



Psychosoziale Versorgungs- und Bedarfssituation von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz

Forschungsbericht des Projektes „Datenerhebung zur
aktuellen Versorgungssituation in den Psychosozialen
Zentren in Rheinland-Pfalz“

Larissa Klee, Michaela Bersching, Sebastian Sikkes, Nicole Merzbach

Im Auftrag des Ministeriums für Familie, Frauen, Kultur und Integration RLP
vorgelegt am 16. Januar 2023



Caritasverband
Rhein-Mosel-Ahr e.V.



Koordinierungsstelle
für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in RLP

Abstract

Die therapeutische und psychosoziale Infrastruktur für geflüchtete Menschen und Migrant:innen in Rheinland-Pfalz ist gekennzeichnet durch eine nicht ausreichende Versorgung über die Regeldienste. Die in Rheinland-Pfalz bestehenden sechs Psychosozialen Zentren (PSZ) für traumatisierte, geflüchtete Menschen und Folteropfer leisten einen wichtigen Beitrag, die Versorgungslücke aufzufangen. Doch es stellt sich die Frage, in welchem Umfang sie den offenstehenden Bedarf abdecken können. Ziel der vorliegenden Erhebung ist daher ein Abgleich der psychosozialen Versorgungs- und der Bedarfssituation geflüchteter Menschen in Rheinland-Pfalz. Die Erhebung beruht zum Teil auf 13 Expert:inneninterviews. Diese umfassen Vertretungen aus den PSZ sowie Akteure aus der Sozialen Arbeit im Kinder- und Jugendbereich der jeweiligen PSZ-Region. Hinzu kommt ein quantitativ-deskriptiver Überblick der aus einer Kooperation mit der BAfF e.V. resultiert. Die Ergebnisse weisen auf eine nach wie vor bestehende Versorgungslücke, überwiegend im therapeutischen Bereich, hin. Dies zeigt sich noch deutlicher bei fehlenden Angeboten für Kinder und Jugendliche. Der Bedarf an Beratungsangeboten kann größtenteils bedient werden. Darüber hinaus werden Hürden demonstriert, die den Weg zu einer höheren Bedarfsabdeckung kennzeichnen. Dazu zählen die fehlende Kostenübernahme von Sprachmittlung im Regelsystem und der damit einhergehenden Schwierigkeit für geflüchtete Menschen, Anbindung bei niedergelassenen Therapeut:innen zu finden. Eine fehlende dauerhafte Finanzierung sowie der Fachkräftemangel stellen die PSZ vor personelle Hürden. Die in Rheinland-Pfalz überwiegend ländlich geprägten Regionen erschweren zudem die Ausweitung der Angebote der PSZ in die Fläche. Daher kann von einer mehrfachen Benachteiligung von Geflüchteten in ruralen Gebieten ausgegangen werden. Die Resultate der Interviews geben überdies Aufschluss über fünf wichtige Faktoren, die auf dem Weg zu einer besseren Bedarfssituation diskutiert und beachtet werden müssen. Der Fokus liegt dabei auf der Kooperation und Ressourcennutzung von strukturellen und politischen Instanzen, den PSZ und dem niedergelassenen therapeutischem System.

Impressum

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz
Ludwig-Hillesheim-Str. 3 | 56626 Andernach

Tel. 02632 — 25 02 20

Fax 02632 — 25 02 10

koordinierungsstelle@caritas-rma.de

www.interkulturell-gesundheit-rlp.de

Die Koordinierungsstelle wird gefördert
durch das Land Rheinland-Pfalz und die UNO-Flüchtlingshilfe



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR
FAMILIE, FRAUEN, KULTUR
UND INTEGRATION



Inhalt	Seite
1. Einleitung	06 — 07
2. Stand der Forschung	08 — 10
3. Methode	10
3.1 Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Forschungsgegenstand	10
3.2 Forschungsmethode	10 — 12
3.3 Forschungsinstrument	12 — 13
3.4 Zeitplan	14
3.5 Auswertungsmethode	14 — 15
4. Ergebnisse	16
4.1 Therapie	16 — 23
4.2 Beratung, Pädagogik, Vernetzung und Vermittlung	23 — 30
4.3 Sprachmittlung	30 — 31
4.4 Regionale- und Zielgruppenunterschiede	31 — 33
4.5 Zusammenfassung	33 — 34
5. Diskussion – Wege zu einer verbesserten Abdeckung des Bedarfs	34 — 38
6. Ausblick und Limitation	38 — 39
7. Literatur	41 — 42

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Auflistung Psychosoziale Zentren in Rheinland-Pfalz	12
Tabelle 2 Zeitplan Expert:inneninterviews	14
Tabelle 3 Vermittlungen an weitere Einrichtungen	25
<u>Abbildung PSZ Landkarte</u>	40
farblich aufgeteilt nach therapeutischen Versorgungsgebieten	

1. Einleitung

„Im Grunde füllen wir als PSZ eine Versorgungslücke, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass aufgrund der aufenthaltsrechtlichen und sozialrechtlichen Situation der Zugang für Flüchtlinge ins Regelsystem erschwert ist und dieses Klientel auf ein sehr vorbelastetes System trifft. Insgesamt ist ja gerade die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland prekär [...]. Auf dieses vorbelastete System trifft dann eine Gruppe, die einen sehr schweren Zugang hat.“
PSZ 3 [00:03:25]

Die therapeutische und psychosoziale Infrastruktur für geflüchtete Menschen und Migrant:innen in Rheinland-Pfalz ist gekennzeichnet durch eine nicht ausreichende Versorgung über die Regeldienste für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aufgrund von Zugangsbarrieren, sprachlichen und kulturellen Hemmnissen sowie Kapazitätsengpässen, können die Betroffenen daher im regulären Gesundheitssystem häufig nicht angemessen versorgt werden.

In Rheinland-Pfalz befinden sich sechs Psychosoziale Zentren (PSZ) zur Versorgung von traumatisierten, geflüchteten Menschen und Folteropfern. Diese leisten einen entscheidenden Beitrag dazu, sich der vorhandenen Versorgungslücke anzunehmen. In unterschiedlicher Trägerschaft von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, sind die sechs PSZ an den Standorten Mayen (Caritas), Trier (Caritas/ Diakonie), Mainz (Caritas), Ludwigshafen (Diakonie), Montabaur (Diakonie) und Kaiserslautern (DRK) ansässig. Die jeweiligen therapeutischen Zuständigkeitsbereiche der Zentren sind der angehängten Landkarte der PSZ in RLP zu entnehmen.

Um dem hohen psychosozialen Versorgungsbedarf von Geflüchteten auch zukünftig begegnen zu können, plant die Landesregierung eine Erhöhung der bestehenden „Sockelfinanzierung“, um einen weiteren Ausbau der bestehenden Strukturen der PSZ zu realisieren. Im Koalitionsvertrag wurde dieses Vorhaben, insbesondere auch im Bereich der Kinder- und Jugendversorgung, als Zielsetzung für die laufende Legislaturperiode formuliert. Im Auftrag des Ministeriums für Familie, Frauen, Kultur und Integration Rheinland-Pfalz erhebt und analysiert die Koordinierungsstelle nun relevante Daten, um eine Grundlage für den zielgerichteten Einsatz weiterer Fördermittel für die PSZ zu erhalten.

Von Forschungsinteresse für die Datenerhebung ist sowohl die Darstellung der aktuellen Versorgungslage in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz als auch die Darstellung des aktuellen Versorgungsbedarfs von Geflüchteten, um einen Abgleich von Versorgungslage und Bedarf vornehmen zu können und möglichen Handlungsbedarf zu erfassen. Besonderes Augenmerk liegt – in Hinblick auf das strukturell stark ländlich geprägte Flächenland Rheinland-Pfalz – dabei u.a. auf der Versorgung in den ländlichen Gebieten im Vergleich mit urban geprägten Gebieten. Bezugnehmend auf die Betonung im Koalitionsvertrag der Landesregierung findet zudem die Betrachtung der zielgruppenspezifischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen besondere Beachtung.

Vor diesem Hintergrund stellt sich folgende Hauptforschungsfrage: In welchem Verhältnis steht die psychosoziale Versorgungslage in den PSZ RLP mit dem psychosozialen Versorgungsbedarf der Geflüchteten in RLP? Zur Differenzierung und Konkretisierung stellen sich zwei weitere

Unterfragen: Wie sieht das Verhältnis in unterschiedlichen Kontexten aus (insbes. Zielgruppenspezifisch und bezgl. des Verhältnisses Stadt/Land)? Inwieweit besteht Handlungsbedarf und wie lässt sich dieser angehen?

Der vorliegende Bericht ist wie folgt aufgebaut. Dem auf die Einleitung folgenden Überblick über den Stand der Forschung (2. Kapitel) folgt in Kapitel 3 die Vorstellung der für die Datenerhebung genutzten Methodik, d.h. die Beschreibung von Forschungsinteresse, -frage, und -gegenstand sowie die Erläuterung von Forschungsmethode und Forschungsinstrument. Zudem erfolgt eine Übersicht über den Zeitplan und schließlich eine Erläuterung der angewandten Auswertungsmethode. Kapitel 4 bildet den Ergebnisteil, in dem nacheinander die aus den Expert:inneninterviews und den weiteren Datensätzen gewonnenen Ergebnisse jeweils für die untersuchten Bereiche Therapie (4.1), Beratung und Pädagogik, Vermittlung und Vernetzung (4.2), Sprachmittlung (4.3), sowie Regionale- und Zielgruppenunterschiede (4.4). Bei den einzelnen Punkten wird immer zunächst der aktuelle Stand der Versorgung beschrieben und anschließend der Bedarf. Danach erfolgt jeweils eine Diskussion der vorgestellten Ergebnisse. Daran anschließend folgt eine Diskussion über die Wege zur besseren Abdeckung des Bedarfs, bevor der Bericht mit einem Ausblick und Hinweisen zur Limitation der Erhebung schließt.

2. Stand der Forschung

Ein Einblick in die aktuelle Forschungslage rund um die psychosoziale Versorgungslage sowie den psychosozialen Versorgungsbedarf von Geflüchteten offenbart ein bislang nur wenig behandeltes Themenfeld. Insbesondere Bedarfsanalysen finden sich aufgrund ihrer hohen Umsetzungskomplexität nur selten wieder. Bozorgmehr und Hövener benennen hierfür mehrere Gründe. Registrierungen im Einwohnermeldeamt sind für Geflüchtete, die sich noch in zentralen Sammeln- oder Aufnahmeeinrichtungen befinden, nicht erfasst. Dies stellt eine große Hürde für die in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften konventionellen Stichprobenverfahren dar. Eine weitere Erschwernis beruht auf der sprachlichen und kulturellen Vielfalt der Zielgruppe. Die Operationalisierung von Befragungsinstrumenten bedarf einem hohen Zeit- und methodischem Aufwand. Darüber hinaus hemmen weitere strukturelle Defizite, wie beispielsweise die teilweise einrichtungseigenen primärmedizinischen Ambulanzen und die dadurch nicht ausreichend erfassten Routinedaten die Umsetzung von Erhebungen (Bozorgmehr & Hövener 2021).

Die vorhandenen Studien kennzeichnen sich meist dadurch, dass es sich meist um regionale Einzelfallstudien handelt. Bozorgmehr und Kolleg:innen illustrieren in ihrer Erhebung, die sich mit der gesundheitlichen Versorgungssituation von Asylsuchenden auf Basis von Bestandsaufnahmen der Gesundheitsämtern beschäftigt, dass strukturell bedingt keine länderübergreifende Übersichten erfasst werden können (Bozorgmehr, et al. 2016). Nichtsdestotrotz liefern die vorhandenen Berichte wertvolle Erkenntnisse. Sie beleuchten die Relevanz, mehr Licht auf das Forschungsfeld zu werfen. Das vorliegende Kapitel gibt einen kurzen Überblick über bisherige empirische Erkenntnisse.

Eine der größten Studien, die sich bisher mit der generellen Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Deutschland beschäftigt, ist das RESPOND-Projekt (Improving regional health system responses to the challenges of migration through tailored interventions for asylum-seekers and refugees) der Universität Heidelberg. Dabei handelt es sich um eine bevölkerungsbezogene Querschnittsstudie in Baden-Württemberg, die erwachsene Menschen mit Fluchthintergrund aus Gemeinschaftsunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen befragt. Die Studie liefert eine umfangreiche und zentrale Übersicht. So lässt sich darauf schließen, dass der allgemeine Gesundheitszustand bei über 80% der Befragten moderat bis schlecht ist. Im Bereich der psychischen Gesundheit zeigen Biddle und Kolleg:innen, dass Depressions- und Angstsymptomatik unter der Zielgruppe weit verbreitet sind. Auf Grundlage der Ergebnisse ist anzunehmen, dass fast 45% der erwachsenen Geflüchteten von einer oder beiden dieser Symptomatik betroffen sind. Gleichzeitig wird aber eine hohe Anzahl von geflüchteten Menschen erkennbar, die auf primäre- und fachärztliche Versorgung verzichtet (ca. 31%). Eine Zugangsbarriere, die den hohen Verzicht in Teilen erklären kann, sind erlebte Defizite in der Versorgungsqualität (Biddle et al. 2021). Ein von Hürden gekennzeichneten Weg zeichnet sich nicht nur bei der medizinischen Versorgung im Regelsystem ab, sondern auch bei der therapeutisch-sozialen Versorgung in den PSZ. Daten aus Baden-Württemberg veranschaulichen eine schlechte oder nicht vorhandene Erreichbarkeit der PSZ für mindestens ein Drittel der Befragten (Hintermeier et al. 2022).

In einer Teilstudie des RESPOND-Projekts wurden Sozialarbeiter:innen zur Einschätzung der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen befragt. Den Zugang zur allgemein-

medizinischen Versorgung sei in den meisten Fällen gewährleistet, ebenso wie angemessene Wartezeiten. Jedoch berichtete ein Großteil der Befragten, dass Geflüchtete eine gewünschte Behandlung nicht erhielten oder Fragen offenblieben. Ungefähr ein Drittel der Befragten geben Berichte über unfreundliche Behandlungen wieder (Gold et al. 2021).

Ein Bericht der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2018 legt dar, welche psychischen Krankheiten und Symptome mit welchen Prävalenzen unter Geflüchteten auftreten und fassen Ergebnisse aus mehreren Studien zusammen (BPtK 2018). Die unter geflüchteten Menschen am häufigsten verbreitete psychische Erkrankung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). An dieser leiden Studien zufolge zwischen 16-22%. Die Zahlen variieren und sind abhängig von Herkunft, Alter und Geschlecht (Bozorgmehr et al. 2016a). Erhebungen aus späteren Jahren lassen auf ähnliche, leicht erhöhte Zahlen, schließen (Richter et al. 2015, Kröger et al. 2016). Doch neben der PTBS gibt es auch weitere psychische Störungen und Erkrankungen, von denen Geflüchtete betroffen sind. Neben den Ergebnissen der RESPOND-Studie illustrieren Richter und Kolleg:innen, dass fast zwei Drittel der geflüchteten Menschen unter einer psychischen Erkrankung leiden. Etwas mehr als 20% erkranken an einer Depression (Richter et al. 2015). Weitere Studien weisen darauf hin, dass etwa jedes fünfte Kind eines Asylsuchenden an einer PTBS leidet (Ruf et al. 2010, Mall & Henningsen 2015). Besonders belastet sind unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Studien charakterisieren eine Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen von 42-56% (Witt et al. 2015).

Die gesundheitlich-psychische Versorgung Geflüchteter weist gravierende Mängel auf. Das Asylbewerberleistungsgesetz gewährte nur in Ausnahmefällen einen Anspruch auf Psychotherapie (Stand 2018). Hinzukommt die bisherige Kostenfrage von Sprachmittler:innen. Krankenkassen und Sozialämter können die Kosten bisher nur in Einzelfällen übernehmen. Die Versorgungslage bei psychischen Erkrankungen fällt demnach deutlich schlechter aus als bei physischen Erkrankungen (Bozorgmehr et al. 2016b).

