

Bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen sichern:

Acht Forderungen für eine wirksame Umsetzung

DIE FORDERUNGEN AUF EINEN BLICK:

Schutzbedarfe frühzeitig erkennen und sichern

1. Vulnerabilität erkennen und Versorgung gewährleisten
2. Altersfeststellung im Zweifel für Kinder und Jugendliche
3. Keine Ausschlüsse aus der Kinder- und Jugendhilfe

Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung schaffen

4. Die vollständige Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen
5. Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung verbindlich einführen

Psychosoziale Zentren als spezialisierte Versorgungsstruktur erhalten und ausbauen

6. Verlässliche finanzielle Absicherung auf Bundesebene schaffen
7. Bedarfsgerechte Finanzierung psychosozialer Leistungen unabhängig vom Aufenthaltsstatus sicherstellen
8. Psychosoziale Zentren strukturell verankern



Kofinanziert von der Europäischen Union

Ausgangslage: Gesundheitliche und psychosoziale Versorgung für geflüchtete Kinder und Jugendliche

Viele Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung leiden unter schweren psychischen Belastungen, wie Depressionen, Suizidgedanken, Angst- oder posttraumatischen Belastungsstörungen. Häufig sind diese Erkrankungen die Folge der Erfahrung von Gewalt, Verfolgung, Krieg oder sexuellem Missbrauch vor, während oder nach ihrer Flucht. Rund 76,5 % der geflüchteten Kinder und Jugendlichen berichteten, Gewalterfahrungen gemacht zu haben.¹ Nach ihrer Ankunft in Deutschland findet häufig keine Entlastung statt: Belastende und nicht kindgerechte Lebensbedingungen in Gemeinschaftsunterkünften, unsichere Aufenthaltsperspektiven, Sprachbarrieren sowie die Verantwortung, die Kinder oftmals für ihre Familien übernehmen müssen, etwa beim Übersetzen von Behördenbriefen, stellen zusätzliche Belastungsfaktoren dar. Wie stark diese Erfahrungen die Gesundheit und Entwicklung geflüchteter Kinder und Jugendlicher beeinflussen, hängt entscheidend davon ab, welche Unterstützungsstrukturen ihnen zugänglich gemacht werden.

Eine zentrale Rolle bei der Unterstützung geflüchteter Kinder und Jugendlicher spielen die Psychosozialen Zentren (PSZ). Menschen mit Fluchterfahrung werden durch die in den Zentren gebündelte psychotherapeutische, psychologische, sozialarbeiterische, rechtliche und ärztliche Expertise individuell und bedarfsgerecht unterstützt. Zudem übernehmen die PSZ eine zentrale Vermittlungsrolle zwischen dem Gesundheitssystem, der Jugendhilfe und weiteren Bereichen der Versorgung und sind oft die einzigen Orte, an denen traumatisierte und psychisch belastete geflüchtete Menschen professionelle und sprachmittlungsgestützte Hilfe erhalten, da ihnen der Zugang zum regulären Gesundheitssystem häufig verwehrt ist.

Selbst wenn geflüchtete Kinder und Jugendliche Anspruch auf Unterstützung haben, ist der Zugang zu psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfe häufig erschwert. Insbesondere nach der Ankunft bestehen Hürden wie bürokratische Verfahren, unklare Zuständigkeiten, fehlende Sprachmittlung und lange Wartezeiten. So können Kinder und Jugendliche trotz erkennbarer Belastung keine zeitnahe Hilfe erhalten, etwa weil zunächst Kostenübernahmen geklärt werden müssen. Der Zugang bleibt damit oft von administrativen Entscheidungen abhängig, anstatt sich am tatsächlichen Unterstützungsbedarf und der Lebenswelt der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu orientieren.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche ein System benötigen, das ihre besonderen Schutz- und Unterstützungsbedarfe frühzeitig und zuverlässig erkennt und niedrigschwelligen Zugang zu geeigneter Hilfe sicherstellt. Dafür müssen sowohl die bestehenden Regelstrukturen aus Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung so ausgestaltet sein, dass sie diese Bedarfe tatsächlich aufgreifen können, als auch spezialisierte Einrichtungen wie die Psychosozialen Zentren dauerhaft abgesichert werden. Nur durch das Zusammenspiel von früher Bedarfsidentifikation, einem handlungsfähigen Regelsystem und stabil finanzierten spezialisierten Angeboten können die in der UN-Kinderrechtskonvention verankerten Schutz- und Unterstützungsrechte geflüchteter Kinder und Jugendlicher wirksam umgesetzt werden.

