



**BAff**

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft  
der psychosozialen Zentren  
für Flüchtlinge und Folteropfer

# Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen.

Status quo in den  
Bundesländern, Modelle  
und Herausforderungen

# Impressum



## Herausgeberin

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft  
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge  
und Folteropfer – BAFf e. V.**

Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63

E-Mail: [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)

Web: [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)

## Autorinnen

Lisa vom Felde, Lea Flory und Jenny Baron

## Redaktion & Layout

Daniela Krebs

## Umschlagfoto

© neal joup / photocase.de

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAFf bestellt werden:

<http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/>

Wir danken an dieser Stelle allen Personen, die an Gastbeiträgen mitgewirkt haben und die wir für diese Studie interviewen durften.

© BAFf e. V. 2020. Alle Rechte vorbehalten.

Redaktionsschluss: 30.06.2020

Diese Publikation wurde über das Projekt „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“ aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Europäische Union



**BAfF e. V.:**

**Identifizierung besonderer  
Schutzbedürftigkeit  
am Beispiel von Personen  
mit Traumafolgestörungen.**

Status quo in den Bundesländern,  
Modelle und Herausforderungen

# Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	2
1. Einleitung.....	6
1.1. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten .....	6
AOK-Studie zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland .....	7
1.2. Gastbeitrag: Zu ethischen Aspekten von Screening bei Geflüchteten .....	8
1.3. Rechtliche Voraussetzungen .....	10
1.4. Konsequenzen aus den rechtlichen Vorgaben.....	14
1.5. Begriffsklärung .....	15
1.6. Pro und Contra: Sollte es ein Verfahren zur frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten geben? .....	18
Pro – Identifizierung vulnerabler Gruppen .....	18
Contra – Ein besonderes Identifizierungsverfahren für traumatisierte Flüchtlinge ist nicht notwendig.....	19
2. Methodik .....	20
3. Stand der Umsetzung in Deutschland .....	21
3.1. Rolle der Bundesregierung bzw. des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge .....	21
3.2. Verfahren auf Ebene der Bundesländer .....	24
3.3. Strukturiertes Verfahren mit klaren Zuständigkeiten .....	25
a. Berlin (Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge).....	25
b. Brandenburg .....	27
c. Niedersachsen (Friedländer Modell) .....	30
Zusammenfassung.....	32
3.4. Verweis auf Sprechstunden in den Unterkünften .....	33
a. Baden-Württemberg .....	33
b. Hamburg .....	35
c. Rheinland-Pfalz .....	37
d. Saarland .....	39
e. Sachsen-Anhalt .....	40
Zusammenfassung.....	41
3.5. Verweis auf Ausbau externer Versorgungsstrukturen .....	42
a. Bremen .....	42
b. Hessen .....	44
c. Nordrhein-Westfalen.....	46
Zusammenfassung.....	49

3.6. Keine Methode zur Identifizierung.....	50
a. Bayern.....	50
b. Mecklenburg-Vorpommern .....	52
c. Sachsen.....	53
d. Schleswig-Holstein .....	55
e. Thüringen .....	56
Zusammenfassung.....	57
<b>4. Zusammenfassung und Empfehlungen .....</b>	<b>58</b>
4.1. Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle .....	58
4.2. Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen .....	65
4.3. Empfehlungen/Ausblick .....	68
Strukturierte Identifizierung .....	70
Diagnostik und Bedarfsermittlung.....	72
Leistungsgewährung .....	72
Formalisierter Austausch aller Beteiligten .....	73
Evaluation und Monitoring .....	74
<b>5. Verzeichnisse .....</b>	<b>76</b>
5.1. Literatur .....	76
5.2. Zitierte Gesetze.....	79
5.2. Abbildungen .....	79
5.2. Tabellen.....	79
<b>6. Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögen .....</b>	<b>80</b>
Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland.....	82
Über die BAfF .....	83

# 1. Einleitung

Ein großer Teil der in Deutschland lebenden Schutzsuchenden leidet unter psychischen Belastungen in Folge von traumatischen Erfahrungen. Mit diesen Belastungen gehen besondere Bedürfnisse einher, die beachtet werden müssen, damit die Schutzsuchenden ihr Asylverfahren adäquat durchlaufen können. Traumatisierte Schutzsuchende werden in der EU-Aufnahmerichtlinie gemeinsam mit anderen Gruppen als besonders vulnerable Personen definiert. Deutschland ist nach europäischem Recht dazu verpflichtet besonders vulnerable Personen zu identifizieren und ihren besonderen Bedarfen gerecht zu werden.

Die praktische Umsetzung liegt dabei momentan hauptsächlich bei den Bundesländern. In der vorliegenden Studie wird auf Basis einer Auswertung von Dokumenten und Praxisdialogen ein Überblick darüber gegeben, ob und wie die Bundesländer ein Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit etabliert haben. Die Vor- und Nachteile der bestehenden Verfahren werden diskutiert. Abschließend wird ein Verfahren zur systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit vorgestellt, das in allen Bundesländern Anwendung finden könnte.

## 1.1. Prävalenz<sup>1</sup> psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten

Eine Flucht aus dem Herkunftsland in ein erhofft sicheres Land birgt viele Gefahren. Aufgrund der häufig traumatischen Erfahrungen sowohl im Herkunftsland als auch auf der Flucht und im Aufnahmeland ist es daher nachvollziehbar, dass viele Geflüchtete psychische Erkrankungen entwickeln. Auch die Lebensbedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen können negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation von Schutzsuchenden haben (Behrens & Groß, 2004; Johansson, 2016). Das Auftreten und die Schwere einer Traumafolgestörung ist zu einem großen Teil von den Bedingungen nach dem erlebten Trauma (sogenannten Postmigrationsstressoren) abhängig (Keilson, 2001).

Internationale Studien gehen von Prävalenzraten unter Geflüchteten von 30 % sowohl für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als auch für depressive Erkrankungen aus (Steel et al., 2009). Für Deutschland liegen Zahlen vor, die auf eine Prävalenzrate für PTBS zwischen 16 und 55 % bei Geflüchteten hinweisen (Bozorgmehr et al., 2016). Beide Studien sind Meta-Analysen, haben also die zu dem Zeitpunkt existierenden Studien analysiert und zusammengefasst. Bei einem einjährigen Pilotprojekt in Zirndorf (Bayern) wurde bei 45 % zufällig ausgewählter Schutzsuchender eine psychiatrische Diagnose gestellt und bei 78 % derer, die sich aktiv an die Gutachterstel-

le wandten. Dabei war die häufigste Diagnose in beiden Untersuchungsgruppen PTBS mit einem Anteil von 29 % bzw. 39 %, gefolgt von depressiven Episoden verschiedener Schweregrade (13 % und 29 %) (Niklewski et al., 2012). Im Vergleich dazu liegt die Jahresprävalenz von psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland insgesamt bei 27,7 % (affektive Erkrankungen: 9,3 % und PTBS: 2,3 %) (Jacobi et al., 2014).

Bei begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten liegen die Prävalenzen für PTBS nach einer Metaanalyse der existierenden Studien zwischen 14 % bis 60 % und für Depressionen zwischen 6 % bis 36 % (Metzner et al., 2016). Kinder und Jugendliche in Deutschland haben nach repräsentativen Untersuchungen eine Einjahresprävalenz für PTBS von 0,7 % (Perkonig et al., 2000) und für Depressionen eine Punktprävalenz von 5 % (Ravens-Sieberer et al., 2007). Repräsentative Daten aus großen Gesundheitsstudien wie für die deutsche Bevölkerung liegen für Geflüchtete nicht vor, weshalb Metaanalysen die verlässlichsten Angaben bieten und die Angaben auch breitere Bereiche umfassen.

Dieser hohen Prävalenz von psychischen Erkrankungen steht jedoch keine ausreichende Versorgung gegenüber. Eine zufällige Befragung von Schutzsuchenden in Gemeinschafts-

1 Prävalenz bezeichnet eine Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit. Man unterscheidet zwei Arten von Prävalenzen: die Zahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz – ein gewählter Stichtag) oder *innerhalb* eines bestimmten Zeitraums (1-Monats-Prävalenz, Lebenszeitprävalenz – also etwa während des letzten Monats oder im Verlauf des bisherigen Lebens einer Person). Bei der Prävalenz wird die Gesamtzahl aller Erkrankten zu dem Untersuchungszeitraum berücksichtigt, unabhängig davon, wann sie erkrankt sind.

unterkünften (in Halle) mit Fragebögen, in der psychische Erkrankungen erhoben wurden, wurde mit den Daten der Sozialbehörde über stattgefundene Behandlungen verglichen. Während 54 % der Befragten Depressionssymptome, 41 % Angstsymptome und 18 % Symptome einer PTBS aufwiesen, zeigten die Sozialamtsdaten, dass lediglich 2,6 % aller Schutzsuchenden eine Depression, 1,4 % eine Angststörung und 2,9 % eine PTBS diagnostiziert wurde. Das bedeutet, dass weniger als ein Zehntel der Schutzsuchenden mit Symptomen eine Diagnose erhielten. Zusätzlich zu der geringen Diagnostik wurde lediglich 1 % der diagnostizierten Personen psychotherapeutisch behandelt. Unter den diagnostizierten Personen erhielten 45 % keine Behandlung und 38 % wurden lediglich medikamentös behandelt, was bei allen drei Diagnosen nicht den Leitlinien zur Behandlung entspricht (Führer et al., 2020).

Die schlechte Versorgung hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen. Zum einen ist die medizinische Behandlung von Schutzsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG) in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt und Psychotherapien werden häufig nicht bezahlt (Baron & Flory, 2019). Durch die Einführung der Gesundheitskarte<sup>2</sup> in einigen Bundesländern wurde der Zugang zu medizinischer Versorgung zwar erleichtert, der Umfang der Leistungen bleibt der Konzeption nach jedoch eingeschränkt. Zum anderen gibt es große Hürden im Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung, vor allem in Bezug auf Sprache (Johansson, 2016). So stellt auch eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Schröder et al., 2018) große Hürden im Zugang zu Behandlung fest (für mehr Informationen siehe Infokasten).

