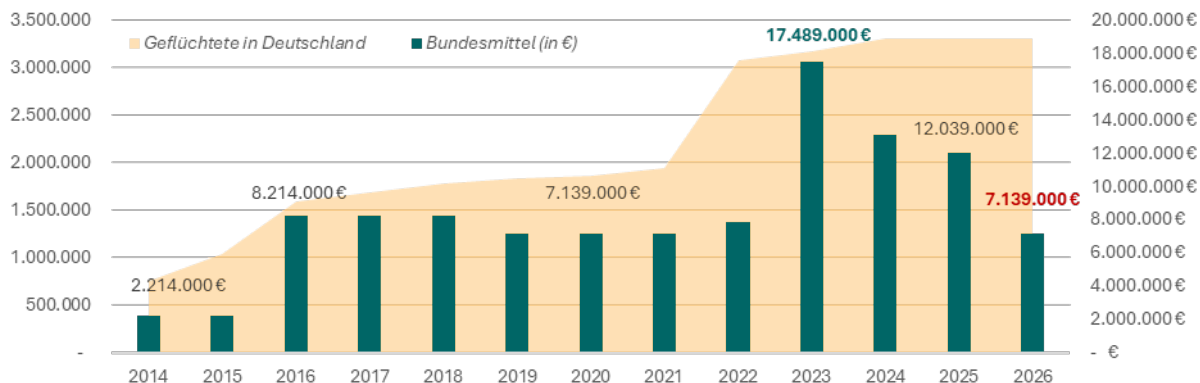
Aus welchem Haushaltstitel werden die PSZ finanziert? Welche Mittel gab es bisher?

Die Finanzierung der PSZ ist traditionell im Einzelplan des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) verankert, im Bereich der *"Zuschüsse an Wohlfahrtsverbände und andere zentrale Organisationen für die Beratung und Betreuung von Flüchtlingen und Auswanderern"*⁷. Das Programm entstand 1979 im Kontext der Aufnahme vietnamesischer „Boat People“ und bildet bis heute die einzige Bundesfinanzierungslinie für die spezialisierte Versorgung traumatisierter Geflüchteter. Für die in der BAfF vernetzten PSZ decken die Mittel aus dem Programm des Familienministeriums rund 16,6 % ihres jährlichen Budgets (Karato & Flory, 2024).

Im Jahr 2023 umfasste der Haushaltstitel noch 17,5 Millionen – dies entspricht dem 2,5fachen des aktuell für 2026 vorgesehenen Budgets.

Bundesfinanzierung der PSZ über die Zeit: Volatile Entwicklung und wachsende Unsicherheit

Bereits 2024 und 2025 waren für die PSZ im Bundeshaushalt ursprünglich nur 7,1 Millionen Euro vorgesehen. Erst durch hohen politischen und zivilgesellschaftlichen Druck konnte der Titel im Rahmen der parlamentarischen Haushaltsberatungen zum Jahresende aufgestockt werden – auf 13,2 Millionen (2024) beziehungsweise 12 Millionen Euro (2025). Für 2025 hat der Bundesfinanzminister diese Entscheidung erst Ende Februar des schon laufenden Jahres bestätigt⁸.



Quelle: Bundesministerium der Finanzen. Bundeshaushalt digital. Einzelplan: 17 - Kapitel: 1710 – Titel: 1710 684 05, verfügbar unter: <https://www.bundeshaushalt.de/DE/Bundeshaushalt-digital/bundeshaushalt-digital.html>

Für die PSZ bedeutet das: Jedes Jahr ist bis Ende des Jahres unklar, inwieweit die daraus finanzierten Versorgungsprozesse im nächsten Jahr fortgeführt werden können. Die Entscheidung über die endgültige Höhe der Bundesmittel erfolgt immer erst Ende November zum Ende der Haushaltsverhandlungen. Psychotherapeutische und Beratungsprozesse verlaufen aber überjährig. Das heißt: Sie sind jedes Jahr bedroht, wenn in Frage steht, ob Kolleg*innen, die aus den entsprechenden Förderprogrammen finanziert werden, weiterbeschäftigt werden können. Mitunter müssen befristet beschäftigte Kolleg*innen deshalb bereits im Herbst neue Beschäftigungsverhältnisse antizipieren und Klient*innen auf das Ende der therapeutischen Beziehung vorbereiten.

⁷ Es handelt sich um den Titel 684 05 – 236, im Haushaltsentwurf für 2026 aufgeführt auf S. 2774f unter <https://dserver.bundestag.de/btd/21/006/2100600.pdf>

⁸ Siehe die Ankündigung des BMBFSFJ unter <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/psychosoziale-unterstuetzung-fuer-gefluechtete-gestaerkt-256290>

Welche Kürzungen sind angekündigt? Welche Folgen sind für die Anzahl betreuter Klient*innen zu erwarten?