Die hohe Prävalenzrate bei Erwachsenen und Kindern mit Fluchthintergrund ist nicht überraschend. Eine repräsentative Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und dem sozio-oekonomischen Panel (SOEP) zeigt, dass 87% der Befragten potenziell traumatisierende Ereignisse erlebt haben (Brücker et al. 2019). In den jährlich erhobenen Daten der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) werden Daten über die in den PSZ geleisteten therapeutischen Angeboten mit den aktuellsten Studienergebnissen verglichen. Im Versorgungsbericht wird verdeutlicht, dass nur ein Bruchteil des Bedarfs durch die Angebote der PSZ abgedeckt werden kann (BAfF e.V. 2022). Dokumentationen über die bundesweite Versorgung von Geflüchteten im niedergelassenen therapeutischen System sind derzeit nicht vorhanden.

Zusammenfassend hebt sich hervor, dass die psychische Versorgungs- und Bedarfslage von Geflüchteten bisher unzureichend analysiert ist. Die Prävalenzen psychischer Erkrankungen wurden in mehreren Erhebungen untersucht und weisen auf eine generell hohe Belastung hin. Die gesundheitliche Versorgungslage scheint bei körperlichen Krankheiten besser als bei psychischen Krankheiten zu sein. Doch zu wenige Studien befassten sich bisher mit dem Vergleich des Versorgungsbedarfs und der Versorgungslage. Nichtsdestotrotz untermauert der Überblick über den bisherigen Forschungsstand eine große Versorgungslücke im Bereich der

psychischen Gesundheit von Geflüchteten. Zudem wurden bisher nur selten Ansätze untersucht und diskutiert, die eine bessere Bedarfsabdeckung diskutieren und fördern.

3. Methode

Im Folgenden wird der Methodenteil der Erhebung dargelegt. Im ersten Teil, dem Forschungsinteresse, wird das Verhältnis von Versorgung und Bedarf beleuchtet. Anschließend wird in den Abschnitten Forschungsmethode und Forschungsinstrumente, das wissenschaftliche Handwerkzeug abgebildet. Nach der Erläuterung des Zeitrahmens wird das Kapitel mit der Beschreibung der Auswertungsmethode abgeschlossen.

3.1 Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Forschungsgegenstand

Ziel der Erhebung ist die Aufbereitung und Auswertung der psychosozialen Versorgungslage in den PSZ RLP auf der einen, aber auch hinsichtlich psychosozialen Versorgungsbedarfs der Geflüchteten auf der anderen Seite. Angebot und Bedarf werden abgeglichen. So soll erörtert werden, wie sich der Bedarf in unterschiedlichen Bereichen der psychosozialen Versorgung für Geflüchtete darstellt und welche Handlungsmöglichkeiten an eben diesem Bedarf ansetzen können. Die der Erhebung zugrunde liegende Forschungsfrage lautet:

In welchem Verhältnis steht die psychosoziale Versorgungslage in den PSZ RLP mit dem psychosozialen Versorgungsbedarf der Geflüchteten in RLP?

Aus dem Forschungsinteresse und der Forschungsfrage lassen sich zwei Forschungsgegenstände ableiten: Die psychosoziale Versorgungslage und der psychosoziale Versorgungsbedarf. Zusätzlich liegt das Hauptaugenmerk auf zwei weiteren Kriterien, welche die Untersuchung in ihren Prozess mit einbeziehen soll: das Kriterium der Fläche (urban vs. rural) sowie das Kriterium besonderer Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, Frauen, LGBTQ*, u.a.). Aktuelle Studien zum Versorgungsbedarf sind rar, daher stellt sich die geplante Erhebung einem *Nouveauté* einer regionalen Bedarfsanalyse von Randgruppen.

3.2 Forschungsmethode

Um die Gegenstände und die Frage adäquat beantworten zu können, wird ein Mixed-Methods-Approach angestrebt. Um sich einen Überblick zu verschaffen, ist es notwendig die Versorgungslage statistisch zu erfassen.

Aufgrund des knappen zeitlichen Umfangs der Projektlaufzeit kann eine eigenständig durchgeführte quantitative Erhebung nicht umgesetzt werden. Daher wird in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) eine regionale Aufbereitung der bereits bestehenden bundesweiten und jährlich durchgeführten Befragung der PSZ erstellt. Die zur Verfügung gestellten deskriptiven Daten beziehen sich auf insgesamt zehn Bereiche (u.a. Klient:innen, Einzugsgebiete und Wegzeiten, Versorgungsangebote, Wartezeiten, Mitarbeiter, ...). Im Verlauf werden die für den Kontext relevanten Zahlen beschrieben. Anzumerken ist, dass lediglich fünf der sechs Zentren Mitglied der BAfF sind, weswegen sich die angegebenen Zahlen ausschließlich auf eine Gesamtheit von $n=5$ beziehen.

Der zweite Forschungsgegenstand, der Versorgungsbedarf, ist bisher in nur wenigen Studien untersucht worden. Für Themengebiete, zu denen nur wenig Vorwissen existiert, eignen sich qualitative Forschungsmethoden. Kennzeichnet sich ein Forschungsgegenstand überdies durch eine hohe Komplexität aus und ist nur teilweise oder noch ganz unbekannt, ist ein qualitatives Forschungsvorgehen unumgänglich. Nur so kann dem Anspruch entsprochen werden, Realitäten zu erfassen, ohne ihre Komplexitäten zu verlieren. Qualitative Forschungsmethoden sollen somit Sinn und Wissen konstruieren, um dem eigentlichen Forschungsauftrag, dem Verstehen, gerecht zu werden (Dreshing 2015: 6, Heinze 2001: 27, Helfferich 2001:21). Aufgrund der knappen Ressourcen des Projektes ist eine Untersuchung auf der Mikroebene, d.h. mit Geflüchteten selbst, nicht möglich. Daher soll bereits bestehendes Wissen aus der Mesoebene erfasst werden. Unter der Mesoebene werden Expert:innen verstanden, die sich praktisch und niedrigschwellig im Feld bewegen. Diese verfügen bereits über ein generiertes Wissen aus der Mikroebene und können dies aufgrund ihres fachlichen Hintergrundes im psychosozialen Kontext reflektiert darstellen. Die Untersuchung bedient sich daher an leitfadengestützten Expert:inneninterviews.

Durchführung und Auswertung von qualitativen Interviews unterliegen mehreren Grundprinzipien. Zunächst ist es wichtig, sich dem Forschungsgegenstand offen zu nähern und, im Gegensatz zur quantitativen Methodik, die Untersuchung von keinen Hypothesen leiten zu lassen. Die beiden Forschungsgegenstände müssen in ihrer Komplexität und weniger als eindimensional verstanden werden, die darüber hinaus im Prozess verankert sind und keinem Status quo ähneln. Der Informationsgewinn soll durch Kommunikation erzielt werden und die Forschenden müssen zudem eine reflektierte Einstellung gegenüber dem Forschungsinteresse und -gegenstand bewahren, sowie sich diesen darüber hinaus anpassen und orientieren. Maßgebend für den qualitativen Ansatz ist das Offenlegen der methodischen Schritte. Somit wird gewährleistet, dass die einzelnen Schritte und Entscheidungen nachvollziehbar sind. Die hier dargestellten Standards werden in unserem Forschungsvorhaben berücksichtigt, um die Qualität der Ergebnisse zu garantieren.

Der hier angewandte Mixed-Methods Ansatz gewährleistet überdies, dass die unterschiedlichen Charaktere beider Forschungsgegenstände berücksichtigt werden und die methodischen Schritte mit ihnen im Einklang stehen können (Brüsemeister 2008).

Die Auswahl der Expert:innen folgt dem Sinne des „Purposive Sampling“. Dabei werden Kriterien der Region und der Tätigkeit herangezogen. Um eine zugleich möglichst homogene und heterogene Zielgruppe zu erreichen, werden aus sechs verschiedenen Regionen in RLP Expert:innen mit möglichst ähnlichen Tätigkeiten und Zuständigkeiten ausgewählt. So werden verschiedene Perspektiven des Forschungsgegenstandes abgebildet und zugleich mögliche wiederkehrende Strukturen erkennbar.

Die Auswahl findet vor dem Hintergrund statt, möglichst umfassend die Versorgung in sowohl sehr ländlich geprägten als auch städtischen Regionen in Rheinland-Pfalz darzustellen.

Das PSZ Montabaur zeichnet sich durch einen sehr ländlich geprägten Zuständigkeitsbereich aus und ist zudem mit Gründung im Jahr 2019 das jüngste der PSZ in RLP. Bedingt durch die rurale Landschaft, orientiert sich das PSZ, ähnlich dem PSZ in Mayen, strukturell vorwiegend in die Fläche. Im Gegensatz dazu stehen die PSZ Mainz, Ludwigshafen und Kaiserslautern für sehr städtisch geprägte Regionen, was sich auch an der Angebotsstruktur erkennen lässt, welche

jeweils verstärkt urban ausgerichtet ist. Als weitere Region wird das PSZ Trier herangezogen. Dessen Zuständigkeitsgebiet ist gekennzeichnet durch eine zugleich rurale aber auch urbane Landschaft und Struktur. Die PSZ Mayen und Trier sind zudem die ältesten der sechs PSZ in RLP. In zwei der sechs Zentren, Mayen und Mainz, werden gesonderte psychosoziale Angebote für Kinder und Jugendliche offeriert. Bei der Hälfte der Zentren liegt eine AfA (Aufnahme-einrichtung für Asylbegehrende) im Zuständigkeitsgebiet, so dass die PSZ Kaiserslautern, Trier und Ludwigshafen (Projekt-)Arbeiten vor Ort anbieten. Weitere Schwerpunkte setzt das PSZ Mainz mit dem FGM/C Projekt, Kaiserslautern mit dem T+AKT Projekt und Ludwigshafen mit dem Fokus auf Stellungnahmen.

Tabelle 1: Auflistung Psychosoziale Zentren in Rheinland-Pfalz

Name des Zentrums	Trägerschaft	Prägung	ggf. Schwerpunkte	Einwohnerzahl / Fläche in km ² des Zuständigkeitsgebiets (gerundet)
PSZ Trier	Diakonisches Werk der Ev. Kirchenkreise Trier und Simmern-Trarbach / Caritasverband Trier	städtisch und ländlich	AfA Angebote	489.000 / 5.450
PSZ Mainz	Caritasverband Mainz e.V.	überwiegend städtisch	FGM-Projekt UMA-Projekt	532.000 / 2.390
IN TERRA PSZ Mayen	Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.	überwiegend ländlich	geflüchtete Kinder und Jugendliche	588.000 / 2.930
PSZ Montabaur	Diakonisches Werk Westerwald	überwiegend ländlich		452.300 / 2.410
PSZ Westpfalz	DRK Kreisverband Kaiserslautern Stadt e.V.	überwiegend städtisch	T+AKT-Projekt AfA Angebote	427.200 / 3.580
PSZ Pfalz	Diakonie Pfalz	überwiegend städtisch	Stellungnahmen AfA Angebote	242.600 / 1.240

Quelle: Eigene Darstellung

Als Interviewteilnehmende werden zum einen Vertreter:innen aus den PSZ und zum anderen Sozialarbeiter:innen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mit Schwerpunkt Flucht herangezogen. So wird gewährleistet, dass vorhandenes Wissen zum einen aus den Angebotsstrukturen heraus, in diesem Fall aus den PSZ, erfasst und untersucht werden kann. Zum anderen wird das Wissen aus einem Arbeitsbereich mit niedrigschwelligem Zugang zur Zielgruppe der Geflüchteten berücksichtigt. Die Sozialarbeiter:innen werden nach dem „Schneeballprinzip“ ausgewählt – bereits vorhandene Kontakte aus den Tätigkeitsgebieten der PSZ werden aktiviert, um Kräfte aus der Sozialarbeit mit einem breiten Erfahrungsschatz heranzuziehen. Aus allen sechs Regionen wird so jeweils ein:e Expert:in aus den PSZ sowie ein:e Expert:in der Sozialarbeit interviewt. Um darüber hinaus Wissen aus dem therapeutischen Regelsystem zu erfassen, soll als 13. Expert:in ein Vorstandsmitglied der Landespsychotherapeutenkammer RLP einbezogen werden.

3.3 Forschungsinstrument

Bevor im nächsten Schritt das Befragungsinstrument operationalisiert werden kann, müssen die beiden Forschungsgegenstände genauer definiert werden. Dafür wurden aufbauend auf

dem Erkenntnisinteresse des Integrationsministeriums drei Bereiche auf drei verschiedenen Ebenen der psychosozialen Versorgung identifiziert. Die Bereiche umfassen den therapeutischen Kontext, den Beratungskontext und den Pädagogischen Kontext. Der therapeutische Kontext bezieht die Art der therapeutischen Angebote (Einzel-, Gruppen-, Paartherapie) und verschiedene Zielgruppen mit ein. Im Beratungskontext wird zwischen verschiedenen Angeboten differenziert (z.B. Aufenthaltsrechtliche Beratung u.a.) und auch die Vermittlung ins Regelsystem wird tangiert. Der pädagogische Kontext bietet Platz für anderweitige Angebote wie Kindergruppen, Frauengruppen, Ferienfreizeiten, kooperative Projekte u.a. Wichtig hierbei ist, dass die drei Kontexte breit gefasst sind und auch anderweitige Angebote mit einbezogen werden können. So soll vermieden werden, dass Informationen durch Standardisierungen an der falschen Stelle verloren gehen.

Die Kontexte werden auf drei unterschiedlichen Ebenen betrachtet. Die erste Ebene spiegelt den Ist-Zustand wider, genauer gesagt die aktuelle Versorgungssituation. Auf der zweiten Ebene wird der Bedarf fokussiert. Zuletzt wird die Reflexionsebene hinzugezogen. Hier soll das Verhältnis von Versorgungslage und -bedarf erörtert und mögliche Handlungsfelder identifiziert werden.

Die Kontexte und Ebenen werden in die Erarbeitung der drei Leitfäden mit einbezogen. Die drei Leitfäden, jeweils für Mitarbeitende der PSZ, der Sozialarbeit sowie der Psychotherapeutenkammer, werden sich in ihrer Struktur ähneln aber an die jeweilige Zielgruppe angepasst. Die Leitfadenerstellung erfolgt gemäß des SPSS Prinzips. Fragen werden demnach zunächst gesammelt, geprüft, sortiert und im letzten Schritt subsumiert. Daraufhin werden Sie mehreren Pretests unterzogen. Im ersten Schritt werden Pretests mit Kolleg:innen durchgeführt, um die Verständlichkeit und Struktur zu fokussieren. Im nächsten Schritt werden die Pretests mit anderen Vertreter:innen der PSZ und der Sozialen Arbeit durchgeführt. Dabei wird vor allem untersucht, ob die erarbeiteten Leitfäden als Befragungsinstrument für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sind.

3.4 Zeitplan

Das Projekt startete am 01. August 2022 und endete zum 31. Dezember 2022. Die Pretests wurden in der 40. und 43. KW durchgeführt. Die Interviewphase begann für die Vertretungen der PSZ am 02. November und für die Sozialarbeit am 07. November. Parallel lief im November die statistische Auswertung der BAFf. Die Auswertung der Interviews erfolgte Mitte November bis Ende Dezember. Daraufhin wurden die Ergebnisse ausgewertet und die Forschungsfrage beantwortet. Ein umfassender Forschungsbericht und ein gemeinsamer Artikel mit der BAFf wurden Mitte Januar 2023 verfasst.

