Bundesverband
Psychosozialer Zentren
Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht

FOKUS
LÄNDLICHER RAUM

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2026

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Deutschland 2026

FOKUS

LÄNDLICHER RAUM

Inhalt

I Grußwort 04

II Vorwort 06

III Das Wichtigste auf einen Blick 12

1 EINLEITUNG: 60 JAHRE UN-SOZIALPAKT – IST DAS RECHT AUF GESUNDHEIT NOCH IMMER EINE FRAGE VON HERKUNFT UND WOHNORT? 22

2 VERSORGUNGSLAGE GEFLÜCHTETER MENSCHEN & HINTERGRUND DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN (PSZ) 28

2.1 Ursachen & Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen 30
2.2 Barrieren zur Versorgung 33
2.3 Ansatz der PSZ 37

3 LÄNDLICHER RAUM 42

3.1 Zwischen Isolation und Unterversorgung: Einblicke in die Arbeit der PSZ in Brandenburg und Rheinland-Pfalz 46
3.2 Vernetzung als Schlüssel zur Versorgung: Erfahrungen aus Thüringen 54

4 DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN (PSZ) 62

4.1 Datenbasis 64
4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ 65
4.2.1 Leistungsspektrum 65
4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden 69
4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ 69
4.3 Klient*innen der PSZ 70
4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen 71
4.3.2 Genutzte Angebote 72
4.3.3 Aufenthaltssituation 73
4.3.4 Hauptherkunftsländer 76
4.4 Zugang zu den PSZ 77
4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen 77
4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten 79
4.5 Versorgungsprozess 80
4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung 80
4.5.2 Sprachmittlung 83
4.6 Versorgungsengpässe 84
4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf 84
4.6.2 Wartezeiten 86
4.6.3 Aufnahme von Klient*innen 87
4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen 89
4.7 Finanzierung 92
4.7.1 Finanzierungsstrukturen 92
4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapien 94

5 FAZIT & HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 102

6 LITERATURVERZEICHNIS 108

7 ANHANG 116

7.1 Glossar 118
7.2 Übersicht der PSZ 122

Grußwort Netzwerk Junge Bürgermeister*innen

Unsere Städte und Gemeinden sind Orte der Vielfalt und des Zusammenhalts. Als Netzwerk junger Bürgermeister*innen erleben wir täglich, wie Integration vor Ort gestaltet wird und wo ihre Grenzen liegen. Die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen ist dabei eine der großen Leerstellen unseres Versorgungssystems und zugleich eine der entscheidendsten Voraussetzungen für gelingende Integration.

In der kommunalen Praxis zeigt sich immer wieder: Der Bedarf ist hoch, die Angebote sind es oft nicht. Es fehlt an ausreichenden Beratungsstellen, an niedrigschwelligen Zugängen und insbesondere an muttersprachlichen Angeboten.

Diese Herausforderungen verschärfen sich im ländlichen Raum. Größere Entfernungen, eingeschränkte Mobilität und infrastrukturelle Hürden erschweren den Zugang zu Unterstützung erheblich. Laufende Aufenthaltsverfahren können zusätzliche Einschränkungen mit sich bringen. Wer Hilfe braucht, erreicht sie oft schlicht nicht.

Unsere Kommunen sind zugleich stark ausgelastet und finanziell ausgereizt. Das erhöht das Risiko, dass psychosoziale Belastungen unentdeckt bleiben.

Gleichzeitig liegt genau hier eine zentrale Stärke unserer Kommunen: Wir sind die erste Anlaufstelle. Wir haben direkten Kontakt zu den Menschen, oft zu einem Zeitpunkt, an dem sich entscheidet, ob Integration gelingt oder Isolation entsteht.

Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, braucht es gezielte Unterstützung. Digitale Angebote können dabei helfen, erste Zugänge zu schaffen und Versorgungslücken zu überbrücken. Sie ersetzen jedoch nicht die persönliche Beratung. Ebenso zentral sind Schulungen für kommunale Mitarbeitende, um psychosoziale Belastungen frühzeitig zu erkennen und sensibel darauf reagieren zu können.

Mentale Gesundheit ist kein Zusatzthema. Sie ist die Grundlage für gesellschaftliche Teilhabe, für Integration und damit auch eine Frage von gesellschaftlicher Stabilität und Sicherheit.

Damit wir diese Aufgabe leisten können, braucht es verlässliche Rahmenbedingungen: eine stärkere strukturelle Förderung psychosozialer Angebote sowie eine Überarbeitung der übergeordneten Versorgungsstrukturen, die den Zugang zur Versorgung derzeit einschränken. Bund und Länder sind hier in der Verantwortung, die notwendigen Ressourcen und Strukturen bereitzustellen.

Wenn wir Integration ernst meinen, müssen wir auch die psychosoziale Versorgung ernst nehmen.

Foto: © NJB/Liesa Johannssen-Koppitz

Henning Reichardt-Witzel
Verbandsgeschäftsführer des Netzwerks Junge Bürgermeister*innen der Bundesrepublik Deutschland e. V.

Vorwort

Für viele geflüchtete Menschen in Deutschland beginnt der Weg zur Therapie nicht mit einem Termin, sondern mit einer Hürde. Im ländlichen Raum wird diese Hürde oft zur entscheidenden Grenze: Lange Wege, fehlende Angebote und strukturelle Barrieren bestimmen dort maßgeblich, ob Unterstützung überhaupt erreichbar ist. Der vorliegende Bericht gibt einen umfassenden Einblick in die psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland. Auf der Grundlage aktueller Daten aus dem Jahr 2024 zeigt er nicht nur den Umfang der Versorgung, sondern rückt die Versorgungssituation im ländlichen Raum in den Mittelpunkt.

Die Ergebnisse machen deutlich: Der Bedarf ist hoch – doch die bestehenden Strukturen reichen bei Weitem nicht aus, um ihn zu decken. Gleichzeitig war das Erhebungsjahr 2024 ein asylpolitisch prägendes Jahr. Mit der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS), die ab Juni 2026 zur Anwendung kommt, wurden grundlegende Weichenstellungen einer deutlich verschärften Asylpolitik vorgenommen. Inzwischen wurden nationale Anpassungsgesetze – nach einer Frist von nur sechs Werktagen für Stellungnahmen im Rahmen der Verbändebeteiligung – verabschiedet.

Die Auswirkungen dieser Entwicklungen sind erheblich: Neu ankommende Schutzsuchende müssen zunächst ein Überprüfungsverfahren durchlaufen, das eine Identitätsfeststellung, eine Sicherheitsüberprüfung, die Erfassung biometrischer Daten sowie einen Gesundheitscheck und eine erste Vulnerabilitätsprüfung beinhaltet. Das Verfahren dient auch der Entscheidung, welche Art von weiterem Verfahren die Personen durchlaufen sollen. Für bestimmte Personengruppen sind anschließend verpflichtende Grenzverfahren vorgesehen, die unter haftähnlichen

Bedingungen erfolgen. Die Zuständigkeit für das Überprüfungsverfahren muss nach europarechtlichen Vorgaben nicht bei der Polizei liegen. Allerdings ist damit zu rechnen, dass in Deutschland maßgeblich Bundes- sowie Landespolizei die Überprüfungsverfahren durchführen werden. Besonders problematisch ist dabei die Vulnerabilitätsprüfung durch eine Institution, die in erster Linie für Gefahrenabwehr und Strafverfolgung zuständig ist. Hier entstehen erhebliche Risiken, dass besondere Schutzbedarfe während der vorläufigen Vulnerabilitätsprüfung nicht erkannt, nicht dokumentiert und entsprechend nicht berücksichtigt werden.[1] Zudem ist die deutsche Bundesregierung in der nationalen Umsetzung zu Lasten der Betroffenen weit über das hinausgegangen, was europarechtlich vorgesehen ist. So wurde beschlossen, dass die Länder besondere Aufnahmeeinrichtungen zur Durchführung von „Verfahren der Sekundärmigration“ einrichten sollen. In diesen sollen Asylsuchende untergebracht werden, für deren Verfahren ein anderer Mitgliedstaat zuständig ist oder denen ein anderer Mitgliedstaat einen Aufenthaltstitel oder ein Visum ausgestellt oder bereits einen Schutzstatus gewährt hat. Die Verpflichtung, in diesen Einrichtungen zu wohnen, ist verbunden mit erheblichen Einschränkungen der Bewegungsfreiheit der betroffenen Personen – bis hin zu einem Verlassensverbot. Selbst besonders schutzbedürftige Gruppen wie Kinder und Familien, Folteropfer, psychisch Kranke oder behinderte Menschen können von diesen haftähnlichen Unterbringungsbedingungen betroffen sein. Ausnahmeregelungen geltend zu machen, wird durch die Isolation der betroffenen Personen erschwert. Parallel dazu hat sich die politische Debatte zunehmend verschoben. Sie ist stärker von Fragen der Begrenzung und Steuerung sowie Begriffen wie Abschottung und Abschiebung geprägt, während die Lebensrealitäten geflüchteter Menschen – insbesondere in strukturschwachen Regionen – und menschenrechtliche Aspekte zunehmend in den Hintergrund treten.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen erschweren bereits seit 2024 den Zugang zur Gesundheitsversorgung zunehmend – besonders in

1 Melior, Träbert: Asylmagazin 10 – 11 / 2025.

ländlichen Regionen mit ohnehin begrenzten Behandlungsangeboten. Die Verlängerung der Wartezeit nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) von 18 auf 36 Monate – also drei Jahre lang nur Gesundheitsversorgung im Akutfall – schränkt den Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung erheblich ein. Für Menschen mit traumabedingten psychischen Erkrankungen kann dies gravierende Folgen haben, da eine frühzeitige Behandlung entscheidend ist, um Chronifizierung und langfristiges Leiden zu verhindern.

Damit wird eine fachgerechte Versorgung in den ersten drei Jahren des Aufenthalts deutlich erschwert. Dies steht im Widerspruch zum Menschenrecht auf Gesundheit, das einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle vorsieht und in zahlreichen internationalen Abkommen verankert ist – darunter der von Deutschland ratifizierte UN-Sozialpakt. Die Bundesregierung wurde wiederholt von den Vereinten Nationen dafür kritisiert, dass Asylsuchenden der Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht ausreichend gewährleistet wird.[2] Vor diesem Hintergrund kommt den Psychosozialen Zentren eine zentrale Rolle zu: Sie ermöglichen oft überhaupt erst den Zugang zu Versorgung, indem sie niedrigschwellige Angebote unabhängig von Krankenschein oder Kostenübernahme bereitstellen.

Besonders deutlich treten die strukturellen Defizite im ländlichen Raum zutage. Dort treffen ohnehin ausgedünnte Versorgungsstrukturen auf zusätzliche Bedarfe – etwa Sprachmittlung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und traumasensible Behandlung. Unser Bericht schaut dazu in drei Bundesländer und beschreibt die Situation aus der Praxis der PSZ. Eine zentrale Rolle spielt die Vernetzung lokaler Akteur*innen, um vorhandene Ressourcen besser nutzen zu können. Die Praxisbeispiele in diesem Bericht zeigen, mit welchem Engagement und welchen innovativen Ansätzen die Zentren dennoch versuchen, Versorgung sicherzustellen. Sie machen aber auch deutlich, dass strukturelle Verbesserungen dringend notwendig sind.

2 Zuletzt forderte das UN-Komitee zur Konvention gegen Rassismus (ICERD) Deutschland am 8.12.2023 dazu auf, die Ungleichbehandlung im Zugang zu Sozial- und Gesundheitsleistungen zu beenden.

Der Bericht führt vor Augen: Versorgungslücken sind keine abstrakten Probleme – sie haben konkrete Folgen für Menschen, besonders dort, wo Hilfe schon schwer erreichbar ist. Wer unter schweren psychischen Belastungen leidet und gleichzeitig keinen Zugang zu Behandlung erhält, hat nur eingeschränkte Möglichkeiten, Stabilität zu gewinnen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben oder ihre*seine Rechte wahrzunehmen.

Mit der Weiterentwicklung unseres Verbandes zum Bundesverband Psychosozialer Zentren unterstreichen wir unseren Anspruch, diese Perspektiven stärker in die politische und gesellschaftliche Debatte einzubringen. Unser Ziel ist es, die Lebensrealitäten geflüchteter Menschen sichtbar zu machen und die Interessen von Menschen, die Folter, Krieg und Flucht erlebt haben, zu stärken.

Die Psychosozialen Zentren, so zeigt dieser Bericht eindrucksvoll, leisten insgesamt einen immer größeren Beitrag in der psychosozialen Gesundheitsversorgung Geflüchteter: 2024 stieg die Anzahl der Geflüchteten, die in einem der 51 PSZ unterstützt wurden, auf 32.763 Personen. Doch trotz der stetigen Zunahme an Klient*innen hängen Angebote vielerorts noch immer von Projektfinanzierungen ab, und anstelle einer gesicherten Finanzierung gehen die Gelder teils dramatisch zurück. Dies steht einerseits vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Debatten, jedoch auch vor einer allgemeinen wirtschaftlichen Krise, in der öffentliche Fördermittel gekürzt werden. Für besonders schutzbedürftige Menschen bedeutet das lange Wartezeiten oder gar keinen Zugang zu notwendiger Unterstützung und Behandlung.

Mit Blick in die Zukunft ist absehbar: Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung wird hoch bleiben – und er wird sich insbesondere in Regionen mit schwacher Versorgungsinfrastruktur weiter zuspitzen. Es wird nicht weniger, sondern mehr Geflüchtete geben, die Schutz suchen, und es

wird auch mehr Geflüchtete geben, die durch das Erlebte traumatisiert sind. Globale Krisen und Kriege wie in der Ukraine, in Gaza, dem Sudan oder Iran führen dazu, dass Menschen Schutz suchen – und viele von ihnen kommen mit schweren Belastungen nach Deutschland. Anstatt immer menschenfeindlichere Abschottungs- und Abschiebemechanismen zu entwerfen, sollten wir unsere Kraft darauf verwenden zu überlegen, wie den Menschen, die vor Krieg, Hunger, Menschenrechtsverletzungen, Folter und anderen Formen der Gewalt fliehen, angemessener Schutz und eine angemessene gesundheitliche Versorgung gemäß dem Menschenrecht auf Gesundheit gewährleistet werden können. Auch Fachorganisationen des Gesundheitswesens weisen auf die Folgen fehlender Behandlung hin. So betonen etwa die Landesärztekammer und die Landespsychotherapeutenkammer in Baden-Württemberg, dass eine rechtzeitige Behandlung traumatisierter Geflüchteter das Risiko für Suizide und auch für aggressive Handlungen senken kann.[3] Zudem führt die derzeitige Nichtversorgung nachweislich zu höheren Folgekosten für Verwaltung und Gesundheitssystem.

Umso dringlicher ist es, den Fokus stärker auf die Frage zu richten, wie eine bedarfsgerechte Versorgung für alle Menschen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus – gewährleistet werden kann. Dazu gehört insbesondere, den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Anfang an zu sichern, Sprachmittlung verbindlich zu finanzieren und Psychosoziale Zentren als festen Bestandteil der Regelversorgung strukturell zu stärken.

Denn das Recht auf Gesundheit darf nicht vom Aufenthaltsstatus oder Wohnort abhängen. Ohne eine verlässliche Versorgung bleiben weiterhin viele Überlebende von Folter, Krieg und Flucht ohne die Unterstützung, die sie dringend benötigen.

3 Landesärztekammer Baden-Württemberg, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Hrsg.): Traumatisierte Geflüchtete, 4. Versorgungsbericht, Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Geflüchteten in Baden-Württemberg, Baden-Württemberg 2025.

Ulrike Schneck
Vorsitzende des Bundesverbands Psychosozialer Zentren. Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht e. V.

Lukas Welz
Geschäftsleitung des Bundesverbands Psychosozialer Zentren. Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht e. V.

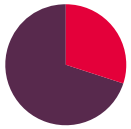
Foto LW: © Ana Maria Sales Prado

III

DAS WICHTIGSTE AUF EINEN BLICK

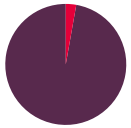
Das Wichtigste auf einen Blick

Wie viele geflüchtete Menschen sind traumatisiert und warum? Wie viele können versorgt werden?



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

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



2024 konnten die Psychosozialen Zentren (PSZ) und ihre Kooperationspartner*innen **nur 3,6 Prozent** des **Behandlungsbedarfs abdecken**.

Warum bekommen viele geflüchtete Menschen trotz Bedarf keine Therapie?

GESETZLICHE EINSCHRÄNKUNG: In den ersten drei Jahren nach Ankunft werden Geflüchtete meist nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen versorgt. Psychische Krankheiten bleiben meistens unberücksichtigt.

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

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

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

FEHLENDE ORIENTIERUNG IM GESUNDHEITSSYSTEM: Dieses ist komplex und für viele schwer zu durchdringen. Es fehlen Strukturen, die Orientierung ermöglichen und den Zugang zur Versorgung praktisch unterstützen

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

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

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

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

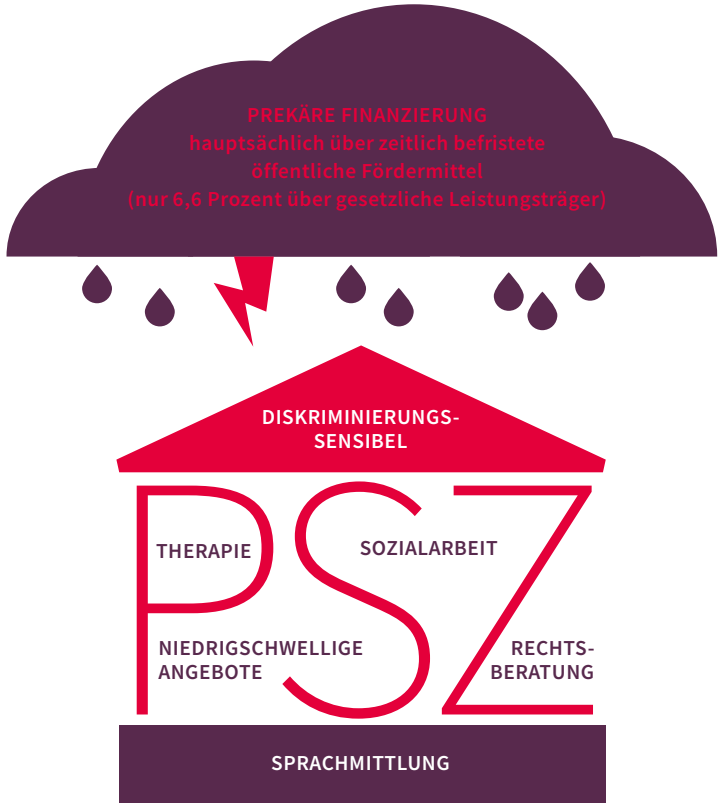
Eine langfristige, verlässliche und ausreichende Finanzierung der Psychosozialen Zentren (PSZ) durch Bund und Länder, damit Überlebende von Flucht und Gewalt flächendeckend und zeitnah Unterstützung finden.