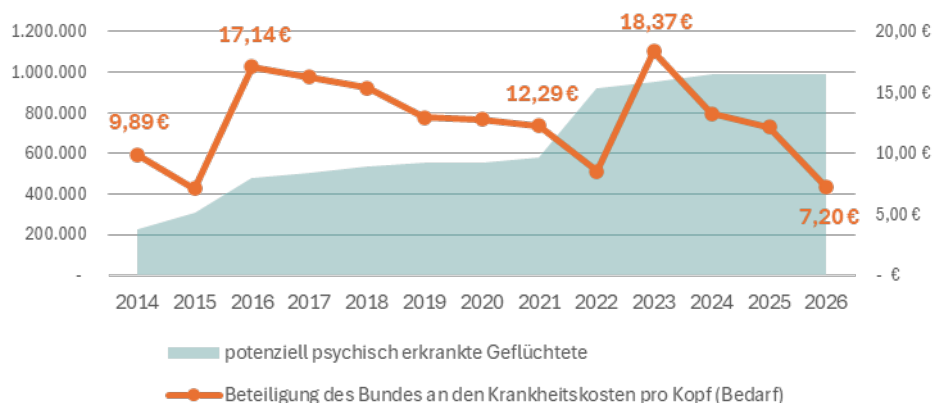
Für 2026 sind für die PSZ nur noch 7,1 Millionen Euro eingeplant – das entspricht gerade einmal 40% des noch 2023 verfügbaren Budgets von 17,5 Millionen Euro. Diese Kürzung erfolgt, obwohl der Bedarf nicht gesunken ist: 2023 wurden durch das Bundesprogramm nach Angaben des Ministeriums insgesamt 75 Einrichtungen gefördert (darunter die 51 Psychosozialen Zentren sowie weitere Projekte und Beratungsstellen), die gemeinsam 12.348 Klient*innen versorgen konnten⁹.

Umgelegt auf die Klient*innen-Zahl ist bei einer 60%igen Kürzung des damals verfügbaren Budgets davon auszugehen, dass durch das Programm künftig nur noch maximal 5.000 Personen versorgt werden können. Ausgehend vom durch Studien antizipierten Behandlungsbedarf in der Population geflüchteter Menschen (30% Prävalenz, etwa 990.000 Betroffene) entspräche dies einer Versorgungsquote von 0,5%.

In welcher Relation stehen die Ausgaben im Bundesprogramm im Kontext der psychosozialen Versorgung für die Allgemeinbevölkerung?

In der Allgemeinbevölkerung leben jährlich etwa 17,8 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen (Jacobi et al., 2014, 2016; Robert Koch-Institut, 2024). Die Krankheitskosten ausschließlich für die ambulante Versorgung liegen bei insgesamt 22,2 Milliarden Euro¹⁰ pro Jahr, also rund 1.250 € pro erkrankte Person.

Für die Population geflüchteter Menschen, bei der davon auszugehen ist, dass rund 30% an einer Traumafolgestörung leiden (d.h., rund 990.000 betroffene Personen), stünden über das Bundesprogramm mit 7,1 Millionen Euro gerade einmal 7,20€ pro erkrankte Person zur Verfügung. Selbst 2014 – vor dem Sommer der Migration – lag dieser Wert mit 9,89€ höher.



Es ist davon auszugehen, dass hierzu Kosten beispielsweise durch hausärztliche und psychiatrische Konsultationen und vereinzelt Psychotherapien im Regelsystem hinzuzurechnen sind. Studien zufolge finden jedoch nur zwischen 1 und 4% der Asylsuchenden überhaupt Zugang zu psychosozialen Versorgungsangeboten (Dumke et al., 2024; Führer et al., 2020) - es ist daher

⁹ Siehe: <https://www.bmbfsfj.bund.de/bmbfsfj/aktuelles/alle-meldungen/psychosoziale-unterstuetzung-fuer-gefluechtete-gestaerkt-256290>

¹⁰ Quelle: Statistisches Bundesamt - Statistik: Krankheitskostenrechnung. Jahr: 2023. Merkmale: Ambulante Einrichtungen, Psychische und Verhaltensstörungen.

anzunehmen, dass die Krankheitskosten hierfür im Regelsystem deutlich unter denjenigen der Allgemeinbevölkerung liegen (vgl. ausführlich Abschnitt 5: „Evidenz zum Handlungsbedarf“).

Warum ist eine Finanzierung der PSZ aus Bundesmitteln geboten und ökonomisch rational?

Geflüchtete sind häufiger als die Allgemeinbevölkerung schwer psychisch belastet, haben in Deutschland aber keinen vollwertigen Zugang zum Gesundheitssystem – obwohl es **staatliche Pflicht ist, Überlebende schwerer Gewalt zu versorgen** (UN-Antifolterkonvention) und besonders schutzbedürftige Geflüchtete frühzeitig zu erkennen und bedarfsgerecht zu unterstützen (EU-Aufnahmerichtlinie). Den fehlenden Zugang zur regulären Versorgung kompensieren die PSZ seit über 40 Jahren – getragen über zeitlich befristete Projektfinanzierungen.

Finanzierung der PSZ kompensiert Ausschlüsse aus dem Regelsystem

Die Bundesmittel kompensieren damit zum Teil, was das Gesundheitssystem für Geflüchtete aufgrund der Sondergesetzgebung über das Asylbewerberleistungsgesetz und weiterer systembedingter Barrieren nicht einlösen kann. Ökonomisch ist dabei eine Finanzierung durch Steuermittel durchaus rational: Die Versorgung durch die PSZ entlastet mit Blick auf die Zukunft alle anderen Sozialsysteme – die Kranken- und Rentenversicherung ebenso wie Arbeitsmarkt, Bildungssystem und Kommunen. Sie wirkt sich durch reduzierte Produktivitätsausfälle positiv auf Arbeit, Bildung und Teilhabe aus.

Für die Angebote der PSZ ist aktuell von einer gesellschaftlichen Rendite von bis zu 125 Millionen Euro pro Jahr auszugehen. Jeder Euro, der in die Versorgung Geflüchteter investiert wird, kann 2,5 bis 3 Euro an volkswirtschaftlichem Gewinn generieren (Gerlinger et al., 2024).

Die Kürzung von 10 Millionen Euro im Bundeshaushalt mag haushaltspolitisch eine Fußnote sein – gesundheits- und sozialpolitisch ist sie eine Fehlentscheidung mit langfristigen Folgekosten.

