Psychosoziale & psychiatrische Versorgung geflüchteter Menschen in den ostdeutschen Bundesländern 2022
Eine Bestandsaufnahme
Psychosoziale & psychiatrische Versorgung geflüchteter Menschen in den ostdeutschen Bundesländern 2022

Eine Bestandsaufnahme
Inhalt

Zusammenfassung ............................................................................................................. 5
Vorwort Prof. Dr. Barbara Bräutigam ................................................................................. 11
Geleitwort Elise Bittenbinder & Lukas Welz ................................................................. 13
1 Einleitung .................................................................................................................... 15
2 Methodisches Vorgehen ............................................................................................. 19
  2.1 Onlinebefragung der PSZ ..................................................................................... 20
  2.2 Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen aus der
gesundheitlichen Regelversorgung ............................................................................ 20
  2.3 Qualitative Interviews mit Akteur*innen aus dem Hilfesystem ....................... 22
3 Rahmen- und Versorgungsbedingungen Geflüchteter in den
ostdeutschen Bundesländern ....................................................................................... 23
  3.1 Bevölkerung und Regierung ............................................................................... 23
  3.2 Geflüchtete Menschen in den ostdeutschen Bundesländern .............................. 26
  3.3 Aufnahme und Unterbringung .......................................................................... 28
  3.4 Psychosoziale Belastung .................................................................................... 29
  3.5 Zugang zur Gesundheitsversorgung ................................................................. 29
  3.6 Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ...................................... 31
  3.7 Spezialisierte Versorgungsangebote für geflüchtete Menschen ....................... 34
  3.8 Die PSZ in den ostdeutschen Bundesländern ..................................................... 35
4 Daten aus den Psychosozialen Zentren ................................................................... 37
  4.1 Merkmale der Klient*innen ............................................................................. 37
    4.1.1 Gender & Alter ............................................................................................ 37
    4.1.2 Herkunftsländer & Aufenthaltsstatus ....................................................... 38
  4.2 Zugang zu den PSZ ......................................................................................... 40
  4.3 Versorgungsprozess ......................................................................................... 41
  4.4 Ressourcen der PSZ ....................................................................................... 43
    4.4.1 Mitarbeitende .............................................................................................. 43
    4.4.2 Finanzierung ............................................................................................... 43
  4.5 Versorgungspässe .............................................................................................. 44
    4.5.1 Wartezeiten und Ablehnungen .................................................................. 44
    4.5.2 Weitervermittlungen von Klient*innen ..................................................... 45
5 Erfahrungen aus der gesundheitlichen Regelversorgung mit geflüchteten Menschen ................................................................. 47
5.1 Anmerkungen zur Datenquelle ................................................................. 47
5.2 Gründe für Ablehnungen der Behandlung geflüchteter Menschen .......... 48
5.3 Effekte der Arbeit mit geflüchteten Menschen auf die Behandelnden ................................................................. 50
5.4 Sprachmittlung ................................................................................. 54
5.4.1 Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung ......................... 55
5.4.2 Inanspruchnahmee und Herausforderungen .................................... 57
5.5 Herausforderungen beim Entlassungsprozess ..................................... 59
5.6 Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten ...................................... 60
6 Erfahrungen aus dem Hilfesystem bei der Vermittlung geflüchteter Menschen ................................................................. 63
6.1 Bedarfe und Informationsstand zur Gesundheitsversorgung ...... 63
6.2 Versorgungs- und Vermittlungsprozess .......................................... 65
6.3 Hürden bei der Vermittlung .............................................................. 58
6.3.1 Hürden seitens der Versorgungsstrukturen/Behandler*innen ...... 58
6.3.2 Hürden seitens der Klient*innen ...................................................... 71
6.4 Auswirkungen der erfolglosen Vermittlung ....................................... 73
6.5 Erleichterung von Zugängen ............................................................. 74
7 Modelle guter Praxis ........................................................................... 75
7.1 Identifizierung von Schutzbedarfen und Vermittlung in die Migrationssozialarbeit in Brandenburg ........................................... 75
7.2 Das Landesprogramm Dolmetschen in Thüringen ......................... 76
7.3 Inklusion, transkulturelle Psychotherapie und Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt ................................................................. 77
7.4 Vernetzung und Sprachmittlung in Sachsen .................................... 77
7.5 Vernetzung und Angebote in Unterkünften in Mecklenburg-Vorpommern ................................................................. 79
8 Fazit und Forderungen ........................................................................ 81
9 Literaturverzeichnis ........................................................................... 87
Impressum ........................................................................................ 96
Modelle der unterstützenden Versorgung psychisch kranker Asylsuchender
Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen stellt überall in Deutschland eine besondere Herausforderung dar. In den ostdeutschen Bundesländern ist die Versorgungslage besonders gravierend. Das liegt u. a. an der im Bundesvergleich unterdurchschnittlichen Versorgungsdichte mit medizinischen und psychotherapeutischen Fachkräften und den ländlich geprägten Versorgungsstrukturen (vgl. Peikert et al., 2011).


Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des Projekts „Modelle der unterstützenden Versorgung psychisch kranker Asylsuchender“¹ wurde die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfö) beauftragt, gemeinsam mit den Projektpartnern, dem Psychosozialen Zentrum (PSZ) Brandenburg und dem PSZ für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt, sowie externen Wissenschaftler*innen aus Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen zu erheben. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in niedergelassenen Praxen, psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen wurden dafür zwischen Januar und März 2022 über eine Online-Erhebung befragt. Darüber hinaus wurden qualitative Daten im Rahmen von Interviews mit Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen und Unterkünften für Schutzsuchende durchgeführt, die regelmäßig versuchen, Personen mit

1 Das Projekt wurde gemeinsam durchgeführt von: KommMit für Migranten und Flüchtlinge e. V., PSZ Brandenburg und St. Johannis GmbH, PSZ Sachsen-Anhalt.

**Ergebnisse**

Die Ergebnisse verdeutlichen folgende Lücken bei der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen:

- allgemein fehlende Behandlungskapazitäten;
- fehlende spezifische Angebote, die auf die komplexen Bedarfe geflüchteter Menschen spezialisiert sind, sowie
- fehlende effektive Netzwerke und Kooperationen zwischen psychosozialen Hilfesystemen für geflüchtete Menschen und der gesundheitlichen Regelversorgung, um erfolgreiche Vermittlungen zwischen den Akteur*innen zu ermöglichen.

1. **Die Behandlung geflüchteter Menschen kann in vielen Fällen aufgrund von Hürden nicht in der gesundheitlichen Regelversorgung stattfinden.**

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mussten Behandlungen teilweise aufgrund von fehlenden Kapazitäten, fehlender Sprachmittlung oder zu langen Anfahrtswegen ablehnen. Psychotherapeutische Behandlungen wurden laut Befragten im Hilfesystem immer wieder durch behördliche Entscheidungen verwehrt. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erfuhrn folgende Herausforderungen bei der Behandlung dieser Personen- gruppe:

- hoher bürokratischer Aufwand bei der Beantragung von Therapien für geflüchtete Menschen, deren Behandlungen über das Sozialamt beantragt und abgerechnet werden müssen, und in der Organisation von Sprachmittlung;
fehlende Kapazitäten für den Extraaufwand in der Behandlung geflüchteter Menschen (u. a. Anträge, Organisation von Sprachmittlung);

fehlende Finanzierung von Sprachmittlung – ausschließlich in Thüringen steht ein flächendeckendes landesfinanziertes Programm für Audio- und Videodolmetschung zur Verfügung;

Schwierigkeiten durch Missverständnisse zwischen Behandler*innen und Patient*innen bezüglich der Erwartungen an die Behandlung.

Die Befragten im Hilfesystem teilten die Einschätzung der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Sie ergänzten Hürden, die die Versorgung geflüchteter Menschen behindern:

- Es fehle an früher, gezielter und umfassender Information (innerhalb der Communities der Geflüchteten) und Aufklärung über das Gesundheitswesen, Behandlungs- und Unterstützungsangebote;
- (Schutz-)Bedarfe würden nicht frühzeitig genug erhoben;
- die gesundheitliche Regelversorgung sei nicht auf die komplexen Bedarfe der geflüchteten Menschen eingestellt;
- Diversitäts- und Kultursensibilität fehle in der gesundheitlichen Regelversorgung.

2. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit Erfahrung in der Arbeit mit geflüchteten Menschen sehen viele positive Effekte dabei.

Beispielsweise konnten sie ihre transkulturellen Kompetenzen weiterentwickeln und spürten eine große Dankbarkeit der Patient*innen.

3. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen wünschen sich weitere Unterstützung, um geflüchtete Menschen besser behandeln zu können.

Hierzu gehören:

- besserer Zugang zu Sprachmittler*innen;
- mehr personelle oder finanzielle Ressourcen;
- bessere gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten für geflüchtete Menschen;
- mehr Informationen über Hilfsangebote sowie
- mehr bedarfsgerechte psychosoziale Angebote für geflüchtete Menschen.
4. Der schlechte Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung für geflüchtete Menschen führt zu Überlastungen in den Beratungsstrukturen des Hilfesystems.

Aus Mangel an Kapazitäten scheiterte die Vermittlung in die Regelversorgung oftmals. Dann blieben die Mitarbeiter*innen aus der Sozialarbeit für die Betreuung von Personen mit komplexen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Bedarfen verantwortlich, was für die Betroffenen unangemessen und für die Mitarbeiter*innen überfordernd war.

5. Starke Netzwerke zwischen gesundheitlicher Regelversorgung und dem psychosozialen Hilfesystem werden als wichtige Voraussetzungen erkannt, um erfolgreich untereinander zu vermitteln.

Doch Netzwerkarbeit ist mit hohen zeitlichen Ressourcen verbunden und kann nur realisiert werden, wenn sie eingeplant und finanziert wird.


7. Die Behandlung geflüchteter Menschen bedeutet für alle Beteiligten eine komplexe Aufgabe, die nicht ohne ausreichende Ressourcen leistbar ist.

Es muss anerkannt werden, dass diese Arbeit mehr Kapazitäten benötigt als die gesundheitliche Versorgung von Menschen, die in Deutschland sozialisiert wurden, über einen sicheren Aufenthaltsstatus und Deutschkenntnisse verfügen. Werden dafür keine Strukturen geschaffen und Gesundheits- und Hilfesysteme mit den Anforderungen weiterhin überlastet, hat das negative Folgen für hilfesuchende geflüchtete Menschen und alle Mitarbeiter*innen und Akteur*innen in diesem Bereich.

8. Beispiele guter Praxis zeigen, dass es in allen Bundesländern hilfreiche Ansätze gibt, um die Versorgung geflüchteter Menschen zu verbessern, die jedoch verstetigt werden müssen.

Forderungen

Die BAfF fordert grundlegende strukturelle Veränderungen, damit die Bedarfe Schutzsuchender angemessen bedient werden können. Aus den Ergebnissen des Projekts wurden für die ostdeutschen Bundesländer zusätzlich die folgenden Forderungen abgeleitet:

- Anerkennung der PSZ in den ostdeutschen Bundesländern als zentrale Akteur*innen der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen mit einem entsprechenden nachhaltigen Ausbau der PSZ-Finanzierung;
- Ausbau von Beratungsstrukturen in den Unterkünften der ostdeutschen Bundesländer, um Unterstützungsbedarfe der Bewohner*innen besser erkennen und adressieren zu können;
- Abschaffung von AnkER-Zentren und ähnlichen Unterbringungsformen, die die soziale Teilhabe geflüchteter Menschen erschweren;
- Förderung von Netzwerkstrukturen, um einen engeren Austausch aller an der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen beteiligten Akteur*innen zu ermöglichen (Runde Tische etc.);
- Förderung von Fortbildungen für Akteur*innen der gesundheitlichen Regelversorgung (u. a. Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Pfleger*innen) zu spezifischen Aspekten der psychosozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen (transkulturelle Kommunikation, Asylumverfahren etc.).
Vorwort
Prof. Dr. Barbara Bräutigam


Vielfalt auch in dieser Berufsgruppe abgebildet werden. Darüber hinaus müssen die Finanzierungsmöglichkeiten von Behandlungen (u. a. über die Krankenkassen) die Besonderheiten und die Komplexität der Bedarfe aller in Deutschland lebenden Personen stärker berücksichtigen.

Dieser Bericht fokussiert zum einen die Hürden in der psychosozialen Versorgung in den ostdeutschen Bundesländern, wo ländliche Prägung und in Teilen schwache Infrastruktur besondere Herausforderungen darstellen. Er zeigt aber auch, wie gute Praxis gelingen kann, insbesondere durch die Zusammenarbeit in Netzwerken. Oft spielen dabei die Psychosozialen Zentren (PSZ), die spezialisierte multiprofessionelle Angebote für geflüchtete Menschen bereitstellen, eine wichtige Rolle.

Aus meiner eigenen Erfahrung als Psychotherapeut*in weiß ich, wie wichtig interprofessionelle Netzwerke sind, um trotz mangelhafter Strukturen eine annähernd bedarfsgerechte Versorgung für geflüchtete Menschen anbieten zu können. Deswegen schätze ich die Arbeit sehr, die neben den PSZ von vielen Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen und Beratungsstellen in solchen Netzwerken geleistet wird, um psychosoziale Angebote inklusiver zu gestalten.

Prof. Dr. Barbara Bräutigam ist Professorin für Psychologie, Beratung und Psychotherapie an der Hochschule Neubrandenburg und Mitglied im Ausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer.
Geleitwort
Elise Bittenbinder & Lukas Welz

In ganz Deutschland ist die Versorgung Geflüchteter, die oft schwerste Menschenrechtsverletzungen erlebt haben, mangelhaft. Dabei hat sich Deutschland dazu verpflichtet, für die Gesundheit von Schutzensuchenden Sorge zu tragen und Überlebenden von Folter ebenso medizinische und psychologisch wie rechtliche und soziale Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Doch das deutsche Asylsystem bietet Geflüchteten nicht jenen Schutz und jene Versorgung, die ihnen eine vollständige Rehabilitation ermöglichen. Das Menschenrecht auf Gesundheit wird so nicht allen Menschen in Deutschland zuteil.