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

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

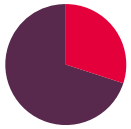
Was ist ein Psychosoziales Zentrum (PSZ)?

Die PSZ stellen diverse psychologische, therapeutische, sozialarbeiterische und rechtliche (Beratungs-)Angebote für Menschen mit Flucht- und Foltererfahrungen bereit. Derzeit organisieren sich 50 PSZ unter dem Dach des Bundesverbands Psychosozialer Zentren.



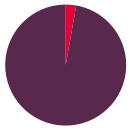
Key Facts

How many refugees are traumatized and why?
How many can be treated?



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

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



The Psychosocial Centers and their cooperation partners could **cover 3.6 percent** of the **need for treatment** in 2024.

Why cannot refugees receive therapy despite their needs?

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

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

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

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

LACK OF ORIENTATION IN THE HEALTHCARE SYSTEM: The German healthcare system is complex and difficult to comprehend. There is a lack of structures that enable orientation and offer practical support accessing care.

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

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

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

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

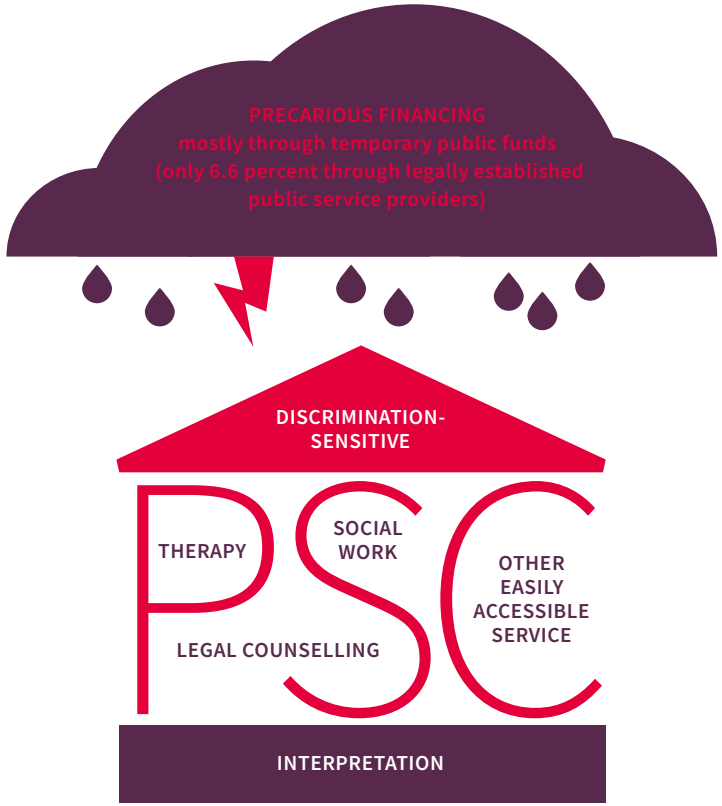
A longterm reliable and sufficient financing of the Psychosocial Centers at the federal and regional level, so that survivors of forced migration and violence can receive prompt support nationwide.

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

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

What is a Psychosocial Center?

The Psychosocial Centers offer psychological, therapeutic, social and legal support for refugees and torture survivors. Currently there are 50 Psychosocial Centers organized under the umbrella of the German Association of Psychosocial Centers for Survivors of Torture, War, and Forced Displacement.



1

EINLEITUNG

1 — Einleitung

60 Jahre UN-Sozialpakt – Ist das Recht auf Gesundheit noch immer eine Frage von Herkunft und Wohnort?

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Deutschlands steht unter enormem Druck. Für viele Bewohner*innen ist ein Besuch bei einer Arztpraxis oder Klinik – insbesondere für spezialisierte Behandlungen – oft nur mit kaum zumutbaren Wartezeiten und Anfahrtswegen möglich. Durch den demografischen Wandel droht sich diese Situation weiter zu verschärfen. Auch der Zugang zu hausärztlicher Versorgung, die in der Regel die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem darstellt, wird zunehmend schwieriger.

Geflüchtete Menschen, die auf ländliche Regionen verteilt werden, sind doppelt betroffen. Neben den strukturellen Defiziten im ländlichen Raum sehen sie sich zusätzlichen Hürden gegenüber. Dazu zählen Einschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, siehe Glossar) sowie ein Gesundheitssystem, das häufig nicht auf komplexe Bedarfe ausgerichtet ist.

Unterschiede in der Versorgung – je nach Herkunft und Wohnort – erschweren nicht nur die soziale Teilhabe, sondern stellen auch die Verlässlichkeit und Glaubwürdigkeit des Sozialstaats infrage. Das Recht auf Gesundheit ist nämlich nicht nur ein politisches Ziel, sondern eine zentrale Säule des Sozialstaats. Eine verlässliche Gesundheitsversorgung ist grundlegende Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben: Sie schützt die körperliche und psychische Unversehrtheit, ermöglicht gesellschaftliche Teilhabe und ist essenziell zur Wahrung der Menschenwürde. Ohne Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung bleiben viele andere Rechte unerreichbar. Der Sozialstaat steht daher in besonderer Verantwortung, allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

Dieses Recht ist auch in zahlreichen internationalen Abkommen verankert. Der vor 60 Jahren in Kraft getretene UN-Sozialpakt sowie die Auslegungen des zuständigen UN-Ausschusses betonen, dass Gesundheitsleistungen für alle Menschen verfügbar und zugänglich sein müssen – unabhängig von Herkunft oder Wohnort (Artikel 12, Allgemeine Bemerkung Nr. 14). Das Recht auf eine bedarfsgerechte Versorgung ist auch in weiteren internationalen Abkommen verankert:

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

Die Realität freilich sieht anders aus. Vor dem Hintergrund der unzureichenden Umsetzung dieser menschenrechtlichen Standards wur-

den seit den Achtzigerjahren bundesweit Psychosoziale Zentren (PSZ) gegründet. Sie richten sich insbesondere an geflüchtete Überlebende von Krieg, Verfolgung und Folter und bieten ein spezialisiertes, multiprofessionelles Versorgungsangebot. Damit bilden sie einen zentralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe. Gleichzeitig ist ihre Finanzierung häufig prekär: Sie erfolgt überwiegend über zeitlich befristete öffentliche Fördermittel, sodass die Zentren nur einen Bruchteil des tatsächlichen Bedarfs abdecken können.

Derzeit sind bundesweit 50 PSZ (Stand: Juni 2026) im Bundesverband Psychosozialer Zentren organisiert. Der Verband vertritt die Interessen der Zentren gegenüber Politik und Öffentlichkeit und versteht sich als Kompetenzzentrum im Themenfeld Flucht, Gewalt, Menschenrechte und Gesundheit. In jährlichen Berichten veröffentlicht er Daten zur psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland. Damit trägt er dazu bei, Informationslücken zu schließen und über die Situation einer Bevölkerungsgruppe aufzuklären, deren Bedürfnisse selten ins mediale Blickfeld geraten.

Der diesjährige Bericht vermittelt neben Daten zur allgemeinen Versorgungssituation Einblicke in die praktische Arbeit von Zentren im ländlichen Raum. Er zeigt, wie Mitarbeitende der PSZ mit fachlicher Expertise, großem Engagement und gezielter Vernetzungsarbeit auf die Herausforderungen vor Ort reagieren. Zugleich wird deutlich, dass strukturelle Veränderungen notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung langfristig sicherzustellen. Dazu gehören unter anderem ein erleichterter Zugang zur Regelversorgung, der Ausbau niedrigschwelliger Angebote, die Weiterentwicklung von Aus- und Fortbildungen im Gesundheitsbereich – etwa im Umgang mit komplexen Bedarfen, Sprachmittlung und Diskriminierung – sowie insgesamt mehr personellen und finanziellen Kapazitäten für Behandlung und Vernetzung.

Der Bericht ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 erläutert Ursachen und Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen sowie deren Zugang zur Versorgung und stellt den Ansatz der PSZ vor.

Kapitel 3 gibt Einblicke in die Praxisarbeit von Zentren in ländlichen Regionen in Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen auf der Grundlage von Interviews mit Mitarbeitenden. Kapitel 4 präsentiert aktuelle Daten zur Versorgung in den PSZ für das Jahr 2024. Kapitel 5 fasst die Ergebnisse zusammen und leitet daraus Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation ab.

ANMERKUNG ZUM TITEL DER PUBLIKATION „FLUCHT & GEWALT“

Von welchen Gewalterfahrungen sprechen wir im vorliegenden Kontext?

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

2

VERSORGUNGSLAGE GEFLÜCHTETER MENSCHEN & HINTERGRUND DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN

2 — Versorgungslage geflüchteter Menschen & Hintergrund der Psychosozialen Zentren

2.1 Ursachen & Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei geflüchteten Menschen

Bei geflüchteten Menschen besteht aufgrund verschiedener Ereignisse und Lebensbedingungen, die sie vor, während und nach der Flucht erlebt haben, ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen. Nach dem Konzept der sequentiellen Traumatisierung (siehe Glossar) von Hans Keilson sind insbesondere die Erfahrungen nach den potenziell traumatisierenden Ereignissen für die Schwere und den Verlauf von anhaltenden Erkrankungen entscheidend. Bekommen Personen in der Zeit nach Erlebnissen wie Folter und Verfolgung ausreichend Unterstützung und Rehabilitationsmöglichkeiten, können sie mit diesen Erlebnissen eher umgehen bzw. häufig eine neue Lebensperspektive entwickeln. Fehlt Unterstützung, steigt das Risiko, eine schwere Traumafolgestörung zu entwickeln. Verschiedene aktuelle Studien zeigen deutlich die Auswirkungen der Lebensbedingungen nach der Flucht auf die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen. Relevant sind danach beispielsweise Diskriminierungserfahrungen, die Qualität der Unterbringung, soziale Unterstützung und der Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. Nowak et al., 2023; Böttche et al., 2016; Nutsch & Bozorgmehr, 2020).

Im Herkunftsland führen schwere Menschenrechtsverletzungen durch Krieg, Verfolgung und Folter dazu, dass Menschen ihre Heimat verlassen müssen. Aufgrund von unsicheren Fluchtwegen erleben viele Schutzsuchende auch danach weitere Gewalt. Hierzu gehören Übergriffe, Zwangsrekrutierung, sexualisierte Gewalt, Zwangsarbeit, Menschenhandel und Verschleppung (vgl. Krause, 2018). Für Frauen und Mädchen, LSBTIQ*-Personen sowie junge Geflüchtete sind Fluchtwege besonders gefährlich. Bei einer Befragung von Frauen auf der Fluchtroute über Libyen nach Europa berichtete mehr als die Hälfte, mindestens einmal sexualisierte Gewalt oder sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (vgl. UNICEF, 2017). Eine Studie unter jungen volljährigen Geflüchteten in Calais zeigt z. B., dass zwei Drittel mindestens einmal auf der Flucht Gewalt erfahren haben, unter anderem in Form von tätlichem Angriff, Körperverletzung, Tränengas und Inhaftierung (vgl. Bouhenia et al., 2017). Die zunehmend gewalttätigen Grenzkontrollpraktiken an den EU-Außengrenzen erhöhen den Anteil von Schutzsuchenden, die auf dem Fluchtweg Gewalt erfahren (vgl. Karato et al., 2025).

Nach der Ankunft in Deutschland drohen folgende weitere Belastungsfaktoren, die das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen:

- unsicherer Aufenthalt
- drohende Abschiebung
- inadäquate Unterbringung, häufig in Massenunterkünften (vgl. Basekow et al., 2026; Mohsenpour et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Baron et al., 2020)
- soziale Isolation
- Trennung/Verlust von Familie und Freund*innen, Probleme beim Familiennachzug
- Bildungsabbrüche
- mangelnder Zugang zum Arbeitsmarkt

- finanzielle Unsicherheit
- Diskriminierungserfahrungen
- Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung.

In den letzten Jahren wurden einige dieser Faktoren durch gesetzliche Veränderungen verstärkt. Das im Februar 2024 in Kraft getretene sogenannte Rückführungsverbesserungsgesetz etwa weitet die Möglichkeiten, Wohnräume geflüchteter Menschen zu durchsuchen, aus, was deren Angst und Belastung durch eine drohende Abschiebung erhöht. Nach § 58 Absatz 5 Aufenthaltsgesetz kann es auch bei Personen, die rechtlich vor einer Abschiebung geschützt sind, Durchsuchungen geben, wenn aus ihrer Unterkunft Abschiebungen anderer Personen geplant sind.[4]

Des Weiteren wurde mit der Gesetzesverschärfung der Zeitraum, in dem sich die medizinische Versorgung von Asylbewerber*innen in der Regel auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände begrenzt, von 18 auf 36 Monate verdoppelt. Durch die bundesweite Einführung der Bezahlkarte für Geflüchtete steigt zudem die finanzielle Unsicherheit vieler, weil sie essenzielle Kosten wie Lebensmitteleinkäufe und Gesundheitsleistungen damit häufig nicht decken können, wie erste Erfahrungen in Bayern, Hamburg sowie einzelnen Kommunen anderer Bundesländer zeigen (vgl. PRO ASYL, 2024).

Nach der umstrittenen Gesetzesänderung im „Sicherheitspaket“ vom 30.10.2024 erhalten Asylsuchende im Dublin-Verfahren (siehe Glossar) zudem nur noch zwei Wochen lang sogenannte Überbrückungsleistungen nach § 1 Abs. 4 AsylbLG. Diese decken nur das physische Existenzminimum („Bett, Brot, Seife“) und beschränken die Gesundheitsversorgung auf das Nötigste. Da Überstellungen in andere EU-Staaten aber oft nicht möglich sind oder sich verzögern, fallen Betroffene nach zwei Wochen häufig aus der Versorgung heraus, obwohl sie sich weiterhin in Deutschland aufhalten. Zwar haben mehrere Gerichte und der Sozialausschuss der UN diese Praxis inzwischen für rechtswidrig erklärt, in der Realität erhalten Betroffene die ihnen zustehenden Leistungen mitunter trotzdem nicht.

4 Dafür wird aber in der Regel ein Durchsuchungsbeschluss benötigt, weil der Schutz von Art. 13 Abs. 1 Grundgesetz greift (vgl. Gesellschaft für Freiheitsrechte & PRO ASYL, 2026).

Nicht zuletzt sieht die Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS), die ab Juni 2026 in Kraft tritt, vor, dass Schutzsuchende an den EU-Außengrenzen unter Haftbedingungen untergebracht werden – mit kaum Zugang zu rechtlicher, sozialer oder gesundheitlicher Unterstützung (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer [BAfF], 2025b). Auch innerhalb von Deutschland gibt es bereits in Eisenhüttenstadt und Hamburg Einrichtungen mit erheblichen Freiheitseinschränkungen für Schutzsuchende, bei denen eine Dublin-Überstellung in ein anderes EU-Land vorgesehen ist. Die Anzahl solcher Einrichtungen soll nach aktueller Gesetzeslage ausgeweitet werden (vgl. PRO ASYL, 2025).

All diese Verschärfungen reduzieren die Rehabilitationsmöglichkeiten geflüchteter Menschen deutlich – mit erheblichen Folgen für ihre psychische Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe.

2.2 Barrieren zur Versorgung

Für geflüchtete Menschen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung auf struktureller Ebene durch ihre Sonderbehandlung im Rahmen des AsylbLG stark eingeschränkt. In den ersten 36 Monaten werden Asylsuchende in der Regel nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen versorgt (§§ 4, 6 AsylbLG). Die Behandlung muss in vielen Bundesländern zuvor über das zuständige Sozialamt, in der Regel durch nicht medizinisch geschulte Behördenmitarbeitende, bewilligt werden (vgl. Bergmeyer, 2020). Bisher wurde diese Regelung so umgesetzt, dass Psychotherapien meistens ausgenommen waren, da psychotherapiebedürftige psychische Störungen nicht als akute Erkrankung eingestuft wurden. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) im Jahr 2024 soll jedoch unter dem Begriff der „akuten Erkrankung” auch ein sol-

cher Gesundheitszustand erfasst werden, „der bei bereits bestehenden (gegebenenfalls chronischen) Erkrankungen eine Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar werden lässt, um eine unumkehrbare oder akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ein kritisches Stadium zu verhindern“ (BSG, Urteil vom 29.02.2024 - B 8 AY 3/23 R). Das Urteil bezieht sich auf den Fall einer geflüchteten Person, die aufgrund des Verdachts auf eine schwere depressive Episode sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung fünf Wochen in eine psychiatrische Klinik aufgenommen worden war. Die Auswirkungen des Urteils auf die Bewilligungsverfahren für Psychotherapien über das AsylbLG sind abzuwarten.