2. Zum Finanzierungsstopp bei EU-Mitteln:

Bedeutung und Fehlsteuerungsrisiken im Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)

Der **Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)** ist das zentrale Finanzierungsinstrument der Europäischen Union, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationspolitik zu unterstützen. Dazu gehört explizit die psychosoziale Betreuung traumatisierter Asylsuchender und die Hilfe für besonders vulnerable Personen.

Bedeutung des Fonds: Welche Rolle spielen EU-Mittel für die psychosoziale Versorgung in Deutschland?

Für die psychosoziale Versorgung in Deutschland haben EU-Mittel wie der AMIF eine Schlüsselrolle. Sie kompensieren strukturelle Finanzierungslücken, die weder über Bundes- noch über Landesprogramme abgedeckt werden. Die PSZ beziehen im Durchschnitt 10,8 % ihres Gesamtbudgets aus dem AMIF. Einzelne Zentren hängen jedoch zu zwei Dritteln von diesen Mitteln ab. Dort, wo diese Finanzierung 2026 wegfallen wird, drohen massive Personalreduktionen und Einbrüche in der Versorgungskapazität – in manchen Fällen müssen bis zu 60 % der Mitarbeitenden entlassen werden.

Auch eine **Evaluation des Fonds** zeigt deutlich, dass er „gezielte Bedarfslücken adressiert, die durch nationale Mittel nicht gedeckt werden konnten“ (GIZ & Syspons, 2024). Der Fonds trägt also nachweislich zur Stabilisierung von Versorgungssystemen bei, die andernfalls unterfinanziert wären und „**eine Weiterfinanzierung der aufgebauten Angebotsstrukturen durch lokale bzw. andere Fördermittel wäre in den meisten Fällen nicht denkbar**“ (ebd., S. 70): Eine Unterbrechung des Fonds würde die Umsetzung von 86% geförderten Projekte verhindern. Lediglich 1 % der Projektträger hat angegeben, dass sie auch ohne den AMIF-Fonds Fortschritte erzielt hätten.

Vergabe der EU-Mittel: Wie wird der Fonds in Deutschland vom BAMF gesteuert?

Der Fonds vergibt Mittel im Rahmen von 7-jährigen Förderperioden, innerhalb derer bis zu 3-jährige Projekte beantragt werden können. In Deutschland wird der AMIF **vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** als verantwortlicher Behörde im Auftrag des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) verwaltet. Die strategischen Förderschwerpunkte werden in Abstimmung mit der Europäischen Kommission festgelegt.

Die Bundesländer haben dabei ebenfalls erheblichen Einfluss, sie sind Teil des Begleitausschusses zum Fonds und werden in der Entscheidung über Projekte beteiligt. Tatsächlich werden EU-Gelder auch von Kommunen und Ländern für eigene Vorhaben eingesetzt. Entsprechend heben immer wieder auch Behördenvertreter*innen hervor, wie essenziell EU-Gelder sind, um Versorgungslücken zu schließen und regen an, dass „*in Zeiten knapper Haushaltskassen [...] europäische Mittel voll ausgeschöpft werden [müssen]*“ (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg, 2023). Haushaltspolitisch ist das attraktiv: Dringend notwendige Angebote (von Sprachkursen bis zu Psychotherapien) können zur Stabilisierung der Strukturen finanziert werden, ohne dass das Bundesland allein dafür aufkommen muss.

Antragsstopp und neue Verteilssystematik: Welche Defizite entstehen 2026?

Die aktuelle Förderperiode ist von 2021 bis 2027 angesetzt. Sie hätte – um Kontinuität und planvolle Konzeption sicherzustellen – nahtlos an die vorangegangene Förderperiode (2014-2020) anschließen müssen, die Förderaufrufe wurden jedoch erst mit einem Jahr Verspätung im August 2022 ausgeschrieben. Nach einer bis zu 9-monatigen Bewilligungszeit konnten viele PSZ ihre Versorgungsangebote also erst zu Beginn 2023 starten.

Finanzierungspause 2026 und massive regionale Einschnitte durch neue Verteilungsschlüssel ab 2027

Diese Angebote laufen nun nach 3-jähriger Laufzeit Ende 2025 aus. **Die Anschlussprojekte der PSZ für 2026 liegen aber seit Januar dieses Jahres auf Eis**, da das BAMF zum 31.12.2024 einen Antragsstopp verhängt hat und währenddessen eine Neugestaltung der Verteilssystematik verhandelt wird. Angekündigt ist nun eine Ausschreibung der Mittel für Projekte zur Psychosozialen Versorgung für den Winter 2025/26, so dass vor Sommer 2026 aufgrund der langen Bearbeitungszeit keine Klient*innen versorgt werden können. Für einige Einrichtungen entsteht eine mehr als einjährige Finanzierungslücke, die einige gar nicht und andere nur zu einem Bruchteil durch Vorfinanzierungen, d.h., Kredite, überbrücken können.

Zudem werden viele Einrichtungen nur einen Bruchteil der Mittel erhalten, mit denen sie geplant haben: Insgesamt sind für Projekte zur psychosozialen Versorgung von Asylsuchenden nur Mittel in Höhe von **60 Millionen Euro für die Zeit bis zur Ausschreibung der nächsten Förderperiode** vorgesehen - **obwohl das Gesamtvolumen** des Fonds nach Angaben des BAMF – u.a. vor dem Hintergrund der Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) **verdoppelt wurde¹¹**.

