BAfF

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2026

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern
und Sachsen-Anhalt 2026

Inhalt

I Zusammenfassung 04

II Grußwort: Jana Michael 08

III Vorwort 12

1 EINLEITUNG 18

2 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG GEFLÜCHTETER MENSCHEN 22

2.1 Anzahl geflüchteter Menschen & Aufenthaltssituation 25
2.2 Aufnahme & Unterbringung 26
2.3 Zugang zur Versorgung 29
2.4 Die Psychosozialen Zentren & weitere spezialisierte Angebote 33

3 DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN 46

3.1 Klient*innen der PSZ 47
3.1.1 Anzahl & soziodemografische Merkmale 48
3.1.2 Genutzte Angebote 49
3.1.3 Herkunftsländer & Aufenthaltssituation 50
3.2 Zugang zu den PSZ 54
3.2.1 Vermittelnde Akteur*innen 55
3.2.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten 56
3.3 Sprachmittlung 56
3.4 Versorgungsengpässe 57
3.4.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf 57
3.4.2 Wartezeiten 59
3.4.3 Aufnahme von Klient*innen 60
3.4.4 Weitervermittlung von Klient*innen 61
3.5 Personelle & finanzielle Ressourcen der PSZ 61
3.5.1 Mitarbeitende in den PSZ 62
3.5.2 Finanzierungsstrukturen 62

4 UNTERVERSORGT, EINSAM & INADÄQUAT UNTERGEBRACHT: STUDIE ZUR VERSORGUNGSLAGE GEFLÜCHTETER MENSCHEN IN BRANDENBURG, MECKLENBURG-VORPOMMERN UND SACHSEN-ANHALT **66**

4.1 Darstellung der Versorgungssituation anhand von Routinedaten 70
4.1.1 Methoden 71
4.1.2 Ergebnisse 71
4.2 Survey (Primärdatenerhebung) zur psychischen Gesundheit & Inanspruchnahme medizinischer / psychotherapeutischer Versorgung – methodisches Vorgehen 74
4.2.1 Sampling 75
4.2.2 Datenerhebung 76
4.2.3 Erstellung des Fragebogens 77
4.2.4 Statistische Analyse 82
4.3 Ergebnisse 83
4.3.1 Soziodemografie der Stichprobe 83
4.3.2 Psychische Belastung 84
4.3.3 Versorgungslücke 86
4.3.4 Zugangsbarrieren & Konsequenzen des erschwerten Zugangs 88
4.3.5 Einsamkeit 90
4.3.6 Wohnverhältnisse & psychische Belastung 92
4.3.7 Limitationen 98
4.3.8 Schlussfolgerungen 100
4.4 Literatur 101

5 FAZIT & HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 106

6 LITERATURVERZEICHNIS 112

7 ANHANG 118

7.1 Glossar 120
7.2 Tabellen zu Kapitel 4 124

Zusammenfassung

Viele geflüchtete Menschen sind aufgrund ihrer Erfahrungen von schwerer Gewalt im Herkunftsland sowie auf und nach der Flucht psychisch belastet.

Laut verschiedenen Studien haben ca. 30 Prozent von ihnen eine Traumafolgestörung wie beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung oder depressive Erkrankungen. Laut einer aktuellen Studie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter asylsuchenden Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt wiesen 79 Prozent der Teilnehmenden eine erhöhte psychische Belastung auf. Bei 60 Prozent wurde die psychische Belastung als „schwer" klassifiziert, was bedeutet, dass zeitnah eine Behandlung erfolgen muss.

Aber: Nur ein Bruchteil von schutzsuchenden Menschen mit psychischen Belastungen wird versorgt.

Unter den Teilnehmenden der oben genannten Studie erhielten lediglich 15 Prozent derjenigen mit einer erhöhten psychischen Belastung eine adäquate Versorgung. Bei schwer belasteten Personen war die Versorgungsquote noch niedriger. Nur ein Prozent von ihnen erhielt eine Behandlung, die den World-Mental-Health-Kriterien entsprach. Bei Studienteilnehmenden, die eine elektronische Gesundheitskarte besaßen, war die Versorgungsquote deutlich höher als bei denjenigen, die keine besaßen.

Gesetzliche Ausschlüsse und ein nicht-inklusives Gesundheitssystem führen dazu, dass schutzsuchende Menschen keinen Zugang zur Versorgung finden.

Zu den Zugangsbarrieren gehören:

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 diskriminierungssensibler Arbeit.

FEHLENDER ZUGANG ZU INFORMATION: Geflüchtete Menschen haben oft keinen Zugang zu 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.

Laut Erkenntnissen der Traumaforschung sind die aktuellen Lebensbedingungen von Menschen, die schwere Gewalt erfahren haben, von zentraler Bedeutung für ihre Rehabilitation.

Auch die hier präsentierten Studienergebnisse zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen negativer Bewertung der aktuellen Wohnverhältnisse und psychischer Belastung. Während zwei Drittel der Teilnehmenden ohne psychische Belastung angaben, sich im eigenen Zimmer sehr sicher zu fühlen, teilen diese Einschätzung nur ein Fünftel derjenigen mit starker Belastung.

Dennoch werden Geflüchtete häufig in überbelegten, unhygienischen Unterkünften mit mangelnder Privatsphäre untergebracht.

Mehr als ein Drittel der Studienteilnehmenden bewerteten die Anzahl der Bewohner*innen ihrer Unterkunft als unerträglich oder extrem unerträglich. Knapp die Hälfte empfand die Hygiene in der Toilette als eher schlecht oder sehr schlecht. Zudem gaben 45 Prozent an, sich häufig oder immer wie im Gefängnis zu fühlen.

Die Psychosozialen Zentren (PSZ) bieten eine bedarfsgerechte, multiprofessionelle Versorgung, doch ihre Kapazitäten reichen bei Weitem nicht aus, den tatsächlichen Bedarf zu decken.

Die Zentren sind fast ausschließlich durch zeitlich befristete öffentliche Fördermittel finanziert. 2024 konnten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt lediglich 9,3 Prozent des potenziellen Bedarfs durch die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen abgedeckt werden.

Folgende strukturelle Veränderungen sind notwendig, damit geflüchtete Menschen Zugang zu adäquater psychosozialer Versorgung erhalten:

- die nachhaltige Finanzierung, Umsetzung und Qualitätssicherung eines flächendeckenden, Zielgruppen-übergreifenden und systematischen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen auf Basis der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU bzw. 2024/1346
- eine Krankenkassenkarte für geflüchtete Menschen von Anfang an in allen Bundesländern, damit sie die gesundheitliche Regelversorgung mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können und in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen werden
- 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
- Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems, unter anderem die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungssensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen
- ein am Versorgungsbedarf orientierter Ausbau spezialisierter Hilfen in den PSZ durch flächendeckende und verstetigte Finanzierung von Bund und Ländern
- die Förderung von Netzwerkstrukturen (Runde Tische etc.), um das spezialisierte Fachwissen der PSZ an weitere Akteur*innen zu transferieren
- den Auf- und Ausbau von Wohnräumen für geflüchtete Menschen mit ausreichend Privatsphäre, Zugang zu sozialen Netzwerken/Gemeinschaften und unabhängigen Beratungsangeboten (Sozialberatung, Rechtsberatung, gesundheitliche Beratung etc.)
- die Einführung einer unabhängigen Stelle zur Sicherung menschenwürdiger Bedingungen in Unterkünften für geflüchtete Menschen bundesweit.

Grußwort der Landesintegrationsbeauftragten Mecklenburg-Vorpommern Jana Michael

Liebe Lesende,

diese Broschüre nimmt Sie mit in den Alltag der Psychosozialen Zentren (PSZ) in Ostdeutschland. Die Arbeit dieser Zentren ist in der Gesellschaft nach wie vor zu wenig bekannt, dabei erfüllen sie eine unverzichtbare, zutiefst menschenrechtliche und gesellschaftlich relevante Aufgabe.

Seit vielen Jahren haben sich die PSZ professionalisiert. Sie arbeiten mit Klient*innen, die unterschiedliche Sprachen sprechen und sich häufig in extrem belastenden Lebenssituationen befinden. Viele dieser Menschen haben alles verloren, sind von ihren Familien getrennt, befinden sich in komplexen und langwierigen Asylverfahren, erleben Diskriminierungen und Isolation. Für viele von ihnen sind die PSZ der einzige Ort, an dem sie psychosoziale Beratung oder Therapie erhalten können, weil der Zugang zu den Regelstrukturen oftmals nicht funktioniert oder diese Strukturen angesichts der Komplexität der Fälle schlicht überfordert sind.

Gerade jetzt stehen die PSZ in Ostdeutschland jedoch wieder sehr alleine da. Die aktuellen finanziellen Kürzungen bedrohen die mühsam aufgebauten Strukturen. Ein Beispiel ist das PSZ in Rostock: Dort sollen im kommenden Jahr drei Viertel der Stellen wegfallen. Gleichzeitig bleibt der Bedarf an psychosozialer Beratung immens hoch und in vielen Regionen können bisher nur rund neun Prozent der benötigten Angebote abgedeckt werden.

Hinzu kommen weitere Herausforderungen, die besonders in ländlichen Räumen sichtbar werden: eingeschränkte Mobilität, fehlende Sprachmittlung, eine überlastete psychiatrische Versorgung und oft unzureichend qualifiziertes Personal in Gemeinschaftsunterkünften. Gute Kooperationen existieren meist dort, wo sich einzelne Personen überdurchschnittlich engagieren. Dies sollte jedoch keinesfalls vom Zufall abhängen.

Mit den aktuellen politischen Veränderungen, insbesondere im Zuge der GEAS-Reform, wird deutlich, dass erneut vieles auf dem Spiel steht. Es besteht die Gefahr, dass wichtige Standards nicht nur nicht weiterentwickelt, sondern sogar zurückgebaut werden. Dabei ist die Frage nach der Qualität psychosozialer Versorgung zentral. Professionelle Beratung und Therapie erfordern hohe fachliche Kompetenz, Erfahrung und Verantwortung. Wird diese Qualität abgesenkt, zahlen am Ende die Betroffenen den Preis – und mittel- bis langfristig auch die gesamte Gesellschaft.

Die Arbeit der PSZ ist unverzichtbar. Und sie braucht stabile Strukturen, tragfähige Kooperationen und vor allem eine sichere, verlässliche Finanzierung.

Gleichzeitig sollten wir uns bewusst machen, was dank des Engagements der PSZ bereits erreicht wurde. Erstens: Wir verfügen heute über deutlich mehr Forschung zu Flucht, Trauma und besonders vulnerablen Gruppen. Die PSZ haben wichtige Impulse gesetzt und Studien ermöglicht, die wiederum Grundlage für bessere Versorgung, politische Entscheidungen und Weiterentwicklungen sind. Zweitens: Die Qualität der Arbeit in den PSZ wird zunehmend anerkannt. Durch klare Standards, Professionalisierung und langjährige Expertise haben sie sich als unverzichtbare Akteur*innen im psychosozialen Versorgungssystem etabliert. Drittens: Wir sprechen heute viel offener über Rassismus in therapeutischen und medizinischen Kontexten und suchen aktiv nach Lösungen. Dass diese Debatten geführt werden, ist auch ein Verdienst der PSZ, die seit Jahren auf strukturelle Ungleichheiten hinweisen. Viertens:

Trotz wachsendem politischen Druck von rechts existiert nach wie vor eine Struktur, in der geflüchtete Menschen Unterstützung, Beratung und Schutz finden. Das ist in der aktuellen Zeit alles andere als selbstverständlich und es ist das Ergebnis fachlicher Arbeit und starker Lobbyarbeit für Geflüchtete.

Mein großer Respekt gilt dem gesamten Personal der PSZ.

Sie setzen sich Tag für Tag für die Gesundheit, die Würde und die Rechte geflüchteter Menschen ein. Ihre Professionalität und ihre Empathie machen einen entscheidenden Unterschied, für Einzelne wie für die Gesellschaft. Dafür möchte ich Ihnen allen meinen Dank aussprechen.

Foto: © Mina Schmidt.

Jana Michael
Integrationsbeauftragte der Landesregierung
Mecklenburg-Vorpommern

Vorwort

In den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt manifestieren sich die vielschichtigen Herausforderungen von Flucht, Gewalt und Versorgung in besonders klarer Form. Für geflüchtete Menschen, die Schutz und Stabilisierung suchen, liegen die Hürden nicht nur im individuell Erlebten, sondern in tief verwurzelten strukturellen Rahmenbedingungen. Die vorliegende Analyse zeigt: Wer in eine Region kommt, die durch Transformation, Sparpolitik und ländliche Strukturen geprägt wurde, braucht nicht nur individuelle Hilfe, sondern systemische Unterstützung.

Ostdeutschland ist in vielerlei Hinsicht anders. Infrastruktur- und Versorgungslücken sind deutlich größer als in westdeutschen Bundesländern. Praxen, Therapeut*innen, Fachkräfte sind dünn gesät, Wege zu Unterstützungseinrichtungen oft lang. Viele Unterbringungsmöglichkeiten für Schutzsuchende befinden sich in abgelegenen Regionen – fern von sozialen Netzwerken, Beratungs- oder Versorgungsangeboten – und tragen damit zur Isolation bei. Politisch und gesellschaftlich ist das Klima in Teilen Ostdeutschlands durch sichtbare Ängste, Ressentiments und eine hohe Präsenz rechtspopulistischer Mobilisierungen geprägt. Dieses Umfeld wirkt sich unmittelbar auf das Sicherheitsgefühl geflüchteter Menschen aus.

Eine aktuelle Langzeitauswertung der Amadeu Antonio Stiftung macht deutlich, dass Gewalt gegen Geflüchtete in Deutschland deutlich häufiger vorkommt, als es die offizielle Statistik abbildet. Die systematische Untererfassung betrifft besonders Regionen mit ohnehin erhöhtem Risiko und führt dazu, dass Bedrohungslagen politisch unterschätzt werden. Für die Betroffenen bedeutet das: Erfahrungen von Angriffen,

Einschüchterung und Ausgrenzung bleiben oft unsichtbar – und damit auch das Bedürfnis nach Schutz und Unterstützung. Diese Unsichtbarkeit erschüttert Vertrauen und verstärkt das Gefühl, im Ankunftsland nicht vollständig sicher zu sein.

Für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt bedeutet das konkret: Geflüchtete Menschen tragen hier häufig eine doppelte Last. Sie müssen nicht nur die Folgen von Krieg, Folter und Flucht bewältigen, sondern sehen sich im Alltag zusätzlich Ausgrenzung, Bedrohung und Unsicherheit ausgesetzt. Diese kumulative Belastung findet im bestehenden Versorgungssystem kaum Berücksichtigung. Standardisierte Zugangswege, lange Anfahrtswege zu Hilfseinrichtungen und fehlende spezialisierte Angebote blenden die reale Lebenssituation vieler Menschen aus – und führen dazu, dass gerade dort, wo die Bedarfe am größten sind, die Unterstützung oft am wenigsten greift.

Die Psychosozialen Zentren (PSZ) leisten in dieser Region eine ebenso unverzichtbare wie herausfordernde Arbeit: Sie sind für viele geflüchtete Überlebende von Folter, Krieg und Verfolgung die erste und oft einzige Adresse für eine ganzheitliche Rehabilitation – psychosozial, therapeutisch und sozialarbeiterisch zugleich. Doch obwohl gerade hier die Versorgungslücke am größten ist, konnten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt im Jahr 2024 nur rund 9,3 Prozent des geschätzten Bedarfs durch PSZ und Kooperationspartner*innen gedeckt werden. Das verdeutlicht die Dringlichkeit: Nicht nur punktuelle, sondern systemische Verbesserungen sind im Osten zwingend erforderlich.

Aus all dem entsteht eine klare Forderung: Wer Versorgungsgerechtigkeit will, muss die Ost-Spezifika in den Blick nehmen – die dünne Infrastruktur, die entlegenen Unterkünfte, die politische Brisanz, die tägliche Gewalt und Ausgrenzung. Er muss die psychosoziale Versorgung als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe verstehen – nicht als marginales Zusatzangebot. Und er muss garantieren: Geflüchtete Menschen haben nicht nur Schutz vor Verfolgung im Herkunftsland, sondern Schutz vor Gewalt, Ausgrenzung und Unterversorgung im Ankunftsland.

Foto LW: © Ana Maria Sales Prado

Wir danken allen Mitarbeitenden der PSZ, allen Kommunal-, Landes- und Bundespartner*innen sowie der Zivilgesellschaft, die tagtäglich in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt dafür eintreten, dass Schutzsuchende nicht im System verloren gehen. Dieser Bericht ist ein Aufruf – an die Politik, an die Öffentlichkeit und an die Verwaltung: Ostdeutschland darf nicht zur „Versorgungswüste“ werden. Es geht um Menschenwürde, Gesundheit, Teilhabe – und damit um die Zukunft unserer werteorientierten Gesellschaft.

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

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

1

EINLEITUNG

1 — Einleitung

Der Zugang zu Gesundheitsversorgung ist nicht nur ein individuelles Menschenrecht, sondern zugleich eine Notwendigkeit für eine stabile, sichere und demokratische Gesellschaft. Das Vertrauen der Bevölkerung in den Staat kann nur bestehen, wenn dieser glaubhaft sicherstellt, dass ihre grundlegenden Bedürfnisse – auch nach Gesundheit – erfüllt werden.

Vielen geflüchteten Menschen in Deutschland wird jedoch die Chance auf Anerkennung des überlebten Leids und dessen Heilung und ein sicheres Leben verwehrt. Gesetzliche Ausschlüsse durch das Asylbewerberleistungsgesetz und ein für die angesprochene Zielgruppe häufig verschlossenes Gesundheitssystem führen dazu, dass sie keinen oder nicht ausreichenden Zugang zu notwendigen medizinischen und therapeutischen Behandlungen bekommen. Geflohene Menschen werden in Deutschland dabei strukturell ausgeschlossen. Gleichzeitig wächst insbesondere in der Zivilgesellschaft die Sorge, dass der Staat nicht in der Lage oder willens ist, vulnerablen Menschen Sicherheit und Schutz zu bieten.

Vor diesem Hintergrund wurden die Psychosozialen Zentren (PSZ) gegründet, um professionelle und bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung für geflüchtete Menschen zu ermöglichen. Aktuell organisieren sich 52 PSZ 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 regelmäßig Berichte über die aktuelle psychosoziale Versorgungssituation geflüchteter Menschen in Deutschland.

Der Fokus des vorliegenden Berichts liegt auf der Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Die ostdeutschen Bundesländer sind – 35 Jahre nach der Wiedervereinigung – weiterhin geprägt durch historisch bedingte wirtschaftliche und strukturelle Benachteiligungen. Auch durch die ländliche Prägung ist der Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Angeboten für viele Geflüchtete zum Teil massiv eingeschränkt, wie ein Bericht zur Versorgungssituation in den ostdeutschen Bundesländern aus dem Jahr 2022 zeigte (vgl. Mohammed et al. 2022). Durch EU-Fördermittel und damit verbundene Kofinanzierungen durch die Landesregierungen konnten PSZ-Strukturen in diesen Bundesländern in den letzten Jahren auf- und ausgebaut werden. Durch aktuell geplante Kürzungen droht jedoch ein Rückbau um bis zu 75 Prozent von Personal und Angebotsstruktur – mit dramatischen Folgen für die Versorgungsmöglichkeiten schutzsuchender Menschen.

Dieser Bericht ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden in Kapitel 2 die Rahmenbedingungen für die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen dargestellt. Kapitel 3 widmet sich den Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den PSZ aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2024. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse einer Analyse der Verfügbarkeit von Routinedaten (Abrechnungsdaten) zur Versorgung geflüchteter Menschen sowie einer Befragung in 16 Geflüchtetenunterkünften in den drei Bundesländern – durchgeführt durch Mitarbeitende der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg – präsentiert. Abschließend werden in Kapitel 5 ein Fazit gezogen und Handlungsempfehlungen für eine Verbesserung der Versorgungslage abgeleitet.

Diese Publikation ist im Rahmen des Projekts „Hürden nehmen: Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete“ entstanden. Das Projekt wurde vom 01.03.2023 bis 28.02.2026[1] durch das PSZ Brandenburg in Kooperation

1 Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung war noch unbekannt, ob das Projekt möglicherweise um wenige Monate kostenneutral verlängert werden kann.

mit dem PSZ Rostock für Geflüchtete und Migrant_innen, dem PSZ Sachsen-Anhalt für Migrant*innen sowie XENION Fürstenwalde durchgeführt. Gefördert wurde es aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU sowie der UNO-Flüchtlingshilfe, des Flüchtlingsfonds der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg, des Ministeriums des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg, der Landkreise Barnim, Elbe-Elster, Märkisch-Oderland, Oberhavel, Oberspreewald-Lausitz, Oder-Spree, Ostprignitz-Ruppin, Potsdam-Mittelmark, der kreisfreien Städte Frankfurt (Oder), Potsdam, der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

2

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG GEFLÜCHTETER MENSCHEN

2 — Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung geflüchteter Menschen

Der Zugang geflüchteter Menschen (s. Glossar „Asylsuchende/Geflüchtete/Schutzsuchende“) zur Gesundheitsversorgung wird durch ihre oft isolierende Unterbringung, gesetzliche Ausschlüsse, eine fehlende gesetzliche Finanzierung von Sprachmittlung sowie mangelnde Strukturen und Kompetenzen im Gesundheitssystem stark eingeschränkt. Erkenntnisse aus der Traumaforschung zeigen indes, dass die aktuellen Lebensbedingungen von Menschen, die schwere Gewalt erlebt haben, besonders bedeutsam für ihre Rehabilitation sind (vgl. Keilson, 1979). Somit verhindern die zahlreichen Barrieren nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung, sondern manifestieren aus dem bestehenden strukturellen Mangel heraus selbst die psychischen Belastungen geflüchteter Menschen.

