

Aus dem Asylmagazin 6/2025, S. 163–170

Jana Mehringer

Psychologische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Rechtslage und strukturelle Versorgungslücken im Aufnahmesystem

© Informationsverbund Asyl und Migration e.V., Juni 2025. Vervielfältigung und Nachdruck sind nur mit Genehmigung der Autorin sowie des Informationsverbunds Asyl und Migration gestattet.

Asylmagazin, Zeitschrift für Flüchtlings und Migrationsrecht

Das Asylmagazin liefert die wichtigsten Hintergrundinformationen zu den rechtlichen Fragen rund um die Themen Flucht und Migration:

- Aktuelle Rechtsprechung und Länderinformationen,
- Beiträge zu aktuellen rechtlichen Entwicklungen und Hinweise für die Beratungspraxis,
- Nachrichten, aktuelle Stellungnahmen und Literaturhinweise.

Das Asylmagazin erscheint im von Loeper Literaturverlag/Ariadne Buchdienst mit regelmäßig neun Ausgaben pro Jahr. Es kann in einer Print- und in einer Online-Ausgabe bezogen werden. Ein Bestellformular und weitere Informationen zum Abonnement finden Sie unter

menschenrechte.ariadne.de/zeitschrift-asylmagazin/

Dokumente, die sich zur Veröffentlichung im Asylmagazin eignen, senden Sie bitte an den Informationsverbund Asyl und Migration.



In Kooperation mit



Psychologische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Rechtslage und strukturelle Versorgungslücken im Aufnahmesystem

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Identifizierung von vulnerablen Personen
 - 1. Ansprüche auf Feststellung der Vulnerabilität nach EU-Richtlinien
 - 2. Was normieren die Richtlinien?
 - 3. Derzeitige Umsetzung
 - 4. Genügt dies den Richtlinien?
 - 5. Erkennung vulnerabler Personen unter der Screening-VO
- III. Psychologische Betreuung nach AsylbLG
 - 1. Persönlicher Anwendungsbereich
 - 2. Zeitlicher Anwendungsbereich
 - 3. Psychologische Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG
- IV. Psychologische Betreuung über die gesetzliche Krankenkasse
- V. Praktische Hürden
 - 1. Lange Wartezeiten
 - 2. Diskriminierung in der Regelversorgung
 - 3. Finanzierung der psychosozialen Zentren
 - 4. Fehlende Sprachmittlung
 - 5. Willkürliche Ausweitung des Geltungsbereichs des AsylbLG
 - 6. System der Ermächtigung von Psychotherapeut*innen wirkt nur begrenzt
 - 7. Fehlende Einbindung in der Regelausbildung von Psycholog*innen
- VI. Ergebnis und Ausblick

I. Einleitung

Gerade vor dem Hintergrund der entsetzlichen Tat in Aschaffenburg, bei der im Januar 2025 eine psychisch erkrankte Person zwei Menschen getötet und drei Personen verletzt haben soll, ist die Betreuung von Geflüchteten mit psychischen Erkrankungen in den Fokus gerückt. Hierbei wird oft über die vermeintliche Bedrohungslage diskutiert, jedoch zeigt die Tat vor allem ein überlastetes System der psychologischen Betreuung von Geflüchteten. Nur in absoluten Ausnahmefällen führt dies zu Gewalt gegen Dritte und häufig eher zu einer Selbstgefährdung.¹

* Jana Mehringer war Rechtsreferendarin am Landgericht Limburg an der Lahn und absolvierte ihre Wahlstation bei PRO ASYL. In diesem Rahmen wurde dieser Artikel verfasst. Die Verfasserin setzt sich seit ihrem Eintritt in die Refugee Law Clinic Mainz e.V. mit dem Asylrecht auseinander und verstetigte diese Ausrichtung fortlaufend. E-Mail: janamehringer@yahoo.de.

¹ Interview von PRO ASYL mit Lukas Welz, Geschäftsleiter der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF), 26. Februar 2025, shorturl.at/GYV8D.

Dieser Beitrag untersucht die Ist-Situation der psychologischen Betreuung von Geflüchteten in Deutschland und ob ein Anspruch darauf besteht, diese zu verbessern.

Nach Schätzungen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ist etwa jede*r zweite erwachsene Geflüchtete von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer Depression betroffen. Bei geflüchteten Kindern liegt die Rate der PTBS laut BPTK sogar etwa 15-mal höher als bei gleichaltrigen deutschen Kindern. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie geht zudem davon aus, dass über 30 Prozent der traumatisierten Flüchtlingskinder sowie rund 40 Prozent der traumatisierten erwachsenen Geflüchteten ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen.²

II. Identifizierung von vulnerablen Personen

Den ersten Kontakt mit gesundheitlicher Versorgung in Deutschland hat eine geflüchtete Person in der Regel während der Erstuntersuchung nach § 62 AsylG, die in der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes stattfindet. Die Person hat eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Sinn und Zweck der Norm ist also der Infektionsschutz der Bevölkerung und der Bewohner*innen und Mitarbeitenden in den Unterkünften. Die genaue Ausgestaltung der Erstuntersuchung obliegt der obersten Landesgesundheitsbehörde. Das Robert-Koch-Institut empfiehlt eine allgemeine, orientierende körperliche Untersuchung und eine Untersuchung auf eine infektiöse Lungentuberkulose.³ Die Hansestadt Hamburg erläutert ihren Prozess so:

»Die Gesundheitsuntersuchung umfasst eine Befragung unter anderem nach Allergien, Schwangerschaft und (chronischen) Krankheiten sowie eine körperliche Untersuchung mit Fokus auf infektiöse

² Bundestherapeutenkammer: Mindestens die Hälfte der Flüchtlinge ist psychisch krank, BPTK Standpunkt, 16. September 2015, shorturl.at/VLF5L.

³ Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zum Vorscreening: Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende, 20. November 2015, shorturl.at/R5DTp.