### AOK-Studie zur Gesundheitssituation von Geflüchteten in Deutschland

Etwas über 2.000 volljährige Geflüchtete aus den Hauptherkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan, die bis zu zwei Jahre in Deutschland lebten, wurden in 260 Aufnahmeeinrichtungen in ganz Deutschland mithilfe eines Selbstauskunftsfragebogens (im Zeitraum Mai 2017 – März 2018) befragt. Etwa drei Viertel der Befragten hatten mindestens eine Form von Gewalt erlebt, ein großer Teil mehrere traumatische Ereignisse. Bei den Befragten, die von traumatischen Erfahrungen berichteten, traten doppelt so häufig (psychische und physische) Beschwerden auf wie bei Befragten ohne traumatische Erfahrungen. Mehr als zwei Fünftel der Befragten hatte ein positives Ergebnis bei einem Screening für depressive Erkrankungen. Patient\*innen mit einer Gesundheitskarte äußerten eine höhere Zufriedenheit mit ihrer Behandlung als solche, die einen Behandlungsschein beim Sozialamt beantragen mussten. Über die Hälfte gaben Schwierigkeiten an, sich beim Arzt oder der Ärztin verständlich zu machen und Gesundheitsinformationen in ihrer Sprache zu erhalten. Fast jede\*r sechste Geflüchtete, die\*der in den letzten sechs Monaten eine\*n Ärzt\*in aufsuchen wollte, berichtete dort nicht behandelt worden zu sein. Die Autor\*innen der Studie fordern: „ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem würde – neben einem sicheren Aufenthaltsstatus, einer passenden Unterkunft, sinngebender Beschäftigung und Freizeitangeboten – voraussichtlich dabei helfen, die gesundheitlichen Stressoren besser zu bewältigen und vorhandene Ressourcen zu aktivieren. [...] Geflüchtete sollten ab dem ersten Tag einen umfassenden Anspruch auf medizinische Versorgung haben, wie er auch gesetzlich Krankenversicherten zusteht.“ (Schröder et al., 2018)

2 Für mehr Informationen siehe das Informationsportal der Medibüros unter <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/> (zuletzt besucht 06.05.20).

Eine rechtzeitige angemessene Behandlung kann eine Verschlechterung und Chronifizierung von Erkrankungen verhindern. Ein nicht frühzeitig erkannter Behandlungsbedarf kann hingegen zu Beeinträchtigungen im Asyl- und Aufnahmeverfahren führen. So kann beispielsweise das Vorliegen einer Traumafolgestörung dazu führen, dass Schutzsuchende in der Anhörung nicht detailliert und chronologisch von ihren Erfahrungen berichten können, was zu einer Ablehnung des Asylantrags führen kann. Außerdem wird durch eine frühzeitige psychotherapeutische Versorgung die Grundlage für eine nachhaltige Integration geschaffen. Kon-

zentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen, die als unspezifische Symptome mit den meisten psychischen Erkrankungen einhergehen, stellen beispielsweise häufige Schwierigkeiten in Deutschkursen dar, die die Grundlage zum Erwerb von Sprachkenntnissen und darauffolgende berufliche Integration darstellen. Durch eine schwere psychische Erkrankung eines Familienmitglieds wird der gesamte Familienverbund (inklusive der Kinder) belastet, insbesondere, wenn diese (wie in der Regel in Geflüchteten-Unterkünften der Fall) auf engstem Raum zusammen leben.

## 1.2. Gastbeitrag: Zu ethischen Aspekten von Screening bei Geflüchteten

**von Markus Stingl und Bernd Hanewald  
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Gießen, Universitätsklinikum Gießen)**

Menschenrechte gelten universell und sind nicht selektiv auf einzelne Gruppen anwendbar. Fundamentaler Teil der Menschenrechte und eines Lebens in Würde ist das Anspruchsrecht auf den Zugang zu einer guten, umfassenden Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall, um individuell den „höchsten erreichbaren Stand an körperlicher und geistiger Gesundheit zu erreichen“ (United Nations High Commissioner for Refugees, 2008).

Dieser universal-normative und juristische Anspruch steht allerdings im Widerspruch zur mitunter lebensbedrohlichen Realität, dass geflüchteten Menschen der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem erschwert oder gar verwehrt wird, obwohl Geflüchtete und Asylsuchende eine sehr vulnerable Gruppe mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Krankheiten sind (Gäbel et al., 2006; Maier et al., 2010)

Trotz der klaren Aufforderung zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit ist bislang of-

fen, ob und auf welche Art und Weise diese obligate Beurteilung zu erfolgen hat. Aktuell wird kein Verfahren systematisch angewandt, mit dem psychische Beeinträchtigungen und Traumafolgestörungen erkannt und erfasst werden könnten.

Beurteilt man diesen Zustand aus ethischer Perspektive, so ist zweifelsfrei festzustellen, dass hier gültige Normen nicht berücksichtigt oder missachtet werden – weshalb dieser Zustand als rechtswidrig und unmoralisch zu bewerten ist.

Ein Lösungsansatz könnte ein gestuftes Verfahren mit einem möglichst frühen Einsatz von Screening-Verfahren für psychische Beeinträchtigungen in einem ersten Schritt und (im Falle eines positiven Screening-Ergebnisses) ein sich anschließender zweiter Schritt mit spezifischer Diagnostik bedeuten. Einige Studien konnten bereits zeigen, dass hierfür valide Screening-Instrumente vorliegen und sich deren Anwendung als praktikabel und ökonomisch erwiesen haben (Hanewald et al., 2020; Kaltenbach et al., 2017; Stingl et al., 2017). Dies gilt bedingt auch für die weiterführende Diagnostik – valide Verfahren zur Erfassung

psychischer Erkrankungen auf der Grundlage der gültigen Klassifikationssysteme können eingesetzt werden, wenngleich diese oft sehr zeitaufwändig sind und von geschultem medizinischem/therapeutischen Personal angewandt werden müssen.

Indes zeichnet sich auch hier eine vielversprechende Entwicklung mit dem Ziel ab, mit Hilfe technischer Unterstützung eine valide Diagnostik unter Umgehung vorhandener Sprachbarrieren durchführen zu können<sup>3</sup>. Allerdings sind auch bei dem skizzierten Lösungsansatz ethische Aspekte in die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung unbedingt mit einzubeziehen. Wie bei jeder Intervention muss auch hier das Grundrecht auf „Leben und der körperlichen Unversehrtheit“ (Art. 2 Abs. 2 GG) mit bedacht und eine Nutzen-Schadensabwägung durchgeführt werden.

Da auch lange nach Beendigung der traumatischen Situation innere wie äußere Ursachen oder Bedingungen, die dem traumatischen Ereignis gleichen oder ähnlich sind (= Trigger), ein teilweises, volles oder gesteigertes Symptombild der ursprünglichen traumatischen Reaktion hervorrufen können (= Retraumatisierung; s. Schock et al., 2010), birgt auch der Einsatz von Screening-Verfahren die Gefahr einer zusätzlichen (potenziell vermeidbaren) psychischen Belastung bis hin zu einer Retraumatisierung in sich. Im Vorfeld ist deshalb genau zu bestimmen, ob die angedachten Mittel dem übergeordneten Zwecke, nämlich der Gewährleistung oder Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit, dienlich sind. Unnötiger Leidensdruck oder Retraumatisierungen sind unbedingt zu verhindern – sei es durch die Auswahl geeigneter Instrumente (z. B. verzichten manche Verfahren gänzlich darauf, die Auslöser für die Beschwerden / Traumatisierungen zu erfragen und bleiben ganz auf der aktuellen Symptomebene) oder durch begleitende Maßnahmen wie unmittelbare Ansprechpersonen im Falle einer resultierenden Belastung oder Stabilisierungsangebote.

Der Einsatz von Screening-Verfahren scheidet aus ethischen Gründen aus, wenn dieser bloß Selbstzweck ist. Die Frage, wie mit positiven Screening-Ergebnissen umzugehen ist und ob sich hieraus bspw. medizinische oder juristische Implikationen ergeben, muss im Vorfeld bereits verantwortungsvoll bedacht und geklärt werden. Wie im gestuften Verfahren zuvor beschrieben, muss einem positiven

Screening-Befund eine ausführlichere Diagnostik folgen. Da Screening immer nur eine grobe Einschätzung für das mögliche Vorliegen einer Erkrankung darstellt, dient die Diagnostik der Sicherung und weiteren Abklärung eines möglicherweise pathologischen Befundes. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass im Fall einer festgestellten psychischen Erkrankung die Betroffenen eine angemessene Behandlung oder weiterführende Hilfsangebote erhalten können. Letzteres erscheint vor dem Hintergrund des hohen Bedarfs und der tatsächlich vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten als große Herausforderung. Dabei sollte der\*die Betroffene in die Durchführung eines Screenings eingewilligt haben, da ein Wissen um eine mögliche psychische Erkrankung seine Lebensplanung und Lebensführung negativ beeinflussen könnte, bspw. durch (selbst-)stigmatisierende subjektive Krankheitskonzepte bei Vorliegen einer psychischen Störung. Den Betroffenen sollte somit ein Recht auf Nichtwissen eingeräumt werden, vor allem, wenn keine praktische – medizinische oder juristische – Relevanz aus der Anwendung eines Screening-Verfahrens folgt.

In der Praxis wird Geflüchteten aktuell die medizinische Behandlung oft nicht primär aufgrund medizinischer Indikation, sondern in Abhängigkeit vom Versicherungs- bzw. Aufenthaltsstatus nach vorheriger Zustimmung durch Behördenmitarbeiter und somit medizinischen Laien gewährt oder eben auch abgelehnt – ein Zustand, der im regulären Gesundheitssystem unvorstellbar ist. Valide Screening-Ergebnisse, die im Bedarfsfall durch weiterführende Diagnostik ergänzt werden, könnten hier dazu beitragen, das Bewusstsein für die Notwendigkeit und die tatsächliche Gewährung angemessener Behandlung zu verbessern.

Im Aufnahmeverfahren ist der systematische Einsatz von Screening-Verfahren für psychische Beeinträchtigungen von Geflüchteten mit – bei positivem Screening – nachfolgend weiterführender Diagnostik aus ethischen Gründen geboten, da dies eine Konsequenz sowohl der universellen Menschenrechte als auch der EU-Aufnahmerichtlinie ist. Dieser muss von dem ethischen Grundsatz „primum nihil nocere“ geleitet sein, das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen respektieren und gleichzeitig der Fürsorgepflicht genügen.

3 RELATER-Verbundprojekt: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/relater-verbesserung-der-kommunikation-bei-der-psihiatrischen-versorgung-von-gefluechteten-8807.php>

## 1.3. Rechtliche Voraussetzungen

### Europäische Vorgaben

Die europäischen Staaten arbeiten bereits seit 1999 an einem gemeinsamen europäischen Asylsystem (GEAS), das eine Vergleichbarkeit unter den Mitgliedsstaaten schaffen und Rechtssicherheit für Schutzsuchende gewährleisten soll. Dazu wurde in Richtlinien und Verordnungen festgelegt, welche Rechte die Mitgliedstaaten Schutzsuchenden gewähren müssen. In der EU-Aufnahmerichtlinie wird definiert, welche Mindestanforderungen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei der Aufnahme und Unterbringung von Schutzsuchenden einzuhalten haben. Dabei wird unter anderem auf die Rechte sogenannter besonders Schutzbedürftiger (im Original „vulnerable persons“) eingegangen. Diese umfassen beispielsweise, aber nicht abschließend, (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie zum Beispiel Betroffene von weiblicher Genitalverstümmelung (Art. 21 AufnahmeRL). LGBTIQ\*<sup>4</sup> Geflüchtete werden in dieser (nicht abschließenden) Aufzählung nicht explizit benannt, werden aber nach Auffassung sowohl der Bundesregierung als auch NGOs und Interessenvertretungen als eine besonders vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedarfen verstanden (Träbert & Dörr, 2019). Es gibt keine Publikationen, die sich mit der Identifizierung von Bedarfen vulnerabler Gruppen im Allgemeinen auseinandersetzen, verschiedene Veröffentlichungen beschäftigen sich stattdessen mit einer (oder mehreren) spezifischen Personengruppe(n).<sup>5</sup> Dies hängt auch damit zusammen, dass sich häufig Interessensvertretungen mit der Personengruppe beschäftigen, deren besondere Bedarfe sie aufgrund ihrer Expertise und praktischen Erfahrung am besten einschätzen können. Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und UNICEF angestoßene Initiative zum Gewaltschutz in Unterkünften für Geflüchtete vereint die Expertise verschiedener Akteur\*innen in dem Bereich und differenziert für unterschiedliche Personengruppen

Mindeststandards aus (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018). Diese beziehen sich jedoch auf Gewaltschutz und nicht auf eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit.