Die Angebote der Psychosozialen Zentren (PSZ) sind auf die Bedarfe dieser Zielgruppe spezialisiert, können aufgrund ihrer prekären Finanzierung jedoch nur einen Bruchteil des Bedarfs abdecken.

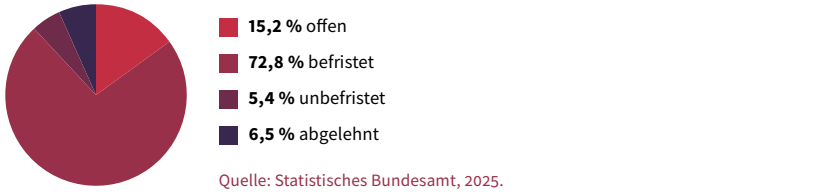
2.1 Anzahl geflüchteter Menschen & Aufenthaltssituation

Im Vergleich zu anderen Bundesländern wird ein kleiner Anteil schutzsuchender Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt aufgenommen. Laut Königsteiner Schlüssel sind diese Bundesländer für 7,7 Prozent der asylsuchenden Menschen in Deutschland zuständig (Brandenburg: 3,0 Prozent, Mecklenburg-Vorpommern: 2,0 Prozent, Sachsen-Anhalt: 2,7 Prozent). Insgesamt lebten dort 2024 208.270 schutzsuchende Menschen (Brandenburg: 76.665, Mecklenburg-Vorpommern: 52.335, Sachsen-Anhalt: 79.270). Die häufigsten Herkunftsländer waren die Ukraine, Syrien und Afghanistan (vgl. Statistisches Bundesamt, 2025).

Ein Großteil von ihnen hat einen anerkannten Schutzstatus mit der Perspektive, länger in Deutschland bleiben zu können. Für Personen mit einem unsicheren Status, die sich noch im Asyl- oder Klageverfahren befinden, ist die Situation besonders belastend. Die Ungewissheit darüber, ob sie möglicherweise in ein Land zurückkehren müssen, in dem ihnen Unsicherheit bis hin zu Lebensgefahr droht, wirkt äußerst verunsichernd. Ihre gesellschaftliche Teilhabe wird zudem durch gesetzliche Regelungen eingeschränkt, die den Zugang zu angemessener Unterbringung, Bildung, Arbeit sowie Gesundheitsversorgung stark begrenzen.

Auch bei Personen mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus wächst aktuell die Sorge über die längerfristige Bleibeperspektive in Deutschland. Rechtspopulistische Diskurse mit dem Schlagwort „Remigration“ sowie die steigende Diskriminierung geflüchteter Menschen führen dazu, dass viele sich in ihrer neuen Heimat unsicher fühlen – mit negativen Folgen für ihre psychische Gesundheit.

Abb. 1: **Aufenthaltsrechtlicher Status schutzsuchender Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt**



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2025.

2.2 Aufnahme & Unterbringung

In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt werden geflüchtete Menschen zunächst über die Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LEA) bzw. Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) aufgenommen und untergebracht. Hierbei handelt es sich um Massenunterkünfte mit wenig Privatsphäre, stark eingeschränkter Sozialbetreuung und oft mangelnden hygienischen Standards. Viele sind zudem abgelegen, sodass Bewohner*innen auch von den Einschränkungen des öffentlichen Nahverkehrs betroffen sind, wenn sie beispielsweise zu einer Arztpraxis fahren müssen. Im Regelfall ist die Unterbringung in einer solchen Einrichtung auf 18 bzw. sechs Monate für Familien mit minderjährigen Kindern begrenzt (§ 47 Abs. 1 AsylG). In Brandenburg wurde jedoch im November 2025 ein Gesetzentwurf in erster Lesung verabschiedet, wonach die Dauer der Unterbringung in der Erstaufnahmeeinrichtung (außer bei Familien mit Kindern) auf 24 Monate verlängert werden soll (vgl. MIK, 2025). Mit der endgültigen Verabschiedung des Gesetzes wird im ersten Quartal 2026 gerechnet.

Aus den Erstaufnahmeeinrichtungen werden die geflüchteten Menschen auf die Kommunen verteilt. Ausgenommen sind bisher ukrainische Geflüchtete, die direkt in den Kommunen aufgenommen wurden und keine Erstaufnahmeeinrichtungen durchlaufen mussten.

Die kommunale Unterbringung kann in Form von Sammelunterkünften (Gemeinschaftsunterkünften) oder Wohnungen (u. a. Übergangswohnungen und Wohnverbünde) – mit deutlichen Qualitätsunterschieden – organisiert sein. Bei unbegleiteten Minderjährigen gelten besondere Standards nach SGB VIII, sodass sie meistens in Wohngruppen mit sozialpädagogischer Begleitung untergebracht werden. Auch Schutzsuchende mit anderen besonderen Schutzbedarfen (z. B. aufgrund psychischer Erkrankungen) haben nach der EU-Aufnahmerichtlinie (2024/1346) Anspruch auf eine angemessene Unterbringung (s. Glossar „Besondere Schutzbedarfe“). Diesem Anspruch wird die Praxis häufig jedoch nicht gerecht, etwa weil die besonderen Schutzbedarfe nicht (frühzeitig) identifiziert werden, um die Verteilung in eine angemessene Unterkunft oder dezentrale Unterbringung in einer Wohnung zu ermöglichen. Von den drei Bundesländern gibt es lediglich in Brandenburg ein Konzept zur systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedarfe in der Erstaufnahme (vgl. Mohammed et al., 2022).

Werden besondere Schutzbedarfe identifiziert, mangelt es oft an angemessenen Unterkünften und Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. vom Felde et al., 2020). Somit sind die Handlungsmöglichkeiten, eine bedarfsgerechte Unterbringung zu organisieren, extrem eingeschränkt. Erschwerend kommt hinzu, dass bei zurückgehenden Belegungszahlen die Landkreise darauf Wert legen, ihre Unterkünfte weiter auszulasten.

In allen drei Bundesländern wurden gesetzliche Mindeststandards bzw. Leitlinien für die Unterbringung geflüchteter Menschen eingeführt, in denen beispielsweise die Mindestgröße der Zimmer sowie die Lage der Unterkünfte geregelt sind.[2] Auf Bundesebene wurden zwar durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammen mit UNICEF und vielen weiteren Partnern „Mindeststandards zum

2 Vgl. Brandenburg: Landesaufnahmegesetz-Durchführungsverordnung – LAufnGDV, Anlage 3 – Mindestbedingungen für den Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften. Mecklenburg-Vorpommern: Gemeinschaftsunterkunftsverordnung – GUVO MV, 2001. Sachsen-Anhalt: Aufnahmegesetz – Leitlinien für die Unterbringung und soziale Betreuung von nicht dauerhaft aufenthaltsberechtigten Ausländern.

Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“ entwickelt, es fehlt jedoch an einer verbindlichen Regelung zu deren Umsetzung (vgl. BMFSFJ & UNICEF, 2021). Zivilgesellschaftliche Organisationen bemängeln, dass viele dieser Standards nicht umgesetzt werden, beispielsweise gibt es einige Unterkünfte ohne abschließbare Zimmer (vgl. Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern, 2024; Deutscher Caritasverband e. V., 2021). In Sachsen-Anhalt wurden die Leitlinien zu Unterbringungsbedingungen zwischen 2015 und 2016 sowie 2022 gelockert (vgl. Kühn und Schlicht, 2023). Die gesonderte Unterbringung in Sammelunterkünften macht Schutzsuchende auch vulnerabler gegenüber politisch motivierter Gewalt (vgl. Kruse, 2025).

In Brandenburg wurde im März 2025 ein sogenanntes Dublin-Zentrum für Asylsuchende eingerichtet, bei denen eine Dublin-Überstellung in ein anderes EU-Land vorgesehen ist (s. Glossar „Dublin-Verfahren“). Dort sind die Zimmer nicht abschließbar und die Bewohner*innen dürfen die Unterkunft zwischen 22 Uhr und 6 Uhr nicht verlassen. Nach einer Gesetzesänderung im Rahmen des sogenannten „Sicherheitspakets“ am 30.10.2024 bekommen Asylsuchende im Dublin-Verfahren zudem nur zwei Wochen lang Überbrückungsleistungen für das physische Existenzminimum (§ 1 Abs. 4 AsylbLG). Danach werden Leistungen nur noch in besonderen Härtefällen gewährt. Nach dem neuen Entwurf zur Änderung des Landesaufnahmegesetzes von Brandenburg vom November 2025 ist es auch geplant, Landesübergangseinrichtungen und Ausreiseeinrichtungen als weitere neue Unterkunftsformen einzuführen für Schutzsuchende mit unklarer Bleibeperspektive und Personen, die vollziehbar ausreisepflichtig sind (vgl. MIK, 2025). Alle Asylbewerber*innen und Geduldete des Bundeslandes und Personen, die vollziehbar ausreisepflichtig sind (vgl. ebd.), sollen in vermutlich sehr großen zentral verwalteten Landesübergangseinrichtungen untergebracht werden. Sie alle sollen nicht mehr von den lokalen Ausländerbehörden, Sozialämtern und vermutlich auch Gesundheitseinrichtungen betreut werden. Befürchtet wird, dass es schwerer wird, aus diesen Landesübergangseinrichtungen in privaten Wohnraum umzuziehen, dass dort eine Sachmittelversorgung eingeführt wird, dass den Geflüchteten die

elektronische Gesundheitskarte nicht mehr wie bisher zur Verfügung stehen wird, dass die Kinder keinen Zugang mehr zu Kitas und öffentlichen Schulen haben werden und Asylbewerber*innen nicht mehr in lokale Integrationsangebote einbezogen werden. Dies wird zu weiterer Isolierung, Ausgrenzung und Stigmatisierung schutzsuchender Menschen führen mit erwartbar negativen Auswirkungen auf deren gesundheitliche Situation.

Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichts wurde in allen drei Bundesländern – mit Ausnahme der Stadt Potsdam – die Bezahlkarte eingeführt oder deren Einführung geplant. Damit werden Leistungen nicht mehr als Bargeld, sondern in Form von Guthaben auf der Bezahlkarte ausgezahlt. Da die Karte nicht überall akzeptiert wird und immer wieder technische Probleme auftreten, sind grundlegende Ausgaben für Lebensmittel und Gesundheitsleistungen teilweise unmöglich (PRO ASYL, 2024). Oft ist die Nutzung der Bezahlkarte auch auf bestimmte Regionen eingeschränkt, sodass Reisen – beispielsweise, um Ärzt*innen oder Beratungsstellen aufzusuchen – deutlich erschwert werden.

Die aktuellen Aufnahme- und Unterbringungsbedingungen führen dazu, dass Schutzsuchende sich von den traumatisierenden Erlebnissen nicht ausreichend erholen können, und schränken ihre gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten ein. Zudem verstärken sie ihre psychische Belastung, wie zahlreiche Studien belegen (vgl. auch Kapitel 4; Mohsenpour et al., 2021; Nowak et al., 2023; Nutsch & Bozorgmehr, 2020).

2.3 Zugang zur Versorgung

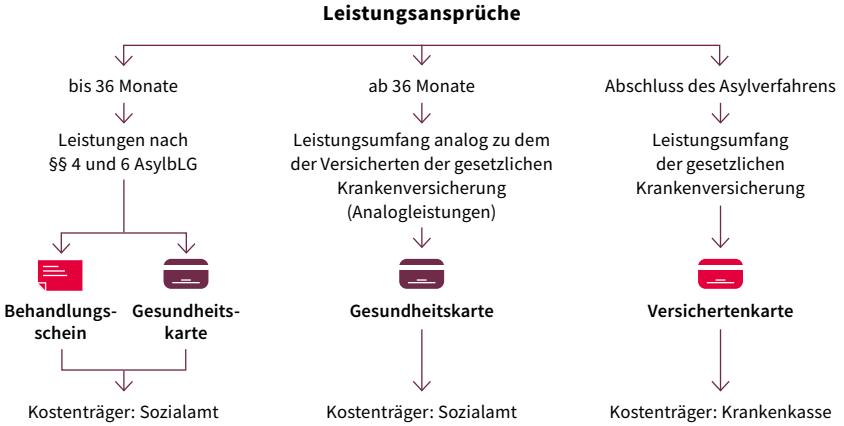
In den ersten 36 Monaten haben Asylsuchende nach dem Asylbewerberleistungsgesetz grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen Anspruch auf eine medizinische Behandlung (§§ 4, 6 AsylbLG). In Brandenburg wurde 2016 die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete flächendeckend eingeführt, womit der Zugang zu therapeutischer Versorgung grundsätzlich möglich ist

und der Verwaltungsaufwand reduziert wurde. Nach Erfahrungen aus der Praxis findet aber faktisch kein*e Asylbewerber*in in Brandenburg eine*n behandlungswillige*n niedergelassene*n Psychologische*n Psychotherapeuten*in, da diese bereits mit den Bedarfen der einheimischen Bevölkerung vollständig ausgelastet sein wird. In Mecklenburg-Vorpommern wurde die eGK bisher unter anderem in den Städten Schwerin und Rostock sowie in den Landkreisen Rostock und Ludwigslust-Parchim eingeführt. Das Leistungsspektrum bezieht sich weiter auf das des Asylbewerberleistungsgesetzes.

In einigen Teilen von Mecklenburg-Vorpommern sowie in Sachsen-Anhalt müssen Behandlungen durch das zuständige Sozialamt, in der Regel durch nicht medizinisch geschulte Behördenmitarbeiter*innen, bewilligt werden (vgl. Bergmeyer, 2020). Dabei werden psychische Erkrankungen meistens entweder nicht erkannt oder nicht als akut eingestuft, sodass eine Bewilligung von notwendigen Psychotherapien ausbleibt (vgl. Führer et al., 2020).

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

Abb. 2: **Leistungsansprüche und Kostenträger während des und nach dem Asylverfahren**



Auch bei Schutzsuchenden mit Zugang zu Leistungen (entsprechend) der gesetzlichen Krankenversicherung[3] bestehen zahlreiche Barrieren im Gesundheitssystem, die die notwendige Versorgung verhindern (vgl. Karato et al., 2025):

- **Fehlende Sprachmittlung:** Es gibt keine flächendeckenden Angebote und Möglichkeiten, qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zu organisieren und zu finanzieren (vgl. Führer & Brzoska, 2020). In Brandenburg gibt es seit 2023 das Programm „Telefon- und Videodolmetschen in Brandenburg“[4], worüber Dolmetschleistungen per Videokonferenz oder Telefon unter anderem von Krankenhäusern, Arzt- und Psychotherapiepraxen

3 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.

4 https://mgs.brandenburg.de/mgs/de/presse/pressemitteilungen/detail/~30-06-2023-programm-telefon-und-videodolmetschen#

sowie Gemeinschaftsunterkünften kostenfrei gebucht werden können. Insbesondere in ländlichen Regionen ist das Angebot sehr hilfreich, um beispielsweise akute Bedarfe zu klären. Eine Hürde bei der Verwendung des Angebots ist allerdings, dass die Buchung nur über die Behandler*innen und nicht über die Klient*innen/Patient*innen erfolgt. Wenn Behandler*innen die Buchung nicht tätigen, z. B. aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken oder fehlender Information, sind Klient*innen/Patient*innen von der Nutzung ausgeschlossen. Auch für die Begleitung bei sensiblen Themen wird oft eine persönliche Sprachmittlung vor Ort bevorzugt.

- **Diskriminierung im Gesundheitswesen:** Menschen mit (vermeintlich) nicht-deutscher Herkunft oder nicht-*weiß* gelesene 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 (vgl. Aikins et al., 2021; DeZIM, 2023).
- **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).
- **Fehlende multiprofessionelle Versorgung:** Im deutschen Gesundheitssystem arbeiten Berufsgruppen meist isoliert. So fehlt eine systematische Verzahnung von beispielsweise psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Unterstützung, die notwendig ist für eine Stabilisierung der Lebensbedingungen.
- **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).

2.4 Die Psychosozialen Zentren & weitere spezialisierte Angebote

Aufgrund der enormen Lücke bei der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen wurden seit den Achtzigerjahren Psychosoziale Zentren (PSZ) gegründet. Sie verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, indem sie auch die Lebensbedingungen der Schutzsuchenden im Rehabilitationsprozess berücksichtigen.

Zu den Unterstützungsformen der PSZ gehören:

- psychologische Diagnostik und Dokumentation
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation
- Krisenintervention
- Psychotherapie
- asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung
- sozialarbeiterische Begleitung und Informationsvermittlung zu verschiedenen 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-Protokolls[5] und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM)[6].

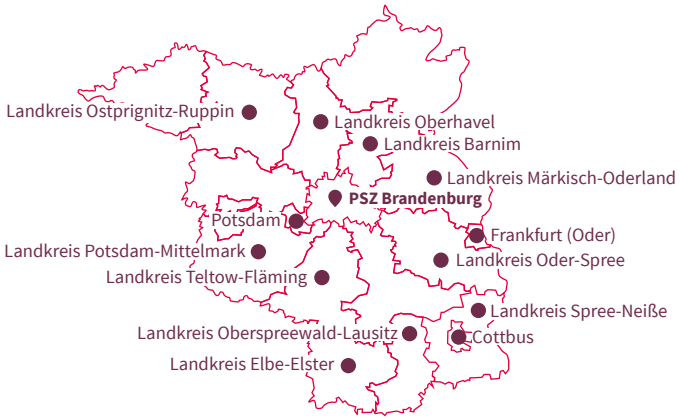
Die Unterstützung wird bereitgestellt für alle geflüchteten Menschen – unabhängig von Nationalität, Aufenthaltsstatus, ethnischer und religiöser Zugehörigkeit sowie sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität. Alle Angebote werden für die Klient*innen kostenfrei und bei Bedarf mit geschulten Sprachmittler*innen oder Mitarbeiter*innen mit entsprechender Sprachkompetenz umgesetzt.

Die PSZ engagieren sich darüber hinaus aktiv für eine verbesserte Versorgung geflüchteter Menschen. Dazu bieten sie unter anderem Schulungen zu Beratung und Therapie im Zusammenhang mit Flucht sowie zu allgemeinen psychosozialen Themen für verschiedene Akteur*innen wie Richter*innen und Behördenmitarbeiter*innen an. Außerdem suchen sie regelmäßig den Dialog mit Behörden und Politiker*innen, etwa zu bedarfsgerechter Gestaltung von Aufnahmeprozessen. Viele Zentren sind in lokalen und regionalen Gremien sowie Netzwerken vertreten und setzen sich dort für die Interessen ihrer Klient*innen und Mitarbeitenden ein.

5 https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf
6 https://www.sbpm.de/

In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt gibt es insgesamt fünf PSZ, die Mitglieder im Bundesverband sind.[7] Alle Zentren bieten qualifizierte psychologische Beratung, (Psycho-)Therapien sowie sozialarbeiterische Unterstützung an.

Abb. 3: **Brandenburg**



PSZ Brandenburg

TRÄGER KommMit e. V.

STANDORTE Landkreis Barnim, Landkreis Elbe-Elster, Landkreis Oberhavel, Landkreis Märkisch-Oderland, Landkreis Oberspreewald-Lausitz, Landkreis Oder-Spree, Frankfurt (Oder), Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Potsdam, Landkreis Potsdam-Mittelmark, Landkreis Teltow-Fläming, Cottbus

7 Kontaktdaten sowie weitere Informationen zu den PSZ – auch in anderen Bundesländern – sind auffindbar unter: https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren

Schwerpunkte der Arbeit

- Psychosoziale Beratung
- Psychotherapie
- Kunsttherapie
- Asylverfahrensberatung
- Rechtsmittelberatung
- Erstorientierung
- Strategischer Austausch zur Wohnsituation
- Qualifizierung für Mitarbeitende der Fachberatungsdienste der Migrationssozialarbeit, Mitarbeitende der Unterkünfte, Akteur*innen der gesundheitlichen Regelversorgung

Besondere Angebote

- Kinder-Kreativgruppe und Eltern-Gesprächsgruppe (Oranienburg): Das Angebot richtet sich an Eltern mit Fluchthintergrund und deren Kinder. Während die Kinder im Kunstatelier ihrer Kreativität freien Lauf lassen können, haben die Eltern die Möglichkeit, sich in einer professionell geleiteten Gruppe auszutauschen.

