

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Annalena Baerbock, Volker Beck (Köln), Ekin Deligöz, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Katja Keul, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Dr. Tobias Lindner, Irene Mihalic, Beate Müller-Gemmeke, Özcan Mutlu, Dr. Konstantin von Notz, Lisa Paus, Brigitte Pothmer, Claudia Roth (Augsburg), Corinna Rüffer, Dr. Gerhard Schick, Dr. Julia Verlinden und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Menschen, die in Deutschland Schutz vor Krieg und Verfolgung suchen, leiden infolge der Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht häufig unter schwerwiegenden körperlichen und vor allem psychischen Belastungen. Rund 40 % aller Flüchtlinge entwickeln infolge ihrer Erlebnisse, wie politischer Verfolgung, Folter, sexualisierter Gewalt oder des Zwangs, die Heimat zu verlassen, eine Traumafolgestörung (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006), die häufig von Depressionen und Angststörungen begleitet wird (Heeren, Wittmann, Ehlert, Schnyder, Meier & Müller, 2014). Besonders gefährdet sind Frauen und Kinder. Sie alle erleben Todesängste, oft monatelangen Hunger und Durst. Insbesondere Kinder können häufig nicht verstehen, was um sie herum passiert, und sie können sich erst Recht nicht für oder gegen das vollbeladene Flüchtlingsschiff oder die Überfahrt im LKW entscheiden, sondern sind einfach dabei. Eine Studie des kbo-Kinderzentrums (Mall & Henningsen 2015) kommt zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der syrischen Flüchtlingskinder psychisch belastet ist. Zu den im Herkunftsland verursachten und fluchtbedingten Traumata kommen anhaltende krankheitsfördernde Belastungen in den Erstaufnahmeeinrichtungen hinzu. Die Mehrzahl der Kinder leidet unter sozialer Isolation, der Trennung von Bezugspersonen und dem unklaren Aufenthaltsstatus. Frauen müssen im Bürgerkrieg und auf der Flucht sexuelle Übergriffe fürchten und sind zudem häufig mit ihren Kindern allein unterwegs. Bei unterbliebener oder verspäteter Behandlung können sich die psychischen Leiden besonders häufig chronifizieren (Falk, Hersen & Van Hasselt, 1994; Kessler et al., 1995). Gerade Flüchtlinge benötigen jedoch Schutz, Sicherheit und medizinische wie psychotherapeutische

Versorgung, damit sie das Erlebte verarbeiten und sich ein neues Leben aufbauen können.

Die dringend benötigte Behandlung erhalten traumatisierte oder psychisch kranke Flüchtlinge in Deutschland jedoch nur im Einzelfall. Grund hierfür ist zunächst die Minimalversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das Asylsuchende und Geduldete in der Regel von einer psychotherapeutischen Versorgung ausschließt. Die Versorgung bei psychischen Erkrankungen verbessert sich jedoch kaum mit dem Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da die Krankenkassen keine Dolmetschereinsätze finanzieren, die bei Flüchtlingen aber fast immer notwendig sind, weil muttersprachliche Therapieangebote kaum zur Verfügung stehen.

Einen besonders wirksamen Ansatz verfolgen die spezialisierten und niedrigschweligen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ). Sie tragen dem speziellen Versorgungsbedarf traumatisierter und schutzbedürftiger Flüchtlinge durch multiprofessionelle Teams Rechnung. Neben Psychotherapie bieten die PSZ auch psychosoziale Beratung sowie komplementäre kreative und soziale Aktivitäten unter Mitwirkung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern an und berücksichtigen die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen, den rechtlichen Status und die aktuellen Lebensbedingungen der Flüchtlinge. Aufgrund der instabilen und unzureichenden Mischfinanzierung, nichtexistierender Refinanzierung durch die GKV und das Wegbrechen der Finanzierung durch die Projektfördermittel aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) können die PSZ aber nur 10 % bis 20 % des Versorgungsbedarfs abdecken, müssen die allermeisten Behandlungsbedürftigen aus Kapazitätsgründen abweisen oder können sie erst nach monatelangen Wartezeiten betreuen. Ein PSZ musste seine Arbeit bereits einstellen, andere sind dazu gezwungen, ihr Angebot einzuschränken und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entlassen.

Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass die Menschenwürde nicht migrationspolitisch relativierbar ist. Es ist längst an der Zeit, allen Menschen in Deutschland, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, die notwendigen medizinischen und psychosozialen Leistungen zu gewähren. Zu einer besseren medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung verpflichtet auch die neugefasste Richtlinie 2013/13/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Aufnahmerichtlinie). Neben der Aufnahmerichtlinie, die für Kinder, als besonders schutzbedürftige Personen, den Zugang zu besonderen Gesundheitsleistungen und eine adäquate psychosoziale Beratung und Betreuung vorsieht, ist Deutschland auch der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet. Artikel 24 entsprechend steht jedem Kind ein Höchstmaß an gesundheitlicher Versorgung zu.

Neben den in diesem Antrag geforderten Verbesserungen der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung gilt es, durch stabile Lebensverhältnisse psychosoziale Risiken abzubauen. Bund und Länder sind gefragt, zügig für einen sicheren Aufenthaltsstatus zu sorgen, Asylsuchenden und Geduldeten einen Rechtsanspruch auf Teilnahme an den Integrationskursen zu gewähren und sie bei der Arbeitsaufnahme zu unterstützen, die Wohndauer in Gemeinschaftsunterkünften zu reduzieren sowie Kindern einen Alltag in Schule und Kita zu ermöglichen. Einen besonderen Schutz brauchen Menschen mit Behinderungen, Frauen und Kinder sowie Lesben, Schwule, trans*-, bi- und intersexuelle Menschen. Für sie muss gesichert sein, dass sie ohne Diskriminierung, Bedrohung oder Gewalt in Deutschland leben können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. gesetzliche Änderungen mit dem Ziel vorzuschlagen, bundesweit allen Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Anspruch auf sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einzuräumen und

- ihnen hierfür eine Gesundheitskarte zur Verfügung zu stellen;
2. unter Beteiligung von Fachleuten (z. B. der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF) geeignete Strukturen und Instrumente zu entwickeln und anzuwenden, die eine frühzeitige Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung Schutzbedürftiger, insbesondere traumatisierter Asylsuchender, ermöglichen. Dabei ist der Situation von Kindern und Frauen besonders Rechnung zu tragen;
 3. sicherzustellen, dass Schutzsuchende innerhalb von höchstens 15 Tagen nach Antragstellung in einer ihnen verständlichen Sprache umfassende Information und Beratung über ihre Ansprüche nach der Aufnahmerichtlinie erhalten und hierbei insbesondere über ihr Recht auf angemessene medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung informiert werden sowie über die Dienste, die ihnen in medizinischen, psychotherapeutischen und -sozialen Angelegenheiten weiterhelfen können;
 4. gemeinsam mit den Bundesländern die kurz- und langfristige Finanzierung sowie Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sicherzustellen und deren Ausbau zu fördern. Hierfür sind u. a. die spezialisierten Zentren zur ambulanten psychosozialen und -therapeutischen Versorgung traumatisierter oder schutzbedürftiger Flüchtlinge zu ermächtigen;
 5. zur Förderung der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Asylsuchender und Flüchtlinge:
 - a. gemeinsam mit der Selbstverwaltung zu prüfen, ob interdisziplinäre Kooperationen zu fördern sind, bei denen neben ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen insbesondere auch eine psychosoziale Unterstützung von den Krankenkassen im Rahmen einer Gesamtbehandlung übernommen wird (in Anlehnung an das Modell der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung);
 - b. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nicht zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen zu ermächtigen;
 - c. Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ermöglichen, um das Angebot an muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen zu erweitern;
 - d. eine Änderung des SGB V vorzuschlagen, mit der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen zu übernehmen;
 - e. gemeinsam mit der Selbstverwaltung sowie Traumaexpertinnen und -experten zu prüfen, mit welchen geeigneten Therapie- und Behandlungsformen möglichst viele Personen erreicht werden können;
 6. dafür Sorge zu tragen, dass in den Erstaufnahmeeinrichtungen gesonderte Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder geschaffen werden. Diese sollten von Pädagoginnen und Pädagogen betreut werden, die in der Arbeit mit traumatisierten Kindern geschult sind, psychotherapeutischen Bedarf identifizieren und medizinische, psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung vermitteln können;
 7. ein Programm zur Erfassung, Analyse und Weiterentwicklung der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen aufzulegen.