Tabelle 2: Zeitplan Expert:inneninterviews

Datum	Dauer des Gesprächs	Regionale Zugehörigkeit	Interview	Transkription
02.11.22	00:56:34	PSZ Montabaur	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
02.11.22	01:15:12	PSZ Trier	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
03.11.22	01:40:22	PSZ Mayen	Larissa Klee	Nicole Merzbach
04.11.22	01:40:35	PSZ Mainz	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
04.11.22	01:11:22	PSZ Ludwigshafen	Larissa Klee	Nicole Merzbach
07.11.22	00:53:57	Soziale Arbeit Montabaur	Larissa Klee	Michaela Bersching
24.11.22	00:49:28	Soziale Arbeit Mainz	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
25.11.22	00:41:26	Soziale Arbeit Trier	Larissa Klee	Nicole Merzbach
28.11.22	00:59:12	Soziale Arbeit Kaiserslautern	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
30.11.22	00:57:24	Vorstandsmitglied LPK	Larissa Klee	Michaela Bersching
12.12.22	01:17:29	PSZ Kaiserslautern	Larissa Klee	Sebastian Sikkes
16.12.22	00:26:12	Soziale Arbeit Mayen	Larissa Klee	Sebastian Sikkes u. Nicole Merzbach
22.12.22	00:35:05	Soziale Arbeit Ludwigshafen	Larissa Klee	Sebastian Sikkes u. Michaela Bersching

Quelle: Eigene Darstellung

3.5 Auswertungsmethode

Die online geführten Interviews wurden nach Information und Zustimmung der Befragten digital mitgeschnitten und pseudonymisiert als Volltexte transkribiert. Den Interviews werden innerhalb der Auswertung Ziffern zugeteilt, die einen Rückschluss auf die Befragten verhindern soll. Als Auswertungsmethode wird die materialgeleitete Qualitative Inhaltsanalyse angewandt (Kuckatz 2008). Es ist festzuhalten, dass sich die Phasen der Analyse nicht linear aufeinander aufbauen lassen. Vielmehr geht es um ein hermeneutisches Vorgehen, wo Veränderung und prozesshafte Annäherung an das Forschungsvorhaben im Fokus stehen (Kuckatz 2008). Das codieren erfolgt auf sprachlicher Ebene. Es wird keine Datenmatrix (Codes werden in Zahlen umgewandelt) erstellt. Um die Inter-Coder Reliabilität zu gewährleisten, wurden die Expert:inneninterviews zufällig auf insgesamt drei Mitwirkende aufgeteilt (Kuckatz 2008). Als Unterstützung zur Auswertung wurde das Programm MAXQDA hinzugezogen. Im ersten Durchlauf entstanden deduktiv folgende Haupt- und Unterkategorien:

1. Bedarfsebene
 - Therapie / Wartezeiten & -plätze
 - Beratung
 - Pädagogik
 - Sprachmittlung
 - Vernetzung & Vermittlung
 - Zielgruppenunterschiede
 - regionale Unterschiede
 - Sonstiges
2. Versorgungsebene
 - PSZ-Therapie
 - PSZ-Pädagogik + Sonstiges
 - PSZ Beratung
 - Vernetzung & Vermittlung
 - Schule
 - interne Angebote
 - externe Angebote
 - therapeutische Landschaft
 - Sonstiges

3. Handlungsoptionen

Im Anschluss wurde das gesamte Material erneut überprüft und die vorangegangenen Codes für die Auswertung wie folgt aufgeteilt:

1. Versorgung Therapie, Bedarf Therapie, Wartelisten
2. Versorgung Beratung, Versorgung Pädagogik, Bedarf Beratung, Bedarf Pädagogik, Sonstiges (Fachkräfte)
3. Bedarf Vernetzung Vermittlung, Versorgung Vernetzung Vermittlung, Therapeutische Landschaft, interne Angebote, externe Angebote, Schule, Sonstiges
4. Bedarf Sprachmittlung
5. Bedarf Zielgruppenunterschiede, Bedarf Regionale Unterschiede
6. Handlungsoptionen

Es erwies sich als zielführend, dass die Versorgung und der Bedarf nebeneinander ausgewertet werden, um einen möglichst realistischen Einblick in die Thematik zu erhalten.

Anhand der genannten Codes wurde das Datenmaterial unter Einhaltung der Gütekriterien analysiert und im nächsten Abschnitt diskutiert. Um die qualitativen Daten zu unterstreichen und ins Verhältnis zu setzen, werden die von der BAfF erhobenen quantitativen Daten in die Auswertung eingefügt. Daraus entstehen im Ergebnisteil die Kapitel:

1. Therapie
2. Beratung, Pädagogik, Vermittlung und Vernetzung
3. Sprachmittlung
4. regionale- und Zielgruppenunterschiede
5. Zusammenfassung

4. Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel fasst die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zusammen. Um die Forschungsfrage adäquat beantworten zu können, wurden mehrere Ebenen der psychosozialen Versorgung in Betracht gezogen. Eine ausführliche Beschreibung zum methodischen Vorgehen wurde im vorherigen Kapitel beschrieben. Der therapeutische Bedarf und deren Versorgung bildet den Kern der PSZ-Arbeit. Diese Ebene wird daher zunächst erörtert und im Anschluss diskutiert. Daraufhin wird der Beratungs- und pädagogische Bedarf der Versorgungslage gegenübergestellt. Anschließend werden die Resultate aus den Ebenen Vermittlung & Vernetzung, Fachkräfte, Zielgruppenunterschiede, regionale Unterschiede und Sprachmittlung dargestellt.

4.1 Therapie

„Insgesamt ist ja gerade die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland prekär, weil es zu wenige Psychotherapeuten gibt bzw. zu wenige, die eine Kassenzulassung bekommen. Das ist eine Systemgeschichte im gesamten Psychotherapiesystem hier in Deutschland. Auf dieses vorbelastete System trifft dann eine Gruppe, die einen sehr schweren Zugang hat zu diesem System.“ PSZ 3 [00:03:25]

Therapeutische Versorgungsangebote der PSZ

„Der Bedarf besteht darin, dass die Menschen eben sowohl Therapie, als auch eine psychosoziale Begleitung brauchen [...] Und das ist meiner Meinung nach – neben der Sprachmittlung – ein Alleinstellungsmerkmal der PSZ, dass wir beide Bereiche bedienen können.“ PSZ 4 [01:35:27]

Neben den später noch zu betrachtenden Beratungsangeboten bildet das therapeutische Versorgungsangebot die zweite tragende Säule der Arbeit der Psychosozialen Zentren. Qualitativ handelt es sich dabei um die Schließung einer therapeutischen Versorgungslücke mit therapeutischen Angeboten insbesondere für traumatisch belastete Geflüchtete, die das Regelsystem aus verschiedenen Gründen so nicht bereithält. Im nun folgenden Abschnitt wird dargestellt, worin das durch die Zentren vorgehaltene Versorgungsangebot konkret besteht und diskutiert, ob die derzeitigen Strukturen eine Schließung der Lücke ermöglichen.

„[...] psychotherapeutisch und speziell traumatherapeutisch mit Geflüchteten zu arbeiten, das heißt also mit Menschen, die aus der Regelversorgung in der Regel rausfallen. [...] wir haben auch Klienten, die krankenversichert sind – regulär krankenversichert – aber in den meisten Fällen kein, oder nicht hinreichend Deutsch sprechen, sodass eben psychotherapeutisches Arbeiten nur eingeschränkt möglich ist.“ PSZ 1 [00:01:57]

„Also diese Schnittstellenfunktion. Dass man eben das ganze [...] Asylrechtliche und Migrationsrechtliche und Integrationsrelevante mit auf dem Schirm hat in Verknüpfung eben mit der Therapie. Und das ist halt was, was in der Regelversorgung glaube ich wirklich nur in Ausnahmefällen – es gibt glaube ich ein paar Kliniken in Deutschland, die auch solche Angebote entwickelt haben, aber eben wirklich nur in Ausnahmefällen und alleine ein niedergelassener Psychotherapeut kann das halt auch schwierig leisten. Weil man da ja wirklich diese Teamarbeit braucht und die Vernetzung.“ PSZ 1 [00:05:05]

Der im Verhältnis hohe Anteil an therapeutischem Personal verdeutlicht den hohen Stellenwert, den der therapeutische Bereich in der Arbeit der PSZ innehat. Im Jahr 2021 beispielsweise waren im Schnitt pro Zentrum etwa 5,8 Mitarbeiter:innen (davon 4,3 festangestellt) in der Psychotherapie tätig. Im Vergleich dazu waren es im Beratungsbereich durchschnittlich 4 Mitarbeiter:innen, fast die Hälfte (1,8) davon Psycholog:innen (BAfF e.V. 2021).

Dies zeigt sich nicht nur am Personal, sondern auch am Anteil an allen Klient:innen in den PSZ, die Psychotherapieangebote nutzten. Dieser lag im Jahr 2021 bei 53,3 % (BAfF e.V. 2021).

Einzeltherapie- und therapeutische Gruppenangebote

Das Portfolio der in den PSZ angebotenen therapeutischen Versorgungsleistungen umfasst sowohl psychoedukative und stabilisierende Gruppen(therapie)angebote unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und Zielgruppenadressierung, als auch einzeltherapeutische Angebote wie Krisenintervention, Kurz- und Langzeittherapien.

„Wir haben einen psychosozialen Auftrag. Das bedeutet [...] wir betreuen geflüchtete Menschen, die in ihrer Biografie ein Trauma erlebt haben oder psychische Probleme haben, Frauen aus Zwangsprostitution und Folteropfer. Das ist so unser Klientel mit dem wir arbeiten. Sowohl im therapeutischen Angebot in Einzelsettings, als auch in multimodalen Angeboten, Gruppentherapien und Projekten.“ PSZ 6 [00:01:02]

Je nach personellen Ressourcen und örtlichen Gegebenheiten sind die therapeutischen Gruppenangebote in den Zentren unterschiedlich ausgeprägt. Sie reichen von sporttherapeutischen Angeboten, traumasensitivem Yoga, über kunst-, musik- und tanztherapeutischen Angeboten bis hin zu Psychoedukations- und integrativen Gruppen mit Stabilisierungsübungen zu den Themen Depression, Ängste, Schlafprobleme, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten.

Insgesamt überwiegt im Verhältnis in allen Zentren jedoch deutlich das einzeltherapeutische Angebot. So formuliert z.B. PSZ 4, dass zwar auch Gruppen angeboten werden, das Einzelsetting jedoch im Fokus stehe.

„Einzeltherapie sämtlicher psychischer Störungsbilder oder eben Belastungsfaktoren.“ PSZ 4 [00:04:26]

Das belegen auch die Zahlen aus der halb- und ganzjährig von der Koordinierungsstelle erhobenen Statistik (Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz, Jahresstatistik 2021). Im Jahr 2021 gab es 3863 therapeutische Einzelgespräche gegenüber 352 gruppentherapeutischen Sitzungen.

Im Schnitt befanden sich im Jahr 2021 69,2 % der Klient:innen dabei in Kurzzeittherapie (bis zu 24 Sitzungen), 21,2 % in Langzeittherapie (25-60 Sitzungen) und 9,6 % in Langzeittherapie mit einer Dauer von mehr als 60 Sitzungen (BAfF e.V. 2021).

Anders als die Gruppenangebote wird Einzeltherapie in der Regel an allen Zentral- und Außenstellen der PSZ angeboten.

„Alle Standorte, die ich zu Beginn genannt habe, da bieten wir auch die Therapie an.“ PSZ 2 [00:15:35]

Während sich die Gruppenangebote häufig an Kinder- und Jugendliche (4 der 6 Zentren bieten u.a. gezielt therapeutische Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche, gerade im kunst- und sporttherapeutischen Bereich direkt an Schulen, an) richten, reichen die Ressourcen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Einzelsetting nur an zwei der Zentren: PSZ 3 gibt an, eine für das gesamte therapeutische Versorgungsgebiet zuständige Kinder- und Jugendtherapeutin zu beschäftigen (PSZ 3 [00:09:25]), PSZ 4 verfügt über Kinder- und Jugendtherapie für das Stadtgebiet am Hauptstandort im Rahmen von durch das Jugendamt geleisteter Einzelfallfinanzierung (PSZ 4 [00:14:21], [00:27:02]).

Exemplarisch für die übrigen PSZ gibt sowohl PSZ 2 ausdrücklich an, Kinder und Jugendliche nicht bedienen zu können (PSZ 2 [00:36:05]) als auch PSZ 1.

„Wir haben im [PSZ] nur Erwachsene [...] Leider! Wir haben halt erstens keine Expertise über Kinder- und Jugendtherapie und auch keine Kapazitäten.“ PSZ 1 [00:11:38]

Bezüglich der angewandten Therapieformen (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch fundiert, analytisch oder systemisch) unterscheidet sich das Angebot nicht zu dem im Regelsystem.

„Wenn einer bei uns verhaltenstherapeutisch arbeitet oder im niedergelassenen System, ist da kein Unterschied grundsätzlich in der Therapieform. Dann ist zu gucken: ist die Therapie kultursensibel, ist der Einsatz von Sprach- und Kulturmittler:innen notwendig, wie läuft der? Das sind die Unterschiede – traumaspezifisch hinzugucken.“ PSZ 3 [00:17:33]

Aufnahmepraxis

Die Anmeldung der Klient:innen zu den therapeutischen Angeboten der PSZ erfolgt durch unterschiedliche Akteure. Anhand der Daten der BAfF für RLP lässt sich ablesen, dass der überwiegende Teil der Anmeldungen über Mitarbeiter:innen der Unterkünfte (soweit diese im Zuständigkeitsgebiet eines PSZ liegen), durch andere Beratungsstellen (intern wie extern) und ehrenamtliche Unterstützer:innen erfolgt. 60-80% der Zentren geben an, dass dies „sehr häufig“ bzw. „regelmäßig“ der Fall ist (BAfF e.V. 2021).

Darüber hinaus geben 40% der Zentren an, dass sich die Klient:innen „sehr häufig“ selbst anmelden und 25 % der Zentren geben an, dass die Anmeldung „sehr häufig“ über deren Angehörige oder Bekannte erfolgt. 60% geben in dem Zusammenhang an, dass das „selten“ (Klient:innen selbst) und 75%, dass das „selten“ bis „(fast) nie“ (Angehörige/Bekannte) der Fall ist (BAfF e.V. 2021).

„Selten“ erfolgt die Anmeldung über Psychiater:innen und Kliniken (jeweils 80% der Zentren geben dies an), als auch über Hausärzt:innen und Anwält:innen (jeweils 60% der Zentren geben dies an) (BAfF e.V. 2021).

Zu den weiteren anmeldenden Stellen zählen andere Fachärzte, die Mitarbeiter:innen der aufsuchenden Arbeit und niedergelassene Psychotherapeut:innen (jeweils „selten“ bis „(fast) nie“ (BAfF e.V. 2021).

Wartelisten und Wartezeiten

Im Rahmen des Aufnahmemanagements ist zu erwähnen, dass fünf der sechs PSZ in RLP im Bereich der therapeutischen Angebote dauerhaft Wartelisten führen. Neben denen für Einzeltherapien (Kurz- oder Langzeittherapien) gibt es in den PSZ für die unterschiedlichen Angebote oftmals separate Wartelisten (für Stellungnahmen, für Erstgespräche, für psychosoziale Gespräche...). Ob die Anzahl der Listenplätze grundsätzlich unbegrenzt oder begrenzt bzw. gedeckelt ist - es mithin also zu temporären Aufnahmestopps kommt - wird unterschiedlich gehandhabt.

„Das zeigt im Grunde, da wir immer Wartelisten haben, dass der Bedarf höher ist als wie wir dem zeitnah gerecht werden können.“ PSZ 3 [00:04:34]

Laut Auswertung der BAfF betrug die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz 2021 6 Monate und die auf ein Clearing- bzw. Erstgespräch im Mittelwert 2,9 Monate (BAfF e.V. 2021).

„Clearinggespräch zu Beginn, da stehen sicher 40 Personen drauf. Da ist die Wartezeit nicht so lang, kann aber jetzt auch schon zwei Monate und länger sein.“ PSZ 5 [00:44:53]

Die Länge der Wartelisten bzw. die durchschnittlichen Wartezeiten hängen von verschiedensten Faktoren ab und variieren sowohl zwischen als auch innerhalb eines PSZ - je nach Art und Weise der verschiedenen jeweiligen Angebote und des dafür zur Verfügung stehenden Personals. So kann die Wartezeit im Falle einer Warteliste für Stellungnahmen auch schonmal bis zu zwei Jahre betragen (PSZ 5 [00:44:19]). Insgesamt und über lange Zeiträume betrachtet, schwanken die Zahlen auch je nach Krisen in der Welt und den Zuzugszahlen geflüchteter Menschen nach Deutschland (PSZ 3 [00:04:34]).