Ostdeutschland unterscheidet sich aber auch durch ein erhöhtes Maß an täglicher Bedrohung für geflüchtete Menschen durch rassistische Hetze, Gewalt und Terror. Gemessen an der Einwohnerzahl müssen für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen überdurchschnittlich viele rassistische Vorfälle festgestellt werden, wie die Studie „Leben in Gefahr. Gewalt gegen Geflüchtete in Deutschland“ der Amadeu Antonio Stiftung deutlich zeigt.

Diese Bedrohung wirkt sich nachhaltig auf die Lage der Betroffenen aus. Viele Geflüchtete haben schmerzliche Erfahrungen mit Gewalt und Verfolgung in ihrem Heimatland gemacht. Wenn sie dann alltäglich mit Rassismus konfrontiert sind, mit ständiger Bedrohung und Gewalt auf der Straße, wie können wir da von Sicherheit, von einem menschenwürdigen Asyl sprechen?


**Elise Bittenbinder**
Vorsitzende der BAfF

**Lukas Welz**
Geschäftsführender Leiter der BAfF
1 Einleitung

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) weist seit vielen Jahren auf die deutschlandweiten Mängel in der gesundheitlichen Versorgung für geflüchtete Menschen hin und setzt sich für ihre Verbesserung ein. Unter dem Dach der BAfF organisieren sich deutschlandweit 47 Psychosoziale Zentren (PSZ), die sich auf die Versorgung Schutzsuchender spezialisiert haben. Acht davon befinden sich in den ostdeutschen Bundesländern.

Die PSZ bieten ein multiprofessionelles Angebot an, in dem Schutzsuchende soziale, rechtliche, (psycho-)therapeutische und teilweise auch medizinische Unterstützung erhalten. Alle Angebote werden mit Sprachmittlung angeboten, d. h. Sprachmittler*innen arbeiten gemeinsam mit Berater*innen und Therapeut*innen im Team. Dadurch ermöglichen sie geflüchteten Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen von Anfang an Zugang zu Information, Gemeinschafts-, Beratungs- und Therapieangeboten (für weiterführende Informationen s. Kap. 3 und 4).


² Berlin wird im Rahmen dieses Berichts nicht zu den ostdeutschen Bundesländern gezählt, obwohl es geographisch in Ostdeutschland liegt. Die Bezeichnung „ostdeutsche Bundesländer“ bezieht sich auf Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.
von Routinedaten sind, die als wichtige Datenquelle für die Versorgungsforschung dienen.


Im Rahmen des Projekts „Modelle der unterstützenden Versorgung psychisch kranker Asylsuchender“3 wurde die BAfF beauftragt, gemeinsam mit den Projektpartnern, dem PSZ Brandenburg und dem PSZ für Migranten und Migranten in Sachsen-Anhalt, sowie externen Wissenschaftler*innen aus Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen zu erheben. Mit dem Ziel, die Erfahrungen der PSZ durch die Perspektiven von Behandler*innen der gesundheitlichen Regelversorgung und Akteur*innen, die geflüchtete Menschen in die Regelversorgung vermitteln, zu ergänzen, wurden zwischen Januar und März 2022 quantitative Daten von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in niedergelassenen Praxen, psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen erhoben. Darüber hinaus wurden qualitative Daten im Rahmen von Interviews mit Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen und Unterkünften für Schutzsuchende erhoben, die regelmäßig versuchen, Personen in die gesundheitliche Regelversorgung zu vermitteln.

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungslage von geflüchteten Menschen in den fünf ostdeutschen Bundesländern. Die Ergebnisse zei-

3 Das Projekt wurde gemeinsam durchgeführt von: KommMit für Migranten und Flüchtlinge e. V., PSZ Brandenburg und St. Johannis GmbH, PSZ Sachsen-Anhalt.
gen, inwiefern für Schutzzuchende, die psychisch belastet sind, in Ost-deutschland adäquate Behandlungsangebote zugänglich, verfügbar und tatsächlich erreichbar sind.

Nach der Erläuterung des methodischen Vorgehens (Kap. 2) werden die unterschiedlichen Realitäten in den ostdeutschen Bundesländern dargestellt (Kap. 3), die Versorgungsdaten der PSZ beschrieben (Kap. 4) und Erfahrungen von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen dargestellt (Kap. 5). Anschließend erfolgt die Beschreibung der Erfahrungen von Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen und Unterkünften bei der Vermittlung geflüchteter Menschen in die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung (Kap. 6). Kapitel 7 stellt Modelle guter Praxis bei der Aufnahme und Versorgung geflüchteter Menschen in die psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgung vor. Abschließend folgen ein Fazit und Forderungen an Entschei-
dungsträger*innen (Kap. 8).
2 Methodisches Vorgehen

Vor dem Hintergrund, dass repräsentative und flächendeckende Routine- 
daten zur psychosozialen Versorgung flüchteter Menschen in den ost- 
deutschen Bundesländern nicht zugänglich sind, werden in den folgenden 
Kapiteln Daten aus eigenen Erhebungen der BAFF und der PSZ beschrie-
ben. Diese stammen aus drei Quellen:

1) der jährlichen Onlinebefragung der PSZ (Mitgliedszentren der 
BAFF) zur Versorgungssituation in ihren Einrichtungen,
2) einer Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*in-
nen aus der gesundheitlichen Regelversorgung sowie
3) qualitativken Interviews mit Personen aus dem Hilfesystem für ge-
flüchtete Menschen (z. B. Sozialberatungsstellen, Unterkünfte).

Für jedes ostdeutsche Bundesland wurden darüber hinaus Daten zu ge-
ellschaftspolitischen Realitäten sowie der psychosozialen, psychothera-
peutischen und psychiatrischen Versorgung recherchiert und zusammen-
gefasst.

Zusätzlich wurde über kleine Anfragen an die Landesregierungen in Bran-
denburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt versucht her-
auszufinden, wie viele Anträge zur Kostenübernahme von Psychothera-
prien bei den Sozialämtern in den letzten Jahren eingereicht und geneh-
migt wurden. Die Antworten waren jedoch wenig ergiebig. Die angefragten 
Daten wurden von den jeweiligen Landesregierungen nicht bereitgestellt, 
zum Teil mit den Begründungen, dass der Datenschutz oder die Überlas-
tung des Gesundheitssystems durch die Covid-19-Pandemie die Ermitt-
lung der Daten verhindere.

Die Ergebnisse aus den Erhebungen und Recherchen wurden im Projekt-
verbund diskutiert und gemeinsam ausgewertet. Bei allen Befragungen 
waren Datenschutzstandards der Datenschutzgrundverordnung so-
des Bundesdatenschutzgesetzes eingehalten. Auch wenn die Daten 
außerhalb dieser Erhebungen nicht repräsentativ sind, bieten sie einen auf-
schlussreichen Einblick in die psychosoziale Versorgung flüchteter Men-
schel in den ostdeutschen Bundesländern.
2.1 Onlinebefragung der PSZ


Für diesen Bericht wurden die Ergebnisse der Befragung zur Versorgungssituation im Jahr 2020 für die sieben ostdeutschen PSZ, die damals Mitglieder der BAFÖ waren, gesondert ausgewertet. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

2.2 Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen aus der gesundheitlichen Regelversorgung


Zur Verteilung des Fragebogens wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen⁴, Landesärztekammern, die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer sowie die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) mit der Bitte kontaktiert, den Fragebogen weiterzuleiten oder auf ihrer Homepage zu verlinken. Zudem wurden die E-Mail-Adressen der psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Institutsambulanzen in den jeweiligen Bundesländern recherchiert und angeschrieben.

Die Befragung fand zwischen Mitte Januar und Ende März 2022 statt (inkl. einer Verlängerung um einen Monat).

223 Personen⁵ nahmen daran teil, die sich wie folgt aufteilten.

Nach Berufsgruppe:
- Psychologische Psychotherapeut*innen: 41,3 %
- Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie: 17,5 %
- Hausärzt*innen: 14,3 %
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen: 4,9 %
- Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 3,6 %
- Psychotherapeut*innen in Ausbildung: 2,2 %
- Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: 2,2 %
- Mitarbeitende der medizinischen Dienste der Erstaufnahmeeinrichtung: 1,8 %
- Sonstige Akteur*innen⁶: 13,9 %
- Keine Angabe: 1,3 %.

Nach Behandlungsort:
- Klinik: 11,7 %
- Niedergelassene Praxis: 69,5 %
- Sonstiges⁷: 21,1 %.

---

⁴ In Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden E-Mail-Adressen der niedergelassenen Psychotherapeut*innen und Hausärzt*innen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.
⁵ Da nicht alle Fragen von allen Befragten beantwortet wurden, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.
⁶ Z. B. Fachärzt*innen für Neurologie und Mitarbeitende der SPDi.
⁷ Z. B. Institutsambulanzen und SPDi.
Nach Bundesland:

- Sachsen: 33,2 %
- Sachsen-Anhalt: 22,9 %
- Thüringen: 22,4 %
- Brandenburg: 13,9 %
- Mecklenburg-Vorpommern: 6,7 %
- Keine Angabe*: 0,9 % (2 Fälle).

Nach Ländlichkeit:

- Arbeitsort eher städtisch: 60,1 %
- Arbeitsort eher ländlich: 39,0 %
- Keine Angabe: 0,9 % (2 Fälle).

2.3 Qualitative Interviews mit Akteur*innen aus dem Hilfesystem

Um den Prozess der Vermittlung geflüchteter Menschen in die gesundheitliche Regelversorgung vertieft zu untersuchen, wurden insgesamt 20 leitfadengestützte Interviews mit folgenden Akteur*innen aus dem Hilfesystem geführt: Sozial-, Migrations- und Fachberatungsstellen, Mitarbeitende aus Unterkünften und PSZ.

Der Fokus der Gespräche lag auf Versuchen, geflüchtete Menschen in Psychotherapie oder in psychiatrische Einrichtungen zu vermitteln, den Herausforderungen dabei und Beispielen guter Praxis.

Es wurden pro Bundesland jeweils zwei Interviews geführt. Diese wurden sowohl protokolliert als auch transkribiert.

Folgende Berufsgruppen wurden interviewt:

- fünf Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen für geflüchtete Menschen (Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und weitere Berufsgruppen)
- zwei Mitarbeiter*innen aus PSZ (Sozialarbeiterin, Arzt)
- drei Mitarbeiter*innen aus Unterkünften für geflüchtete Menschen (Erstaufnahmeeinrichtung, Gemeinschaftsunterkunft und Wohnverbund).

---

8 In anderen Teilen des Fragebogens wurden von diesen zwei Befragten Angaben gemacht, die darauf hindeuten, dass sie sich in einem ostdeutschen Bundesland befinden.
3 Rahmen- und Versorgungsbedingungen Geflüchteter in den ostdeutschen Bundesländern

3.1 Bevölkerung und Regierung


Brandenburg ist mit einer Größe von 29.654 km² das flächenmäßig größte ostdeutsche Bundesland, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern (23.295 km²) und Sachsen-Anhalt (20.459 km²). Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern gehören deutschlandweit zu den Bundesländern mit der geringsten Bevölkerungsdichte.

Tabelle 1: Bevölkerung, Fläche und Strukturdaten der ostdeutschen Bundesländer Brandenburg (BB), Mecklenburg-Vorpommern (MV), Sachsen (SN), Sachsen-Anhalt (ST) und Thüringen (TH) (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2022, 2022a, 2022b)

<table>
<thead>
<tr>
<th>BB</th>
<th>MV</th>
<th>SN</th>
<th>ST</th>
<th>TH</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2.531.071 Einw. auf 29.654 km²</td>
<td>1.610.774 Einw. auf 23.295 km²</td>
<td>4.056.941 Einw. auf 18.450 km²</td>
<td>2.180.684 Einw. auf 20.459 km²</td>
<td>2.120.237 Einw. auf 16.202 km²</td>
</tr>
<tr>
<td>14 Landkreise und vier kreisfreie Städte</td>
<td>Sechs Landkreise und zwei kreisfreie Städte</td>
<td>Zehn Landkreise und drei kreisfreie Städte</td>
<td>Elf Landkreise und drei kreisfreie Städte</td>
<td>17 Landkreise und fünf kreisfreie Städte</td>
</tr>
<tr>
<td>BB</td>
<td>MV</td>
<td>SN</td>
<td>ST</td>
<td>TH</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>----</td>
<td>----</td>
<td>----</td>
<td>----</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Größte Städte:</strong></td>
<td><strong>Größte Städte:</strong></td>
<td><strong>Größte Städte:</strong></td>
<td><strong>Größte Städte:</strong></td>
<td><strong>Größte Städte:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Potsdam (Landeshauptstadt mit 182.112 Einw.), Cottbus (98.693), Brandenburg/Havel (72.040)</td>
<td>Rostock (209.061 Einw.), Schwerin (Landeshauptstadt mit 95.609)</td>
<td>Leipzig (597.493 Einw.), Dresden (Landeshauptstadt mit 556.227)</td>
<td>Halle (237.865 Einw.), Magdeburg (Landeshauptstadt mit 235.775), Dessau-Roßlau (79.354)</td>
<td>Erfurt (Landeshauptstadt mit 213.692 Einw.), Jena (110.731), Gera (92.126)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die ostdeutschen Bundesländer werden derzeit von verschiedenen Regierungscoalitionen regiert:

- Brandenburg: SPD, CDU, GRÜNE
- Sachsen-Anhalt: CDU, SPD, FDP
- Thüringen: LINKE, SPD, GRÜNE (Minderheitsregierung)
- Mecklenburg-Vorpommern: SPD, LINKE
- Sachsen: CDU, GRÜNE, SPD.

In allen ostdeutschen Bundesländern ist die AfD die zweitstärkste Kraft in den Landtagen und die stärkste Oppositionspartei.