Erkrankungen durch einen Arzt oder eine Ärztin. Dazu wird der Impfstatus überprüft und ggf. Impfungen zur Schließung von Impflücken angeboten. Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG werden auch die Atmungsorgane geröntgt, mit der eine Tuberkulose-Erkrankung festgestellt werden kann.«⁴

Eine Erstuntersuchung auf psychische Erkrankungen ist weder empfohlen noch vorgesehen.

In Bezug auf § 62 AsylG scheint dies auch ausreichend. Der Wortlaut spricht eindeutig von übertragbaren Krankheiten und Art. 13 der EU-Aufnahme-RL 2013/33/EU (Aufn-RL), auf dem § 62 AsylG beruht, spricht von der öffentlichen Gesundheit. Ein Verständnis von § 62 AsylG als ausschließlich auf Infektionsschutz bezogene Erstuntersuchung ist nachvollziehbar. Eine Ausweitung auf psychische Belastungen ist nicht zwingend, dürfte nach der Richtlinie aber wohl möglich sein. Die öffentliche Gesundheit umfasst nach Art. 168 Abs. 1 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) auch die geistige Gesundheit, sodass eine Untersuchung einer geflüchteten Person direkt bei Ersterfassung auf psychische Vorbelastungen angeordnet werden könnte.

1. Ansprüche auf Feststellung der Vulnerabilität nach EU-Richtlinien

Aus der EU-Asylverfahrensrichtlinie (RL 2013/32/EU, Verf-RL) in Verbindung mit der Aufnahmerichtlinie (RL 2013/33/EU, Aufn-RL) könnte sich allerdings sogar eine Verpflichtung zu einer solchen Anordnung direkt zu Beginn des Asylverfahrens ergeben.

2. Was normieren die Richtlinien?

Nach Art. 21 Aufn-RL sind auch Personen mit psychischer Störung besonders schutzbedürftige Personen.

Die Verf-RL sieht in Art. 2 Bst. d in Verbindung mit Art. 24 Verf-RL eine Prüfung vor, ob Antragstellende aufgrund ihrer eventuell eingeschränkten Fähigkeit zur Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten nach der Verf-RL besondere Verfahrensgarantien benötigen (Einzelfallprüfung; z. B. eine vorrangige Bearbeitung des Antrages gemäß Art. 31 Abs. 7 Bst. b Verf-RL). Gemäß Erwägungsgrund 29 der Verf-RL benötigen Antragstellende unter Umständen besondere Verfahrensgarantien aufgrund einer psychischen Störung.

Die Richtlinien schreiben also vor, dass eine besondere Vulnerabilität aufgrund von psychischen Störungen im Asylverfahren ermittelt und beachtet werden muss. Die

Aufnahmerichtlinie und die Verfahrensrichtlinie vermitteln den Geflüchteten dabei verschiedene Garantien.

Zunächst müssen laut der Aufnahmerichtlinie die besonderen Bedürfnisse ermittelt werden. Hierbei lässt die Richtlinie offen, wie die Beurteilung der Bedürfnisse vorgenommen werden soll. Die Mitgliedstaaten werden aber verpflichtet, grundsätzlich zu prüfen, ob besondere Bedürfnisse vorliegen und welcher Art diese sind (Art. 22 Abs. 1 UAbs. 1 S. 1 und 2 Aufn-RL). Die Einordnung, ob ein besonderes Bedürfnis vorliegt, muss einzelfallabhängig geschehen. In der Folge sind für die Personen mit besonderen Bedürfnissen materielle Leistungen nach Art. 17 Abs. 2 Aufn-RL, die Unterbringung nach Art. 18 Abs. 3 Aufn-RL und die Gesundheitsversorgung nach Art. 19 Abs. 2 Aufn-RL anzupassen. Art. 19 Abs. 2 Aufn-RL normiert hier ganz eindeutig:

»Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.«

Insbesondere muss Opfern von Folter, Vergewaltigung und anderen Gewalttaten psychologische Behandlung bereitgestellt werden (Art. 21 Aufn-RL). Für die Umsetzung der Aufnahmerichtlinie ist nach einem Konzept des BAMF vom Juni 2022⁵ jedes einzelne Bundesland zuständig.

Die Verfahrensrichtlinie soll garantieren, dass während des Asylverfahrens besonders schutzbedürftige Personen Hilfestellungen im Verfahren bekommen und insbesondere traumabedingte Defizite in den Anhörungen beachtet werden und eine möglichst sichere Umgebung während des Verfahrens geschaffen wird. Für die Umsetzung dieser Vorgabe sieht das BAMF sich selbst verantwortlich.⁶

3. Derzeitige Umsetzung

Nach dem Konzeptpapier des BAMF vom Juni 2022 liegt also die Verantwortung zur Identifikation von vulnerablen Personen und damit auch von Personen mit psychischen Erkrankungen bei den Ländern. Was die Umsetzung angeht, verweist das BAMF in diesem Papier, sieben Jahre nach Ablauf der Umsetzungsfrist der Aufnahmerichtlinie, auf einen Flickenteppich an Identifizierungsmodellen von besonders schutzwürdigen Personen. Das BAMF listet fünf verschiedene Modelle auf, für diesen Beitrag wurde die Liste mit der aktuellen Situation in den Bundesländern abgeglichen und ergänzt:

⁴ Erläuterung der Hansestadt Hamburg zu ihrem Screening Prozess: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen, shorturl.at/UgTBP.

⁵ BAMF: Die Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren – Umsetzung in der Praxis des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, 2022, shorturl.at/X9qdS.

⁶ Ebd.