Kontakt

ADRESSE Darwinstraße 17, 10589 Berlin
WEB www.kommmit.eu/de

Abb. 4: **Mecklenburg-Vorpommern**

Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern, Greifswald

TRÄGER Kreisdiakonisches Werk Greifswald e. V.
STANDORTE Greifswald, Wolgast

Schwerpunkte der Arbeit

- Sozialberatung
- Psychosoziale Beratung
- Psychotherapie
- Psychosoziale Gruppenangebote (Kunsttherapie, Frauengruppe)
- Kultur- & Sprachmittlung
- Qualitätszirkel für Psychotherapeut*innen

Besondere Angebote

- Dock 10: Das Projekt bietet Schutzsuchenden aus Drittstaaten einen geschützten Raum für professionelle Beratung, psychosoziale Unterstützung und Begleitung beim Ankommen im Aufnahmeland. Das Ziel ist die Stabilisierung der Gesundheit und

der Lebenssituation Schutzsuchender, um sie zu befähigen, sich eigenständig im Aufnahmeland zurechtzufinden. Das Projekt wird kofinanziert aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU. Informationen finden sich unter:
AMIF-WEBSITE: www.eu-migrationsfonds.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Projekte/251013-dock10.html
LINKEDIN: www.linkedin.com/feed/update/urn:li:ugcPost:7383771152059482113/
INSTAGRAM: www.instagram.com/p/DPyCoE0jM2W/

Kontakt
ADRESSE Kapaunenstraße 10, 17489 Greifswald
WEB www.kdw-greifswald.de/migration/psychosoziales-zentrum/

Psychosoziales Zentrum „open huus" in Neubrandenburg

TRÄGER Diakonie Mecklenburgische Seenplatte gGmbH
STANDORTE Neubrandenburg/Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Schwerpunkte der Arbeit
- Psychotherapeutisches Angebot für Kinder und Erwachsene mit Flucht und/oder Migrationshintergrund
- Psychosoziale Beratung
- Clearing und Verweisberatung
- Sozialberatung für besonders schutzbedürftige/vulnerable Gruppen
- Asylverfahrensberatung
- Migrationsberatung für Erwachsene
- Alle Angebote ab 2026 auch aufsuchend
- Begegnungsort Café International – interkultureller Austausch und niedrigschwellige Angebote für alle Menschen in der Region

Kontakt
ADRESSE Wartlautstr. 4-6 , 17033 Neubrandenburg
WEB www.diakonie-mse.de/angebote/einrichtung/psychosoziales-zentrum

Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

TRÄGER Ökohaus e.V. Rostock (seit 2021, Trägerwechsel 2026 geplant)
STANDORTE Rostock

Schwerpunkte der Arbeit
Anwendung des Stepped-and-Collaborative-Care-Modells*
- Psychosoziale Beratung
- Medizinisches, psychologisches, soziales Clearing
- Psychiatrische Sprechstunde für Kinder & Jugendliche
- Kinder- & Jugendpsychotherapie
- Psychiatrische Sprechstunde für Erwachsene
- Soziale & rechtliche Beratung
- Muttersprachliche ukrainische psychologische Beratung & Gruppenangebote
- Ärztliche und psychologische Gesundheitsberatung
- Kunsttherapie (Lösungsorientierte Maltherapie LOM)
- Psychologische Beratung
- Systemische Beratung & Therapie
- Akquise & Ausbildung eines eigenen Sprachmittlungspools
- Netzwerk-, Gremien- und Lobbyarbeit
- Sensibilisierungs- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende der Migrationssozialarbeit sowie des medizinischen Regelsystems

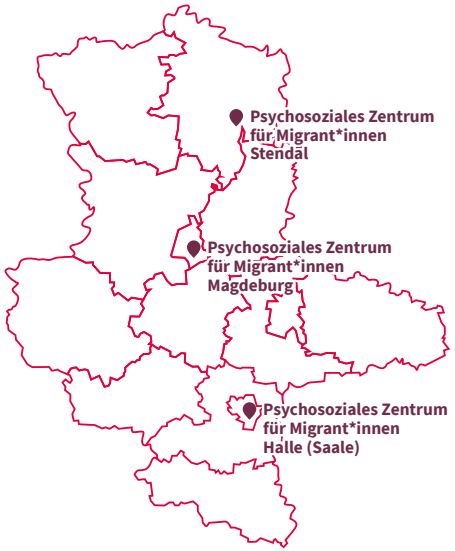
* (https://www.researchgate.net/publication/329519779_Ein_Jahr_Integrative_psychosoziale_Fluchtlingsberatung_Rostock_IPF_Rostock_-_Evaluation_des_IPF-Konzeptes_mit_dem_Stepped-and-Collaborative-Care-Modell_in_der_psychosozialen_und_sozialmedizinischen_Fl)

Kontakt

ADRESSE *Kinder- und Jugendbereich:*
Ärztehaus Paulstraße
Paulstraße 48-55, 18055 Rostock
—
Erwachsenenbereich:
Blücherstraße 18, 18055 Rostock

Mehr Informationen und Zugang zum Zuweisungssystem:
WEB www.psz-rostock.de

Abb. 5: **Sachsen-Anhalt**



Psychosoziales Zentrum für Migrant*innen

TRÄGER St. Johannis GmbH)
STANDORTE Halle (Saale), Magdeburg, Stendal

Schwerpunkte der Arbeit

- Psychosoziale Beratung
- Asylverfahrensberatung
- Therapie
- Fortbildungen für Mitarbeitende von Unterkünften, Migrationsberatungsstellen, Bildungseinrichtungen und Behörden als auch Integrationshelfer*innen und -lotsen sowie Akteur*innen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regeldienste und weiterer medizinischer Versorgungseinrichtungen

Kontakt

MAIL kontakt@psz-sachsen-anhalt.de
ADRESSE Charlottenstr. 7
06108 Halle (Saale)
—
Sudenburger Wuhne 4
39112 Magdeburg
—
Westwall 19
39576 Stendal
WEB www.psz-sachsen-anhalt.de

Neben den PSZ gibt es weitere Einrichtungen mit psychosozialen Angeboten, mit denen die Zentren oft kooperieren. Zu diesen zählen[8]:

Brandenburg

- Albatros Beratungszentrum: muttersprachliche psychosoziale Beratung und Gesundheitsberatung
- Fachberatungsdienste der Migrationssozialarbeit: psychosoziale Stabilisierungsangebote
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Inter Homines: Psychosoziales Empowerment und Psychotherapie

Mecklenburg-Vorpommern

- Diakonisches Werk Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin: Psychologische Beratung

Die PSZ und ihre Kooperationspartner sind jedoch fast ausschließlich über zeitlich befristete öffentliche Fördermittel finanziert, sodass sie nur einen Bruchteil des Bedarfs decken können (s. Kapitel 3.4).

Grenzen und Möglichkeiten der digitalen Unterstützung

Insbesondere in ländlich geprägten Regionen ist die Erreichbarkeit psychosozialer Beratungsangebote eine große Herausforderung. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projekts „Hürden nehmen – Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete“ ein digitaler Ansatz erprobt. An drei Standorten wurde jeweils ein Raum mit der entsprechenden technischen Ausrüstung und einem datenschutzkonformen Videokonferenzsystem ausgestattet. Hier können Klient*innen mit Hilfe eines Standortmanagers und gegebenenfalls Sprachmittlung online von einer Psychologin beraten werden. Das Angebot wurde in den jeweiligen Landkreisen beworben, jedoch in diesem Format wenig in Anspruch genommen.

Eine 2025 durchgeführte interne Evaluation (n=26) deutete an, dass sowohl die Berater*innen als auch die Klient*innen digitale/telefonische Beratungen prinzipiell als Ergänzung zur analogen Beratung schätzen.

Jene finden in der Regel jedoch erst nach einem oder mehreren Beratungsterminen in Präsenz statt, da dieses Format als hilfreicher für den Aufbau von Vertrauen empfunden wird. Die Option, auf Distanz beraten zu werden, wird insbesondere bei dringenden, kleineren Anliegen, organisatorischen und logistischen Herausforderungen (z. B. durch Zugausfälle, familiäre Verpflichtungen usw.) oder wegen eingeschränkter Mobilität bevorzugt. Insbesondere bei Beratungen ohne Sprachmittlung hat sich dieses ergänzende Angebot bewährt.

Allerdings lehnen manche Klient*innen das Angebot ab, da z. B. die Internetverbindung unzuverlässig ist, Misstrauen gegenüber der Technik oder dem Datenschutz besteht oder es an Privatsphäre mangelt. Für die Berater*innen sind analoge Treffen vor allem bei Krisensituationen, für Körperübungen und zum gemeinsamen Sichten von Unterlagen hilfreich.

Allgemein lässt sich feststellen, dass einerseits die Kontinuität der Behandlung durch digitale Gespräche aufrechterhalten werden kann, sie allerdings nur selten vollständig den persönlichen Kontakt ersetzt.

8 Da sich die Angebotslandschaft durch neue Initiativen sowie die Schließung bestehender Anlaufstellen häufig verändert, erheben wir keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

3

DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN

3 — Daten aus den Psychosozialen Zentren

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 Sonderauswertung der Daten für 2024 für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt dargestellt. Sie beziehen sich auf fünf Mitgliedszentren aus diesen Bundesländern. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

3.1 Klient*innen der PSZ

- **2024 wurden in den fünf PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt insgesamt 5.314 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 verfügte über einen prekären Aufenthaltsstatus: Fast zwei Drittel hatten lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, waren vollziehbar ausreisepflichtig oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.**
- **Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Syrien, Afghanistan, Ukraine, Kenia, Kamerun, Russische Föderation, Iran, Türkei, Irak, Sudan.**

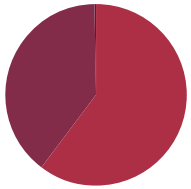
3.1.1 Anzahl & soziodemografische Merkmale

Im Jahr 2024 wurden in den fünf Psychosozialen Zentren (PSZ) insgesamt 5.314 Klient*innen versorgt. Darunter waren 2.801 Personen, die neu aufgenommen werden konnten. Bei einem Großteil der Klient*innen handelte es sich um Personen mit besonderen Schutzbedarfen – etwa infolge von Erfahrungen mit schwerer Gewalt, Folter, Menschenhandel oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität (s. Glossar „Besondere Schutzbedarfe“). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der von den PSZ versorgten Klient*innen um 57,5 Prozent gestiegen. Dieser deutliche Anstieg war vor allem durch neue Projekte, finanziert durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU, möglich. Eine im Herbst 2025 beschlossene Neuregelung zur Verteilung dieser Mittel nach Königsteiner Schlüssel statt nach dem bestehenden Bedarf gefährdet jedoch die Nachhaltigkeit dieser Projekte enorm, sodass von einem Abbau der Versorgungskapazitäten in den nächsten Jahren ausgegangen wird.

39,4 Prozent der Klient*innen waren cis-weiblich, 60,4 Prozent cis-männlich, 0,2 Prozent trans/nicht-binär.

1,4 Prozent identifizierten sich als LSBTI* (n=5 PSZ mit 5.314 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).

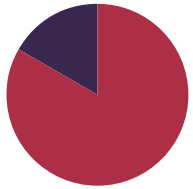
Abb. 6: **Gender der Klient*innen**



- **60,4 %** cis-männlich
- **39,4 %** cis-weiblich
- **0,2 %** trans/nicht-binär

Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n= 5.298 Klient*innen, © BAfF 2026

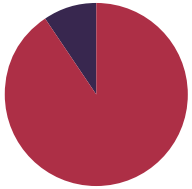
Abb. 7: **Minderjährige und volljährige Klient*innen**



- **84,0 %** volljährig
- **16,0 %** minderjährig

Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen, © BAfF 2026

Abb. 8: **Unbegleitete minderjährige Geflüchtete unter den Klient*innen**



- **89,8 %** minderjährige Klient*innen unter Begleitung der Familie
- **10,2 %** unbegleitete minderjährige Geflüchtete

Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=852 minderjährige Klient*innen, © BAfF 2026

3.1.2 Genutzte Angebote

Die Klient*innen wurden in verschiedenen Settings durch multiprofessionelle Teams begleitet:

- 78,6 Prozent der Klient*innen suchten (psycho)soziale und/oder asylrechtliche Beratung auf und wurden persönlich durch Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen unterstützt.
- Ungefähr ein Viertel (26,4 Prozent) befand sich – in der Regel zusätzlich zur Beratung – in psychotherapeutischer Behandlung. Lediglich 11,0 Prozent wurden ausschließlich psychotherapeutisch versorgt und waren nicht in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden.
- 3,8 Prozent wurden psychiatrisch versorgt.

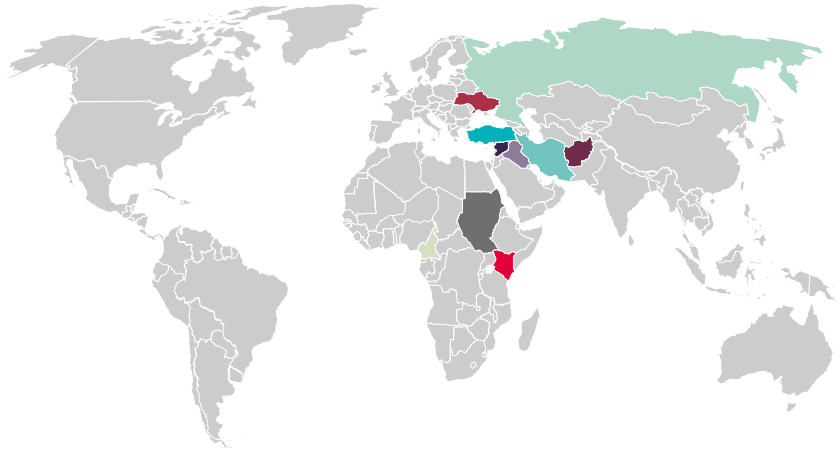
— 5,2 Prozent nahmen sonstige Angebote wie beispielsweise kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote wahr (n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen).

Der Umfang der Unterstützung kann zwischen den Klient*innen sehr unterschiedlich sein. Während bei manchen einzelne Termine ausreichen, benötigt ein Großteil von ihnen eine langfristige Begleitung, um eine bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgung zu ermöglichen. Insbesondere die komplexen Zusammenhänge zwischen ihrer psychischen Belastung, Aufenthaltssituation sowie weiteren Lebensbedingungen erfordern häufig multiprofessionelle Begleitung über mehrere Jahre.

3.1.3 Herkunftsländer & Aufenthaltssituation

Klient*innen der PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt kamen im Jahr 2024 aus über 100 verschiedenen Ländern. Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Syrien, Afghanistan, die Ukraine, Kenia, Kamerun, die Russische Föderation, Iran, die Türkei, Irak und Sudan.

Abb. 9: **Hauptherkunftsländer der Klient*innen**



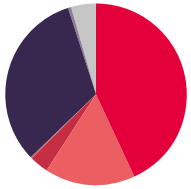
16,6 % Syrien
16,2 % Afghanistan
13,6 % Ukraine
8,8 % Kenia
6,5 % Kamerun
6,5 % Russische Föderation
5,6 % Iran
5,3 % Türkei
3,6 % Irak
3,5 % Sudan

Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=4.593 Klient*innen © BAfF 2026

Fast zwei Drittel (62,8 Prozent) der Klient*innen verfügten lediglich über eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, galten als „vollziehbar ausreisepflichtig“ oder lebten ohne aufenthaltsrechtlichen Status in Deutschland (s. Glossar: „Aufenthaltsgestattung“ und „Duldung“). Das bedeutet, sie befanden sich entweder im laufenden Asylverfahren oder hatten nur eine befristete Duldung – mit der ständigen Unsicherheit, bei Wegfall des Duldungsgrundes kurzfristig abgeschoben werden zu können. Eine verlässliche mittel- oder langfristige Lebensplanung, die jedoch entscheidend für ihre Stabilisierung, Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe wäre, ist unter diesen Bedingungen kaum möglich. Lediglich rund ein Drittel (32,8 Prozent) verfügte über einen gesicherten Aufenthaltsstatus, also eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis. Damit unterscheidet sich die Situation der PSZ-Klientinnen deutlich von

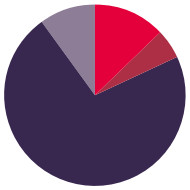
der Gesamtheit geflüchteter Menschen in Deutschland: Im Jahr 2024 besaßen 81,9 Prozent von ihnen einen gesicherten Aufenthaltstitel.

Abb. 10: **Aufenthaltsstatus der Klient*innen**



- **43,2 %** Aufenthaltsgestattung
- **16,0 %** Duldung
- **3,4 %** „vollziehbar ausreisepflichtig" ohne Duldung (insb. sogenannte Grenzübertrittsbescheinigung o. Ä.)
- **0,2 %** Menschen ohne Papiere
- **32,2 %** Aufenthaltserlaubnis
- **0,6 %** Niederlassungserlaubnis
- **4,4 %** andere/unbekannt

Abb. 11: **Aufenthaltsstatus aller geflüchteten Menschen in Deutschland**



- **12,9 %** Aufenthaltsgestattung/Asylgesuch
- **5,2 %** Duldung/ausreisepflichtig
- **71,9 %** Aufenthaltserlaubnis
- **10,0 %** Niederlassungserlaubnis

Quelle: Ausländerzentralregister Stichtag 31.12.2024 (2025), eigene Darstellung © BAfF 2026

← Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2026

Klient*innen im sogenannten Dublin-Verfahren

Sogenannte Dublin-Verfahren (s. Glossar), in denen Schutzsuchende in andere EU-Länder zurückgeschoben werden sollen, verursachen bei den Betroffenen häufig zusätzliche psychische Belastungen. Die bevorstehende Zurückschiebung in Länder, in denen häufig bereits negative Erfahrungen mit menschenunwürdiger Unterbringung oder Gewalt durch Behördenmitarbeiter*innen und Grenzbeamt*innen gemacht wurden, kann Traumata verstärken. 2024 befanden sich durchschnittlich 14,2 Prozent der PSZ-Klient*innen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt in sogenannten Dublin-Verfahren und wurden bei den dadurch entstehenden rechtlichen Fragen sowie den

daraus resultierenden psychischen Belastungen unterstützt (n=5 PSZ mit 5.314 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 (s. 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. 2024 wurde bei 6,3 Prozent aller PSZ-Klient*innen in den drei Bundesländern ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot oder ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis festgestellt (n=4 PSZ mit 5.019 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 Jugendlichenpsychotherapeut*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.

3.2 Zugang zu den PSZ

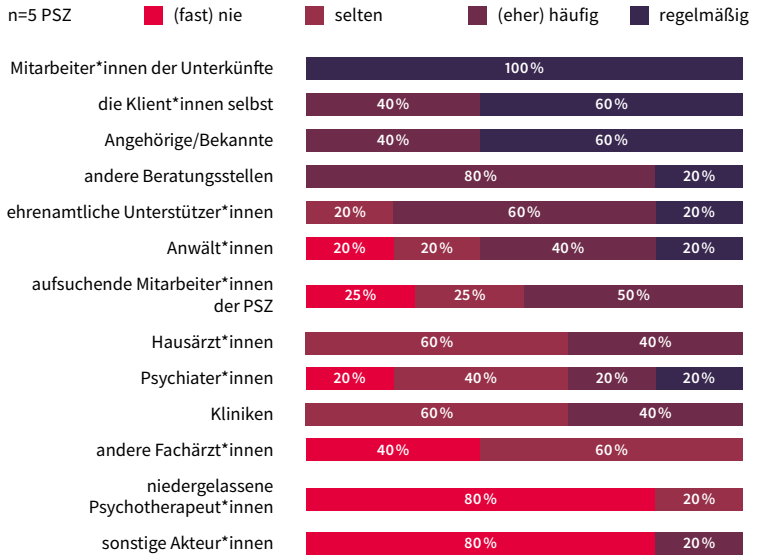
- **Ein Großteil der Klient*innen kam zu den PSZ durch Weitervermittlung von Unterkünften, anderen Beratungsstellen, Angehörigen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen sowie durch Anmeldung der Klient*innen selbst.**
- **Das durchschnittliche Einzugsgebiet der fünf PSZ umfasste einen Radius von 104,8 Kilometern.**

3.2.1 Vermittelnde Akteur*innen

Mitarbeiter*innen von Unterkünften, Beratungsstellen und ehrenamtliche Unterstützer*innen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung geflüchteter Menschen an die PSZ. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt meldete sich 2024 auch ein Großteil der Klient*innen selbst an oder wurde durch Angehörige/Bekannte vermittelt – was für eine erfolgreiche Ansprache der Zielgruppe durch die PSZ-Mitarbeitenden spricht. Deutlich seltener wurden Klient*innen über Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem angemeldet.

Zu den sonstigen vermittelnden Akteur*innen gehörten: Frauenhäuser, Kirchen, Schulen, Kitas, Jugendämter, Vormünd*innen sowie andere PSZ.

Abb. 12: **An die PSZ vermittelnde Akteur*innen**



Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen; © BAfF 2026

3.2.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten

Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind stark ländlich geprägte Bundesländer. Durch die verschiedenen Standorte der PSZ können viele Regionen abgedeckt werden. Für viele Klient*innen stellt die Anreise jedoch eine große Herausforderung dar, insbesondere bei isolierter Unterbringung oder bei eingeschränktem öffentlichen Personennahverkehr.

2024 umfasste das durchschnittliche Einzugsgebiet der fünf Zentren 104,8 Kilometer.

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

Tab. 1: **Anfahrtszeiten der Klient*innen**

Anfahrtszeit von 30 Minuten oder weniger	**40,4 %**
Anfahrtszeit zwischen 30 und 60 Minuten	**45,6 %**
Anfahrtszeit zwischen 1–2 Stunden	**10,4 %**
Anfahrtszeit von mehr als 2 Stunden	**3,6 %**

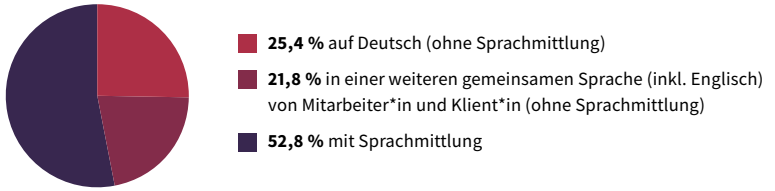
Quelle: Befragung der PSZ – Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2026

3.3 Sprachmittlung

> — **Mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien in den PSZ fanden mit Sprachmittlung statt und ein Fünftel in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in.**

In den PSZ sind speziell für den psychosozialen Kontext geschulte Sprachmittler*innen sowie mehrsprachige Psycholog*innen, Therapeut*innen und Berater*innen tätig, um die Klient*innen bedarfsgerecht zu versorgen. Sprachmittler*innen sind meistens auf Honorarbasis beschäftigt. 2024 fanden drei Viertel aller Beratungen/Therapien in den PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mit Sprachmittlung oder in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in statt.

Abb. 13: **Sprachmittlung bei Beratungen/Therapien**



Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2026

3.4 Versorgungsengpässe

3.4.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf

Psychische Belastungen unter geflüchteten Menschen entstehen durch ihre Erlebnisse im Herkunftsland, auf der Flucht und nach ihrer Ankunft in Deutschland (vgl. Baron & Flory, 2020).

87 Prozent gaben bei einer repräsentativen Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Forschungszentrums des BAMF und des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) an, potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt zu haben (vgl. Brücker et al., 2019). Ob und wann solche Erlebnisse zu einer Traumafolgestörung führen, hängt stark von den Lebensbedingungen

nach der Flucht ab, etwa von der Unterbringungssituation, der sozialen und beruflichen Perspektive sowie den Möglichkeiten einer umfassenden Rehabilitation.