Es wird davon ausgegangen, dass diese besonders vulnerablen Personen Unterstützung benötigen um ihr Asylverfahren, das teilweise hohe Anforderungen an Schutzsuchende stellt, unter fairen Bedingungen durchlaufen zu können (Art. 24 VerfahrensRL). Diese „besonderen Verfahrensgarantien“ beinhalten beispielsweise, dass bei Opfern von schwerer Gewalt keine beschleunigten Verfahren durchgeführt werden dürfen (Art. 24 Abs. 3 Satz 2 VerfahrensRL).

Außerdem sollen sie davor geschützt werden im Aufnahmeland erneut von Gewalt betroffen zu sein und ihren besonderen Bedarfen muss Rechnung getragen werden. Daher wurde festgelegt, dass Mitgliedsstaaten diese besondere Schutzbedürftigkeit feststellen und sicherstellen müssen, dass identifizierte Schutzsuchende Unterstützung abhängig von ihren besonderen Bedarfen erhalten (Art. 22 AufnahmeRL). Nach Art. 19 der AufnahmeRL müssen die Mitgliedstaaten außerdem dafür Sorge tragen, dass alle Schutzsuchenden die erforderliche medizinische und psychologische Versorgung erhalten.

Artikel 25 AufnahmeRL bezieht sich auf Überlebende von Folter und Gewalt. Es muss sichergestellt werden, dass Folterüberlebende Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung erhalten. Außerdem wird betont, dass „das Betreuungspersonal für Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden“ muss. Staaten haben sich im Rahmen verschiedener internationaler Abkommen dazu verpflichtet gegen Folter als massive Menschenrechtsverletzung vorzugehen und Rehabilitation für Folterüberlebende sicherzustellen (UN-Antifolterkonvention). Daraus folgt eine staatliche Verpflichtung zur Erkennung von Folterüberlebenden und die Dokumentation der an ihnen begangenen Verbrechen und deren Konsequenzen. Nicht

4 LGBTIQ\* steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Trans\*, Inter\* und Queer.

5 Siehe z. B. zu LGBTIQ\* Geflüchteten Dörr & Träbert (2019) und Träbert & Dörr (2019); zu geflüchteten Kindern Deutsches Kinderhilfswerk (2018); zu Betroffenen von Menschenhandel KOK e. V. (2017).

jede von Folter betroffene Person entwickelt eine diagnostizierbare psychische Erkrankung, auch wenn die Prävalenz psychischer Erkrankungen von Folterüberlebenden sehr hoch ist. So treten je nach Studiendesign bei 7–36 % aller Folterüberlebenden depressive Erkrankungen, bei 20 % dissoziative Störungen und bei 20–63 % eine PTBS auf (Brandmaier & Kruse, 2017). Die spezifischen Folgen von Foltererfahrungen sind jedoch unabhängig davon, ob eine psychische Erkrankung vorliegt oder nicht, zu berücksichtigen. So kann für Folterüberlebende die Interviewsituation eine potentiell retraumatisierende Situation darstellen. Auch die große Bedeutung von somatischen Beschwerden als Folterfolgen ist spezifisch für Folterüberlebende und muss bei einer Behandlung berücksichtigt werden. Obwohl Foltererfahrungen und psychische Erkrankungen häufig miteinander einhergehen, müssen beide als Vulnerabilität individuell berücksichtigt werden, da auch unterschiedliche Bedarfe damit einhergehen.

#### Rechtliche Umsetzung in Deutschland

Die Aufnahme- und Verfahrensrichtlinien wurden 2013 verabschiedet und hätten bis Juli 2015 in deutsches Recht umgesetzt werden müssen. Ein Referentenentwurf des Bundesinnenministeriums vom 01.10.2015 zur Umsetzung der europäischen Richtlinien in Bezug auf Asyl wurde jedoch wieder zurückgezogen. Dieser schlug vor, einen Paragraphen ins Asylgesetz einzufügen, der sich mit „schutzbedürftige[n] Personen mit besonderen Bedürfnissen“ beschäftigt (§ 54a). Darin wurde aufgezählt, dass bei der Unterbringung die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen berücksichtigt werden muss. Die obersten Landesbehörden werden als zuständig für die Feststellung einer besonderen Schutzbedürftigkeit und der damit zusammenhängenden besonderen Bedürfnisse „innerhalb einer angemessenen Frist“ benannt. Weiter heißt es, dass diesen besonderen Bedürfnissen „wäh-

rend der gesamten Dauer des Asylverfahrens Rechnung getragen werden“ muss, auch wenn die besonderen Bedürfnisse erst zu einem späteren Zeitpunkt deutlich werden und dass alle Schutzsuchenden wissen müssen, an wen sie sich zur Mitteilung einer besonderen Schutzbedürftigkeit wenden können (Absatz 3). Das Ergebnis einer Prüfung der besonderen Bedürfnisse muss laut dem Entwurf von der Landesbehörde an das BAMF mitgeteilt werden, wenn besondere Verfahrensgarantien benötigt werden (§ 8 1a) und an die Stelle, die für Unterbringung und (medizinische) Versorgung zuständig ist in Bezug auf diese besonderen Bedürfnisse (§ 8 1b). Da der Entwurf jedoch wieder zurückgezogen wurde, gab es keine direkte Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht.

Zuletzt wurde mit dem sogenannten Geordnete Rückkehr-Gesetz § 44 Absatz 2a AsylG eingeführt. Dieser besagt, dass die Länder geeignete Maßnahmen treffen sollen, um bei der Unterbringung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen den Schutz von Frauen und schutzbedürftigen Personen zu gewährleisten. Dies gilt auch in Bezug auf Gemeinschaftsunterkünfte (§ 53 Abs. 3 AsylG). Damit werden die Verpflichtungen gemäß der Aufnahmerichtlinie in Bezug auf die Unterbringung klargestellt, ohne jedoch die erforderlichen Maßnahmen weiter zu konkretisieren.

Die Europäische Kommission leitete (unter anderem) gegen Deutschland Vertragsverletzungsverfahren wegen fehlender Umsetzung der Aufnahme- und Verfahrensrichtlinie ein. Diese wurden jedoch im Oktober 2019 mit der Begründung eingestellt, dass die rechtlichen Vorgaben mittlerweile in nationales Recht umgesetzt worden seien. Ob dies jedoch wirklich der Fall ist und was ein effektives Feststellungsverfahren im Sinne der Aufnahmerichtlinie beinhalten würde, soll im Folgenden untersucht werden. Für einen Überblick über die zeitlichen Entwicklungen siehe Abbildung 1.

	<b>Europäische Ebene</b>	<b>Bundesweite Ebene</b>	<b>Ebene der Bundesländer</b>
1993			Beginn Bremer Modell (siehe 3.5. a)
..			
2003	Verabschiedung EU- Aufnahme-richtlinie		
..			
2005	Verabschiedung EU- Verfahrens-richtlinie		
..			
2008			Gründung Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Geflüchtete (siehe 3.3. a)
..			
2009			
..			
2010			Pilotprojekte zur Identifizierung besonderer Schutzbedarfe in Bayern (siehe 3.6. a)
..			
2011			
..			
2012			Beginn Friedländer Modell in Niedersachsen (siehe 3.3. c)
..			

Abb. 1: Meilensteine der rechtlichen Entwicklung und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Rechten besonders Schutzbedürftiger.

Neufassung EU-Aufnahme- & Verfahrensrichtlinie		
		Gründung einer Trauma-Koordinierungsstelle zur Vermittlung ins Regelsystem in Rheinland-Pfalz (siehe 3.4. c)
Ablauf der Umsetzungsfristen für EU-Aufnahme- & Verfahrensrichtlinie	Referentenentwurf zur Umsetzung der EU-Richtlinien in deutsches Recht (zurückgezogen)	Psychiatrisch-therapeutische Sprechstunden in allen Unterkünten in Hamburg (siehe 3.4. b)
		Zentralisierung & Abbau der therapeutischen Angebote in den Unterkünten in Hamburg (s. 3.4.b) Durchführung des Step-by-Step Projekts in Hessen (s. 3.5. b)
	Pilotprojekt zur flächendeckenden Verfahrensberatung in Erstaufnahmeeinrichtungen durch das BAMF	Veröffentlichung Konzept zur Identifizierung und Schutz besonders Schutzbedürftiger in Erstaufnahmeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz (s. 3.4. c) Eröffnung von vier PSZ in Hessen (siehe 3.5. b) Pilotprojekt zur Identifizierung besonderer Schutzbedarfe in Nordrhein-Westfalen (siehe 3.5. c)
	Beginn der Verfahrensberatung in Erstaufnahmeeinrichtungen durch das BAMF Eröffnung AnKER Zentren	Veröffentlichung des Leitfadens zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit für Sozialarbeitende im Ankunftszentrum in Berlin (siehe 3.3.a)
Einstellung des Vertragsverletzungsverfahrens gegen Deutschland durch Europäische Kommission	Geordnete-Rückkehr- Gesetz	Veröffentlichung des Konzepts zur Feststellung und Berücksichtigung besonderer Schutzbedürftigkeit in Brandenburg (siehe 3.3.b)
		Arbeitsbeginn Traumakoordinierungsstelle Hamburg (siehe 3.4. b)

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

## 1.4. Konsequenzen aus den rechtlichen Vorgaben

Ein effektives Feststellungsverfahren muss bewirken, dass eine besondere Schutzbedürftigkeit möglichst früh bei möglichst allen betroffenen Personen erkannt wird. Nach der Identifizierung muss dann den festgestellten besonderen Bedarfen der Schutzsuchenden Rechnung getragen werden.