1. Verschriftlichte Länderkonzepte für die Identifizierung von vulnerablen Personen (Berlin, Brandenburg)
2. Zum Teil Berücksichtigung der Identifizierung von vulnerablen Personen in Schutz- und Gewaltschutzkonzepten (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz [seit 2017, vom BAMF nicht gelistet], Niedersachsen)
3. Verwendung von Früherkennungs- oder Screening-Bögen, zum Teil Identifikation durch medizinisches/psychologisches Fachpersonal (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt)
4. Soziale Begleitung durch Nichtregierungsorganisationen (NGOs) oder Identifikation durch niederschwellige psychosoziale Betreuung vor Ort und Verweis auf externe fachliche Beratung (Bremen, Thüringen, Bayern [hier verweist das BAMF noch darauf, dass der Prozess in Planung ist, jedoch arbeitet Bayern nun mit einer NGO zusammen])
5. Erstellung von Länderkonzepten in Planung/Vorbereitung (Mecklenburg-Vorpommern)

Die Gewaltschutzkonzepte der Länder⁷ richten sich zum großen Teil am Schutz von Frauen, Kindern und LGBTQI-Personen aus, nur wenige Schutzkonzepte, wie etwa das von Schleswig-Holstein,⁸ Niedersachsen,⁹ Bayern¹⁰ und Rheinland-Pfalz¹¹ sagen überhaupt etwas zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen. Bayern arbeitet, wie oben dargestellt, aber zusätzlich mit einer NGO zusammen. Selbst diejenigen Konzepte, die auf Personen mit psychischer Vorbelastung Bezug nehmen, führen selten konkrete Maßnahmen auf. Lediglich Rheinland-Pfalz ordnet die Einführung eines Screening-Verfahrens an. Das Gewaltschutzkonzept beschreibt hier:

»Es wird angestrebt, im Zuge des MEDEUS-Programms ein fragebogengestütztes Screeningverfahren zur Erkennung von Traumatisierungen einzuführen und im Rahmen eines Pilotprojektes in der EAE Trier zu testen.«

Dies wurde bis April 2016 bereits in Trier und Ingelheim umgesetzt.¹² In Brandenburg liegt ebenfalls ein verschrift-

lichtes Konzept vor,¹³ in dem ein Fragebogen bei der Registrierung und ein Screening-Gespräch nach Ankunft in der Erstaufnahme eingerichtet werden. Dieses Angebot richtet sich allerdings nur an ausgewählte Personen. Welche das sind, ist nicht näher definiert. Personen, die nicht gescreent werden und trotzdem Beratungsbedarf haben, könnten sich aber später selbstständig an die Psycholog*innen in der Erstaufnahmeeinrichtung wenden. Auch hier findet also kein Screening statt, das alle ankommenden Geflüchteten umfasst.

4. Genügt dies den Richtlinien?

Eine Untersuchung auf psychische Störungen wird demnach derzeit entweder gar nicht oder nur durch Gewaltschutzkonzepte umgesetzt, in denen die Ausführungen hierzu dürftig sind. Nur wenige Bundesländer stellen eine psychosoziale Betreuung vor Ort bereit.

Die Richtlinie erklärt allerdings ausdrücklich, dass einer vulnerablen Person besonderer Schutz, insbesondere in Form von psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung, zukommen muss. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn die Behörden von der Vulnerabilität Kenntnis haben. Um eine Person beispielsweise ihrer Vulnerabilität angemessen unterbringen zu können (Art. 18 Abs. 3 Aufn-RL), ist es nötig, direkt bei Eintreffen dieser Person in der Erstaufnahmeeinrichtung deren Vulnerabilität zu prüfen. Die Richtlinie lässt zwar die Art der Identifikation von vulnerablen Personen offen, sieht aber vor, dass diese stattfinden muss. Die Richtlinie schreibt weiter vor, dass die Feststellung von Vulnerabilitäten vor der ersten Unterbringung und damit bei Eingang in die Erstaufnahmeeinrichtung geschehen muss, ansonsten können die Garantien aus der Richtlinie nicht eingehalten werden. Auch das BAMF hält es für notwendig, dass bei Aufnahme ausdrücklich sowohl sichtbare als auch verborgene oder erfragbare Einschränkungen festgestellt werden müssen.¹⁴ Eine psychische Erkrankung, die unter Art. 21 Aufn-RL fällt, muss daher unabhängig von ihrer äußeren Erkennbarkeit untersucht werden. Eine Identifizierung von psychisch erkrankten Personen und deren medizinisch angemessene Behandlung in Deutschland ist durch Art. 17 Abs. 2, Art. 19 Abs. 2 und Art. 21 der Aufn-RL verbindlich vorgeschrieben. Dieser Verpflichtung kommt Deutschland weder durch eine Anamnese im Rahmen der Erstuntersuchung oder im folgenden Prozess vor der Unterbringung noch im weiteren Verlauf des Asylverfahrens nach.

⁷ Bundesinitiative Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften: Sammlung der Gewaltschutzkonzepte, shorturl.at/mOev7.

⁸ Gewaltschutzkonzept Schleswig-Holstein: In Würde. Mit Sicherheit. Schutzkonzept für die Landesunterkünfte des Landesamts für Zuwanderung und Flüchtlinge Schleswig-Holstein, 2023, S. 23, 24, shorturl.at/pGIxs.

⁹ Gewaltschutzkonzept Niedersachsen, 2022, S. 4–6, shorturl.at/CWHs9.

¹⁰ Gewaltschutzkonzept Bayern, 2020, S. 6 Nr. 4, shorturl.at/pRNJp.

¹¹ Gewaltschutzkonzept Rheinland-Pfalz, S. 6, t1p.de/u5z88.

¹² Fragen und Antworten zum Thema Flüchtlinge, S. 32, rb.gy/u2juug.

¹³ Schutzkonzept Brandenburg, S. 8, 30, 31, lmy.de/mRfln.

¹⁴ BAMF: Die Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren, a. a. O. (Fn. 5), S. 21.