Haben geflüchtete Menschen Anspruch auf Leistungen (entsprechend) der gesetzlichen Krankenversicherung,[5] treffen sie häufig auf ein Gesundheitssystem, das nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist, insbesondere aufgrund folgender Barrieren (vgl. Mohammed & Karato, 2022):

- **Fehlende Sprachmittlung:** Es gibt keine flächendeckenden Angebote und Möglichkeiten, qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zu organisieren und zu finanzieren (vgl. Führer & Brzoska, 2020).
- **Diskriminierung im Gesundheitswesen:** Menschen mit (vermeintlich) nicht-deutscher Herkunft oder nicht-*weiße* Menschen werden nicht nur auf struktureller Ebene diskriminiert. Sie erleben auch häufig Diskriminierung auf institutioneller und individueller Ebene. Beispielsweise nehmen Gesundheitsfachkräfte Beschwerden nicht-*weißer* Menschen oft nicht ernst, was dazu führt, dass die Patient*innen Behandlungen erst verzögert in Anspruch nehmen oder gar ganz vermeiden (vgl. Aikins et al., 2021; Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung [DeZIM], 2023). Schon bei der Terminvergabe kann die (vermutete) Herkunft einer

5 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.

Person zu Benachteiligung führen, wie ein Feldexperiment im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) mit 6.800 zufällig ausgewählten Praxen niedergelassener Ärzt*innen (Allgemeinmedizin, Dermatologie, Pädiatrie und Radiologie) und Psychotherapeut*innen zeigt. Dabei war die Wahrscheinlichkeit, mit einem Namen, der in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, eine positive Antwort auf eine Terminanfrage zu bekommen, deutlich niedriger als mit einem in Deutschland verbreiteten Namen.[6] Am stärksten traf das auf Terminanfragen bei Psychotherapeut*innen zu (vgl. DeZIM, 2023).
- **Mängel in der Ausbildung:** Mängel in der Ausbildung: In Ausbildungen im Gesundheitsbereich werden kaum Aspekte der diskriminierungs- und kultursensiblen Arbeit sowie des therapeutischen Umgangs mit Folgen von Folter und Gewalt 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:** Insbesondere in der ambulanten Versorgung arbeiten die beteiligten Berufsgruppen häufig isoliert voneinander. Es fehlt an einer systematischen Verzahnung beispielsweise zwischen ärztlicher, psychotherapeutischer und sozialarbeiterischer Unterstützung. Da die Lebensbedingungen geflüchteter Menschen – etwa die Wohn- und Unterbringungssituation – ihre psychische Gesundheit oftmals negativ beeinflussen, ist neben psychotherapeutischer Behandlung auch eine begleitende sozialarbeiterische Unterstützung erforderlich.

6 Die Unterschiede waren auch statistisch signifikant.

— **Allgemein eingeschränkte Kapazitäten:** Viele Praxen und Kliniken, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich, sind schon seit längerer Zeit überlastet. Die oben genannten Faktoren führen zu einem erhöhten Aufwand bei der Behandlung geflüchteter Menschen, sodass Ärzt*innen und Therapeut*innen weniger bereit sind, sie als Patient*innen aufzunehmen. Darüber hinaus fehlt es an Ressourcen, um adäquate Formate für geflüchtete Menschen umzusetzen (z. B. adaptiertes Vorgehen bei Therapien, damit diese mit Sprachmittlung kompatibel sind).

Diese Barrieren führen vielfach dazu, dass Erkrankungen entweder gar nicht oder zu spät behandelt werden – mit den entsprechenden Folgen sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Gesellschaft. Resümierend muss man feststellen: Mit diesem Gesundheitssystem kommt Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen[7] nicht angemessen nach.

Die Sonderbehandlung geflüchteter Menschen durch das AsylbLG begegnet zudem immer wieder verfassungsrechtlichen Bedenken. Bereits mit dem Urteil vom 18.07.2012 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass die in Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz garantierte Menschenwürde „migrationspolitisch nicht zu relativieren" sei (BVerfG, Urteil vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11). Im Jahr 2022 musste das Gericht den Gesetzgeber erneut daran erinnern und erklärte die gekürzten Bedarfe für alleinstehende erwachsene Asylbewerber in Sammelunterkünften für verfassungswidrig. Über den eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das AsylbLG hat das Bundesverfassungsgericht bisher kein Urteil getroffen. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer stellte jedoch fest, „dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [bezüglich des

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

Schutzes der Menschenrechte als bei den Sozialleistungen, *die Autorin*] angewandt werden müssen" (Zentrale Ethikkommission, 2013). Auch Beschlüsse der Landessozialgerichte Hessen sowie Niedersachsen-Bremen aus dem Jahr 2018 bekräftigen, dass für Bezieher*innen von Leistungen nach dem AsylbLG das Erforderliche – orientiert an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – bei der Gesundheitsversorgung gewährleistet sein muss (vgl. Schülle & Frankenstein, 2019; LSG Hessen, Beschl. vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER und LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. vom 01.02.2018 – L 8 AY 16/17 B ER).

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

Für viele geflüchtete Kinder und Jugendliche ist mit dem Inkrafttreten der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) ab Juni 2026 vorgesehen, ihnen den gleichen Zugang zu Versorgungsleistungen wie gesetzlich Versicherten zu gewähren. In der Versorgungspraxis wird ein tatsächlich gleicher Zugang jedoch nur dann zu realisieren sein, wenn mit der Reform zugleich die Chance genutzt wird, flankierende Maßnahmen zur Überwindung von Sprachbarrieren und der Absicherung multiprofessioneller Angebote umzusetzen.

2.3 Ansatz der PSZ

Aufgrund der strukturellen und institutionellen Diskriminierung geflüchteter Menschen in der Gesundheitsversorgung wurden seit den Achtzigerjahren Psychosoziale Zentren (PSZ) gegründet. Sie verfolgen einen ganzheitlichen, menschenrechtsorientierten Ansatz. Der Begriff „psychosozial" bezieht sich unter anderem auf Konzepte, die in unterschiedlichen Kontexten in Europa (vgl. Keilson, 1979), Südamerika (vgl. Martin-Baro, 1990; Becker, 1992), Südafrika (vgl. Hamber, 2009) und den

USA (vgl. Herman, 1992) entwickelt wurden. Er begreift Trauma nicht als individuelle Krankheit, sondern bezieht ein:

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

Der Bundesverband Psychosozialer Zentren und ihre Mitgliedszentren orientieren sich an den Grundsätzen der UN-Antifolterkonvention[8] und der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.[9] Sie setzen sich dafür ein, dass Menschen, die durch Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen Schaden erlitten haben, „medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen“ erhalten, die ihnen eine „so vollständige Rehabilitation wie möglich“ gewährleisten.[10]

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

- psychologische Diagnostik und Dokumentation
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation
- Krisenintervention
- Psychotherapie
- asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung

8 https://www.antifolterkonvention.de/
9 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10 https://docs.un.org/en/CAT/C/GC/3

- sozialarbeiterische Begleitung und Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)
- medizinische Diagnostik/Dokumentation, Beratung und Versorgung
- Unterstützung beim Spracherwerb
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge (z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen)
- Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und gesellschaftlicher Teilhabe
- niedrigschwellige Unterstützung (z. B. Freizeitaktivitäten, kreative Angebote)
- qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation/Begutachtung körperlicher und psychischer Misshandlungsfolgen nach den Standards des Istanbul-Protokolls[11] und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM).[12]

Alle Mitgliedszentren sind verpflichtet, nach den Standards gemeinsam entwickelter Leitlinien zu arbeiten, damit eine hohe Qualität der Versorgung gewährleistet werden kann.[13] Im psychotherapeutischen Bereich ist beispielsweise eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erforderlich.[14] 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.

11 https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf
12 https://www.sbpm.de/
13 https://www.baff-zentren.org/baff/leitlinien/
14 Für neue PSZ besteht die Möglichkeit, zunächst als assoziiertes Mitglied aufgenommen zu werden, bevor alle Standards vollständig erfüllt werden, da diese teilweise von vorhandenen Ressourcen abhängig sind (z. B. ausreichendes Fördervolumen, um qualifizierte Psychotherapeut*innen einzustellen).

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

3

LÄNDLICHER RAUM

3 — Ländlicher Raum

- **Die gesundheitliche Versorgung geflüchteter Menschen im ländlichen Raum ist prekärer als in den Städten. Strukturelle Veränderungen sind nötig, um sie zu verbessern und langfristig zu sichern.**
- **Digitale Beratungsangebote können persönliche nicht in Gänze ersetzen.**
- **Zentral für die Verbesserung der gesundheitlichen Vesorgung geflüchteter Menschen im ländlichen Raum sind konstante Finanzierung und Ausbau bestehender Strukturen, Vernetzung der Versorgungsakteur*innen, Weiterbildung und stärkere Einbeziehung des Fachpersonals sowie ein Wandel in der gesellschaftlichen Wahrnehmung geflüchteter Menschen.**

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in ländlichen Regionen im Vergleich zu städtischen Gebieten häufig eingeschränkt. Gründe dafür sind vor allem eine geringere Dichte an Ärzt*innen und Therapeut*innen sowie weniger gut ausgebaute öffentliche Verkehrsverbindungen. Insbesondere der Zugang zu spezialisierter Versorgung, etwa durch Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, ist dadurch erschwert.

Zusätzliche Bedarfe, wie sie bei geflüchteten Menschen bestehen – etwa Sprachmittlung oder eine multiprofessionelle Versorgung –, können unter diesen Bedingungen oft nur unzureichend gedeckt werden. Auch digitale Versorgungsangebote stoßen hier an Grenzen: Für die Behandlung, insbesondere bei schweren Traumata, ist der Aufbau eines stabilen Vertrauensverhältnisses zentral, was über digitale Formate häufig nur eingeschränkt möglich ist.

Obwohl sich die meisten Psychosozialen Zentren (PSZ) aufgrund vorhandener Strukturen in städtischen Räumen befinden, versorgen sie auch Menschen aus umliegenden ländlichen Regionen. Einige Einrichtungen haben zusätzliche Standorte im ländlichen Raum geschaffen, um die Zugänglichkeit ihrer Angebote zu verbessern. Etwa in den ländlich geprägten Bundesländern Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen wurden verschiedene Ansätze entwickelt, um die Versorgungssituation zu verbessern. Diese werden in den folgenden Abschnitten näher dargestellt.

Die Einblicke in die Praxis zeigen jedoch auch, dass strukturelle Veränderungen notwendig sind, um die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum nachhaltig zu stärken. Versorgungsakteur*innen benötigen verlässliche Rahmenbedingungen, um geflüchtete Menschen angemessen versorgen zu können.

Im Rahmen des Verbundprojekts „Zukunft für Geflüchtete in ländlichen Regionen Deutschlands“[15] – durchgeführt von der Technischen Universität Chemnitz, der Universität Hildesheim, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sowie dem Thünen-Institut – wurde untersucht, wie Integration im ländlichen Raum gelingen kann. Daraus wurden auch Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen auf struktureller Ebene abgeleitet:

- Eine einheitliche und transparente Anwendung der §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes durch die zuständigen Behörden mit dem Ziel, geflüchteten Menschen eine Versorgung möglichst auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. Dazu gehört auch die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK).
- Der Ausbau interkultureller Schulungen sowie der Aufbau von Sprachmittlungspools – Gruppen etablierter und qualifizierter Dolmetscher*innen – für Hausärzt*innen, um den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

15 https://www.gefluechtete-in-laendlichen-raeumen.de

— Die stärkere Verankerung von Informationen zum Gesundheitssystem in allen Beratungsangeboten für geflüchtete Menschen, beispielsweise auch im Rahmen von Sprechstunden in Sammelunterkünften (Schammann et al., 2021).

Darüber hinaus wird empfohlen, bei der Verteilung von Asylbewerber*innen die jeweils vorhandenen Ressourcen der Kommunen stärker zu berücksichtigen. Ein entsprechender Vorschlag für einen verbesserten Verteilmechanismus wurde im Projekt „Match'In 1.0"[16] von der Universität Hildesheim und der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entwickelt.

Ergänzend betonen Mitarbeitende von Psychosozialen Zentren in Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Thüringen die Bedeutung einer stärkeren Vernetzung der Versorgungsakteur*innen, um Angebote besser aufeinander abzustimmen. Ebenso werden eine langfristige Finanzierung bestehender Strukturen sowie der Ausbau von Behandlungskapazitäten als zentrale Voraussetzungen genannt. Dazu zählt auch eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, damit die gesundheitlichen Bedarfe geflüchteter Menschen künftig umfassender berücksichtigt werden.

3.1 Zwischen Isolation und Unterversorgung: Einblicke in die Arbeit der PSZ in Brandenburg und Rheinland-Pfalz

In Brandenburg und Rheinland-Pfalz wurden in den vergangenen Jahren die Angebote der PSZ ausgebaut, um geflüchtete Menschen auch in ländlichen Regionen besser zu erreichen. Die folgenden Einblicke aus der Praxis zeigen jedoch, dass dies auf erhebliche strukturelle Herausforderungen trifft.

16 https://matchin-projekt.de/de/das-projekt/matchin-1-0/

Mitarbeitende berichten insbesondere vom Mangel an geeigneten Therapieplätzen, eingeschränkten Versorgungsstrukturen für komplexe Bedarfe sowie infrastrukturellen Hürden. Deutlich wird zudem: Digitale Angebote können Versorgungslücken nur begrenzt kompensieren. Eine zentrale Rolle spielt die Vernetzung lokaler Akteur*innen, um vorhandene Ressourcen überhaupt nutzbar zu machen.

INTERVIEWPARTNER*INNEN:
Hanna Greve ist seit 2013 als Psychologische Psychotherapeutin für Kinder und Erwachsene beim PSZ Brandenburg tätig.
Johanna Kinzel Žukova ist seit 2023 für die psychologische Koordination beim PSZ Brandenburg verantwortlich.
Dietrich Koch ist Psychologischer Psychotherapeut und gründete 2023 den Standort des PSZ XENION im brandenburgischen Fürstenwalde; zuvor leitete er das PSZ XENION in Berlin.
Anna Schmidt[17] ist als Psychologin in einem PSZ in Rheinland-Pfalz tätig.

Wie ist die Versorgungslage für geflüchtete Menschen in euren Einzugsgebieten?

Dietrich Koch: In Fürstenwalde und den umliegenden Landkreisen gibt es faktisch keine psychotherapeutischen Angebote speziell für geflüchtete Menschen in der Regelversorgung. Aber auch für die Allgemeinbevölkerung ist die Versorgungslage angespannt. Ein strukturelles Problem liegt in der Bedarfsplanung: Es wird davon ausgegangen, dass Berlin mit versorgt – obwohl die Erreichbarkeit für viele Menschen nicht gegeben ist.

Hinzu kommt die angespannte Wohnsituation. Viele geflüchtete Menschen verbleiben lange in Gemeinschaftsunterkünften, selbst mit

17 Ihr Name wurde auf eigenen Wunsch geändert. Der Klarname ist der Redaktion bekannt.

Aufenthaltstitel. Das erschwert das Ankommen erheblich und ist häufig Thema in der therapeutischen Arbeit.

Hanna Greve: Die Region Brandenburg ist sehr unterschiedlich erschlossen: Während einige Orte gut an Berlin angebunden sind, fehlt es in vielen ländlichen Gebieten an Infrastruktur – einschließlich psychotherapeutischer Praxen, die geflüchtete Menschen aufnehmen.

Anna Schmidt: In meinem Landkreis in Rheinland-Pfalz sind bestehende Angebote oft schwer zugänglich. Viele Einrichtungen arbeiten am Limit, mit Aufnahmestopps oder langen Wartelisten. Sprachbarrieren und fehlende Erfahrung im Umgang mit geflüchteten Menschen bilden weitere Zugangshürden. Insbesondere bei niedergelassenen Psychiater*innen ist es nahezu unmöglich, Termine zu bekommen.

Auch die Erreichbarkeit ist ein Problem: Lange Fahrzeiten und mehrfaches Umsteigen mit öffentlichen Verkehrsmitteln stellen für psychisch stark belastete Menschen, womöglich mit mangelnden Deutschkenntnissen, eine erhebliche Hürde dar.

Welche strukturellen Veränderungen braucht es, damit geflüchtete Menschen besser versorgt werden?

Dietrich Koch: Viele geflüchtete Menschen haben komplexe Bedarfe, die im bestehenden System nicht adäquat abgebildet werden. Es braucht multiprofessionelle Ansätze und niedrigschwellige Zugänge, die auch die Lebensrealität der Betroffenen berücksichtigen.

Die 2022 eingeführte Richtlinie zur Komplexversorgung[18] bietet grundsätzlich Potenzial zur besseren Vernetzung verschiedener Akteur*innen.

18 Die Richtlinie ermöglicht die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen bei komplexen Bedarfen im Rahmen der gesundheitlichen Regelversorgung. Mehr Informationen finden sich unter: https://www.g-ba.de/themen/psychotherapie/komplexversorgung-koordinierte-versorgung-schwer-psychisch-erkrankter/

In der Praxis scheitert ihre Umsetzung jedoch häufig an bürokratischen Vorgaben. In Brandenburg etwa dürfen Netzwerkpartner maximal 30 Kilometer im Umkreis um die nächste psychiatrische Klinik verortet sein – eine kaum realistische Vorgabe für so ein Flächenland.

Anna Schmidt: Häufig gibt es auch Unsicherheiten im Umgang mit geflüchteten Menschen. Das führt dazu, dass Zuständigkeiten weitergereicht werden. Notwendig sind deswegen mehr (interkulturelle) Fortbildungen, insbesondere zur Arbeit mit Sprachmittlung, sowie gezielte Maßnahmen zur besseren Vernetzung.

Johanna Kinzel Žukova: Ja, zusätzlich braucht es Zugang zu qualifizierter Sprachmittlung, damit Behandler*innen und Patient*innen gut miteinander kommunizieren können.

Welche Erfahrungen habt ihr mit digitalen Ansätzen gemacht?

Johanna Kinzel Žukova: Das Landesprogramm „Telefon- und Videodolmetschen“[19] in Brandenburg stellt mit seinem kostenlosen Angebot von Dolmetschleistungen in über 50 Sprachen eine wichtige Verbesserung dar. Gleichzeitig braucht es mehr Maßnahmen, um Behandler*innen mit diesem Angebot bekanntzumachen – wie zum Beispiel Kennenlern-Workshops.