Was diese besonderen Bedarfe sind, wird in den Richtlinien nicht vollständig ausdifferenziert. Dies kann zum einen eine angemessene **Unterbringung** bedeuten, d. h. beispielsweise eine Unterbringung in Frauenschutzräumen oder in einem Einzelzimmer bei stark ausgeprägten Angstsymptomen. Außerdem muss die notwendige **medizinische und psychotherapeutische Versorgung** sichergestellt werden, damit eine Chronifizierung der Traumatisierung oder psychischen Erkrankung vermieden wird. Hier hat die Bundesregierung klargestellt, dass auch in den ersten 18 Monaten der eingeschränkten medizinischen Versorgung<sup>6</sup> Schutzsuchende unter anderem einen Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung haben, wenn sie zur Gruppe der besonders Schutzbedürftigen gehören. Das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG<sup>7</sup> für die von der Aufnahme richtlinie erfassten Fallgruppen sei aufgrund europarechtskonformer Auslegung seit Ablauf der Umsetzungsfrist auf null reduziert (Deutscher Bundestag, 2016). Die Behörde hat also kein Ermessen mehr psychotherapeutische Behandlungen mit Verweis auf die eingeschränkte Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abzulehnen, wenn es sich um besonders schutzbedürftige Geflüchtete handelt.

Um eine effektive Behandlung sicherzustellen, muss außerdem bei der **Verteilung** aus den Erstaufnahmeeinrichtungen in Gemeinschaftsunterkünften der Kommunen berücksichtigt werden, dass bei einem Bedarf an therapeutischer Versorgung therapeutische Angebote erreichbar sind.

In Bezug auf das Asylverfahren gibt es das Recht auf bestimmte Verfahrensgarantien. Im Rahmen der **Anhörung** gibt es zum einen die Möglichkeit bei geschlechtsspezifischer

Verfolgung eine weibliche Anhörerin und Dolmetscherin zu beantragen. Außerdem gibt es **Sonderbeauftragte** des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF), die speziell dafür geschult sind, Anhörungen mit traumatisierten Menschen durchzuführen.<sup>8</sup> Dies soll zum einen eine Retraumatisierung im Rahmen der Anhörung verhindern. Zum anderen gehen beispielsweise mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) Erinnerungsstörungen einher, die es Menschen erschweren chronologisch und detailliert von den erlebten traumatischen Erfahrungen zu berichten. Diese Kriterien werden jedoch in der Regel angelegt, um zu entscheiden, ob ein Vortrag als glaubwürdig einzuschätzen ist. Sonderbeauftragte sollten mit der Symptomatik einer PTBS vertraut sein und dieses Wissen in die Glaubwürdigkeitsprüfung miteinbeziehen. Ähnliche Schwierigkeiten treten beispielsweise bei psychotischen Schutzsuchenden auf, deren Schilderungen häufig schwer nachvollziehbar wirken, was jedoch nicht bedeutet, dass sie bewusst täuschen oder keine Fluchtgründe vorzubringen hätten. In bestimmten Fällen ist es auch möglich die Anhörung zu verschieben, bis eine ausreichende Stabilität vorhanden ist. Dafür muss das BAMF jedoch von diesen besonderen Bedarfen erfahren. Außerdem muss es die Möglichkeit geben, **Stellungnahmen** bzw. Gutachten bezüglich einer psychischen Erkrankung in Fällen, in denen die Erkrankung aufenthaltsrechtlich relevant ist, in das Verfahren einzubringen.

Trotz dieser Vorgaben besteht jedoch bislang kein bundesweites Konzept zur Identifizierung von psychischen Erkrankungen oder Gewalterfahrungen von Geflüchteten. Erschwert wird die Situation durch die verschiedenen Behörden, die am Asylverfahren und der Aufnahme der Schutzsuchenden beteiligt sind. Das BAMF ist als Bundesbehörde zuständig, den Asylantrag zu prüfen und zu entscheiden und führt dazu die Anhörung durch. Die Unterbringung und Versorgung von Schutzsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen ist hingegen Verantwortung der Bundesländer. Dabei sollen diese den Schutz von Frauen und schutzbedürftigen Personen gewährleisten (§ 44 Abs. 2a AsylG).

6 In den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland werden Schutzsuchende nach § 4 AsylbLG lediglich bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen und nicht chronischen Erkrankungen behandelt.

7 „Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.“ (§ 6 AsylbLG)

8 Von diesen Sonderbeauftragten (SB) gibt es laut Angabe des BAMF deutschlandweit für unbegleitete Minderjährige ca. 401 SB, für geschlechtsspezifisch Verfolgte ca. 217 SB, für Opfer von Menschenhandel ca. 153 SB, sowie für Folteropfer und traumatisierte Personen ca. 225 SB (Stand 15.02.19 (Deutscher Bundestag, 2019a)).

Nach unterschiedlichen Wartezeiten<sup>9</sup> werden Schutzsuchende aus der Erstaufnahmeeinrichtung in sogenannte Gemeinschaftsunterkünfte verteilt, damit geht in den Flächenstaaten<sup>10</sup> die Verantwortung für Unterbringung und Versorgung auf die Kommunen über, wobei auch hier der Schutz schutzbedürftiger Personen gewährleistet werden soll (§ 53 Abs. 3 AsylG). Auf Ebene der Bundesländer gestaltet sich die Ent-

wicklung von Konzepten für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit uneinheitlich. Es werden seit vielen Jahren in mehreren Regionen Modelle entwickelt, um die Beurteilung fachgerecht durchzuführen und den besonderen Bedürfnissen von Schutzsuchenden gerecht zu werden. Diese unterschiedlichen Modelle werden *in Kapitel 3 „Stand der Umsetzung in Deutschland“ auf Seite 21* dargestellt.

## 1.5. Begriffsklärung

Wenn über Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit gesprochen wird, werden unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, die häufig nicht klar voneinander abgegrenzt werden. Im Folgenden sollen einige wichtige Begriffe definiert und deren Vor- und Nachteile diskutiert werden.

### Clearing

Der Begriff Clearing kommt aus den Wirtschaftswissenschaften und wird für Verrechnungsverfahren verwendet. Im Bezug auf Menschen wird der Begriff hauptsächlich in der Kinder- und Jugendhilfe und Familienberatung verwendet. Er beschreibt eine Beratung, in der eine Analyse einer Multiproblemsituation vorgenommen wird und Vorschläge zur Lösung gemeinsam erarbeitet werden. Dabei wird meist ein systemischer Ansatz angewandt, also das Umfeld der zu beratenden Person mit einbezogen. Für unbegleitete minderjährige Geflüchtete ist der Begriff Clearingverfahren in Deutschland geläufig. „Der Begriff Clearing ist kein Rechtsbegriff und wird uneinheitlich gebraucht. In der Praxis meint Clearingverfahren grundsätzlich die Perspektivklärung im Rahmen der Inobhutnahme, also u. a. die Klärung des Hilfebedarfs, des Gesundheitszustands, der rechtlichen Vertretung sowie der Unterbringung.“ (Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF), o. J.)

Auch in einigen PSZ finden Clearinggespräche statt, in denen die Bedarfe der hilfesuchenden Person ermittelt werden und mögliche Angebote innerhalb oder außerhalb des PSZ abgewogen werden. Der Begriff beschreibt also eine Problemlösung mit einem Fokus auf der Bedarfsermittlung. Ein ausführliches Clearing-Gespräch zur Bedarfsermittlung aller Schutzsuchenden ist jedoch sehr zeitaufwen-

dig. Dies sollte eher in einem zweiten Schritt nach einer bereits erfolgten Identifizierung stattfinden.

### Screening

Ein Screening ist eine kurze Befragung/Untersuchung einer großen Anzahl Personen ohne Symptome oder Auffälligkeiten zum Vorhandensein eines Zustands. Ein Screening wird häufig unter Risikogruppen durchgeführt, um Betroffene früh identifizieren und behandeln/unterstützen zu können (beispielsweise Screening für bestimmte Krebserkrankungen ab einem gewissen Alter) (Weltgesundheitsorganisation, 2020). Eine frühe Behandlung von Erkrankungen wiederum kann zu besseren gesundheitlichen Verläufen für die untersuchten Personen führen (Raffles et al., 2019). In Bezug auf besonders schutzbedürftige Geflüchtete geht es darum, dass alle Schutzsuchenden mit einem besonderen Hilfebedarf „herausgefiltert“ werden. Dazu müssen alle Schutzsuchenden das Angebot eines Screenings erhalten, die Teilnahme daran muss jedoch selbstverständlich freiwillig sein. Screening hat den Vorteil, dass eine frühe Erkennung von psychischen Belastungen dazu führen kann, dass besondere Bedarfe früh erfüllt werden können. Es birgt aber auch Gefahren, wie Stigmatisierung und Retraumatisierung und muss daher mit einem konkreten Ziel eingesetzt werden (Stingl, 2014). Der Nachteil eines Screenings für alle Schutzsuchenden auch ohne jegliche Auffälligkeiten ist außerdem eine Pathologisierung geflüchteter Menschen. Screening ist nicht mit einer ausführlichen Diagnostik oder Bedarfsermittlung gleichzusetzen, die durch psychologische Verfahren eine Diagnosestellung nach internationalen Kriterien ermöglicht (Brewin, 2005), sondern soll ein schnelles, effizientes Verfahren darstellen. Für ein Screening einer

9 In der Regel (hierbei gelten Ausnahmen für bestimmte Personengruppen und in einigen Bundesländern) maximal 18 Monate, bzw. für Kinder und ihre Eltern maximal sechs Monate (§ 47 AsylG).

10 In Stadtstaaten fällt die kommunale Ebene weg.

besonderen Schutzbedürftigkeit bzw. psychischer Erkrankungen können Fragebögen eingesetzt werden. Diese bringen den Vorteil mit sich, dass sie eine gewisse Vergleichbarkeit unabhängig von der befragenden Person gewährleisten. Es existieren verschiedene Screeningfragebögen für diesen Zweck (*siehe „Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögen“ auf Seite 80*), die in unterschiedlichen Zielgruppen evaluiert wurden.

### Früherkennung

Der Begriff Früherkennung stammt wie der Begriff Screening ursprünglich aus dem medizinischen Bereich. „Durch Früherkennungsuntersuchungen sollen eine Krankheit oder ihre Vorstufen entdeckt werden, bevor sie Beschwerden auslösen.“ (Bundesgesundheitsministerium, 2016) Eine Krankheit soll also im frühen Stadium entdeckt werden, wenn erste Symptome auftreten, um ihre Entwicklung zu stoppen. Dies bezieht eine geringere Anzahl an Personen mit ein, weshalb dieser Ansatz weniger Ressourcen in Anspruch nimmt als ein breites Screening (Weltgesundheitsorganisation, 2020). Ein weiterer Vorteil ist, dass nicht alle Schutzsuchenden als potentiell traumatisiert dargestellt werden, sondern nur beim Vorliegen von Beschwerden oder Auffälligkeiten reagiert wird. Der Nachteil ist ein erhöhtes Risiko, dass Personen, die sich nicht aktiv Hilfe suchen und sich unauffällig verhalten, aber trotzdem besondere Bedarfe haben, durch das Netz fallen.