Darüber hinaus können Unterschiede in der Art der Finanzierung Auswirkungen auf die Länge der Warteliste haben. Am Beispiel eines PSZ zeigt sich das im Bereich der therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Hierbei handelt es sich um Einzelfinanzierungen durch das Jugendamt, das die Klient:innen auch zuweist. Steigt die Zahl der Klient:innen auf der Warteliste, kann dem kurzfristig durch Personalaufstockung begegnet werden. Das ist so bei Pauschalfinanzierungen nicht möglich.

„Also, wie gesagt, es ist eine andere Form der Finanzierung, das ist eine Einzelfallfinanzierung, keine Pauschalfinanzierung und da ist es so, dass wenn die Warteliste jetzt zu lang wird, stocken wir Personal auf. Weil es halt einzelfallfinanziert ist.“ PSZ 4 [00:14:21]

Ebenfalls Auswirkungen auf die individuelle Wartezeit der Klient:innen haben bestimmte Priorisierungen bzw. die Anwendung des Prinzips der Dringlichkeit (z.B. notwendige Krisenintervention, dringlicher Bedarf an einer therapeutischen Stellungnahme im laufenden Asylverfahren etc.).

„Wir haben das Prinzip der Dringlichkeit. Grundsätzlich wird die Warteliste abgearbeitet danach wie die Leute draufkommen, also zeitlich. [...] Wenn es aber wirklich ganz dringlich ist, eine Krisenintervention, zieht man die erstmal vor und guckt nach der Krisenintervention: kann die jetzt erstmal nochmal warten, oder muss sich jetzt direkt der Therapieprozess anschließen. Oder ist ganz dringend etwas notwendig z.B. für das Asylverfahren. Muss da dringend was

geschrieben werden? Damit hängt viel anderes zusammen. [...] Das sind oft keine Geschichten, die mal eben abgearbeitet werden kann. Auch die Abarbeitung der Warteliste ist mit vielen Facetten verbunden. Ich sage immer nach Dringlichkeit, aber was beinhaltet diese Dringlichkeit? Das ist uns schon wichtig da auch flexibel zu sein. Da ist ein PSZ vielleicht auch nochmal flexibler wie eine niedergelassene Praxis.“ PSZ 3 [00:02:37]

Ablehnungen / Abweisungen

Immer wieder müssen auch Klient:innen abgewiesen werden, denen im PSZ kein therapeutisches Angebot gemacht werden kann. Dies bestätigen alle Zentren. Die häufigsten Ablehnungsgründe sind „keine Zuständigkeit“, „Anfrage kommt von außerhalb des Einzugsgebiets“, „Zielgruppe kann nicht bedient werden“ (z.B. „Altersgrenze unterschritten“), „keine Sprachmittler:innen vorhanden“ oder „volle Warteliste, keine Kapazitäten“ (BAfF e.V. 2021).

Genaue Zahlen zu den Ablehnungen werden in den Zentren in der Regel nicht erfasst. In der Statistik der BAfF e.V. ist (bei Rückmeldung von insgesamt drei der Zentren) für 2021 ein Mittelwert von 35,3 Ablehnungen angegeben (BAfF e.V. 2021). Eines der PSZ gibt an, dass die Zahl der Ablehnungen (nur für den Bereich des städtischen Hauptstandortes) in den vergangenen Jahren konstant zwischen 85 und 100 p.a. liegt (PSZ 4 [00:51:39]).

Therapeutischer Versorgungsbedarf

Die Interviews weisen darauf hin, dass die Angebote der Zentren in weiten Teilen qualitativ angemessen sind, dem Bedarf in seiner Quantität aber nicht gerecht werden können. Dies zeigt sich unter anderem an folgenden Aussagen:

„Wir können einen Teil der Anfragen, die wir mit hoher Priorität versehen, bearbeiten. Alle anderen müssen entsprechend warten. Wir können es nicht abdecken. Wir können wirklich nur einen Bruchteil abdecken.“ PSZ 5 [00:49:32]

„Der [Bedarf] ist auf jeden Fall sehr sehr viel höher, als wir ihn decken können. Und nochmal viel mehr, wirklich nochmal viel mehr jetzt in den abgelegeneren Regionen.“ PSZ 1 [00:47:19]

Geschlossen in der Aussage geben alle Interviewpartner:innen an, dass der Bedarf an therapeutischen Versorgungsangeboten das vorgehaltene Angebot deutlich übersteigt.

„Es ist schon in jede Richtung irgendwas da. Also es gibt immer irgendwas, aber es ist meistens von allem zu wenig. Und [...] die größte Lücke ist tatsächlich dieses therapeutische Angebot“ Soziale Arbeit 4 [00:24:34]

Um konkretere Angaben über die tatsächliche Höhe des Bedarfs machen zu können, greifen die Interviewpartner auf verschiedene Studien zurück.

„[...] sehr viele Studien die nachweisen, dass Geflüchtete deutlich mehr belastet sind und eben auch psychisch belastet sind. Mindestens jeder Fünfte Geflüchtete hat eine Posttraumatische Belastungsstörung. [...] und wir haben natürlich auch die Gruppe an Personen, die mit psychischen Erkrankungen zu uns kommen – wie z.B. Schizophrenien, psychotischen Erkrankungen –, die im Grunde auch schon im Heimatland vorlagen und gut versorgt werden müssen.“ Vorstandsmitglied LPK [00:26:14]

„Es gibt Untersuchungen, dass bis zu 40 % von den Menschen [Zufluchtsuchende] traumatisiert sein könnten. Das wäre dann der eigentliche Bedarf. Davon können wir irgendwas zwischen 1 und 2 Prozent abdecken.“ PSZ 5 [00:42:45]

Die BAfF geht von einer Prävalenzrate von mindestens 30 % für PTBS, Depression und Angststörungen bei Schutzsuchenden aus. Für das Jahr 2021 berechnet die BAfF bei einer Gesamtzahl von 86.510 Schutzsuchenden in RLP einen Schätzwert von 25.953 Schutzsuchenden mit psychosozialen Versorgungsbedarf. Davon deckten die PSZ 2021 mit ihrem Versorgungsangebot 3,7 % (BAfF e.V. 2021).

Besondere Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen

Anders als für Erwachsene gibt es – wie bereits oben angegeben – lediglich an zwei der sechs Zentren einzeltherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche. Die Interviewpartner:innen gerade aus der Sozialen Arbeit melden hierfür jedoch einen hohen, ungedeckten Bedarf zurück.

„Auf jeden Fall schon therapeutische Angebote. Wir alle kennen die Wartezeiten. Also da ist der größte Bedarf einfach da.“ Soziale Arbeit 4 [00:39:30]

Auch im Interview mit Soziale Arbeit 3 wird illustriert, dass es prinzipiell einen hohen Bedarf unter jungen und jugendlichen Menschen für therapeutische Angebote gibt (Soziale Arbeit 3 [00:04:44]).

„[...] vor allem diese therapeutischen Angebote, das ist etwas, was halt immer wieder Thema ist und wo wir halt immer wieder sagen müssen, wir haben leider keine Anlaufstelle, wo wir sie hin verweisen können.“ Soziale Arbeit 2 [00:38:53]

Aufklärung / Psychoedukation

Stigmatisierung, damit verbundene Scham oder schlichte Unkenntnis psychotherapeutischer Behandlungsangebote in Deutschland stellen eine weitere Herausforderung für die Inanspruchnahme derselben durch Schutzsuchende dar.

„[...] viele Geflüchtete kennen ja Psychotherapie an sich gar nicht [...] und manchmal ist das ja auch sehr stark stigmatisiert. [...] Frühzeitig sollten Informationskampagnen gestartet, sollten Informationen vermittelt und weitergegeben werden, wie in Deutschland psychische Erkrankungen gesehen werden.“ Vorstandsmitglied LPK [00:16:35]

„Gerade die vulnerablen Schutzbedürftigen, das sind meistens die, die ganz leise sind. Die am allerwenigsten auffallen. Da hat man auch das Problem der Scham. Dass Themen einfach nicht angesprochen werden.“ PSZ 6 [00:38:45]

Neben dem durch Therapieanfragen und Anmeldungen zur Therapie bei den Zentren sichtbarem Bedarf und dem errechneten geschätzten Gesamtbedarf an psychosozialer und/oder therapeutischer Versorgung, wird in den Interviews zudem ein weiterer Bedarf an Informations- und Aufklärungsangeboten angesprochen. Einerseits um ein allgemeines Verständnis für das System Therapie zu schaffen;

„Allgemein der Zugang zu Therapie ist ja enorm schwierig. Mit langen Wartezeiten. Mit über-

haupt der Überwindung dahinzugehen, wenn man das System Therapie nicht kennt aus seinem eigenen Heimatland.“ Soziale Arbeit 3 [00:12:31]

und um andererseits bei betroffenen Menschen darüber hinaus ganz persönlich die Einsicht in den Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen zu fördern.

„[...] der Bedarf ist höher wie das, was bei uns landet. Was aber auch damit zu tun hat, wie einsichtig die Leute sind, was ihren eigenen Hilfebedarf angeht. Das erleben wir auch oft. Von außen wird der Hilfebedarf gesehen, auch zu Recht, aber der Klient muss ja selber auch die Einsicht haben.“ PSZ 3 [00:04:34]

Im Interview mit Soziale Arbeit 3 wird ebenfalls die enorme Bedeutung von Aufklärung und Beziehungsarbeit hervorgehoben, die betroffene Menschen dabei unterstützen kann, sich den therapeutischen Angeboten zu öffnen, auch und insbesondere dann, wenn solche Angebote aus den Herkunftsländern nicht bekannt sind (Soziale Arbeit 3 [00:08:04]).

„[...] außerhalb der Schule gibt es ja so Psychoedukationsgruppen vom PSZ, also ich weiß, dass es dieses Angebot ab und zu gibt und da könnte ich mir eigentlich vorstellen, dass sowas vielleicht auch dezentraler einfach in verschiedenen Stadtteilen angeboten wird, dass Kinder und Jugendliche lernen mit ihren Symptomatiken umzugehen und die einzuordnen.“ Soziale Arbeit 4 [00:31:40]

Diskussion

Wie im ersten Teil dieses Abschnittes dargestellt, bieten die PSZ ein breites Portfolio insbesondere an therapeutischen Versorgungsangeboten, ausgestaltet in Form von Gruppen- und Einzelsettings. Dass diese Angebote qualitativ dem vorhandenen Bedarf der adressierten Klient:innen entspricht, zeigt die bestehende Auslastung des Versorgungsangebotes insbesondere im Bereich der Einzeltherapien. Dies gilt flächendeckend sowohl in den städtisch geprägten Umgebungen (zumeist die Hauptstandorte der Zentren) als auch in den ländlich geprägten Gebieten, in denen sich die Erreichbarkeit des Angebotes im Verhältnis nochmals deutlich schwieriger gestaltet.

Fraglich ist zunächst, ob das vorhandene Versorgungsangebot ausreichend ist, um den quantitativ vorhandenen Bedarf zu decken. Die in beinahe allen Zentren dauerhaft geführten Wartelisten schließen zunächst einmal das Vorliegen einer quantitativ passgenauen Versorgung oder gar Überversorgung deutlich aus. Im Gegenteil, es zeigt sich darin vielmehr das Vorliegen einer therapeutischen Unterversorgung. Die Länge der Wartezeiten und die regelmäßig auch erfolgende Ablehnung von anfragenden Klient:innen machen deutlich, dass die bestehende Nachfrage das vorhandene Angebot dauerhaft übersteigt.

Die Gruppenangebote leisten einen Beitrag zur Stabilisierung traumatisierter Geflüchteter und damit verbunden die – zeitweise – Milderung von Symptomatiken. Das kann in Einzelfällen der Entstehung (so sie denn nicht schon vorliegt) einer behandlungsbedürftigen Traumafolgestörung (PTBS, Depression, Angststörungen etc.) entgegenwirken. Für die übrigen Teilnehmer:innen der Gruppenangebote handelt es sich oftmals um eine stabilisierende Überbrückung, bis ein Einzeltherapieplatz angeboten werden kann. Dies alles zunächst für diejenigen Menschen, die den Bedarf an therapeutischer Hilfestellung bereits für sich erkannt

haben (oder dieser durch andere erkannt und von ihnen grundsätzlich akzeptiert wurde), diesen auch äußern und die Angebote der PSZ kennen bzw. überhaupt davon wissen. Es handelt sich mithin hierbei um den für die Zentren sichtbaren Bedarf.

Berechnet auf Grundlage der in verschiedenen Studien angegebenen Prävalenzraten von PTBS, Depression und Angststörungen bei Schutzsuchenden, ist der tatsächlich vorhandene Bedarf an psychosozialen und therapeutischen Versorgungsangeboten in Rheinland-Pfalz noch um ein vielfaches höher, als es zumindest durch die Angebote der PSZ aktuell gedeckt werden könnte. Auch wenn die vorliegenden Zahlen nicht vollständig sind, betonen sie doch eine klare Tendenz. Es kann von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Die betroffenen Personen haben für das Hilfesystem noch kein Gesicht, weshalb hier auch von einem unsichtbaren Bedarf gesprochen werden kann.

Die Ausweitung von Psychoedukationsangeboten, breit angelegten Informationskampagnen und dergleichen könnten hilfreich sein, weiteren vorhandenen Bedarf sichtbar zu machen.

Mit Blick auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ist unter Hinweis auf die oben beschriebene Situation von einer noch größeren Diskrepanz zwischen Versorgung und tatsächlichem Bedarf auszugehen. Hier trifft schon alleine der – zumeist durch die Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit festgestellte, sichtbare Bedarf auf ein noch kaum ausgestaltetes Versorgungsangebot.

4.2 Beratung, Pädagogik, Vernetzung und Vermittlung

Versorgung

Das Angebot der psychosozialen Zentren deckt bereits durch die Rahmenkonzeption ein breites Spektrum an psychosozialen Angeboten ab. Neben der bereits angesprochenen therapeutischen Versorgung, zählen Beratung und ggf. pädagogische Angebote zum Repertoire der sechs Zentren. Unter Beratungen werden verschiedene Arten von Beratungen gefasst. Rund die Hälfte (47,6%) der in den PSZ versorgten Klient:innen nehmen diese Angebote in Anspruch (BAfF e.V. 2021). Die Grundstruktur der Angebote ist nach Angaben des PSZ 3 recht ähnlich. Psychosoziale Beratung, Asyl- und Aufenthaltsrechtliche Beratung und Sozialangebote bilden die Säulen der Beratung [00:03:25]. Dies bestätigt auch das PSZ 1 und fügt hinzu, dass die Zentren sich an den Leitlinien der BAfF e.V. orientieren, um therapeutische Angebote in Verknüpfung mit sozialarbeiterischen Themen im Alltag im Blick zu haben [00:03:55]. Einige Zentren bieten im weiteren Sinne pädagogische Angebote an. Diese sind zu unterteilen in organisierte Angebote, wie Mutter-Kind Gruppen oder organisierte Spielgruppen, und niedrigschwellige Angebote, wie Yogagruppen oder Kräuterwanderungen. Ziele der Gruppenangebote können vielfältig sein. Für viele Klient:innen bringen die Termine eine Regelmäßigkeit in den Alltag und wirken somit stabilisierend.

„Das sind Kinder und Jugendgruppen deren hauptsächliches Ziel die psychosoziale Stabilisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist. Über Themen wie Gefühle, Struktur, Freizeit etc. wird spielerisch, erlebnispädagogisch gearbeitet.“ PSZ 3 [00:12:11]

Nehmen die Geflüchteten die Angebote vor Ort in Anspruch, entwickelt sich ein Vertrauensverhältnis, welches sich positiv in andere Bereiche der PSZ-Arbeit auswirken kann.

Neben Therapie und Beratung gehören Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit zu wichtigen Aufgaben der Zentren. Von der gesammelten Fachkompetenz können verschiedene Institutionen und (fachfremde) Einrichtungen profitieren. Vorträge und Workshops helfen, für die Bedürfnisse psychisch erkrankter Geflüchteter zu sensibilisieren. Mittel der Öffentlichkeitsarbeit, wie beispielsweise Interviews, dienen dazu, die Arbeitsinhalte einer breiteren Masse zugänglich zu machen.