Berlin, den 22. September 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

1. Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Leiden aller in Deutschland lebenden Menschen ist unabhängig von der Entscheidung über Asyl oder Flüchtlingsschutz zu erkennen, anzuerkennen und zu lindern. Zu diesem Zweck sollen alle vom AsylbLG betroffenen Personen das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und unter Verwendung einer Versichertenkarte im Krankheitsfall direkt eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen können. Es muss insbesondere sichergestellt werden, dass ausschließlich qualifizierte Gutachterinnen und Gutachter zeitnah über Anträge auf Psychotherapie entscheiden.

Die Minimalversorgung nach dem AsylbLG für Asylsuchende und Geduldete ist rechtlich und ethisch nicht hinnehmbar. Insbesondere wird behandlungsbedürftigen psychisch kranken Asylsuchenden und Geduldeten aufgrund der restriktiven und unklaren Regelungen im Regelfall die notwendige psychotherapeutische Behandlung versagt. Nicht zuletzt, weil die Entscheidungen über die Gewährung einer Psychotherapie häufig von Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern sowie Amtsärztinnen und Amtsärzten getroffen werden, die nicht ausreichend qualifiziert sind, um einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu erkennen. Darüber hinaus sind die Bearbeitungszeiten der Anträge auf Psychotherapie in den Behörden meist unzumutbar lang, so dass die psychischen Störungen chronifizieren oder kostenintensive stationäre Behandlungen notwendig werden können. Wenn überhaupt, werden psychisch kranke Flüchtlinge deshalb entgegen den Leitlinien meist ausschließlich medikamentös behandelt.

2. Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung

In Deutschland gibt es noch kein Verfahren zur Ermittlung besonders schutzbedürftiger Personen. Somit bleiben viele psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen unerkannt. Dieser Zustand ist unhaltbar, weil ohne eine Identifizierung schutzbedürftiger psychisch kranker Flüchtlinge, alle – die besondere Behandlung dieser Menschen betreffenden – Bestimmungen der Aufnahmerichtlinie drohen, ins Leere zu laufen. Die Bundesregierung ist daher gefordert, sicherzustellen, dass die Ermittlung der besonderen Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden so früh wie möglich erfolgt, aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren erfolgen kann. Mit Unterstützung der Fachberatungsstellen sind geeignete Verfahren und Instrumente zur Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung Schutzbedürftiger, insbesondere traumatisierter Asylsuchender, zu entwickeln und anzuwenden (vgl. Stellungnahme der BAfF „Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 17.07.2015). Ziel ist es, eine qualifizierte Diagnostik und Ermittlung des Hilfs- und Behandlungsbedarfs und daran anschließend die Vermittlung eines qualifizierten Behandlungsangebotes oder entsprechender psychosozialer Unterstützung sicherzustellen.

Für eine angemessene Versorgung bedarf es auch einer niedrigschwelligen medizinischen Basisversorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften der Länder. Als Best Practice haben sich das Gesundheitsprogramm in Bremen sowie das Medeus-Programm in Rheinland-Pfalz erwiesen, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen hausärztliche Sprechstunden, eine Abklärung psychischer Erkrankungen, Kriseninterventionen sowie Beratungen vorsehen und Personen bei Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Fachkliniken verweisen.