5. Erkennung vulnerabler Personen unter der Screening-VO

Die im Juni 2026 in Kraft tretende Screening-Verordnung, die Teil des neuen gemeinsamen europäischen Asylsystems (GEAS) sein wird, sieht ergänzend eine vorläufige Vulnerabilitätsprüfung vor. Bisher sehen die bei der Umsetzung der GEAS-Reform beteiligten Behörden weiterhin die Verantwortung bei den Bundesländern, sodass die Gefahr besteht, dass der vorhandene Flickenteppich fortbesteht. Das Inkrafttreten der Screening-Verordnung sollte stattdessen dafür genutzt werden, ein einheitliches System zu schaffen.

Die neue Aufnahmerichtlinie wird den besonderen Schutz von vulnerablen Gruppen erhalten und ergänzt in Art. 28 Aufn-RL n. F. noch ausdrücklich die Notwendigkeit von psychologischer Betreuung für Personen, die Menschenhandel, Folter, Vergewaltigung und andere schwere Gewalttaten erlebt haben. Die deutsche Gesetzgebung muss in Umsetzung der neuen Aufnahmerichtlinie also eine sorgfältige Identifizierung und anschließende Behandlung sicherstellen.

Lukas Welz, Geschäftsleiter der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF), beschreibt die Anforderungen an das Screening wie folgt:

»Screeningverfahren, die noch dazu weitreichende Implikationen für das Asylverfahren und die gesundheitliche Versorgung haben, dürfen kein reiner Selbstzweck sein. Sie müssen fachlichen und ethischen Standards genügen. Ein Screening bietet lediglich eine erste grobe Einschätzung über das mögliche Vorliegen einer Erkrankung. Wird nach einem Erstscreening eine psychische Erkrankung angemessen diagnostiziert, muss dann aber gewährleistet sein, dass die Betroffenen im Anschluss auch eine angemessene Versorgung erhalten.«¹⁵

Daher ist zu fragen, wie es mit der psychischen Betreuung im Asylverfahren nach Ankunft weitergeht.

III. Psychologische Betreuung nach AsylbLG

1. Persönlicher Anwendungsbereich

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt für die Personengruppen, die in § 1 AsylbLG genannt sind, den sozialrechtlichen Leistungsumfang. Dem AsylbLG unterfallen demnach Geflüchtete und deren naher Familienkreis ab der Äußerung ihres Asylgesuchs sowie Personen

mit Duldung und vollziehbar ausreisepflichtige Personen ohne Duldung (es sei denn sie haben bereits internationalen Schutz in einem anderen europäischen Land erhalten, siehe § 1 Abs. 4 AsylbLG). Es fallen aber auch Personen mit bestimmten humanitären Aufenthaltserlaubnissen unter das AsylbLG. Unbegleitete Kinder und Jugendliche fallen dagegen unter das SGB VIII.

Nach § 1a AsylbLG können Leistungen eingeschränkt werden, wenn ein Dublin-Bescheid ausgestellt wurde oder auch bei (vermeintlichen) Verstößen gegen Mitwirkungspflichten. Nach § 1 Abs. 4 AsylbLG können Leistungen sogar ganz ausgeschlossen werden.

2. Zeitlicher Anwendungsbereich

Die Leistungen nach dem AsylbLG sind zeitlich abgestuft. So bekommt eine Person, die unter das AsylbLG fällt, bis zum 36. Monat ihres Aufenthaltes in Deutschland Sozialleistungen nach § 3 AsylbLG und Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Nach Ablauf der 36 Monate, vorausgesetzt, die Person hat ihren Aufenthalt in Deutschland nicht »rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst«, bekommt die Person Leistungen nach § 2 AsylbLG (sogenannte Analog-Leistungen).

Sobald der Leistungsbezug nach § 2 AsylbLG greift, sind auch das zwölfte Sozialgesetzbuch für Sozialhilfe (SGB XII) und der zweite Teil des neunten Sozialgesetzbuchs (SGB IX) für die Wiedereingliederung von behinderten Personen anwendbar.

3. Psychologische Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

§§ 4 und 6 AsylbLG sehen für Geflüchtete ein eigenes Regelungssystem in Bezug auf die Krankenbehandlung vor. Hierbei wird der Zugang zu medizinischer Versorgung stark eingeschränkt im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung. Der Regelung liegt die Annahme zugrunde, dass Geflüchtete sich nur kurzzeitig im Anwendungsbereich des AsylbLG befinden und dann entweder in ihr Herkunftsland zurückkehren müssen oder in Deutschland eine Aufenthaltserlaubnis bekommen und so aus dem Regelungsbereich fallen.

Das hat aber nichts mit der Realität zu tun. Ende Dezember 2024 hatten 54.000 Personen einen sogenannten Chancenaufenthalt (Aufenthaltserlaubnis nach § 104c AufenthG).¹⁶ Das heißt zu diesem Zeitpunkt waren mindestens 50.000 Personen seit über fünf Jahren geduldet in Deutschland. Die in den ersten 36 Monaten geltenden eingeschränkten Leistungen sind verfassungsrechtlich be-

¹⁵ Interview mit Lukas Welz, a. a. O. (Fn. 1).

¹⁶ Zahlen zum Chancenaufenthalt des Mediendienst Integration: Mindestens 75.000 Anträge gestellt, 25. Januar 2024, lmy.de/YUpco.

denklich, da das Grundrecht der Menschenwürde ohne Einzelfallprüfung beschränkt wird.¹⁷

Der Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 AsylbLG beschränkt sich auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, wobei »akut« von chronischen Erkrankungen abgrenzen soll. Die Abgrenzung kann, wenn überhaupt, medizinischem Fachpersonal obliegen, da sie sich in der Praxis schwierig gestaltet und eine strenge Unterscheidung aus klinischer Perspektive oft nicht möglich ist.