Neue Verteilssystematik über die Bundesländer: PSZ-spezifische Projekte können nicht mehr autonom beantragt werden

Besonders harte Einschnitte sind außerdem dadurch zu erwarten, dass die PSZ selbst laut den aktuellen Plänen keine eigenen Projektanträge zur Finanzierung ihrer Angebote mehr stellen dürften: **Stattdessen sollen die Mittel zunächst an die Länder fließen – orientiert am Königsteiner Schlüssel**. Diese Neuregelung hätte tiefgreifende Auswirkungen auf die Versorgungspraxis: Einrichtungen, die in den vergangenen Jahren in **strukturschwächeren Regionen** tragfähige psychosoziale Angebote aufgebaut haben, werden dadurch besonders benachteiligt. Gerade in Regionen mit ohnehin **geringer sozialer Infrastruktur**, in denen oftmals nur ein oder zwei spezialisierte PSZ tätig sind, droht damit **ein Abbau der ohnehin unzureichenden Versorgungskapazitäten**.

Warum ist der Königsteiner Schlüssel kein geeignetes Instrument zur Verteilung von Mitteln im sozialen Bereich?

Der Königsteiner Schlüssel wurde nicht für sozialpolitische Förderprogramme entwickelt, sondern in den 1950er-Jahren zur Finanzierung überregionaler Forschungseinrichtungen. Er verteilt Mittel nach einem festen Verhältnis auf die Bundesländer – 2/3 orientieren sich am Steueraufkommen, 1/3 an der Bevölkerungszahl.

Der Schlüssel wurde später auf andere Bereiche – etwa die Verteilung von Asylsuchenden oder Bundesmitteln – übertragen. Doch **seine Verteilungswirkung im sozialen Bereich stellt selbst der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages in Frage** (Deutscher Bundestag, 2025). Denn

¹¹ Siehe die Meldung des BAMF vom 4.9.2025 „AMIF-Mittel verdoppelt – angepasstes Programm Deutschland AMIF 2021-2027 vorgelegt“: <https://www.eu-migrationsfonds.de/SharedDocs/Meldungen/DE/250904-am-bga-sitzung.html>

durch den Königsteiner Schlüssel werden, sofern er für die Verteilung von Bundesmitteln angewendet wird, wohlhabendere Bundesländer überproportional berücksichtigt und **ärmere Bundesländer mit schwächerer sozialer Infrastruktur benachteiligt**.

Der Schlüssel ist nicht geeignet, um soziale Benachteiligungen abzubauen, die über die Bundesländer und Kommunen ungleich verteilt sind. Weil er die sozialen Realitäten in den Ländern und Kommunen – und damit auch die Lebens- und Versorgungsbedingungen von Geflüchteten – nicht adäquat abbildet, **wird bei sozialpolitischen Programmen seine ursprüngliche Verteilungslogik ins Gegenteil verkehrt**.¹²

Praktische Folgen für die Versorgung in den PSZ

Für die PSZ heißt das: Gerade dort, wo Klient*innen unter besonders belastenden Bedingungen leben – in abgelegenen Unterkünften, mit geringem Zugang zu Gesundheitsdiensten und ohne tragfähige soziale Netzwerke – bricht nun eher ein Unterstützungsangebot weg, als das der Fall wäre, wären sie zufällig in eine Region mit ohnehin besseren Integrationsperspektiven verteilt worden. Das Risiko besteht darin, dass ausgerechnet jene Regionen, in denen die Versorgungslage am schwächsten ist, künftig noch weniger Mittel erhalten.

Der Königsteiner Schlüssel ignoriert, wie stark PSZ und andere Träger von AMIF-Mitteln abhängig sind. Dies variiert stark in den Bundesländern. Eine pauschale Zuweisung nach diesem Schlüssel würde die gewachsenen Strukturen gefährden, anstatt sie zu stabilisieren.

Besonders betroffen wären nach aktuellem Stand einer Bedarfserhebung der BAfF unter anderem die **PSZ in Thüringen**, die nur noch 1/5 der ursprünglich für die neue Ausschreibung geplanten Summe beantragen dürften, **in Brandenburg**, wo lediglich 16% des geplanten Budgets zur Verfügung steht, **im Saarland**, mit nur noch 1/4 der geplanten Summe, **in Berlin**, wo mehr als das Doppelte der vorgesehenen Summe gebraucht wird **und in Mecklenburg-Vorpommern** mit einem Mehrbedarf von 36% über den für das Bundesland eingeplanten Mitteln.

Kriterien für sachgerechte Mittelvergabe: Bedarfsorientierung und Qualität der Versorgungsangebote

Für Programme mit sozialem oder integrationspolitischem Zweck ist eine Mittelvergabe erforderlich, die sich an den **konkreten Bedarfen geflüchteter Menschen vor Ort** sowie an der **Responsivität, Erfahrung und Qualität der bestehenden Strukturen** orientiert. Im Bereich der psychosozialen Versorgung müssen die geförderten Angebote der **Schwere und Komplexität psychischer Belastungen** Geflüchteter gerecht werden.

Multiprofessionelle Angebote wie die Psychosozialen Zentren (PSZ) erfüllen diese Anforderungen in besonderer Weise: Sie verbinden psychotherapeutische, psychologische, soziale und rechtliche Kompetenzen in einem abgestimmten Versorgungsmodell. Modelle wie dieses gelten international

¹² Ein anschauliches Beispiel ist der Digitalpakt während der Corona-Pandemie: Durch die Verteilung der Mittel nach Königsteiner Schlüssel erhielten Kinder aus einkommensarmen Familien in Bayern rechnerisch 910 Euro, in Bremen hingegen nur 228 Euro – obwohl die soziale Bedürftigkeit in Bremen wesentlich höher war.