¹ Vgl.: Müller et al. (2019): *Psychische Belastungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland*, in *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Schutzbedarfe frühzeitig erkennen und sichern

Geflüchteten Kindern und Jugendlichen wird im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie ausdrücklich eine besondere Schutzbedürftigkeit zugesprochen. Um diesen Schutz sicherzustellen, bedarf es eines systematischen Verfahrens zur frühzeitigen Identifizierung besonderer Schutzbedarfe (Screening), das ausdrücklich auch eine verlässliche Alterseinschätzung umfasst. Obwohl die GEAS-Reform inzwischen ein solches Verfahren vorsieht, bestehen weiterhin erhebliche Zweifel daran, ob dessen praktische Umsetzung flächendeckend, kindgerecht und mit ausreichender Ausstattung erfolgen wird; geflüchtete Kinder (begleitet und unbegleitet) finden sich daher bei ihrer Ankunft nach wie vor in einem prekären Versorgungssystem wieder, in dem selbst bei der Alterseinschätzung grobe und fahrlässige Fehler auftreten. Die Ursachen liegen auf struktureller, rechtlicher und praktischer Ebene.

Mit der Erkennung besonderer Schutzbedürftigkeit muss immer ein entsprechender Versorgungsanspruch einhergehen, damit der Schutz nicht leerläuft. Um diesen Versorgungsanspruch umzusetzen, bedarf es nicht nur erreichbarer Leistungserbringer im Regelsystem sondern auch spezialisierter Einrichtungen, die traumasensible und interdisziplinäre Unterstützungsangebote bündeln.

1. Vulnerabilität erkennen und Versorgung gewährleisten

Die EU-Aufnahmerichtlinie² verpflichtet die Mitgliedstaaten dazu, besonders schutzbedürftige Personen, darunter traumatisierte Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche, frühzeitig zu identifizieren und angemessen zu unterstützen, wie es auch durch die GEAS-Verordnungen³ weiter konkretisiert wird. Ein systematisches Feststellen der besonderen Schutzbedürftigkeit ist daher nicht nur aus medizinischer Sicht essenziell, sondern auch rechtlich vorgeschrieben und kann im Falle der Feststellung psychischer Belastungen ein relevanter Faktor im Asylverfahren der betroffenen Personen sein.

In der Umsetzung fehlt es dennoch an einer konsequenten, flächendeckenden und qualitativ abgesicherten Umsetzung. Darüber hinaus bleibt selbst bei erfolgter Identifikation psychischer Belastungen häufig unklar, wie weiter verfahren wird: Es bestehen erhebliche Lücken bei der Weiterleitung der Screening-Ergebnisse, bei der Anbindung an spezialisierte Versorgungsstrukturen sowie bei der Sicherstellung einer zeitnahen Diagnostik und Behandlung. Ohne verbindliche Anschlussstrukturen und klare Zuständigkeiten verliert das Screening seine praktische Wirksamkeit. Gleiches droht, wenn das Screening nicht durch Fachstellen durchgeführt wird.

Daher braucht es:

- **Bundesweit verbindliche Vorgaben für Screeningverfahren:** Es müssen klare gesetzliche Rahmenvorgaben zur Früherkennung psychischer Belastungen und besonderer Schutzbedarfe in allen Erstaufnahmeeinrichtungen erlassen werden. Unverbindliche oder vage Regelungen sind abzulehnen.
- **Mehrstufigkeit des Verfahrens:** Aus der Feststellung eines Schutzbedarfs im Sinne der Aufnahmerichtlinie muss zwingend ein vollständiger Versorgungsanspruch resultieren, also die notwendige Behandlung, wie sie im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.
- **Bindungswirkung für Behörden und Leistungserbringer:** Die Feststellung der Schutz-

² Vgl.: Richtlinien (EU) 2013/32 und 2013/33

³ Vgl.: Richtlinien (EU) 2024/1346, 2024/1348 und 2024/1356

bedürftigkeit muss verbindlich dokumentiert werden und für nachgeordnete Behörden sowie Leistungserbringer eine Bindungswirkung entfalten.

- **Screening durch Fachpersonal:** Das Screening muss von speziell geschultem Personal durchgeführt werden. Eine Durchführung durch Polizeibehörden ist auszuschließen.
- **Prüfung der Vulnerabilität nicht nur beim Erst-Screening:** Vulnerabilitätsprüfungen müssen gesetzlich so geregelt werden, dass sie nicht nur beim Erst-Screening, sondern fortlaufend im gesamten Asylverfahren durchgeführt und geltend gemacht werden können.