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.[9] Somit konnten die PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie ihre Kooperationspartner*innen 2024 nur 9,3 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Dadurch war die Versorgungsquote zwar höher im Vergleich zur bundesweiten Situation (vgl. Karato et al., 2025), jedoch trotzdem eklatant niedrig. Die Versorgungsquote ergibt sich aus den folgenden Daten für das Jahr 2024:

- 208.270 geflüchtete Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt (vgl. Ausländerzentralregister, 2025, Stichtag 31.12.2024)[10]
- 62.481 geflüchtete Menschen mit Traumafolgestörung (bei 30 Prozent Prävalenz)
- 5.314 Klient*innen in den PSZ
- 476 Vermittlungen an weitere Akteur*innen.

Am höchsten war die Versorgungsquote mit 17,7 Prozent in Brandenburg und am niedrigsten in Sachsen-Anhalt (2,7 Prozent) (Mecklenburg-Vorpommern: 6,8 Prozent).

Nicht alle Menschen, die schwere Gewalt erlebt haben, benötigen ein therapeutisches Angebot. Einige finden selbstorganisiert Wege, mit dem Erlebten umzugehen, andere erlangen Zugang zum Gesundheitssystem

9 Einige Studien, unter anderem die, welche psychische Belastungen breiter fassen, kommen auf deutlich höhere Werte (vgl. Kapitel 4).

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

ohne Vermittlung durch die PSZ. Für viele sind diese jedoch die einzige Möglichkeit, professionelle Unterstützung zu bekommen, sich zu stabilisieren, ihre Erlebnisse einzuordnen und sich neue Lebensperspektiven aufzubauen.

3.4.2 Wartezeiten

Klient*innen in den drei Bundesländern warteten 2024 durchschnittlich 1,5 Monate auf ein Erstgespräch, um den weiteren Versorgungsprozess zu klären (n=4 PSZ mit 5.019 Klient*innen), in vielen Fällen ist die Wartezeit jedoch deutlich höher.

Die durchschnittliche Wartezeit auf eine psychologische Beratung oder einen Therapieplatz nach dem Erstgespräch in einem PSZ betrug weitere 4,1 Monate (4 PSZ mit 5.019 Klient*innen). In Sachsen-Anhalt waren es sogar neun Monate.

Somit war die durchschnittliche gesamte Wartezeit vom Erstkontakt bis zum ersten Termin in der psychologischen Beratung oder Therapie mit 5,6 Monaten höher als in der gesundheitlichen Regelversorgung (4,5 Monate Wartezeit auf einen Therapieplatz; vgl. Bleckmann et al., 2022; Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, 2021).[11]

Nicht zu wissen, ob und wann eine Behandlung möglich sein wird, ist extrem belastend für Schutzsuchende, die bereits viel Unsicherheit auf der Flucht erlebt haben. Auch für die PSZ ist es eine Herausforderung, mit dieser Situation umzugehen. Um zusätzliche Belastung zu vermeiden und aufgrund der eigenen Unsicherheit über die künftige Finanzierung ihrer Arbeit (s. Kapitel 3.4.7), führen manche 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

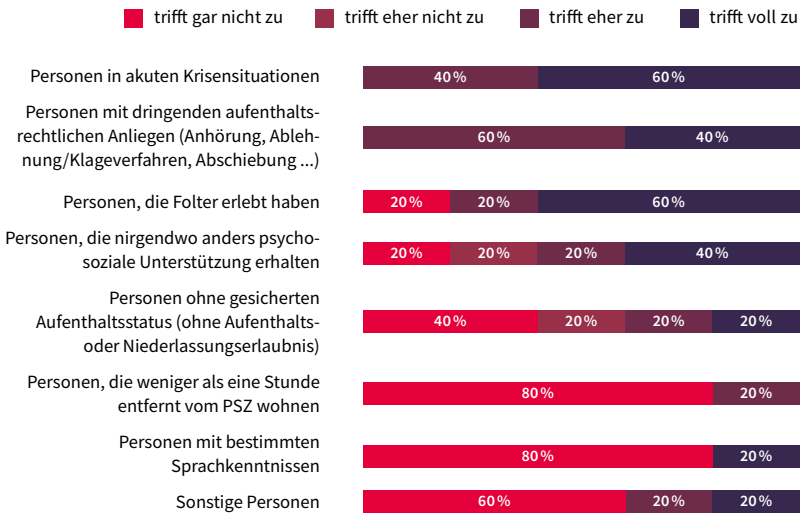
11 Aktuellere Daten waren nicht öffentlich zugänglich.

zumindest kurzfristig einer weiteren Verschlechterung des Zustands vorzubeugen. Vielen bleibt aber die notwendige therapeutische Behandlung verwehrt, wodurch sie langfristig von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden.

3.4.3 Aufnahme von Klient*innen

Da die PSZ deutlich mehr Anfragen bekommen, als sie bedienen können, haben sie über die Jahre verschiedene Aufnahmestrategien entwickelt. Beispielsweise priorisieren sie Personen in akuten Krisensituationen.

Abb. 14: **Aufnahmekriterien der PSZ** [12]



Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen, Mehrfachangaben, © BAfF 2026

12 Unter „sonstige Personen“ wurde die Angabe „minderjährige Schutzsuchende“ gemacht.

3.4.4 Weitervermittlung von Klient*innen

Die PSZ versuchen Klient*innen an weitere Einrichtungen – z. B. an niedergelassene Psychotherapeut*innen – zu vermitteln, um ihre eigenen Strukturen zu entlasten. Das gelingt jedoch häufig aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren nicht (s. Kapitel 2).

2024 konnten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt durchschnittlich 115,6 Personen an externe Einrichtungen weitervermittelt werden (n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen). Fast ein Viertel der weitervermittelten Personen (durchschnittlich 22,1) wurden nach wie vor von den PSZ begleitet, weil nicht alle Bedarfe durch die anderen Einrichtungen abgedeckt werden konnten.

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

- 48,8 Klient*innen an Sozialberatungsstellen (Median: 40,1)
- 38,8 Klient*innen an niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen (Median: 22,5)
- 26,0 Klient*innen an Kliniken (Median: 23,0)
- 2,5 Klient*innen an niedergelassene Psychotherapeut*innen (Median: 1,5)
- 4,0 Klient*innen an ermächtigte Psychotherapeut*innen (Median: 0,0)
- 0,3 Klient*innen an Gutachter*innen (Median: 0,0)
- 27,7 Klient*innen an sonstige Einrichtungen/Personen (Median: 15,0; n=3-4 PSZ mit 4.345-4.693 Klient*innen).

3.5 Personelle & finanzielle Ressourcen der PSZ

- **Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen sowie der Erhalt der Versorgungsstruktur gefährdet sind.**

— Der größte Anteil der Finanzierung 2024 in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt stammte aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU (59,8 Prozent). 11,5 Prozent wurden über Landesmittel finanziert.

3.5.1 Mitarbeitende in den PSZ

2024 waren in einem „typischen“ PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 11,0 Mitarbeiter*innen angestellt (häufig mit befristeten Verträgen). Diese teilten sich 5,6 Vollzeitstellen (Median[13], Durchschnittswerte: 25,8 Mitarbeiter*innen auf 8,4 Vollzeitäquivalente). Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 38,0 Personen als freie Mitarbeiter*innen, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum (Median, Durchschnitt: 29,6; n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen).

3.5.2 Finanzierungsstrukturen

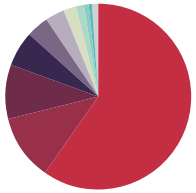
Die PSZ sind größtenteils auf zeitlich befristete öffentliche Fördermittel angewiesen, was ihre langfristige Stabilität gefährdet. Hinzu kommt, dass die Finanzierung aus sehr unterschiedlichen Quellen stammt, was einen erheblichen bürokratischen Aufwand verursacht, da zahlreiche Förderanträge gestellt werden müssen. Gleichzeitig ist diese Vielfalt an Geldgebern unverzichtbar, solange es keine verlässliche, dauerhafte Finanzierung gibt. Werden zentrale Fördermittel – etwa seitens der Bundesländer – gekürzt und dies den Zentren wie häufig der Fall auch noch häufig kurzfristig mitgeteilt, ist es entscheidend, dass ausreichend alternative Finanzierungsquellen zur Verfügung stehen, um entstehende Lücken auszugleichen.

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

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der zeitlichen Befristung der meisten Finanzierungsquellen (häufig für ein Jahr). Dadurch können Mitarbeiter*innen oft nur befristet angestellt werden, was die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte deutlich erschwert.

In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt stammte der größte Anteil der Finanzierung im Jahr 2024 aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU (AMIF)(59,8 Prozent). Weitere wichtige Finanzierungsquellen waren Landesmittel (11,5 Prozent, vor allem als Kofinanzierung für die AMIF-Förderung) sowie Bundesmittel (9,4 Prozent). Insbesondere die neu beschlossene Anwendung des Königsteiner Schlüssels auf die Verteilung der AMIF-Mittel in den Jahren 2026–2029 führt bei den ostdeutschen PSZ zu einer relevanten Reduzierung finanzieller Ressourcen. Dieser Umstand wird enorme negative Konsequenzen auf die Personalsituation dieser Zentren und damit auf die dringend notwendige psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen in Ostdeutschland haben. Angebote und Strukturen, die im AMIF zuvor aufgebaut wurden, werden nun zwangsweise wieder abgebaut oder stark reduziert, teilweise bis zu 75 Prozent (u.a. wie etwa im PSZ Rostock).

Abb. 15: **Finanzierungsquellen der PSZ in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt**



- **59,8 %** AMIF
- **11,5 %** Landesmittel
- **9,4 %** Bundesmittel
- **6,0 %** kommunale Mittel
- **4,1 %** kirchliche Fördermittel
- **3,1 %** andere Stiftungen/NGOs
- **2,4 %** UNO-Flüchtlingshilfe
- **1,4 %** Wohlfahrtsverband
- **0,9 %** Spenden, Bußgelder, Mitgliedsbeiträge
- **0,3 %** Therapiefinanzierung (Sozialamt/Eingliederungshilfe/ Krankenkassen/Jugendämter)
- **1,1 %** Sonstiges

Quelle: Befragung der PSZ 2024, Sonderauswertung für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2024, n=5 PSZ mit 5.314 Klient*innen; © BAfF 2026

4

UNTERVERSORGT, EINSAM & INADÄQUAT UNTERGEBRACHT:
STUDIE ZUR VERSORGUNGSLAGE GEFLÜCHTETER MENSCHEN IN BRANDENBURG, MECKLENBURG-VORPOMMERN UND SACHSEN-ANHALT

4 — Unterversorgt, einsam & inadäquat untergebracht: Studie zur Versorgungslage geflüchteter Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt

AUTOR*INNEN: **Joanna Basekow, Soline Kulike, Carolin Schulenburg, Janka Massag und Amand Führer aus dem Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

Asylsuchende sind – wie der erste Teil dieses Berichts bereits ausführlich dargestellt hat – in mehrfacher Hinsicht besonderen Belastungen ausgesetzt, welche die allgemeine Gesundheit, vor allem aber die psychische Gesundheit beeinträchtigen können. Hinzu kommt, dass der Zugang von Asylsuchenden zu medizinischer Versorgung durch verschiedene rechtliche, administrative und das Gesundheitssystem betreffende Faktoren erschwert wird (vgl. Führer, 2023).

Neben den sich daraus ergebenden Nachteilen für die Gesundheit sind insbesondere die rechtlichen Zugangsbarrieren für die Forschung relevant: Da die medizinische Versorgung von Asylsuchenden nicht denselben Regeln und Abläufen folgt wie die Versorgung gesetzlich Versicherter, sind jene in Auswertungen von Routinedaten (z. B. Abrechnungsdaten der Krankenkassen) nicht repräsentiert. Zu der strukturellen Diskriminierung in der medizinischen Versorgung kommt daher strukturelle Diskriminierung in der Forschung hinzu. Fehlende Daten erschweren eine fundierte Einschätzung der gesundheitlichen Situation, welche wiederum Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit begründen könnte.

Bis dato gibt es insbesondere zur Situation von Geflüchteten in strukturschwachen Regionen in Ostdeutschland wenig Forschung: Ob Geflüchtete in diesen Regionen besondere Unterstützungsbedarfe haben, ob ihr Zugang zu medizinischer Versorgung sich vom Zugang in anderen Bundesländern unterscheidet und wie ausgeprägt hier die in anderen Bundesländern und Großstädten bereits beschriebene Versorgungslücke im Bereich der psychischen Erkrankungen ist, wurde bislang nicht systematisch untersucht. Um diese Forschungslücke zu adressieren, wurde zwischen Januar und August 2025 eine Analyse der Verfügbarkeit von Routinedaten (Abrechnungsdaten) zur Versorgung geflüchte-

ter Menschen bundesweit[14] sowie ein eigener Survey (Befragung) in 16 Geflüchtetenunterkünften in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden beschrieben werden.

4.1 Darstellung der Versorgungssituation anhand von Routinedaten

Aufgrund der oben geschilderten Besonderheiten ist die Abrechnung von medizinischen Leistungen für Geflüchtete in Routineanalysen z. B. von Krankenkassendaten in der Regel nicht abgebildet. Ein Großteil der Studien zur Versorgungssituation von Geflüchteten basiert daher auf der Auswertung von für Forschungszwecke erhobenen Primärdaten (vgl. Bozorgmehr et al., 2016). Diese sind anfällig für Selektionseffekte (nur bestimmte Geflüchtete nehmen an Studien teil, über alle anderen können die Studien dann keine Aussagen machen) und ihre Aussagekraft kann durch andere Verzerrungen beeinträchtigt werden. So sind z. B. Selbstauskünfte über die eigene Gesundheit oder erfolgte Versorgung anfällig für Effekte sozialer Erwünschtheit oder für Erinnerungslücken.

Diese Probleme würden behoben, wenn zur Abbildung der Versorgungssituation auf Abrechnungsdaten zugegriffen werden könnte (obschon Abrechnungsdaten wiederum eigene Probleme und Verzerrungen enthalten können; s. Swart, 2021).

Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, ob vertragsärztliche und psychotherapeutische Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen als Datengrundlage für versorgungswissenschaftliche Arbeiten zur Situation von Asylsuchenden verwendet werden können.

14 Da die Problematik, dass geflüchtete Menschen bei Analysen von Routinedaten nicht ausreichend berücksichtigt werden, bundesweit relevant ist, wurden alle Bundesländer in die Analyse einbezogen.

4.1.1 Methoden

Zu diesem Zweck wurden die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) per E-Mail kontaktiert. Die Kontaktdaten wurden über die jeweiligen Internetseiten der Institutionen ermittelt (z. B. aus den Bereichen Presse, Abrechnung oder allgemeine Kontaktadressen).

In der E-Mail wurde das Ziel des Vorhabens kurz skizziert. Zudem wurden die folgenden Details zur Abbildung von Asylsuchenden in den Routinedaten erfragt:

- Können Personen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beziehen, in den Abrechnungsdaten der KV als separate Gruppe identifiziert werden?
- Ist eine wissenschaftliche Nutzung dieser Daten möglich?
- Wie läuft der Prozess zur Beantragung der Datennutzung ab?

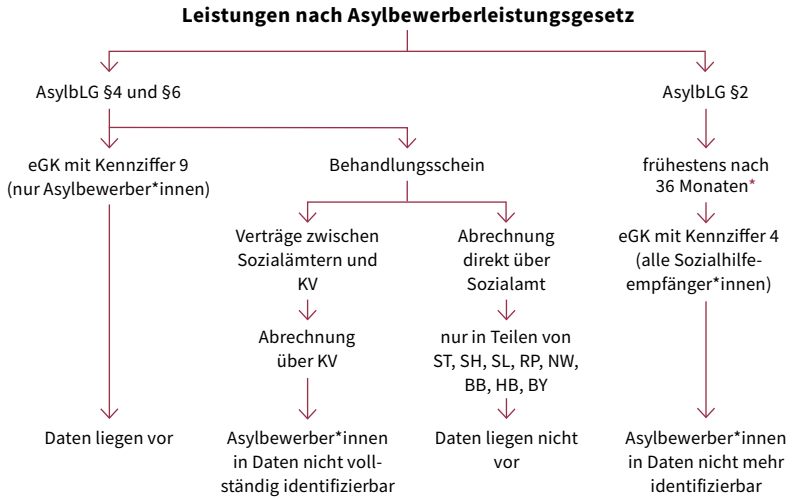
Bis zu zwei Nachfragen wurden in jeweils zweiwöchigem Abstand versendet; gegebenenfalls wurde eine weitere E-Mail-Adresse kontaktiert. Ergänzend wurden anhand der Internetseiten der KVen Informationen zur Abrechnung nach dem AsylbLG recherchiert. Beide Datenquellen wurden inhaltlich ausgewertet; die Ergebnisse wurden trianguliert und sind im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

4.1.2 Ergebnisse

Insgesamt reagierten 15 der 17 KVen sowie die KBV und das ZI auf die versandten E-Mails. Sechs KVen (Thüringen, Schleswig-Holstein, Sachsen, Nordrhein, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) teilten mit, dass eine Identifizierung der betreffenden Patientengruppe grundsätzlich möglich sei und eine Beantragung der Daten in Betracht komme. In der KV Saarland wäre eine Identifizierung nach eigener Einschätzung

möglicherweise mit erheblichem internem Aufwand realisierbar. Die KVen Sachsen-Anhalt und Bayern berichteten hingegen, dass die Gruppe nicht eindeutig und vollständig identifizierbar sei. Dem ZI sowie der KBV liegen keine Informationen zum Aufenthalts- bzw. Versicherungsstatus vor. Die übrigen KVen gaben an, entweder über keine Kapazitäten für die Unterstützung von Studien zu verfügen oder hierzu keine Auskunft erteilen zu können.

Abb. 16: **Verschiedene Arten der Erfassung von Asylsuchenden in Abrechnungsdaten**



* Seit dem 27. Februar 2024 erhalten Asylbewerber*innen frühestens nach 36 Monaten Analogleistungen nach §2 AsylbLG. Zuvor waren es 18 Monate.

Bei der Abrechnung nach dem AsylbLG ist zwischen den Leistungen nach §§ 4 und 6 (in den ersten 36 Monaten nach Ankunft in Deutschland) sowie nach § 2 (nach 36 Monaten, aber weiterhin im Asylverfahren und nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder familienversichert) zu unterscheiden, die jeweils zu einer unterschiedlichen Identifizierbarkeit der Leistungen in den Abrechnungsdaten führen.

Die Abrechnung nach §§ 4 und 6 AsylbLG erfolgt in den Bundesländern unterschiedlich. In sechs Bundesländern (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen) sowie manchen Kommunen anderer Bundesländer (in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Dresden) wird über eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) abgerechnet. In diesen Fällen erhalten Asylbewerber*innen in den Abrechnungsdaten den Versichertenstatus „9“ und sind damit eindeutig erkennbar und von anderen Versichertengruppen zu unterscheiden. In den restlichen Bundesländern/Kommunen erfolgt die Abrechnung über Behandlungsscheine, die von den zuständigen Sozialämtern ausgestellt werden. Dabei bestehen entweder Vereinbarungen zwischen KVen und Sozialämtern – wonach die KV die Abrechnung übernimmt – oder die Abrechnung erfolgt direkt über die Sozialämter.

In den Handreichungen der KVen zur Abrechnung von AsylbLG über Behandlungsscheine werden hierfür zwei relevante Feldkennungen (FK) benannt: der „Kostenträger-Abrechnungsbereich“ (FK 4106) und die Personengruppe (FK 4131). Laut aktueller Datensatzbeschreibung der KBV gilt für Asylstellen als Kostenträger (FK 4106) die Kennziffer „08“ und für Asylbewerber*innen als Personengruppe (FK 4131) die Kennziffer „09“. Allerdings haben die KVen, die über Behandlungsscheine abrechnen, bei konkreter Nachfrage angegeben, dass ihnen eine eindeutige Identifizierung der Gruppe der Asylbewerber*innen mit den ihnen vorliegenden Daten nicht möglich sei.

Für Leistungen nach § 2 AsylbLG gilt eine Gleichstellung mit den Leistungsberechtigten nach dem SGB XII. Diese Personen erhalten eine eGK mit dem Versichertenstatus „4“. Da dieser Status alle Leistungsberechtigten nach dem SGB XII umfasst, lassen sich Asylbewerber*innen als eigene Gruppe nicht gesondert ausweisen.

Bezogen auf die Frage nach der Verfügbarkeit der Daten für wissenschaftliche Analysen ist allgemein festzuhalten, dass die Übermittlung von Sozialdaten für wissenschaftliche Zwecke grundsätzlich möglich ist

und in § 75 des SGB X geregelt wurde. Für die Übergabe der Daten bedarf es der Genehmigung durch die oberste Bundes- oder Landesbehörde (i. d. R. das Sozialministerium des Bundeslandes); hierbei ist ein Datenschutzkonzept vorzulegen. Zumindest für Asylsuchende, die weniger als 36 Monaten in Deutschland sind, werden die Abrechnungsdaten gesondert gekennzeichnet, sodass eine Sonderauswertung für diese Zielgruppe möglich wäre. Es bestehen jedoch einige Herausforderungen für die praktische Umsetzung. Unterschiede in den Abrechnungsmodalitäten zwischen den Bundesländern – etwa zwischen der Nutzung der eGK und von Behandlungsscheinen für Geflüchtete – erschweren die Datenverfügbarkeit. Zudem bestehen bei den KVen Wissenslücken und Ressourcenengpässe hinsichtlich der Nutzbarmachung dieser Daten für Forschungszwecke.