In Bezug auf die psychosoziale Situation geflüchteter Menschen werden in Koalitionsverträgen der Landesregierungen die folgenden Ziele formuliert:

**Tabelle 2: Vorhaben bezüglich der psychosozialen Situation geflüchteter Menschen in den Koalitionsverträgen ostdeutscher Bundesländer**

| Brandenburg (SPD, CDU & GRÜNE, 2019) | • hohe Priorität der Integration von geflüchteten Menschen und Migrant*innen zur Ermöglichung sozialer, politischer, wirtschaftlicher und kultureller Teilhabe  
• Weiterführung, Flexibilisierung und bedarfsgerechte Ausstattung des Landesprogramms „Deutsch für Flüchtlinge“ und Einsatz beim Bund für die Öffnung der Integrationskurse  
• Unterstützung der Kommunen beim Ausbau der Integrationsangebote (Integrationspauschale, die Migrationsso- |
zialarbeit, Absicherung der Arbeit der Willkommensinitiativen), damit die ins Land geflüchteten Menschen ein selbstbestimmtes Leben führen können

- Überprüfung der Wirkungen und ggf. Anpassung des Landesaufnahmegesetzes
- Begrenzung der Aufenthaltsdauer in Gemeinschaftunterkünften für Familien mit Kindern auf die Dauer von zwölf Monaten
- Begrenzung der Aufenthaltsdauer in der Zentralen Ausländerbehörde des Landes Brandenburg (ZABH) auf sechs Monate
- Unterstützung Schutzbedürftiger
- Förderung des PSZ in Fürstenwalde, um Versorgung entsprechend ihren besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten und damit den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie bezüglich der Identifikation und des Schutzes besonders schutzbedürftiger Geflüchteter gerecht zu werden

| Mecklenburg-Vorpommern (SPD & LINKE, 2021) | Konsequente Umsetzung des Integrationskonzepts „Zusammen leben in Mecklenburg-Vorpommern“, z. B.:
- Ermöglichen des Zugangs zu den Regelangeboten der Versorgung und Beratung für Zugewanderte trotz sprachlicher und kultureller Hürden
- nachhaltige und bedarfsgerechte Verfügbarkeit von Sprachmittlung in allen Regionen des Landes, insbesondere den ländlichen Räumen
- Abbau von Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Menschen mit Migrationshintergrund
- Verbesserung der bedarfsgerechten Verständigung zwischen medizinischem und pflegerischem Fachpersonal und Patient*innen
- Sicherung kultursensibler Versorgung und Pflege sowie der psychosozialen Beratung von Menschen mit Migrationsgeschichte |

| Sachsen (CDU, GRÜNE & SPD, 2019) | verstärkter Einbezug und Schutz besonderer Schutzbedürftigkeit (z. B. Überarbeitung des Gewaltschutzkonzepts; Einführung eines Clearingverfahrens)
- Fortführung bewährter Integrationsmaßnahmen
- Förderung der PSZ |
### Sachsen-Anhalt

(SPD, CDU & FDP, 2021)
- frühe und praxisnahe Aufklärung für Geflüchtete über das Leben in Deutschland, ihre Rechte und Pflichten
- interkulturelle Sensibilisierung und Öffnung von Behörden, Ämtern und Diensten
- Abbau von Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationsgeschichte
- Umsetzung des „Integrationskonzepts“ für die Gestaltung der Integrationspolitik
- Erhalt des Netzes an Migrationsberatungsstellen und Ausbau von Beratungsangeboten für queere Migrant*innen
- Schaffung von Migrationsbeiräten in den Kommunen, um Zugewanderte zu beteiligen

### Thüringen

(Linke, SPD & Grüne, 2020)
- Verbesserung der medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter und sog. Papierloser
- Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)
- institutionelle Förderung der PSZ (wie REFUGIO) und Sicherstellung der Therapien im Rahmen der Gesundheitskarte

### 3.2 Geflüchtete Menschen in den ostdeutschen Bundesländern

Die fünf ostdeutschen Bundesländer sind laut Königsteiner Schlüssel im Jahr 2022 gemeinsam für 15,32 % der asylsuchenden Menschen in Deutschland zuständig, davon 4,98 % Sachsen, 3,03 % Brandenburg, 2,70 % Sachsen-Anhalt, 2,63 % Thüringen, 1,98 % Mecklenburg-Vorpommern (vgl. Statista, 2022).


„In Deutschland finden sich Flüchtlinge häufig in Lebenssituationen wieder, in denen ihnen ihr Leben wie in einem Warteraum erscheint. Sie können für ihr Asylverfahren nicht einfach dorthin gehen, wohin sie möchten (Erstverteilung & Residenzpflicht), müssen in der ersten Zeit in überfüllten Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften mit wenig Privatsphäre wohnen (Wohnverpflichtung). Die Personen wissen nicht genau, was am nächsten Tag passieren wird, ob sie in Deutschland bleiben können oder möglicherweise wieder abgeschoben werden. Die fehlende Anerkennung des erlittenen Unrechts durch die Gesellschaft und im Asylverfahren, der Stress der unsicheren Aufenthaltssituation, finanzielle Abhängigkeit, Heimunterbringung oder auch rassistische Übergriffe tragen dazu bei, dass sich die Erfahrungen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts, wie die Flüchtlinge dies in extremster Form durch die Erfahrung von Folter erlebt haben, im Lebensalltag wiederholen. Die ständige Unsicherheit macht es schwer, zur Ruhe zu kommen, die vergangenen Erlebnisse hinter sich zu lassen und im neuen Leben in Deutschland Fuß zu fassen.“ (Flory et al., 2016)
3.3 Aufnahme und Unterbringung


Die Lage der Unterbringungen kann sehr unterschiedlich sein. Teilweise liegen sie abgeschieden mit eingeschränkten Verkehrsanbindungen und geringer Infrastruktur. Diese Form der Unterbringung trägt zur Isolation geflüchteter Menschen bei und erschwert Teilhabemöglichkeiten und Zugänge zu Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten.

den Abfahrten der Busse und Bahnen können Menschen stark in ihrer 
Mobilität einschränken, z. B. wenn es erforderlich ist, für den Ärzt*innen- oder 
Therapeut*innenbesuch eine größere Strecke auf sich zu nehmen.

### 3.4 Psychosoziale Belastung

Geflüchtete Menschen, die vor, während oder nach ihrer Flucht traumati-
sierende Erfahrungen gemacht haben, leiden teilweise sehr unter den Er-
lebnissen. Darüber hinaus sind sie in Deutschland bisweilen entwürdigen-
den Unterbringungsbedingungen, Diskriminierung und Gewalt ausge-
gesetzt. In westdeutschen wie in ostdeutschen Bundesländern sind frem-
denfeindliche Einstellungen gegenüber Migrant*innen und geflüchteten 
Menschen verbreitet, wie die Leipziger Autoritarismus-Studie belegt (vgl. 
Decker & Brähler, 2020). Immer wieder kommt es in diesem Zusammen-
hang auch zu gewaltvollen Übergriffen. Für das Jahr 2020 wurden von Op-
ferberatungsstellen folgende Zahlen zu rechter, rassistischer und antisem-
itischer Gewalt in Ostdeutschland veröffentlicht: Sachsen 208 
(5,11/100.000 Einwohner*innen), Sachsen-Anhalt 155 (7,10/100.000 Ein-
wohner*innen), Brandenburg 130 (5,15/100.000 Einwohner*innen), Thü-
ringen 102 (4,78/100.000 Einwohner*innen) und Mecklenburg-Vorpom-
mern 93 (5,78/100.000 Einwohner*innen) (vgl. Verband der Beratungsstel-
len für Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt e. V., 
2021).

Geflüchtete Menschen brauchen bestimmte Rahmenbedingungen, um 
ihre Erfahrungen aufzuarbeiten. Dazu gehören u. a. angemessene Unter-
bringung, Beratungsmöglichkeiten, soziale Kontakte, Teilhabemöglich-
keiten und Entwicklungs perspektiven. In manchen Fällen ist auch eine 
professionelle Psychotherapie notwendig.

### 3.5 Zugang zur Gesundheitsversorgung

Für die Gesundheitsversorgung in allen Bundesländern gilt: Der Rechtsan-
spruch auf Gesundheitsleistungen für Asylsuchende ergibt sich aus dem 
Asylbewerberleistungsgesetz. Demnach haben sie nur bei akuten Erkran-
kungen und Schmerzzuständen Anspruch auf erforderliche ärztliche Be-
handlung (§ 4 Abs. 1 AsylbLG). Nach 18 Monaten Aufenthalt in Deutschland 
haben Asylsuchende Anspruch auf Sozialhilfeleistungen gemäß SGB XII,
d. h. Leistungen analog zu gesetzlich Versicherten. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Leistungsansprüche und Kostenträger für Schutzsuchende während des Asylverfahrens und danach (Abb. 2).

**Abbildung 2: Leistungsansprüche geflüchteter Menschen nach Kostenträger**

![Diagramm zu Leistungsansprüchen]

Leistungsansprüche im Überblick. © BAFF e. V. 2021


### 3.6 Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung


Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl vorhandener Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen, die Bettendichte in den psychiatrischen Fachabteilungen und die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen in den ostdeutschen Bundesländern (s. Abb. 3).
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fachbereiche/Institutionen</th>
<th>BB</th>
<th>MV</th>
<th>SN</th>
<th>ST</th>
<th>TH</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl der Krankenhäuser mit psychiatrischer Versorgung</td>
<td>25</td>
<td>18</td>
<td>27</td>
<td>29</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Die folgenden Angaben beziehen sich auf 100.000 Einwohner*innen:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bettendichte in psychiatrischen Fachabteilungen</th>
<th>BB</th>
<th>MV</th>
<th>SN</th>
<th>ST</th>
<th>TH</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• KiJu Psychiatrie (K)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Psychosomatik/Psychotherapie (S/PT)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzt<em>innen und Psychotherapeut</em>innen</td>
<td>194</td>
<td>212</td>
<td>221</td>
<td>206</td>
<td>211</td>
</tr>
<tr>
<td>Allg. Medizin</td>
<td>39</td>
<td>47</td>
<td>41</td>
<td>42</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Psychotherapie (inkl. Psychosomatik)</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie für Erwachsene</td>
<td>19</td>
<td>17</td>
<td>32</td>
<td>20</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie für Kinder und Jugendliche</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Über die Bedarfsplanungs-Richtlinie wird deutschlandweit festgelegt, wie die Bedarfsplanung für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auf Landesebene gestaltet werden muss. Die Bewertung der Versorgungslage erfolgt über den Versorgungsgrad, der sich aus IST- und SOLL-Zustand des
Ärzt*innen/Einwohner*innen-Verhältnisses ergibt. Das folgende Fallbeispiel verdeutlicht, dass teilweise trotz einer theoretischen Übersorgung in einzelnen Landkreisen keine angemessene Versorgung realisiert werden kann.

**Fallbeispiel: Versorgungsdaten vs. reale Wartezeiten in Brandenburg**

3.7 Spezialisierte Versorgungsangebote für geflüchtete Menschen

Nicht in allen ostdeutschen Bundesländern gibt es ein spezialisiertes psychiatrisches oder psychotherapeutisches Angebot in der Regelversorgung für geflüchtete Menschen.

In Brandenburg ist eine spezialisierte, transkulturell-sensible Versorgung für Geflüchtete in der Regel nur im Rahmen ermächtigter Psychotherapeuten*innen möglich, wie sie z. B. das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge im Land Brandenburg anbietet. Darin beschränkt sich die Zielgruppe auf Geflüchtete, die länger als 18 Monate in Deutschland leben, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung und keine Arbeit oder Ausbildungsstelle und somit Anspruch auf sogenannte Analogleistungen haben, die denen aller krankenversicherten Bürger*innen entsprechen. Es besteht zudem die Möglichkeit, (spezialisierte) psychotherapeutische und psychiatrische Angebote der Regelversorgung sowie die PSZ in Berlin zu nutzen, das ist aber mit entsprechenden Fahrzeiten und -kosten verbunden. 9


In allen Bundesländern gibt es Traumaambulanzen für Menschen, die in Deutschland Gewalt erfahren haben, so auch in Ostdeutschland (vgl. Bundesministerium für Justiz, 2021). Teilweise besteht dort auch für geflüchtete Menschen die Möglichkeit, über die Leistung der Krankenkassen eine

9 Zudem gibt es seit 2021 das „Behandlungsprojekt des Gesundheitszentrums für Flüchtlinge (GZF) für Psychotherapeutische Versorgung von besonders Schutzbedürftigen aus dem Landesaufnahmeprogramm Nordirak (LAP-NI) in Brandenburg“. Im Rahmen des Projekts, das in Kooperation mit dem PSZ Xenion (Berlin) umgesetzt wird, werden Therapien für besonders schutzbedürftige Yezid*innen in der Gemeinschaftsunterkunft im Landkreis Oder-Spree durchgeführt.

Darüber hinaus gibt es in allen ostdeutschen Bundesländern eine Vielzahl weiterer Angebote, die auf die Versorgung geflüchteter Menschen ausge richtet sind. In Brandenburg gibt es beispielsweise niedrigschwellige psychosoziale und psychologische Unterstützungsangebote, die u. a. die Weiterleitung geflüchteter Menschen ins gesundheitliche Regelsystem unterstützen.10 Zudem können diese hier muttersprachliche und kultursensitive psychosoziale Beratung durch die Albatros gGmbH11, psychosoziale Stabilisierungsbetreuung der Fachberatungsdienste der Migrationssozialarbeit sowie Flüchtlingsprechstunden im sozialpsychiatrischen Dienst (z. B. Cottbus) wahrnehmen. Das Projekt Inter Homines bietet politisch Verfol gten und traumatisierten Menschen im Land Brandenburg psychosoziales Empowerment und Psychotherapie im Einzel- wie Gruppensetting an (vgl. Inter-Homines, 2022). In Sachsen-Anhalt bietet beispielsweise das Inklusionsprojekt „MiKo – Miteinander Kommunizieren“ geflüchteten mit Behinderungen Begegnungs-, Beratungs- und Teilhabemöglichkeiten. In Sachsen steht das Netzwerk „Traumanetz Seelische Gesundheit“ mit Beratungsstellen, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, stationären Angeboten für die Traumabehandlung sowie einer umfassenden Materialsammlung für Fachkräfte und Betroffene zur Verfügung.