Dietrich Koch: Digitale Angebote scheitern oft schon an grundlegenden Voraussetzungen wie stabilen Internetverbindungen in Gemeinschaftsunterkünften. Auch die Auswahl datenschutzkonformer und zugleich nutzerfreundlicher Tools ist begrenzt.

Vor allem aber ist der Aufbau von Vertrauen über digitale Formate erschwert. Viele Klient*innen haben massive Vertrauensverluste erlebt.

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

Häufig sind persönliche Erstkontakte notwendig, bevor digitale Settings funktionieren.

Auch bei der Sprachmittlung ist Kontinuität entscheidend: Wechselnde Dolmetscher*innen erschweren den therapeutischen Prozess erheblich. Ein positiver Aspekt des Landesprogramms in Brandenburg ist, dass man darüber immer dieselbe Person für die Dolmetschleistung buchen kann.

Wie finden eure Klient*innen den Zugang zu euren Angeboten?

Anna Schmidt: Ein Großteil der Vermittlung erfolgt über bestehende Beratungsstrukturen wie Migrationsdienste oder kommunale Anlaufstellen. Netzwerkarbeit ist hier zentral, um Bedarfe frühzeitig zu erkennen und weiterzuleiten.

Hanna Greve: Neben institutionellen Verweisstrukturen spielt auch Mund-zu-Mund-Propaganda innerhalb der Communities eine wichtige Rolle.

Dietrich Koch: Der Bedarf ist enorm. Bereits vor der vollständigen Einrichtung unseres Standorts gab es Anfragen für Sprechstunden in Unterkünften. Langfristig war das jedoch organisatorisch kaum zu bewältigen.

Viele Zuweisungen erfolgen über andere Einrichtungen, etwa aus Berlin oder durch lokale Behörden. Ein gut erreichbarer Standort ist dabei ein wichtiger Faktor.

Inwiefern könnt ihr auch geflüchtete Kinder und Jugendliche versorgen?

Dietrich Koch: Obwohl der Bedarf groß ist, haben wir kein Angebot speziell für Kinder aufgrund fehlender Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte im ländlichen Raum gestaltet sich äußerst schwierig.

Anna Schmidt: In begrenztem Umfang beziehe ich Jugendliche in die Beratung ein. Für jüngere Kinder fehlen jedoch Kapazitäten und spezifische Kompetenzen. Einzelfalllösungen über Kooperationen sind möglich, reichen aber nicht aus.

Hanna Greve: Auch bei uns ist das Angebot für Kinder und Jugendliche derzeit eingeschränkt, weil es schwierig ist, geeignete Kinder- und Jugendlichentherapeut*innen zu finden. Wir bemühen uns, unser Angebot durch Kooperationen mit externen Akteur*innen, zum Beispiel Kunsttherapeut*innen, zu ergänzen.

Welche weiteren Herausforderungen gibt es bei eurer Arbeit?

Dietrich Koch: Ich merke deutlich den Unterschied zu meiner früheren Tätigkeit in Berlin, wo ich Teil eines größeren multiprofessionellen Teams war. Wenn die Klient*innen zum Beispiel asylrechtliche oder sozialrechtliche Probleme hatten, konnte ich sie unkompliziert an meine entsprechenden Fachkolleg*innen weitervermitteln. Hier in Fürstenwalde haben wir deutlich weniger Möglichkeiten, weil wir weniger Mitarbeitende sind.

Die politische Stimmung in der Region ist eine besondere Herausforderung. Die Klient*innen sind im Alltag häufiger Rassismus ausgesetzt. Und einzelne Behörden sind tendenziell repressiver als die in Berlin. Ich hatte beispielsweise einen Klienten, der schwer psychisch beeinträchtigt war. Er hat sich neun Monate lang nicht mehr getraut, die eigene Wohnung zu verlassen. Durch eine enge Betreuung konnte ich ihn schließlich ermutigen, einer Einladung zur Ausländerbehörde zu folgen, um seinen Aufenthaltsstatus zu klären. Dort aber erwartete ihn schon ein Polizeikommando. Er wurde sofort festgenommen und sollte nach Bulgarien abgeschoben werden. Damit war die ganze Arbeit, die

ich geleistet hatte, damit er wieder Vertrauen zu Behörden aufbauen kann, umsonst. Durch solche Fälle verliere ich selbst mein Vertrauen in die Behörden.

Anna Schmidt: Auch bei uns kommen viele Menschen an, die sehr komplexe Problemlagen aufweisen. Sie sind nicht nur aufgrund ihrer Symptome, sondern auch der Lebensumstände, zum Beispiel der Wohnsituation oder familiärer Notlagen belastet. Bei solchen Fällen merke ich, dass das Hilfenetzwerk hier leider sehr schlecht funktioniert. Die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst klappt zum Beispiel kaum, weil er zu überlastet ist, um sich mit geflüchteten Menschen zu beschäftigen. Da bräuchte es mehr Maßnahmen und Ressourcen, um das Netzwerk zu stärken und andere Akteur*innen für die Bedarfe geflüchteter Menschen zu sensibilisieren.

Johanna Kinzel Žukova: Wir beobachten immer wieder, dass in den Landkreisen in Brandenburg die Aufnahmebereitschaft der Kliniken für geflüchtete Menschen sehr unterschiedlich ist. Oft ist die Anbindung nach Berlin die letzte Möglichkeit.

Was würdet ihr Akteur*innen, die neue Angebote für geflüchtete Menschen im ländlichen Raum aufbauen wollen, empfehlen?

Anna Schmidt: Zentral ist es, frühzeitig Kontakte zu bestehenden Akteur*innen aufzubauen und sichtbar zu sein. Netzwerke ermöglichen nicht nur bessere Versorgung, sondern auch fachlichen Austausch und Unterstützung, etwa durch Supervision.

Dietrich Koch: Eine enge Abstimmung ist auch wichtig, um Konkurrenzsituationen zu vermeiden und Versorgungslücken gezielt zu schließen. Im ländlichen Raum können kurze Wege und persönliche Kontakte dabei ein Vorteil sein.

Hanna Greve: Informationsveranstaltungen und Fortbildungen haben sich bei uns als wirksame Instrumente erwiesen, um sowohl auf Bedarfe aufmerksam zu machen als auch Kompetenzen vor Ort zu stärken.

Welche Wünsche habt ihr, damit Versorgungsstrukturen in euren Regionen in Zukunft weiter ausgebaut werden können?

Johanna Kinzel Žukova: Für nachhaltige Netzwerkarbeit braucht es mehr Ressourcen. Zudem sollte Sprachmittlung weiter ausgebaut und stärker in der Regelversorgung verankert werden.

Anna Schmidt: Langfristig muss sich die Regelversorgung stärker für geflüchtete Menschen öffnen und deren spezifische Bedarfe berücksichtigen.

Dietrich Koch: Angesichts des gesellschaftlichen Bedarfs an Zuwanderung ist eine offenere Haltung gegenüber Migration entscheidend. Sie würde nicht nur die Lebenssituation geflüchteter Menschen verbessern, sondern auch Zugangsbarrieren im Versorgungssystem abbauen.

INTERVIEWERIN: Yukako Karato

3.2 Vernetzung als Schlüssel zur Versorgung: Erfahrungen aus Thüringen

Um insbesondere im ländlichen Raum notwendige Vernetzungsstrukturen aufzubauen und bestehende Strukturen zu stärken, wurde zwischen 28.12.2022 und 27.12.2025 das „Regio-Projekt“ in Thüringen durch den refugio thüringen e. V. (Träger des PSZ REFUGIO Thüringen) umgesetzt:

- **Rahmen:** Teilmaßnahme des Programms „StaRT – Starke Regionen in Thüringen“, das auf die Verbesserung der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen aus der Ukraine in den ländlichen Regionen Thüringens abzielte
- **Orte/Modellregionen:** Landkreis Sömmerda und Nordhausen
- **Inhalt:** Ziel war es, die psychosoziale Versorgung durch den Ausbau regionaler Kooperationsstrukturen, gezielte Fortbildungsangebote sowie die Etablierung nachhaltiger Netzwerke zu stärken, z. B. durch Runde Tische zur besseren Vernetzung lokaler Akteur*innen und Schulungen für (niedergelassene) Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Mitarbeitende von Beratungsstellen im Bereich Migration und Flucht, Behördenmitarbeitende sowie Sprachmittler*innen etc.
- **Thematische Schwerpunkte:** rassismus- und traumasensible Arbeit mit geflüchteten Menschen sowie der Einsatz von Sprachmittlung

Das Projekt wurde aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF), der UNO Flüchtlingshilfe und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert.

INTERVIEWPARTNER*INNEN:

Patrick Bopp Dias ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Bauhaus-Universität Weimar im Bereich Raumplanung und Raumforschung und war für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts verantwortlich.

Marc Hesse war von 2016 bis Februar 2026 Fachgebietsleiter für Asylbewerberleistungen und Integration in Nordhausen, Thüringen.
Anke Lenz war Referentin für Qualitätsmanagement und Traumasensible Beratung sowie Verantwortliche für die Modellregion Sömmerda im Projekt und ist aktuell in der Psychosozialen Beratung beim PSZ REFUGIO Thüringen tätig.
Hanna Thorwarth ist beim PSZ REFUGIO Thüringen für Öffentlichkeitsarbeit und Veranstaltungsorganisation zuständig und war im „Regio-Projekt“ zusätzlich als Projektmitarbeiterin tätig.

Welche Zugangsbarrieren zur psychosozialen Versorgung habt ihr in eurer Arbeit erlebt?

Patrick Bopp Dias: Auf struktureller Ebene gibt es in Thüringen eigentlich einen erheblichen Vorteil: Das Asylbewerberleistungsgesetz wird so ausgelegt, dass Psychotherapien für alle Geflüchteten direkt ab der Ankunft finanziert werden können. Das bedeutet, dass geflüchtete Menschen theoretisch unmittelbar eine Praxis aufsuchen können, ohne zuvor eine Genehmigung der Sozialbehörde einholen zu müssen. In Gesprächen mit Behandler*innen wurde jedoch deutlich, dass dies allein nicht ausreicht. Bereits die Orientierung im deutschen Gesundheitssystem ist äußerst schwierig – insbesondere ohne Sprachkenntnisse und unmittelbar nach der Ankunft. Die Sozialbetreuer*innen in den Unterkünften, die hierbei unterstützen könnten, sind wiederum häufig so überlastet, dass ihnen die Zeit fehlt, Bewohner*innen gezielt in passende Angebote zu vermitteln.

Anke Lenz: Zudem sind die Therapieangebote im Regelsystem sehr hochschwellig. Wenn Patient*innen Termine nicht wahrnehmen – etwa aufgrund akuter Belastung –, können diese nicht abgerechnet werden, was bei Therapeut*innen zu finanziellen Ausfällen führen kann. Ein weiteres zentrales Problem ist das Fehlen ausreichender Sprachmittlungsmöglichkeiten.

Hanna Thorwarth: Es mangelt an niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsangeboten, die zur Stabilisierung beitragen – sei es zur Überbrückung von Wartezeiten oder der Vermeidung einer Verschlimmerung von Symptomen, sodass eine Therapie möglicherweise gar nicht erst notwendig wird.

Gibt es besondere Barrieren in den ländlichen Regionen, in denen ihr arbeitet?

Hanna Thorwarth: Problematisch ist die Lage vieler Unterkünfte. Sie befinden sich oft abgelegen in kleineren Orten und bieten nur eingeschränkten Zugang zu Versorgungs- und sozialen Angeboten.

Patrick Bopp Dias: Das ist eine große Herausforderung. Geflüchtete Menschen verfügen in der Regel nicht über ein eigenes Auto und sind auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen. Ein weiteres zentrales Thema im Projekt waren die teils sehr schlechten Bedingungen in Gemeinschaftsunterkünften: Mehrere Menschen leben über Jahre hinweg auf engem Raum zusammen, es gibt veraltete Sanitäranlagen und kaum Rückzugsmöglichkeiten. Fehlende Privatsphäre und fragile Internetverbindungen erschweren die Implementierung niedrigschwelliger digitaler psychosozialer Formate. Solche Lebensbedingungen führen zudem häufiger zu Konflikten unter den Bewohner*innen und stellen eine zusätzliche Belastung dar.

Aus welchen Gründen wurde das Regio-Projekt entwickelt?

Anke Lenz: Wir haben beobachtet, dass viele Unterstützungsangebote – etwa Sucht- oder Schuldnerberatung –isoliert voneinander arbeiten. Unser Ziel war es, die Vernetzung zu verbessern, damit auch Menschen mit Migrationshintergrund diese Angebote in Anspruch nehmen können und nicht alle Themen in den Migrationsberatungsstellen bearbeitet werden.

Patrick Bopp Dias: In Gesprächen mit Beratungsstellen fiel mir häufig auf, dass Menschen mit Fluchthintergrund schnell an spezialisierte Einrichtungen weiterverwiesen werden, obwohl die jeweilige Beratungsstelle fachlich durchaus in der Lage wäre, spezifische Problemlagen – etwa Suchterkrankungen – zu bearbeiten. Geflüchtete Menschen wurden oft nicht als Teil der eigenen Zielgruppe wahrgenommen.

Hanna Thorwarth: Gleichzeitig sind viele Einrichtungen und Personen, die mit Geflüchteten arbeiten, stark überlastet, weil ihnen neben zeitlichen Ressourcen auch Wissen und Kompetenzen fehlen. Es besteht ein großer Bedarf an Schulungen und Austauschformaten zum Umgang mit psychosozial belasteten Menschen.

Marc Hesse: In früheren Projekten haben wir sehr gute Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit refugio thüringen e. V. gemacht. Die dortigen Mitarbeitenden verfügen über umfangreiche Expertise im Umgang mit psychisch belasteten Geflüchteten. Um sie stärker in die Fläche zu tragen, erschien es sinnvoll, gemeinsam ein Projekt umzusetzen, das auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch Vernetzung und Qualifizierung abzielt.

Welche Herausforderungen gab es dabei?

Hanna Thorwarth: Viele Akteur*innen zeigten großes Interesse am Thema, hatten jedoch kaum zeitliche Kapazitäten für zusätzliche Vernetzungstreffen. Daher haben wir unseren Ansatz angepasst und das Thema psychosoziale Versorgung stärker in bestehende Formate integriert, anstatt neue zu schaffen.

Anke Lenz: Ich habe beispielsweise regelmäßig an Treffen des Netzwerks Integration im Landkreis Sömmerda sowie an Ehrenamtsstammtischen teilgenommen und dort kontinuierlich die Bedeutung psychosozialer Unterstützung unterstrichen.

Wie hat das Gesundheitssystem auf eure Angebote reagiert?

Hanna Thorwarth: Besonders schwierig war es, Ärzt*innen und Therapeut*innen aus der Regelversorgung zu erreichen. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nahmen nur wenige an unseren Schulungen teil – vermutlich auch aufgrund der hohen Auslastung in den eigenen Praxen.

Patrick Bopp Dias: Zudem wird von dieser Berufsgruppe der Behandlungsbedarf bei geflüchteten Menschen oft nicht wahrgenommen, weil sie gar nicht in den Praxen ankommen. Sozialarbeiter*innen in Unterkünften hingegen sind in ihrem Arbeitsalltag unmittelbar mit diesen Themen konfrontiert.

Hanna Thorwarth: Ende 2025 konnten wir eine Fortbildung für Mitarbeitende der Psychiatrie im katholischen Krankenhaus in Erfurt durchführen. Angesichts der Schwierigkeiten, medizinisches Fachpersonal zu erreichen, war das ein besonderer Erfolg – auch wenn es deutlich mehr solcher Angebote bräuchte.

Marc Hesse: Die Runden Tische haben dazu beigetragen, dass sich lokale Akteur*innen besser kennenlernen und ihre Zuständigkeiten klarer verstehen. Dadurch konnte die Zusammenarbeit – etwa mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst – deutlich effizienter gestaltet werden. Zudem senkte der persönliche Austausch die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme. Für geflüchtete Menschen bedeutet der einrichtungsübergreifende Austausch, dass sie sich nicht mehrfach mit ihren Problemen vorstellen müssen und schneller die richtige Hilfe finden. So können Bedarfe effizienter erfasst und passgenauere Unterstützung angeboten werden.

Patrick Bopp Dias: In Nordhausen wurde eine Datenbank mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen, die Geflüchtete aufnehmen und über Fremdsprachkompetenzen verfügen (z. B. Russisch oder Französisch), aufgebaut. Ziel war es, dadurch schneller an geeignete Behandler*innen

zu vermitteln – auch wenn das Angebot insgesamt, insbesondere mit entsprechenden Sprachkenntnissen, weiterhin begrenzt ist. Darüber hinaus wurden Beratungsstellen wie Sucht- und Schuldnerberatung dafür sensibilisiert, Geflüchtete als Teil ihrer Zielgruppe wahrzunehmen und ihre Angebote zu öffnen.

Hanna Thorwarth: Wenn solche Beratungsangebote frühzeitig eingebunden werden, kann dies dazu beitragen, psychosoziale Problemlagen zu stabilisieren und eine Eskalation zu verhindern.

Welche Rolle nimmt das PSZ in der Versorgungslandschaft ein?

Hanna Thorwarth: Das PSZ REFUGIO Thüringen ist die einzige Institution in Thüringen, die ambulante Psychotherapie mit Sprachmittlung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie deren Familien mit Fluchthintergrund anbietet.

Ein großer Vorteil ist unsere gewachsene Struktur und die enge Zusammenarbeit zwischen therapeutischen und sozialarbeiterischen Fachkräften. Neue Klient*innen werden stets interdisziplinär, d. h. von beiden Berufsgruppen, betrachtet und regelmäßig in gemeinsamen Fallbesprechungen und Supervisionen besprochen.