Sowohl bei Screening als auch bei Früherkennung liegt der Fokus darauf eine Erkrankung in einem frühen Stadium zu erkennen. Das Ziel einer frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zielt jedoch darauf ab, besondere **Bedarfe** früh im Verfahren zu erkennen. Außerdem beziehen die Begriffe Screening und Früherkennung aufgrund ihrer medizinischen Assoziation andere besonders schutzbedürftige Gruppen nicht mit ein, deren besonderer Schutzbedarf nicht aufgrund einer Erkrankung entsteht.

### Hinweisaufnahme

Eine Alternative zu einem Screening oder Früherkennung ist die Schaffung einer Stelle mit Ansprechpartner\*innen, die Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit aufnehmen, die an sie herangetragen werden. Mit dem Be-

griff Hinweisaufnahme wird betont, dass eine Identifizierung als besonders schutzbedürftig in jedem Fall freiwillig sein muss. Den betreffenden Personen stehen dadurch besondere Rechte zu, die sie wahrnehmen können, wenn sie dies wünschen. Eine Pathologisierung der Betroffenen wird vermieden. Eine besondere Schutzbedürftigkeit bedeutet nicht unbedingt eine Krankheit, sondern das Vorliegen besonderer Bedarfe. Außerdem wird klar, dass der Prozess der Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit nicht an einen einzelnen Termin geknüpft ist, sondern während des gesamten Asylverfahrens stattfinden muss. Der Nachteil ist, dass nur Personen identifiziert werden, die sich selbstständig an die Hinweisaufnahmestelle wenden. Scham, Unwissen über psychische Erkrankungen bzw. das Konzept der besonderen Schutzbedürftigkeit und die damit einhergehenden Rechte etc. können Menschen daran hindern, sich Hilfe zu suchen, die sie über einen aktiveren Prozess möglicherweise erreicht hätte. Aufgrund dieser vielfältigen Hürden, ist die Schaffung einer Stelle, die offiziell Hinweise besonderer Schutzbedürftigkeit (mit-)aufnimmt, nicht ausreichend. Damit diese Schutzsuchende erreicht, muss ein Konzept bestehen wie Schutzsuchende über ihre Rechte aufgeklärt werden und von der hinweisaufnehmenden Stelle erfahren.

### Vor- und Nachteile der bestehenden Begriffe

Alle oben genannten Begriffe bringen Vor- und Nachteile mit sich. Diese beziehen sich auf den Aufwand des Verfahrens, auf die Gefahr einer Pathologisierung und auf den Fokus auf einen einmaligen Termin anstelle einer Prozessorientierung.

Der Vorteil von Clearing, Screening und Früherkennung ist, dass alle bzw. ein großer Teil der Schutzsuchenden erreicht werden. Clearing bezeichnet eine Bedarfsermittlung unter Einbezug des Umfelds für alle Geflüchteten. Auch Screening richtet sich an alle Schutzsuchenden, während Früherkennung erst bei Anzeichen auf psychische Belastungen ansetzt. Daher ist ein umfassendes Clearing am aufwändigsten, weshalb durch ein Screening bereits eine Art Vorauswahl getroffen werden kann. Früherkennung ist mit weniger Aufwand verbunden und eine reine Hinweisaufnahme stellt am wenigsten Aufwand dar. Dabei geht jedoch die Gefahr einher, dass viele Personen keine Hilfe erhalten, obwohl sie diese eigentlich benötigten.

Der Vorteil des Begriffs Hinweisaufnahme ist, dass damit ein Prozess bezeichnet wird anstelle eines einmaligen Termins (wie bei Screening oder Clearing).

Die Schwierigkeit mit den Begriffen Screening und Früherkennung ist deren Ursprung aus dem medizinischen Bereich. Dieser schließt andere besonders schutzbedürftige Gruppen (z. B. aufgrund von Alter, Gender, sexueller Orientierung) aus. Es geht jedoch nicht darum erkrankte Personen zu identifizieren, sondern darum möglichst früh im Verfahren **Bedarfe** zu identifizieren.

#### Die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG

Häufig weisen die Länder auf die Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG hin, in der psychische Erkrankungen identifiziert werden könnten. Das Asylgesetz legt fest, dass

*„Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, verpflichtet [sind], eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.*

*(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen. Wird bei der Untersuchung der Verdacht oder das Vorliegen einer meldepflichtigen Krankheit [...] festgestellt, ist das Ergebnis der Untersuchung auch dem Bundesamt mitzuteilen.“*

Diese Untersuchung dient also nicht hauptsächlich der Gesundheit des Individuums, sondern dem Infektionsschutz, der Fokus liegt auf der Feststellung infektiöser Erkrankungen (wie z. B. Tuberkulose) (Robert Koch Institut, 2015). Dabei wäre es möglich diese Gesundheitsuntersuchung ausführlicher zu gestalten und dort freiwillige Screening-Prozesse einzubauen. Der Ausbau der Gesundheitsuntersuchung über den Infektionsschutz hinaus hat bisher jedoch lediglich in Bremen und sehr eingeschränkt in Rheinland-Pfalz stattgefunden. Ein reiner Verweis auf das Stattfinden der Gesundheitsuntersuchung reicht also nicht aus, um die Anforderungen der EU-Aufnahmerichtlinie zu erfüllen. Es hat sich auch gezeigt, dass Schutzsuchende häufig nicht über den Zweck der Untersuchung informiert werden und ihnen Ergebnisse/Befunde nicht mitgeteilt werden (Lechner & Huber, 2017). Häufig steht auch keine Sprachmittlung zur Verfügung, was die Kommunikation zwischen Untersuchten und Ärzt\*innen schwierig macht. Auch nach Aussage der Bundesregierung kann die **verpflichtende** Gesundheitsuntersuchung nach § 62 AsylG nicht auch der Feststellung besonderer Bedarfe und möglicher Behinderungen dienen. „Die Regelung in § 62 des Asylgesetzes dient dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und verfolgt damit einen gänzlich anderen Zweck“ (Deutscher Bundestag, 2017). Eine umfassende Gesundheitsuntersuchung, die auch eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit beinhalten sollte, müsste im Gegensatz zu der Gesundheitsuntersuchung wie sie in den meisten Bundesländern stattfindet, freiwillig sein, mithilfe von Sprachmittlung erfolgen und mehr Zeit zur Verfügung haben.

## 1.6. Pro und Contra: Sollte es ein Verfahren zur frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten geben?

Die Diskussion des Themas Identifizierung wird auch innerhalb der BAfF kontrovers geführt. Um diese Kontroverse abzubilden, wurden Expert\*innen innerhalb der BAfF zum Für

und Wider eines Verfahrens zur frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit befragt und stellten in Kurzform die jeweilige Position dar:

### Pro – Identifizierung vulnerabler Gruppen

EU-Richtlinien fordern aus guten Gründen die Erfassung und Berücksichtigung von Vulnerabilität im Aufnahme- und Asylverfahren. Manche Vulnerabilitäten wie offensichtliche Erkrankungen, Behinderungen und hohes Lebensalter können relativ leicht erkannt und bei behördlichen Maßnahmen und Entscheidungen berücksichtigt werden, sofern dies gewollt ist.

Anders sieht es bei Bedarfen aus, die aus Gewalterlebnissen und psychischen Belastungen resultieren: Um diese früh- bzw. rechtzeitig zu erfassen, braucht es gezielte Maßnahmen. Sprachbarrieren, Tabus, Fremdheit, Scham und Ängste lassen gerade psychisch stark belastete Geflüchtete zögern, Komm-Strukturen psychosozialer, therapeutisch-medizinischer Angebote eigeninitiativ aufzusuchen. Bei Geflüchteten legen behördliche Entscheidungen ihre Situation in zentralen Lebensbereichen massiv fest wobei die Nichtbeachtung der Bedarfe aufgrund von Vulnerabilität zu zusätzlichem Leid beiträgt. Daher darf es nicht dem Zufall überlassen bleiben, ob und inwieweit Belastungen und Bedarfe rechtzeitig festgestellt werden. Nicht zuletzt im Asylverfahren hat es existentielle Folgen, wenn nicht erkannt wird, dass aufgrund psychischer Belastungen Fluchtgründe nicht vollständig und konsistent dargelegt werden können, und sie deswegen bei der Entscheidungsfindung unberücksichtigt bleiben.

Es braucht daher notwendig ein Screening, in dem trauma- und kultursensibel fundiert geschultes Personal systematisch alle Geflüchteten in den Blick nimmt, auf sie zugeht und durch freundliche Ansprache ein Interesse an ihrem Befinden vermittelt. Wichtig ist dabei die Einhaltung von Standards wie: strukturierte Nachfragen, ohne Zwang, ohne Antwortpflicht, mit dem Angebot zu vertieften Gesprächen, mit qualifizierter Sprachmittlung, in einem Vertraulichkeit gewährleistenden Rahmen. Das Screening sollte aus den oben skizzierten Gründen notwendigerweise vor der Anhörung, spätestens vor der Entscheidung im Asylverfahren stattfinden.

Dabei bedeutet Screening sicher nicht, dass alle psychisch Belasteten erkannt werden. Auch ersetzt es nicht die Notwendigkeit, dass alle, die mit Geflüchteten arbeiten, über trauma- und kulturspezifisches Wissen verfügen und Hinweise auf psychische Belastungen als solche erkennen und ggf. zur weiteren Abklärung in geeignete Strukturen vermitteln. Zudem erfordert das Erkennen möglicher Belastungen zwingend Strukturen einer fundierten Diagnostik und bei Bedarf der psychosozialen, therapeutischen und medizinischen Versorgung.

Wenn Menschen, die schwere Gewalt erlebt haben, die psychisches Leid quält, angemessen aufgenommen und versorgt werden sollen, ist eine Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen, einschließlich eines strukturell verankerten Screenings, alternativlos.

**Barbara Eßer, Mitglied im Vorstand der BAfF,  
PSZ Düsseldorf.**

## **Contra – Ein besonderes Identifizierungsverfahren für traumatisierte Flüchtlinge ist nicht notwendig**

Das Grundgesetz impliziert nicht das Recht auf Gesundheit, wohl aber das Recht jedes Menschen in der Bundesrepublik präventiv und kurativ entsprechend der nationalen Standards versorgt zu werden.

Die EU-Aufnahmerichtlinie, genauso wie die Asylverfahrensrichtlinie fordern, dass vulnerable Flüchtlinge mit ihren potentiellen Beratungs- und Behandlungsbedarfen rechtzeitig erkannt und versorgt werden. Dem ist Rechnung zu tragen.

Unser Versorgungssystem basiert auf dem Prinzip der Angebotsorientierung bei gleichzeitiger individueller Verantwortung bzgl. der Nachfrage von Leistungen.