2. Alterseinschätzung im Zweifel für Kinder und Jugendliche

Die Alterseinschätzung ist von zentraler Bedeutung für den Zugang zu Schutzrechten, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie zu altersangemessener Unterbringung und Versorgung. In der Praxis kommt es jedoch weiterhin zu uneinheitlichen Verfahren, fehlenden fachlichen Standards und einer übermäßigen Heranziehung medizinischer Untersuchungen mit begrenzter Aussagekraft. Fehlerhafte oder vorschnelle Einstufungen als volljährig führen dazu, dass betroffene junge Menschen grundlegende Schutzansprüche verlieren und strukturell benachteiligt werden. So kann etwa ein 16-jähriger Jugendlicher fälschlich als volljährig eingestuft werden und dadurch keinen Zugang mehr zur Kinder- und Jugendhilfe erhalten, in einer Gemeinschaftsunterkunft statt in einer betreuten Jugendhilfeeinrichtung untergebracht werden und ohne Vormund oder feste Bezugsperson bleiben. Zudem fehlt es häufig an transparenten Verfahrensgarantien, qualifizierter Beteiligung der Jugendhilfe sowie an wirksamen Rechtsschutzmöglichkeiten.

Daher braucht es:

- **Sicherstellung korrekter Alterseinschätzungen:** Verfahren zur Alterseinschätzung müssen fachlich fundiert, standardisiert und rechtsstaatlich ausgestaltet sein.
- **Anwendung des Grundsatzes „im Zweifel für die Minderjährigkeit“:** Bestehende Zweifel am Alter sind konsequent zugunsten der Betroffenen ausulegen.
- **Bindungswirkung festgestellter Minderjährigkeit:** Eine einmal getroffene Feststellung der Minderjährigkeit muss verbindlich sein und darf nur bei Vorliegen neuer, zweifelsfrei belegter Tatsachen nachträglich in Frage gestellt werden.

3. Keine Ausschlüsse aus der Kinder- und Jugendhilfe

Auch nach Feststellung der Minderjährigkeit ist eine bedarfsgerechte Versorgung nicht durchgängig gewährleistet. Schnittstellenprobleme zwischen Aufnahmesystem, Asylverfahren und Kinder- und Jugendhilfe führen zu Verzögerungen, Zuständigkeitskonflikten und der ausbleibenden Versorgung von Personen. Insbesondere bei begleiteten Minderjährigen besteht die Gefahr, dass spezifische Schutzbedarfe (z. B. stabilisierende, kindgerechte Unterbringung) hinter asyl- oder aufenthaltsrechtlichen Erwägungen (z. B. Verfahrensbeschleunigung) zurücktreten. Hinzu kommen landes- und kommunalspezifische Unterschiede in der Ausstattung sowie im Zugang zu Leistungen, sodass gleichwertige Lebensverhältnisse und ein diskriminierungsfreier Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe faktisch nicht überall gewährleistet sind. Wird im System des SGB VIII am Personal gespart und die Finanzierung von Maßnahmen gekürzt, läuft der Anspruch auf Versorgung faktisch leer. Wenn nicht ausreichend Personalressourcen in der Be-

hörde und finanzielle Ressourcen für die Arbeit der Träger hinterlegt sind, kann die notwendige Arbeit in den Jugendämtern nicht erfolgen und die Betroffenen können nicht in Maßnahmen vermittelt werden. Dies ist für beide Gruppen, begleitete und unbegleitete Kinder und Jugendliche, unbedingt zu vermeiden. Für die Versorgung in der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG über die Krankenkassen sind Ressourcen entsprechend den Versorgungszahlen zu hinterlegen.

Daher braucht es:

- **Gleichberechtigten Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe:** Der Zugang zur Kinder- und Jugendhilfe muss unabhängig vom Aufenthaltsstatus ohne Leistungsausschlüsse gewährleistet bleiben.
- **Bedarfsgerechte Ressourcenplanung:** Die Ressourcenplanung in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der gesundheitlichen Versorgung von Minderjährigen muss begleitete und unbegleitete Kinder und Jugendliche gleichermaßen berücksichtigen.

Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung schaffen

Im Gesundheitssystem stoßen geflüchtete Kinder und Jugendliche auf Hürden: komplizierte Verwaltungsverfahren, unzureichend geschultes Personal und fehlende Ressourcen wie Sprachmittlung. Die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte für Kinder und Jugendliche wird nicht überall umgesetzt. Die insgesamt angespannte pädiatrische Versorgung trifft Kinder in Gemeinschaftsunterkünften besonders, da bei ihnen Zugangshürden und erhöhte gesundheitliche Belastungen zusammenkommen. Dadurch werden unter anderem entwicklungsrelevante Behandlungsbedarfe häufig nicht erkannt oder notwendige Termine bei Fachärzt:innen nicht ermöglicht. Praxen und Kliniken steht Sprach- und Kulturmittlung in der Regel nicht zur Verfügung. Der Zugang zu Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen ist unzureichend finanziert. Für schwer traumatisierte Kinder fehlt vielerorts die notwendige Sensibilität oder unter den gegebenen Bedingungen die Bereitschaft, angemessen auf ihre Bedürfnisse einzugehen. Diese Hürden verzögern oder verhindern oft dringend notwendige Hilfe und wirken sich besonders gravierend auf das Wohlbefinden und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aus.

4. Die vollständige Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen

Geflüchtete Personen sind in Deutschland nicht automatisch gesetzlich krankenversichert. Ein Anspruch auf umfassende Gesundheitsleistungen ergibt sich in der Regel erst aus dem jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Status nach Abschluss des Asylverfahrens. Während des Asylverfahrens sowie in den ersten Monaten des Aufenthalts besteht grundsätzlich nur ein eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung, insbesondere zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Im Zuge der Umsetzung der GEAS-Reform wurde diese Systematik für Minderjährige jedoch erweitert: Minderjährige Leistungsberechtigte sollen künftig Zugang zu Gesundheitsleistungen erhalten, die dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Trotz dieser Weiterentwicklung bestehen weiterhin strukturelle Herausforderungen. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist auch künftig nicht automatisch mit einer regulären Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden, sondern hängt von der praktischen Ausgestaltung vor Ort ab. Unterschiede in der Umsetzung – etwa bei der Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte oder bei der Organisation der Versorgung über Krankenkassen⁴ – führen weiterhin zu regionalen Ungleichheiten und erschweren einen verlässlichen Zugang zur Versorgung⁵.

Zudem bleiben Übergänge im System problematisch: Insbesondere beim Eintritt in die Volljährigkeit kann sich der Leistungsanspruch ändern, was Risiken für die Kontinuität begonnener Behandlungen mit sich bringt. Auch der tatsächliche Zugang zur Versorgung hängt maßgeblich von vorhandenen Ressourcen ab, etwa von ausreichenden ärztlichen und therapeutischen Angeboten sowie von Sprachmittlung und klar geregelten Kostenübernahmen.

Daher braucht es:

- **Vollen Zugang zur Gesundheitsversorgung ab Ankunft:** Es muss sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche unmittelbar nach ihrer Ankunft und unabhängig vom Aufenthaltsstatus Zugang zu allen relevanten Versorgungsstrukturen erhalten – sowohl im Gesundheitssystem als auch in der Kinder- und Jugendhilfe.
- **Ausweitung der Regelung auf alle:** Der durch die GEAS-Verordnung vorgesehene Zugang zum Gesundheitssystem für Kinder und Jugendliche muss auf alle geflüchteten Menschen ausgeweitet werden, darunter fallen auch besonders schutzbedürftige Eltern.
- **Verlässliche elektronische Gesundheitskarte:** Vergabe, Verlängerung und Anwendbarkeit müssen bundesweit gesichert werden.
- **Schulung von Verantwortlichen:** Mitarbeitende im Gesundheits- und Kinderhilfesystem müssen verpflichtend in der Identifizierung besonderer Schutzbedarfe und der Bedarfe vulnerabler Gruppen geschult werden.
- **Gewährleistung der Behandlungsfortsetzung:** Mit Eintritt der Volljährigkeit kann der Anspruch auf Gesundheitsleistungen entfallen. Für bereits begonnene Therapien und Behandlungen ist eine nahtlose Weiterführung rechtlich und praktisch sicherzustellen.

5. Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung verbindlich einführen

Die Sprachmittlungskosten werden bislang nicht als Regelleistung finanziert und sind nicht in allen Förderungsmodellen mitgedacht. Ohne Sprachmittlung ist eine wirksame Diagnostik oder Behandlung kaum möglich, mit der Folge, dass viele Menschen entsprechende Maßnahmen gar nicht erst beginnen oder vorzeitig abbrechen müssen.