### 3.8 Die PSZ in den ostdeutschen Bundesländern


---
10 Vgl. https://kommmit.eu/projekte
11 https://www.albatros-ggmbh.de/arbeit-mit-gefluechteten/beratung/brandenburg.html

Acht PSZ, die Mitglieder der BAfF sind, stehen für die Versorgung in den ostdeutschen Bundesländern zur Verfügung:

- **Brandenburg**: KommMit e. V. mit dem PSZ Brandenburg
- **Mecklenburg-Vorpommern**: PSZ Greifswald, PSZ Rostock: Ökohaus e. V.
- **Sachsen**: PSZ Chemnitz, PSZ Dresden und PSZ Leipzig
- **Sachsen-Anhalt**: PSZ Sachsen-Anhalt mit Standorten in Halle und Magdeburg
- **Thüringen**: PSZ REFUGIO Thüringen mit Standorten in Jena und Erfurt

Die PSZ haben oftmals keine nachhaltigen Finanzierungen, sondern werden durch Projektgelder und Spenden finanziert. Die unsichere Finanzierung führt zu prekären Arbeitsverhältnissen in einem Bereich, in dem teils schwer traumatisierte Menschen behandelt werden. Das stellt eine enorme Belastung für die Mitarbeitenden dar. Sie müssen sich neben ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen oder Ärzt*innen zusätzlich mit Finanzierungsfragen, Projektberichten u. Ä. beschäftigen, was ihre oftmals schon geringen zeitlichen Kapazitäten zusätzlich begrenzt. Der Bedarf an psychosozialer Unterstützung in PSZ ist dabei um ein Vielfaches höher als das Angebot und kann oftmals nur durch ein hohes Engagement der Mitarbeiter*innen und (teilweise) durch die Unterstützung von Ehrenamtlichen bewältigt werden.
4 Daten aus den Psychosozialen Zentren

2020 wurden in den sieben ostdeutschen Psychosozialen Zentren (PSZ), die damals Mitglieder der BAFö war, 2.375 geflüchtete Menschen versorgt. Davon waren 764 neue Klient*innen. In diesem Kapitel werden Daten zur Arbeit der Zentren dargestellt.

4.1 Merkmale der Klient*innen

4.1.1 Gender & Alter

52,0 % der Klient*innen waren männlich, 47,5 % weiblich (nicht-binär: 0,5 %, nicht bekannt: 0,1 %, n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen).

7,7 % der Klient*innen waren minderjährig, davon waren mehr als ein Viertel (27,7 %) sogenannte unbegleitete minderjährige Geflüchtete, d. h., sie sind ohne Begleitung ihrer Familien nach Deutschland geflohen (Abb. 3 und Abb. 4).

**Abbildung 3: Minderjährige und volljährige Klient*innen**

![Diagramm](image)

Befragung der PSZ 2020, n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen  ©BAfö 2022
4.1.2 Herkunftsländer & Aufenthaltsstatus

Die Klient*innen kamen aus über 100 verschiedenen Ländern. Ihre häufigsten Herkunftsländer waren:

- Afghanistan: 27,0 %
- Syrien: 12,7 %
- Russische Föderation: 11,2 %
- Iran: 10,5 %
- Irak: 7,7 % (n=1.161 Klient*innen).

Fast zwei Drittel der Klient*innen hatten einen sehr prekären Aufenthaltsstatus, d. h., sie verfügten über eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung ohne klare Perspektive, in Deutschland zu bleiben (Abb. 5).\(^{12}\) Im Vergleich hierzu hatte lediglich ein Viertel aller geflüchteten Menschen in Deutschland eine Aufenthaltsgestattung oder eine Duldung (Abb. 6). Dieser Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die PSZ prioritär Personen mit unsicherem Status aufnehmen, da diese die meisten Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben.

Abbildung 5: Aufenthaltsstatus der Klient*innen

- 34,0 % Aufenthaltsgestattung
- 26,8 % Duldung
- 0,7 % Ohne Papiere
- 30,7 % Aufenthaltserlaubnis
- 0,3 % Niederlassungserlaubnis
- 7,5 % andere/unbekannt

Befragung der PSZ 2020, n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen  ©BAfF 2022

Abbildung 6: Aufenthaltsstatus aller geflüchteten Menschen in Deutschland

- 11,6 % Aufenthaltsgestattung/Asylgesuch
- 11,3 % Duldung
- 1,8 % Ohne Papiere
- 60,2 % Aufenthaltserlaubnis
- 15,1 % Niederlassungserlaubnis

4.2 Zugang zu den PSZ

Dritte spielen häufig eine wichtige Rolle, damit Schutzsuchende den Zugang zu einem PSZ finden. Am häufigsten wurden sie von Mitarbeiter*innen der Unterkünfte oder von anderen Beratungsstellen an die PSZ vermittelt (Abb. 7).

**Abbildung 7: An die PSZ vermittelnde Akteur*innen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Akteur*innen</th>
<th>fast nie</th>
<th>selten</th>
<th>sehr häufig</th>
<th>regelmäßig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>durch Mitarbeitende der Unterkünfte</td>
<td>16,7</td>
<td>83,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch andere Beratungsstellen</td>
<td>33,3</td>
<td>66,7</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Klient*innen selbst</td>
<td>16,7</td>
<td>50,0</td>
<td>33,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Angehörige/Bekannte</td>
<td>33,3</td>
<td>16,7</td>
<td>50,0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Psychiater*innen</td>
<td>50,0</td>
<td>33,3</td>
<td>16,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Anwält*innen</td>
<td>66,7</td>
<td>33,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Kliniken</td>
<td>66,7</td>
<td>33,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Hausärzt*innen</td>
<td>66,7</td>
<td>33,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch ehrenamtliche Unterstützer*innen</td>
<td>83,3</td>
<td>16,7</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch andere Fachärzt*innen</td>
<td>16,7</td>
<td>83,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch niedergelasene Psychotherapeut*innen</td>
<td>50,0</td>
<td>50,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch Mitarbeitende der aufsuchenden Arbeit</td>
<td>66,7</td>
<td>33,3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>durch sonstige Akteur*innen</td>
<td>40,0</td>
<td>60,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ein durchschnittliches PSZ hatte ein Einzugsgebiet von 115,8 km (n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen). Zwei Drittel der Klient*innen hatten einen Anfahrtsweg von 25 km oder weniger (Abb. 8). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass viele Unterkünfte für geflüchtete Menschen schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sind, so dass auch bei kleineren Distanzen die Fahrtzeiten sehr lang sein können.
Abbildung 8: Anfahrtswege der Klient*innen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl der Klient*innen</th>
<th>Anteil der Klient*innen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 &lt;- 25 km</td>
<td>64,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>25 &lt;- 50 km</td>
<td>15,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>50 &lt;- 100 km</td>
<td>17,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>100 &lt;- 150 km</td>
<td>2,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>≥150 km</td>
<td>0,7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Befragung der PSZ 2020, n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen  ©BAfF 2022

4.3 Versorgungsprozess

Zum psychosozialen Ansatz der Zentren gehört, dass die Klient*innen ganzheitlich, multiprofessionell und bedarfsgerecht unterstützt werden. Dabei spielt die persönliche Beratung eine wichtige Rolle. 2020 erhielten die Klient*innen in den ostdeutschen PSZ folgende Art der Unterstützung:

- 81,5 % erhielten (psycho-)soziale und/oder asylrechtliche Beratung;
- 43,2 % befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung, meistens zusätzlich zur Beratung (lediglich 15,4 % waren ausschließlich in Psychotherapie);
- 2,5 % wurden psychiatrisch versorgt und
- 19,9 % nahmen an sonstigen Angeboten (z. B. kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote) teil (n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen).

Von den Klient*innen in Psychotherapie befanden sich die meisten in Einzeltherapie. Fast ein Fünftel konnte jedoch einzel- und gruppentherapeutisch unterstützt werden – trotz der pandemiebedingten Einschränkungen (Abb. 9).
Abbildung 9: Klient*innen in Einzel- und Gruppentherapie

- 78,2 % ausschließlich in Einzeltherapie
- 2,0 % ausschließlich in Gruppentherapie
- 19,8 % in Einzel- und Gruppentherapie

Befragung der PSZ 2020, n=5 PSZ mit 1.330 Klient*innen  ©BAff 2022

Die meisten Therapien waren zudem Kurzzeittherapien. Eine Therapie dauerte durchschnittlich 22,2 Sitzungen (n=5 PSZ mit 1.330 Klient*innen) (Abb. 10).

Abbildung 10: Klient*innen in Kurz- und Langzeittherapien

- 85,8 % in Kurzzeittherapie (bis zu 25 Sitzungen)
- 11,4 % in Langzeittherapie (25 bis 60 Sitzungen)
- 2,8 % in Langzeittherapie (mehr als 60 Sitzungen)

Befragung der PSZ 2020, n=5 PSZ mit 1.330 Klient*innen  ©BAff 2022
4.4 Ressourcen der PSZ

4.4.1 Mitarbeitende

In einem durchschnittlichen PSZ arbeiteten 15,3 fest angestellte Personen, die sich auf 9,7 Vollzeitstellen aufteilten. Zusätzlich zu den fest angestellten sind auch zahlreiche freie Mitarbeiter*innen, Mini-/Midi-Jobber*innen, Praktikant*innen sowie Ehrenamtliche in den Zentren tätig. 2020 beschäftigte ein durchschnittliches PSZ in Ostdeutschland 48,8 Personen ohne festes Beschäftigungsverhältnis (n=4-6 PSZ mit 1.140-1.555 Klient*innen). Mehr als die Hälfte dieser freien Mitarbeiter*innen waren Sprachmittler*innen.

Nach Tätigkeitsbereich differenziert teilten sich die Mitarbeiter*innen (sowohl fest angestellte als auch freie) wie folgt auf. Durchschnittlich:

- 7,0 in der Beratung
- 3,5 in der Psychotherapie
- 28,8 in der Sprachmittlung
- 2,8 in der Verwaltung
- 1,0 in der Körper- und Kreativtherapie
- 1,0 im Fundraising/Öffentlichkeitsarbeit
- 0,4 in der medizinischen Versorgung
- 1,4 in sonstigen Bereichen.

4.4.2 Finanzierung

Die Finanzierungssituation der PSZ ist oft sehr prekär. Sie werden zum größten Teil über öffentliche Fördermittel finanziert, die zeitlich befristet sind. Dadurch entstehen erhebliche Schwierigkeiten, Angebote nachhaltig zu gestalten und qualifiziertes Personal zu finden.

2020 stammte der größte Anteil der Haushalte der ostdeutschen PSZ aus Landesmitteln (Abb. 11). In diesem Punkt bestehen jedoch wesentliche Unterschiede zwischen den fünf Bundesländern. Von ihnen stellte Sachsen die meisten Mittel zur Verfügung, insgesamt etwa zwei Millionen Euro und förderte die sächsischen PSZ mit über 90 % der Gesamtfinanzierung der Einrichtungen, während in Brandenburg lediglich 16 % des PSZ-Budgets vom Land kam.

Der Bund und die Kommunen waren sehr wenig an der Finanzierung beteiligt. Die Kostenübernahme von Therapien über gesetzlich verankerte
Träger wie die Sozialämter (Asylbewerberleistungsgesetz), die Krankenkassen (SGB V) sowie die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) spielte kaum eine Rolle.

Das durchschnittliche Budget der PSZ umfasste € 848.348,60.

Abbildung 11: Finanzierungsquellen der PSZ

4.5 Versorgungsgänge

4.5.1 Wartezeiten und Ablehnungen

4.5.2 Weitervermittlungen von Klient*innen

Angesichts ihrer begrenzten Kapazitäten versuchen die PSZ immer wieder, Klient*innen an Akteur*innen der gesundheitlichen Regelversorgung weiterzuvermitteln. Das gelingt jedoch sehr selten, aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren, die in Kapitel 6 vertieft beschrieben werden. 2020 konnten pro Zentrum durchschnittlich:

- 50,3 Personen an niedergelassene Fachärzt*innen;
- 34,5 Personen an weitere Sozialberatungsstellen;
- 19,7 Personen an Kliniken;
- 10,2 Personen an niedergelassene Psychotherapeut*innen;
- 0,5 Personen an Gutachter*innen sowie
- 22,2 Personen an sonstige Einrichtungen weitervermittelt werden (n=6 PSZ mit 1.555 Klient*innen).
5 Erfahrungen aus der gesundheitlichen Regelversorgung mit geflüchteten Menschen

5.1 Anmerkungen zur Datenquelle

Die Ergebnisse in diesem Kapitel stammen aus der Befragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen aus der gesundheitlichen Regelversorgung.

Von den 223 Befragten gab ungefähr die Hälfte (55,2 %) an, geflüchtete Menschen zu behandeln. Sie hatten 2020 jeweils durchschnittlich 26,6 Patient*innen mit Fluchterfahrung. Dabei gab es eine große Bandbreite zwischen 0 und 100 Personen. Die Anzahl der behandelten Geflüchteten war tendenziell höher unter den befragten Hausärzt*innen als bei den anderen Berufsgruppen. Nach Bundesland differenziert fällt auf, dass die Befragten in Thüringen besonders häufig angaben, geflüchtete Menschen zu behandeln (75,0 %, n=50), während die Befragten in Sachsen-Anhalt diese Personengruppe nach eigenem Bekunden am seltensten aufnahmen (35,3 %, n=51).

5.2 Gründe für Ablehnungen der Behandlung geflüchteter Menschen

Die Befragten, die angaben, grundsätzlich geflüchtete Menschen zu behandeln, lehnten durchschnittlich 15,3 % der Anfragen von dieser Personengruppe ab (n=116). Die Angaben der einzelnen Befragten variierten jedoch sehr stark zwischen 0 % und 95 %. 50,9 % der Befragten gaben an, keine Anfragen geflüchteter Menschen abzulehnen. Auch hier lässt sich vermuten, dass Personen, die Schutzsuchende häufiger als Patient*innen aufnehmen, eher an dieser Befragung teilnahmen.