In der Tendenz verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen gibt es nur für Säuglinge und Kleinkinder, außerdem sind im Krisenfall auch Bevölkerungsscreenings bei der drohenden Ausbreitung von Infektionskrankheiten möglich. Alle anderen Vorsorgeangebote sind freiwillig, die betreffenden Risikogruppen erhalten umfassende Informationen und Einladungen, entscheiden dann aber über die Teilnahme selbst.

Für die Gruppe potentiell beratungs- und behandlungsbedürftiger Flüchtlinge muss die vorhandene Versorgungsstruktur durch Fort- und Weiterbildung sensibilisiert werden, außerdem muss endlich die Sprachvermittlung in allen Bereichen frei verfügbar und kostenlos sein.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Erstanhörung durch das BAMF und seine Außenstellen nur in eingeschränktem Umfang vulnerable Flüchtlinge erkannt werden.

Deshalb ist es besonders wichtig, in den Erstunterkünften auf freiwilliger Basis allgemeinmedizinische Sprechstunden einzurichten, in denen das spezifisch fortgebildete medizinische Personal u. a. auch auf die seelischen Belange der Ratsuchenden eingeht. Die Länder könnten dem Beispiel Bremens folgen und den § 62 Asylverfahrensgesetz entsprechend interpretieren.

Im Übrigen bedarf es natürlich der Fort- und Weiterbildung aller Professionellen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, damit rechtzeitig allen Hinweisen für eine notwendige Diagnostik, sowie weiteren Beratungs- und Behandlungsbedarfen nachgegangen werden kann. Bei entsprechender Indikation mag es auch sinnvoll sein, spezifische diagnostische Questionnaires einzusetzen.

Spezielle Screeningverfahren über Fragebögen oder andere systematische Zugänge kämen einer in der Bundesrepublik unüblichen Sonderregelung gleich, sind möglicherweise wenig reliabel und valide, bergen darüber die Gefahr des Labelings.

**Prof. Heinz-Jochen Zenker, Vorstandsvorsitzender der BAfF.**

## 2. Methodik

Da es keine Evaluation des Bundes oder der Länder zum Stand der Umsetzung der Aufnahme richtlinie gibt, wurde zur Erhebung der Situation auf Anfragen von Verbänden, parlamentarische Anfragen und Praxisdialoge mit Expert\*innen zurückgegriffen.

### Praxisdialoge

Da in den meisten Bundesländern keine Publikationen zu dem Thema veröffentlicht wurden, wurden zur Ergänzung der behördlichen Darstellungen Praxiserfahrungen von Expert\*innen miteinbezogen. Es wurde eine bundesweite Abfrage bei Flüchtlingsräten und Psychosozialen Zentren für Geflüchtete zum Stand der Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit in dem jeweiligen Bundesland getätigt. Anhand einiger Leitfragen wurden Anfragen per Email verschickt, die von den entsprechenden Expert\*innen entweder direkt beantwortet wurden oder es wurden darauf aufbauende leitfadengestützte Praxisdialoge geführt. Diese Interviews wurden ausgewertet und anonymisiert in die Beantwortung der Fragen mit einbezogen. Auf Berufsbezeichnungen wurde verzichtet, um Anonymität zu gewährleisten. Die Rekrutierung weiterer Expert\*innen erfolgte im Schneeballsystem. Einige Interviewpartner\*innen verwiesen an weitere in dem Bereich tätige Personen. Insgesamt fanden 25 Interviews statt. Dieses Vorgehen erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität oder ein allumfassendes Bild. Diese Publikation ist jedoch die bisher einzige umfassende Analyse zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit.

### Recherche von Anfragen in den Landesparlamenten und dem Deutschen Bundestag

Eine Recherche der Datenbanken des Deutschen Bundestags und aller deutschen Landtage zu großen und kleinen Anfragen zu dem Thema der letzten beiden Legislaturperioden wurde durchgeführt (bis einschließlich Januar 2020). Als Schlagwörter wurden „Flüchtling\*“, „(besondere) Schutzbedürftigkeit“, „psych\*“ und „med\*“ verwendet. Die Anfragen wurden in Hinblick auf die Fragestellungen dieser Forschung ausgewertet.

### Abfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)

Der Fachausschuss Migration der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) hat im Mai 2018 eine Anfrage an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und die zuständigen Landesministerien gestellt. Darin geht es um die Umsetzung der EU-Aufnahme richtlinie und die Wahrung der Rechte besonders schutzbedürftiger psychisch erkrankter und behinderter geflüchteter Menschen. Die Antwort von 14 Ministerien und des BAMF sind auf der Homepage der DGSP veröffentlicht (DGSP, 2018) und wurden unter den für diese Studie relevanten Gesichtspunkten ausgewertet. Im September 2018 stellte die DGSP eine erneute Anfrage, in der sie sich vor allem auf die Zusammenarbeit zwischen BAMF und den Aufnahmeeinrichtungen zur Gewährleistung der rechtlich vorgeschriebenen Verfahrensgarantien bezieht (DGSP, 2018). Auch die Antworten darauf wurden in die Auswertung mit einbezogen.

In den verschiedenen Bundesländern wurden unterschiedliche Modelle entwickelt, um den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Schutzsuchender im Sinne der europarechtlichen Vorgaben zu entsprechen. Dabei zeigt sich eine große Diversität, wobei sich einige Ansätze ähneln. Für eine bessere Übersichtlichkeit wurden Kategorien gebildet, in die sich verschiedene Bundesländer einordnen lassen. Diese Zuordnung stellt eine Vereinfachung dar, dabei kommt es selbstverständlich zu Überschneidungen der einzelnen Kategorisierungen.

## 3. Stand der Umsetzung in Deutschland

Der Aufbau eines Verfahrens zur flächendeckenden Identifizierung besonderer Vulnerabilität aufgrund von Gewalterfahrungen oder psychischer Erkrankung birgt verschiedene Komplikationen. Es bedarf dafür ausreichend Zeit, eine vertrauensvolle, geschützte Atmosphäre und eine Qualifizierung der identifizierenden Fachkräfte. Hinweise auf Traumatisierungen ergeben sich oft nicht (nur) explizit aus Erzählungen. Sie müssen ebenso aus Verhaltensbeobachtungen und Gesprächen durch geschultes Personal erschlossen werden. So werden Symptome häufig aus Scham nicht berichtet oder weil sie für den Betroffenen mittlerweile zur Normalität geworden sind.

Viele psychische Erkrankungen gehen mit sozialem Rückzug einher, sodass es für Mitarbeitende der Unterkünfte schwierig ist in Kontakt mit betroffenen Menschen zu treten und deren Leid wahrzunehmen. Außerdem muss die Freiwilligkeit von Behandlung und der Datenschutz beachtet werden (zu weiteren ethischen Gesichtspunkten von Screening siehe „1.2. Gastbeitrag: Zu ethischen Aspekten von Screening bei Geflüchteten“ auf Seite 8 von Stingl & Hanewald). Für die Umsetzung europäischer Vorgaben ist die Bundesregierung zuständig, die jedoch in diesem Fall die Verantwortung bei den Bundesländern sieht.

### 3.1. Rolle der Bundesregierung bzw. des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge

**„Das BAMF achtet in jedem Stadium des Asylverfahrens auf etwaige Vulnerabilitäten der Schutzsuchenden und trifft die jeweils erforderlichen Maßnahmen zu deren Berücksichtigung. Ein förmliches Feststellungsverfahren ist in Bezug auf das Asylverfahren nicht etabliert. Im Rahmen der allgemeinen und individuellen Asylverfahrensberatung (AVB), die derzeit in den AnKER-Einrichtungen pilotiert wird, ist die Identifizierung von Personen mit besonderen Bedarfen eine der Aufgaben.“**

**(Deutscher Bundestag, 2019a)**

Wie bereits beschrieben werden auch in der Verfahrensrichtlinie Rechte besonders Schutzbedürftiger festgelegt, die sich auf die Durchführung des Asylverfahrens beziehen. Es muss sichergestellt werden, dass Personen mit besonderen Bedürfnissen in der Lage sind, das Verfahren unter fairen Bedingungen zu durchlaufen. Die Bundesregierung verweist in der Zuständigkeit zur Durchführung eines Identifizierungsverfahrens wiederholt auf die Bundesländer (z. B. (Deutscher Bundestag, 2019c, 2018, 2017) und bezieht sich dabei auf § 8 Abs. 1b AsylG (Deutscher Bundestag, 2019a), in dem es heißt „die oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann dem Bundesamt personenbezogene Daten über körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen eines Ausländers

übermitteln, deren Kenntnis für das Bundesamt zur ordnungsgemäßen Durchführung der Anhörung erforderlich ist“. Diese Bestimmung birgt jedoch zwei Probleme. Zum einen ist es eine Kann-Bestimmung, das heißt, dass die Landesbehörde zwar die Möglichkeit hat Informationen bezüglich Beeinträchtigungen von Schutzsuchenden weiterzuleiten, dazu jedoch nicht verpflichtet ist. Zum anderen muss die Landesbehörde zunächst von besonderen Bedarfen oder Einschränkungen erfahren, um dieses Wissen an das BAMF weitergeben zu können.

Gleichzeitig beschreibt die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage im Bundestag, dass das BAMF bereits seit 2015 ein „Konzept zur Identifizierung schutzbedürftiger Personen im Asylverfahren implementiert“. Dabei sollen besondere Bedürfnisse während des Asylverfahrens durch Mitarbeitende des BAMF erkannt werden, indem Asylanträge von vulnerablen Gruppen entweder durch Sonderbeauftragte behandelt werden oder diese zumindest in die Fallbearbeitung einbezogen werden (Deutscher Bundestag, 2019b).