4.2 Survey (Primärdatenerhebung) zur psychischen Gesundheit & Inanspruchnahme medizinischer / psychotherapeutischer Versorgung – methodisches Vorgehen

Da die Nutzung von medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung durch geflüchtete Menschen nicht für alle drei Bundesländer (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt) durch Routinedaten abgebildet werden kann, wurde eine Online-Befragung durchgeführt. Folgende Aspekte wurden dabei abgefragt, um den Zugang zur Versorgung differenziert analysieren zu können:

- soziodemografische Merkmale
- psychische Belastung
- Versorgungssituation
- Barrieren im Zugang zu Versorgung
- Wohnverhältnisse
- Einsamkeit

Letzteres wurde erhoben, da aus der psychologischen Literatur bekannt ist, dass ein enger Zusammenhang zwischen Einsamkeit und psychischer Belastung besteht, dieser aber bisher für Geflüchtete in Deutschland kaum untersucht wurde.

4.2.1 Sampling

In einem Cluster-Sampling wurden Gemeinschaftsunterkünfte in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt zufällig ausgewählt, wobei städtische und ländliche Unterkünfte separat gezogen wurden, um eine möglichst gleich große Repräsentation von im ländlichen Raum und in Großstädten untergebrachten Geflüchteten zu erreichen.

Ausgeschlossen wurden Gemeinschaftsunterkünfte mit einer Belegung von weniger als 150 Personen. Da Geflüchtete aus der Ukraine zum Zeitpunkt der Durchführung der Studie nach anderen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen untergebracht wurden als alle anderen Geflüchteten, wurden Unterkünfte nur für ukrainische Geflüchtete vorab ausgeschlossen und ukrainische Geflüchtete von der Gesamtzahl der in der jeweiligen Unterkunft untergebrachten Personen abgezogen.

Insgesamt wurden auf diese Weise 16 verschiedene Unterkünfte ausgewählt, davon zehn in Mecklenburg-Vorpommern (sechs städtisch, vier ländlich), drei in Brandenburg (alle ländlich) und drei in Sachsen-Anhalt (eine städtisch, zwei ländlich).[15]

Die Gemeinschaftsunterkünfte wurden von verschiedenen Trägern geführt, wobei der Großteil in der Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden war, während ein kleinerer Teil direkt von den zuständigen

15 Da nach der ersten Ziehung städtische Unterkünfte (aufgrund von Absagen in Sachsen-Anhalt und Brandenburg) deutlich unterrepräsentiert waren, wurden in einem nächsten Schritt städtische Unterkünfte in Mecklenburg-Vorpommern nachgezogen.

Landkreisen betrieben wurde. Eine Unterkunft wurde durch eine Privatperson betrieben.

4.2.2 Datenerhebung

Im Vorfeld wurde in den eingeschlossenen Unterkünften Informationsmaterial in den Sprachen der Umfrage (s. unten) ausgelegt. Es beriet einerseits über die Inhalte und das Datum der Datenerhebung, betonte andererseits aber auch die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymität der Erhebung.

Am Tag der Datenerhebung wurde die Unterkunft von einem multilingualen Studienteam besucht, das die Bewohner*innen persönlich und in ihrer jeweiligen Muttersprache zur Teilnahme an der Studie einlud. In Abhängigkeit von den räumlichen Gegebenheiten wurden die Bewohner*innen im Aufenthaltsraum angesprochen, in ihren Zimmern aufgesucht oder auf dem Gelände der Unterkunft zur Teilnahme eingeladen.

Angestrebt wurde eine Vollerhebung, d. h. alle Bewohner*innen der ausgewählten Unterkünfte konnten an der Umfrage teilnehmen, sofern sie eine der Sprachen der Umfrage verstanden und mindestens 16 Jahre alt waren. Bewohner*innen, die zu dem Zeitpunkt nicht in der Unterkunft waren, konnten noch ca. drei Wochen nach dem Besuch an der Online-Umfrage teilnehmen. Der Zugang dazu erfolgte über einen QR-Code auf Flyern in unterschiedlichen Sprachen, die in der Unterkunft ausgelegt wurden.

Bewohner*innen mit unzureichender Literalität in den Sprachen der Umfrage konnten in Form eines Interviews an der Umfrage teilnehmen. Bewohner*innen ohne eigenes Smartphone wurde durch das Studienteam ein Tablet zum Bearbeiten der Umfrage zur Verfügung gestellt.

4.2.3 Erstellung des Fragebogens

Der Fragebogen bestand aus sechs Teilabschnitten inklusive einem Screening auf psychische Belastung sowie einem Screening auf Einsamkeit. Sofern vorhanden, wurden validierte Instrumente verwendet.

Übersetzung des Fragebogens
Nach Abschluss des Samplings wurde von den teilnehmenden Einrichtungen erfragt, welche Sprachen in den Unterkünften vertreten sind. Der Fragebogen wurde dann in sieben Sprachen übersetzt, die in den Unterkünften am häufigsten vertreten waren: Englisch, Arabisch, Persisch, Französisch, Paschtu, Türkisch und Kurdisch.

Die Übersetzung erfolgte in einem mehrstufigen Prozess durch ein professionelles Übersetzungsbüro und wurde anschließend von Dolmetscher*innen und Muttersprachler*innen auf Verständlichkeit überprüft und entsprechend überarbeitet.

Die Screening-Instrumente wurden, soweit vorhanden, in den bereits bestehenden und validierten Übersetzungen verwendet; für die anderen Sprachen wurden die Instrumente im Rahmen der Übersetzung des Fragebogens mit übersetzt.

Messung der psychischen Belastung
Zur Messung der psychischen Belastung der Befragten nutzten wir den von Hollifield et al. (2016) erstellten und validierten „Refugee Health Screener“ (RHS) in der Version mit 13 Items.

Das Instrument misst die Symptome der häufigsten psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten. Dazu zählen Depression, posttraumatische Belastungs-, Angst- sowie Somatisierungsstörungen (vgl. Fazel et al., 2005). Eine Unterteilung in die einzelnen Krankheitsbilder ist anhand des RHS allerdings nicht möglich. Er misst die psychische Belastung einer Person und dient nicht der Diagnosestellung.

Der RHS erfragt die Symptombelastung im letzten Monat auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (überhaupt nicht = 0, ein wenig = 1, mäßig = 2, ziemlich stark = 3, extrem = 4). Aus den einzelnen Antworten wird ein Summenscore berechnet, dessen Punktzahl von 0 bis 52 reicht, wobei höhere Werte auf eine schwerwiegendere psychische Belastung hinweisen.

Als Schwellenwert zur Feststellung einer erhöhten psychischen Belastung wird in der Literatur der Wert von 11 angegeben (vgl. Hollifield et al., 2016). Personen mit Werten von 11 oder mehr sollten eine Abklärung ihrer Beschwerden durch Fachpersonal erhalten.

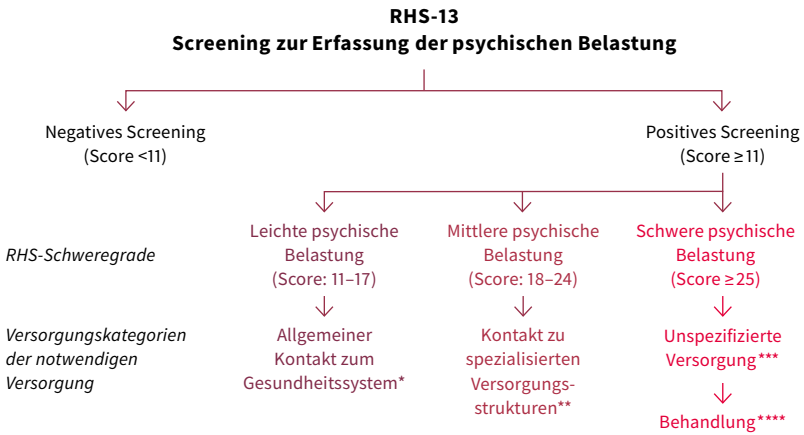
Zusätzlich kann die Gruppe der positiv Gescreenten im RHS weiter in verschiedene Schweregrade psychischer Belastung eingeteilt werden: leichte (11–17), mittlere (18–24) und schwere Belastung (>24) (vgl. Bjärtå et al., 2018).

Diese Einteilung orientiert sich an dem durch das Ausmaß der Belastung erzeugten Handlungsbedarf, wobei Borho et al. (2022) betonen, dass bei allen Personen mit einem positiven Screeningergebnis ein diagnostisches Interview durchgeführt werden sollte, um den individuell benötigten Umfang und die Art der Anbindung an Versorgungsstrukturen zu klären. Die Validierungsstudie von Bjärtå et al. (2018) diskutiert darüber hinaus, dass bei leichter Belastung möglicherweise nach einer primärärztlichen Abklärung abwartendes Offenhalten eine Option sein kann, während eine mittlere Belastung Ausdruck klinisch relevanter Symptome ist, die einer spezialisierten diagnostischen Abklärung bedürfen. Schwere Belastung hingegen signalisiert akuten und spezialisierten Behandlungsbedarf (vgl. ebd.).

Versorgungssituation

Um die Versorgungssituation psychisch belasteter Personen stratifiziert nach Schweregraden abbilden zu können, wurden vier Kategorien von Versorgung erstellt, die in der folgenden Abbildung visualisiert sind:

Abb. 17: **Ableitung der Versorgungskategorien gruppiert nach Schweregrad des RHS-Screenings**



* stattgefundene oder geplante Termine bei Hausarzt/Hausärztinnen oder spezialisierten Versorgungstrukturen
** stattgefundene oder geplante Termine bei Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Mitarbeitende des PSZ
*** jede Form der Gruppentherapie, Verschreibung von Medikamenten und/oder Termine bei spezialisierten Versorgungsstrukturen (1–7 Termine)
**** WMH-Kriterien der Behandlung „minimally adequate treatment“

Zur ersten Kategorie zählt der **allgemeine Kontakt** zum Gesundheitssystem, welcher für Personen mit **leichten psychischen Beschwerden** möglicherweise ausreichend sein kann (vgl. Borho et al., 2022). Hier könnte als Minimalversorgung unter Umständen ein einmaliger Kontakt, z. B. zum Hausarzt oder der Hausärztin, eine ausreichende Versorgung darstellen.

Unabhängig vom jeweiligen Schweregrad der psychischen Belastung wurden alle positiv gescreenten Teilnehmenden nach Kontakten zu medizinischen Anlaufstellen (Hausärzt*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen / Psycholog*innen oder Mitarbeitende eines PSZ) seit

ihrer Ankunft in Deutschland gefragt. Dabei wurden sowohl vergangene als auch zukünftige Kontakte berücksichtigt.

Die zweite Kategorie, der **Kontakt zu spezialisierten Versorgungsstrukturen**, umfasst stattgefundene und geplante Kontakte zu Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen / Psycholog*innen oder einem PSZ. Hier kann davon ausgegangen werden, dass ein diagnostisches Erstgespräch mit einer Fachperson für psychische Versorgung stattfindet, welches für Personen mit **mittleren psychischen Belastungen** notwendig ist.

Die dritte und vierte Versorgungskategorie differenzieren den Umfang an Versorgung für Personen mit **schweren psychischen Belastungen**. Die dritte Kategorie bezeichneten wir als **unspezifizierte Versorgung**. Dazu wurde zusätzlich zu der Fachrichtung und der Anzahl auch die Art der Kontakte (kurzes Gespräch <30 min, langes Gespräch >45 min, Medikamentenverschreibung oder Gruppentherapie) erhoben. Als **unspezifizierte Versorgung** wurde jede Art von Kontakten zu spezialisierten Versorgungsstrukturen klassifiziert, ebenso wie Gruppentherapien oder die Verschreibung von Psychopharmaka (Antidepressiva). Diese Art der Anbindung geht über den bloßen Kontakt zu Versorgungsstrukturen hinaus, erfüllt aber noch nicht die Kriterien für eine Behandlung.

Die vierte Kategorie umfasst die **Behandlung** von Personen mit schweren psychischen Belastungen. Dafür orientierten wir uns an den international gültigen Definitionen der World-Mental-Health-Umfragen (vgl. Wang et al., 2007; Thornicroft et al., 2017; Stein et al., 2023): Für behandlungsbedürftige Beschwerden umfasst eine Behandlung (*minimally adequate treatment*) mindestens acht längere Therapiegespräche oder die Verordnung eines Psychopharmakons über mindestens einen Monat, verbunden mit mindestens vier kürzeren Kontrollterminen. Bei diesem Umfang an Therapie können jeweils – unter optimalen Bedingungen – erste Effekte erzielt werden (vgl. Wang et al., 2007; Thornicroft et al., 2017).

Zugangsbarrieren und Konsequenzen des erschwerten Zugangs
Der Zugang zu medizinischer Versorgung ist ein dynamischer Prozess, der sowohl von Merkmalen des Gesundheitssystems als auch von individuellen Eigenschaften der zu versorgenden Person abhängt (Levesque et al., 2013).

Entsprechend wurde im Fragebogen erhoben, auf welche Zugangsbarrieren die Teilnehmenden bisher bei ihrer Suche nach Versorgung in Deutschland gestoßen sind. Diese wurden mittels Items erhoben, die aus Boettcher et al. (2021) adaptiert wurden und die die Zustimmung zu den Zugangsbarrieren auf einer vierstufigen Skala abfragen (*trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft voll und ganz zu*).

In einem zweiten Schritt wurde dann erhoben, welche Konsequenzen sich aus der Erfahrung von Zugangsbarrieren für die weitere Krankengeschichte und das weitere *health seeking behaviour* ergeben haben. Dazu verwendeten wir einen Ausschnitt aus einem validierten Fragebogen zur Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten in ländlichen und städtischen Settings von Haggerty & Levesque (2017). Diese beschreiben vier Dimensionen der Konsequenzen des erschwerten Zugangs:

- ungedeckter medizinischer Bedarf,
- Verschlimmerung von gesundheitlichen Beschwerden,
- Unzufriedenheit, da mehrere Versuche unternommen werden müssen, um eine Behandlung zu erhalten, sowie
- die Nutzung von Notaufnahmen, wenn auf anderem Weg keine medizinische Versorgung verfügbar ist.

Die vier Dimensionen wurden in den Kategorien *nie*, *manchmal* oder *oft* beantwortet.

Wohnverhältnisse
Die Wohnverhältnisse wurden in verschiedenen Dimensionen erhoben, die in der allgemeinen Literatur zum Zusammenhang zwischen Wohn-

verhältnissen und Gesundheit beschrieben sind. Dabei orientierten wir uns an Brakes et al. (2023) systematischer Übersichtsarbeit, welche die psychosozialen Dimensionen der Wohnverhältnisse in mehreren Themen zusammenfasst. Da es kein standardisiertes Messinstrument zu Wohnqualität in Sammelunterkünften für Geflüchtete gibt, übernahmen wir Instrumente aus der bereits vorliegenden Forschung zu einzelnen Dimensionen und passten sie für unsere Zielgruppe an. Für die Dimensionen, zu denen es kein passendes Instrument gibt, erstellten wir eigene Items. Alle Instrumente messen die subjektive Beurteilung der jeweiligen Dimension der Wohnverhältnisse[16], weshalb ihre Abbildung potenziellen Verzerrungen ausgesetzt sein kann (z. B. beschönigende Darstellung aus Angst vor Repression oder zu negative Einschätzung aufgrund allgemein pessimistischer Bewertung der eigenen Lebenssituation).

Einsamkeit

Einsamkeit wurde mittels einer standardisierten Kurzskala, der UCLA-3, gemessen (Hughes et al., 2004). Diese umfasst drei Items, die jeweils auf einer 3-Punkte-Likert-Skala beantwortet wurden (1 = fast nie, 2 = manchmal, 3 = oft). Die Antworten wurden zu einem Gesamtwert zwischen 3 und 9 addiert, wobei höhere Werte auf stärkere Einsamkeit hinweisen.

4.2.4 Statistische Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte als *available-case-Analyse*, d. h. in die jeweilige Auswertung wurden alle Beobachtungen einbezogen, bei denen für die auszuwertende Analyse eine Angabe vorlag. Daher schwanken die Stichprobengrößen in der deskriptiven Statistik zwischen den verschiedenen Variablen.

16 Eine detaillierte Übersicht über die Variablen zu den Wohnverhältnissen befindet sich im Anhang, Tabelle A1.

Im Folgenden berichten wir zunächst deskriptive Befunde zur psychischen Gesundheit, zur Versorgungssituation sowie zu den Wohnverhältnissen. In der Gegenüberstellung des Versorgungsbedarfs mit der tatsächlichen Versorgung lässt sich eine Versorgungslücke quantifizieren. Dafür berichten wir absolute und relative Häufigkeiten sowie bei Gruppenvergleichen das zugehörige 95 %-Konfidenz-Intervall.

Zur Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Wohnverhältnissen und psychischer Gesundheit wurden stratifizierte Analysen durchgeführt, die gegenüberstellen, wie Bewohner*innen mit und ohne psychische Belastung die Wohnverhältnisse einschätzten.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Einsamkeit und psychischer Belastung wurde eine multiple lineare Regression durchgeführt. Die psychische Belastung (RHS-13) fungierte dabei als abhängige Variable, Einsamkeit (UCLA-3) als unabhängige Variable. Neben Einsamkeit wurden folgende Kontrollvariablen in das Modell aufgenommen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Religionszugehörigkeit, Aufenthaltsdauer in Deutschland sowie der Bedarf an Sprachmittlung im Alltag. Wir berichten die Regressionskoeffizienten des adjustierten Modells sowie die zugehörigen 95-%-Konfidenzintervalle.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Soziodemografie der Stichprobe

Insgesamt haben 317 Personen die Umfrage bis zum Ende bearbeitet. Sie wurden in die vorliegende Auswertung eingeschlossen. Davon waren 80 Prozent männlich und der Großteil war zwischen 25 und 34 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt der befragten Männer lag bei 30,5 Jahren, der der Frauen bei 35,2 Jahren.

Die meisten Teilnehmenden kamen aus Syrien, gefolgt von afrikanischen Ländern (am häufigsten waren Benin und Somalia vertreten)

sowie Afghanistan. Ein kleinerer Anteil der Befragten kam aus Iran, Irak und der Türkei. Die Mehrheit gab an, religiös zu sein, mit dem Islam als dominierender Religionszugehörigkeit von 77 Prozent und nachfolgend dem Christentum von 14 Prozent.

Im Median befanden sich die Personen zum Zeitpunkt der Befragung 16 Monate in Deutschland, wobei die Aufenthaltsdauer zwischen einem und 204 Monaten schwankte.

58 Prozent der befragten Personen waren alleinstehend und 35 Prozent verheiratet. Die meisten (54 Prozent) waren in Mecklenburg-Vorpommern untergebracht, 22 Prozent in Brandenburg und 19 Prozent in Sachsen-Anhalt. Die Ungleichverteilung zwischen den Bundesländern ergab sich daraus, dass zur Herstellung der Balance zwischen städtischen und ländlichen Unterkünften mehrere Unterkünfte in Rostock nachgezogen werden mussten, wodurch Mecklenburg-Vorpommern überrepräsentiert ist (s. oben). Etwa gleich viele Personen lebten in städtischen (42 Prozent) bzw. ländlichen Unterkünften (54 Prozent).

Über die Hälfte der Personen gaben an, eine eGK zu besitzen (68 Prozent).

4.3.2 Psychische Belastung

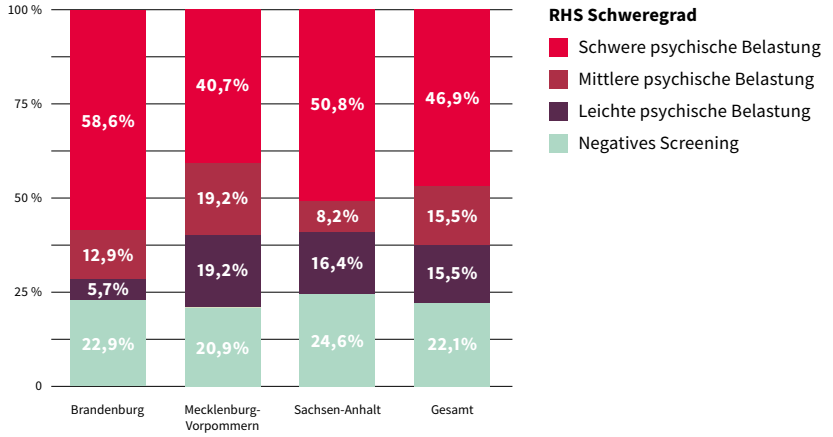
Bei 79 Prozent (n=249) aller Teilnehmenden wurde mittels des Screenings (RHS-13) eine erhöhte psychische Belastung festgestellt. Davon wurde bei 60 Prozent (n=150) dieser als belastet gescreenten Personen eine schwere psychische Belastung und bei jeweils ca. 20 Prozent eine mittlere (n=49) oder leichte (n=50) psychische Belastung detektiert.

Frauen waren dabei im Durchschnitt mit einem Wert von 25 (95%-KI 23,0–29,8), der einer schweren psychischen Belastung entspricht, stärker psychisch belastet als Männer, die im Durchschnitt einen Wert von 22 (95%-KI 20,8–24,0) aufwiesen, was eine im Durchschnitt mittlere psychische Belastung signalisiert.

Auch in den unterschiedlichen Altersgruppen ergaben sich Unterschiede im Schweregrad der psychischen Belastung. Der Durchschnitt des RHS-Scores lag in der Gruppe der 16- bis 34-Jährigen bei ca. 21 (95%-KI 19,7–23,0). Das entspricht einer mittleren psychischen Belastung. Im Vergleich dazu lag der Durchschnitt bei Personen ab 35 Jahren bei etwa 27 (95%-KI 24,6–29,9), was eine schwere psychische Belastung bedeutet.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der befragten Personen aus den verschiedenen Bundesländern nach Schweregrad der psychischen Belastung. Es wird deutlich, dass in den drei Bundesländern zwischen 75 und 79 Prozent der Befragten eine erhöhte psychische Belastung aufwiesen, sich jedoch die Verteilung der Schweregrade unterschied. So waren in Mecklenburg-Vorpommern ca. 41 Prozent der Befragten schwer psychisch belastet im Vergleich zu rund 51 Prozent in Sachsen-Anhalt und 59 Prozent in Brandenburg.