Das Beispiel und weiterführende Einordnungen zum Königsteiner Schlüssel finden sich in einer Analyse des Paritätischen Gesamtverbands: https://www.paritaet-hamburg.de/fileadmin/news_import/2d136e1d05/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/doc/Verteilschlüssel_Bund-Länder-Financen.pdf

als Best Practice, weil sie klinisch wirksam, sozial nachhaltig und an den Prinzipien einer integrierten Gesundheitsversorgung ausgerichtet sind. Internationale Studien zeigen, dass **koordinierte, multiprofessionelle Versorgungsmodelle** bei psychischen Erkrankungen wie Depression und PTSD deutlich **bessere Behandlungsergebnisse erzielen als eine Standardversorgung** (vgl. (Archer et al., 2012; Gilbody, 2006; Unützer et al., 2002). Besonders bei vulnerablen und sozial benachteiligten Gruppen tragen solche Modelle nachweislich dazu bei, **gesundheitsbezogene Ungleichheiten zu verringern** (Jackson-Triche et al., 2020; Katon et al., 2015).

3. Ausmaß der Finanzierungslücke 2026

Wie groß ist das Finanzierungsdefizit 2026 insgesamt?

Ohne Gegenmaßnahmen wird die Diskrepanz zwischen den erhobenen Bedarfen in den PSZ und den durch Bund und AMIF zur Verfügung stehenden Mitteln 2026 bei **insgesamt 28,6 Millionen Euro** liegen:

1. Die aktuell eingeplanten **Bundesmittel** von 7,1 Millionen Euro lägen **74% unter** der in einer **Bedarfserhebung** der Wohlfahrtsverbände ermittelten Summe von 27 Millionen Euro pro Jahr.
2. Die möglicherweise verfügbaren **AMIF-Mittel** von max. 20 Millionen Euro pro Jahr (60 Millionen für die verbleibende Förderperiode) lägen selbst dann, wenn sie ausschließlich an die PSZ ausgeschüttet und bedarfsgerecht verteilt würden, **30% unter dem in einer Bedarfserhebung der BAfF errechneten Finanzierungsbedarfs** von 28,7 Millionen Euro pro Jahr.

			ungedeckter Finanzierungsbedarf
Bedarfserhebung zur Höhe der Bundesmittel pro Jahr:		27.000.000 €	
aktuell eingeplante Bundesmittel:		7.100.000 €	
Finanzierungslücke:		- 19.900.000 €	73,7%
Bedarfserhebung zur Höhe der AMIF-Mittel pro Jahr:		28.700.000 €	
aktuell eingeplante Mittel pro Jahr:		20.000.000 €	
Finanzierungslücke:		- 8.700.000 €	30,3%

Kann die Finanzierungslücke 2026 durch alternative Finanzierungsquellen überbrückt werden?

Eine kurzfristige Kompensation der Finanzierungslücken, wie sie bisher häufig zumindest teilweise durch Projektanträge bei anderen Förderern möglich war, ist angesichts des allgemein hohen Kürzungsdrucks vielerorts unwahrscheinlich.

Zu diesem Ergebnis kam bereits die Abschlussevaluierung der vergangenen AMIF-Förderperiode (2024-2020): Sie zeigt, dass die EU-Finanzierung gezielt Bedarfslücken adressiert hat, welche durch Bundesmittel nicht gedeckt worden wären (GIZ & Syspons, 2024; vgl. ausführlich Abschnitt 2 S.8 "Bedeutung des Fonds"). Da auch das Gesundheitssystem für psychisch erkrankte Geflüchtete weitgehend unzugänglich ist, stünden außerhalb der PSZ künftig kaum noch Anlaufstellen zur Verfügung.

4. Evidenz zum Handlungsbedarf:

Warum die Psychosozialen Zentren für eine bedarfsgerechte Versorgung unverzichtbar sind

Deutschland ist nach der **UN-Antifolterkonvention (Art. 14)** und der **EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU)** verpflichtet, Überlebende von Folter sowie andere besonders schutzbedürftige Geflüchtete zu identifizieren, ihre Bedarfe festzustellen und eine angemessene medizinische und psychosoziale Versorgung sicherzustellen. Trotz dieser Rechtsgrundlagen **fehlt bis heute ein nationales Rehabilitationsprogramm**, das diesen Verpflichtungen systematisch nachkommt. Die Psychosozialen Zentren (PSZ) übernehmen diese Aufgabe faktisch seit mehr als vier Jahrzehnten. Sie verbinden psychotherapeutische, psychologische, soziale und rechtliche Unterstützung und sind bundesweit die **einzigsten spezialisierten Einrichtungen** für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter entsprechen.

Rechtliche Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem

Im regulären Gesundheitssystem können traumatisierte Geflüchtete ihre Rechte auf Versorgung nur eingeschränkt wahrnehmen. Nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)** sind Gesundheitsleistungen für Asylsuchende auf akute und schmerzhaftes Erkrankungen sowie Notfälle begrenzt (§§ 4 und 6 AsylbLG). **Anträge auf Psychotherapien** werden durch die Sozialbehörden trotz europarechtlicher Verpflichtung durch die EU-Aufnahmerichtlinie i.d.R. **abgelehnt oder nicht bearbeitet**. Die im Februar 2024 beschlossene Verlängerung dieses eingeschränkten Zugangszeitraums von 18 Monaten auf drei Jahre hat den Kreis unversorgter Personen erheblich vergrößert.