Daher braucht es:

- **Verankerung von Sprachmittlung als Regelleistung:** Sprachmittlung muss im Gesundheitswesen verbindlich als Regelleistung finanziert werden und gesetzlich⁶ verankert werden.

⁴ nach § 264 SGB V

⁵ Vgl. Informationsportal „Gesundheit für Geflüchtete“: Gesundheitskarte, <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/>

⁶ in § 11 SGB V sowie parallel im AsylbLG

Psychosoziale Zentren als spezialisierte Versorgungsstruktur erhalten und ausbauen

Geflüchtete Menschen, die sich bereits durch den unzureichenden Zugang zum gesundheitlichen Regelsystem in einer prekären Versorgungslage befinden, sind mit einem erschwerten Zugang zu psychosozialen Unterstützungsstrukturen konfrontiert. Insbesondere die PSZ sind für viele Betroffene zentrale Orte für Schutz und Stabilisierung, da sie als einzige spezialisierte Einrichtungen die traumasensible, interdisziplinäre Hilfe bündeln und auf die besonderen Lebenslagen geflüchteter Menschen ausgerichtet sind. Wenn diese Angebote nicht zugänglich sind, hat dies insbesondere für die Gesundheit und Entwicklung geflüchteter Kinder und Jugendlicher fatale Folgen, die sich auch in anderen Lebensbereichen niederschlagen: etwa in Form von schulischen Schwierigkeiten, sozialem Rückzug oder eingeschränkten Teilhabechancen.

Gleichzeitig sind viele Betroffene mit erheblichen infrastrukturellen Hürden konfrontiert. Gemeinschaftsunterkünfte liegen häufig abgelegen, sind schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden und bieten kaum Rückzugsräume oder Privatsphäre. Durch die Umsetzung der GEAS-Reform und die Einführung von Sekundärmigrationszentren droht eine weitere Verschärfung, da diese auf isolierte und restriktive Unterbringungsformen setzen und bestehende Zugangsbarrieren zusätzlich verstärken. Diese Bedingungen verstärken nicht nur bestehende psychische Belastungen, sondern erschweren den Zugang zu Unterstützungsangeboten weiter. In der Praxis übernehmen die Zentren daher vielfach zusätzliche Aufgaben, etwa sozialarbeiterische Leistungen, um administrative, infrastrukturelle und sprachliche Hürden zu überwinden, fehlende wohnortnahe Angebote zu kompensieren und Betroffenen überhaupt den Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen. Sie schließen damit eine strukturelle Versorgungslücke, ohne über eine entsprechend verlässliche Finanzierung zu verfügen.

6. Verlässliche finanzielle Absicherung auf Bundesebene schaffen

Viele PSZ arbeiten projektfinanziert. Nach Ablauf einer Förderung müssen bewährte und erfolgreiche Angebote häufig eingestellt werden, obwohl sie die mangelnde Regelversorgung kompensieren. Diese Unsicherheit führt zu Therapieabbrüchen sowie zum Verlust von Fachpersonal und verhindert den Aufbau stabiler, langfristiger Versorgungsstrukturen. Auf Bundesebene steht die Finanzierung der Psychosozialen Zentren in den Haushaltsverhandlungen immer wieder zur Diskussion. Im Haushaltsplan für 2026 mussten zuletzt Kürzungen um 41 % (ca. 5 Mio. Euro) verhindert werden.⁷ Auf Ebene der Länder können je nach politischer Ausrichtung noch dramatischere Kürzungen drohen.⁸

Diese fragmentierte Finanzierung verstetigt, dass besonders vulnerablen Gruppen der Weg zur Unterstützung verschlossen bleibt und sich spezialisierte Versorgungsstrukturen dauerhaft in Existenznot befinden.

Daher braucht es:

- **Dauerhafte, gesetzlich verankerte Finanzierung der PSZ:** Bundesweite fortgesetzte Förderung für Psychosoziale Zentren im Haushalt des Bundes, mindestens im bisherigen Umfang und perspektivisch mit 27 Mio. Euro jährlich.