3. Anspruch auf Information und Beratung

Flüchtlinge müssen ihre Rechte auf medizinische sowie psychotherapeutische und -soziale Versorgung kennen, um sie wahrnehmen zu können. Heute versperren jedoch fehlende, unzutreffende oder unverständliche Informationen oftmals den Weg zu notwendigen Unterstützungsangeboten und Behandlungen. Damit die in der Aufnahmerichtlinie garantierten Rechte in der Praxis Wirkung entfalten, verpflichtet Art. 5 der Aufnahmerichtlinie die Mitgliedstaaten, Asylsuchende innerhalb von 15 Tagen nach Antragstellung in einer ihnen verständlichen Sprache zumindest über die vorgesehenen Leistungen und die Verpflichtungen zu unterrichten, die mit den im Rahmen der Aufnahmebedingungen gewährten Vorteilen verbunden sind, sowie über entsprechende Hilfsorganisationen. Die Information und Beratung sollten im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Schutzbedürftigkeit stattfinden und alle Fragen und Informationen zu medizinischen, sozialen und rechtlichen Lebensbedingungen (u. a. Regelsysteme der sozialen Sicherung und gesundheitlichen Versorgung, Sprach-

kurse, Wohnformen, Bildungsangebote, Arbeitsmarktzugang, Beratungsangebote für Alleinerziehende, Beantragung von Schwerbehindertenausweisen etc.) umfassen.

4. Finanzierung und Ausbau der PSZ

Die PSZ übernehmen aufgrund der massiven Versorgungslücken im Regelsystem im Wesentlichen allein die Beratung und psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Asylsuchender und Flüchtlinge. Ihre strukturelle und dauerhafte Finanzierung ist daher unverzichtbar und darf nicht, wie bisher, von unregelmäßigen Spenden, Stiftungsgeldern, der Unterstützung durch Kirchen und von befristeten Projektmitteln aus dem AMIF abhängen. Um der wachsenden Zahl traumatisierter Flüchtlinge mit Behandlungsbedarf angemessen begegnen zu können, stehen Bund und Länder in der Pflicht, die Finanzierung der PSZ sowie deren Ausbau sicherzustellen.

Zu berücksichtigen ist, dass die PSZ neben der Beratungs- und Behandlungsarbeit auch Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb und außerhalb der Beratungseinrichtungen organisieren und damit für eine erhöhte interkulturelle Kompetenz sowie umfangreiche Kenntnisse über die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der medizinischen und psychotherapeutischen Regelversorgung, in der Betreuungsarbeit vor Ort und bei den zuständigen Verwaltungseinrichtungen sorgen. Diese wichtige und notwendige Fort- und Weiterbildungsarbeit ist ebenfalls ausreichend zu finanzieren. Ebenso muss sichergestellt werden, dass Behandlungen nicht daran scheitern, dass Flüchtlinge geeignete Therapieangebote nicht erreichen können, weil der Anreiseweg zu lang oder kostenintensiv ist.

Die PSZ zu ermächtigen, ist sinnvoll, weil dadurch das wünschenswerte interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungs- und Beratungsangebot für traumatisierte Flüchtlinge in besonderem Maße unterstützt wird.

Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachkommen, die Kosten für Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V zu übernehmen, wenn für die Behandlung Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kassenzulassung nicht verfügbar sind.