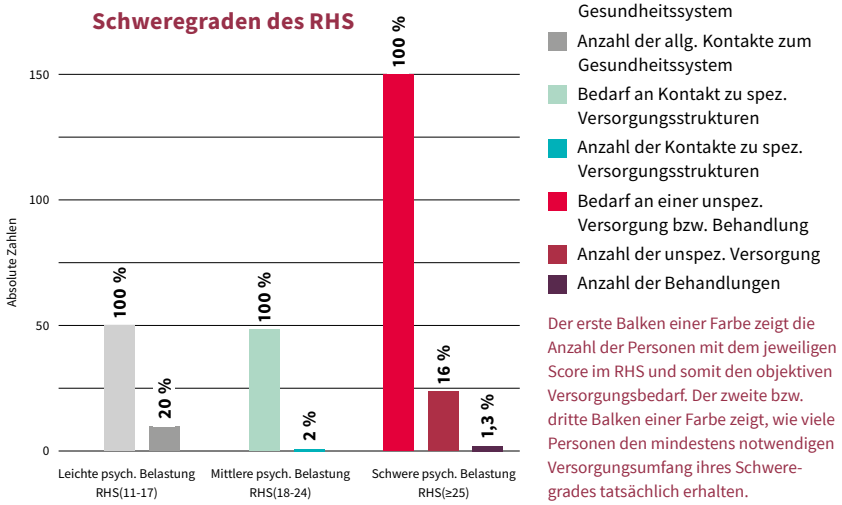
Abb. 18: **Verteilung der Schweregrade in leichte, mittlere und schwere psychische Belastungen in den einzelnen Bundesländern und Anteil der Personen mit negativem Screening**



4.3.3 Versorgungslücke

Um die Versorgungslücke zu quantifizieren, wurden die jeweilige Anzahl der positiv gescreenten Personen eines Schweregrades und die zugehörige Versorgungskategorie einander gegenübergestellt. Versorgung bedeutet hierbei nicht unbedingt die Notwendigkeit einer Psychotherapie, je nach Schwere der Belastung kann auch ein Kontakt zum Gesundheitssystem, z. B. im hausärztlichen Setting mit anschließender Beobachtung, angemessen sein. Bei mittlerer Belastung hingegen ist eine spezialisierte Abklärung und bei schwerer Belastung eine zeitnahe Behandlung geboten. (Weitere Ausführungen dazu finden sich unter 4.2.3 „Versorgungssituation“).

Abb. 19: **Versorgungslücke nach Schweregraden des RHS**



Der erste Balken einer Farbe zeigt die Anzahl der Personen mit dem jeweiligen Score im RHS und somit den objektiven Versorgungsbedarf. Der zweite bzw. dritte Balken einer Farbe zeigt, wie viele Personen den mindestens notwendigen Versorgungsumfang ihres Schweregrades tatsächlich erhalten.

Anhand des Diagramms wird deutlich, dass nur bei 20 Prozent (n=10) der leicht psychisch belasteten Personen ein **allgemeiner Kontakt** zum Gesundheitssystem stattgefunden hat oder in Zukunft geplant ist. Unter den leicht belasteten Personen, die eine eGK haben, hatten 22 Prozent

(n=8) Kontakt zum Gesundheitssystem, verglichen mit 17 Prozent (n=2) der leicht belasteten Personen ohne Chipkarte.

Eine sehr große Versorgungslücke zeigt sich außerdem bei Personen mit mittleren psychischen Belastungen. Nur zwei Prozent (n=1) von ihnen hatten **einen Kontakt zu spezialisierten Versorgungsstrukturen** wie Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen oder Mitarbeitenden des PSZ.

Von den schwer psychisch belasteten Geflüchteten haben 16 Prozent (n=24) eine **unspezifizierte Versorgung** erhalten. Das umfasst Kontakte zu spezialisierten Versorgungsstrukturen, die Verschreibung eines Psychopharmakons oder Gruppentherapie, bleibt im Umfang aber unterhalb einer Minimalversorgung. Lediglich ein Prozent (n=2) der schwer belasteten Personen erhielt eine **Behandlung**, die den **World-Mental-Health-Kriterien** entsprach. Von den schwer belasteten Personen, die eine eGK besaßen, erhielten 22 Prozent (n=21) eine unspezifizierte Versorgung und ein Prozent (n=1) eine Behandlung. Im Vergleich dazu haben von den Personen mit schwerer Belastung ohne eGK nur sechs Prozent (n=3) eine unspezifizierte Versorgung und zwei Prozent (n=1) eine Behandlung erhalten.

Über alle Schweregrade der psychischen Belastung hinweg erhielten 15 Prozent (n=37) der Personen mit einem positiven Screening eine für den jeweiligen Schweregrad adäquate Versorgung. Auch in der Gesamtschau zeigten sich hierbei Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne eGK: Etwa 18 Prozent (n= 31 [95%-KI: 13,2–24,9]) der Befragten mit eGK erhielten eine angemessene Versorgung, während von den Befragten ohne eGK nur acht Prozent (n=6 [95%-KI: 3,8–16,8]) möglicherweise eine angemessene Versorgung erhielten.

Um die Versorgungssituation noch einmal genauer zu betrachten, wurden die Ergebnisse nach einzelnen Bundesländern ausgewertet. Es wird deutlich, dass jeweils ähnlich große Versorgungslücken bestehen. Nur ein kleiner Anteil der meist schwer psychisch belasteten Menschen hatte

Kontakt zum deutschen Gesundheitssystem und ein noch kleinerer Anteil erhielt eine angemessene Behandlung.

4.3.4 Zugangsbarrieren & Konsequenzen des erschwerten Zugangs

Barrieren der Inanspruchnahme von Versorgung

Von über 70 Prozent aller Befragten wurden Sprachbarrieren als Zugangsbarriere zu medizinischer Versorgung angegeben. Jeweils mehr als 60 Prozent der Befragten gaben zudem an, dass ihnen Informationen zu den vorhandenen Versorgungsangeboten fehlen, dass sie sehr lange auf einen Termin warten müssen und dass sie eher Hilfe in ihrem sozialen Umfeld suchen. Seltener wurde berichtet, dass die Teilnehmenden nicht wissen, wie sie zu einer medizinischen Fachperson gelangen und wo sich diese befindet.

Etwa 36 Prozent (n=64) der auf Behandlungsscheine des Sozialamtes angewiesenen Personen gaben an, diese bei Bedarf nicht erhalten zu haben. Weitere 17 Prozent (n=51) aller Teilnehmenden (n=309) berichteten, dass Behandlungen nicht stattfanden, da die Behandlungskosten vom Sozialamt nicht übernommen wurden. Weitere Details dazu finden sich in der folgenden Tabelle 2.

Hierbei zeigte sich, dass die Wahrnehmung der Hürden je nach Schweregrad der psychischen Belastungen unterschiedlich stark ausfiel: Personen mit schwerer psychischer Belastung nahmen Barrieren im Allgemeinen stärker wahr als Personen mit mittlerer und leichter Belastung oder ohne psychische Belastung.

Besonders ausgeprägt war dieser Unterschied bezogen auf die Angst davor, ausgeschlossen oder ausgegrenzt zu werden. Rund 70 Prozent (n=104) der Personen mit schwerer Belastung berichteten davon, verglichen mit jeweils ca. 40 Prozent der Befragten mit leichten (n=19) oder mittleren Belastungen (n=20).

Tab. 2: **Subjektiv empfundene Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten von allen Befragten**

Wahrgenommene Barriere	Häufigkeit in %	Absolute Anzahl	Gesamt
Das medizinische Personal spricht nicht meine Sprache.	70,3	215	306
Ich bin nicht ausreichend über die verfügbaren Dienstleistungen im deutschen Gesundheitssystem informiert.	63,5	197	310
Es dauert sehr lang, bis man einen Termin erhält.	63,1	195	309
Ich neige dazu, in meinem sozialen Umfeld nach Hilfe zu suchen.	61,2	189	309
Ich bin besorgt über die möglichen Konsequenzen für meinen Aufenthaltsstatus.	55,9	171	306
Ich habe Angst davor, ausgeschlossen oder ausgegrenzt zu werden.	51,0	157	308
Ich habe das Gefühl, dass ich von medizinischem Personal nicht ernst genommen werde.	42,3	130	307
Ich weiß nicht, wie ich zum Arzt gelangen soll.	35,7	109	305
Ich habe keinen Behandlungsschein vom Sozialamt erhalten.	35,8	64	179*
Das Sozialamt hat mir die Behandlung verweigert.	16,5	51	309

* betrifft nur Teilnehmende, die keine eGK besitzen

Bei der Frage nach den Folgen der Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung wurde am häufigsten benannt, dass dadurch bestehende Versorgungsbedarfe ungedeckt blieben (64 Prozent, n=201). Zudem wurde berichtet, dass mehrere Versuche nötig waren, um Zugang zu Versorgung zu bekommen (60 Prozent, n=188).

Bezogen auf den Krankheitsverlauf berichteten 50 Prozent der Befragten (n=157), dass Zugangsbarrieren zur Verschlimmerung von gesundheitlichen Problemen führten, da es sehr lange dauerte, bis die Betroffenen medizinische Hilfe erhielten.

Seltener (37 Prozent, n=115) wurde berichtet, dass Personen aufgrund von Zugangsbarrieren in anderen Versorgungsbereichen die Notaufnahme aufsuchten.

In der nach Schwere der Belastung stratifizierten Analyse zeigte sich, dass Personen mit schwerer Belastung häufiger berichteten, dass Zugangsbarrieren negative Konsequenzen nach sich zogen: Über 80 Prozent (n=120) der schwer belasteten Personen konstatierten z. B. einen dadurch ungedeckt gebliebenen Bedarf an medizinischer Versorgung, verglichen mit 67 Prozent (n=32) der Personen mit mittlerer Belastung, 60 Prozent (n=30) der Personen mit leichter Belastung und 28 Prozent (n=19) derer ohne psychische Belastung. Für die anderen Konsequenzen der Zugangsbarrieren zeigten sich analoge Ergebnisse.

4.3.5 Einsamkeit

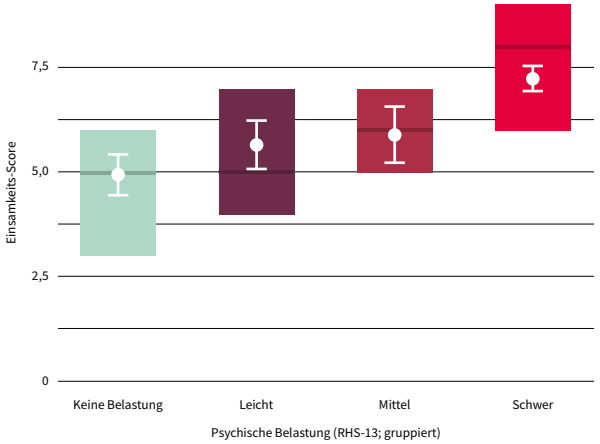
Auf der Einsamkeitsskala erreichten 50 Prozent (n=157) der Teilnehmenden einen Wert, der auf schwerwiegende Einsamkeit hinweist. Weitere 29 Prozent (n=92) erreichten auf moderate Einsamkeit hinweisende Werte, 18 Prozent (n=58) Werte für niedrige/keine Einsamkeit (bei drei Prozent (n=9) fehlten die Angaben).

Zwischen städtischen und ländlichen Unterkünften zeigte sich kein relevanter Unterschied in der berichteten Einsamkeit (ländlich: M=6,4 (95%-KI 6,01–6,73); städtisch: M=6,2 (95%-KI 5,76–6,55)).

Analog zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Bundesländern: Teilnehmende aus Sachsen-Anhalt wiesen im Mittel die höchsten Einsamkeitswerte auf (M=6,7 [95%-KI 6,11–7,20]), gefolgt von Brandenburg (M=6,4 [95%-KI 5,87–6,87]) und Mecklenburg-Vorpommern (M=6,2 [95%-KI 5,81–6,48]). Die Zufallsschwankung ist hierbei aber groß.

Es zeigt sich zugleich, dass Teilnehmende mit schwerer psychischer Belastung höhere Werte im Einsamkeits-Score erreichen als Teilnehmende mit mittlerer, leichter oder keiner Belastung. Die stratifizierte Analyse ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abb. 20: **Einsamkeit stratifiziert nach psychischer Belastung**



In der Regressionsanalyse zeigte sich entsprechend, dass höhere Einsamkeit mit höherer psychischer Belastung einherging (B=2,58 [95%-KI 2,00–3,16]). Konkret bedeutet dies, dass eine Zunahme der Einsamkeit um einen Punktwert auf der Einsamkeitsskala zu einer Zunahme der psychischen Belastung um 2,58 Punktwerte auf der RHS-Skala führt.

Darüber hinaus erwiesen sich mehrere Kontrollvariablen als bedeutsam: Frauen berichteten im Durchschnitt eine höhere Belastung als Männer (B=4,42 [95%-KI 1,03–7,81]), Personen mit Religionszugehörigkeit wiesen eine geringere Belastung auf als Personen ohne Religionszugehörigkeit (B=–5,81 [95%-KI –10,96–-0,66]) und Personen mit Sprachmittlungsbedarf berichteten eine höhere Belastung als Personen ohne Sprachmittlungsbedarf (B=2,88 [95%-KI 0,06–5,69]).

Für die Aufenthaltsdauer zeigte sich ein tendenzieller, aber eher kleiner Zusammenhang (eine längere Aufenthaltsdauer ist assoziiert mit größerer Belastung), während Alter und Familienstand keine relevanten Assoziationen zeigten. Ein zusätzlich in das Modell aufgenom-

mener Interaktionsterm zwischen Einsamkeit und Lage der Unterkunft (städtisch vs. ländlich) zeigte ebenfalls keine relevante Assoziation (B=-0,83 [95%-KI −2,00–0,34]).

4.3.6 Wohnverhältnisse & psychische Belastung

Im Folgenden werden die Wohnverhältnisse der Studienteilnehmenden kurz entlang der bereits eingeführten Dimensionen von Wohnbedingungen skizziert, bevor ausführlicher auf den Zusammenhang zwischen Wohnverhältnissen und psychischer Belastung eingegangen wird.

Wohnverhältnisse in den Unterkünften

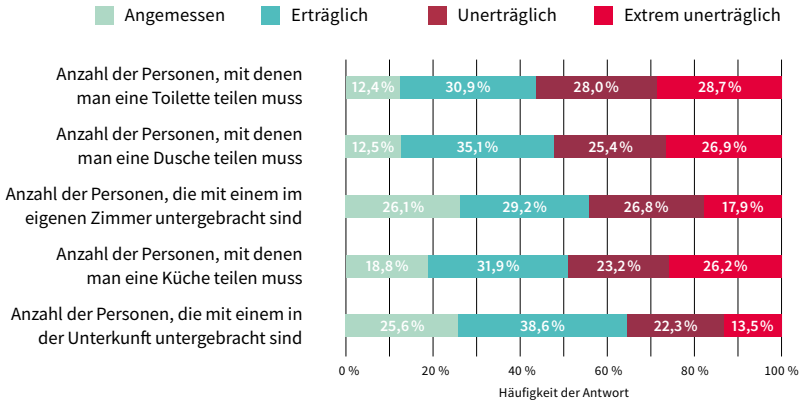
THEMA 1: ÜBERBELEGUNG, VERFÜGBARER PLATZ, PRIVATSPHÄRE

Lediglich ein Viertel der Befragten (26 Prozent, n=91) bewerteten die Anzahl der in der Unterkunft untergebrachten Bewohner*innen als „angemessen“, weitere 39 Prozent (n=137) als „erträglich”, 22 Prozent (n=79) als „unerträglich” und 13 Prozent (n=48) als „extrem unerträglich”. Besonders schlecht bewertet wurde die Anzahl der Bewohner*innen, mit denen man sich eine Toilette bzw. eine Dusche teilen muss: Nur zwölf Prozent (n=38) bzw. 13 Prozent (n=35) empfanden diese als „angemessen“.

Die Anzahl der untergebrachten Bewohner*innen im eigenen Zimmer wurde von 26 Prozent (n=76) als „angemessen”, 29 Prozent (n=85) als „erträglich”, 27 Prozent (n=78) als „unerträglich” und 18 Prozent (n=52) als „extrem unerträglich” eingeschätzt.

Die Größe des eigenen Zimmers wurde von über der Hälfte der Befragten als „eher gut” oder „sehr gut” bewertet. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Antworten.

Abb. 21: **Subjektive Beurteilung der Anzahl der Bewohner*innen in den verschiedenen Bereichen der Unterkunft**



THEMA 2: INSTABILITÄT DER WOHNVERHÄLTNISSE

Die meisten Befragten erlebten seit ihrer Ankunft in Deutschland zwischen null und zwei Verlegungen zwischen Sammelunterkünften (69 Prozent, n=211). Etwa ein Drittel (29 Prozent, n=89) wurde drei oder vier Mal transferiert. 2,6 Prozent (n=8) wurden fünf Mal oder öfter verlegt.

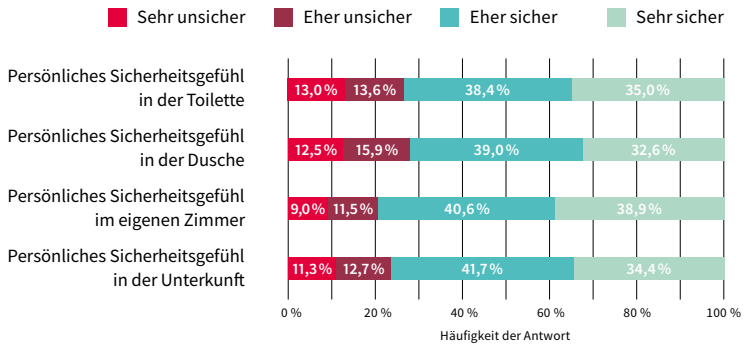
THEMA 3: SICHERHEIT

Hinsichtlich des persönlichen Sicherheitsgefühls gaben die meisten Befragten an, sich in den verschiedenen Bereichen der Unterkunft (Unterkunft allgemein, eigenes Zimmer, Toilette, Dusche) „eher sicher“ oder „sehr sicher“ zu fühlen. Am höchsten war das persönliche Sicherheitsgefühl im eigenen Zimmer (79 Prozent „sehr sicher” oder „eher sicher”, n=281) und am niedrigsten war es in der Dusche (72 Prozent „sehr sicher” oder „eher sicher”, n=235).

THEMA 4: PHYSISCHE BEDINGUNGEN IN DER UNTERKUNFT

Die Lichtverhältnisse und Warmwasserversorgung bewertete die überwiegende Mehrheit der Befragten als „eher gut” oder „sehr gut”. Deutlich

Abb. 22: **Subjektive Beurteilung des persönlichen Sicherheitsgefühls in den verschiedenen Bereichen der Unterkunft**



negativer fiel die Bewertung der Hygiene in den verschiedenen Bereichen der Unterkunft aus. Am schlechtesten wurde die Hygiene in der Toilette bewertet. Knapp die Hälfte (47 Prozent, n=166) aller Befragten bewerteten diese als „eher" oder „sehr schlecht". Am besten wurde die Hygiene der Duschen bewertet mit nur 38 Prozent (n=126), die diese als „eher schlecht" oder „sehr schlecht" empfanden.

THEMA 5: INSTITUTIONELLE PRAKTIKEN

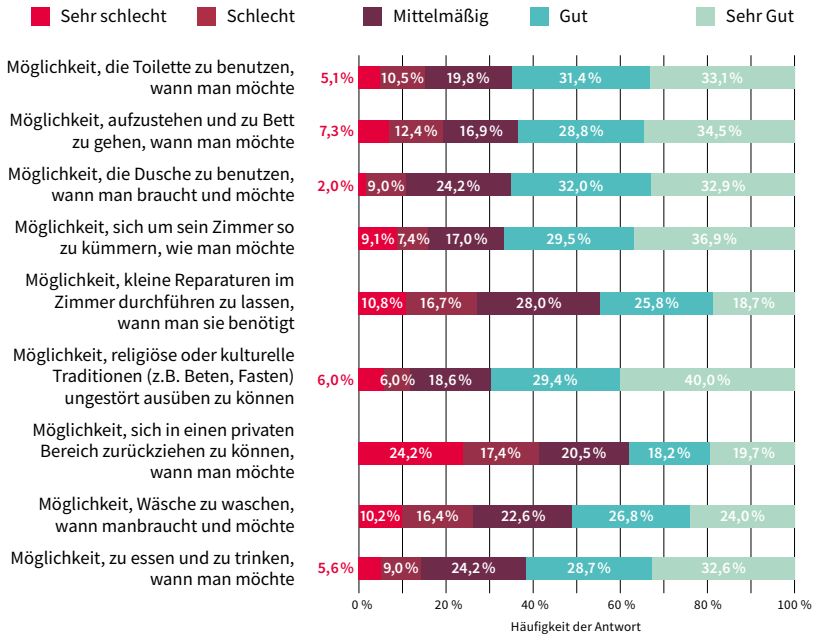
Das Ausmaß der subjektiv empfundenen Autonomie unterschied sich stark zwischen den verschiedenen Bereichen: Das größte Ausmaß an Autonomie berichteten die Teilnehmenden bezogen auf ihre Möglichkeit, eigene religiöse oder kulturelle Praktiken ungestört auszuüben. Auch gut bewertet wurden die Möglichkeiten zu essen und zu trinken, wann sie wollten, sowie die eigenen Schlafenszeiten zu bestimmen und Dusche oder Toilette zu benutzen.

Bezogen auf die Rückzugsmöglichkeiten in einen privaten Bereich bewertete der Großteil der Befragten die eigene Autonomie hingegen als gering. Weitere Details finden sich in der folgenden Abbildung.

Bei der Einschätzung der Qualität und Menge des in der Unterkunft ausgegebenen Essens überwogen negative Bewertungen (unter den Teilnehmenden, die durch die Unterkunft mit Essen versorgt werden).