⁷ Vgl. Bundesverband Psychosozialer Zentren e.V.: „Finanzierungslücken bei Bundes- und EU-Mitteln zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter“, https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Paper_Finanzierungsluecken-PSZ-1.pdf

⁸ Hinweise zu den jeweils aktuellen Entwicklungen auf: www.baff-zentren.org

7. Bedarfsgerechte Finanzierung psychosozialer Leistungen unabhängig vom Aufenthaltsstatus sicherstellen

Finanzielle Förderung ist nicht nur rückläufig, die derzeitige Förderlogik im Bereich Flucht und Migration orientiert sich an Projektlaufzeiten, Förderkategorien und aufenthaltsrechtlichen Differenzierungen statt am tatsächlichen Bedarf der Betroffenen. Dadurch entstehen strukturelle Versorgungslücken. Außerdem werden geduldete Personen durch bestimmte Förderinstrumente – etwa im Rahmen des AMIF⁹ – faktisch von der Refinanzierung psychosozialer Leistungen ausgeschlossen. Betroffene müssen entweder ohne gesicherte Kostendeckung behandelt oder mit unklarem Ausgang weiterverwiesen werden.

Daher braucht es:

- **Beseitigung von Finanzierungslücken durch projektbasierte Förderstrukturen:** Der Bund muss gemeinsam mit dem BAMF für eine bedarfsgerechte Mittelvergabe sorgen, um Versorgungslücken durch Antragsstopps, Kürzungen oder unsachgemäße Verteilung zu verhindern oder auszugleichen.
- **Förderfähigkeit psychosozialer Leistungen unabhängig vom Aufenthaltsstatus:** In Zusammenarbeit mit dem BAMF muss sichergestellt werden, dass psychosoziale Unterstützung statusunabhängig förderfähig und abrechenbar ist.

8. Psychosoziale Zentren strukturell verankern

Neben kurzfristiger Stabilisierung ist die systemische Verankerung der PSZ entscheidend, um die Versorgung dauerhaft abzusichern. Ohne rechtliche Anerkennung als Leistungserbringer bleiben die Zentren von der Regelversorgung isoliert und die fachliche Expertise kann nicht langfristig gesichert werden.

Daher braucht es:

- **Anerkennung der PSZ als Leistungserbringer im Sozial- und Gesundheitswesen:** Die unbürokratischen und zielgruppengerechten Möglichkeiten zur Leistungserbringung¹⁰ müssen ausgebaut werden. Dazu gehören insbesondere die Erweiterung der Ermächtigung nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte für Kinder und Jugendliche, die Anerkennung als Träger der Eingliederungshilfe sowie eine verbindliche Refinanzierung über die Kinder- und Jugendhilfe.

⁹ AMIF: Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds

¹⁰ nach SGB V, SGB VIII und SGB IX

Handeln für Schutz, Versorgung und Teilhabe

Der Schutz und die Förderung geflüchteter Kinder und Jugendlicher erfordern ein ganzheitliches Vorgehen, das frühzeitige Bedarfsidentifikation, den Zugang zur Regelversorgung und die Stärkung spezialisierter psychosozialer Angebote miteinander verbindet. Nur wenn besondere Schutzbedarfe bei der Ankunft zuverlässig erkannt werden, können gezielte Maßnahmen ergriffen und psychische Belastungen frühzeitig angegangen werden. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus unmittelbaren und vollständigen Zugang zur Gesundheitsversorgung, zur Kinder- und Jugendhilfe sowie zu unterstützenden Leistungen erhalten. Psychosoziale Zentren ergänzen das Versorgungssystem als niedrigschwellige, lebenswelt- und traumasensible Anlaufstellen. Sie übernehmen eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Gesundheitswesen, Jugendhilfe und migrationsbezogenen Unterstützungsangeboten und stabilisieren insbesondere traumatisierte sowie stark belastete Kinder und Jugendliche durch individuelle Begleitung. Ihre dauerhafte Finanzierung und systematische Verankerung sind entscheidend, um Versorgungslücken zu schließen und fachliche Expertise langfristig zu sichern.

Nur durch das Zusammenspiel dieser drei Elemente: einer verlässlichen Bedarfsidentifikation, eines verbesserten Zugangs zur Regelversorgung und einer gesicherten Weiterversorgung in den Psychosozialen Zentren, können geflüchteten Kindern und Jugendlichen Schutz, Stabilität und echte Teilhabe ermöglicht werden. Diese Maßnahmen sind nicht nur ethisch geboten, sondern sind unabdingbar, um die Verpflichtungen aus der UN-Kinderrechtskonvention zu erfüllen, und schaffen die Grundlage für eine nachhaltige Förderung und gesicherte Entwicklung der schutzbedürftigen Kinder und Jugendlichen.



Kofinanziert von der
Europäischen Union