Weiter können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Unerlässlich ist eine Leistung, wenn sie aus medizinischer Sicht unbedingt erforderlich ist und eine gleich geeignete, möglicherweise kostengünstigere Möglichkeit nicht zur Verfügung steht. Hierunter können insbesondere chronische Erkrankungen fallen.¹⁸

Im Gegensatz zum gebundenen Anspruch – bei dem der Anspruch von der Behörde gewährt werden muss – bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen, besteht hier für die Behörde ein Ermessen. Sie kann also entscheiden, ob sie eine sonstige Leistung für unerlässlich hält. Schon die Notwendigkeit, die jeweilige Behandlung beantragen zu müssen, führt zu Unsicherheiten und stellt eine Hürde für die Inanspruchnahme psychologischer Hilfe dar. Ein nicht ausgeübtes oder sachfremd ausgeführtes Ermessen kann zwar gerichtlich angegriffen werden, führt in der Praxis allerdings dazu, dass Behandlungen häufig unterbleiben, weil Betroffene keine Rechtsmittel einlegen.

Bei der Ermessensentscheidung sind psychologische Gutachten zwar zu berücksichtigen, trotzdem dürften sich die Behörde oder das Gericht über diese hinwegsetzen. Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen führt hierzu aus, dass zwar von dem zum Behandlungszeitpunkt verfügbarem Wissens- und Kenntnisstand der verantwortlichen Psycholog*innen auszugehen sei und in Zweifels-/Grenzfällen deren Beurteilung besonderes Gewicht zukomme. Eine »Einschätzungsprärogative« hätten diese aber nicht. Die Erforderlichkeit sei mit sachverständiger Hilfe zu klären.¹⁹

Die Rechtsgrundlage des AsylbLG eröffnet also Raum für große Unsicherheiten und stützt sich nicht allein auf psychologische Indikationen.

IV. Psychologische Betreuung über die gesetzliche Krankenkasse

Mit Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis (mit Ausnahme jener nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG) und bei Bedürftigkeit fällt eine geflüchtete Person unter das SGB II, also das Bürgergeld. Hiermit einher geht die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse.

Unabhängig von der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis wird eine geflüchtete Person auch dann Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, wenn sie eine unselbstständige Beschäftigung aufnimmt. Hier besteht die Möglichkeit, Psycholog*innen mit Kassensitz aufzusuchen.

Problematisch ist hierbei, dass das Krankenversicherungsrecht im SGB V keinen Anspruch auf Sprachmittlung enthält, auch wenn diese für die Krankenbehandlung benötigt wird. Eine Person, die in Verbindung mit dem Empfang von Bürgergeld gesetzlich krankenversichert ist, kann für die Sprachmittlung zwar unter Umständen eine Kostenübernahme nach § 21 Abs. 6 SGB II oder nach § 73 SGB II beantragen. Hieran werden aber hohe Anforderungen gestellt. Für die Anerkennung von Bedarfen nach § 21 Abs. 6 SGB II muss zum Beispiel ein unabweisbarer, laufender nicht nur einmaliger Bedarf bestehen, der nicht durch Zuwendung Dritter oder durch Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten aufgebracht werden kann.

Eine gut funktionierende sprachliche Verständigung zwischen fremdsprachigen Patient*innen und ihren Behandelnden ist allerdings die notwendige Basis für eine angemessene Gesundheitsversorgung. Ohne diese ist keine fachgerechte Beratung, Diagnostik, Aufklärung und Behandlung möglich.²⁰

V. Praktische Hürden

Der Zugang zu Behandlung für Geflüchtete in Deutschland ist stark erschwert. So wird derzeit angenommen, dass in Deutschland nur 6 Prozent der geflüchteten Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedarf auch einen Psychotherapieplatz erhalten. In niedergelassene Psychotherapiepraxen können weniger als 1 Prozent der Geflüchteten mit Behandlungsbedarf vermittelt werden.²¹ Aufgrund dessen findet die psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in der Regelversorgung kaum statt. Wenn überhaupt, werden geflüchtete Menschen in Deutschland derzeit in spezialisierten Zentren, den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

¹⁷ Wahrendorf, Asylbewerberleistungsgesetz, 1. Auflage 2017, § 4 Rn.1.

¹⁸ Arbeitshilfe der BafF: Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete, August 2020, lmy.de/ffzjc.

¹⁹ Filges: Kostenübernahme für stationäre psychiatrische Behandlung nach §§ 4, 6 AsylbLG, NZS 2023, 707.

²⁰ AG zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Geflüchteter, Positionspapier zur Sprachmittlung verschiedener Organisationen, 26. Januar 2022, rb.gy/tde7g7.

²¹ BZgA, Psychotherapeutische Behandlung für Geflüchtete in Deutschland: Aktuelle Versorgungslücke und Behandlungsmöglichkeiten, Sarah Wilker, Frank Neuner, abrufbar bei infodienst.bzga.de.

(PSZ), psychotherapeutisch behandelt. Die PSZs können die Versorgung jedoch allein ebenfalls nicht sicherstellen. Der psychosoziale Versorgungsbericht der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) kommt zu dem Schluss, dass die Psychosozialen Zentren im Jahr 2022 nur 3,1 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs der geflüchteten Menschen in Deutschland decken konnten.²² Dies zeigt, dass die Öffnung der psychotherapeutischen Regelversorgung für Geflüchtete unbedingt notwendig ist.²³

1. Lange Wartezeiten

Traumatisierte und psychisch kranke Flüchtlinge warten im Durchschnitt knapp sechs Monate auf eine Psychotherapie in einem PSZ. Zu diesem Ergebnis kommt der aktuelle Versorgungsbericht der BAfF. In einzelnen Zentren betrug die durchschnittliche Wartezeit sogar zehn bis 21 Monate. Über 7.600 Flüchtlinge, die Unterstützung in Psychosozialen Zentren gesucht haben, konnten überhaupt nicht beraten und betreut werden. Ihnen konnte deshalb auch keine Psychotherapie angeboten werden.²⁴

Im Vergleich führen mehr als 90 Prozent aller Patient*innen, die eine psychotherapeutische Behandlung im gesetzlichen Krankenkassensystem suchen, nach eigenen Angaben innerhalb von drei Monaten ein Erstgespräch und beginnen in diesem Zeitraum mit regelmäßigen psychotherapeutischen Sitzungen.²⁵