Anke Lenz: Therapeutische Arbeit allein reicht oft nicht aus, da viele Problemlagen im sozialen Bereich liegen. Ein Beispiel: Ein Klient hat eine Arbeitsstelle gefunden, die jedoch schwer erreichbar ist, sodass er regelmäßig auf dem Bahnhof übernachten muss. In solchen Fällen ist zunächst sozialarbeiterische Unterstützung notwendig, um stabile und sichere äußere Rahmenbedingungen zu schaffen, bevor eine Therapie greifen kann. In niedergelassenen Praxen fehlen häufig solche interdisziplinären Strukturen und Netzwerke, was die Behandlung komplexer Fälle erschwert.

Was braucht es, um Projekterfolge nachhaltig zu sichern und auszubauen?

Hanna Thorwarth: Geflüchtete Menschen sollten in der Ausbildung von Ärzt*innen und Therapeut*innen stärker als eigenständige Patient*innengruppe berücksichtigt werden – einschließlich ihrer spezifischen Bedarfe, etwa im Hinblick auf Themen in der Therapie (z. B. Folter, Flucht) oder die Arbeit mit Sprachmittlung.

Anke Lenz: Maßnahmen zur Stärkung von Versorgungsstrukturen benötigen eine langfristige und sichere Finanzierung. Kurzfristige Projektförderungen behindern einen gelungenen und nachhaltig wirkenden Beratungs- bzw. Therapieprozess. Es ist dadurch viel komplizierter, qualifiziertes Personal zu gewinnen – und zu halten.

Marc Hesse: Netzwerkarbeit braucht Zeit. Wie beim Tapezieren ist die Vorbereitung aufwändig, aber entscheidend für ein gutes Ergebnis. Deswegen ist eine langfristige Finanzierung von Netzwerkarbeit notwendig.

Patrick Bopp Dias: Die wissenschaftliche Begleitung hat gezeigt, wie stark das Gesundheitssystem insgesamt ausgelastet ist. Dadurch fehlen oft Kapazitäten, um auf komplexe Bedarfe einzugehen. Ein zentraler Faktor, worauf Behandler*innen schon öfter hingewiesen haben, ist die Bedarfsplanung, die aufgrund ihrer Berechnungsgrundlage bereits bestehende Versorgungslücken strukturell festschreibt und reproduziert.

Hanna Thorwarth: Letztlich braucht es auch eine gesellschaftliche Veränderung im Umgang mit psychosozialen Bedarfen geflüchteter Menschen. Momentan erhalten Akteur*innen nur dann Aufmerksamkeit, wenn Probleme eskalieren. Initiativen hingegen, die frühzeitig und systematisch handeln, kämpfen um ihren Fortbestand, obwohl sie seit Jahrzehnten dafür sorgen, dass es gar nicht erst so weit kommt.

INTERVIEWER*INNEN: Jenny Baron und Yukako Karato

4

DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN

4 — Daten aus den Psychosozialen Zentren (PSZ)

4.1 Datenbasis

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

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

- Finanzierung
  - Finanzierungsquellen und -strukturen
  - Kostenübernahme von Psychotherapien.

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

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zum Jahr 2024 dargestellt. Sie beziehen sich auf die damals 51 Mitgliedszentren. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ

- **Die Versorgung in den PSZ verbindet psychosoziale Beratung, Psychotherapie, Krisenintervention und Stabilisierung mit der Unterstützung in asylrechtlichen Verfahren – etwa durch fachliche Stellungnahmen – als zentralen Bestandteil.**
- **Fast alle PSZ sind einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. Die Hälfte befindet sich in Trägerschaft eines solchen.**
- **2024 waren in einem „typischen“ PSZ 11,5 Mitarbeitende angestellt. Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 40,5 Personen als freie Mitarbeitende, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum.**

4.2.1 Leistungsspektrum

Die Versorgung in den PSZ folgt einem multiprofessionellen Ansatz, in dem unterschiedliche Leistungen eng miteinander verzahnt erbracht werden. Sie werden in der Regel nach einem (gegebenenfalls interdis-

ziplinären) Clearing bzw. einer Diagnostik umgesetzt, wobei die Bedarfe der Klient*innen geklärt werden.

Je nachdem halten die Zentren ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten für besonders vulnerable sowie psychisch erkrankte geflüchtete Menschen bereit. Welche Leistungen sie genau anbieten, hängt sowohl von den Strukturen vor Ort als auch von finanziellen und personellen Möglichkeiten ab.

Ein zentraler Bestandteil sind dabei Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe. Dazu zählen unter anderem Begleitungen zu Behörden, Hilfen beim Aufbau sozialer Netzwerke, Unterstützung beim Spracherwerb sowie verschiedene niedrigschwellige Freizeit- und Kreativangebote.

Damit andere Einrichtungen und Akteur*innen besser in der Lage sind, mit psychisch belasteten geflüchteten Menschen zu arbeiten, bietet eine Mehrheit der PSZ auch Schulungen an. Zu den Zielgruppen zählen unter anderem Mitarbeitende von Unterkünften und Beratungsstellen im Bereich Flucht und Migration, niedergelassene Psychotherapeut*innen sowie Behördenmitarbeitende. Somit helfen die Zentren, dass auch diese Akteur*innen zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen können.

Eine weitere Tätigkeit vieler PSZ ist die Dokumentation der psychischen und körperlichen Folgen von Misshandlungen und Folter, die sowohl im Herkunftsland als auch während der Flucht stattgefunden haben. Abhängig von der Fallkonstellation erfolgt eine ausführliche Dokumentation nach den etablierten Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SBPM[20]) und/oder nach den Standards des Istanbul-Protokolls[21].

20 https://www.sbpm.de
21 https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0

Leistungen der PSZ für ihre Klient*innen

Kernangebote
- Psychologische Diagnostik und Dokumentation
- Psychosoziale Beratung und Psychoedukation
- Krisenintervention
- Psychotherapie
- Sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation sowie Förderung gesellschaftlicher Teilhabe
- Qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- Hilfestellungen bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragestellungen
- Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)

Erweiterte Angebote
- Erstellung von Stellungnahmen für das Asylverfahren
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge, z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen
- Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und zur gesellschaftlichen Teilnahme
- Feststellung besonderer Schutzbedarfe
- Schulungen für Personen außerhalb des PSZ
- Kreative Angebote
- Niedrigschwellige Form der Dokumentation/Notiz, Stellungnahme/Bericht über die **psychischen** Folgen von Misshandlung und Folter
- Unterstützung beim Spracherwerb, (Vermittlung zu) z. B. Deutschkurse(n)

mehr als 70% der Zentren

- Niedrigschwellige Unterstützung, z. B. Freizeitaktivitäten, Gruppen- und Projektarbeit
- Durchführung/Vermittlung von qualifizierter Dokumentation oder Begutachtung **psychischer** Misshandlungsspuren nach den SBPM-Standards und/oder nach den Standards des Istanbul-Protokolls
- Niedrigschwellige Form der Dokumentation/Notiz, Stellungnahme/Bericht über die **körperlichen** Spuren nach Misshandlung und Folter
- Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z. B. in Unterkünften)

40–70% der Zentren

- Medizinische Beratung und Versorgung
- Medizinische Diagnostik und Dokumentation
- Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation oder Begutachtung **körperlicher** Misshandlungsspuren nach den Standards des Istanbul-Protokolls

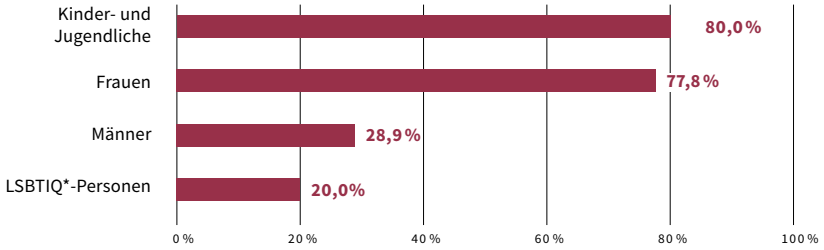
25–40% der Zentren

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=48 PSZ mit 32.241 Klient*innen, ©Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Leistungen, die durch medizinische Fachkräfte erbracht werden müssen, wie etwa psychiatrische Behandlungen, werden seltener angeboten bzw. sind in der Regel auf externe Kooperationen angewiesen. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es für die Zentren häufig schwierig ist, medizinische Fachkräfte als Mitarbeitende oder Kooperationspartner*innen zu finden.

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

Spezielle Angebote für spezifische Zielgruppen



Quelle: Quellenangabe: Befragung der PSZ 2024, n=45 PSZ mit 31.641 Klient*innen,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden

Fast alle PSZ sind einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. 2024 befanden sich 55,3 Prozent der Zentren in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden, weitere 34,0 Prozent waren Mitglieder (n=47 PSZ mit 32.164 Klient*innen, 10,6 Prozent weder in Trägerschaft noch Mitglied).

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

- Paritätischer Wohlfahrtsverband: 40,5 Prozent
- Diakonisches Werk: 35,7 Prozent
- Caritasverband: 14,3 Prozent
- Deutsches Rotes Kreuz: 7,1 Prozent
- Arbeiterwohlfahrt: 4,8 Prozent
- sonstige Verbände: 2,4 Prozent.

4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ

2024 waren in einem „typischen“ PSZ 11,5 Mitarbeiter*innen fest angestellt. Diese teilten sich 7,0 Vollzeitstellen (Mediane[22]; Durchschnittswerte: 21,2 Mitarbeitende auf 13,6 Vollzeitäquivalente). Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 40,5 Personen als freie Mitarbeitende, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum (Median 40,5; Durchschnitt: 52,6; n=44 PSZ mit 29.311 Klient*innen).

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

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

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

Psychotherapie	**3,3 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 4,5)
Beratung	**3,0 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 7,0)
Verwaltung	**1,4 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 2,2)
Sprachmittlung	**1,2 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 2,6)
Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit o. Ä.	**0,4 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 0,6)
Kreativ- und Körpertherapie	**0,0 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 0,6)
Medizinische Versorgung	**0,0 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 0,4)
Sonstige Bereiche	**0,3 Vollzeitstellen** (Durchschnitt: 1,5)

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

4.3 Klient*innen der PSZ

- **Im Jahr 2024 versorgten die 51 PSZ insgesamt 32.763 Klient*innen. Die meisten von ihnen hatten besondere Schutzbedarfe aufgrund von Folter, schwerer Gewalt, Menschenhandel und/oder Verfolgung wegen ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität.**
- **Ein Großteil der Klient*innen hat einen prekären Aufenthaltsstatus: Mehr als die Hälfte hatte lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, war vollziehbar ausreisepflichtig oder befand sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.**
- **Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Syrien, Ukraine, die Türkei, Iran, Irak, die Russische Föderation, Kamerun, Venezuela und Kenia.**

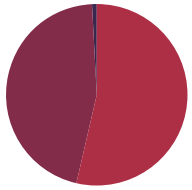
4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen

2024 wurden in den 51 PSZ insgesamt 32.763 Klient*innen versorgt. Darunter befanden sich 16.203 Klient*innen, die neu aufgenommen werden konnten. Zu ihnen gehörten meistens Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit schwerer Gewalt, Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden waren (siehe Glossar „Besondere Schutzbedarfe“). Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Gesamtzahl der von den PSZ versorgten Klient*innen um 12,3 Prozent.

45,6 Prozent der Klient*innen waren cis-weiblich, 53,7 Prozent cis-männlich, 0,6 Prozent trans/nicht-binär.

4,2 Prozent identifizierten sich als LSBTI* (n=41 PSZ mit 22.543 Klient*innen). An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass Klient*innen sich aus verschiedenen Gründen nicht immer im PSZ (direkt) outen (vgl. Träbert & Teigler, 2022).

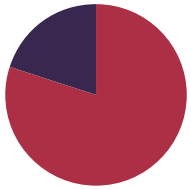
Gender der Klient*innen



53,7 % cis-männlich
45,6 % cis-weiblich
0,6 % trans/nicht-binär

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=22.543 Klient*innen,
©Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

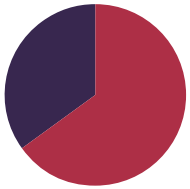
Minderjährige und volljährige Klient*innen



- **80,0 %** volljährig
- **20,0 %** minderjährig

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=47 PSZ mit 32.111 Klient*innen, © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Unbegleitete minderjährige Geflüchtete unter den Klient*innen



- **65,2 %** minderjährige Klient*innen unter Begleitung der Familie
- **34,8 %** unbegleitete minderjährige Geflüchtete

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=6.433 minderjährige Klient*innen, © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.3.2 Genutzte Angebote

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

- 69,3 Prozent der Klient*innen suchten (psycho)soziale und/oder asylrechtliche Beratung auf und wurden persönlich durch Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen unterstützt.
- Ungefähr ein Drittel (29,9 Prozent) befand sich – in der Regel zusätzlich zur Beratung – in psychotherapeutischer Behandlung. Lediglich 9,4 Prozent wurden ausschließlich psychotherapeutisch versorgt und waren nicht in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden.
- 4,1 Prozent wurden psychiatrisch versorgt.
- 25,3 Prozent nahmen sonstige Angebote wie beispielsweise kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote wahr (n=32.241).

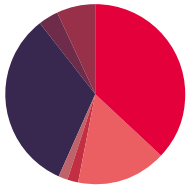
Der Umfang der Unterstützung kann zwischen den Klient*innen sehr unterschiedlich ausfallen. Während bei manchen einzelne Termine ausreichen, benötigt ein Großteil von ihnen eine langfristige Begleitung, um eine bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgung zu ermöglichen. Insbesondere die komplexen Zusammenhänge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

4.3.3 Aufenthaltssituation

Aufenthaltsstatus

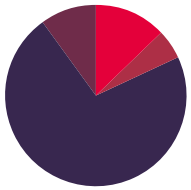
2024 hatten mehr als die Hälfte (56,9 Prozent) der Klient*innen lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung, waren „vollziehbar ausreisepflichtig" oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (siehe Glossar: „Aufenthaltsgestattung" und „Duldung"). D. h., sie warteten auf das Ergebnis eines Asylverfahrens oder besaßen lediglich eine Duldung mit der Unsicherheit, bei Wegfall des Duldungsgrundes kurzfristig abgeschoben werden zu können. Eine verlässliche mittel- oder langfristige Zukunftsplanung, die für ihre Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe wichtig gewesen wäre, war damit oft nicht möglich. Nur etwa ein Drittel (36,3 Prozent) besaß einen sichereren Aufenthaltsstatus, d. h. eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis (siehe Glossar). Damit unterscheiden sich die Klient*innen der PSZ stark vom Rest der in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen. Denn im Jahr 2024 hatten mehr als drei Viertel (81,9 Prozent) aller in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis.

Aufenthaltsstatus der Klient*innen



- **37,0 %** Aufenthaltsgestattung
- **16,1 %** Duldung
- **1,9 %** „vollziehbar ausreisepflichtig" ohne Duldung (insb. sogenannte Grenzübertrittsbescheinigung o. Ä.)
- **1,9 %** Menschen ohne Papiere
- **32,6 %** Aufenthaltserlaubnis
- **3,7 %** Niederlassungserlaubnis
- **6,8 %** andere/unbekannt

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 © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

← Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=47 PSZ mit 29.164 Klient*innen, Durchschnittswerte, © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Klient*innen im sogenannten Dublin-Verfahren

Sogenannte Dublin-Verfahren (siehe Glossar), in denen Schutzsuchende in andere EU-Länder zurückgeschoben werden sollen, verursachen häufig zusätzliche psychische Belastungen. Die bevorstehende Zurückschiebung in Länder, in denen oft bereits negative Erfahrungen mit menschenunwürdiger Unterbringung oder Gewalt durch Behördenmitarbeitende und Grenzbeamt*innen gemacht wurden, kann Traumata verstärken. 2024 befanden sich durchschnittlich 14,6 Prozent der PSZ-Klient*innen in sogenannten Dublin-Verfahren und wurden bei den dadurch entstehenden rechtlichen Fragen sowie den gegebenenfalls daraus resultierenden psychischen Belastungen unterstützt (n=43 PSZ mit 27.972 Klient*innen).

Klient*innen mit Abschiebungsverboten

Schwer psychisch erkrankte Menschen, die reiseunfähig sind oder bei denen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Fall einer Abschiebung droht, dürfen nicht abgeschoben werden (siehe Glossar „Abschiebungsverbot/-hindernis"). Für ein Abschiebungsverbot bzw. Abschiebungshindernis muss die Erkrankung der betroffenen Personen nachgewiesen werden. Auch hierbei unterstützen die PSZ, indem sie Stellungnahmen für ihre Klient*innen erstellen. 2024 wurde bei 11,7 Prozent aller PSZ-Klient*innen ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot oder ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis festgestellt (n=35 PSZ mit 24.578 Klient*innen).

Die notwendigen Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, wurden in den vergangenen Jahren weiter erhöht – 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 (siehe Glossar) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind ausgeschlossen. Dabei sind gerade diese Berufsgruppen darin ausgebildet, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren. Aufgrund ihrer Befähigung übernehmen sie 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 die Krankheitsvorgeschichte, Untersuchungsmethoden und die 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/

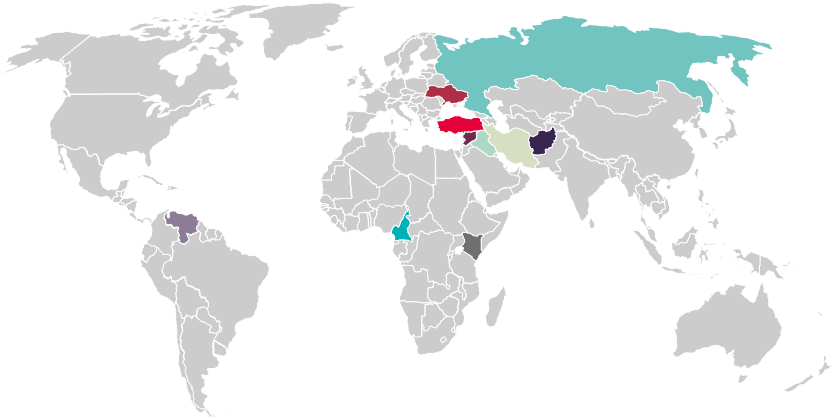
Stellungnahmen integrieren. Hinzu kommt, dass es keine Regelungen zur Kostenübernahme für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigungen gibt, sodass Schutzsuchende die Kosten in der Regel selbst tragen müssen. Diese Praxis unterläuft den Amtsermittlungsgrundsatz, weil verfahrensseitig nicht einmal die 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 damit 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 (vgl. Bardelle & Steinfurth, 2021).