Studien zur Versorgung von Geflüchteten im Regelsystem

Empirische Befunde zeigen, dass psychische Erkrankungen unter Asylsuchenden selten erkannt und noch seltener leitliniengerecht behandelt werden. Eine Untersuchung in Gemeinschaftsunterkünften (Führer et al., 2020) ergab, dass **59 % der Bewohner*innen Symptome mindestens einer psychischen Erkrankung** aufwiesen. In den Abrechnungsdaten der Sozialbehörden fand sich jedoch **nur bei 4,9 % ein Kontakt zum Gesundheitssystem** mit einer entsprechenden Diagnose. Innerhalb dieser Gruppe erhielten **lediglich 1 % eine Psychotherapie; rund 40 % wurden ausschließlich medikamentös behandelt** – entgegen der S3-Leitlinie zur PTBS, die Psychopharmaka weder als alleinige noch als primäre Therapie empfiehlt.

Auch in einer neueren Studie lag der Anteil der Asylsuchenden, die 6 Monate nach ihrer Ankunft ein psychotherapeutisches Angebot wahrnehmen konnten bei nur 2,8%, im Zeitraum 12 Jahre nach Ankunft bei 4,3% (Dumke et al., 2024).

Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem

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.

Den Großteil der psychosozialen Versorgung übernehmen daher die 51 Psychosozialen Zentren (PSZ) für Geflüchtete, die unter dem Dach der BAfF organisiert sind. Die PSZ versorgen jährlich knapp 30.000 Klient*innen und vermitteln rund 2.000 Klient*innen an kooperierende Ärzt*innen und Therapeut*innen der Regelversorgung. Damit versorgen sie nur 3,1 % der potenziell behandlungsbedürftigen Personen. Die Wartezeit auf eine Psychotherapie beträgt durchschnittlich mehr als 6 Monate (Karato & Flory, 2024).

Daten zu den Folgen eingeschränkter Versorgung

Sowohl nationale wie internationale Daten aus der Versorgungsforschung (Gottlieb et al., 2023; Juárez et al., 2019) als auch die Aufhebung der Zugangsbeschränkungen für Geflüchtete aus der Ukraine zeigen, dass inklusive Aufnahme- und Gesundheitspolitiken im Sinne von Effektivität, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit die bessere Systemantwort darstellen (Bozorgmehr et al., 2022). Die eingeschränkte Gesundheitsversorgung im AsylbLG trägt nachweislich dazu bei, dass geflüchtete Menschen **weniger bedarfsgerecht versorgt** und dadurch langfristig oft aufwendigere Behandlungen notwendig werden.

Die **Versorgungskosten sind letztlich höher** als in vergleichbaren inklusiven Kontexten (Bozorgmehr & Razum, 2015; Holleder, 2020), weil ambulante Angebote seltener und stationäre Notfallbehandlungen (die durch eine rechtzeitige ambulante Behandlung verhindert werden können) häufiger genutzt werden. Eine Analyse von Abrechnungsdaten der BARMER (Göpffarth & Bauhoff, 2017) verdeutlicht diese Fehlsteuerung:

Asylsuchende hatten nur **6 psychotherapeutische Kontakte pro 1.000 Personen**, während es in der Vergleichsgruppe der Regelversicherten **20 Kontakte** waren. Gleichzeitig war die Zahl psychiatrischer Krankenhausaufenthalte unter Asylsuchenden **doppelt so hoch**. Da eine **stationäre Behandlung im Schnitt 13-mal teurer** ist als eine ambulante Psychotherapie (Rabe-Menssen et al., 2021), entstehen für die öffentliche Hand langfristig deutlich höhere Gesamtkosten. In der Allgemeinbevölkerung entfallen nur rund **4 % der Gesamtkosten psychischer Erkrankungen** auf ambulante Psychotherapie – der Großteil auf stationäre Versorgung, Medikation, Krankengeld und Rehabilitation (ebd.).

5. Folgen für die Versorgung geflüchteter Klient*innen

Die PSZ werden die größer werdende Lücke 2026 aufgrund ihrer bereits zuvor begrenzten Kapazitäten nicht auffangen können. Der Wegfall der Mittel trifft ein ohnehin fragiles Hilffssystem, während gleichzeitig die Belastung geflüchteter Menschen u.a. in Unterkünften enorm gestiegen ist. In den Akutprechstunden einiger Zentren melden sich schon jetzt so viele suizidale Fälle, dass mancherorts zwei Mal wöchentlich ein Notarzteinsatz nötig wird.

Die aktuelle Finanzierungskrise stellt daher eine ernsthafte Gefahr für den einzigen Sektor dar, der traumatisierten Geflüchteten adäquate Unterstützung bieten kann:

- Es drohen bundesweit **Aufnahmestopps, Therapieabbrüche und Einrichtungsschließungen**. Die Wartelisten der verbleibenden Einrichtungen werden ins Unerträgliche wachsen.
- Klient*innen müssen für **Kriseninterventionen in Kliniken** eingewiesen werden, die angespannte Unterbringungssituation wird sich massiv verschärfen.
- Unterkünfte, Jugendämter, Kitas, Schulen, Behörden, Gerichte, Krankenhäuser und Praxen verlieren die einzige Anlaufstelle, die sie bisher in Beratungs- und Krisenfällen geschult, ermutigt, aufgeklärt, im Umgang mit traumatisierten und suizidalen Personen beraten und supervidiert hat.

Die Folgen wären nicht nur humanitäre Notlagen für psychisch belastete Geflüchtete, sondern **langfristig auch höhere Folgekosten**:

- Erkrankungen, die ambulant behandelt oder durch niedrigschwellige Unterstützungsangebote aufgefangen werden könnten, **chronifizieren** und führen zu einer Fehlbelastung des Gesundheitssystems.
- Auch die **Teilhabemöglichkeiten** der Betroffenen leiden, wenn die psychische Belastung so hoch wird, dass für die konzentrierte Teilnahme am Sprachkurs oder die Arbeit an einer neuen beruflichen Perspektive keine Ressourcen mehr verfügbar sind.