2. Diskriminierung in der Regelversorgung

Nach Einschätzung des Forschungsprojekts »Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor« (NaDiRa) erfahren Menschen mit vermeintlich nicht-deutscher Herkunft oder nicht-weiße Personen im deutschen Gesundheitswesen häufig Diskriminierung – sowohl auf individueller als auch auf institutioneller und struktureller Ebene. So würden die Beschwerden nicht-weißer Patientinnen und Patienten von medizinischem Fachpersonal oftmals nicht ernst genommen. Dies könne dazu führen, dass Betroffene notwendige Behandlungen nur verzögert oder im schlimmsten Fall gar nicht in Anspruch

nähmen.²⁶ Diskriminierung könne bereits bei der Terminvergabe einsetzen: Ein Feldexperiment von NaDiRa, das 6.800 zufällig ausgewählte Praxen aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Dermatologie, Pädiatrie, Radiologie und Psychotherapie untersuchte, zeigte: Personen mit Namen, die in Nigeria oder der Türkei verbreitet sind, erhielten sechs bis acht Prozentpunkte seltener eine positive Rückmeldung auf eine Terminanfrage als Personen mit in Deutschland gängigen Namen. Besonders stark fielen diese Unterschiede bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus.²⁷

3. Finanzierung der psychosozialen Zentren

Die psychosozialen Zentren werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet ist. Die Finanzierungsquellen sind zudem oft sehr divers, was zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt, weil eine Vielzahl an Förderanträgen gestellt werden muss. Zusätzlich führt die Projektförderung dazu, dass Mitarbeitende häufig nur über einen befristeten Zeitraum eingestellt werden können, wodurch die Suche nach qualifizierten Fachkräften erschwert wird.²⁸

Weiter wurden trotz der Aufnahme von rund zwei Millionen geflüchteten Personen in den letzten drei Jahren, unter anderem aus der Ukraine, die Mittel des Bundesflüchtlingsprogramms, aus dem die Zentren unter anderem finanziert werden, im Jahr 2024 um 4,4 Millionen Euro reduziert. Der Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2025 sah zunächst eine weitere Kürzung um nahezu 50 Prozent vor, bevor dann im Februar 2025 mitgeteilt wurde, dass die Förderung nachträglich aufgestockt werden konnte.²⁹ Damit fallen die Kürzungen also weniger dramatisch aus als angekündigt, es bleibt aber immer noch bei einer Kürzung von rund 1 Mio. Euro im Vergleich zur Förderung des Jahres 2024.

4. Fehlende Sprachmittlung

Wie oben dargestellt fehlt eine gesetzliche Grundlage für die Übernahme von Kosten zu Sprachmittlung im SGB V. Aber auch unabhängig davon, darf die Möglichkeit der Sprachmittlung nicht von der Genehmigung einer Behörde oder Krankenkasse abhängig sein. Die Psychothera-

²² BAfF, Flucht und Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2024, lmy.de/tSbvc.

²³ BZgA, Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten, a. a. O. (Fn. 21).

²⁴ Versorgungsbericht der BAfF 2024, a. a. O. (Fn. 22).

²⁵ Bericht des Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist besser als vermutet, 29. Februar 2024, lmy.de/LxmGg.

²⁶ NaDiRa-Kurzbericht »Grenzen der Gleichheit: Rassismus und Armutsgefährdung«, 7. Mai 2024, lmy.de/ijYdt.

²⁷ NaDiRa-Bericht 2023 »Rassismus und seine Symptome«, 7. November 2023, lmy.de/rxeOa.

²⁸ Versorgungsbericht der BAfF 2024, a. a. O. (Fn. 22).

²⁹ Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Psychosoziale Unterstützung für Geflüchtete gestärkt. 21.2.2025, lmy.de/TiUvT.

peut*innen oder Psycholog*innen, die geflüchtete Personen betreuen, müssen in Absprache mit der betroffenen Person selbst die Autorität haben einzuschätzen, ob eine Sprachmittlung notwendig ist.

Auch ein Einsatz von Präsenz-, Telefon- oder Videosprachmittlung muss möglich sein. In einem Positionspapier mehrerer in diesem Bereich tätiger Organisationen wird aber darauf hingewiesen, dass Übersetzungssysteme mit Spracherkennung und Sprachausgabe nicht geeignet seien, um eine Sprachmittlung in der Versorgung psychisch kranker Menschen sicherzustellen.

Die Organisationen bemängeln weiter, dass die Höhe der Vergütung von Sprachmittler*innen nicht ausreicht, damit diese sich hinreichend weiterbilden und Supervision wahrnehmen können. Auch hier müsste angesetzt werden.³⁰

Insgesamt muss der Anspruch auf Sprachmittlung in jedem Verfahrensstadium bestehen.

5. Willkürliche Ausweitung des Geltungsbereichs des AsylbLG

Seit dem Februar 2024 gilt, dass Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG für die Dauer von 36 Monaten die Grundleistungen nach diesem Gesetz beziehen, bevor sie in den Bezug der sogenannten »Analogleistungen« wechseln. Begründet wurde dies von der Bundesregierung damit, dass »mindestens für die ersten 36 Monate« des Aufenthalts in Deutschland eine »abweichende Bedarfssituation« bestehe, da die Betroffenen in diesem Zeitraum von einem nur vorläufigen Aufenthalt in Deutschland ausgehen müssten und in dieser Zeit keine Perspektive auf einen Daueraufenthalt hätten.³¹