„Wir schulen auf jeden Fall auf Anfrage Ehrenamtliche und Hauptamtliche oder halten halt Vorträge und Workshops. Z.B. hat eine Kollegin dieses Jahr was – ich glaube es war dieses Jahr – für die Psychotherapeutenkammer gemacht, oder manchmal gibt es auch Interviewanfragen. Oder, wie gesagt, ich habe eine Anfrage im nächsten Jahr in der Schmerzklinik zur interkulturellen Kompetenz. Wir werden nächstes Jahr in einer Kommune – weil die uns angefragt haben – eine Fortbildung anbieten für Menschen aus dem Gesundheitswesen zum Thema Sprachmittlung - also so ein bisschen die Angst abbauen und auch sagen, das bringt was.“ PSZ 4 [00:44:04]

Die Lebenswelten und die daraus entstehenden Bedürfnisse der Klient:innen sind divers. Da die Zentren ein breites, aber nicht allumfängliches Angebot offerieren, gehören Vernetzung und Vermittlung zum festen Bestandteil der Arbeit der Zentren. Alle rheinland-pfälzischen PSZ sind an Wohlfahrtsorganisationen angebounden. Dies bietet die Möglichkeit, Klient:innen an weitere, hausinterne Angebote zu vermitteln, die ggf. die Arbeit mit Geflüchteten nicht als Ursprungsauftrag haben.

„Gibt es außerhalb des Migrationsdienstes auch noch andere Akteure die da wichtig sind?“- „Ja, natürlich interne Vernetzung innerhalb des Migrationsdienstes und dann innerhalb des Caritasverbandes. Auch die anderen Regeldienste spielen eine erhebliche Rolle. Vor allem die Schwangerenberatung, die allgemeine Sozialberatung, die Tafel. Das sind wichtige Dienste wo wir ständig Berührungspunkte haben“ PSZ 3 [00:29:35]

Neben den Diensten der Wohlfahrtverbände existieren weitere relevante Player für die Arbeit mit Geflüchteten. So ist auch die Vermittlung an externe Angebote unabdingbar. Die Zusammenarbeit mit Ausländerbehörden, mit Anwält:innen, mit gesetzlichen Betreuer:innen, Bewährungshelfer:innen, Jugendämtern, Betreuer:innen aus Wohngruppen, bilden nur einen Auszug an Kooperationspartnern des PSZ 4 [00:30:15]. Das PSZ 3 ergänzt die Liste mit weiteren relevanten Akteur:innen:

„Extern sind vor allem auch Schulen, Schulsozialarbeiter, jetzt gibt es ja hier neu die Kitasozialarbeit, die stellen sich jetzt auch schon als wichtige Netzwerkpartner raus. Andere Beratungsstellen, Unterkünfte für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Sozialämter, Ausländerbehörde, im Grunde alle Behörden, Jobcenter. Natürlich auch Arztpraxen, Kliniken. Alles Akteure mit denen Vernetzung wichtig und auch vorhanden ist. Mal mehr, mal weniger.“ PSZ 3 [00:29:56]

Auch an dieser Stelle wird deutlich, wie interdependent die Arbeit der Zentren mit verschiedenen Systemen ist.

Vermittlungen ins Regelsystem bei psychiatrischen oder therapeutischen Problemen sind vorhanden, bilden jedoch die Ausnahme.

„Da haben wir dann halt die transkulturelle Ambulanz in Alzey. Das ist noch ok, die betreuen auch noch, auch immer noch zeitnah, aber wir haben eigentlich eine Kooperation, dass wir die Klient:innen da schneller vermitteln – also dass die Wartezeiten kürzer sind – ich muss aber auch ehrlich sagen, die Kooperation war mal besser. Das ist ein bisschen eingeschlafen, weil da die Klinikleitung gewechselt hat und die jetzt andere Schwerpunkte setzen.“ PSZ 4 [00:18:29]

„Ebenso bei den niedergelassenen Psychotherapeuten, wir kennen da Einzelne die von uns Klienten in Psychotherapie aufgenommen haben, ist aber in der Masse so nicht üblich.“ PSZ 5 [00:17:33]

Das deuten die Zahlen der BAfF e.V. ebenfalls an. Von 949 Klient:innen in fünf Zentren, wurden 246 Personen weitervermittelt (BAfF e.V. 2021). Von den 246 Menschen sind neun an niedergelassene Therapeuten, 24 an Kliniken und 67 an (Fach-)Ärzt:innen vermittelt worden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Vermittlungen an weitere Einrichtungen

Einrichtungen, an die vermittelt wurde (n=5 PSZ)	Summe
an niedergelassene (Fach-)Ärzt:innen	67
an niedergelassene Psychotherapeut:innen	9
an ermächtigte Psychotherapeut:innen	0
an andere Sozialberatungsstellen	131
an Kliniken	24
an Gutachter:innen	0
an sonstige Stellen/Personen	15

Quelle: BAfF e.V. 2021

190 der 246 Personen sind nach der Vermittlung noch weiter von den PSZ begleitet worden (BAfF e.V. 2021).

Bedarf

Wenngleich die Arbeit der Zentren vielschichtig ist, deckt Sie meist nur einen Teil der benötigten Versorgung. Die Problemlagen der Klient:innen sind heterogen und es bedarf einer nachhaltigen und ganzheitlichen Betreuung um diese zu lösen. Die PSZ bieten einen Angelpunkt, der von anderen Institutionen meist nicht zu realisieren ist.

„Der Bedarf besteht darin, dass die Menschen eben sowohl Therapie, als auch eine psychosoziale Begleitung brauchen. Auf Grund der äußeren Umstände, auf Grund der Komplexität und das eine ohne das andere nicht gut funktioniert, weil die Probleme im Außen als auch im Innen so groß und vielfältig sind. Und das ist meiner Meinung nach, neben der Sprachmittlung, ein Alleinstellungsmerkmal der PSZ, dass wir beide Bereiche bedienen können.“ PSZ 4 [01:36:27]

Eine ähnliche Sichtweise vertritt auch der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer. Es wird betont, dass die Unterstützung, die die Klient:innen in einem PSZ erhalten, nicht von und während der Psychotherapie übernommen werden können. Diese ganzheitliche Betreuung gilt

als Gewinn in einem Zentrum, wenn vor Ort die personelle Ausstattung ausreichend ist (Vorstandsmitglied LPK [00:07:27]).

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zeigt sich der Bedarf auf verschiedenen Ebenen. Außerhalb der Zentren ist die Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen nur wenig vertreten. Angebote fehlen oder sind nicht präsent in der Lebenswelt der Zielgruppe (Stichwort: Niedrigschwelligkeit). Vorhandene Angebote für Kinder und Jugendliche sind in der Regel allgemein gehalten und gehen nicht ausreichend auf die besonderen Lebensumstände der Geflüchteten ein. Gerade bei minderjährigen Hilfebedürftigen, deren soziales Umfeld sich auf bestimmte Orte wie Kita, Schule oder Jugendhäuser begrenzt, ist es wichtig, vor Ort präsent zu sein. Nur so kann ein vertrauensvolles Verhältnis entstehen, welches als Prämisse für eine gute Zusammenarbeit gilt.

*„Ich wollte dich noch fragen, was für pädagogische Angebote Du außerhalb des PSZ kennst.“
„Keine.“ „Keine?“ „Keine! Hier in [Ort der Einrichtung] haben wir ein Jugendhaus, wo das Klientel mittlerweile überwiegend Geflüchtete sind. Die machen gute Arbeit. Das ist eine wichtige Anlaufstelle für geflüchtete Kinder und Jugendliche. Aber es ist ein nicht speziell ausgerichtetes Angebot auf diese Zielgruppe. Das ist offene Jugendarbeit die da läuft. Aber die hat einen wichtigen Stellenwert für die psychosoziale Stabilisierung der geflüchteten Kinder und Jugendlichen. Das ist in [Ort der Einrichtung] ein wichtiger Anlaufpunkt für diese Kinder geworden. Dort findet auch Nachhilfe statt, Hausaufgabengruppen werden angeboten. Zielgruppenorientiertes Angebot, außer unseren Gruppen, wüsste ich nicht. Der Punkt ist, die Kinder schlagen ja überall auf. Ich denke man muss sein Konzept reflektieren und gucken wie kann ich die Kinder besser auffangen, oder stimmt unser Angebot für diese Zielgruppe. Das kann jede Einrichtung machen.“ PSZ 3 [00:42:37]*

„Wichtig ist einen guten Zugang zu schaffen, der sehr niederschwellig sein muss. Das A und O ist die Beziehungsarbeit mit den Kindern und Jugendlichen. Enge Beziehungen aufbauen und dranbleiben. Da ist von pädagogischer Seite viel notwendig, da die Kinder, oder die Familien selbst das in der Form nicht leisten können. Das bedeutet die Kinder zu erinnern, sie anzurufen: „Heute ist Gruppe/morgen ist HipHop, kommst du, musst du abgeholt werden?“ Es ist ganz wichtig, eine sehr, sehr niedrigschwellige Beziehungsarbeit zu machen. Ohne die scheitert jedes Angebot.“ PSZ 3 [00:46:10]

Laufen parallel Beratungen und Angebote mit vielen beteiligten Akteur:innen, ist die verbindliche Vernetzung des Helfersystems ausschlaggebend für den Erfolg. Eine solide Vernetzung mit Schulen, Kitas oder UmF (unbegleitete minderjährige Flüchtlinge) Einrichtungen bedeuten für die Kinder und Jugendlichen eine Verlässlichkeit, die nach Expertise des PSZ 3 ein wesentlicher Faktor für die Stabilität der Minderjährigen bietet (PSZ 3 [00:19:25]). Zudem können ressourcen- und zeitfressende Doppelstrukturen vermieden und effektiver mit und für das Kind gearbeitet werden.

„Diese Stabilität, diese Orientierung, diese Vernetzung von den verschiedenen Organisationen. Was hat es für Folgen, wenn das nicht der Fall ist. Also wie wirkt sich das auf die geflüchteten Kinder und Jugendlichen aus, wenn das fehlt, was Du als elementar beschreibst?“ „Das hat zur Folge, dass letztendlich nebeneinander her gearbeitet wird am Kind. Das nicht an einem gemeinsamen Ziel für das Kind gearbeitet wird. Es wird nebeneinander her gearbeitet, was Ressourcen verpuffen lässt. Jeder arbeitet sich ab und jeder wahrscheinlich im guten Sinne.“

Aber jeder macht in seinem Umfeld wahrscheinlich einen guten Job. Aber es würde viel mehr bringen, wenn man dieses Gute zusammenbringen würde. Ganz praktisch: Ein Kind kommt zu uns in die Spielgruppe und erlebt in der Schule aber auch Betreuung durch die Schulsozialarbeiter. Dann müssen da doch auch regelmäßig Gespräche stattfinden. Vielleicht gibt es noch eine sozialpädagogische Familienhilfe vom Jugendamt und die müssten sich gut vernetzen. Im Sinne zu gucken, wie läuft es in der Schule, wie läuft es in der Gruppe, in der Familie. Dann zu gucken wo stehen wir, wo wollen wir gemeinsam mit dem Kind hin. Wenn ich dann gemeinsam in meinem jeweiligen Kontext an dem Ziel arbeite, dann ist das zielorientiert und dann hat das Effekte. Im stabilisierenden Sinne. Wenn ich mich da aber nicht, oder viel zu wenig austausche, dann wird weiter nebeneinander her gearbeitet, was dem Kind letztendlich nichts bringt und dem Kind auch wieder Unsicherheit vermittelt. Der eine macht das, der andere das. Der eine sagt Hü, der andere Hott. In der Familie die Eltern sagen nochmal was anderes. Wo stehe ich denn als Kind? Man festigt im Grunde die Symptomatik statt sie aufzuweichen. Diese Vernetzung, wenn die nicht funktioniert, die Vernetzung des kindlichen Umfelds. Das spürt so ein Kind. Das kann dir nicht erklären warum, aber die spüren, dass da etwas nicht funktioniert. Das ist Gift für ein Kind was einen Fluchthintergrund mit traumatischen Erlebnissen hat. Weil es wieder Unsicherheit erfährt. Das destabilisiert mehr wie dass es stabilisiert." PSZ 3 [00:19:25]

Fehlende Vernetzungs- und Vermittlungsmöglichkeiten haben nicht nur im Kinder- und Jugendbereich einen negativen Einfluss auf den Beratungs- und Behandlungsablauf. Fehlt der Kontakt zu Kooperationspartner:innen, anderen Institutionen oder grundsätzlich ins Regelsystem, kann das die Gesundung der Klient:innen stark verzögern oder sogar verhindern. Niedergelassene Therapeut:innen, Psychiater:innen und Kliniken sind wichtige Partner, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Die Kontakte gestalten sich jedoch als ausbaufähig. Die Idee nach der Stabilisierung des:der Klient:in im PSZ, an das Regelsystem zu verweisen, funktioniert nicht (PSZ 4 [00:12:03]). Die dazu notwendige Vernetzung, gerade zu Kliniken, ist ein eher loses Konstrukt, welches die Zusammenarbeit einzelfallabhängig bleiben lässt (PSZ 3 [00:32:46]). Punktuelle Vermittlungserfolge zu niedergelassenen (Kinder und Jugendlichen-) Therapeut:innen werden von den PSZ eher als „Glück“ gesehen.

„Also zum Beispiel hatte ich jetzt über eine Liste der Ko-Stelle von Kinder- und Jugendtherapeut:innen von einer Tochter von einer Klientin von mir, da hat sich eine Kinder- und Jugendtherapeutin gefunden, die dann auch relativ schnell einen Platz frei hatte für – aber das war einfach halt irgendwie Glück. Dolmetscherin dort haben wir auch mitgestellt und mitbezahlt bei den ersten Gesprächen. Weil das sonst viel zu aufwendig gewesen wäre, das nochmal zu beantragen. Wir waren schon froh, dass die Therapie bewilligt worden ist.“ „Das heißt dabei handelt es sich dann wirklich um Einzelfälle, es bestehen jetzt keine Kooperationen, keine starke Zusammenarbeit mit niedergelassenen Praxen?“ „Nee.“ PSZ 1 [00:12:51]

Aus Sicht der Sozialarbeitenden kommt hinzu, dass beispielsweise die Sprachmittlungskosten eine weitere Hürde in der Vermittlung darstellen. Dies erschwert zusätzlich den konstanten Kontakt in das Regelversorgungssystem.

„Also wir haben ja das PSZ in [Ort des PSZ], die nehmen aber glaube ich erst ab 16, vielleicht mal noch mit 15 jemanden auf. Ich hatte da meine Kollegen auch schon gefragt, ob's noch weitere Anlaufstellen gibt, aber es gibt einfach nichts. Also mir würde jetzt keine Adresse ein-

fallen, wo ich dann sagen könnte den Eltern: hier könnten Sie sich mal hinwenden. Und, ja klar wir haben Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aber die sind halt auch dann einfach, wenn die, wenn das Sprachvermögen halt einfach noch sehr gering ist, dann auch nicht bereit diese Familien aufzunehmen oder das Kind.“ Soziale Arbeit 2 [00:18:36]

Die Befragten sehen die fehlenden Vernetzungs- und Vermittlungsmöglichkeiten in das Regelsystem im Ursprung im System an sich. Ressourcen wie Zeit und Geld sind knapp. Ein Gesundheitssystem mit zu wenig Performanz bietet nur wenig Platz für besonders vulnerable Zielgruppen. Die Arbeit mit Geflüchteten mit multiplen Problemlagen bedeutet häufig Mehraufwand, der den Behandler:innen nicht vergütet wird. Das senkt zusätzlich die Attraktivität.

„Was natürlich auch dem ganzen System geschuldet ist. Die ganzen Kliniken, gerade die Psychiatrien sind alle überlastet. Zuwenig Personal haben etc. Entweder es macht sich jemand Flucht, Migration, Traumatisierung usw. zum Thema, oder eben nicht.“ PSZ 3 [00:36:00]

Wenig Schulungsangebote für Fachkräfte, der generelle Fachkräftemangel, der durch fehlende Verstärkung der Mittel bekräftigt wird und die hohen bürokratischen Hürden ergeben eine Gesamtlage, die die Arbeit mit geflüchteten Menschen erschwert.