Die Befragten, die geflüchtete Menschen ablehnten, wurden nach den Gründen dafür gefragt. An den Antworten lässt sich erkennen, dass viele verschiedene Faktoren eine Rolle spielen, sowohl strukturelle Engpässe in der Gesundheitsversorgung als auch spezifische Barrieren für geflüchtete Menschen (Abb. 12). Für ungefähr die Hälfte dieser Befragten war die Tatsache, dass sie allgemein keine Kapazitäten mehr für neue Patient*innen haben, sowie der Arbeitsaufwand, um Sprachmittler*innen zu organisieren, (eher) entscheidende Gründe für die Ablehnungen.


Mögliche Erklärungen hierfür sind, dass Schutzsuchende, bei denen eine Kostenübernahme schwierig ist (beispielsweise weil sie sich noch am Anfang des Asylverfahrens befinden), gar nicht erst anfragen und entsprechend nicht abgelehnt werden oder dass eher Personen an der Befragung teilnahmen, die sich besser in dem Bereich auskannten und alternative Wege der Finanzierung fanden.

Nur sehr wenige Befragte lehnten Anfragen ab, weil sie sich unzureichend fachlich kompetent für die Arbeit mit geflüchteten Menschen fühlten. Auch das könnte darauf zurückzuführen sein, dass eher Personen mit Erfahrung in der Arbeit mit geflüchteten Menschen an der Befragung teilnahmen.
Sonstige Gründe, die jeweils von einzelnen Befragten genannt wurden, waren: Probleme beim Einhalten der Termine seitens der Patient*innen; persönliche Konflikte zwischen Behandelnden und Patient*innen; zu weit entfernter Wohnort der Patient*innen; zeitliche Probleme der Patient*innen, eine Therapie mit Sprachkursen, Ausbildung und/oder Arbeit zu vereinbaren; Bedenken seitens der Behandelnden, mit Sprachmittlung zu arbeiten, um die Privatsphäre bei einer Therapie zu schützen, sowie Skepsis seitens der Behandelnden, ob tatsächlich Behandlungsbedarf besteht.

### Abbildung 12: Gründe für Ablehnungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grund</th>
<th>trifft gar nicht zu</th>
<th>trifft eher zu</th>
<th>trifft voll zu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich nehme keine neuen Patient*innen im Allgemeinen auf.</td>
<td>30,8</td>
<td>13,5</td>
<td>28,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprachmittler*innen zu organisieren, bedeutet für mich zu großen Aufwand.</td>
<td>32,7</td>
<td>17,3</td>
<td>30,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Es gibt keine Finanzierungsmöglichkeiten für Sprachmittler*innen.</td>
<td>42,3</td>
<td>15,4</td>
<td>25,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe keinen Zugang zu Sprachmittler*innen.</td>
<td>38,5</td>
<td>19,2</td>
<td>26,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Viele Klient*innen schaffen es nicht, regelmäßig zur Behandlung zu kommen wegen der Entfernung.</td>
<td>24,5</td>
<td>37,7</td>
<td>30,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Fehlende Krankenkassenkarte/Übernahme von Behandlungskosten</td>
<td>55,8</td>
<td>15,4</td>
<td>17,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich nicht ausreichend kompetent/mir fehlt das Fachwissen.</td>
<td>48,0</td>
<td>38,0</td>
<td>10,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>11,8</td>
<td>23,5</td>
<td>58,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Befragung von Psychotherapeut*innen & Ärzt*innen, n=17-53 (Befragte, die Anfragen geflüchteter Menschen ablehnten) ©BAFF 2022

### 5.3 Effekte der Arbeit mit geflüchteten Menschen auf die Behandelnden

Die Befragten, die geflüchtete Menschen behandelten, hatten insgesamt den Eindruck, dieser Arbeit auch gerecht werden zu können. Mehr als drei Viertel konnten mit den transkulturellen Aspekten der Behandlung gut umgehen. Jeweils zwei Drittel hatten den Eindruck, dass sie die Erwartungen der Patient*innen mit Fluchterfahrung erfüllen konnten und dass sie für die Arbeit fachlich gut qualifiziert waren. Auch mehr als die Hälfte gab
an, klassische Behandlungsansätze gut umsetzen zu können. Nur ein Viertel der Befragten fühlte sich durch die Lebens- und Fluchtgeschichten der Patient*innen stark belastet (Abb. 13).

**Abbildung 13: Eindrücke bei der Arbeit mit geflüchteten Menschen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frage</th>
<th>1,0</th>
<th>2,1</th>
<th>3,1</th>
<th>4,1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich fühle mich in der Lage, mit interkulturellen Aspekten der Behandlung gut umzugehen.</td>
<td>21,4</td>
<td>60,2</td>
<td>17,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe den Eindruck, dass ich die Erwartungen der Patient*innen gut erfüllen kann.</td>
<td>32,0</td>
<td>59,8</td>
<td>6,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich fachlich gut qualifiziert für die Behandlung von geflüchteten Menschen.</td>
<td>31,6</td>
<td>49,0</td>
<td>16,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe das Gefühl, klassische Behandlungsansätze gut umsetzen zu können.</td>
<td>38,8</td>
<td>46,9</td>
<td>10,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich durch die Lebens- und Fluchtgeschichten der geflüchteten Menschen sehr belastet.</td>
<td>18,4</td>
<td>57,1</td>
<td>20,4</td>
<td>4,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Darüber hinaus nahmen viele durch die Behandlung geflüchteter Menschen positive Effekte ihrer Arbeit wahr. Acht von zehn konnten sich fachlich und transkulturell weiterentwickeln. Sechs von zehn hatten das Gefühl, besonders viel Dankbarkeit von dieser Klientel zu empfangen.

Die Befragten beschrieben jedoch auch einige Herausforderungen in der Arbeit. Acht von zehn gaben an, dass ihr Berufssalltag durch den erhöhten Zeitaufwand in der Behandlung komplizierter wurde. Auch die speziellen Bedarfe dieser Personengruppe sowie der Verwaltungsaufwand wirkten

**Abbildung 14: Positive Effekte der Arbeit mit geflüchteten Menschen**

![Diagramm der positiven Effekte](image1)

**Abbildung 15: Negative Effekte der Arbeit mit geflüchteten Menschen**

![Diagramm der negativen Effekte](image2)

„Durch die Sprachbarriere gehen so viele Informationen und auch möglicher Beziehungsaufbau verloren – beim Hinzuschalten eines sprachlichen Medi- ators (per Video oder vor Ort) gibt es immer den ‚Zwischenschritt’, über den auch viel verloren geht.“ (Befragte*r, Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen aus der gesundheitlichen Regelversorgung)

Zudem wurde das Stichwort „kulturelle Unterschiede“ von manchen genannt, wobei auch gewisse Vorurteile der Befragten deutlich wurden („Missachtung der abendländischen Lebensweise“).


Weitere Herausforderungen, die mehrere Befragte beschrieben, sind (je- weils 6 Angaben):

- Schwierigkeiten, eine Behandlung durchzuführen, wenn Pati- ent*innen Angst haben, abgeschoben zu werden, sowie
- die Komplexität der zu behandelnden Probleme (erhebliche traumatische Erfahrungen, Suchterkrankungen, soziale Stressfakto- ren im Alltag).

Zusätzlich macht ein Zitat einer*s Befragten deutlich, wie belastend nicht nur die Arbeit mit den geflüchteten Personen selbst, sondern auch die Zusammenarbeit mit Behörden sein kann:


(Befragte*r, Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen aus der gesundheitlichen Regelversorgung)


5.4 Sprachmittlung

Wie bereits aus vielen Studien bekannt und auch von den Befragten dieser Studie immer wieder betont sind fehlende Möglichkeiten, professionelle Sprachmittlung zu organisieren und zu finanzieren, grundlegende Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen. Vor diesem Hintergrund wurden im Fragebogen gesonderte Fragen zu Erfahrungen mit Sprachmittlung gestellt. In Bezug auf die Ergebnisse ist jedoch anzumerken, dass die Stichprobe nicht repräsentativ ist und deswegen keine Aussagen zum allgemeinen Stand der Sprachmittlung in der gesundheitlichen Regelversorgung getroffen werden können. Beispielsweise ist es möglich, dass überproportional mehr Personen mit Erfahrungen in

5.4.1 Möglichkeiten der Organisation und Finanzierung

Von den Befragten, die darüber informiert waren, gab ungefähr die Hälfte (56,6 %) an, dass sie die Möglichkeit haben, eine professionelle Sprachmittlung zu organisieren (n=143). Auffallend ist, dass Kliniken das deutlich häufiger bekundeten als niedergelassene Praxen (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2015).14 Das lässt sich dadurch erklären, dass Kliniken manchmal die Möglichkeit haben, Sprachmittlung über Krankenhausbudgets abzurechnen. Auch wenn in den meisten Fällen eine direkte Vergütung von Sprachmittlung nicht möglich ist, existieren in einzelnen Kliniken Absprachen mit ihren Trägern hierzu (vgl. ebd.).

Darüber hinaus gab es zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede. In Thüringen wurde am häufigsten angegeben, dass es die Möglichkeit einer professionellen Sprachmittlung gibt, in Sachsen-Anhalt am seltensten.15 Auch an dieser Stelle muss berücksichtigt werden, dass die Befragung nicht repräsentativ ist und entsprechend daraus keine allgemeinen Schlussfolgerungen für die Versorgungssituation gezogen werden können. Aus den Erfahrungen des Projektverbunds sind jedoch folgende Hintergründe bekannt:


14 Kliniken (n=21): 85,7 %; niedergelassene Praxen (n=88): 38,6 %.
15 Thüringen (n=33): 69,7 %; Mecklenburg-Vorpommern (n=12): 83,3 %; Sachsen (n=45): 57,8 %; Brandenburg (n=22): 50,5 %; Sachsen-Anhalt (n=29): 34,5 %.
50 Sprachen kann rund um die Uhr, mit etwas längeren Wartezeiten auch an Wochenenden und nachts, abgerufen werden. Das kostenfreie Audio- und Videodolmetschen-Programm ist zugänglich für Akteur*innen im medizinischen Bereich, in Ämtern und Vereinen. Es wird laut Aussage des Ministeriums (2020a) breitflächig genutzt.

- In Sachsen-Anhalt gibt es kein solches landesfinanziertes Sprachmittlungsangebot. Es ist zwar möglich, über das Projekt SiSA (Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt) Sprachmittler*innen persönlich, per Telefon oder Video für Gespräche mit Behörden, Schulen oder Beratungen zu beauftragen. Termine bei Psychiater*innen oder Therapie*nnen sind jedoch von diesem Angebot aufgrund der inhaltlichen Komplexität dieser Gespräche ausgeschlossen (vgl. Landesnetzwerk Migrantenerorganisationen Sachsen-Anhalt, 2019).


Unter den sonstigen Angaben wurde häufig darauf hingewiesen, dass die Befragten nicht genau wussten, von wem die Kosten übernommen werden. Bei den einzelnen Angaben, dass eine Finanzierung über die Krankenkassen möglich war, ist nicht klar, ob die Befragten in einzelnen Fällen ausnahmsweise eine Kostenübernahme genehmigt bekamen oder ob sie fehlerhafte Angaben machten, weil sie den Eindruck hatten, dass die Kosten von der Krankenversicherung übernommen wurden (obwohl sie eigentlich aus einer andere Quelle stammten). Einen gesetzlichen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkassen besteht nicht, somit ist dies i.d.R.
ausgeschlossen (Deutscher Bundestag, 2017). Zudem gaben mehr als ein Drittel (38,3 %) an, dass sie keine Möglichkeit hätten, Sprachmittlung zu organisieren.

Darüber hinaus gaben vier von fünf (80,9 %) der Befragten an, dass es in ihrer Einrichtung keine zuständige Person für das Organisieren (inkl. Finanzierung) von Sprachmittlung gibt (n=173).

**Abbildung 16: Möglichkeiten, Sprachmittlung zu finanzieren**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Möglichkeit</th>
<th>Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sozialamt</td>
<td>24,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhausbudget</td>
<td>8,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sprachmittlungspools</td>
<td>8,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jugendamt</td>
<td>7,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenkasse</td>
<td>6,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>27,2%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Befragung von Psychotherapeut*innen & Ärzt*innen, n=183 ©BAfF 2022

5.4.2 Inanspruchnahme und Herausforderungen

Die Befragten gaben an, dass bei ca. zwei Dritteln (63,5 %) ihrer Patient*innen mit Bedarf im Jahr 2020 tatsächlich irgendeine Form der Sprachmittlung organisiert werden konnte (inkl. nicht-professioneller Formen) (n=200). Die am häufigsten genutzte Sprachmittlung kam durch Bekannte bzw. Freund*innen der Patient*innen vor Ort zustande. Die Hälfte der Befragten gab jedoch an, dass professionelle Sprachmittler*innen vor Ort organisiert werden konnten (Abb. 17).\(^\text{16}\)

Angesichts der Tatsache, dass es vielerorts keine etablierten Strukturen zur Vermittlung von Dolmetscher*innen gibt und für einen Großteil von

---

\(^{16}\) Unter „Sonstiges“ wurden am häufigsten mehrsprachige Kolleg*innen der Befragten genannt.