Offen bleibt dabei die Frage, wer vorab entscheidet, ob ein\*e Asylantragssteller\*in zu einer besonders vulnerablen Gruppe gehört. Außerdem konnte gezeigt werden, dass diese Sonderbeauftragten nicht ausreichend qualifiziert sind, besondere Schutzbedürftigkeit in Form von psychischen Erkrankungen zu erkennen. In einer Studie trafen spezifisch

für die Durchführung des Screening-Interviews geschulte Sonderbeauftragte des BAMF diagnostische Einschätzungen in Bezug auf Schutzsuchende. Dabei nutzen sie einen Screening-Fragebogen<sup>11</sup>, den sie als Interview durchführten. Diese Einschätzungen wurden mit Ergebnissen von Psycholog\*innen nach einem diagnostischen<sup>12</sup> und soziodemografischen Interview verglichen. Die Untersuchung ergab, dass die persönlichen Einschätzungen der Einzelentscheider\*innen der PTBS-Prävalenz unter den von ihnen untersuchten Asylsuchenden bei 0 bis max. 10 % lagen, obwohl die von ihnen genutzten Fragebögen eine Prävalenz von 60 % ergaben. Die Nachuntersuchungen von Psycholog\*innen ergaben hingegen eine Prävalenz von 40 %, was auch Studien (Bozorgmehr et al., 2016; Steel et al., 2009) entspricht. Die Übereinstimmung der Urteile von Entscheider\*innen und Psycholog\*innen entsprach lediglich dem Zufall. Die Sonderbeauftragten sind also nicht in der Lage schutzbedürftige Personen verlässlich zu erkennen (Gäbel et al., 2006). Dies war trotz vorheriger Schulung der Fall und obwohl Forschung zeigt, dass Screening-Fragebögen auch verlässlich von geschulten Laien durchgeführt werden können (Brewin, 2005). Die Entscheider\*innen haben jedoch eine andere Aufgabe und sind daher aufgrund ihrer Position und der Situation der Anhörung nicht dazu geeignet nach psychischen Erkrankungen zu fragen. Es ist sowohl für die Entscheider\*innen, als auch insbesondere für Schutzsuchende eine (zu) große Herausforderung von der Rolle einer befragenden und entscheidenden in die einer empathischen, nicht-wertend zuhörenden Person zu wechseln, die für ein Besprechen von psychischen Belastungen notwendig ist. Die Rolle der\*s Behördenmitarbeitenden erschwert den Aufbau eines ausreichenden Vertrauens. Die Studie ist zwar bereits einige Jahre alt, seitdem wurde jedoch keine weitere Forschung mehr dazu betrieben, außerdem sind die genannten Faktoren unabhängig von der Zeit, da sie strukturell bedingt sind.

In der Antwort des BAMF auf die Anfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP, 2018) wird darauf hingewiesen, dass Entscheider\*innen im Rahmen der allgemeinen Ausbildung für den Umgang mit vulnerablen Personen sensibilisiert werden, auch finde eine interkulturelle Sensibilisierung statt. Außerdem wird auf die bereits diskutierten Sonderbeauftragten Bezug genommen. Im Koalitionsvertrag ist eine unabhängige flächendeckende Asylverfahrensberatung mit

spezieller Rechtsberatung für besonders vulnerable Personengruppen verankert, welche ab 2019 realisiert werden soll. Dabei wird auf ein Pilotprojekt zur Verfahrensberatung verwiesen.

Anfang März bis Ende Mai 2017 fand in Ankunftscentren in drei Bundesländern ein Pilotprojekt einer von Wohlfahrtsverbänden angebotenen, freiwilligen, unabhängigen und unentgeltlichen Asylverfahrensberatung für alle neu ankommenden Schutzsuchenden statt. Das Projekt wurde vom BAMF und dem UNHCR gemeinsam evaluiert. Die Evaluation wurde „aufgrund nicht auszuräumender fachlicher Mängel“ (Deutscher Bundestag, 2020) nicht veröffentlicht, aber im Internet zugänglich. Es wurde festgestellt, dass ein großer Informationsmangel unter den Schutzsuchenden besteht, der nicht durch das schriftliche Beratungsmaterial des BAMF abgedeckt wird. Es zeigte sich, dass die Verfahrensberatung nicht nur die Qualität des Asylverfahrens verbessert, sondern auch die Möglichkeit einer frühzeitigen Identifizierung besonderer Schutzbedarfe beinhaltet. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden bei 33 % aller beratenen Personen besondere Bedarfe angegeben, davon 29 % in der Kategorie Folteropfer/Personen mit psychischen Erkrankungen. Die Berater\*innen gaben jedoch an, dass ihnen für die Identifizierung nicht offensichtlicher besonderer Bedarfe und insbesondere bei psychischen Problemen die nötigen Qualifikationen fehlten. In Fällen, in denen die besondere Schutzbedürftigkeit den Beratenden verfahrensrelevant erschien, wurde diese Information mit Zustimmung der Betroffenen an das BAMF weitergegeben. Es gab jedoch in den meisten Fällen keine Rückmeldung von Seiten des BAMF, ob die besonderen Bedarfe berücksichtigt wurden. Eine Auswertung von Einzelfallakten zeigte, dass lediglich 30 % dieser Informationen über besondere Bedarfe vermerkt wurden (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017).

Bisher wurde noch keine flächendeckende Asylverfahrensberatung umgesetzt. Nach Auffassung der Bundesregierung wurden die rechtlichen Voraussetzungen dafür durch das Geordnete-Rückkehr-Gesetz von August 2019 geschaffen, in Rahmen dessen der § 12a ins AsylG eingefügt wurde (Deutscher Bundestag, 2019d). Dort ist von einer „freiwillige[n], unabhängige[n] staatliche[n] Asylverfahrensberatung“ die Rede. Seit August 2018 findet eine solche Asylverfahrensberatung in deutsch-

11 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS, Foa, 1995; deutsche Version: Ehlers et al., 1995).

12 Das Munich-Composite International Diagnostic Interview (DIA-X/M-CIDI, Wittchen et al., 1996).

landweit 21 Standorten statt (Stand Mai 2020, Deutscher Bundestag, 2020). Das Modell umfasst eine 2-stufige Verfahrensberatung, bestehend aus einer allgemeinen Asylverfahrensinformation (Stufe 1) mit Gruppengesprächen für alle Schutzsuchenden vor Antragstellung und, darauf aufbauend, einer individuellen Asylverfahrensberatung (Stufe 2) in Einzelgesprächen für Schutzsuchende während des Behördenverfahrens (Deutscher Bundestag, 2019b). Nach Aussage der Bundesregierung wurden die Standards aus dem Pilotprojekt in die Verfahrensberatung integriert (Deutscher Bundestag, 2020). Obwohl § 12a AsylG besagt, dass „auf der zweiten Stufe [...] alle Asylsuchenden in Einzelgesprächen eine individuelle Asylverfahrensberatung [erhalten], die durch das Bundesamt oder durch Wohlfahrtsverbände durchgeführt wird“, werden diese Beratungen im Gegensatz zu dem oben beschriebenen Pilotprojekt ausschließlich von Mitarbeitenden des BAMF durchgeführt. Diese Entscheidung\*innen werden für höchstens sechs bis zwölf Monate für die Beratungstätigkeit abgeordnet (Deutscher Bundestag, 2020). Die individuelle Beratung suchen Schutzsuchende

selbstständig auf, eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit und darauf aufbauendes Angebot einer individuellen Beratung findet nicht statt. Es gibt keine Beratung zu individuellen Fluchtgründen oder Rechtsberatung (Bayerischer Flüchtlingsrat, 2019). Auch stellt eine Beratung durch die Behörde keine unabhängige Beratung dar, denn „eine auch institutionell-organisatorische Unabhängigkeit ist zentrale Voraussetzung für Akzeptanz und Glaubwürdigkeit einer solchen Beratung“ und führt zu einer Verbesserung der Verfahrens- und Entscheidungsqualität (Berlit, 2019). Wohlfahrtsverbände befürchten, dass durch eine Ausweitung des staatlichen Beratungsangebots die unabhängige Verfahrensberatung aus den Einrichtungen verdrängt wird. Diese Befürchtung wird dadurch gestützt, dass in der Haushaltsplanung 2019 lediglich Geld für Asylverfahrensberatung durch das BAMF, jedoch nicht durch Wohlfahrtsverbände, eingeplant ist (Krauß, 2019). Auch eine Förderung durch EU-Fonds ist aufgrund der gesetzlichen Regelungen nicht mehr möglich (Deutscher Bundestag, 2020).

### 3.2. Verfahren auf Ebene der Bundesländer

Da die Bundesregierung kein einheitliches Verfahren vorgibt, sondern die Verantwortung für die Identifizierung besonderer Schutzbedarfe bei den Bundesländern sieht, wird im Folgenden die Situation in den verschiedenen deutschen Bundesländern betrachtet. In Berlin, Brandenburg und Niedersachsen bestehen strukturierte Verfahren mit klaren Zuständigkeiten zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger. Fünf Bundesländer (Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt) verweisen auf

psychiatrisch/psychologische Sprechstunden vor Ort. Drei Bundesländer (Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen) setzen auf einen Ausbau der Versorgungsstrukturen anstelle einer systematischen Identifizierung. In insgesamt fünf Ländern (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen) gibt es keinerlei Ansätze zur Erkennung besonderer Schutzbedürftigkeit. Für einen Überblick über die verschiedenen Bundesländer siehe Abbildung 2.