Die Arbeit mit der Personengruppe der Geflüchteten erfordert interkulturelle Kompetenz, um Handlungsweisen und Reaktionen zu verstehen und richtig einzuordnen. Gerade bei sensiblen Themen ist es wichtig, den richtigen Zugang zu finden, da sonst Beratung oder Therapie gefährdet werden können. Therapeut:innen sind verpflichtet Fortbildungspunkte zu sammeln. Diese Pflicht besteht bei Akteuren aus dem Sozialwesen nicht. In beiden Fällen ist die Wahl des Fortbildungsinhaltes interessengetrieben, so dass die Auseinandersetzung mit der Zielgruppe meist ein Nischenthema bleibt und ein besonderes persönliches Engagement voraussetzt.

„Also da merke ich einfach, da sind die Lehrer eigentlich nicht vorbereitet worden, was da auf die zukommt. Das muss man ganz klar sagen. Es gibt Lehrer, die beschäftigen sich damit von sich aus, die kommen gut damit zurecht. Aber ich denke immer, man kann es jetzt nicht unbedingt erwarten, also d.h. da hätte man die Schulen eigentlich schon ganz früh besser ausstatten müssen.“ Soziale Arbeit 4 [00:12:06]

Fehlende Fachkräfte wirken sich nicht nur auf die Versorgung des Regelsystems aus. Auch im PSZ Kontext verschärft es die Personalsituation zunehmend.

"Wie wirkt sich da der Fachkräftemangel aus? Die Personalgewinnung?" „Wir müssen die Stelle im Landkreis [Ort] neu besetzen. Die Ausschreibung ist seit 2 Wochen draußen [unverständlich], Eingruppierung 13, glaube ich, eine halbe Stelle, noch keine Bewerbung. Das ist das erste Mal. Früher hatten wir viele, heute gibt es vielleicht noch 3 ausreichend qualifizierte pro Stelle die wir ausschreiben. Es ist geschrumpft, es ist so dass der Landkreis [Ort] ist nicht ganz aus der Welt, es ist nicht so wie andere Gegenden in RLP.“ PSZ 5 [00:54:28]

Faktoren, wie die in den PSZ üblichen befristeten Verträge, verschärfen diesen zusätzlich. Durch die jährliche Bewilligung der Projektgelder weichen Fachkräfte auf sicher finanzierte unbefristete Stellen aus, zum Nachteil der Zentren vor Ort.

„Ja, genau. Und das finde ich megafrustrierend, wenn dann halt so Leute, die eigentlich inhaltlich total dabei sind, aber dann nach einer Zeit aufhören und sagen „Nee, so sehr mir das Freude macht, aber woanders kriege ich halt einen unbefristeten Vertrag oder mehr Geld.“ PSZ 1 [00:58:29]

„Um sowas zu machen, braucht man einfach auch Personal, was Lust hat, was auch – weil es ist ein harter Job – im besten Falle Erfahrung hat in dem Bereich. D.h., dass wir unbefristete Stellen bieten müssen, gerade in der Konkurrenz bei Fachkräftemangel, um die Leute zu halten. Und dass ist natürlich – ich weiß durchaus auch von Vorteilen dieser Projekt- und Pauschal-Jahresfinanzierung, die sind mir bewusst, aber das ist halt sehr, sehr, sehr viel Arbeit und man muss halt immer kreativer werden, muss immer mehr Töpfe anbohren und anschreiben, um die Finanzierung zu sichern. Das kostet wirklich viel, viel Zeit und das war auch mit ein Grund, warum z.B. die Anzahl der Therapien in [Ort] so krass gesunken ist. Ich musste mich entscheiden: kümmere ich mich um die Weiterentwicklung, kümmere ich mich um die Finanzierung, oder sehe ich meine Klient:innen oder macht man am Ende beides nicht richtig!“ PSZ 4 [01:13:15]

Nicht zuletzt hemmen bürokratische Hürden den Versuch, Geflüchtete ausreichend zu versorgen. Ein ausdifferenziertes Gesundheitssystem ist eine Errungenschaft der modernen Medizin, stellt jedoch Klient:innen und weitere Beteiligte nicht selten vor komplexe Entscheidungen, welches Angebot zeitnah und passend in Betracht kommt (PSZ 4 [01:00:45]).

Diskussion

Die Arbeit der Psychosozialen Zentren ist komplex und deckt bereits einen Teil der Versorgungslücke der Regelversorgung ab. Das facettenreiche Angebot aus den Säulen Therapie, Beratung und Multiplikatoren- und Öffentlichkeitsarbeit bietet eine gute Grundlage, auf die Lebenslage der Geflüchteten einzugehen und deren Interessen zu vertreten. Die Zentren dienen als Angelpunkt, um Bemühungen nachhaltig zu gestalten und die mit den Klient:innen gesteckten Ziele weiterzuverfolgen. Dieses Alleinstellungsmerkmal gilt es auszubauen. Langfristiges Case Management ist aufgrund meist multipler Problemlagen unabdingbar.

Beratungs- und pädagogische Angebote, die an den Zentren, aber auch an anderen Einrichtungen und Institutionen angesiedelt sind, gilt es möglichst niedrigschwellig und lebensnah anzubieten. Gerade für geflüchtete Kinder und Jugendliche ist die Verortung maßgeblich für den Erfolg des Angebots. Kitas, Schulen oder Jugendhäuser bieten eine gute Voraussetzung um zielgruppengerechte Angebote anzubieten. Ausschlaggebend ist eine intensive Beziehungsarbeit, die Unsicherheiten auflöst und Stabilität fördert.

Sozialarbeiterische Vernetzungs- und Vermittlungsmöglichkeiten sind vielfältig und meist aufgrund der Häufigkeit der Interferenzen gut ausgebaut. Die notwendigen Kontakte reichen dabei neben den Sozialen auch in die Öffentlichen Dienste. Klient:innen treten die ersten Monate u.a. mit Ausländerbehörden, Sozialämtern, Lernangeboten, Jobcentern usw. in Kontakt. Sind die Grundbedürfnisse gedeckt und der Überlebensmodus wird verlassen, treten vermehrt psychologisch relevante Auffälligkeiten auf. Sind die Kapazitäten der Zentren erschöpft, wird eine Weitervermittlung zu niedergelassenen Therapeut:innen, Psychiater:innen und Kliniken

angestrebt. Klient:innen und Berater:innen stoßen jedoch auf ein überlastetes System, mit sehr begrenzten Kapazitäten und lückenhaftem Fachwissen über die besonders vulnerable Gruppe der Geflüchteten. So ist der Grundgedanke, Klient:innen ins Regelsystem weiterzuvermitteln, kaum oder nicht umzusetzen. Es bleibt das individuelle Engagement, welches ausschlaggebend für die Behandlung ist. Barrieren, wie beispielsweise das diffuse Antragswesen oder Unklarheiten in der Sprachmittlungsfinanzierung, sind nur zwei Aspekte, die dem niedergelassenen System die Arbeit erschwert. Es gilt die Hindernisse abzubauen, um die Vernetzung und Vermittlung in therapeutische und psychiatrische Dienste zu ermöglichen und behandlungsbedürftige Geflüchtete adäquat zu versorgen. Der Fachkräftemangel, der nicht nur im Regelsystem, sondern auch im PSZ Kontext Relevanz hat, verschärft zusätzlich die Ausgangslage. Stellen, die meist befristet und schlechter vergütet sind als im Regelsystem, erfordern ein hohes Maß an persönlichem Einsatz. Es ist daran gelegen, durch Anpassung und Verstärkung der Mittel, Anreize zum Kommen und Bleiben zu bieten.

4.3 Sprachmittlung

Die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittler:innen ist in den Zentren Arbeitsgrundlage, um mit den Geflüchteten barrierefrei zu kommunizieren. Die Fachkräfte und die Sprachmittler:innen sind gut intern geschult und routiniert. Die Grundlagen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind gegeben. Für eine nachhaltige Anbindung setzen die PSZ auf Qualitätssicherung. Dies gelingt durch eine gute Begleitung der Dolmetschenden durch Vor- und Nachgespräche, bei Bedarf mit Supervisionen und weiteren regelmäßigen Angeboten (PSZ 4 [01:08:15], PSZ 5 [00:32:25]). Die Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittler:innen ist im Regelsystem, im Gegensatz zu den Zentren, eher die Ausnahme. Die für die Zentren basalen Kompetenzen, wie das Gespräch im Dreier-Setting, werden nicht flächendeckend vermittelt oder erlernt (PSZ 3 [00:17:33]). Es deutet sich an, dass ein Verhinderungsgrund die fehlende Bereitschaft der Fachkräfte in einem ungewohnten Rahmen zu arbeiten, ist. Inwiefern andere Faktoren einspielen, kann nicht näher erläutert werden.

„Und, ja klar wir haben Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aber die sind halt auch dann einfach, wenn die, wenn das Sprachvermögen halt einfach noch sehr gering ist, dann auch nicht bereit diese Familien aufzunehmen oder das Kind.“ Soziale Arbeit 2 [00:18:36]

„Viele Psychologen weigern sich auch, mittels Übersetzer, mit den Jugendlichen zu sprechen. Das sind sicherlich 30-40% wo wir gesagt bekommen: „Mit Übersetzern arbeiten wir nicht“. Selbst wenn die Kostenübernahme zugesichert worden wäre.“ Soziale Arbeit 1 [00:17:19]

Die Problematik findet sich ebenfalls im sozialen Sektor wieder, wo Unterstützungsangebote aufgrund der Sprachbarriere den Kindern und Familien verweigert werden.

„Wir versuchen es dann manchmal auch übers Jugendamt, dass man dann versucht vielleicht eine sozialpädagogische Familienhilfe zu installieren, weil wir sagen ok, es wäre vielleicht auch nicht schlecht da würde einfach regelmäßig mal jemand zu der Familie nach Hause kommen und sich da nochmal konkret mit dem Kind irgendwie beschäftigen. Aber auch da habe ich jetzt leider schon oft die Erfahrung gemacht, dass das Jugendamt dann sagt: „Ja, die Eltern sprechen so schlechtes Deutsch, da können wir niemanden hinschicken, weil wir dann nicht mit denen arbeiten können, weil da zu große Sprachbarrieren dann bestehen.“. Also das ist dann tatsäch-

lich leider oft enttäuschend, wenn man dann schon irgendwie das Gespräch mit den Eltern gefunden hat und dann aber einfach sagen muss: „Ich sehe das, aber ich kann ihnen jetzt leider gerade gar nicht sagen, was die machen können.“ Das ist dann schon, ja, schwierig.“ Soziale Arbeit 2 [00:19:58]

Diskussion

Eine qualifizierte Sprachmittlung innerhalb der Arbeit mit Geflüchteten ist in migrations-spezifischen Diensten bereits meist finanziert und gut ausgebaut. In anderen Kontexten scheitert es oftmals an Berührungängsten und Finanzierungshürden mit ungewohnten Arbeitssettings. Diese gilt es beispielsweise mittels Schulungsangeboten zu überwinden.

In der neuen Legislaturperiode wurde erstmalig die Finanzierung von Sprachmittlung für fremdsprachige Patient:innen im Gesundheitswesen in die Koalitionsverhandlungen aufgenommen. Angesiedelt soll dies im SGB V, analog zum Gebärdendolmetschen für Gehörlose, werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer und die BAfF e.V. brachten zu diesem Themenkomplex 2021 ein umfassendes Positionspapier heraus (BAfF e.V. 2021b). So könnten Kosten für niedergelassene Therapeut:innen, Psychiater:innen, Kliniken und weitere gesundheitsbezogene Dienste übernommen werden. Das Sozialwesen wird von dem noch nicht beschlossenen Gesetz nicht profitieren. Dort gilt es, andere Finanzierungswege zu erschließen.

4.4 Regionale- und Zielgruppenunterschiede

Zielgruppenunterschiede

In den vorherigen Kapiteln wurde bereits deutlich, dass die Versorgung und der Bedarf in der Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen deutlich auseinandergehen. Nur ein Teil der Zentren und des niedergelassenen Systems haben die Ressourcen, sich der Gruppe pädagogisch, therapeutisch oder mit anderen psychosozialen Angeboten zu nähern. So deutet sich an, dass der Bedarf in der Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen, aufgrund der fehlenden Versorgungsangebote, noch wesentlich höher ist (PSZ 5 [00:50:24]).

„Die Erfahrungen, die ich gerade mit Kindern mit Fluchthintergrund gemacht habe, sind für mich sehr prägend in meiner Arbeit. Weil ich gemerkt habe, dass in diesem Bereich gar nichts – was heißt gar nichts, ist jetzt vielleicht etwas zu hart – aber entsetzlich wenig eigentlich für diese Kinder getan wird.“ Soziale Arbeit 6 [00:01:42]

Dabei muss es nicht zwingend sofort ein Therapieplatz sein, auch andere Maßnahmen sehen Sozialarbeitende als zielführend für eine Entlastung der Geflüchteten (Soziale Arbeit 6 [00:19:04]). Ein Defizit besteht zudem in den Angeboten zu geschlechterspezifischen Themen. Einige Zentren beschäftigen sich bereits mit Inhalten wie FGM_C (female genital mutilation and cutting, deutsch: weibliche Genitalverstümmelung_Beschneidung), dies kann aber noch nicht in der Fläche angeboten werden. Mehr in die Wahrnehmung der Zentren und der Öffentlichkeit rückt auch die geflüchtete LGTBIQA+ Community, die durch die starke Stigmatisierung in den Heimatländern und auch zum Teil im Ankunftsland, eine starke Vulnerabilität aufweisen (Vorstandsmitglied LPK [00:36:47]).

„Wir hatten ja schon Kinder und Jugendliche haben einen erhöhten Bedarf, gibt es das auch für andere Gruppen?“ „Ich denke geschlechtsspezifisch kann es immer spezielle Bedarfe geben. Sowohl für Frauen, als auch für Männer. LGBTIQ ist ein Thema was momentan viel in den Medien ist, aber auch in allen Bezügen besprochen wird. Da gibt es sicher auch spezielle Angebote die notwendig sind. Wo man nochmal genau hinsehen muss für die Zielgruppe auch im Fluchtkontext. Da braucht es sicher auch nochmal spezifische Angebote. Gerade so im Fluchtkontext. Wenn man sich da mal mit Anerkennung von Fluchtgründen beschäftigt, dann tun sich da schon Bedarfe auf.“ PSZ 3 [00:25:55]

Regionale Unterschiede

Rheinland-Pfalz gilt als Flächenland. Wie im Forschungsdesign bereits beschrieben, ist jedes Zentrum für die therapeutische Versorgung eines festgelegten Gebiets zuständig. Dieses beinhaltet sowohl städtische Ballungsgebiete, als auch weniger besiedelte Landschaftszüge. Die sechs rheinland-pfälzischen Zentren bieten nicht nur an ihren Hauptstandorten Therapie und Beratung an, auch in Außenstellen werden geflüchtete Klient:innen versorgt. Die Verortung der Außenstellen steht dabei unter anderem in Abhängigkeit zu verfügbaren Räumlichkeiten, die innerhalb der Wohlfahrtsverbände oder von Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt werden. Da soziale Verbände selbst oft Platzprobleme haben und therapeutische Angebote ein gewisses Setting benötigen, ist es bereits eine schwierige Hürde, dezentral unterzukommen (PSZ 3 [00:28:03]). Die meisten Zentren können in den Außenstellen keine Fachkräfte dauerhaft vor Ort zur Verfügung stellen. Deswegen gilt es bei der Versorgung in der Fläche abzuwägen: mehr Fahrzeit bedeutet konkret, weniger Therapie mit Klient:innen durchführen zu können (PSZ 5 [00:05:22]). Die nötigen Standortwechsel sind in der notwendigen Häufigkeit somit für die Zentren kaum leistbar.