**Abbildung 17: Formen der Sprachmittlung, die genutzt wurden**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Formen der Sprachmittlung</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bekannte/Freund*innen vor Ort</td>
<td>67,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Professionelle Dolmetscher*innen vor Ort</td>
<td>51,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Bekannte/Freund*innen telefonisch/über digitale Medien</td>
<td>34,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Übersetzungssapp</td>
<td>33,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Professionelle Dolmetscher*innen telefonisch/über digitale Medien</td>
<td>25,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>19,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Befragung von Psychotherapeut*innen & Ärzt*innen, n=88 (Befragte, die eine SpM organisieren konnten) ©BAfF 2022

5.5 Herausforderungen beim Entlassungsprozess

Insbesondere in Kliniken stellt der Entlassungsprozess eine weitere Schwierigkeit dar, weil die Barrieren für die Aufnahme geflüchteter Menschen in die gesundheitliche Regelversorgung auch für Nachsorgeangebote existieren. So gaben weniger als die Hälfte der Befragten an, dass bei Bedarf versucht wurde, an eine andere Einrichtung zu vermitteln (Abb. 19).
Abbildung 19: Entlassungsprozess

Zu den Herausforderungen bei der Vermittlung von Nachsorgeterminen wurden viele Punkte genannt, die die Befragten auch selbst bei ihrer eigenen Behandlung wahrnehmen (s. 5.3), u. a. der fehlende Zugang zur Sprachmittlung sowie allgemeine Kapazitätsdefizite in der psychosozialen Versorgung.

5.6 Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten

Zu Strukturen und Maßnahmen, die bei ihrer bisherigen Arbeit mit geflüchteten Menschen besonders hilfreich waren, wurden von den Befragten insgesamt 57 Angaben gemacht. Ein Großteil (36 Angaben) davon bezog sich auf die Zusammenarbeit in Netzwerken (Runde Tische, Qualitätszirkel u. Ä.), insbesondere mit Akteur*innen, die spezialisierte Angebote für Geflüchtete bereitstellen (z. B. die PSZ). Auch Fortbildungsangebote über das Asylverfahren oder zur transkulturellen Kommunikation wurden von mehreren Befragten genannt.
Darüber hinaus wurden die Befragten darum gebeten, ihre Wünsche zu äußern, um in Zukunft besser mit geflüchteten Menschen arbeiten zu können. Hierzu wurden 104 offene Textangaben gemacht. Folgende Themen wurden am häufigsten angegeben:

1. **Zugang zu Sprachmittler*innen (25 Angaben)**

   Die Befragten betonten, dass ein einfacherer Zugang zu gut qualifizierten Dolmetscher*innen mit Kostenübernahme die Arbeit deutlich erleichtern würde. Hierdurch würde sich der Aufwand, professionelle Sprachmittler*innen zu finden sowie deren Finanzierung zu regeln, reduzieren. Es müsste auch weniger auf informelle Formen der Sprachmittlung (z. B. über Bekannte der Patient*innen) zurückgegriffen werden, wodurch die Qualität der Betreuung sich deutlich verbessern würde.

2. **Mehr personelle oder finanzielle Ressourcen (16 Angaben)**

   Viele Befragte wünschten sich insgesamt mehr Ressourcen, um beispielsweise den Mehraufwand für die Koordinierung von Sprachmittlung abzudecken. Es wurde sowohl der Wunsch nach besserer Entlohnung als auch mehr Personal (um beispielsweise koordinierende Aufgaben abzudecken) geäußert.

3. **Allgemein bessere gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten für geflüchtete Menschen (13 Angaben)**

   Viele machten auf gesamtgesellschaftliche Verbesserungsbedarfe für mehr Teilhabemöglichkeiten geflüchteter Menschen aufmerksam. Beispielsweise nannten sie den Wunsch nach mehr Sprachkursen, mehr Begegnungsräumen für neu Zugewanderte und schon länger in Deutschland lebende Personen sowie schnellere Asylverfahren.

4. **Mehr Informationen über Hilfsangebote (11 Angaben)**

   Hierzu gehören Informationen über Finanzierungsmöglichkeiten, Hilfestrukturen und Ansprechpersonen (an die beispielsweise bei bestimmten Beratungsbedarfen weitervermittelt werden kann) sowie Informationen darüber, wie eine Sprachmittlung organisiert werden kann.
5. Mehr bedarfsgerechte psychosoziale Angebote für geflüchtete Menschen (11 Angaben)

Von vielen Befragten wurde der Wunsch nach mehr Psychotherapeuten, die entsprechend den Bedürfnissen geflüchteter Menschen qualifiziert sind, geäußert. Beispielsweise wünschten sie sich mehr Psychotherapeuten mit Fremdsprachenkenntnissen und/oder transkulturellen Kompetenzen. Zudem betonten manche den Bedarf an mehr spezialisierten Anlaufstellen für geflüchtete Menschen wie z. B. die PSZ.

Auch hier wird deutlich, dass innerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung der Bedarf an mehr Unterstützungsstrukturen gesehen wird, damit geflüchtete Menschen bedarfsgerecht versorgt werden können. Spezialisierte Angebote wie die PSZ werden positiv wahrgenommen, allerdings besteht nach Ansicht der Befragten auch in diesem Bereich ein Mehrbedarf.
6 Erfahrungen aus dem Hilfe-
system bei der Vermittlung
geflüchteter Menschen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung unter Mitarbeiter*innen aus Beratungsstellen und Unterkünften für geflüchtete Menschen beschrieben. Die Perspektiven der Befragten bestätigen viele Angaben der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen und ergänzen die ge-
nannten Herausforderungen und Verbesserungsperspektiven mit konkre-
ten Praxisbeispielen.

6.1 Bedarfe und Informationsstand zur Gesundheitsversorgung

Laut Befragten wendeten sich geflüchtete Personen mit den folgenden Be-
darfen an die Mitarbeiter*innen der Beratungsstellen und Unterkünfte:

- Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten (z. B. Terminsu-
  che, Beantragung von Leistungen, Beantwortung von Briefen, Be-
  gleitung zu Ämtern) (6 Befragte)
- Fragen zum Asylverfahren (5 Befragte)
- Fragen zur Unterbringung (5 Befragte)
- Körperliche Beschwerden und Gesundheitsfragen (5 Befragte)
- Soziale Fragen (z. B. Alltagsgestaltung, Integration, Betreuung) (4 Befragte)
- Psychische Belastungen und traumatische Erlebnisse (3 Befragte)
- Bildungs- und Arbeitsangelegenheiten (3 Befragte)

Dies verdeutlicht die Vielfältigkeit und Komplexität der Bedarfe, mit denen die Mitarbeiter*innen in der Arbeit mit geflüchteten Menschen konfron-
tiert sind. Der Umgang mit den vielfältigen Bedürfnissen erfordert unter-
chiedliche Kompetenzen und betont die Relevanz multiprofessioneller Unterstützungsangebote. Für Institutionen, die nicht darauf eingestellt
sind, kann es eine Herausforderung sein, die vielen verschiedenen Bedarfe im Blick zu behalten.

**Kenntnisse über das Gesundheitssystem**

Alle Befragten hatten den Eindruck, dass ihre Klient*innen wenn überhaupt nur wenige Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems hatten und sich daraus ein hoher Bedarf an umfassender Aufklärung ergibt. Wie gut sie über das Gesundheitssystem informiert sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab, nämlich der Dauer ihres Aufenthaltes in Deutschland und damit verbunden ihren Sprachkenntnissen, ihrer Vernetzung mit anderen Menschen (z. B. mit der eigenen Community oder Mitarbeiter*innen in Hilfesystemen) und eigenen Vorurteilen mit dem Gesundheitssystem. Auch die Verfügbarkeit von Informationen in der eigenen Muttersprache spielt eine Rolle. Darüber hinaus sei auch ein wichtiger Faktor, ob es im Herkunftsland der Person vergleichbare oder ganz andere Versorgungsstrukturen gegeben habe. Das Bildungsniveau spiele eine Rolle, z. B. ob Personen lesen und schreiben können, die aktuelle psychische Belastung, der Aufenthaltsstatus und damit die unterschiedlichen Zugangs möglichkeiten.

Informationen über das Versorgungssystem und die Zugänge erhielten ihre Klient*innen über die folgenden Kanäle:

- Vermittlung durch Mitarbeiter*innen (u. a. Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen) in Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder anderen Einrichtungen (8 Befragte);
- Mund-zu-Mund-Propaganda innerhalb der Communities geflüchteter Menschen (4 Befragte);
- Internet, Facebook, YouTube-Videos (3 Befragte);
- Menschen, die im Herkunftsland schon erkrankt waren, sind teilweise schon vor ihrer Ankunft gut über Behandlungsmöglichkeiten informiert (1 Befragter).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Mitarbeiter*innen in Unterkünften bei der Vermittlung geflüchteter Menschen eine zentrale Rolle spielen. Darüber hinaus kann das gezielte Streuen von Informationen in den jeweiligen Communities (u. a. über Social-Media-Kanäle) wichtig sein.
6.2 Versorgungs- und Vermittlungsprozess

Bedarfserhebung

Die Befragten erzählt, dass im Versorgungsprozess teilweise sogar die Bedarfserhebung eine Herausforderung darstellt, weil nicht immer ausreichend Privatsphäre zur Verfügung steht, etwa angemessene Räumlichkeiten für private Gespräche. Wird ein psychosozialer Bedarf festgestellt, erfolgen Maßnahmen wie beispielsweise:

- Identifizierung von spezifischen (Schutz-)Bedarfen;
- Abklärung von Sprachkenntnissen und Versicherungsstatus;
- Abklärung der Behandlungsmotivation und Einholen der Zustimmung für Behandlungs- oder Vermittlungsangebote;
- Abklärung vorheriger Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen und damit zusammenhängender Ängste;
- Aufklärung zu psychotherapeutischer/psychiatrischer Versorgung;
- Vermittlung an fluchtspezifische Angebote: Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen, Kliniken, SPDi und weitere Institutionen.

Die Befragten betonen, wie wichtig es sei, den Prozess der Information, der Aufklärung und des Beziehungsaufbaus umfassend und mit ausreichend Zeit zu gestalten. Das aktive Nachfragen seitens der Berater*innen nach schlechten Erfahrungen, Sorgen und Befürchtungen hielten die Befragten für wichtig, um hilfreiche Unterstützung sicherzustellen. Welche hohe Sensibilität im Prozess des Vertrauensaufbaus etwa bei queeren Menschen vonnöten ist, verdeutlicht ein Zitat aus einer Beratungsstelle für diese Personengruppe in Sachsen:

„Die Zielgruppe, mit der wir arbeiten, ist äußerst misstrauisch, der Vertrauensaufbau ist sehr schwer und dauert sehr lange. Wenn Therapeut*innen als cis und hetero wahrgenommen werden, reichen Klient*innen teilweise kleine Sachen, um Therapien abzubrechen oder nicht hinzugehen.“ (SN2)
Vermittlung

Alle Befragten, bis auf eine aus Thüringen, vermitteln in die gesundheitliche Regelversorgung. Die Vermittlungsversuche wurden als kompliziert und aufwendig beschrieben. Oftmals scheiterten sie aufgrund langer Wartezeiten oder langer Anfahrtsweg wie etwa bei Klient*innen aus Brandenburg, die zur Therapie nach Berlin kommen.

„Die Suche ist langwierig und zeitaufwendig: erst mal Recherchen, dann Telefonate und E-Mails, dann warten auf eine Antwort, dann kommt keine und manchmal eine Absage; dann wieder von vorne; und eigentlich hat man ja noch viele andere Sachen zu tun.“ (TH2)


Sie betrachteten die Erfolgschancen von Vermittlungen in die gesundheitliche Regelversorgung allerdings mehrheitlich pessimistisch und machten die Erfahrung, dass Vermittlungsversuche trotz immensen Unterstützungsaufwand oftmals nicht erfolgreich waren, wie die folgenden Aussagen aus verschiedenen Bundesländern verdeutlichen:

„Psychiatrische oder psychotherapeutische Anbindung in Brandenburg klappt fast nie.“ (BRB2)

„Man sitzt dann Stunden da und telefoniert alle ab und die Hälfte hat man nicht erreicht.“ (SA2)

„Psychosoziale Unterstützungssuche ist zäh, lang und zeitintensiv und sehr frustrierend. Aber wenn es Vermittlungsbedarf gibt, sage ich nie ‚es geht nicht‘; ich bleibe dran.“ (TH1)

Oftmals fehlten den Befragten die Kapazitäten, um nachzuverfolgen, ob die vermittelten Personen tatsächlich bei den Behandler*innen angekommen sind und eine Behandlung erfolgte. Sie gaben an, dass erfolgreiche Vermittlungen oftmals nur dort möglich seien, wo Kooperationen oder
Netzwerke mit Kliniken oder niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bestehen, die bereit sind, geflüchtete Menschen zu behandeln.

„Das Netzwerk ist schwierig aufzubauen, also wir haben keine Adressen, wohin wir weiterleiten können. Einfach so weiterzuleiten, funktioniert meistens nicht und bedeutet nur Stress für Geflüchtete. Die Beziehung und das Vertrauen sind das Wichtigste und natürlich eine vertraute Überwindung der Sprachbarriere.“ (MV2)

Eine Beratungsstelle in Sachsen baute beispielsweise Kooperationen mit Kliniken auf und traf mit ihnen eine Verabredung, wie die fehlende Sprachmittlung in Erstgesprächen sichergestellt werden kann.

„Mit den zwei größeren psychiatrischen Institutsambulanzen, an die wir viel verweisen, gibt es eine Vereinbarung, dass wir die Sprachmittlung für die Erstgespräche stellen und sie dann für alle weiteren Termine die Sprachmittlung organisieren. Die Sprachmittlung aus unserer Beratungsstelle zum Erstgespräch in die Klinik mitzuschicken, hilft den Klient*innen, die erste Hürde zu nehmen, weil sie den*die Sprachmittler*in schon kennen. Wir haben tolle Sprachmittler*innen, die sich teilweise stundenlang in Notfall sprechstunden mit reingesetzt haben.“ (SN2)

Bessere Erfahrungen werden auch gemacht, wenn Mitarbeitende aus Unterkünften oder Beratungsstellen die Vermittlung persönlich begleiten, wie dieses Zitat aus Sachsen zeigt:

„Es kann sehr schwierig sein, akut aufnehmen zu lassen. Es funktioniert besser, wenn wir Menschen aus der Beratungsstelle einweisen und Stellungnahmen oder medizinische Unterlagen zu Voraufenthalten mitgeben können, als wenn Menschen suizidal sind und selbst in eine Notaufnahme gehen. Da ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie weggeschickt werden, viel höher.“ (SN2)

Vermittlungen zu Hausärzt*innen oder Psychiater*innen werden als weniger kompliziert beschrieben als die Vermittlung zu einem*r Psychotherapeut*in, was die Befragten darauf zurückführen, dass es eine höhere Akzeptanz von psychiatrischer im Vergleich zu psychotherapeutischer Behandlung gebe. Ein Grund dafür sei, dass Psychiater*innen körperliche Beschwerden behandeln, die für viele Menschen besser greifbar und beschreibbar seien. Demnach gebe es auch eine höhere Bereitschaft, eine solche Behandlung anzunehmen.
Mehrere Befragte berichteten, dass sie ihre Vermittlungsversuche aufgegeben hätten und ihre Energie lieber in andere Aktivitäten investierten, weil der Weg so frustrierend und oftmals erfolglos sei. Mit Übergangslösungen versuchen sie, die Personen zu betreuen, und bieten beispielsweise langfristig Entlastungsgespräche an, obwohl Psychotherapiebedarf besteht.