Dabei hatte das Bundesverfassungsgericht bereits im Jahr 2012 festgestellt, dass der Grundleistungsbezug nur zulässig ist, wenn konkrete Minderbedarfe nachvollziehbar festgestellt würden und der Aufenthalt für die Betroffenen »tatsächlich« nur von kurzer Dauer sei. Nicht mehr gerechtfertigt sei der Bezug der AsylbLG-Grundleistungen, wenn die Spanne eines Kurzaufenthalts deutlich überschritten sei.³² Dass auch die von der Regierung unterstellte Aufenthaltsdauer von 36 Monaten noch einen »Kurzaufenthalt« darstellt, kann kaum behauptet werden. Auf Personen, die im Anschluss an das Asylverfahren einen Schutzstatus erhalten, trifft die Prognose eines Kurz-

aufenthalts ohnehin nicht zu. Und selbst ausreisepflichtige Personen sind »tatsächlich« häufig länger in Deutschland: Von den Ende 2023 erfassten 242.600 Ausreisepflichtigen lebten 127.100 – also mehr als die Hälfte – bereits länger als vier Jahre in Deutschland, ein Drittel (82.900) sogar schon länger als sechs Jahre. Darüber hinaus fehlt es weiterhin an einer nachvollziehbaren Begründung der angeblichen Minderbedarfe von Personen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen.³³

Die Zahl der Ausreisepflichtigen ist zuletzt zurückgegangen, sodass auch hier kein Anlass für eine Verschärfung der Regeln bestand, um Menschen zur Ausreise zu bewegen. Ende 2022 lag die Zahl der Ausreisepflichtigen nämlich noch bei 304.300, darunter 248.100 mit einer Duldung. Diese Zahl ist seit 2012 jährlich angestiegen und hat sich in den zehn darauffolgenden Jahren fast verdreifacht³⁴ – wohlgernekt trotz unzähliger Abschiebungsreformen. Im Jahr 2023 hat sich die Zahl der Ausreisepflichtigen um 61.700 (20 Prozent) reduziert, die Zahl der Geduldeten um 54.200 auf 194.000 (22 Prozent).³⁵

Ohnehin ist die Idee, Menschen durch die Absenkung von Leistungen zur Ausreise zu drängen oder angebliche Anreize für die Zuwanderung zu verringern, nicht durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gedeckt. Dieses hatte in dem bereits erwähnten Urteil bereits im Jahr 2012 festgestellt, dass »migrationspolitische Erwägungen« ein Absenken des Leistungsstandards »von vornherein« nicht rechtfertigen können.³⁶ Für einen solchen Ansatz gäbe es auch keine wissenschaftliche Grundlage. Für die Verschlechterung der sozialen Versorgung geflüchteter Personen wird häufig das Argument angeführt, Sozialleistungen seien ein Pull-Faktor für Schutzsuchende, würde sie also motivieren nach Deutschland zu kommen. Diese Behauptung kann wissenschaftlich nicht nachgewiesen werden. Sozialwissenschaftler Tim Müller sagt hierzu im Interview mit dem Mediendienst Integration:³⁷

»Wir haben die Migrations-Daten für 160 Länder aus verschiedenen Jahren ausgewertet. Dabei haben wir keine Anziehungseffekte von höheren Sozialleistungen finden können. Im Gegenteil: Die meisten Menschen wandern zwischen Ländern mit ähnlich hohen Sozialleistungen.«

Stattdessen seien Faktoren wie die Größe des Landes, wirtschaftliche Sicherheit, die geografische Lage und die Demokratie Faktoren, die Menschen anziehen. So wandern

³⁰ AG zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Geflüchteter, Positionspapier zur Sprachmittlung, a. a. O. (Fn. 20).

³¹ Deutscher Bundestag: Drucksache 20/10090, lmy.de/oniEv. Zu den Vorläuferregelungen, die mit unterschiedlichen Begründungen den Bezug von Grundleistungen für mehrfach wechselnde unterschiedliche Zeiträume vorsahen, siehe auch Volker Gerloff, Aktuelle Entwicklungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Asylmagazin 4–5/2024, S. 148 ff.

³² BVerfG, Urteil vom 18.7.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11 – asyl.net: M19839.

³³ Volker Gerloff, Aktuelle Entwicklungen im Asylbewerberleistungsgesetz, a. a. O. (Fn. 31), S. 150.

³⁴ Deutscher Bundestag: Drucksache 17/12457, lmy.de/FfLzD.

³⁵ PRO ASYL: »Fakten, Zahlen und Argumente« 2023, lmy.de/NQJHQ.

³⁶ BVerfG, Urteil vom 18.7.2012, a. a. O. (Fn. 32), Rn. 95.

³⁷ Mediendienst Integration: »Demokratie ist ein Pull-Faktor«, 31. Oktober 2023, lmy.de/MhIPh.

ähnlich viele Menschen in die USA und Deutschland aus, obwohl die USA wesentlich niedrigere Sozialleistungen bereitstellen. Außerdem hat das BVerfG eindeutig klargestellt, dass die »Menschenwürde [...] migrationspolitisch nicht zu relativieren« ist.³⁸

Für die Ausweitung der Anwendungsdauer des AsylbLG-Grundleistungsbezugs lässt sich somit weder eine rechtssichere noch eine inhaltlich nachvollziehbare Begründung finden. In der Praxis erschwert sie auch den Zugang zu psychologischer Behandlung für Geflüchtete immens, sodass eine solche Einschränkung gut begründet sein sollte. Ein wichtiger Schritt wäre es, die Zeit im AsylbLG-Grundleistungsbezug so kurz wie möglich zu halten oder das AsylbLG sogar ganz abzuschaffen.