„Was die Therapien angeht, da ist eine Komm-Struktur, das hat einfach auch mit den Ressourcen zu tun, weil wenn wir jetzt wirklich jeden Tag irgendwo anders im Landkreis wären – die ganzen Fahrtzeiten, wir können das gar nicht leisten. Also da ginge uns viel zu viel Zeit verloren und das ginge einfach nicht.“ PSZ 6 [00:20:27]

Wenn die Fachkräfte nicht in die Fläche fahren können, müssen Klient:innen den Weg zu den PSZ Standorten auf sich nehmen. Die Klient:innen stoßen jedoch auf die gleichen Problematiken wie die Fachkräfte. Die Wege sind aus ländlichen Gebieten lange und hinzu kommt der für die Geflüchteten wichtige Kostenfaktor. Den öffentlichen Nahverkehr für regelmäßige Termine zu nutzen addiert sich zu Beträgen, die auf Dauer nur schwer zu stemmen sind.

„Was auch eine Riesenhürde ist, sind die Fahrtkosten. Also Fahrtkosten und – bei uns jetzt vielleicht nicht – für den ein oder anderen Klienten die öffentlichen Verkehrsmittel, also einfach die Häufigkeit der Verbindungen, wie häufig fahren die. Also die Kosten und auch die Verbindung an sich. Also wann fährt ein Bus... fährt überhaupt einer...“ PSZ 4 [01:00:45]

Können diese Hürden genommen werden, kann die schlecht ausgebaute Infrastruktur in der Fläche ein weiteres Hindernis für eine beständige Versorgung sein. Davon berichten ausnahmslos alle Interviewpartner:innen in der Erhebung.

„Klar, und dann kommt hinzu die Anfahrtswege. Bei uns ist das ja katastrophal auf dem Land mit den öffentlichen Verkehrsmitteln.“ PSZ 2 [00:17:28]

„Aber auch da war es so – z.B. in [Ort] – dass an der Gruppe einige Menschen nicht teilnehmen konnten, weil – selbst wenn sie aus dem [Landkreis] kamen – halt um 17:30 Uhr der letzte Bus fuhr und die Menschen halt vorher Sprachkurs haben und arbeiten oder unsere Sprachmittler:innen nicht früher konnten, dass da dann auch schon wieder ein Ausschluss war..“ PSZ 4 [00:27:02]

Dies können mitunter Gründe sein, warum 59 % der Klient:innen nur einen Anfahrtsweg von 30 Minuten oder weniger zu den Zentren haben (BAfF e.V. 2021). Rund 36 % geben an, eine Wegzeit zwischen 30 und 60 Minuten zu haben und nur 5 % nehmen zwischen ein und zwei Stunden Anfahrt auf sich, um ein Zentrum zu erreichen (BAfF e.V. 2021).

Der Versorgungsmangel auf dem Land zeichnet nochmal ein deutlicheres Bild als in städtischen Gebieten, da in ruralen Gebieten zusätzlich die Abwanderung der Fachkräfte einen erheblichen Einfluss auf die Gesamtversorgung der Bevölkerung haben.

„Also die Problematik ist ja hier bekannt, ist also hier auch im [Landkreis] bekannt, dass es hier generell auch an Landärzten fehlt.“ PSZ 2 [00:40:43]

„Ja. Wir haben kürzlich einen Jugendlichen entlassen, den haben wir vor über einem Jahr angefragt für eine stationäre Aufnahme und wir haben immer noch keinen Bescheid, wann er einen Platz bekommen kann. Und die Klinik ist im [Region], also 130 – 140km weg.“ Soziale Arbeit 1 [00:27:53]

Diskussion

Neben den heterogenen Versorgungsmängeln verschärfen Zielgruppenunterschiede und regionale Unterschiede die Unterversorgung der Geflüchteten zusätzlich.

Unter anderem bei geschlechterspezifischen Belangen gilt es Angebote zu schaffen und die vereinzelt Projekte zu Themen wie FMG_C oder LGTBIQA+ auszubauen. Durch einen bewussteren und öffentlicheren Diskurs in den letzten Jahren erhöht sich die Sichtbarkeit der individuellen Bedarfe. Darauf gilt es zu reagieren, indem versierte Projekte ausreichend mit Ressourcen versorgt werden und die Attraktivität für Nachahmer erhöht wird.

Rheinland-Pfalz flächendeckend zu versorgen, stellt die Zentren vor eine Mammutaufgabe. Hohen Fahrtzeiten und -kosten, einer spärlich ausgebauten Infrastruktur und der Abwanderung der Fachkräfte aus dem Regelsystem kann nur mit einem gut aufgestellten und finanzierten Ausbau der Außenstellen entgegengewirkt werden. Es gilt, Außenstellen dauerhaft zu besetzen und auszustatten, um einen faireren Zugang zu den Zentren zu ermöglichen und mehr Geflüchtete zu erreichen.

4.5 Zusammenfassung

Die im Abschnitt zur Therapie dargestellten Ergebnisse belegen, dass die PSZ ein breit angelegtes Portfolio an gruppen- und einzeltherapeutischen Versorgungsangeboten vorhalten. Die anschließende Bedarfsanalyse weist insgesamt jedoch darauf hin, dass der bestehende Versorgungsbedarf das vorgehaltene Angebot dauerhaft um ein Vielfaches übersteigt. Die Zentren sind mit den ihnen aktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kapazitäten nicht in der

Lage, den bestehenden Mehrbedarf zu decken. Die sozialarbeiterischen Angebote in den Zentren sind aufgrund der Leitlinien der BAfF e.V. und der gegebenen Rahmenbedingungen gleichmäßig gut ausgebaut. Pädagogische Angebote stellen aktuell die Ausnahme dar, sowohl in den Zentren als auch in regelhaften Einrichtungen. Die Vernetzung in das Sozialwesen und in die weiteren öffentlichen Dienste gelingt aufgrund der Häufigkeiten der Überschneidungen. Effektive Vermittlungen zu niedergelassenen Therapeut:innen, Psychiater:innen und Kliniken, erfolgen lediglich in Einzelfällen. Um eine stetige Weiterleitung der Klient:innen zu garantieren, bedarf es struktureller Änderungen im Regelsystem. Barrieren, wie beispielsweise der Fachkräftemangel und eine fehlende dauerhaft gesicherte Finanzierung, verschärfen die Probleme innerhalb der Regelversorgung und in den Zentren. Zielgruppenspezifische Angebote gilt es zukünftig aufgrund der sich erhöhenden öffentlichen Sichtbarkeit diverser werdender Gruppen auszubauen. Der Ausbau in der Fläche ist von vielen Hürden, wie die der Raumsuche, den hohen Fahrtzeiten und -kosten und der fehlenden Infrastruktur auf dem Land, geprägt. Die dauerhafte Verortung der Fachkräfte in den Außenstellen kann einen faireren Versorgungszugang für Geflüchtete bieten.

5. Diskussion – Wege zu einer verbesserten Abdeckung des Bedarfs

Das eingangs beschriebene Forschungsinteresse bezieht sich auf den Abgleich der psychosozialen Versorgungslage in den PSZ in Rheinland-Pfalz und des psychosozialen Versorgungsbedarfs von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz. Die Ergebnisse der Expert:inneninterviews werfen nun Licht auf ein Lücke in der psychosozialen Gesundheitsversorgung. Um die Forschungsfrage, in welchem Verhältnis die psychosoziale Versorgungslage mit dem psychosozialen Versorgungsbedarf steht, angemessen zu beantworten, wurde zwischen mehreren Bereichen des Bedarfs unterschieden. Insbesondere die therapeutische Versorgungssituation kann dem Bedarf nicht gerecht werden. Damit gehen die Ergebnisse aus der hier vorliegenden Erhebung einher mit den Annahmen der BAfF e.V., dass durch die PSZ nur ein Bruchteil des eigentlichen Bedarfs abgedeckt werden kann. Die Beratungsstrukturen scheinen gut ausgebaut zu sein. Auf Grundlage der Interviews kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf in diesem Bereich durch die vorhandenen Ressourcen im PSZ oder durch andere Institutionen in den Regionen im Großen und Ganzen gedeckt ist. Mehr pädagogische Gruppenangebote könnten zur Stabilität von Menschen, vor allem aber von Kindern und Jugendlichen, mit Fluchthintergrund beitragen. Auf diesem Weg könnte die therapeutische Versorgung unterstützt werden. Das vorliegende Kapitel widmet sich nun der Frage, wie eine bessere Bedarfsabdeckung erzielt werden kann. Ideen und Anstöße der Inhaltsanalyse werden im Folgenden diskutiert.

Die Versorgung von Geflüchteten im niedergelassenen therapeutischen System ist charakterisiert durch eine Vielzahl an Hürden und Hindernissen, welche in Kapitel 3 beschrieben wurden. Die Interviews lassen darauf schließen, dass nur eine geringe Zahl von Geflüchteten dort Anbindung findet. Auch wenn die PSZ es nicht leisten können, den dadurch bedingten Versorgungsbedarf zu decken, wird ihre Bedeutung doch deutlich. Sozialarbeitende beschreiben den Austausch mit den PSZ und diese als Ansprechpartner als eine wichtige Ressource für ihre Arbeit. Wenn von der Expertise des PSZ nicht profitiert werden kann, sei es aufgrund der geografischen Ferne oder aufgrund eines nicht vorhandenen Bereichs (z.B. Kinder und Jugendbereich), werden die negativen Konsequenzen in den Interviews deutlich. Die Befragten beschreiben eine höhere Belastung der Fachkräfte sowie der Kinder und Jugendlichen. Aus den

Ergebnissen lässt sich daher der Schluss ziehen, dass die PSZ eine fundamentale Rolle in der psychosozialen Gesundheitsversorgung spielen.

Es stellt sich nun die Frage, welche Wege eingeschlagen werden müssen, um eine bessere Abdeckung des Bedarfs zu garantieren. Die Erhebung lässt ein facettenreiches Bild an Gründen und Faktoren sichtbar werden, die bedacht werden müssen, um mehr Bedarf versorgen zu können. Daher sind ein strukturelles Handeln und Agieren auf mehreren Ebenen und aus mehreren Perspektiven unumgänglich. Politische Instanzen, die niedergelassene therapeutische Landschaft und der strukturelle Ausbau der PSZ müssen an ihrer Schnittstelle Fuß fassen und ihre Ressourcen bestmöglich nutzen. Erst dann kann eine nachhaltige und effektivere Versorgungssituation gewährleistet werden.

Es zeichnen sich fünf Punkte ab, die im weiteren Prozess rund um den Ausbau der PSZ bedacht werden müssen. Der erste Punkt umfasst die Kostenübernahme von Sprachmittlung im niedergelassenen therapeutischen System. Die PSZ werden nicht in der Lage sein, das Defizit der Regelversorgung zu decken. Aus diesem Grund müssen Strukturen reformiert werden, die eine psychische Gesundheitsversorgung von Geflüchteten ermöglichen (Vorstandsmitglied LPK [00:06:29]). Diese Entscheidungen „[...] müssen politisch hergestellt werden. Und da brauchen wir vor allem auch die Krankenkassen, auf die muss im Grunde ganz klar zugegangen werden, es muss klar gefordert und verankert werden, dass eben Krankenkassen für Sprachmittlung Gelder zur Verfügung stellen“ (Vorstandsmitglied LPK [00:32:02]). Die Kostenübernahme der Sprachmittlung ist jedoch nicht ausreichend. Gleichzeitig müssen mehr Kassensitze für Therapeut:innen installiert werden:

„Vielleicht bräuchten wir mehr Kassensitze grundsätzlich? Weil der Bedarf an Psychotherapie ja auch bei den nichtgeflüchteten Menschen in Deutschland gestiegen ist.“ PSZ 4 [01:21:28]

Auch das in der Einleitung präsentierte Zitat verdeutlicht dies:

„Insgesamt ist ja gerade die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland prekär [...]. Auf dieses vorbelastete System trifft dann eine Gruppe, die einen sehr schweren Zugang hat.“ PSZ 3 [00:03:25]

Ist das Ziel, die psychische Gesundheitsversorgung von Geflüchteten sicherzustellen, müssen klare Strukturen geschaffen werden die eine Anbindung an das Regelsystem ermöglichen.

Auch wenn die Aktivierung des niedergelassenen Systems unabdingbar ist, um mehr Bedarf abzudecken, gibt es essenzielle Unterschiede zu der Versorgung und Arbeit in den PSZ. Punkt zwei bezieht sich daher auf die Besonderheit der PSZ, Therapie immer in engmaschiger Begleitung mit (psychosozialer) Beratung anbieten zu können (PSZ 1 [00:03:55]). Diese Schnittstelle mehrerer fachlicher Expertisen kann das niedergelassene System nicht bieten und auch zukünftig nicht ersetzen. Der Therapiebedarf von Geflüchteten ist oftmals hochkomplex und bedarf neben der therapeutischen Behandlung einer psychosozialen oder sozialpädagogischen Behandlung. Die sozialpädagogische Expertise im PSZ bildet somit nicht nur einen wichtigen Pfeiler in der Synthese von Therapie und Beratung, sondern kann auch einen wichtigen Schnittpunkt mit dem Regelsystem unterstützen:

„[...] wenn die Regelversorgung besser funktioniert, kann ich mir das gut vorstellen, dass wir in

PSZ stärker eine Form von Screening, Lotsenfunktion (verankert haben). So, dass man auch beurteilen kann, ist das ein Fall, der eher im PSZ in einer gewissen Weise behandelt werden kann oder ist es eine Person, die in Richtlinien-therapie gehen sollte. Auch das finde ich sinnvolle und wichtige Entscheidungen, die im PSZ stattfinden kann.“ Vorstandsmitglied LPK [00:47:56]

Punkt zwei greift allerdings nicht nur die Synthese von sozialer und therapeutischer Arbeit auf, sondern könnte auch Raum für weitere fachliche Expertisen bieten. Eine fachärztlich/psychiatrische Verankerung in den PSZ würde zu zwei Vorteilen führen; zur Unterstützung bei Stellungnahmen auf der einen Seite sowie bei der Behandlung körperlicher Beschwerden auf der anderen Seite. In Bezug auf die bisher noch erforderlichen fachärztlichen Stellungnahmen könnte eine große Hürde in der PSZ Arbeit behoben werden. Denn auch die Zusammenarbeit mit fachärztlichem Personal weist auf eine Versorgungslücke hin (PSZ 1 [01:06:03]). Die Schnittstelle mehrerer Berufsgruppen der PSZ muss im strukturellen Ausbau berücksichtigt und wenn möglich über eine Erweiterung diskutiert werden.

Die Zusammenarbeit der PSZ und der niedergelassenen Therapeut:innen wurde bereits im zweiten Punkt tangiert. Der dritte Punkt lenkt das Hauptaugenmerk auf eben diese Vernetzung. Um eine bestmögliche Versorgung von Geflüchteten im niedergelassenen System zu gewährleisten, müssen Möglichkeiten zum Austausch, Beratung und Vernetzung der behandelnden Therapeut:innen gegeben sein:

„[Psychotherapeuten] dann aber auch teammäßig bei uns anzudocken. Niedergelassenen Praxen vor Ort dann die Möglichkeit zu geben bei uns Supervision zu holen, oder sich anzuschließen an die Intervision des Psychologenteams. Das man solchen Therapeuten vor Ort einfach die Möglichkeit des fachlichen Austauschs, der fachlichen Beratung bietet.“ PSZ 3 [00:37:55]

Ressourcen auf beiden Seiten, die fachliche und integrative Kompetenz der PSZ sowie die therapeutische Kompetenz der niedergelassenen Therapeut:innen, können so genutzt werden. Über die Möglichkeit der Vernetzung hinaus können aus diesen Kompetenzen heraus auch vermehrt Schulungen angeboten werden:

„Wenn wir zum Beispiel [...] Finanzierung von Sprachmittlung da ist, finde ich die PSZ als Experten auf diesem Gebiet total wichtig, dass sie Fortbildungen anbieten, dass sie Schulungen auch für die Psychotherapeut:innen anbieten, die das eben noch nicht kennen, die erste Erfahrungen damit sammeln. Das heißt, sie könnten Kompetenzzentren sein für diese Fragestellungen.“ Vorstandsmitglied LPK [00:51:26]

Punkt drei argumentiert, dass dieser Synergieeffekt aus Vernetzung der PSZ mit den Therapeut:innen aus dem niedergelassenen System zur besseren Versorgung beitragen kann. Dies ist von besonders hoher Wichtigkeit, solange sich das niedergelassene System noch auf dem Weg zu einem größeren Erfahrungsschatz in der Arbeit mit Geflüchteten befindet.