„Wir beraten weiter, bis die Personen nicht mehr wollen oder es einen Aufenthaltstitel gibt. Wir stecken oft nicht mehr die Energie in Vermittlung, weil die Erfolgschancen so gering sind, dann lieber noch mal an Asylsituation, Unterbringung, Stabilisierungsgespräche in der Beratungsstelle. Es besteht eine hohe Frustration über die viele Zeit, die in Weitervermittlungsversuche fließt – ohne Erfolg. Input und Output stehen dabei nicht mehr im Verhältnis.“ (SN2)

6.3 Hürden bei der Vermittlung

Die Interviewten wurden danach gefragt, welche Hürden sie im Vermittlungsprozess seitens der Versorgungsstrukturen/Behandler*innen und welche seitens der Klient*innen wahrnehmen.

6.3.1 Hürden seitens der Versorgungsstrukturen/Behandler*innen

Ablehnung der Behandlung von behördlichen Stellen und fehlende Finanzierung: Als strukturelle Hürde wird der fehlende Zugang zu Versorgungsleistungen aufgrund der Beschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz beschrieben. Damit einher gingen aufwendige Antragsprozeduren, offene Fragen bezüglich der Finanzierung und häufige Ablehnungen der Behandlung, wie das folgende Zitat aus Sachsen illustriert:

„Psychiatrische Erstgespräche für Menschen in Erstaufnahmeeinrichtungen werden über die Landesdirektion Sachsen genehmigt und dort wird oftmals schon ein Erstgespräch abgelehnt. Es bedarf mehrerer Anläufe und Beantragen, damit Leute ein Erstgespräch bekommen, geschweige denn eine Behandlung. Medpoint Mitarbeiter*innen in Erstaufnahmeeinrichtungen kümmern sich darum, aber wir als Beratungsstelle unterstützen die Beantragung durch Stellungnahmen, um zu begründen, warum ein Erstgespräch wichtig wäre. Das ist ein enormer Aufwand.“ (SN2)

68
**Kapazitäten:** Es fehlten außerdem flächendeckende Kapazitäten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und Versorgungsangebote, die auf die komplexen Bedarfe geflüchteter Menschen spezialisiert sind. Damit gingen lange Wartezeiten einher:

„*In den besten Fällen dauert es vier Wochen, bis man einen Termin kriegt. Manchmal dauert es bis zu sechs Monate.“*(MV1)

Vor allem für geflüchtete Menschen mit spezifischen (Schutz-)Bedarfen wie beispielsweise queere Menschen ergäben sich bei der Vermittlung ins Gesundheitswesen besondere Herausforderungen, nämlich Personen zu finden, die mehrsprachig und queersensibel zugleich sind. Hier seien die Vermittlungschancen sehr gering oder ebenfalls mit langen Wartezeiten verbunden.

„*Dass wir erfolgreich Personen in eine psychotherapeutische Versorgung vermittelt haben, das kann ich an einer Hand abzählen in den letzten sechs Jahren.“*(SN2)

**Fehlende Sprachmittelung:** Sprachmittelung wird von allen Befragten als eine zentrale Hürde beschrieben. Oftmals stünden wenig mehrsprachiges Personal und keine Möglichkeiten für qualifizierte Sprachmittelung zur Verfügung bzw. die Kostenübernahme sei nicht geklärt. Das habe zur Folge, dass Behandlungen nicht stattfinden können. In stationären Settings könnten geflüchtete Menschen daher teilweise nur wenig oder keine Behandlungsangebote erhalten. Einige Befragte schreckt das davon ab, sie in Kliniken zu überweisen:

„An Kliniken überweisen wir bisher nicht: Sie scheinen Aufbewahrungsorte für Menschen zu sein, die kein Deutsch sprechen – es wird nicht auf sie einge-gangen.“ (TH1)

Es gebe teilweise wenig Flexibilität für den Einsatz von Telefon- oder Videosprachmittelung und stellenweise fehle den Kliniken dafür auch die technische Ausstattung, wie das folgende Zitat aus Sachsen verdeutlicht:


Es käme oftmals zum Einsatz von ehrenamtlichen Sprachmittel*innen, allerdings sei es auch in diesen Fällen eine Herausforderung, die Fahrtkosten für die Ehrenamtler*innen zu finanzieren. Auch sei es schwierig, für seltenere Sprachen qualifizierte Sprachmittelung zu finden.

**Fehlende Diversitäts- und Kultursensibilität:** Menschen, die nicht in Deutschland sozialisiert sind, haben oftmals unterschiedliche Verständnisse von Krankheiten, ihren Entstehungshintergründen und Behandlungsformen. Die Befragten erzählten, dass es auf Seiten der Behandler*innen teilweise an Sensibilität im Umgang mit dieser Unterschiedlichkeit fehle, was zu Missverständnissen führe bzw. Behandlungen unterbinde, weil keine Vertrauensbasis zwischen Behandler*in und Patient*in aufgebaut werden konnte.

„Vermittlung bedarf vieler Vorarbeit und führt teilweise zu Missverständnissen und Unzufriedenheit. Klient*innen fühlen sich nicht abgeholt und Behandler*innen gehen von Therapieunwillen aus. Es braucht Zeit, bevor die Behandlung anfangen kann, da besteht Mangel.“ (SN2)
6.3.2 Hürden seitens der Klient*innen

**Unsicherheiten und Befürchtungen bezüglich der Behandlung im Gesundheitswesen:** Die Befragten beschrieben Vorbehalte der Klient*innen gegenüber Behandler*innen und dem Gesundheitswesen. Es wurde auch erzählt, dass Klient*innen sich darum sorgen, ob sie den Behandler*innen im Gesundheitswesen vertrauen können und ob diese ihnen offen oder im schlimmsten Fall diskriminierend begegnen.


„Manchmal stellt die Akzeptanz der Klient*innen ein Hindernis dar, an einer Behandlung teilzunehmen. Sie schämen sich, daran teilzunehmen, oder wissen auch nicht viel darüber. […] Sie brauchen häufig ein bisschen Zeit, bis sie davon überzeugt sind, diesen Schritt zu machen.“ (MV1)

**Herausforderung, über das Erlebte (wiederholt) zu sprechen:** Als Herausforderung für die Klient*innen wurde beschrieben, dass sie psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung teilweise als Belastung erleben, weil sie wiederholt über schambehaftete Erlebnisse sprechen müssen, die sie in anderen Kontexten (z. B. Asylverfahren) schon häufig berichteten mussten.
Schwierigkeiten mit Pünktlichkeit & räumlicher Orientierung u. a. aufgrund schwerer Belastung: Es wurde beschrieben, dass Menschen aufgrund ihrer schweren psychischen Belastung oftmals Probleme damit haben, Termine (pünktlich) einzuhalten oder sich gut zu orientieren. Das führe wiederholt zu Terminausfällen oder sogar Behandlungsabbrüchen.

6.4 Auswirkungen der erfolglosen Vermittlung
Die langen Wartezeiten und die Unmöglichkeit, Menschen in die gesundheitliche Regelversorgung zu vermitteln, haben immense Auswirkungen. Personen bleiben mit ihren Belastungen alleine, was häufig dazu führt, dass Krisen sich zuspitzen und/oder chronifizieren.

„Je nach Fachrichtung bis ein halbes Jahr Wartezeit bei Ärzt*innen kann die Auswirkung haben, dass sich die gesundheitliche Situation der Person so verschlechtert, dass ohnehin erst mal alles notfallmäßig passieren muss, wie beispielsweise ein akuter Klinikaufenthalt.“ (TH2)

„Das Weiterbestehen der Belastung führt außerdem dazu, dass weitere Dinge, die beim Ankommen in Deutschland helfen können, nicht erledigt werden, wie z. B. einen Sprachkurs zu machen.“ (BRB2)

Aufgrund der langen Wartezeiten verloren Klient*innen die Motivation, sich in Behandlung zu geben bzw. die Hoffnung auf eine Verbesserung ihres Zustands. Eine Befragte aus Brandenburg wies darauf hin, dass eine fehlende frühe Identifizierung von Beschwerden verhindere, dass diese im Asylverfahren gerichtlich eingebracht werden können.

Fallbeispiel aus Sachsen: 1,5 Jahre Wartezeit auf psychiatrische Anbindung

„Ein schwuler Mann aus Nigeria war seit 2017 in der Beratung bei einer queeren Beratungsstelle in Sachsen. Dort ist sofort aufgefallen, dass er hochgradig belastet ist. Er hatte Dissoziationen in der Beratung, Depersonalisations- und Derealisationserleben und Amnesien bezüglich Traumainhalten. Es hat 1,5 Jahre gedauert, bis eine langfristige psychiatrische Anbindung realisiert werden konnte. In diesem Zeitraum gab es 4-5 akutstationäre Kurzaufenthalte und psychiatrische Kriseninterventionen. Die Anbindung hat so lange gedauert, weil es u. a. keine Sprachmittlung gab und die Person sich immer wieder verlaufen und die Wege

Es ist wichtig, medizinisches und therapeutisches Personal für die Bedarfe geflüchteter, queerer Menschen zu sensibilisieren. Beispielsweise muss klar sein, dass man Personen mit so starker Belastung nicht nur mit Infos auf Papier, wie sie einen Termin ausmachen können, entlassen kann – und das war ‚s. Für die allermeisten funktionieren Gespräche besser als Info-Broschüren. Das muss nicht einzeln, sondern kann auch in der Gruppe sein; es muss die Möglichkeit geben, Rückfragen stellen zu können und Personen da zu haben, die sehen, dass ich gerade verwirrt bin.“ (SN2)

Die Beratungsstellen, die nicht vermitteln können, betreu den Personen so gut, wie es geht, weiter und arbeiten oftmals über ihre Grenzen (Qualifikationen und Kapazitäten) hinaus, was risikoreich ist und die Mitarbeiter*innen in Gefahr bringt, auszubrennen.

„Wir müssen teilweise dabei zugucken, wie sich Krisen zuspitzen, Menschen immer weiter destabilisieren. Der Asylprozess bedeutet eine Gewalterfahrung für Betroffene und sie machen eine Erfahrung des Kontrollverlusts. Das bringt uns in die Situation, etwas halten und ausgleichen zu müssen, was wir gar nicht können. Berater*innen müssen Arbeiten übernehmen, für die sie nicht ausgebildet sind, weil Menschen nicht die Behandlung bekommen, die sie benötigen; das können wir momentan einigermaßen leisten, aber ich weiß, dass ich nicht leisten kann, was eine Person in dem Moment brauchte, z. B. die Hilfe notfallpsychiatrischer Einrichtungen, Traumataufarbeitung usw.“ (SN2)
6.5 Erleichterung von Zugängen

Die Befragten gaben die folgenden Punkte als zentral an, um die Zugänge für geflüchtete Menschen zu verbessern:

- **Netzwerke**: Mehr Kontakt innerhalb der Helferszene inkl. psychiatrischer und psychotherapeutischer Angebote der gesundheitlichen Regelversorgung
- **vielfältige, zielgerichtete Angebote** für Communities, die schwer erreicht werden (z. B. queere Personen in der eritreischen Community in Sachsen)
- **mehr Kapazitäten und flächendeckendere Angebote** zur Vermeidung langer Anfahrtswege und Wartezeiten, Sicherstellung von Behandlungsplätzen für hilfesuchende Menschen
- **Personalfluktuation vermeiden**, z. B. in Gemeinschaftsunterkünften, um stabile Kontakte aufbauen zu können
- **Sensibilisierung und Qualifizierung** der Mitarbeitenden in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für geflüchtete Menschen mit besonderen Schutzbedarfen wie etwa Queere
- **Sprachbarrieren vermeiden** durch mehrsprachiges Personal und zuverlässige Verfügbarkeit von Sprachmittelung v. a. in seltenen Sprachen
- **frühe Aufklärung und Information** über Rechte, Pflichten und Unterstützungsangebote für geflüchtete Menschen. Hierzu gehört die Sichtbarkeit von relevanten Themen in Unterkünften (z. B. Gewalterfahrungen, Diskriminierung, Queerness) sowie der Verweis auf Hilfsangebote an relevanten Stellen beispielsweise in behördlichen Schreiben
- **Kontaktmöglichkeiten mit Menschen**, die in Deutschland länger leben für Austausch und Unterstützung
- **frühe Identifizierung von** Schutzbedarfen.
7 Modelle guter Praxis

In diesem Kapitel werden Beispiele für Modelle guter Praxis dargestellt, die in den einzelnen Bundesländern praktiziert werden und Zugänge zu gesundheitlicher Versorgung geflüchteter Menschen unterstützen.

7.1 Identifizierung von Schutzbedarfen und Vermittlung in die Migrationssozialarbeit in Brandenburg


Identifizierung von Schutzbedarfen in Erstaufnahmeeinrichtungen: Für die Erstaufnahmeeinrichtungen gibt es ebenfalls ein Konzept für die Feststellung und die Berücksichtigung der Belange besonders Schutzbedürftiger i. S. der EU-Aufnahmerichtlinie. Es gibt die Möglichkeit, im Rahmen der Registrierung auf besondere Bedarfe hinzudeuten, und die Mitarbeiter*innen sind angehalten, auf besondere Schutzbedarfe zu achten. Die so erkannten Personen werden an den Psychosozialen Dienst (PSD) zur

\(^{17}\) Verordnung über die Durchführung des Landesaufnahmegesetzes (Landesaufnahmegesetz-Durchführungsverordnung - LAufnGDV) Anlage 4.