Gesellschaftliche und ökonomische Effekte frühzeitiger Versorgung: Wer profitiert von einer frühzeitigen Unterstützung durch die PSZ?

Frühzeitige psychosoziale Unterstützung ist nicht nur humanitär, sondern auch **ökonomisch rational**: Eine durch Steuermittel finanzierte Versorgung in den Psychosozialen Zentren (PSZ) **entlastet perspektivisch alle anderen Sozialsysteme**, so auch die Kranken- und Rentenversicherungssysteme und wirkt sich durch reduzierte Produktivitätsausfälle auch auf Arbeit, Bildung und Teilhabe positiv aus.

Eine Modellrechnung (Gerlinger et al., 2024) zeigt: Für die Angebote der PSZ wird aktuell von einer gesellschaftlichen Rendite von bis zu 125 Millionen Euro pro Jahr auszugehen. **Jeder Euro, der in die Versorgung Geflüchteter investiert wird, kann 2,5 bis 3 Euro an volkswirtschaftlichem Gewinn generieren**. Spiegelbildlich sind als Folge der Nichtversorgung Opportunitätskosten in Höhe von mind. 2,7 bis 3,2 Milliarden Euro zu erwarten.

6. Empfehlungen

Aus der Finanzierungskrise der PSZ ergibt sich für die Politik ein doppelter Handlungsauftrag: Der staatliche Auftrag, die Versorgung besonders vulnerabler Geflüchteter Menschen über Mittel des Bundes sicher zu stellen, und gleichzeitig der Gestaltungsauftrag, europäische Mittel gezielt dort einzusetzen, wo nationale Systeme nicht greifen. Dafür müssen EU-Mittel und Bundesmittel komplementär gesichert und der Gestaltungsspielraum zur bedarfsgerechten Verteilung der Mittel sachgerecht ausgeschöpft werden.

Empfehlungen zur Gestaltung der Bundesfinanzierung für die PSZ:

Versorgungspflicht wahrnehmen, Strukturen absichern

Kurzfristig: Finanzierungslücken schließen

1. **Aufstockung der Bundesmittel** für die Psychosozialen Zentren von derzeit 7 Mio. € auf **mindestens 27 Mio. €** jährlich, entsprechend der Bedarfserhebung der Wohlfahrtsverbände.
2. **Überbrückungsfinanzierung** für alle Zentren, die durch den Wegfall der AMIF-Mittel akut gefährdet sind, um eine Minimalversorgung sicherzustellen und Entlassungen zu verhindern.

Mittelfristig: Strukturen verstetigen

3. **Die PSZ müssen als unverzichtbare Infrastruktur anerkannt und dauerhaft im Bundeshaushalt verankert werden.** Die Grundversorgung, die sie leisten, darf nicht länger projektabhängig sein.
4. **Es braucht ein nationales Rehabilitationsprogramm für Überlebende von Folter¹³, damit spezialisierte Behandlungsangebote wie die PSZ gemäß UN-Antifolterkonvention nachhaltig, finanziell tragfähig, geographisch breit verfügbar, niedrigschwellig und diskriminierungsfrei zugänglich sind.** Rehabilitation nach Folter ist häufig ein langer, schmerzhafter und anstrengender Prozess, der Vertrauen in die Unterstützungsstrukturen erfordert. Betroffene müssen darauf bauen müssen, dass Angebote nicht kurzfristig, sondern in ihrer Qualität und Verlässlichkeit gesichert sind.

Empfehlungen zur Vergabe der EU-Mittel aus dem AMIF:

Europäische Mittel bedarfsgerecht und fair einsetzen

Bund und Länder müssen ihre Gestaltungsverantwortung für die bedarfsgerechte Verteilung der EU-Mittel wahrnehmen. Diese kompensieren, dass auf nationaler Ebene das Menschenrecht auf Gesundheit von Geflüchteten weder im Gesundheitssystem noch in Angeboten, die von Förderprogrammen von Bund und Ländern finanziert werden, angemessen wahrnehmen können.

¹³ Zur Implementierung von nationalen Rehabilitationsprogrammen gemäß dieser Anforderungen durch die Nationalstaaten hat der International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) Richtlinien veröffentlicht. Diese wären bei entsprechender Ausstattung durch die Bundesregierung problemlos durch das Netzwerk der 51 PSZ umsetzbar. Der Guide findet sich unter: https://irct.org/wp-content/uploads/2022/08/R2RImplementation_Guide_2022_ENG.pdf

1. Aufstockung der AMIF-Mittel um 30%

Eine Bedarfserhebung allein für die Angebote der in der BAfF vernetzten Psychosozialen Zentren einen Finanzierungsbedarf in Höhe von **86 Millionen Euro bis zum Ende der aktuellen Förderperiode** errechnet. Zur Verfügung stehen nur 60 Millionen Euro, die neben den PSZ voraussichtlich von zahlreichen weiteren Akteur*innen abgerufen werden.

Da aber das Gesamtvolumen des AMIF nach Angaben des BAMF – u.a. vor dem Hintergrund der Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) - verdoppelt wurde, ist hier eine **Aufstockung des psychosozialen Förderschwerpunkts um 30%** geboten.