Die fachliche Expertise spiegelt sich auch in Punkt vier wieder. Gerade in den Interviews der sozialen Arbeit zeigt sich, dass die Kompetenzen und das Wissen der Zentren eine Schlüsselfunktion für andere Fachkräfte der sozialen Arbeit mit Geflüchteten spielen. Die Interviews mit Akteuren der sozialen Arbeit beleuchten die Wichtigkeit von präsenten Ansprechpersonen im Kinder- und Jugendbereich:

„Also das ist einfach ein riesen Manko hier [Region], weil wir da einfach für Geflüchtete keinen Ansprechpartner haben und gerade bezogen auf das Trauma, weil das ja auch nochmal eine spezielle Weiterbildung bedarf, dass da einfach hier niemand ist wo man hin verweisen kann.“
Soziale Arbeit 5 [00:48:46]

Für Regionen ohne Expert:innen im Bereich therapeutische und (psycho)soziale Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund zeigt sich ein klares Bild. Die Fachkräfte beschreiben, hilflos zu sein. Unter anderem wird eine Metapher gezogen, die die eigene Situation als eine Art Sackgasse illustriert. Diese Sackgasse sei für die Kinder „[...] folgenschwer, wenn dann halt eben die Haltung ist, ok dann gibt's ja nichts für uns und da kann uns jetzt keiner unterstützen. [...] Das wäre natürlich schon fatal“ (Soziale Arbeit 5 [00:43:10]). Die fehlende fachliche Unterstützung zeigt sich nicht nur in Auswirkungen für die Kinder, Jugendlichen und deren Familien, sondern auch in Konsequenzen für die Fachkräfte. Die Arbeit ist intensiv, energie- und zeitaufwendig. Ist sie zudem erfolglos, kann sich das dauerhaft auf die Motivation der Fachkräfte auswirken.

„Ich bin zeitlich so drin, dass ich noch nicht mal das hinkriege. Und das finde ich schwierig einfach. Und, wie gesagt, das wird nicht einfacher, sondern das ist sehr frustrierend.“
Soziale Arbeit 2 [00:39:43]

Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse weisen auf die Bedeutung einer fachlichen Expertise im Bereich Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund hin. Punkt vier argumentiert daher, dass über eine Etablierung und eine Ausweitung des Kinder- und Jugendbereichs in allen Zentren diskutiert werden muss. Dies ist ein essenzieller Schritt, um mehr Bedarf für die ohnehin vulnerable Zielgruppe abdecken zu können. Zudem lässt sich hier der Bedarf auch auf der Ebene der Fachkräfte erkennen. Dieser Aspekt sollte bei der Diskussion um den Ausbau der PSZ nicht unbeachtet bleiben; nicht zuletzt vor dem Hintergrund des durchaus folgenreichen Fachkräftemangels. Eine gewisse Standardisierung, wie hier im Bereich Kinder- und Jugendliche, birgt durchaus Vorteile. Dies zeigt sich auch an anderer Stelle:

„Also das da eine gewisse Klarheit auch da ist. Ich fände es auch sinnvoll, wenn es gewisse, ich sag mal so, gewinnbringende Dinge, die es in dem einen PSZ funktionieren, auch in den anderen PSZ umgesetzt werden. Das heißt, z.B. was Sie angesprochen haben mit Gruppenangeboten, dass man im Grunde, die auch in verschiedenen PSZ wiederfinden kann. Die einfach erfolgreich sind. So dass im Grunde nicht jedes PSZ, das Rad neu erfinden muss.“
Vorstandsmitglied LPK [00:47:56]

Standardisierungen gehen oft mit kontroversen Debatten einher. Eine zu große und strenge Standardisierung kann die Arbeit, die oft auf jahrelangem Aufbau von Kompetenzen und Wissen beruht, einschränken und deren Wirkungskraft begrenzen. Ein gewisses Maß an Standardisierung hat aber auch seine Vorteile, wie die vorliegende Inhaltsanalyse, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich, zeigt. Standardisierungen sollten daher dazu genutzt werden, Ressourcen bestmöglich zu nutzen und auch Zentren-übergreifend von Expertise und Wissensschatz anderer PSZ zu profitieren. In der Diskussion um die Zukunft der PSZ muss daher die Waage zwischen Standardisierung und eigener Schwerpunktsetzung gefunden werden.

Der fünfte und letzte Punkt bezieht sich auf die regionale Ausweitung der PSZ. In den Interviews wird deutlich, dass dies eine große Herausforderung für die Zentren darstellt. Denn die Präsenz

in der Fläche ist mit einem hohen Kosten-, Zeit- und Energieaufwand verbunden. Jedoch darf nicht unterschätzt werden, dass der Bedarf gerade in ländlich geprägten Gegenden hoch ist. Diese Hürden führen dazu, dass Geflüchtete in diesen Regionen meist mehrfach benachteiligt sind (PSZ 1 [00:47:19]). Punkt fünf findet keine Antwort auf die Frage, wie sich eine bessere Versorgung in ländlich geprägten Gegenden angehen lässt. Jedoch beleuchtet er deren Relevanz. Lösungsansätze wurzeln daher in Erfahrungen der Zentren, die aktuell und zukünftig gemacht werden. Diese Erfahrungen müssen prozesshaft berücksichtigt und analysiert werden sowie für alle PSZ zugänglich gemacht werden.

Die hier vorgestellten fünf Punkte machen deutlich, dass der Weg zu einer besseren Bedarfsabdeckung eine große Herausforderung darstellt. Die Reformierung von Strukturen im Gesundheitswesen, insbesondere die Übernahme von Sprachmittlungskosten aber auch die Erweiterung von Kassensitzen, spielt dabei eine zentrale Rolle. Die Anbindung Geflüchteter im Regelsystem ist unerlässlich, um der Versorgung des Bedarfs gerecht zu werden (Punkt 1). Die Stärke der Zentren liegt unter anderem in ihrer disziplinübergreifenden Expertise. Neben den Säulen der therapeutischen und (psycho-)sozialen/pädagogischen Arbeit sollte hier über eine Erweiterung im medizinischen Bereich diskutiert werden (Punkt 2). Eine Anbindung und Vernetzung von Therapeut:innen aus dem Regelsystem an Teamsitzungen, Supervision und anderen Austauschmöglichkeiten im PSZ kann eine Anbindung Geflüchteter im niedergelassenen System unterstützen (Punkt 3). Die Expertise der PSZ bildet nicht nur einen wichtigen Ankerpunkt für Geflüchtete, sondern auch für Fachkräfte außerhalb der Zentren. PSZ sollten daher als Ansprechpersonen für andere Fachkräfte fungieren. Dies bedeutet auch, dass sie ihre Kompetenzgebiete ausweiten, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich (Punkt 4). Die regionale Ausweitung der Angebote steht vor großen Hürden. Erfahrungen müssen daher prozesshaft beleuchtet werden und mit anderen PSZ geteilt werden, um geeignete Lösungswege zu finden und somit den Bedarf in ländlich geprägten Gebieten nicht weiter zu vernachlässigen (Punkt 5).

Die vorliegende Erhebung macht deutlich, dass der psychosoziale Bedarf weder durch die Arbeit der PSZ noch durch die Arbeit im Regelsystem gedeckt werden kann. Um eine bessere Versorgungslage zu erreichen, ist daher eine Vielzahl an Faktoren zu berücksichtigen. Einige davon zeichnen sich klar in der Inhaltsanalyse ab. Die Lösung fußt in den Stärken und Kompetenzen einzelner Akteure. Dazu zählen neben den Zentren auch politische Instanzen sowie die therapeutische Landschaft. Die Kooperation, Zusammenarbeit und Vernetzung müssen daher den Kern des Ausbrauprozesses bilden.

6. Ausblick und Limitation

Die hier vorgestellte qualitative Erhebung ist im Licht einiger Einschränkungen zu betrachten. Zum einen wird der Bedarf von Geflüchteten an psychosozialen Angeboten auf Basis von Interviews mit Expert:innen analysiert. Der Forschungsgegenstand, der ursprünglich auf der Mikroebene verortet ist, wird somit auf die Mesoebene gehoben. Dies ist dem zeitlichen und finanziellen Rahmen der Erhebung geschuldet. Wie der Einblick in den Forschungsstand, insbesondere die RESPOND-Studie zeigt, sind Bedarfsanalysen mit Geflüchteten hochkomplex und bedürfen eines mehrjährigen zeitlichen Aufwands. Damit kann der tatsächliche Bedarf unter der Zielgruppe der geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz nicht erfasst werden. Vielmehr bringt die Verortung des Forschungsgegenstandes auf der Mesoebene Resultate hervor, die als

Tendenzen und Richtungen verstanden werden müssen. Deren Relevanz darf trotz allem nicht unterschätzt werden. Die für die Interviews ausgewählten Expert:innen verfügen über einen breiten Erfahrungsschatz aus der Arbeit mit Geflüchteten. Insbesondere die Akteure aus der Sozialen Arbeit kennzeichnen sich durch ihre Nähe zum Feld und zur Zielgruppe aus.

Zum anderen stellt sich die Erhebung der Herausforderung, zwei verschiedene Forschungsgegenstände zu untersuchen und diese in Zusammenhang zu bringen. Dieses Verfahren führt dazu, dass aus den zwei Gebieten von Expert:innen, PSZ und Soziale Arbeit, nur jeweils sechs Interviewpartner:innen herangezogen werden können. Eine Fokussierung auf einen Forschungsgegenstand hätte eine größere Anzahl von Expert:inneninterviews ermöglicht. Vor dem Hintergrund des bevorstehenden Prozesses rund um einen möglichen Ausbau der Zentren entschied sich die Forschungsgruppe allerdings für das Heranziehen beider Forschungsgegenstände. Beachtet werden muss außerdem der Aspekt, dass die Interviews mit den Vertretungen der PSZ sehr umfangreich sind, da sie beide Forschungsgegenstände tangieren sowie mögliche Wege für eine bessere Bedarfsabdeckung diskutieren.

Aus den Ergebnissen der qualitativen Erhebung rund um die psychosoziale Versorgungssituation und den psychosozialen Versorgungsbedarf von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz lassen sich Anregungen für zukünftige Studien und Projekte auf der einen Seite, aber auch für strukturelle und politische Entscheidungen auf der anderen Seite ableiten. Durch die Bedarfsanalyse mithilfe von Expert:innen zeichnet sich ein klares Bild einer Versorgungslücke ab, jedoch nicht deren Umfang. Demgemäß bleibt eine Bedarfsanalyse auf der Mikroebene wünschenswert. Um den Umfang und die Realität des tatsächlichen Bedarfs erfassen zu können, ist eine landesübergreifende quantitative Erhebung auf Basis von Befragungen geflüchteter Menschen notwendig. Die hier vorliegenden Ergebnisse untermauern nicht nur dessen Relevanz für Menschen mit Fluchthintergrund, sondern auch für sozialpädagogische und psychologische Fachkräfte, die mit der Zielgruppe arbeiten. Die Resultate sollen zudem den Diskurs anstoßen, auf welchen Wegen der Bedarf effizienter und nachhaltiger abgedeckt werden kann. Der Fokus liegt hier, wie in Kapitel 5 beschrieben, vor allem in der Kooperation verschiedener Akteure sowie darin, die vorhandenen Ressourcen auf allen Ebenen wertzuschätzen und zu nutzen.

Abbildung | PSZ Landkarte

farblich aufgeteilt nach
therapeutischen Versorgungsgebieten

MAYEN

IN TERRA | Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

Caritasverband Rhein Mosel-Ahr e.V.
St.-Veit-Str. 14 | 56727 Mayen
Tel. 02651 – 98 69 0
goepfert-m@caritas-mayen.de

MONTABAUR

Psychosoziales Zentrum

Diakonisches Werk Westerwald
Vorderer Rebstock 50
56410 Montabaur
Tel. 02602 – 10 68 70
psz@diakonie-westerwald.de

MAINZ

Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma

Caritasverband Mainz e.V.
Rheinallee 3a | 55116 Mainz
Tel. 06131 – 90 74 60
beratungszentrum@caritas-mz.de



TRIER

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete

Diakonisches Werk der ev. Kirchenkreise Trier,
Simmern-Trarbach u. An Nahe und Glan gGmbH
und Caritasverband Trier e.V.
Dasbachstr. 21 | 54292 Trier
Tel. 0651 – 99 10 600
fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de

KAISERSLAUTERN

Psychosoziales Zentrum Westpfalz

Deutsches Rotes Kreuz
Kreisverband Kaiserslautern Stadt e.V.
Zollamtstraße 7-9 | 67663 Kaiserslautern
Tel. 0631 – 800 93 108
psz@kv-cls.drk.de

LUDWIGSHAFEN

Psychosoziales Zentrum Pfalz

Diakonie Pfalz
Wredestr. 19 | 67059 Ludwigshafen
Tel. 0621 – 49 07 77 10
psz-pfalz@diakonie-pfalz.de

7. Literatur

- Bundespsychotherapeutenkammer BPtK (2018).
Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (2021).
Deskriptive Auswertung der BAfF.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., Bundespsychotherapeutenkammer (2021)b.
Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen. Für fremdsprachige Patient*innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern.
[online] https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/05/BAfF_BPtK_Positionspapier_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf [16.01.2023].
- Biddle, L., Hintermeier, M., Mohsenpour, A., Sand, M. & Bozorgmehr, K. (2021).
Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. *Journal of Health Monitoring*, 6(1). DOI 10.25646/7862.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016a).
Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014).
- Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H.M. & Razum, O. (2016c).
Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt*, 59: 545-555. DOI: 10.1007/s00103-016-2329-4
- Brüsemeister, T. (2008).
Qualitative Forschung. Ein Überblick.
2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Drehsing, T. & Pehl, T. (2015).
Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage, Marburg: Eigenverlag.
- Gold, A., Perplies, C., Rast, E., Bozorgmehr, K. & Biddle, L. (2021).
Gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Menschen. Eine Erhebung unter Sozialarbeiter*innen in Baden-Württemberg. *Health Equity Studies & Migration – Report Series 2021-01*. DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030262>
- Heinze, T. (2001).
Qualitative Sozialforschung. Einführung, Methodologie und Forschungspraxis.
München, Wien: Oldenburg Wissenschaftsverlag.

- Helfferich, C. (2011).
Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.
4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hintermeier, M., Bozorgmehr, K., Gold, A., Hausmann, U. & Biddle, L. (2022).
Geografische Erreichbarkeit Psychosozialer Zentren für geflüchtete Menschen
in Baden-Württemberg. Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2022-01.
DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00031148>
- Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems
in Rheinland-Pfalz (2021).
Datenerhebung zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den PSZ in RLP,
Jahresstatistik.
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016).
Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden.
Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 66, 377-384.
- Kuckartz, U. (2018).
Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung,
4. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Mall, V. & Hennigsen, P. (2015).
Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen.
Abrufbar unter: <http://www.mri.tum.de/node/3407>.
- Richter, K., Lehfeld, H., Niklewski, G. (2015).
Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung
in Bayern. Gesundheitswesen, 77 (11), 834-838.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010).
Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen
bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39 (3), 151-160.
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. & Plener, P. L. (2015).
Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten
minderjährigen Flüchtlingen. Kindheit und Entwicklung, 24 (4), 209-224.

KONTAKT

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz
Ludwig-Hillesheim-Str. 3 | 56626 Andernach

Tel. 02632 — 25 02 20

Fax 02632 — 25 02 10

koordinierungsstelle@caritas-rma.de

www.interkulturell-gesundheit-rlp.de

Die Koordinierungsstelle wird gefördert
durch das Land Rheinland-Pfalz und die UNO-Flüchtlingshilfe



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR
FAMILIE, FRAUEN, KULTUR
UND INTEGRATION