4.3.4 Hauptherkunftsländer

Auch 2024 kamen die Klient*innen der PSZ aus über 100 verschiedenen Ländern. Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Syrien, Ukraine, die Türkei, Iran, Irak, die Russische Föderation, Kamerun, Venezuela und Kenia.

Hauptherkunftsländer der Klient*innen



19,0 % Afghanistan
14,0 % Syrien
9,7 % Ukraine
9,1 % Türkei
7,0 % Iran
4,9 % Irak
2,9 % Russische Föderation
2,8 % Kamerun
2,6 % Venezuela
2,4 % Kenia

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=16.861 Klient*innen © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.4 Zugang zu den PSZ

- **Ein Großteil der Klient*innen wird von Beratungsstellen und Unterkünften an die PSZ vermittelt. Der Anteil der Anmeldungen über Kliniken, Psychiater*innen und andere Fachärzt*innen sank 2024 im zweiten Jahr in Folge.**
- **Das durchschnittliche Einzugsgebiet der PSZ umfasste einen Radius von 85,9 Kilometern.**

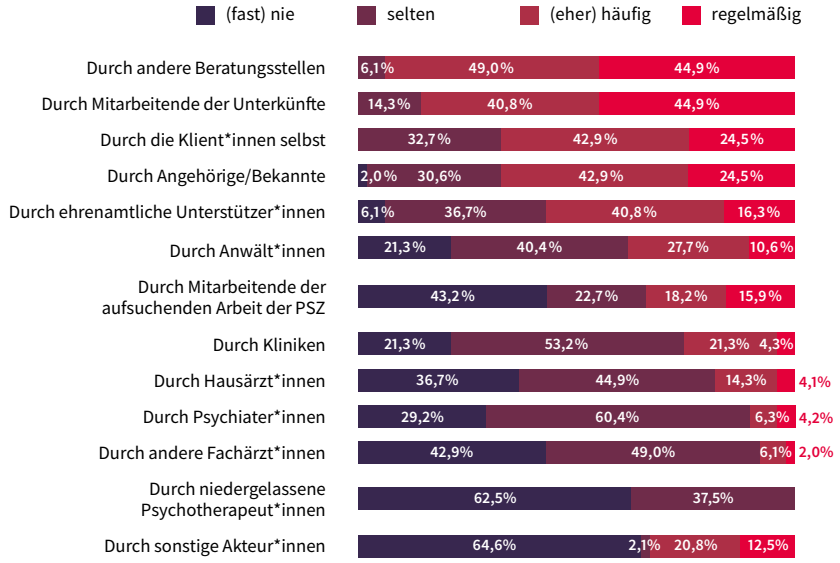
4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen

Am häufigsten werden geflüchtete Menschen über Mitarbeitende von Beratungsstellen und Unterkünften an die PSZ vermittelt. 2024 stieg

der Anteil der Klient*innen, die sich direkt – ohne Vermittlung über eine andere Stelle – an die Zentren wandten, leicht. Dafür sank jedoch der Anteil der Anmeldungen durch Kliniken, Psychiater*innen und andere Fachärzt*innen im zweiten Jahr in Folge.

Zu den sonstigen vermittelnden Akteur*innen gehörten: Mitarbeitende der Jugendhilfe, Bildungsträger, Schulen, Frauenhäuser, Bezirksämter sowie der Sozialpsychiatrischen Dienste.

An die PSZ vermittelnde Akteur*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=49 PSZ mit 32.487Klient*innen; © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten

Die räumliche Verfügbarkeit von PSZ variiert erheblich zwischen den Regionen. In einigen Bundesländern, etwa den Stadtstaaten Berlin und Hamburg, bestehen mehrere Zentren auf kleinem Raum, während sie in bestimmten Flächenländern wie Bayern nur vereinzelt vorhanden sind. Dadurch müssen Schutzsuchende häufig weite Wege in Kauf nehmen. Zusätzlich erschwert die abgelegene und isolierte Unterbringung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften den Zugang zu Unterstützungsangeboten, einschließlich der PSZ.

2024 umfasste das durchschnittliche Einzugsgebiet der PSZ eine Entfernung von 85,9 Kilometern. Dabei gab es jedoch eine große Bandbreite zwischen fünf und 175 Kilometern.

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

Anfahrtszeiten der Klient*innen

30 Minuten oder weniger	**39,5 %**
Zwischen 30 und 60 Minuten	**42,8 %**
Zwischen 1 und 2 Stunden	**14,5 %**
Mehr als 2 Stunden	**3,2 %**

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=49 PSZ mit 32.487 Klient*innen, Durchschnittswerte,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.5 Versorgungsprozess

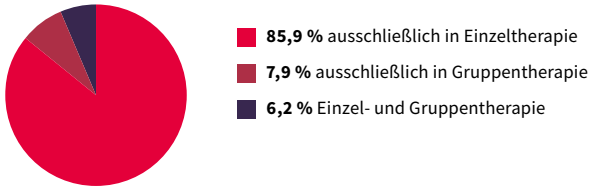
- **Die meisten Psychotherapien in den PSZ finden im einzeltherapeutischen Setting statt.**
- **Durchschnittlich dauerten die Psychotherapien in den Zentren im Jahr 2024 26,5 Sitzungen. Sieben von zehn Therapien waren Kurzzeittherapien.**
- **Mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien in den PSZ fanden mit Sprachmittlung statt und ein Viertel in einer gemeinsamen nicht-deutschen Sprache von Mitarbeitenden und Klient*in.**

4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung

Einzel- vs. Gruppentherapien

Wie in den vergangenen Jahren fanden die meisten Psychotherapien in den PSZ im einzeltherapeutischen Setting statt. Nur 7,9 Prozent der Behandelten nahmen ausschließlich an Gruppentherapien teil und 6,2 Prozent wurden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting behandelt.

Klient*innen in Einzel- und Gruppentherapie



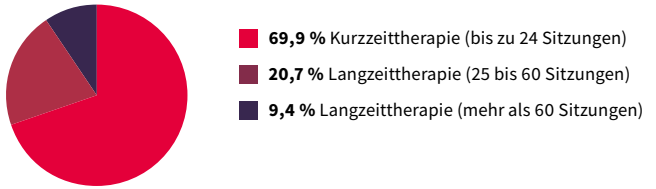
Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=41 PSZ mit 27.818 Klient*innen, Durchschnittswerte,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Dauer der Psychotherapien

Durchschnittlich dauerten die Psychotherapien in den Zentren 26,5 Sitzungen (n=38 PSZ mit 23.343 Klient*innen). 69,9 Prozent der Therapien in den PSZ 2024 waren Kurzzeittherapien mit bis zu 24 Sitzungen. 20,7 Prozent waren Langzeittherapien mit bis zu 60 Sitzungen und 9,4 Prozent waren Langzeittherapien mit mehr als 60 Sitzungen.

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

Klient*innen in Kurz- und Langzeittherapien



Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=41 PSZ mit 27.548 Klient*innen, Durchschnittswerte,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

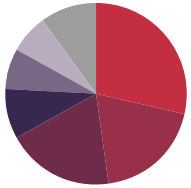
Vorzeitige Beendigung von Psychotherapien

Auch 2024 musste ungefähr ein Fünftel (18,4 Prozent) der Psychotherapien abgebrochen werden, obwohl eine Fortsetzung aus therapeutischer Sicht sinnvoll gewesen wäre (n=41 PSZ mit 27.548 Klient*innen).

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

Zu den sonstigen Gründen für eine vorzeitige Beendigung von Psychotherapien gehörten: Terminkonflikte seitens der Klient*innen (etwa aufgrund von Arbeitsaufnahme/Ausbildung/Kinderbetreuung) sowie Weggang der Sprachmittlung.

Hauptgründe für die vorzeitige Beendigung von Psychotherapien



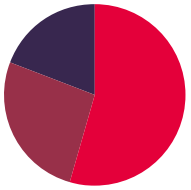
- **28,7 %** Klient*in erschien nicht mehr/war nicht mehr erreichbar
- **19,3 %** Abbruch durch Klient*in (z. B. aufgrund unzureichend eingeschätzter Therapiemotivation/Erfolgserwartung, problematischer Therapeut*in-Klient*in- Beziehung)
- **19,1 %** Klient*in ist umgezogen/wurde umverteilt
- **8,8 %** Abbruch durch Therapeut*in (z. B. aufgrund unzureichend eingeschätzter Therapiemotivation, problematischer Therapeut*in-Klient*in-Beziehung)
- **7,4 %** Klient*in wurde abgeschoben/ist „freiwillig“ ausgereist
- **6,9 %** Therapieabbruch, weil es keine Kostenübernahme (mehr) gab
- **9,8 %** Sonstige Gründe

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=28 PSZ mit 22.688 Klient*innen, Durchschnittswerte,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.5.2 Sprachmittlung

In den Zentren arbeiten speziell für den psychosozialen Kontext geschulte Sprachmittler*innen sowie mehrsprachige Therapeut*innen und Berater*innen. Somit können sie eine qualitativ hohe Begleitung gewährleisten. 2024 fanden mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien mit Sprachmittlung statt und ein Viertel in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in.

Sprachmittlung bei Beratungen/Therapien



- **54,7 %** Mit Sprachmittlung
- **26,2 %** In einer weiteren gemeinsamen Sprache (inkl. Englisch) von Mitarbeiter*in und Klient*in (ohne Sprachmittlung)
- **19,1 %** Auf Deutsch (ohne Sprachmittlung)

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=48 PSZ mit 32.253 Klient*innen, Durchschnittswerte,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.6 Versorgungsengpässe

- **2024 konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen nur 3,6 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken.**
- **Die durchschnittliche Wartezeit vom Erstkontakt bis zum ersten Therapietermin betrug 7,4 Monate und war somit länger als in der gesundheitlichen Regelversorgung (4-5 Monate).**
- **Ein Drittel der Zentren musste 2024 zeitweise Aufnahmestopps aufgrund der hohen Nachfrage und fehlender Ressourcen einführen.**

4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf

Bei einer repräsentativen Befragung durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), das Forschungszentrum des BAMF sowie das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) gaben 87 Prozent der befragten geflüchteten Menschen an, vor potenziell traumatisierenden Ereignissen wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung geflohen zu sein (vgl. Brücker et al., 2019). Nur ein Teil dieser Personen entwickelt jedoch behandlungsbedürftige Traumafolgestörungen. Verschiedene internationale Studien zeigen eine Prävalenz von Traumafolgestörungen unter geflüchteten Menschen von rund 30 Prozent (vgl. Blackmore et al., 2020; Lindert et al., 2018; Steel et al., 2009).

Somit konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen 2024 nur 3,6 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Diese Versorgungsquote ergibt sich aus den folgenden Daten für das Jahr 2024:

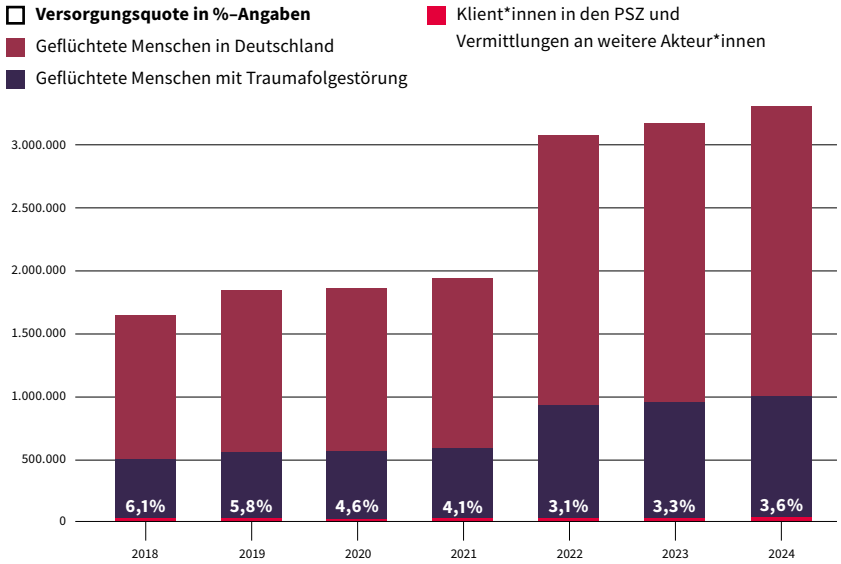
- 3.304.710 geflüchtete Menschen in Deutschland (Ausländerzentralregister, 2025, Stichtag 31.12.2024)[23]
- 991.413 geflüchtete Menschen mit einer potenziellen Traumafolgestörung (bei 30 Prozent Prävalenz),
- 32.763 Klient*innen in den PSZ,
- 2.826 Vermittlungen an weitere Akteur*innen.

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

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass einige Menschen selbstorganisiert Wege finden, um mit den Folgen von Gewalt umzugehen. Einzelne kommen trotz der hohen Hürden ohne Vermittlung durch die PSZ in anderen Strukturen des Gesundheitssystems an. Doch für einen erheblichen Teil der Betroffenen ist davon auszugehen, dass sie keine angemessene Versorgung erhalten. Dabei bräuchten sie die professionelle Unterstützung der PSZ dringend, um sich zu stabilisieren, ihre Erlebnisse einzuordnen und sich neue Lebensperspektiven aufzubauen.

23 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.

Entwicklung der Versorgungsquote im Zeitverlauf



Quellen: Ausländerzentralregister 2019–2025 (bis Stichtag 31.12.2024), Befragung der PSZ 2019–2024,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.6.2 Wartezeiten

Klient*innen warteten 2024 durchschnittlich 2,9 Monate auf ein Erstgespräch, um den weiteren Versorgungsprozess zu klären (n=42 PSZ mit 27.798 Klient*innen).

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz nach dem Erstgespräch in einem PSZ betrug weitere 4,6 Monate (n=43 PSZ mit 30.884 Klient*innen). In einzelnen Zentren betrug die durchschnittliche Wartezeit 18 bis 20 Monate.

Die durchschnittliche gesamte Wartezeit vom Erstkontakt zum ersten Therapietermin war mit 7,4 Monaten höher als in der gesundheitlichen Regelversorgung (4-5 Monate; vgl. Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, 2022; Bleckmann et al., 2022; Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, 2021).[24]

Die lange Wartezeit führt bei Schutzsuchenden, die in vielen Aspekten ihres Lebens mit Unsicherheiten konfrontiert werden, zu einer hohen zusätzlichen Belastung. Aus diesem Grund und aufgrund ihrer eigenen Bedenken, was die künftige Finanzierung ihrer Arbeit (siehe Kapitel 4.7) betrifft, führen einige Zentren keine Wartelisten mehr. Sie entscheiden möglichst schnell, ob sie Schutzsuchende als Klient*innen aufnehmen oder nicht. Für Personen mit akuten Bedarfen werden zusätzliche Angebote bereitgestellt, um zumindest kurzfristig einer weiteren Verschlechterung des Zustands vorzubeugen (siehe Kapitel 4.6.3). Vielen bleibt aber die notwendige therapeutische Behandlung verwehrt, wodurch sie langfristig von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden.

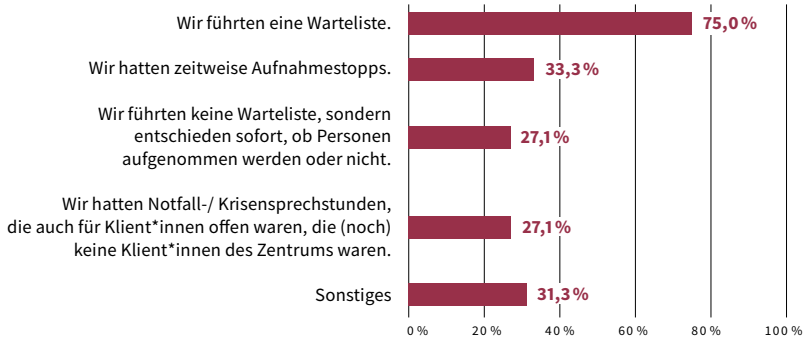
4.6.3 Aufnahme von Klient*innen

Weil die PSZ deutlich mehr Anfragen bekommen, als sie bedienen können, haben sie über die Jahre verschiedene Aufnahmestrategien entwickelt. 2024 führten drei Viertel der Zentren eine Warteliste. 27,1 Prozent entschieden – zumindest zeitweise –, keine Warteliste zu führen, sondern so schnell wie möglich zu bestimmen, ob Personen aufgenommen werden oder nicht. In einem Drittel der Zentren waren temporäre Aufnahmestopps notwendig. Um trotz ihrer begrenzten Kapazitäten Personen mit akuten Bedarfen unterstützen zu können, führten 27,1 Prozent der PSZ Krisensprechstunden durch für Personen, die (noch) keine Klient*innen waren.

24 Aktuellere Daten waren nicht öffentlich zugänglich, da Wartezeiten für ambulante Psychotherapie nicht regelmäßig und systematisch erfasst werden.