5. Förderung der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Asylsuchender und Flüchtlinge

a. Interdisziplinäre Kooperationen fördern

Als weiteres Instrument zur Förderung der ganzheitlichen ambulanten Versorgung traumatisierter Asylsuchender und Flüchtlinge sollen interdisziplinäre Kooperationen gefördert werden, indem neben ärztlichen Leistungen (z. B. Psychiater) auch insbesondere psychologisch-psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützung von den Krankenkassen im Rahmen einer Gesamtbehandlung übernommen wird. Ziel ist es, Asylsuchenden und Flüchtlingen durch die vielfältigen Kooperationen ein besonders qualifiziertes, umfassendes und kontinuierliches Behandlungsangebot bereitzustellen. Als Vorbild kann das Modell der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zur ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dienen. Diese Vereinbarung ermöglicht es niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in enger Kooperation mit komplementären Berufen, mindestens in einem Praxisteam aus Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Die Evaluation durch das ZI-Institut hat ergeben, dass die hohen Erwartungen an die ambulante Versorgung nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mehr als erfüllt wurden (vgl. ZI-Institut, Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Abschlussbericht 2014).

b. Ermächtigung von Psychotherapeuten

Um das Versorgungsangebot für die große Anzahl an zu erwartenden Flüchtlingen auszubauen, sollten psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ohne Kassenzulassung zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen ermächtigt werden.

c. Sonderbedarfszulassung bei lokalem Versorgungsbedarf

Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche

mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Hierfür braucht es eine vertrauensvolle, sprachliche Verständigung zwischen Patientin oder Patient und Psychotherapeutin oder Psychotherapeut. Daher sollte das muttersprachliche psychotherapeutische Angebot bei entsprechender regionaler Konzentration von Menschen mit gleicher Muttersprache über Sonderbedarfszulassungen ausgeweitet werden. Zu diesem Zweck ist bei der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs um das Kriterium der Verfügbarkeit muttersprachlicher Angebote ergänzt wird.

d. Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen durch die GKV

Menschen können nur dann adäquat aufgeklärt, diagnostiziert und behandelt werden, wenn sie sich mit der Ärztin bzw. dem Arzt oder der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten sprachlich verständigen können. Dies trifft im besonderen Maße für die Psychotherapie zu, gilt aber auch für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung. Da für die große Mehrheit der Flüchtlingsgruppen in Deutschland keine bzw. nicht ausreichend muttersprachliche Therapieplätze verfügbar sind und absehbar nicht sein werden, sind die Kosten für die Sprachmittlung durch qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher als Teil der Krankenbehandlung von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen. Für die Sprachmittlung bei Psychotherapien sollten die Dolmetscherinnen und Dolmetscher speziell für die sensible Situation geschult sein. Eine professionelle Sprachmittlung entlastet zugleich Kinder von Flüchtlingen, die häufig für ihre Eltern Dolmetscher, weil sie die Einzigen oder Ersten in einer Familie sind, die durch die Schulpflicht Deutsch lernen.

e. Geeignete Therapie- und Behandlungsformen für möglichst viele Personen

Angesichts der zu erwartenden steigenden Zahl behandlungsbedürftiger Flüchtlinge ist die Bundesregierung gefragt gemeinsam mit der Selbstverwaltung und Traumaexperten zu prüfen, mit welchen geeigneten Therapie- und Behandlungsformen möglichst viele Personen erreicht werden können (u. a. Gruppentherapien), und hierfür Modellvorhaben durchzuführen. Gerade die SPZ greifen häufig auf bestimmte Therapien jenseits der Richtlinienverfahren zurück (insb. Systemische Therapie).

6. Betreute Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder in Erstaufnahmeeinrichtungen

Eine Studie des kbo-Kinderzentrums (Mall & Henningsen 2015) kommt zu dem Ergebnis, dass zusätzlich zu den im Herkunftsland verursachten und fluchtbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch die Situation in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Kinder führt. Pädagogisch betreute Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder und Jugendliche durchbrechen die soziale Isolation, fördern die Teilhabe und ermöglichen es den Fachkräften, psychosoziale Warnsignale zu erkennen und Hilfe zu vermitteln.

7. Forschung und Weiterentwicklung

Bislang existieren kaum Studien zur Versorgungssituation von Flüchtlingen. Die empirische Datenlage in Deutschland muss daher verbessert werden, um den Versorgungsbedarf zu erfassen und aus den Ergebnissen sinnvolle Maßnahmen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung zu planen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln.