Weitere institutionelle Merkmale des Wohnens in Sammelunterkünften betreffen die Freizeitaktivitäten und das Gefühl, eingesperrt zu sein. Hier gaben 57 Prozent (n=201) der Befragten an, sich in den letzten zwei Wochen in der Unterkunft „häufig" oder „immer" gelangweilt zu haben. Zudem gaben 45 Prozent (n=157) an, sich in diesem Zeitraum „häufig" oder „immer" wie im Gefängnis gefühlt zu haben.

Abb. 23: **Subjektive Beurteilung der Chancen auf ein autonomes Leben in der Unterkunft**



Wohnverhältnisse und psychische Belastung

In der stratifizierten Analyse der Beurteilung der Wohnverhältnisse in Abhängigkeit von der psychischen Belastung zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen beiden Größen: Stärkere psychische Belastung ist bei den meisten Dimensionen der Wohnverhältnisse mit einer negativeren Einschätzung assoziiert. Im Folgenden werden diese Zusammenhänge für einzelne Variablen beispielhaft dargestellt.

THEMA 1: ÜBERBELEGUNG, VERFÜGBARER PLATZ, PRIVATSPHÄRE

Die Anzahl der Bewohner*innen, mit denen man in der Unterkunft untergebracht ist, wurde von den Befragten ohne psychische Belastung deutlich seltener als „extrem unerträglich" bewertet als von denen mit schwerer psychischer Belastung (3 Prozent [95%-KI: 0,5–11] vs. 20 Prozent [95%-KI: 14–27]).

Die Größe des eigenen Zimmers wurde von Teilnehmenden ohne psychische Belastung etwa doppelt so häufig als „sehr gut" beurteilt wie in der Gruppe mit schweren Symptomen (18 Prozent [95%-KI: 10–30] vs. 9 Prozent [95%-KI: 5,4–15]). Analog beurteilten Teilnehmende ohne psychische Belastung die Größe des Zimmers in 6 Prozent der Fälle [95%-KI: 1,8–15] als „sehr schlecht", verglichen mit 29 Prozent [95%-KI: 22–36] bei den Personen mit schwerer Belastung. Ähnliche Unterschiede zeigten sich für die anderen Variablen zum Thema 1 (s. Anhang, Tabelle A2).

THEMA 2: INSTABILITÄT DER WOHNVERHÄLTNISSE

In der Gruppe der negativ gescreenten Personen hatte die Mehrheit (81 Prozent [95%-KI: 69–89]) keine bis zwei Transfers zwischen Unterkünften und 19 Prozent [95%-KI: 11–31] drei bis vier. Keine der negativ gescreenten Personen hatte mehr als vier Verlegungen.

In der Gruppe mit schwerer psychischer Belastung hingegen waren Verlegungen zwischen Sammelunterkünften deutlich häufiger: Hier mussten etwa zwei Drittel (62 Prozent [95%-KI: 53–69]) seit ihrer Ankunft in Deutschland bis zu zwei Mal umziehen, etwa ein Drittel (34 Prozent

[95%-KI: 27–43]) wurde drei bis vier Mal verlegt und vier Prozent [95%-KI: 1,7–9,3] mussten sogar mehr als fünf Mal umziehen.

THEMA 3: SICHERHEIT

Etwa 63 Prozent (95%-KI: 50–74; n=44) der Teilnehmenden ohne psychische Belastung gaben an, sich im eigenen Zimmer „sehr sicher" zu fühlen, während keine Person dieser Gruppe angab, sich „sehr unsicher" zu fühlen. Ein ähnliches Muster zeigte sich beim Sicherheitsgefühl in der Unterkunft, in der Dusche und in der Toilette.

Bei den Teilnehmenden mit starker Belastung zeigte sich ein grundsätzlich anderes Muster: Hier gaben nur 21 Prozent (95%-KI: 15–28; n=34) an, sich in der Unterkunft „sehr sicher" zu fühlen, während 21 Prozent (95%-KI: 15–28; n=34) ein „sehr unsicheres" Sicherheitsgefühl berichteten.

THEMA 4: PHYSISCHE BEDINGUNGEN IN DER UNTERKUNFT

Auch bezogen auf die physischen Eigenschaften der Unterkunft zeigten sich Unterschiede in Abhängigkeit von der psychischen Belastung der Befragten. Personen, die keine psychische Belastung aufwiesen, empfanden die Lichtverhältnisse in ihrem Zimmer doppelt so oft als „sehr gut" wie Personen in der Gruppe mit schwerer Belastung.

Für die weiteren Variablen zum Thema 4 finden sich ähnliche Muster.

THEMA 5: INSTITUTIONELLE PRAKTIKEN

Die Möglichkeit, zu essen und trinken in der Unterkunft, wann man möchte, wurde in der Gruppe ohne psychische Belastung doppelt so häufig als „sehr gut" angegeben wie in der Gruppe mit schwerer Belastung (48 Prozent [95%-KI: 36–60] vs. 24 Prozent [95%-KI: 18–32]). Auch die Möglichkeit, sich in einen privaten Bereich zurückziehen zu können, wurde von den Teilnehmenden mit schwerer Belastung deutlich negativer beurteilt als von Teilnehmenden ohne psychische Belastung („sehr schlecht" 36 Prozent [95%-KI: 28–44] vs. zwölf Prozent [95%-KI: 5,6–22]).

Unter den Teilnehmenden ohne psychische Belastung konstatierten 21 Prozent (95%-KI: 12–32; n=14), sich in den vergangenen zwei Wochen „nie“ gelangweilt zu haben, während 16 Prozent (95%-KI: 8,7–28; n=11) angaben, sich „immer“ gelangweilt zu haben.

Bei den psychisch stark belasteten Teilnehmenden zeigte sich ein grundlegend anderes Muster: Hier gaben lediglich drei Prozent (95%-KI: 1,1–7,5; n=5) an, sich „nie“ gelangweilt zu haben, während mehr als die Hälfte „immer“ Langeweile berichtete (53 Prozent [95%-KI: 45–61; n=85]).

Auch bezüglich des Gefühls, sich „wie im Gefängnis“ zu fühlen, zeigten sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Ausmaß der psychischen Belastung: Unter den Teilnehmenden ohne psychische Belastung lag der Anteil, der „nie“ dieses Gefühl angab, bei 57 Prozent (95%-KI: 45–69; n=39), während nur sechs Prozent (95%-KI: 1,9–15; n=4) es „immer“ hatten. Unter den Teilnehmenden mit schwerer Belastung hingegen berichteten nur zehn Prozent (95%-KI: 5,6–15; n=15), sich „nie“ wie im Gefängnis gefühlt zu haben, während 49 Prozent (95%-KI: 41–57; n=78) angaben, dass dies „immer“ der Fall war.

4.3.7 Limitationen

In der Interpretation der oben ausgeführten Ergebnisse sind zwei relevante Limitationen zu beachten.

Die **erste Limitation** betrifft die Quantifizierung der Versorgungslücke: Unsere Klassifikation der berichteten Versorgung ist in jeder der vier Kategorien darauf ausgelegt, die Qualität der Versorgung zu überschätzen, um in der Quantifizierung der Versorgungslücke zu einer konservativen Schätzung zu gelangen. So wird nicht in allen Fällen der berichtete Kontakt zum Gesundheitssystem tatsächlich zu einer Abklärung der Beschwerden geführt haben; anhand der bereits vorliegenden Studien zur Navigation von Geflüchteten im deutschen Gesundheitssystem (z. B. Scott 2014; Spura et al. 2017; Führer et al. 2020) ist vielmehr zu erwarten, dass viele Kontakte ergebnislos verlaufen, aufgrund von Sprachbarrieren zu keiner Abklärung führen oder lediglich in der Verschreibung von Schmerzmitteln resultieren. Analog sind in der Kategorie „unspezifizierte Versorgung“ Kontakte zum Gesundheitssystem gewertet, von denen nicht automatisch auf eine therapeutische Wirksamkeit geschlossen werden kann (vgl. Robinson et al., 2020). Und selbst die Kategorie „Behandlung“ überschätzt vermutlich die Qualität der Behandlung, da die psychotherapeutische Behandlung von in Sammelunterkünften lebenden Geflüchteten nicht unter den hier postulierten „optimalen Umständen“ stattfindet und daher davon auszugehen ist, dass eine intensivere und längere Therapie nötig ist, als in der Literatur für andere Patient*innenpopulationen vorausgesetzt wird. Zudem ist anzunehmen, dass einige der Behandlungen bei diagnosespezifischer Analyse (die anhand des RHS nicht möglich ist) als nicht leitliniengerecht klassifiziert werden würden (z. B. alleinige medikamentöse Therapie bei Traumafolgestörung).

Es ist daher davon auszugehen, dass das Ausmaß an Unterversorgung noch größer ist, als in dieser Studie dargestellt.

Die **zweite Limitation** betrifft die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Einsamkeit sowie Wohnverhältnissen. Aufgrund des Querschnittsdesigns der Datenerhebung können aus der Beschreibung der Assoziationen keine kausalen Zusammenhänge abgeleitet werden. Insbesondere lassen sich keine Schlussfolgerungen über die Richtung möglicher kausaler Zusammenhänge ziehen, da beide Richtungen inhaltlich plausibel sind: So kann als Hypothese angenommen werden, dass wahrgenommene Defizite in den Wohnverhältnissen, ein geringeres Sicherheitsgefühl und hohe Einsamkeit starke Risikofaktoren für die psychische Belastung darstellen. Gleichzeitig kann aber auch angenommen werden, dass erhöhte psychische Belastung die Wahrnehmung der Wohnverhältnisse oder das Sicherheitsgefühl beeinflusst und Gefühle von Einsamkeit verstärkt. Dies ist relevant, da alle Informationen zu den Wohnverhältnissen subjektive Einschätzungen darstellten

und objektivierende Erfassungen (z. B. durch Beobachtung) im Rahmen dieses Vorhabens nicht möglich waren.

In jedem Fall lässt sich jedoch feststellen, dass ein enger Zusammenhang besteht, der in der Planung der Unterbringung von psychisch belasteten Geflüchteten berücksichtigt werden sollte.

4.3.8 Schlussfolgerungen

Die in dieser Studie für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt beschriebene Versorgungslücke entspricht in ihrer Größenordnung der in anderen Regionen Deutschlands ebenfalls beschriebenen Unterversorgung von Geflüchteten (Führer et al., 2020). Es zeigt sich, dass selbst bei konservativer Schätzung nur ein verschwindend geringer Anteil aller psychisch belasteten Geflüchteten eine adäquate Versorgung erhält.

Die Gründe für diese Unterversorgung liegen auf verschiedenen Ebenen und sind in der entsprechenden Fachliteratur ausführlich dargestellt (s. z. B. Führer, 2023). Als zentrale Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung wird in der Literatur konsistent eine Wiedereingliederung von Asylsuchenden in das Sozialsystem gefordert, welche damit einhergehen würde, dass sie denselben Zugang zu Versorgung bekommen wie gesetzlich Krankenversicherte (vgl. Razum et al., 2016; Führer & Gach, 2025). Dieser Forderung können wir uns anhand der vorliegenden Daten vollständig anschließen.

Der Fakt, dass auch unter Geflüchteten mit Krankenversicherungskarte die Versorgungslücke groß ist, zeigt jedoch, dass zusätzlich weitere Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung adressiert werden müssen. Die Literatur verweist hier z. B. auf das Problem der Sprachbarrieren, auf Vorurteile des medizinischen Personals (vgl. Dumke & Neuner, 2023; Ziegler & Bozorgmehr 2024) und eine mangelnde interkulturelle Öffnung des deutschen Gesundheitssystems (vgl. Machleidt 2002).

Zusätzlich zeigt sich, dass veränderbare Eigenschaften der Unterbringung (Wohnsituation, aber auch Einsamkeit) mit der psychischen Belastung assoziiert sind. Da sich die Richtung dieses Zusammenhangs mit der hier verwendeten Methodik nicht eindeutig bestimmen lässt (s. oben), können wir anhand der vorliegenden Daten nicht eindeutig sagen, ob Verbesserungen der Wohnbedingungen die Häufigkeit psychischer Erkrankungen vermindern oder lediglich die Belastungen reduzieren würden, die sich für psychisch Erkrankte daraus ergeben, dass sie ihre Wohnverhältnisse als gefängnisartig und wenig selbstbestimmt erleben.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind jedoch beide Ergebnisse erstrebenswert, sodass unabhängig von der Richtung des Zusammenhangs zwischen Wohnverhältnissen und psychischer Belastung unsere Ergebnisse ein deutliches Plädoyer für die Verbesserung der Wohnverhältnisse in Sammelunterkünften für Geflüchtete nahelegen. Damit schließt diese Arbeit an bereits vorliegende Arbeiten an, die fordern, dass Asylsuchende nach Möglichkeit dezentral untergebracht (vgl. Elle & Hess, 2017), Sammelunterkünfte nicht in deprivierten oder abgelegenen Lokalisationen angesiedelt werden sollten, die soziale Interaktionen behindern und Integration erschweren, und dass Sammelunterkünfte Mechanismen zur Sicherstellung von Mitsprache der Bewohner*innen implementieren sollten (vgl. Führer et al., 2024).

4.4 Literatur

Bjärtå, A.; Leiler, A.; Ekdahl, J. & Wasteson, E. (2018). Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13-Item Version. The Journal of Nervous and Mental Disease, 206, 834 - 839. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000886

Boettcher, V.; Nowak, A. & Neuner, F. (2021). Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. European Journal of Psychotraumatology, 12. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1910407

Borho, A.; Morawa, E. & Erim, Y. (2022). Screening der psychischen Gesundheit von syrischen Geflüchteten in Deutschland: Der Refugee Health Screener. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 68(3), 269-282 https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.oa1

Bozorgmehr, K.; Mohsenpour, A.; Saure, D.; Stock, C.; Loerbroks, A.; Joos, S.; & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping" empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014) [Systematic review and evidence mapping of empirical studies on health status and medical care among refugees and asylum seekers in Germany (1990-2014)]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59(5), 599–620. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5

Brake, T.-M.; Dudek, V.; Sauzet, O. & Razum, O. (2023). Psychosocial Attributes of Housing and Their Relationship With Health Among Refugee and Asylum-Seeking Populations in High-Income Countries: Systematic Review [Systematic Review]. Public Health Reviews, Volume 44 - 2023.

Cardol, M.; de Haan, R. J.; van den Bos, G. A. M.; de Jong, B. A. & de Groot, I. J. M. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clinical Rehabilitation, 13(5), 411-419.

Dumke, L. & Neuner, F. (2023): Othering refugees: Psychotherapists' attitudes toward patients with and without a refugee background. Psychother Res 33(5): 654–68.

Elle, J. & Hess, S. (2017): Leben jenseits von Mindeststandards. Dokumentation zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften in Niedersachsen. Rat für Migration.

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 365, 1309-1314. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)61027-6.

Führer, A. (2020). „Da muss sich jemand anders drum kümmern" – Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden als Herausforderung für eine bio-psycho-soziale Medizin. Gesundheitswesen, 82(2), 151–156. https://doi.org/10.1055/a-1026-6190.

Führer, A. (2023). Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 66, 1083-1091.

Führer, A. & Gach, J. (2025). Lückenhafte Grundversorgung – Forschungsstand und Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden. Soziale Sicherheit 8/9: 22-27.

Führer, A.; Niedermaier, A.; Kalfa, V.; Mikolajczyk, R. & Wienke, A. (2020). Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. PLoS ONE, 15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239211.

Führer, A.; Pacolli-Tabaku, L.; Kompa, P.; Yılmaz-Aslan, Y. & Brzoska, P. (2024). Pandemie-Management in Unterkünften für Geflüchtete – Ergebnisse einer mixed methods-Studie während der COVID-19-Pandemie. Gesundheitswesen 86: 315-321.

Haggerty, J. L. & Levesque, J. F. (2017). Validation of a new measure of availability and accommodation of health care that is valid for rural and urban contexts. Health Expectations, 20(2), 321-334. https://doi.org/10.1111/hex.12461

Hollifield, M.; Toolson, E. C.; Verbillis-Kolp, S.; Farmer, B.; Yamazaki, J.; Woldehaimanot, T. & Holland, A. (2016). Effective Screening for Emotional Distress in Refugees: The Refugee Health Screener. The Journal of Nervous and Mental Disease, 204(4), 247-253. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000469

Hughes, M. E.; Waite, L. J.; Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. Research on Aging, 26(6), 655–672. https://doi.org/10.1177/0164027504268574

Kaltenbach, E.; Härdtner, E.; Hermenau, K.; Schauer, M. & Elbert, T. (2017). Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener. European Journal of Psychotraumatology, 8(sup2), Article 1389205. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205

Levesque, J.; Harris, M. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12, 18 - 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Li, Z. & Hensher, D. A. (2013). Crowding in Public Transport: A Review of Objective and Subjective Measures. Journal of Public Transportation, 16(2), 107-134.

Machleidt, W. (2002): Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 73(12): 1208-1212.

Razum, O.; Saß, A.-C. & Bozorgmehr, K. (2016). Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze [Health care for refugees and asylum seekers: challenges and solutions]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59(5), 543–544. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2344-5.

Robinson, L.; Delgadillo, J. & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. Psychotherapy Research, 30, 79 - 96. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676.

Scott, P. (2014). Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. International Journal of Migration, Health and Social Care, 10(3), 134–147. https://doi.org/10.1108/IJMHSC-11-2013-0043.

Spura, A.; Kleinke, M.; Robra, B.-P. & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? [How do asylum seekers experience access to medical care?]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. (60), 462–470. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x.

Stein, D.; Kazdin, A.; Munthali, R.;Hwang, I.; Harris, M.; Alonso, J.; Andrade, L.; Bruffaerts, R.; Cardoso, G.; Chardoul, S.; De Girolamo, G.; Florescu, S.; Gureje, O.; Haro, J.; Karam, A.; Karam, E.; Kovess-Masfety, V.; Lee, S.; Medina-Mora, M.; Navarro-Mateu, F., Posada-Villa, J., Stagnaro, J., Have, T., Sampson, N., Kessler, R.; Vigo, D.; Aguilar-Gaxiola, S.; Al-Hamzawi, A.; Altwaijri, Y.; Atwoli, L.; Benjet, C.; Borges, G.; Bromet, E.; Bunting, B.; Caldas-De-Almeida, J.; Chatterji, S.; Cía, A.; Degenhardt, L.; Demyttenaere, K.; Hinkov, H.; Hu, C.; De Jonge, P.; Karam, A.; Karam, G.; Kawakami, N.; Kiejna, A.; Lépine, J.; Mcgrath, J.; Moskalewicz, J.; Piazza, M.; Scott, K.; Slade, T.; Torres, Y.; Viana, M.; Whiteford, H.; Williams, D. & Wojtyniak, B. (2023). Determinants of effective treatment coverage for posttraumatic stress disorder: findings from the World Mental Health Surveys. BMC Psychiatry, 23. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04605-2.

Swart, E. (2021). Nutzung von Routinedaten in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Niederberger, M. & Finne, E. (eds): Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Springer VS, Wiesbaden.

Thornicroft, G.; Chatterji, S.; Evans-Lacko, S.; Gruber, M.; Sampson, N.; Aguilar-Gaxiola, S.; Al-Hamzawi, A.; Alonso, J.; Andrade, L.; Borges, G.; Bruffaerts, R.; Bunting, B.; De Almeida, J.; Florescu, S.; De Girolamo, G.; Gureje, O.; Haro, J.; He, Y.; Hinkov, H.; Karam, E.; Kawakami, N.; Lee, S.; Navarro-Mateu, F.; Piazza, M.; Posada-Villa, J.; De Galvis, Y. & Kessler, R. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. British Journal of Psychiatry, 210, 119 - 124. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078.

Wang, P.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Angermeyer, M.; Borges, G.; Bromet, E.; Bruffaerts, R.; De Girolamo, G.; De Graaf, R.; Gureje, O.; Haro, J.; Karam, E.; Kessler, R.; Kovess, V.; Lane, M.; Lee, S.; Levinson, D.; Ono, Y.; Petukhova, M.; Posada-Villa, J.; Seedat, S. & Wells, J. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet, 370, 841-850. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61414-7.

Ziegler, S. & Bozorgmehr, K. (2024). „I don´t put people into boxes, but…" A free-listing exercise exploring social categorisation of asylum seekers by professionals in two German reception centres. PLOS global public health 4(2): e0002910.

5

FAZIT & HANDLUNGS-EMPFEHLUNGEN

5 — Fazit & Handlungs-empfehlungen

Sowohl die Daten aus den Psychosozialen Zentren (PSZ) als auch die Ergebnisse der Studie zur Versorgungslage geflüchteter Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt verdeutlichen den Handlungsbedarf, damit Überlebende von Folter, Krieg und Flucht bedarfsgerecht versorgt werden können. Mangelnder Zugang zu fachlich qualifizierten Beratungsangeboten verhindert, dass psychische Erkrankungen ausreichend erkannt werden. Fehlende zielgruppengerechte Informationsangebote über das deutsche Gesundheitssystem führen dazu, dass schutzsuchende Menschen nicht über professionelle Unterstützungsmöglichkeiten informiert sind.

Werden Bedarfe erkannt und professionelle Unterstützung gesucht, stehen zahlreiche weitere Barrieren im Weg, wie die fehlende Kostenübernahme von Psychotherapien und ein Mangel an Sprachmittlung. Schutzsuchende Menschen werden oft unter Bedingungen untergebracht, die ihre psychische Belastung noch erhöhen – in überfüllten Unterkünften, geprägt von mangelhafter Hygiene und fehlenden Rückzugsräumen. In dieser Umgebung vereinsamen und isolieren sich viele, die eigentlich Schutz und die Chance auf ein Leben in Würde suchen.

Die PSZ engagieren sich seit Jahrzehnten für eine Verbesserung der Versorgungssituation, indem sie Zielgruppen-orientierte multiprofessionelle Angebote bereitstellen. Durch ihre prekäre Finanzierung sind sie jedoch nur in der Lage, einen Bruchteil des Bedarfs abzudecken.