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

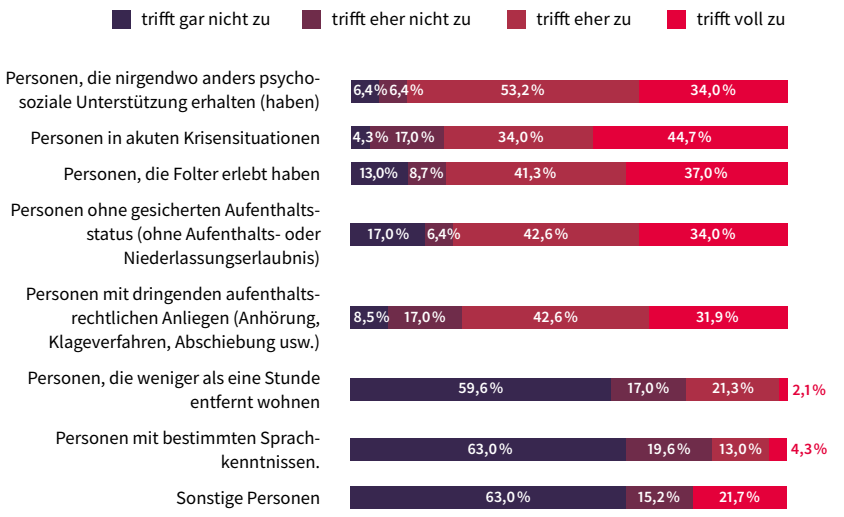
Aufnahmepraktiken der PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=48 PSZ mit 32.149 Klient*innen, Mehrfachangaben,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Entsprechend ihres Selbstverständnisses priorisieren die PSZ bei der Aufnahme neuer Klient*innen Personen ohne sicheren Aufenthaltsstatus. Wie im Vorjahr spielten folgende weitere Kriterien eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, ob Personen als Klient*innen aufgenommen werden oder nicht: fehlende Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung durch andere Stellen, akute Krisensituationen, Foltererfahrungen sowie dringende aufenthaltsrechtliche Anliegen. Zu den sonstigen Kriterien zählten insbesondere Menschen mit (mehreren) besonderen Schutzbedarfen, z. B. aufgrund des Geschlechts, einer Schwangerschaft, Minderjährigkeit sowie ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität. Aufgrund von Förderregelungen müssen zudem manche Zentren darauf achten, dass sie Klient*innen aus bestimmten Regionen/ Bezirken aufnehmen.

Aufnahmekriterien der PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=47 PSZ mit 31.994 Klient*innen, Mehrfachangaben,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen

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

2024 konnten pro Zentrum durchschnittlich 106,2 Personen an weitere Einrichtungen vermittelt werden (Median: 65,0; Durchschnitt: 106,2; n=39 PSZ mit 20.852 Klient*innen). Das entspricht einem Anstieg von 18,8 Prozent im Vergleich zu 2023 (89,4 Personen). Manche Zentren konnten im Rahmen zeitlich befristeter Projekte ihre Vernetzung mit der

gesundheitlichen Regelversorgung ausbauen. Inwiefern diese Erfolge angesichts der aktuellen Finanzierungskürzungen aufrechterhalten werden können, bleibt abzuwarten. Denn die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die regelmäßige und kontinuierliche Schulung und Beratung anderer Versorgungsakteur*innen durch die PSZ oft erforderlich ist, damit diese in der Lage sind, psychisch erkrankte Geflüchtete zu unterstützen (siehe Kapitel 3.2).

Knapp die Hälfte (durchschnittlich 41,1 Personen) der weitervermittelten Personen wurden nach wie vor von den PSZ begleitet, weil nicht alle Bedarfe durch die anderen Einrichtungen abgedeckt werden konnten. In diesen Fällen mussten die Zentren weiterhin Ressourcen investieren, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

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

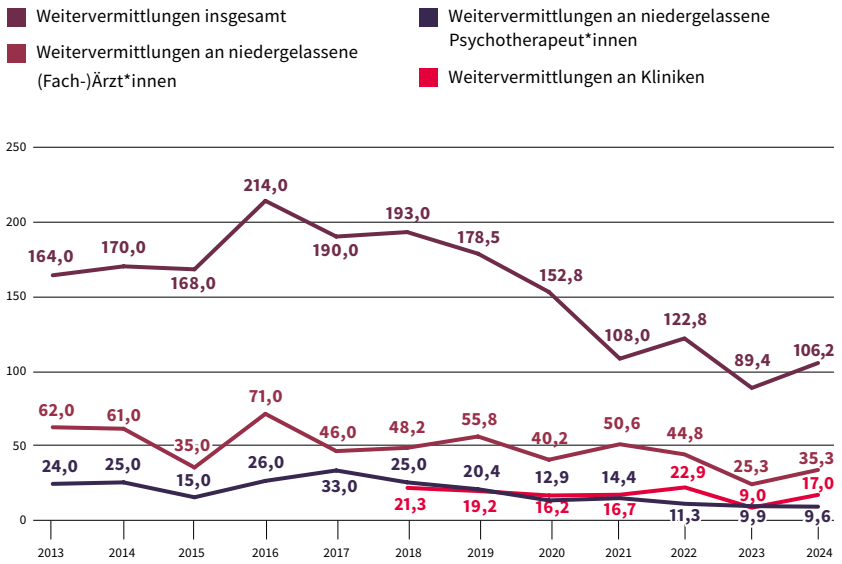
- 43,0 Klient*innen an Sozialberatungsstellen (Median: 26,0)
- 35,3 Klient*innen an niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen (Median: 17,5)
- 17,0 Klient*innen an Kliniken (Median: 7,0)
- 9,6 Klient*innen an niedergelassene Psychotherapeut*innen (Median: 4,5)
- 3,3 Klient*innen an ermächtigte Psychotherapeut*innen (Median: 0,0)
- 1,3 Klient*innen an Gutachter*innen (Median: 0,0)
- 51,8 Klient*innen an sonstige Einrichtungen/Personen (Median: 20,5; n=22-32 PSZ mit 14.178- 18.247 Klient*innen).

Die Anzahl der Weitervermittlungen an Sozialberatungsstellen, niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen sowie Kliniken konnte im Vergleich zu 2023 gesteigert werden. Demgegenüber blieb die Anzahl der Weitervermittlungen an ermächtigte und niedergelassene Psychotherapeut*innen weiterhin gering.

Zu den sonstigen Einrichtungen/Personen gehörten: Anwält*innen, Rechtsberatungsstellen, Jugendhilfe, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Eingliederungshilfe, Frauenhäuser, Traumaambulanzen, Suchtberatungsstellen und Migrant*innenselbstorganisationen. Die Vermittlung zu diesen Stellen fand in der Regel ergänzend zur Betreuung in den Zentren statt.

Bei Betrachtung der Anzahl der Weitervermittlungen insbesondere in die gesundheitliche Regelversorgung im Zeitverlauf lässt sich keine positive Entwicklung feststellen.

Entwicklung der Vermittlungszahlen im Zeitverlauf durchschnittlich pro PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2013–2024, © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

4.7 Finanzierung

- **Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet ist.**
- **Der größte Anteil der Finanzierung 2024 (30,3 Prozent) stammte aus Landesmitteln. 11,2 Prozent wurden über Bundesmittel bestritten.**
- **Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 6,6 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.**

4.7.1 Finanzierungsstrukturen

Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit ihrer Leistungen gefährdet ist. Die Finanzierungsquellen sind zudem oft sehr divers, was zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt, weil eine Vielzahl an Förderanträgen gestellt werden muss. Gleichzeitig ist die Diversität notwendig, solange es keine verbindliche langfristige Finanzierung gibt, um die Arbeitsfähigkeit der Zentren aufrechtzuerhalten. Wenn wichtige Finanzierungsquellen wie z. B. die der Bundesländer zurückgehen, müssen rechtzeitig Alternativen bereitstehen. Kürzungen werden oft kurzfristig bekannt gegeben, was schnelles Handeln erfordert. Auch die Bundesmittel für die PSZ wurden seit 2023 sukzessive um insgesamt ein Drittel gekürzt - ob ihre Arbeit weiter finanziert wird, erfahren die PSZ hier jedes Jahr erst Ende November (vgl. BAfF, 2025a).

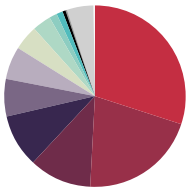
Eine zusätzliche Herausforderung bildet die zeitliche Befristung der meisten Finanzierungsquellen (häufig für ein Jahr), die dazu führt, dass Mitarbeitende oft nur für einen befristeten Zeitraum eingestellt werden können. Dadurch wird die Suche nach qualifizierten Fachkräften erschwert.

Wie in den vergangenen Jahren stammte der größte Anteil (30,3 Prozent) der PSZ-Finanzierung aus Landesmitteln. Ein Fünftel kam dagegen aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) – ein deutlicher Anstieg im zweiten Jahr in Folge (2023: 10,8 Prozent, 2022: 5,4 Prozent). Der unerwartete Ausschreibungsstopp für den AMIF Anfang 2025 sowie eine neue Regelung zur Mittelverteilung haben für einige Zentren erhebliche negative Konsequenzen. Ab 2026 sollen die Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel statt nach dem tatsächlichen Bedarf verteilt werden – ohne Berücksichtigung der etablierten Strukturen sowie Verfügbarkeit anderer Finanzierungsquellen. Manche Zentren müssen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung (Anfang 2026) mit einem Personalabbau von bis zu 75 Prozent rechnen.

Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 6,6 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

Sowohl die Finanzierungsstrukturen als auch die Budgets der einzelnen Zentren unterscheiden sich stark. Beispielsweise stammten 2024 bei fünf PSZ mehr als drei Viertel des Haushalts aus Landesmitteln, während vier PSZ keine solchen erhielten. Das Zentrum mit dem größten Budget hatte knapp neun Mio. Euro zur Verfügung – für mehrere Abteilungen inklusive einer Forschungsabteilung und diverse Angebote wie etwa zur beruflichen Qualifizierung. Das Zentrum mit dem kleinsten Budget verfügte lediglich über 160.000 Euro (durchschnittliches Budget unter allen PSZ: 1.294.335,59 Euro, Median: 718.451,50 Euro).

Finanzierungsquellen der PSZ



- **30,3 %** Landesmittel
- **20,6 %** AMIF
- **11,2 %** Bundesmittel
- **9,5 %** kommunale Mittel
- **6,6 %** Therapiefinanzierung (Sozialamt/Eingliederungshilfe/ Krankenkassen/Jugendämter)
- **6,0 %** Andere Stiftungen/NGOs
- **4,4 %** Kirchliche Fördermittel
- **3,2 %** Spenden, Bußgelder, Mitgliedsbeiträge
- **1,6 %** Wohlfahrtsverband
- **0,9 %** UNO-Flüchtlingshilfe
- **0,7 %** davon Träger (wenn kein Wohlfahrtsverband)
- **0,2 %** Sonstige EU-/internationale Mittel
- **0,1 %** Amnesty International
- **4,8 %** Sonstiges

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=40 PSZ mit 28.046 Klient*innen,
© Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

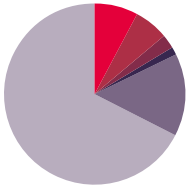
4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapie

Der Gesamtanteil der Therapien, der über die zuständigen Leistungsträger finanziert werden konnte, blieb gering. In den 18 Zentren, die Therapien beantragten, wurden weniger als ein Drittel von Sozialämtern, Krankenkassen und Jugendämtern übernommen.

Im Vergleich zu 2023 konnten auch weniger Therapien mit einer Ermächtigung (siehe Glossar) über die Krankenkassen abgerechnet werden. Seit Einführung des Rückführungsverbesserungsgesetzes 2024 können hierüber nur Therapien für Asylbewerber*innen, die sich seit mindestens 36 Monaten in Deutschland aufhalten, abgerechnet werden. Ohne eine Erweiterung der Zielgruppe, sodass geflüchtete Menschen ebenfalls

in den ersten 36 Monaten über die Ermächtigung behandelt werden können, ist zu erwarten, dass auch künftig nur wenige Therapien für geflüchtete Menschen darüber finanziert werden.

Kostenübernahme von Psychotherapien in den PSZ



- **7,9 %** Sozialamt über das Asylbewerberleistungsgesetz
- **6,1 %** Sozialamt über die Eingliederungshilfe
- **2,4 %** Jugendamt
- **1,4 %** Krankenkassen ohne Ermächtigung
- **14,7 %** Krankenkassen mit einer Ermächtigung
- **67,5 %** Sonstiges

Quelle: Befragung der PSZ 2024, n=18 PSZ mit 21.932 Klient*innen © Bundesverband Psychosozialer Zentren 2026

Kostenübernahme durch die Sozialämter

Die Sozialämter sind für die Kostenübernahme der gesundheitlichen Leistungen während des Asylverfahrens sowie bei geduldeten Personen und einzelnen humanitären Aufenthaltstiteln zuständig. Bei Personen, die sich seit weniger als 36 Monaten in Deutschland aufhalten, gestaltet sich die Übernahme von Therapiekosten durch die Sozialämter jedoch schwierig. Der Aufwand für die Antragstellung ist in der Regel sehr hoch und mit geringen Erfolgschancen verbunden, da einem Antrag häufig nur stattgegeben wird, wenn akute Erkrankungen oder Schmerzzustände vorliegen (§ 4 AsylbLG). Von der Möglichkeit, Leistungen zu gewähren, wenn diese „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (§ 6 AsylbLG), wird – nach Erfahrungen der PSZ – bei Psychotherapien eher selten Gebrauch gemacht. Bundesweite Daten zur Genehmigung von Kostenerstattungsanträgen von Therapien auf Grundlage des AsylbLG liegen nicht vor (vgl. Basekow et al., 2026 für eine Übersicht der Hürden beim Zugriff auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen).

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

Leistungsansprüche und Kostenträger während des und nach dem Asylverfahren

Angesichts der geringen Erfolgschancen beantragten auch 2024 lediglich acht PSZ eine Kostenübernahme von Psychotherapien beim Sozialamt. Zudem beantragten manche Zentren die Übernahme von Sprachmittlungs- und Fahrtkosten. Da Anträge in der Regel nur in Fällen mit hohen Erfolgschancen gestellt wurden, war die Bewilligungsquote hoch: bei Therapien 93,8 Prozent, bei Sprachmittlung 85,7 Prozent und bei Fahrtkosten 75,0 Prozent (n=2-7 PSZ). Die Ablehnungsquote für Therapien war mit 6,3 Prozent jedoch weiterhin höher als bei gesetzlich Versicherten (2,6 Prozent; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024[25]). Die Bearbeitung der Anträge dauerte im Schnitt 2,8 Monate und somit auch länger als in der Regelversorgung (n=13 PSZ, in der gesetzlichen Kran-

25 Auf Basis der Gutachtenstatistik für 2023 – aktuellere Daten waren noch nicht verfügbar.

kenversicherung gilt jeder Antrag, der nicht innerhalb von drei Wochen bearbeitet wird, automatisch als bewilligt).

AUSBLICK: Für die Gruppe der Minderjährigen könnten mehr Abrechnungsmöglichkeiten entstehen. Deutschland ist europarechtlich verpflichtet, dass Minderjährige im Asylverfahren dieselbe Art von Gesundheitsversorgung erhalten wie die eigenen minderjährigen Staatsangehörigen. Deshalb sollen zukünftig viele dieser Kinder und Jugendlichen über § 4 AsylbLG ab Einreise in Deutschland im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt werden.

Die Versorgung soll mit elektronischer Gesundheitskarte über die Krankenkassen erfolgen, ohne dass damit eine Mitgliedschaft entsteht. Die Sozialleistungsbehörden erstatten die Kosten an die Krankenkassen. Ob ausreichend zusätzliche Ressourcen für Kinder und Jugendliche im Kassensitzsystem zur Verfügung stehen, muss aber bezweifelt werden – und die Hürde der Sprachmittlung besteht weiterhin. Können die Leistungen nach § 4 AsylbLG für Minderjährige im Asylverfahren wiederum durch die PSZ erbracht werden und werden entsprechende Anträge gestellt, könnte sich die Zahl der Kostenübernahmen durch Sozialämter zukünftig erhöhen.

Kostenübernahme durch die Jugendämter

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

1. Zur Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses kann auch Psychotherapie angezeigt sein (vgl. Hilfen nach § 27 SGB VIII).
2. Im Fall einer (drohenden) seelischen Behinderung besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe, was je nach Hilfebedarf auch Psychotherapie umfassen kann (vgl. § 35a SGB VIII).
3. Für Psychotherapien im Rahmen der Krankenbehandlung sind vorrangig die Krankenkassen und Träger für Sozialleistungen

zuständig. Für Kinder und Jugendliche, die sich in Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe befinden, muss jedoch die Gesundheitsversorgung über das Jugendamt gewährt werden, sodass auch die Kosten für eine erforderliche Psychotherapie zu übernehmen sind (vgl. Krankenhilfe § 40 SGB VIII).

Für **Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen** (unbegleitete minderjährige Geflüchtete – „umF", siehe Glossar), ist insbesondere die Gesundheitsversorgung über das Jugendamt relevant, da keine weitere greift. Zur Vereinfachung der Verwaltung werden sie auftragsgemäß durch eine gesetzliche Krankenkasse betreut (§ 264 Abs. 2-7 SGB V). Dadurch entsteht zwar keine echte Mitgliedschaft bei der Krankenversicherung, sie erhalten aber in der Regel eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie gleichwertig und in vollem Umfang Zugang zu den Leistungen der Krankenkasse haben. Infolgedessen haben sie auch einen Anspruch auf Psychotherapie, wenn die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen (§ 27 SGB V). Leider gibt es zunehmend Versorgungsprobleme, weil Jugendämter die Erteilung der elektronischen Gesundheitskarte nicht oder nicht rechtzeitig einleiten. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten dann nur Krankenscheine, was zu Problemen bei der Aufnahme in Praxen und vor allem bei der Vereinbarung von Fachärzt*innenterminen führt.

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

auf die Arbeitshilfe des Bundesverbands Psychosozialer Zentren sowie des BuMF verwiesen (vgl. Melior & Scholz, 2025).

Therapien abgerechnet über das Jugendamt als Kostenträger

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

2024 versuchten zehn Zentren, eine Psychotherapie über das Jugendamt abzurechnen, doppelt so viele wie im Vorjahr. 81,3 Prozent der Anträge auf Psychotherapie, 87,0 Prozent der Anträge auf Sprachmittlung und 78,9 Prozent der Anträge auf Fahrtkosten wurden bewilligt (n=4-7 PSZ).

Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Der gesetzliche Ausschluss vieler geflüchteter Menschen von der Krankenversicherung führt dazu, dass Therapien in den PSZ sehr selten darüber finanziert werden können. Auch 2024 stellten lediglich drei PSZ Anträge auf Kostenübernahme von Psychotherapie bei Krankenkassen. Von den zehn gestellten Anträgen wurden neun bewilligt (n=3 PSZ). Anträge auf Übernahme von Fahrt- oder Sprachmittlungskosten wurden nicht gestellt, da es hierfür auch keinen gesetzlichen Anspruch gibt.