2. Verteilung über Versorgungsbedarf, Qualität und Spezialisierungsgrad statt Königsteiner Schlüssel

Versorgungslücken können besonders dort effektiv geschlossen werden, wo Fördermittel bedarfsorientiert und flexibel eingesetzt werden können. Dies wurde dem BAMF als für den AMIF zuständiger Behörde auch durch die letzte Abschlussevaluierung empfohlen (GIZ & Syspons, 2024). Durch die nun vorgesehene Vergabe der EU-Mittel an die Länder über den Königsteiner Schlüssel werden genau dort Strukturen kollabieren, wo die Lebens- und Versorgungsbedingungen für Geflüchtete ohnehin besonders prekär sind.

Eine Verteilung gemäß Königsteiner Schlüssel ist jedoch weder seitens der EU vorgesehen, noch gilt sie als geeignet zur Steuerung von Bundesmitteln im sozialen Bereich (Deutscher Bundestag, 2025). BAMF und Länder müssen daher jetzt ihre Spielräume nutzen und die Vergabelogik an folgenden Kriterien ausrichten:

1. **Versorgungsrelevanz und Bedarfsorientierung**
2. **Qualität, Erfahrung und Spezialisierungsgrad** der Anbietenden für die Versorgung Überlebender schwerer Gewalt

Wir erwarten von den Ländern, dass sie in engem Austausch mit den PSZ als Leistungserbringer treten, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu erarbeiten. Nur so können die Mittel wirksam eingesetzt werden und Versorgung im eigentlichen Sinne erhalten bleiben.

3. Projekte mit bundesweitem Wirkungskreis ermöglichen

Erstmals in der Geschichte der europäischen Fonds ist vorgesehen, keine Projekte mehr zu fördern, deren Wirkungskreis länderübergreifend angelegt ist. Damit droht der **Wegfall von Projekten, in denen die PSZ ihr Wissen und ihre Erfahrungen regionsübergreifend weitergeben und gemeinsam an Qualitätsstandards, Aus- und Weiterbildung, Strukturausbau und neuen Versorgungs- und Empowermentansätzen arbeiten** konnten. Für diese überregionalen Kooperationen wurde bisher in jeder Ausschreibungsphase mindestens ein Projekt bewilligt. Sie haben die Zentren spürbar entlastet, die Qualität und Reichweite der Versorgung erhöht und zusätzliche Behandlungskapazitäten an den Standorten ermöglicht.

Synergieeffekte dieser Art sind auch aus EU-Perspektive ausdrücklich erwünscht. Da kein sachlicher Grund besteht, länderübergreifende Projekte künftig auszuschließen, empfehlen wir dieses Rückgrat der Versorgung für Fachstandards, Netzwerke und Weiterbildungsangebote zu erhalten.

Literatur

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Bozorgmehr, K., Biddle, L., & Gottlieb, N. (2022). Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration. *GGW 2022, Jg. 22*, (Heft 3), 15–26.
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Deutscher Bundestag. (2025). *Verteilungsschlüssel für die Gewährung von Bundesmitteln*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/1064482/d8129ce5c89c1f865c3b19314dd0cf25/WD-4-012-25-pdf.pdf>
- Dumke, L., Schmidt, T., Wittmann, J., Neldner, S., Weitkämper, A., Catani, C., Neuner, F., & Wilker, S. (2024). Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany—A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 16(3), 1141–1158. <https://doi.org/10.1111/aphw.12523>
- Gerlinger, T., Greß, S., & Polat, L. (2024). *Psychosoziale Zentren: Leistungen, Finanzierung, ökonomischer Nutzen, Finanzierungsalternativen. Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren für geflüchtete Überlebende von Krieg, Verfolgung und Folter“* [Application/pdf]. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2992605>
- Gilbody, S. (2006). Collaborative Care for Depression: A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2314. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.21.2314>
- GIZ, & Syspons. (2024). *Evaluierung der EU-Innenfonds. Ex-Post Evaluierung des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF). Förderperiode 2014 – 2020*. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Foerderangebote/AMIF/evaluierung-expost.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Göpfarth, D., & Bauhoff, S. (2017). Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden—Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. *Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell*, 32–65.
- Gottlieb, N., Gold, A. W., Nutsch, N., Duwendag, S., & Bozorgmehr, K. (2023). Effects of restrictive asylum-seeker healthcare policies: Systematic review of evidence from Germany. *European Journal of Public Health*, 33(Supplement_2), ckad160.726. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.726>
- Hollederer, A. (2020). Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(10), 1203–1218. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03215-7>
- Jackson-Triche, M. E., Ünützer, J., & Wells, K. B. (2020). Achieving Mental Health Equity. *Psychiatric Clinics of North America*, 43(3), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.05.008>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*. 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6)
- Karato, Y., & Flory, L. (2024). *Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2024*. BAfF. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2024/06/BAfF_VB2024_web_01.pdf
- Katon, W., Russo, J., Reed, S. D., Croicu, C. A., Ludman, E., LaRocco, A., & Melville, J. L. (2015). A Randomized Trial of Collaborative Depression Care in Obstetrics and Gynecology Clinics: Socioeconomic Disadvantage and Treatment Response. *American Journal of Psychiatry*, 172(1), 32–40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020258>

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Brandenburg. (2023). *EU-Mittel unterstützen Ausbau von Integrationsprojekten für Geflüchtete und Schutzsuchende*.
<https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/presse/pressemitteilungen/detail/~01-08-2023-eu-mittel-amif>

Rabe-Menssen, C., Dazer, A., & Maaß, E. (2021). *Report Psychotherapie 2021*. Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Robert Koch-Institut. (2024). *Psychische Störungen: Administrative Prävalenz (ab 18 Jahre)*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Noël, P. H., Lin, E. H. B., Areán, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., Oishi, S., Langston, C., & For The Impact Investigators. (2002). Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288(22), 2836. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>