75
Identifizierung weitergeleitet. Darüber hinaus gibt es spezielle Unterbringungsmöglichkeiten für Personen mit besonderen Betreuungsbedarfen.

Die medizinische Behandlung der Asylsuchenden in der Erstaufnahme erfolgt über die Ambulanz in der Erstaufnahmeeinrichtung. Dort wird entschieden, ob die Patient*innen an Fachärzt*innen überwiesen werden (vgl. Flüchtlingsrat Brandenburg, 2022). Der PSD besteht aus fünf Psycholog*innen und drei Sozialarbeiter*innen und kann bei Bedarf durch Hono-rarkräfte aufgestockt werden. Zweimal monatlich kommt eine Psychiaterin zur Begutachtung von Personen in die Einrichtung.\textsuperscript{18}

\section*{7.2 Das Landesprogramm Dolmetschen in Thüringen}


\textsuperscript{18} Zentrale Ausländerbehörde, persönliche Kommunikation, 17.06.2022.
7.3 Inklusion, transkulturelle Psychotherapie und Sprachmittlung in Sachsen-Anhalt


7.4 Vernetzung und Sprachmittlung in Sachsen

Traumanetz Seelische Gesundheit: In Sachsen vernetzen sich aktuell ambulante als auch stationäre Akteur*innen der Traumabehandlung im „Traumanetz Seelische Gesundheit“. Im Netzwerk sind 199 Beratungsstellen, 251 ambulante Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen (davon 222 mit Kassenzulassung) als auch 17 stationäre Angebote in Sachsen aktiv. Auf der Website des Netzwerks besteht die Möglichkeit zur Suche nach Behandler*innen, es werden (mehrsprachige) Materialien (u. a. zum Umgang
mit traumatisierten Geflüchteten) zur Verfügung gestellt, Veranstaltungen angekündigt und Räume für Austausch unter Fachkräften organisiert.¹⁹


**Sprechstunde des Leipziger SPDi:** Der Leipziger SPDi stellt einmal im Monat eine Kollegin zur Verfügung, die im PSZ Leipzig eine zweistündige Sprechzeit anbietet. In dieser können die Kolleg*innen entweder Fälle mit dem SPDi besprechen oder direkt mit Klient*innen vorstellig werden. Die Sprechzeit dient der Klärung, ob eine psychiatrische Mitbehandlung sinnvoll und notwendig ist und falls ja, über welche Stelle (Klinik, SPDi, gemeindepsychiatrisches Zentrum oder niedergelassene/r Psychiater*in) die Behandlung/Versorgung im besten Falle erfolgen sollte.

**Initiative des Strukturkreises des PSZ Sachsen:** Diese Initiative setzt sich aus leitenden Mitarbeitenden der PSZ-Standorte Chemnitz, Dresden und Leipzig zusammen. Sie zielte in den letzten Jahren auf die Implemen
tierung der im Sächsischen Koalitionsvertrag und der EU-Richtlinie 2013/33 festgeschriebenen psychologischen Erstuntersuchung und eines Screenings in Bezug auf besondere Schutzbedürftigkeit neuankommen
der Asylsuchender ab. Mit Unterstützung des Paritätischen Sachsen e. V. trat man an das Innenministerium heran und bot die Unterstützung der PSZ als Fachstellen für diese Thematik an. Der Freistaat entschied sich dazu, die Aufgabe des Screenings an die Träger der Erstaufnahmeeinrich
tungen anzubinden und im Rahmen der Betreiberverträge zu implementieren.

**Städtische Finanzierung von Sprachmittlung im Projekt „SprInt Leipzig“:** In der Stadt Leipzig wird das Projekt „SprInt Leipzig“ durch die Kommune finanziert (vgl. RAA Leipzig, 2022). Die Stadtverwaltung Leipzig stellt u. a. ein jährliches Budget bereit, welches durch die freien Träger der Beratungsstellen der Stadt (u. a. Sucht, Erziehung, Opfer-/Täter, Frauen,

¹⁹ https://traumanetz-sachsen.de/
Leben) sowie einzelne städtische Dienste (u. a. auch vom SPDi sowie in spezieller Form des Verbunds gemeindenaher Psychiatrie und gemeindepsychiatrischer Zentren mit tagesstrukturierenden Angeboten) für die Beratung und Versorgung genutzt werden kann. Das Hinzuziehen von Dolmetschenden ermöglicht zumindest eine Basisversorgung in diesen Bereichen und erleichtert auch dem PSZ Leipzig die Weitervermittlung bzw. Anbindung von Klient*innen an andere Angebote und notwendige Behandlungen.

7.5 Vernetzung und Angebote in Unterkünften in Mecklenburg-Vorpommern

8 Fazit und Forderungen

Die Ergebnisse verdeutlichen folgende Lücken bei der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen:

- allgemein fehlende Behandlungskapazitäten;
- fehlende spezifische Angebote, die auf die komplexen Bedarfe Geflüchteter spezialisiert sind, sowie
- fehlende effektive Netzwerke und Kooperationen zwischen psychosozialen Hilfesystemen für geflüchtete Menschen und der gesundheitlichen Regelversorgung, um erfolgreiche Vermittlungen zwischen den Akteur*innen zu ermöglichen.

1. Die Behandlung geflüchteter Menschen kann in vielen Fällen aufgrund von Hürden nicht in der gesundheitlichen Regelversorgung stattfinden.

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mussten Behandlungen teilweise aufgrund fehlender Kapazitäten, fehlender Sprachmittelung oder zu langer Anfahrtswege ablehnen. Psychotherapeutische Behandlungen wurden laut Befragten im Hilfesystem immer wieder durch behördliche Entscheidungen verwehrt. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erfuhren folgende Herausforderung bei der Behandlung der Personengruppe:

- hoher bürokratischer Aufwand bei der Beantragung von Therapien für geflüchtete Menschen, deren Behandlungen über das Sozialamt beantragt und abgerechnet werden müssen sowie in der Organisation von Sprachmittelung;
- fehlende Kapazitäten für den Extraaufwand in der Behandlung geflüchteter Menschen (u. a. Anträge, Organisation von Sprachmittelung);
- fehlende Finanzierung von Sprachmittelung - ausschließlich in Thüringen steht ein flächendeckendes landesfinanziertes Programm für Audio- und Videodolmetschung zur Verfügung;
- Schwierigkeiten durch Missverständnisse zwischen Behandler*innen und Patient*innen bezüglich der Erwartungen an die Behandlung.
Die Befragten im Hilfesystem teilten die Einschätzung der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Sie ergänzten Hürden, die die Versorgung geflüchteter Menschen behindern:

- Es fehle an früher, gezielter und umfassender Information (innerhalb der Communities der Geflüchteten) und Aufklärung über das Gesundheitswesen, Behandlungs- und Unterstützungsangebote; oftmals sei unter geflüchteten Menschen wenig Wissen über Strukturen und Prozesse der Versorgung vorhanden.
- (Schutz-)Bedarfe würden nicht frühzeitig genug erhoben.
- Die gesundheitliche Regelversorgung sei nicht auf die komplexen Bedarfe der geflüchteten Menschen eingestellt.
- Diversitäts- und Kultursensibilität fehlten in der gesundheitlichen Regelversorgung.

2. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit Erfahrung in der Arbeit mit geflüchteten Menschen sehen viele positive Effekte dabei.

Beispielsweise könnten sie ihre transkulturellen Kompetenzen weiterentwickeln und spüren eine große Dankbarkeit der Patient*innen.

3. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen wünschen sich weitere Unterstützung, um geflüchtete Menschen besser behandeln zu können.

Hierzu gehören:

- besserer Zugang zu Sprachmittler*innen;
- mehr personelle oder finanzielle Ressourcen;
- bessere gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten für geflüchtete Menschen;
- mehr Informationen über Hilfsangebote sowie
- mehr bedarfsgerechte psychosoziale Angebote für geflüchtete Menschen.

4. Der schlechte Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung für geflüchtete Menschen führt zu Überlastungen in den Beratungsstrukturen des Hilfesystems.

Aus Mangel an Kapazitäten scheiterte die Vermittlung in die Regelversorgung oftmals. Dann blieben die Mitarbeiter*innen aus der Sozialarbeit für die Betreuung von Personen mit komplexen psychotherapeutischen oder
psychiatrischen Bedarfen verantwortlich, was für die Betroffenen unangemessen und für die Mitarbeiter*innen überfordernd war.

5. **Starke Netzwerke zwischen gesundheitlicher Regelversorgung und dem psychosozialen Hilfesystem werden als wichtige Voraussetzungen erkannt, um erfolgreich untereinander zu vermitteln.**

Doch Netzwerkarbeit ist mit hohen zeitlichen Ressourcen verbunden und kann nur realisiert werden, wenn sie eingeplant und finanziert wird.

6. **Auch in den auf geflüchtete Menschen spezialisierten PSZ fehlen Kapazitäten, um den Bedarf abzudecken.**


7. **Die Behandlung geflüchteter Menschen bedeutet für alle Beteiligten eine komplexe Aufgabe, die nicht ohne ausreichende Ressourcen leistbar ist.**

Es muss anerkannt werden, dass diese Arbeit mehr Kapazitäten benötigt als die Versorgung von Menschen, die in Deutschland sozialisiert wurden, über einen sicheren Aufenthaltsstatus und Deutschkenntnisse verfügen. Werden dafür keine Strukturen geschaffen, bleiben Gesundheits- und Hilfesysteme mit den Anforderungen weiterhin überlastet. Das hat negative Folgen für hilfesuchende geflüchtete Menschen und alle Mitarbeiter*innen und Akteur*innen in diesem Bereich.

Hierzu gehören: die Identifizierung besonderer Schutzbedarfe und die flächendeckende, spezialisierte Beratungs- und Betreuungsstruktur der Migrationssozialarbeit in Brandenburg, das Landesprogramm Dolmetschen in Thüringen, die Vernetzungsarbeit zwischen PSZ und Gesundheitsakteur*innen in Sachsen, Aufklärung zu psychischer Gesundheit u. a. in Erstaufnahmeeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern und spezialisierte Angebote für geflüchtete Menschen mit Behinderungen und Kinder und Jugendliche in Sachsen-Anhalt.

Die BAFF fordert grundlegende strukturelle Veränderungen, damit die Bedarfe Schutzsuchender angemessen bedient werden können. Zu diesen zählen:

- diskriminierungsfreie Teilhabemöglichkeiten geflüchteter Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen;
- eine Krankenkassenkarte für alle geflüchteten Personen von Anfang an, damit sie das öffentliche Gesundheitssystem mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können;
- die Verstetigung bedarfsgerechter Hilfen für Überlebende von Flucht und Gewalt durch flächendeckende und nachhaltige Finanzierung der PSZ von Bund und Ländern;
- eine allgemeine Finanzierung von Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich für Menschen ohne Deutschkenntnisse über einen gesetzlichen Anspruch, vergleichbar mit dem Gebärdendolmetschen;
- die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungskritischer und traumasensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen u. a. durch Integration dieser Themen in Ausbildungskurricula.
Aus den Ergebnissen des Projekts wurden für die ostdeutschen Bundesländer zusätzlich die folgenden Forderungen abgeleitet:

- Anerkennung der PSZ in den ostdeutschen Bundesländern als zentrale Akteur*innen der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen mit einem entsprechenden nachhaltigen Ausbau der PSZ-Finanzierung;
- Ausbau von Beratungsstrukturen in den Unterkünften der ostdeutschen Bundesländer, um Unterstützungsbedarfe der Bewohner*innen besser erkennen und adressieren zu können;
- Abschaffung von AnkER-Zentren und ähnlichen Unterbringungsformen, die die soziale Teilhabe geflüchteter Menschen erschweren;
- Förderung von Netzwerkstrukturen, um einen engeren Austausch von allen an der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen beteiligten Akteur*innen zu ermöglichen (Runde Tische etc.);
- Förderung von Fortbildungen für Akteur*innen der gesundheitlichen Regelversorgung (u. a. Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Pfleger*innen) zu spezifischen Aspekten der psychosozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen (transkulturelle Kommunikation, Asylverfahren etc.).
9 Literaturverzeichnis


89


ProAsyl (2020). Was ist eigentlich eine »Duldung«? Verfügbar unter: https://www.proasyl.de/hintergrund/_was-ist-eigentlich-eine-duldung/


Ebenen. Verfügbar unter: https://www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1660231717397&code=11111#abreadcrumb


IMPRESSUM

Herausgeberin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V. Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63 | E-Mail: info@baff-zentren.org | Web: www.baff-zentren.org

Autor*innen: Lenssa Mohammed, Yukako Karato, Lea Flory, Silke Finner, Susanne Burckhardt, Dr. Joanna Grzywa-Holten, Nino Inauri, Simone Marquardt, Markus Mews, Sören Schröder

Lektorat: Patrick Baumgärtel

Gestaltung: BAfF e. V.

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

Herzlichen Dank an die Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, und die Mitarbeiter*innen in den Beratungsstellen, Unterkünften und PSZ, die uns in den Interviews von ihren Erfahrungen berichtet haben. An KommMit e. V., PSZ Brandenburg für die Leitung und Begleitung des AMIF Projekts, in dessen Rahmen der Bericht entstanden ist. Besonderer Dank geht an Prof. Dr. Barbara Bräutigam für das Vorwort zu diesem Bericht, Corinna Klinger und Katja Eisenkolb, die uns hilfreiche Informationen zu der Situation in Sachsen zur Verfügung gestellt haben, und an Isabelle Hindenberg für die Unterstützung bei der Fertigstellung des Berichts.


© BAfF e. V. 2022. Alle Rechte vorbehalten.