6. System der Ermächtigung von Psychotherapeut*innen wirkt nur begrenzt

Der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat eine Änderung der ärztlichen Zulassungsverordnung auf den Weg gebracht,³⁹ die Ende Januar 2024 im Bundestag und am 14. Februar 2024 im Bundesrat beschlossen wurde. Diese Änderung sieht vor, dass mehr Therapeut*innen zur Behandlung besonders vulnerabler Personen ermächtigt werden können. Von der Regelung profitieren allerdings nur Personen, die bereits gesetzlich krankenversichert sind. Es ist also keine Regelung, die zur besseren Unterstützung Geflüchteter während der ersten Zeit ihres Aufenthalts in Deutschland beitragen wird, da sie wie oben gesehen erst sehr spät in die gesetzliche Krankenversicherung fallen.⁴⁰ Bis jetzt haben sich ca. 80 Psychotherapeut*innen diese Ermächtigung eingeholt.⁴¹

7. Fehlende Einbindung in der Regelausbildung von Psycholog*innen

Um mehr Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen für die Betreuung geflüchteter Personen auszubilden, wäre es sinnvoll, interkulturelle Kompetenzen, Traumaforschung, Therapie mit Sprachmittler*innen und ähnliche Module bereits in der Regelausbildung einzufügen. Diese fehlen allerdings in den meisten Ausbildungsplänen. Auch Organisationen wie die Refugee Law Clinics im juristischen Bereich, die schon früh an die Materie heranführen, scheinen im psychologischen Bereich zu

fehlen. Wenn eine Perspektive aber schon in der Ausbildung fehlt, fragt es sich, wie sie dann im Berufseinstieg als Option erkannt werden soll.

VI. Ergebnis und Ausblick

Um eine adäquate psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland sicherzustellen, sind umfassende strukturelle Reformen erforderlich.

Zunächst bedarf es eines einheitlichen und systematisch implementierten Identifikationsverfahrens zur frühzeitigen Erkennung psychischer Belastungen. Derzeit herrscht ein heterogener »Flickenteppich« an Strategien, der weder eine zuverlässige Diagnostik noch eine flächendeckende Versorgung ermöglicht. Spätestens im Rahmen der Implementierung des Screenings nach der Screening-Verordnung und der Umsetzung der neuen Aufnahmeleitlinie muss ein standardisiertes und wissenschaftlich evaluiertes Erkennungssystem etabliert werden, das flächendeckend zur Anwendung kommt.

Zudem ist die kostenfreie Bereitstellung von Sprachmittlung eine zwingende Voraussetzung für eine wirksame Therapie. Eine psychotherapeutische Behandlung in einer den Patient*innen fremden Sprache ist mit erheblichen Verständnishürden verbunden und beeinträchtigt sowohl den therapeutischen Prozess als auch den Behandlungserfolg. Die Finanzierung von Sprachmittlung muss Teil der regulären Gesundheitsversorgung sein.

Die psychosozialen Zentren, die einen zentralen Bestandteil der Versorgung besonders vulnerabler Gruppen darstellen, müssen in ihrer finanziellen Ausstattung nachhaltig gestärkt und nicht – wie im aktuellen Haushaltsentwurf vorgesehen – weiter gekürzt werden.

Eine Ausweitung der Mittel ist angesichts des konstant hohen Bedarfs dringend geboten, zumal bereits jetzt lange Wartelisten bestehen und Kapazitätsgrenzen regelmäßig erreicht oder überschritten werden.

Darüber hinaus ist eine strukturelle Integration der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in das reguläre Gesundheitssystem anzustreben. Dies kann unter anderem durch eine Verkürzung des zeitlichen Anwendungsbereichs des AsylbLG oder durch dessen vollständige Abschaffung zugunsten der Einbindung in die Regelversorgung nach dem SGB V erreicht werden. Sollte das AsylbLG weiterhin Anwendung finden, ist zumindest eine klare rechtliche Anspruchsgrundlage für die psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten erforderlich. Eine solche Regelung würde nicht nur die Versorgungsrealität verbessern, sondern auch zur Vereinheitlichung und Beschleunigung von Genehmigungsverfahren beitragen.

³⁸ BVerfG, Urteil vom 18.7.2012, a. a. O. (Fn. 32), Rn. 95.

³⁹ Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, lmy.de/eqkmL.

⁴⁰ BAfF: »Mehr Therapieplätze? Warum geflüchtete Menschen nicht von Lauterbachs neuer Ermächtigungsregelung profitieren werden«, 30. Januar 2025.

⁴¹ BAfF: »Die Ermächtigungsregelung – Psychotherapie für geflüchtete Menschen. Teil 1«, lmy.de/RFCCc.

Unsere Angebote



www.asyl.net

- Rechtsprechungsdatenbank und »Dublin-Entscheidungen«
- Themenseiten
- Länderinformationen
- Beiträge aus dem Asylmagazin
- Publikationen
- Newsletter



Asylmagazin

- Beiträge und Rechtsprechungsübersichten
 - Aktuelle Gerichtsentscheidungen
 - Länderinformationen
 - Nachrichten, Buchbesprechungen
- Weitere Informationen bei asyl.net unter »Asylmagazin«



basiswissen.asyl.net

Informationen für Schutzsuchende und Engagierte:

- »Wissen kompakt« zum Leben in Deutschland
- HInweise auf weiterführende Publikationen und Ressourcen



adressen.asyl.net

Adressdatenbank mit

- Beratungsstellen im Bereich Flucht und Migration sowie weiteren Rechtsgebieten (dt./engl.)
- Weitere Adressen und Links



familie.asyl.net

Das Informationsportal zum Familiennachzug zu Asylsuchenden und Schutzberechtigten.

- Nachzug von außerhalb Europas
- »Dublin-Familienzusammenführung«
- Fachinformationen



Publikationen

- Basisinformationen und Übersichten
- Leitfäden und Arbeitshilfen
- Stellungnahmen und Berichte anderer Organisationen

Abrufbar bei asyl.net unter »Publikationen«



migrationsberatung.org

Website des Bundesprogramms Migrationsberatung für erwachsene Zugewanderte (MBE).

Die Website migrationsberatung.org wird vom Informationsverbund Asyl und Migration im Auftrag der Trägerorganisationen der MBE betreut.



www.ecoi.net

Die Internetdatenbank mit den wichtigsten internationalen Informationen zu Herkunftsländern und Drittstaaten.

Der Informationsverbund Asyl und Migration ist Partner von ecoi.net, das von der Forschungsstelle ACCORD beim Österreichischen Roten Kreuz koordiniert wird.