Mit der aktuellen massiven Unterversorgung geflüchteter Menschen kommt Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen nicht angemessen nach, unter anderem betreffend 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 sowie Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention. Zudem führt die nicht ausreichende Versorgung zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem und die öffentliche Verwaltung. Nicht behandelte Erkrankungen chronifizieren, sodass später (kosten-)intensivere Behandlungen notwendig sind (vgl. Göpffahrt und Bauhoff, 2017). Durch den Ausschluss vieler Schutzsuchender aus der gesetzlichen Krankenversicherung werden zusätzliche Verwaltungsprozesse notwendig, beispielsweise wenn Sozialämter Behandlungsbedarfe prüfen und bewilligen müssen (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015; Gold et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Burmester, 2014; Biddle, 2024).

Um das Recht Überlebender von Folter, Krieg und Flucht auf ein sicheres und gesundes Leben zu verwirklichen, werden folgende strukturelle Veränderungen empfohlen:

- die nachhaltige Finanzierung, Umsetzung und Qualitätssicherung eines flächendeckenden, Zielgruppen-übergreifenden und systematischen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen auf Basis der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU bzw. 2024/1346
- eine Krankenkassenkarte für geflüchtete Menschen von Anfang an in allen Bundesländern, damit sie die gesundheitliche Regelversorgung mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können und in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen werden
- 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

- Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitssystems, unter anderem die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungssensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen;
- ein am Versorgungsbedarf orientierter Ausbau spezialisierter Hilfen in den PSZ durch flächendeckende und verstetigte Finanzierung von Bund und Ländern
- die Förderung von Netzwerkstrukturen (Runde Tische etc.), um das spezialisierte Fachwissen der PSZ an weitere Akteur*innen zu transferieren
- den Auf- und Ausbau von Wohnräumen für geflüchtete Menschen mit ausreichend Privatsphäre, Zugang zu sozialen Netzwerken/ Gemeinschaften und unabhängigen Beratungsangeboten (Sozial-, Rechts-, gesundheitliche Beratung etc.)
- die Einführung einer unabhängigen Stelle zur Sicherung menschenwürdiger Bedingungen in Unterkünften für geflüchtete Menschen bundesweit.

6

LITERATURVERZEICHNIS

6 — Literatur-verzeichnis

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/

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

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_gefluechtete__ne___uer_gesundheit_____erhoffte_einsparungen_duerften_ausbleiben.html

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 (Quelle nicht mehr online abrufbar)

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

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

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 für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) & UNICEF. (2021). Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/117472/7b4cb6a1c8395449cc26a51f407436d8/mindeststandards-zum-schutz-von-gefluechteten-menschen-in-fluechtlingsunterkuenften-data.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.

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

Deutscher Caritasverband e. V. (2021, 18. Juni). Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland erfüllt längst noch nicht überall die Mindeststandards [Pressemeldung]. https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/unterbringung-in-fluechtlingsunterkuenften-in-deutschland-erfuellt-laengst-noch-nicht-ueberall-die-mindeststandards-0b69b1f6-f73b-4d14-bac3-1548dc4e1ab2

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

Felde, L. vom; Flory, L.; Baron, J. (2020). Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status Quo in den Bundesländern, Modelle, Herausforderungen. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf

Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern. (2024, 08. April). Gemeinschaftsunterkünfte sind nach Größe und Ausstattung menschenwürdig zu gestalten. Flüchtlingsrat Mecklenburg-Vorpommern kritisiert kasernierte Unterbringung in großen abgelegenen Dschungelheimen [Pressemeldung]. https://www.fluechtlingsrat-mv.de/gemeinschaftsunterkuenfte-sind-nach-groesse-und-ausstattung-menschenwuerdig-zu-gestalten/10103

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

Führer, A.; Niedermaier, A.; Kalfa, V.; Mikolajczyk, R.; Wienke, A. (2020). Serious shortcomings in assessment and treatment of asylum seekers' mental health needs. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239211

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/

Göpffahrt, D. & Bauhoff, S. (2017). Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell, 32-65. https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2017/dl-3-gesundheitliche-versorgung-von-asylsuchenden---untersuchungen-anhand-von-abrechnungsdaten-der-barmer.pdf

Karato, Y.; Hilt, L.; Träbert, A.; Theilig, C. (2025). Flucht & Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2025. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/06/BAfF_VB2025.pdf

Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke.

Kühn, B. & Schlicht, J. (2023). Kommunale Unterbringung von Geflüchteten – Probleme und Lösungsansätze. https://mediendienst-integration.de/fileadmin/user_upload/Expertisen/MEDIENDIENST_Expertise_Unterbringung_Gefluechtete.pdf

Kruse, M. (2025). Angriffe auf Flüchtlingsunterkünfte waren nie verschwunden. https://mediendienst-integration.de/artikel/angriffe-auf-fluechtlingsunterkuenfte-waren-nie-verschwunden.html

Ministerium des Innern und für Kommunales Brandenburg (MIK). (2025, 5. November). Kabinett beschließt Entwurf für geändertes Landesaufnahmegesetz [Pressemeldung]. https://mik.brandenburg.de/mik/de/service/presse/pressemitteilungen/detail-pm-und-meldungen/~05-11-2025-kabinett-beschliesst-entwurf-fuer-geaendertes-landesaufnahmegesetz

Mohammed, L.; Karato, Y.; Flory, L.; Finner, S.; Burckhardt, S.; Grzywa-Holten, J.; Inauri, N.; Marquordt, S.; Mews, M.; Schröder, S. (2022). Psychosoziale & psychiatrische Versorgung geflüchteter Menschen in den ostdeutschen Bundesländern 2022. Eine Bestandsaufnahme. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/10/VB-Ost-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://bmcpublichealth.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

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/

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025). Schutzsuchende: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht/ Altersjahre/Familienstand, Ländergruppierungen/ Staatsangehörigkeit, 31.12.2007 - 31.12.2024

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

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.

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 prekarisierten Aufenthalts.

Asylsuchende/Geflüchtete/Schutzsuchende: Mit „schutzsuchenden“ und „geflüchteten“ Menschen sind alle gemeint, die jemals einen Asylantrag in Deutschland gestellt haben. „Asylsuchende“ bezieht sich auf alle Menschen, die sich im Asylverfahren in Deutschland befinden.

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) verbrieft 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, Alleinerziehende 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 Abs. 1 Satz 2 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*m 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 gesundheitlichen Versorgung.

7.2 Tabellen zu Kapitel 4

Tab. A1: **Variablen zur Messung der subjektiven Wahrnehmung der Wohnverhältnisse von allen Befragten**

Themenbereich des Wohnens	Variable	Quelle
Thema 1: Überbelegung, verfügbarer Platz, Privatsphäre	Überbelegung in der Unterkunft, im eigenen Zimmer, in Küchen, Duschen und Toiletten	Item orientierte sich an Li & Henshers Konzepten zur Operationalisierung von subjektiv wahrgenommener Überbelegung in der Verkehrsforschung (vgl. Li & Hensher, 2013)
	Größe des eigenen Zimmers	Eigenes Item
	Mitbewohner*innen im eigenen Zimmer	Eigenes Item
	Möglichkeit, das eigene Zimmer abzuschließen	Eigenes Item
	Möglichkeit, private Gegenstände im eigenen Zimmer aufzubewahren	Eigenes Item
	Verfügbarkeit eigener Küchen, Duschen oder Toiletten	Eigenes Item
	Versorgung mit Essen in der Unterkunft	Eigenes Item
Thema 2: Instabilität der Wohnverhältnisse	Anzahl der Transfers zwischen Unterkünften seit Ankunft in Deutschland	Eigenes Item
Thema 3: Sicherheit	Persönliches Sicherheitsgefühl in der Unterkunft, im eigenen Zimmer, in den Duschen und Toiletten	Eigenes Item
Thema 4: Physische Bedingungen in der Unterkunft	Lichtverhältnissen im eigenen Zimmer	Eigenes Item
	Warmwasserversorgung in der Unterkunft	Eigenes Item
	Hygienezustände in der Küche, Dusche und Toilette	Eigenes Item
Thema 5: Institutionelle Praktiken	Zimmerinspektionen durch Personal	Eigenes Item
	Zentrale Essensausgabe (z. B. Catering)	Eigenes Item

Themenbereich des Wohnens	Variable	Quelle
Thema 5: Institutionelle Praktiken	Qualität und Menge des ausgegebenen Essens in der Unterkunft	Eigenes Item
	Möglichkeit, verschiedene Bedürfnisse in der Unterkunft zu erfüllen, wann man möchte (Autonomie)	IPAQ (für einzelne Items an die Zielgruppe angepasst)
	Häufigkeit des Gefühls der Langeweile in der Unterkunft (in den letzten zwei Wochen)	Eigenes Item
	Häufigkeit des Gefühls, in der Unterkunft eingesperrt zu sein (in den letzten zwei Wochen)	Eigenes Item
	Getrenntsein von Partner*in oder Kind(ern)	Eigenes Item

Tab. A2: **Subjektive Beurteilung der Variablen zum Thema 1 aufgeteilt nach Schweregrad der psychischen Belastung**

Anzahl der Bewohner*innen, die in der Unterkunft untergebracht sind	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	Gesamt
Extrem unerträglich	2,9% (2) [0,50%, 11%]	5,4% (3) [1,4%, 16%]	12,8% (6) [5,3%, 26%]	19,8% (32) [14%, 27%]	12,9% (43) [9,6%, 17%]
Unerträglich	13,0% (9) [6,5%, 24%]	19,6% (11) [11%, 33%]	23,4% (11) [13%, 38%]	27,8% (45) [21%, 35%]	22,8% (76) [18%, 28%]
Erträglich	39,1% (27) [28%, 52%]	48,2% (27) [35%, 62%]	40,4% (19) [27%, 56%]	35,2% (57) [28%, 43%]	38,9% (130) [34%, 44%]
Angemessen	44,9% (31) [33%, 57%]	26,8% (15) [16%, 41%]	23,4% (11) [13%, 38%]	17,3% (28) [12%, 24%]	25,4% (85) [21%, 31%]
Mitbewohner*innen im eigenen Zimmer					
Alleine im Zimmer untergebracht	19,4% (14) [11%, 31%]	14.5% (8) [6,9%, 27%]	13,7% (7) [6,2%, 27%]	18,4% (30) [13%, 25%]	17,3% (59) [14%, 22%]
Mit Familie im Zimmer untergebracht	19,4% (14) [11%, 31%]	20,0% (11) [11%, 33%]	27,5% (14) [16%, 42%]	28,2% (46) [22%, 36%]	24,9% (85) [20%, 30%]
Mit Bekannten/Freunden im Zimmer untergebracht	25,0% (18) [16%, 37%]	14,5% (8) [6,9%, 27%]	15,7% (8) [7,5%, 29%]	6,7% (11) [3,6%, 12%]	13,2% (45) [9,9%, 17%]
Mit Fremden im Zimmer untergebracht	36,1% (26) [25%, 48%]	50,9% (28) [37%, 64%]	43,1% (22) [30%, 58%]	46,6% (76) [39%, 55%]	44,6% (152) [39%, 50%]

Größe des eigenen Zimmers	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	Gesamt
Alleine im Zimmer untergebracht	18,3% (13) [10%, 30%]	19,6% (11) [11%, 33%]	8,3% (4) [2,7%, 21%]	9,1% (15) [5,4%, 15%]	12,7% (43) [9,4%, 17%]
Mit Familie im Zimmer untergebracht	60,6% (43) [48%, 72%]	46,4% (26) [33%, 60%]	45,8% (22) [32%, 61%]	35,4% (58) [28%, 43%]	44,0% (149) [39%, 49%]
Mit Bekannten/Freunden im Zimmer untergebracht	15,5% (11) [8,4%, 26%]	14,3% (8) [6,8%, 27%]	20,8% (10) [11%, 35%]	26,8% (44) [20%, 34%]	21,5% (73) [17%, 26%]
Mit Fremden im Zimmer untergebracht	5,6% (4) [1,8%, 15%]	19,6% (11) [11%, 33%]	25,0% (12) [14%, 40%]	28,7% (47) [22%, 36%]	21,8% (74) [18%, 27%]
Anzahl der Bewohner*innen, die im eigenen Zimmer untergebracht sind					
Extrem unerträglich	5,4% (3) [1,4%, 16%]	6,5% (3) [1,7%, 19%]	27,5% (11) [15%, 44%]	22,9% (30) [16%, 31%]	17,2% (47) [13%, 22%]
Unerträglich	14,3% (8) [6,8%, 27%]	34,8% (16) [22%, 50%]	30,0% (12) [17%, 47%]	29,8% (39) [22%, 38%]	27,5% (75) [22%, 33%]
Erträglich	30,4% (17) [19%, 44%]	28,3% (13) [16%, 44%]	25,0% (10) [13%, 42%]	30,5% (40) [23%, 39%]	29,3% (80) [24%, 35%]
Angemessen	50,0% (28) [37%, 63%]	30,4% (14) [18%, 46%]	17,5% (7) [7,9%, 33%]	16,8% (22) [11%, 25%]	26,0% (71) [21%, 32%]
Möglichkeit, private Gegenstände aufzubewahren (z. B. im Spind)					
Ja	71,8% (51) [60%, 82%]	63,6% (35) [50%, 76%]	67,3% (33) [52%, 80%]	62,0% (101) [54%, 69%]	65,1% (220) [60%, 70%]
Nein	28,2% (20) [18%, 40%]	36,4% (20) [24%, 50%]	32,7% (16) [20%, 48%]	38,0% (62) [31%, 46%]	34,9% (118) [30%, 40%]
Möglichkeit, das eigene Zimmer abzuschließen					
Ja	94,4% (67) [85%, 98%]	96,4% (53) [86%, 99%]	96,0% (48) [85%, 99%]	90,8% (148) [85%, 95%]	93,2% (316) [90%, 96%]
Nein	5,6% (4) [1,8%, 15%]	3,6% (2) [0,63%, 14%]	4,0% (2) [0,70%, 15%]	9,2% (15) [5,4%, 15%]	6,8% (23) [4,4%, 10%]

Verfügbarkeit von Toiletten in der Unterkunft	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	Gesamt
Eigene Toilette in der Unterkunft	16,7% (12) [9,3%, 28%]	16,1% (9) [8,1%, 29%]	12,0% (6) [5,0%, 25%]	8,6% (14) [5,0%, 14%]	12,0% (41) [8,9%, 16%]
Toilette wird mit Bewohner*innen gleichen Geschlechts geteilt	72,2% (52) [60%, 82%]	75,0% (42) [61%, 85%]	80,0% (40) [66%, 89%]	76,7% (125) [69%, 83%]	76,0% (259) [71%, 80%]
Toilette wird mit Bewohner*innen unterschiedlicher Geschlechter geteilt	11,1% (8) [5,3%, 21%]	8,9% (5) [3,3%, 20%]	6,0% (3) [1,6%, 18%]	14,1% (23) [9,3%, 21%]	11,4% (39) [8,4%, 15%]
Keine Toilette in der Unterkunft	0,0% (0) [0,00%, 6,3%]	0,0% (0) [0,00%, 8,0%]	2,0% (1) [0,10%, 12%]	0,6% (1) [0,03%, 3,9%]	0,6% (2) [0,10%, 2,3%]
Anzahl der Bewohner*innen, mit denen man eine Toilette teilen muss					
Extrem unerträglich	13,8% (8) [6,6%, 26%]	17,0% (8) [8,1%, 31%]	26,8% (11) [15%, 43%]	39,0% (57) [31%, 47%]	28,8% (84) [24%, 34%]
Unerträglich	24,1% (14) [14%, 37%]	36,2% (17) [23%, 52%]	24,4% (10) [13%, 41%]	28,1% (41) [21%, 36%]	28,1% (82) [23%, 34%]
Erträglich	36,2% (21) [24%, 50%]	31,9% (15) [20%, 47%]	41,5% (17) [27%, 58%]	26,0% (38) [19%, 34%]	31,2% (91) [26%, 37%]
Angemessen	25,9% (15) [16%, 39%]	14,9% (7) [6,7%, 29%]	7,3% (3) [1,9%, 21%]	6,8% (10) [3,5%, 13%]	12,0% (35) [8,6%, 16%]
Verfügbarkeit von Duschen in der Unterkunft					
Eigene Dusche in der Unterkunft	16,7% (12) [9,3%, 28%]	16,1% (9) [8,1%, 29%]	12,0% (6) [5,0%, 25%]	10,6% (17) [6,5%, 17%]	13,0% (44) [9,7%, 17%]
Dusche wird mit Bewohner*innen gleichen Geschlechts geteilt	63,9% (46) [52%, 75%]	73,2% (41) [59%, 84%]	78,0% (39) [64%, 88%]	72,0% (116) [64%, 79%]	71,4% (242) [66%, 76%]
Dusche wird mit Bewohner*innen unterschiedlicher Geschlechter geteilt	9,7% (7) [4,3%, 20%]	7,1% (4) [2,3%, 18%]	4,0% (2) [0,70%, 15%]	11,2% (18) [6,9%, 17%]	9,1% (31) [6,4%, 13%]
Keine Dusche in der Unterkunft	9,7% (7) [4,3%, 20%]	3,6% (2) [0,62%, 13%]	6,0% (3) [1,6%, 18%]	6,2% (10) [3,2%, 11%]	6,5% (22) [4,2%, 9,8%]

Anzahl der Bewohner*innen, mit denen man eine Dusche teilen muss	**sehr gut**	**eher gut**	**eher schlecht**	**sehr schlecht**	**Gesamt**
Extrem unerträglich	10,0% (5) [3,7%, 23%]	22,2% (10) [12%, 37%]	25,6% (10) [14%, 42%]	33,8% (45) [26%, 43%]	26,2% (70) [21%, 32%]
Unerträglich	22,0% (11) [12%, 36%]	22,2% (10) [12%, 37%]	28,2% (11) [16%, 45%]	28,6% (38) [21%, 37%]	26,2% (70) [21%, 32%]
Erträglich	38,0% (19) [25%, 53%]	42,2% (19) [28%, 58%]	35,9% (14) [22%, 53%]	32,3% (43) [25%, 41%]	35,6% (95) [30%, 42%]
Angemessen	30,0% (15) [18%, 45%]	13,3% (6) [5,5%, 27%]	10,3% (4) [3,3%, 25%]	5,3% (7) [2,3%, 11%]	12,0% (32) [8,5%, 17%]

Verfügbarkeit von eigenen Küchen in der Unterkunft					
Ja	8,3% (6) [3,4%, 18%]	10,7% (6) [4,4%, 23%]	5,9% (3) [1,5%, 17%]	6,7% (11) [3,6%, 12%]	7,6% (26) [5,1%, 11%]
Nein	91,7% (66) [82%, 97%]	89,3% (50) [77%, 96%]	94,1% (48) [83%, 98%]	93,3% (153) [88%, 96%]	92,4% (317) [89%, 95%]

Anzahl der Bewohner*innen, mit denen man eine Küche teilen muss					
Extrem unerträglich	7,1% (4) [2,3%, 18%]	23,4% (11) [13%, 38%]	23,3% (10) [12%, 39%]	35,0% (48) [27%, 44%]	25,8% (73) [21%, 31%]
Unerträglich	14,3% (8) [6,8%, 27%]	21,3% (10) [11%, 36%]	25,6% (11) [14%, 41%]	27,0% (37) [20%, 35%]	23,3% (66) [19%, 29%]
Erträglich	33,9% (19) [22%, 48%]	38,3% (18) [25%, 54%]	32,6% (14) [20%, 49%]	29,9% (41) [23%, 38%]	32,5% (92) [27%, 38%]
Angemessen	44,6% (25) [32%, 58%]	17,0% (8) [8,1%, 31%]	18,6% (8) [8,9%, 34%]	8,0% (11) [4,3%, 14%]	18,4% (52) [14%, 23%]

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

AUTORIN: Yukako Karato
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 Online-Shop der BAfF bestellt werden:
http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

HERZLICHEN DANK an die Psychosozialen Zentren, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufbrachten. Vielen Dank auch an die Projektmitarbeitenden aus dem PSZ Brandenburg, PSZ Rostock und PSZ Sachsen-Anhalt für die wunderbare Zusammenarbeit und Eindrücke aus der Praxis sowie Beratung bei der Erstellung dieser Publikation.

Sie entstand aus dem Projekt „Hürden nehmen: Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete“. Gefördert wurde sie aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der EU sowie der UNO-Flüchtlingshilfe, des Flüchtlingsfonds der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg, des Ministeriums des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg, der Landkreise Barnim, Elbe-Elster, Märkisch-Oderland, Oberhavel, Oberspreewald-Lausitz, Oder-Spree, Ostprignitz-Ruppin, Potsdam-Mittelmark, der kreisfreien Städte Frankfurt (Oder), Potsdam, der Hanse- und Universitätsstadt Rostock sowie des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

Kofinanziert von der Europäischen Union

© BAfF e. V. 2026. Alle Rechte vorbehalten.

Wollen Sie unsere Arbeit unterstützen?

SPENDENKONTO:
BAfF e.V. SozialBank
IBAN: DE90 3702 0500 0003 2096 00
BIC: BFSWDE33XXX

BAfF

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

PSZ Sachsen-Anhalt
Psychosoziales Zentrum
für Migrant*innen

St. Johannis GmbH
Gemeinnützige Gesellschaft
für soziale Dienstleistungen

Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

KommMit
FÜR MIGRANT*INNEN UND
GEFLÜCHTETE E.V.

PSZ
PSYCHOSOZIALES ZENTRUM
FÜR GEFLÜCHTETE
IM LAND BRANDENBURG

PSYCHOSOZIALES
ZENTRUM ROSTOCK
FÜR GEFLÜCHTETE & MIGRANT*INNEN

Projekt des
Ökohaus e.V.

XENION
Psychosoziale Hilfen für
politisch Verfolgte e.V.