Kostenübernahme durch Ermächtigung

2015 wurde bundesweit eine neue Regelung zur sogenannten Ermächtigung von Psychotherapeut*innen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen geschaffen. Danach können ermächtigte Psychotherapeut*innen und Einrichtungen, die keinen Kassensitz haben, Therapien mit bestimmten geflüchteten Menschen über die Krankenkassen abrechnen (obwohl die Sozialämter Leistungsträger bleiben). Hierdurch soll ermöglicht werden, dass mehr Psychotherapeut*innen geflüchtete Menschen behandeln können. Die Regelung in § 31 Ärzte-ZV ist jedoch an einige Voraussetzungen gebunden, die die Nutzung erschweren. So dürfen ermächtigte Psychotherapeut*innen lediglich Asylsuchende behandeln, die Zugang zu analogen Leistungen wie gesetzlich Versicherte haben (wenn sie seit 36 Monaten in Deutschland, aber noch kein Mitglied einer Krankenversicherung sind). Die Asylsuchenden dürfen keine Aufenthaltserlaubnis, Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, also noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein. Wenn Änderungen des Aufenthaltsstatus während der Behandlung eintreten, entstehen Brüche in der Versorgung, da gegebenenfalls zu Behandler*innen mit Kassensitz gewechselt werden muss.

2024 verfügten lediglich zehn PSZ über eine Ermächtigung (n=46 PSZ). Alle 185 Anträge auf Kostenübernahme einer Therapie darüber wurden bewilligt (n=7 PSZ).

AUSBLICK: Seit der GEAS-Reform ist die Gruppe der minderjährigen Asylsuchenden mit der Neuregelung des § 4 AsylbLG eigentlich ab Einreise wie die Gruppe der §2-AsylbLG-Leistungsbezieher*innen, also im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung, zu behandeln. Der zukünftig höheren Nachfrage wäre durch entsprechend mehr Ermächtigungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu begegnen. So könnte sich die Zahl der Kostenübernahmen auch in den PSZ erhöhen.

5

FAZIT & HANDLUNGS-EMPFEHLUNGEN

5 — Fazit & Handlungsempfehlungen

60 Jahre nach dem Inkrafttreten des UN-Sozialpakts bleiben seine Anforderungen für viele Bevölkerungsgruppen in Deutschland unerfüllt. In einem hochentwickelten Gesundheitssystem sind notwendige Versorgungsleistungen für zahlreiche marginalisierte Menschen nach wie vor weder zugänglich noch ausreichend verfügbar, angemessen oder von der erforderlichen Qualität.

Begrenzte Kapazitäten – sowohl im Regelsystem als auch in spezialisierten Einrichtungen wie den Psychosozialen Zentren (PSZ) – sowie fehlende multiprofessionelle und niedrigschwellige Angebote schränken die Verfügbarkeit von Versorgungsleistungen erheblich ein. Hinzu kommen gesetzliche Einschränkungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die viele Schutzsuchende faktisch von notwendiger Versorgung ausschließen. Diese Praxis ist nicht nur sozialpolitisch problematisch, sondern auch ökonomisch kurzsichtig: Sie führt nachweislich zu höheren Folgekosten für Verwaltung und Gesundheitssystem (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015; Gold et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Burmester, 2014; Biddle, 2024).

Weitere Hürden wie fehlende Ansprüche auf Sprachmittlung, diskriminierende Praktiken – etwa bei der Terminvergabe – sowie unzureichende niedrigschwellige Orientierungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem erschweren den Zugang zusätzlich. Zugleich mangelt es an bedarfsgerechten und qualitativ angemessenen Angeboten, nicht zuletzt, weil diskriminierungssensible Versorgung in Ausbildung und Praxis bislang unzureichend verankert ist.

Die aktuelle Asylpolitik der Bundesregierung – wie die Einschränkung von Integrationskursen, der Abbau unabhängiger Asylverfahrensberatung sowie die Verschlechterung der Unterbringungsbedingungen und die Ausweitung von Haftmöglichkeiten im Rahmen der GEAS-Reform – droht die Teilhabemöglichkeiten geflüchteter Menschen weiter einzuschränken.

Gerade in Zeiten multipler Krisen braucht es eine klare politische Entscheidung für eine inklusive Gesellschaft und einen handlungsfähigen Sozialstaat. Ein Staat, der seiner Verantwortung gerecht wird, darf Menschen, die bereits Gewalt, Verfolgung und Flucht erlebt haben, nicht weiter ausgrenzen. Vielmehr muss er Rahmenbedingungen schaffen, die gewährleisten, dass das Recht auf ein gesundes und sicheres Leben für alle eingelöst werden kann.

Die Psychosozialen Zentren (PSZ) leisten hierzu seit Jahrzehnten einen zentralen Beitrag. Mit spezialisierten, multiprofessionellen Angeboten unterstützen sie Überlebende von Folter, Krieg und Flucht. Angesichts der Tatsache, dass derzeit nur ein Bruchteil – etwa drei Prozent – der Schutzsuchenden mit psychosozialem Unterstützungsbedarf erreicht wird, sind grundlegende strukturelle Veränderungen dringend erforderlich.

Der Bundesverband Psychosozialer Zentren empfiehlt daher:

- die nachhaltige Finanzierung, Umsetzung und Qualitätssicherung eines flächendeckenden, zielgruppenübergreifenden und systematischen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen auf Basis der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU bzw. 2024/1346 (siehe Glossar)
- 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

- einen am Versorgungsbedarf orientierten Ausbau spezialisierter Hilfen in PSZ durch flächendeckende und verstetigte Finanzierung von Bund und Ländern
- eine 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 sowohl für gesetzlich Versicherte als auch über das AsylbLG, insbesondere für Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes, erreichbar sein und die Kostenübernahme verbindlich regeln
- die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungssensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen, unter anderem durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula;
- die Verbesserung der Datenlage zu den gesundheitlichen und psychosozialen Bedarfen und der Versorgung geflüchteter Menschen.

Denn die Würde des Menschen ist, wie es in unserem Grundgesetz steht, unantastbar – unabhängig von Herkunft oder Aufenthaltsstatus. Sie zu achten und zu schützen, ist kein Luxus, sondern Pflicht.

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/

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

Bardelle, A. & Steinfurth, E. (2021). Psychische Erkrankungen und krankheitsbedingte Abschiebungsverbote. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Darlegungspflichten in der Entscheidungspraxis des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/09/Publikation-Psychische-Erkrankungen-und-krankheitsbedingte-Abschiebungsverbote.pdf

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

Basekow, J.; Kulike, S.; Schulenberg, C.; Massag, J.; Führer, A. (2026). Unversorgt, einsam und inadäquat untergebracht. Studie zur Versorgungslage geflüchteter Menschen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. In: Karato, Y.: Flucht & Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt 2026, 68-105. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2026/03/BAfF_VB_BB_MV_ST_2026.pdf

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

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

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

Blackmore, R.; Boyle, J. A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Gray, K.M.; Fitzgerald, G.; Misso, M.; Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9): e1003337. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003337

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

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

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

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

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

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

(BPtK) Bundespsychotherapeutenkammer und BAfF (2019). Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-

Gesetz). Gemeinsame Stellungnahme der BPtK und der BAfF. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-01_STN_BPtK_BAfF_Geordnete-R%c3%bcckkehr-Gesetz.pdf

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

(BAfF) Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2021). Lebensgefahr durch Abschiebungen: Schwerkranke Geflüchtete müssen besser geschützt werden. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/04/BAfF_Forderungen-zum-Schutz-schwer-kranker-Gefluechteter_2021.pdf

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

(BAfF) Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2025a). Policy Paper. Finanzierungslücken bei Bundes- und EU-Mitteln zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter. Analyse und Empfehlungen zur Stabilisierung spezialisierter Versorgungsstrukturen zwischen nationaler Verantwortung und europäischer Förderpolitik. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Paper_Finanzierungsluecken-PSZ-1.pdf

(BAfF) Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2025b). Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) zur Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/07/250708-BAfF-Stellungnahme-GEAS-Anpassungsgesetze.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.

Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste (2022): Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. WD 9 - 3000 - 059/22, 15.09.2022. https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e. V. (2021). Report Psychotherapie 2021. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

Deutsches 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

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

Gesellschaft für Freiheitsrechte & PRO ASYL (2026). Grundrechtliche Vorgaben bei Abschiebungen aus Zimmern in Geflüchtetenunterkünften. Zusammenfassung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 30. September 2025 (2BvR460/25) und Folgen für die Praxis. https://freiheitsrechte.org/uploads/publications/Soziale-Teilhabe/2026-02-Praxiseinordnung-BVerfGE-Grundrechte-Zimmer-Gefluechtete.pdf

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

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

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

Janda, C. (2021). Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. In: Nowak, A. C.; Krämer, A.; Schmidt, K. (Hrsg.), Flucht und Gesundheit. Facetten eines interdisziplinären Zugangs. *Z'Flucht*, Sonderband, 31–49.

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024). Gutachtenstatistik 2023. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/media/sp/Gutachtenstatistik_2023.pdf

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

Krause, U. (2018). Gewalterfahrungen von Geflüchteten. State-of-Research Papier 03, Verbundprojekt ‚Flucht: Forschung und Transfer', Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück / Bonn:

Internationales Konversionszentrum Bonn (BICC), Juni 2018. https://flucht-forschung-transfer.de/wp-content/uploads/2017/05/State-of-Research-03-Gewalterfahrungen-von-Flüchtlingen-Ulrike-Krause-1.pdf

Lindert, J.; Ehrenstein, O. S. von; Wehrwein, A.; Brähler, E.; Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29. https://doi.org/10.1055/s-0043-103344

Martin-Baro, I. (1990). Psicología social de la guerra: trauma y terapia. UCA Editores.

Melior, M. & Scholz, L. (2025). Therapeutische Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen. Arbeitshilfe zur Beantragung von Kostenübernahmen für Therapien und Sprachmittlung. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/03/arbeitshilfe-therapeutisches-arbeiten-mit-jungen-gefluchteten-menschen_BAfF_BumF_2025.pdf

Mlodoch, K. (2017). Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung. Vandenhoeck & Ruprecht.

Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). Flucht und Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht 2022. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAfF_Versorgungsbericht-2022.pdf

Mohsenpour, A.; Biddle, L.; Krug, K.; Bozorgmehr, K. (2021): Measuring Deterioration of Small-Area Housing Environment: Construction of a Multi-dimensional Assessment Index and Validation in Shared Refugee Accommodation. *SSM – Population Health*, Vol. 13, 100725. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100725

Nowak, A.C.; Nutsch N.; Brake, T.M.; Gehrlein, L.M.; Razum, O. (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*. 2023 Jul 5;23(1):1289. https://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/

PRO ASYL (2025). GEAS-Umsetzung in Deutschland: Mit voller Härte. https://www.proasyl.de/news/geas-umsetzung-in-deutschland-mit-voller-haerte/

Schammann, H.; Bürer, M.; Fick, J.; Gasch, S.; Glorius, B.; Kordel, S.; Mehl, P.; Meschter, D.; Neumeier, S.; Osigus, T.; Schneider, H.; Spenger, D.; Weidinger, T.; Younso, C. (2021). Zukunft für Geflüchtete in ländlichen Regionen. Befunde und Handlungsempfehlungen aus einem interdisziplinären Forschungsprojekt. https://www.gefluechtete-in-laendlichen-raeumen.de/fileadmin/gilr/pdfs/Thuenen-Ratgeber6_Zukunft_Gefluechtete.pdf

Schülle, M. & Frankenstein, A. (2019). Europa- und verfassungsrechtliche Anforderungen an die Auslegung von § 6 Abs. 1 AsylbLG in Hinblick auf Leistungen für geflüchtete Menschen mit Behinderungen – Anmerkungen zu LSG Hessen, Beschl. vom 11.07.2018 – L 4 AY 9/18 B ER und LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. vom 01.02.2018 – L 8 AY 16/17 B ER; Beitrag A16-2019 unter www.reha-recht.de; 15.08.2019. https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a16-2019

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

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

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

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

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

7

ANHANG

7 — Anhang

7.1 Glossar

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

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

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

Besondere Schutzbedarfe: Die Aufnahmerichtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates (2013/33/EU) 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 sowie 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 deutschen Liste der sogenannten sicheren Herkunftsstaaten: alle Mitgliedsstaaten der EU, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Ghana, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Republik Moldau, Senegal, Serbien. Nach einem Beschluss des EU-Parlaments von Februar 2026 gelten zudem folgende Länder EU-weit als sichere Herkunftsländer: Bangladesch, Kolumbien, Ägypten, Kosovo, Indien, Marokko und Tunesien sowie alle EU-Beitrittskandidaten, sofern keine besonderen Umstände bestehen (z. B. Krieg, gravierende Menschenrechtsverletzungen oder wirtschaftliche Sanktionen).

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 Übersicht der PSZ

Die Psychosozialen Zentren finden sich in allen Bundesländern.*

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

BADEN-WÜRTTEMBERG

1 Nadia Murad Zentrum (Standort Lörrach)
2 Traumanetzwerk Lörrach Caritasverband für den Landkreis Lörrach e. V.
3 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. Karlsruhe
4 PSZ Nordbaden (Standort Karlsruhe)
5 Refugium – Psychosoziales Zentrum für Menschen mit Fluchterfahrung (Standort Freiburg)
6 Refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
7 PBV Stuttgart – Psychosoziales Behandlungszentrum für Überlebende traumatischer Gewalt
8 BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
9 REFUGIO Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge

BAYERN

10 REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
11 PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
12 Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Geflüchtete Neu-Ulm e. V.

BERLIN

13 Zentrum Überleben gGmbH
14 Xenion – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte
15 MeG betreutes Wohnen gGmbH, Psychosoziale Unterstützung und Therapie für Migrant_innen erster Generation
16 Fachstelle für LSBTI*-Geflüchtete, Schwulenberatung Berlin

BRANDENBURG

17 PSZ Brandenburg – mit folgenden Standorten in Brandenburg: **17.01** Landkreis Barnim, **17.02** Landkreis Elbe-Elster, **17.03** Landkreis Oberspreewald-Lausitz, **17.04** Landkreis Oder-Spree, **17.05** Landkreis Teltow-Fläming, **17.06** Cottbus,**17.07** Landkreis Ostprignitz-Ruppin, **17.08** Landkreis Märkisch-Oderland, **17.09** Frankfurt (Oder), **17.10** Potsdam, **17.11** Landkreis Potsdam-Mittelmark, **17.12** Landkreis Oberhavel

BREMEN

18 REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e. V.

HAMBURG

19 Psychosoziales Beratungs- und Koordinierungszentrum SEGEMI
20 Lichtpunkt Traumatherapie und Psychosoziales Zentrum e.V.
21 PSB Flucht – Psychosoziale Beratung für Flüchtlinge

HESSEN

22 FATRA Frankfurt (Main) – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.
23 Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein
24 Psychosoziale Beratungsstelle für Flüchtlinge am Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität (Standort: Frankfurt/Main)

MECKLENBURG-VORPOMMERN

25 PSZ Greifswald, Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen
26 Psychosoziales Zentrum open huus, Diakonie Mecklenburgische Seenplatte gGmbH
27 Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

NIEDERSACHSEN

28 Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (Standorte in: **28.01** Braunschweig, **28.02** Cuxhaven, **28.03** Göttingen, **28.04** Hannover, **28.05** Lüneburg, **28.06** Oldenburg, **28.07** Osnabrück)
29 IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Oldenburg

NORDRHEIN-WESTFALEN

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

RHEINLAND-PFALZ

38 Psychosoziales Zentrum Montabaur
39 Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma (Standort Mainz)
40 Psychosoziales Zentrum Pfalz (Standort Ludwigshafen)
41 Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Trier
42 IN TERRA – PSZ für Flüchtlinge Rhein-Mosel-Ahr (Standort: Mayen)
43 Psychosoziales Zentrum Westpfalz (Standort Kaiserslautern)

SAARLAND

44 PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

SACHSEN

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

SACHSEN-ANHALT

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

SCHLESWIG-HOLSTEIN

49 Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge Brücke SH (Standort: Kiel)

THÜRINGEN

50 Refugio Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (Standorte in **50.1** Jena und **50.2** Erfurt)

Impressum

HERAUSGEBERIN: Bundesverband Psychosozialer Zentren. Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht e. V.
Am Sudhaus 2, 12053 Berlin
TEL.: +49 (0) 30 – 310 124 63
E-MAIL: info@psychosoziale-zentren.org
WEB: www.psychosoziale-zentren.org

AUTORIN: Yukako Karato
LEKTORAT: Dr. Patrick Baumgärtel
GESTALTUNG & SATZ: Hartmut Friedrich-Pfefferkorn

Die Publikation kann über den Onlineshop des Bundesverbands 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 Patrick Bopp Dias, Hanna Greve, Marc Hesse, Johanna Kinzel Žukova, Dietrich Koch, Anke Lenz und Hanna Thorwarth für die Interviews. Abschließend möchte ich mich bei der Geschäftsstelle des Bundesverbands und dem Vorstand, insbesondere Jenny Baron, Marie Melior, Ulrike Schneck und Barbara Wolff für ihr hilfreiches Feedback und die Unterstützung bei der Endredaktion bedanken.

Diese Publikation wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMBFSFJ dar. Die Verantwortung für den Inhalt der Veröffentlichung liegt bei der Autorin.

Gefördert vom:
Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

© Bundesverband Psychosozialer Zentren e. V. 2026.
Alle Rechte vorbehalten.

Wollen Sie unsere Arbeit unterstützen?

SPENDENKONTO:
Bundesverband Psychosozialer Zentren e.V.
IBAN: DE90 3702 0500 0003 2096 00
BIC: BFSWDE33XXX

Bundesverband
Psychosozialer Zentren
Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht

www.psychosoziale-zentren.org