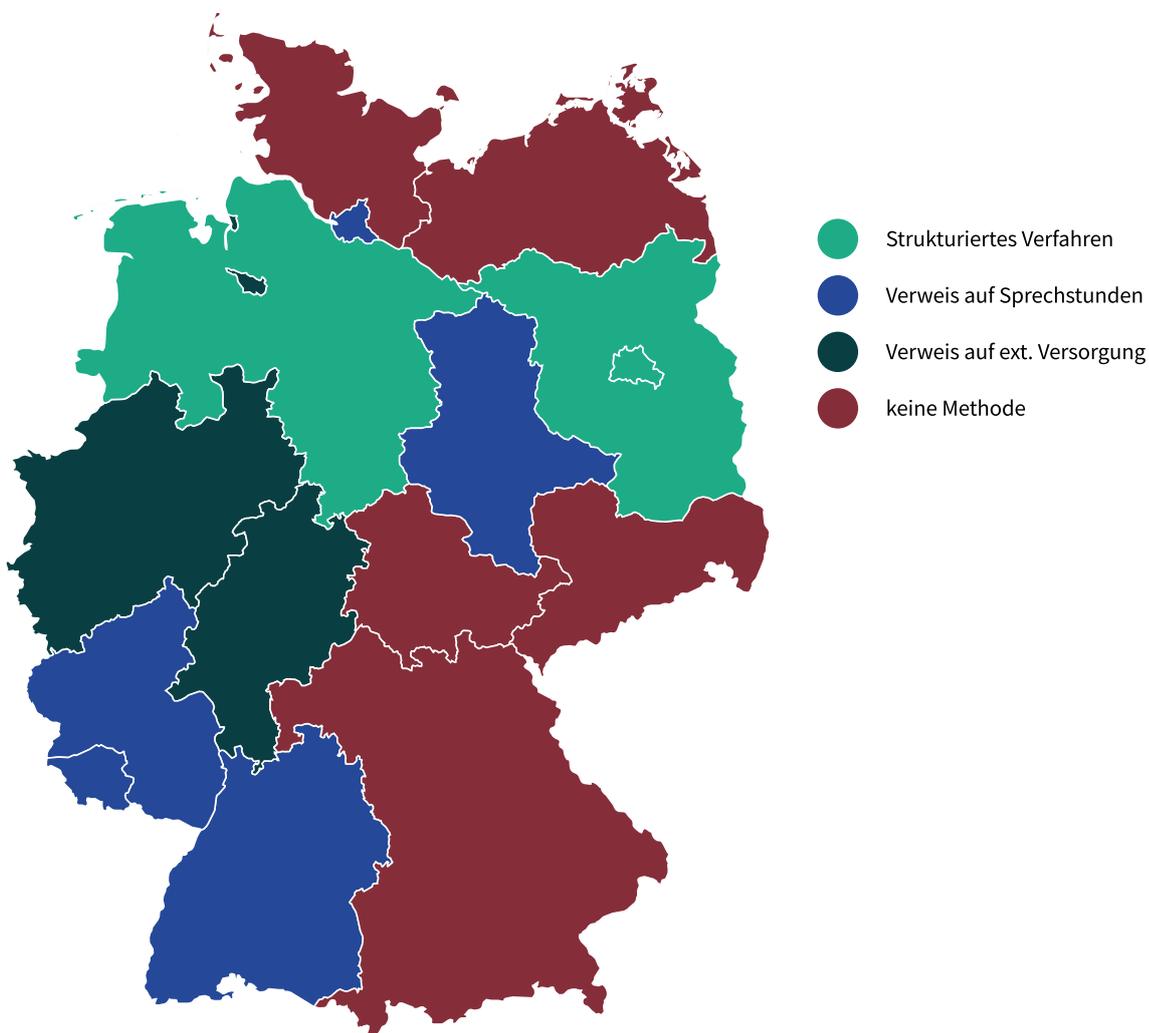


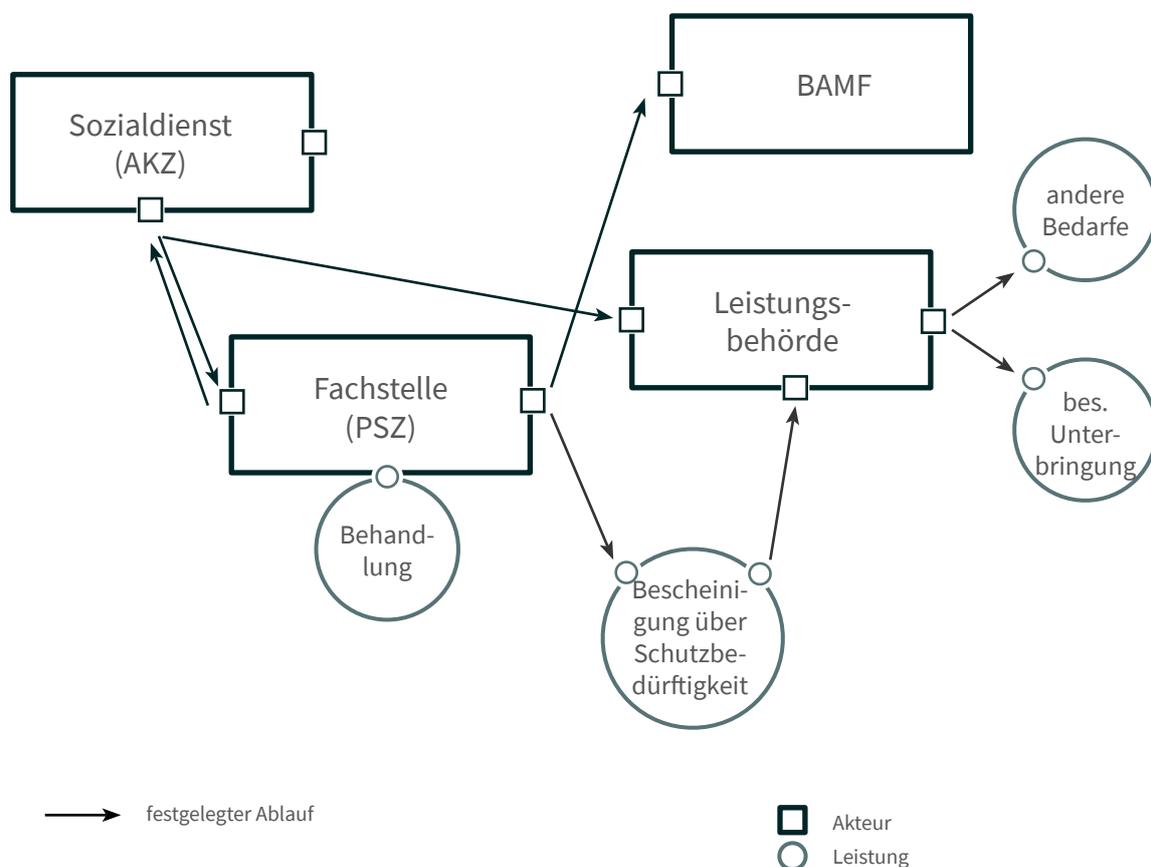
Abb. 2: Übersicht deutsche Bundesländer Konzept zur systematischen Identifizierung besonders Schutzbedürftiger.

### 3.3. Strukturiertes Verfahren mit klaren Zuständigkeiten

In drei Bundesländern gibt es (in den Details unterschiedliche) strukturierte Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Das bedeutet, dass durch eine Stelle ein Screening stattfindet, auf dessen Basis Personen dann an eine weitere Stelle für eine Diagnostik weitervermittelt werden. Diese Diagnostik-Stelle stellt Bedarfe fest und vermittelt möglicherweise in Behandlung, bescheinigt die Notwendigkeit einer besonderen

Unterbringung o. ä. Ein weiteres Merkmal dieser Verfahren ist ein formalisierter Austausch zwischen allen Beteiligten in Form von beispielsweise sogenannten „Runden Tischen“. (Für mehr Informationen zu Vor- und Nachteilen solcher Runder Tische, siehe Beitrag „*Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen*“ auf Seite 65).

#### a. Berlin (Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge)



Im Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS) haben sich unter dem Vorsitz der Integrationsbeauftragten Berlins 2008 sieben Fachstellen zusammengeschlossen, die Beratung für besonders schutzbedürftige Personengruppen (z. B. LGBTIQ\* Geflüchtete, umF, alleinstehende Frauen etc.) anbieten. Bei Hinweisen auf mögliche besondere Bedürfnisse sollen die staatlichen wie nichtstaatlichen Erstanlaufstellen an die entsprechend zuständige Fachstelle des Berliner Netzwerks weitervermitteln. In den Fachstellen für traumatisierte bzw. psychisch erkrankte Geflüchtete findet eine weiterführende

Diagnostik statt, die besondere Schutzbedürftigkeit im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie wird bescheinigt und der jeweilige individuelle (soziale und psychotherapeutische) Hilfebedarf festgestellt. Laut der Konzeption sollen die Betroffenen dann in geeignete Versorgungsangebote innerhalb der Fachstelle oder an andere Stellen weitergeleitet werden. Die Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit und den individuellen besonderen Bedarf dient der Unterstützung bei entsprechenden Anträgen (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2018).

Abb. 3: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Berlin.

Bereits der Betreiber der Erstaufnahmeeinrichtung hat die Aufgabe offensichtliche Schutzbedürftigkeit (z. B. körperliche Behinderungen) zu identifizieren und an das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) zu melden. Der Sozialdienst im Ankunftszentrum soll Informationsmaterial aushändigen und bei Bedarf Termine bei den entsprechenden Fachstellen vereinbaren (Abgeordnetenhaus Berlin, 2015). Das LAF und die Berliner Senatsverwaltung haben dafür einen Leitfaden zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit für Sozialarbeitende im Ankunftszentrum erstellt. Dieser ist sehr ausführlich und gibt Hinweise für eine sensible Möglichkeit eines Interviews zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit und daran anschließenden Handlungsempfehlungen (z. B. Unterbringung in spezieller Unterkunft, Weiterleitung an Fachstelle für weitere Diagnostik, Kontakt zu BAMF wegen Sonderanhörer\*in) (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, 2018). Neben der Zuweisung durch das LAF und Ankunftszentrum können sich Menschen auch selbstständig an die Fachstellen wenden, sie werden über diese Möglichkeit durch Aushänge in den Unterkünften informiert. Es gibt regelmäßige Treffen aller Institutionen, die im BNS teilnehmen, teilweise unter Anwesenheit des LAF. Es soll nun eine zentrale Datenbank für alle teilnehmenden Fachstellen entwickelt werden, in der auch die Identifizierung und Dokumentation von Versorgungslücken möglich sein wird. Außerdem besteht ein Modellprojekt in den von der Arbeiterwohlfahrt betriebenen Unterkünften. In diesen wird in den Eingangsgesprächen mit den Sozialarbeitenden über die Rechte als besonders schutzbedürftige Person aufgeklärt und diese Schutzbedürftigkeit wird zu statistischen Zwecken dokumentiert (IP17). Es bestand eine Kooperation der Behörden mit der Charité, in deren Rahmen sich alle neu ankommenden Schutzsuchenden medizinisch untersuchen lassen konnten. Dabei wurden auch psychische Erkrankungen fachärztlich behandelt. Diese Kooperation wurde zum Ende des Jahres 2019 beendet.

Der **Vorteil** des Berliner Modells, das seit zehn Jahren durch die Senatsverwaltung gefördert wird, ist eine gute Vernetzung zwischen den verschiedenen Fachstellen, die zu einer besseren Unterstützung von Schutzsuchenden führt. Für ein systematisches Screening aller neu Ankommenden fehlen jedoch die Kapazitäten. Abhängig von der Unterkunft und der Personalsituation im Ankunftszentrum findet eine Information über die Rechte als besonders schutzbedürftige Person statt.

Das größte **Problem** ist jedoch, dass kein unmittelbar durchsetzbarer Versorgungsanspruch aus der Identifizierung als besonders schutzbedürftig erwächst. Häufig werden die besonderen Bedarfe (insbesondere bei Verteilung und besonderer Unterbringung) nicht umgesetzt oder müssen in jedem Einzelfall unter hohem Aufwand durchgesetzt werden. Ein Grund dafür ist die Trennung zwischen Sozialdienst (der im Kontakt mit den Geflüchteten steht und besondere Schutzbedürftigkeit identifiziert) und der Leistungsbehörde, in der alle Entscheidungen bezüglich der Gewährung von Leistungen und die Unterbringung von Schutzsuchenden in Berlin getroffen werden. Aufgrund von Personalmangel in der Leistungsbehörde vergibt diese keine kurzfristigen Termine, auch wenn dringende Leistungen benötigt werden. Die Leistungsbehörde nimmt Hinweise vom Sozialdienst zur Verteilung auf, aber auch dies passiert häufig nur bei nachdrücklichen, mehrfachen Hinweisen. Es bestehen besondere Einrichtungen für besonders Schutzbedürftige, jedoch ist es schwer zu beeinflussen wer dorthin verlegt wird. Es fehlt ein systematischer Überblick über alle Unterkünfte (IP9). Beispielsweise hat ein Berliner PSZ, als eine neue Gemeinschaftsunterkunft für besonders Schutzbedürftige eröffnet wurde, in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt eine Liste erarbeitet, wer dorthin verlegt werden sollte. Diese wurde aber bei der Erstbelegung der Unterkunft nicht berücksichtigt, sondern Menschen wurden unabhängig von ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit zufällig dorthin zugewiesen (IP17).

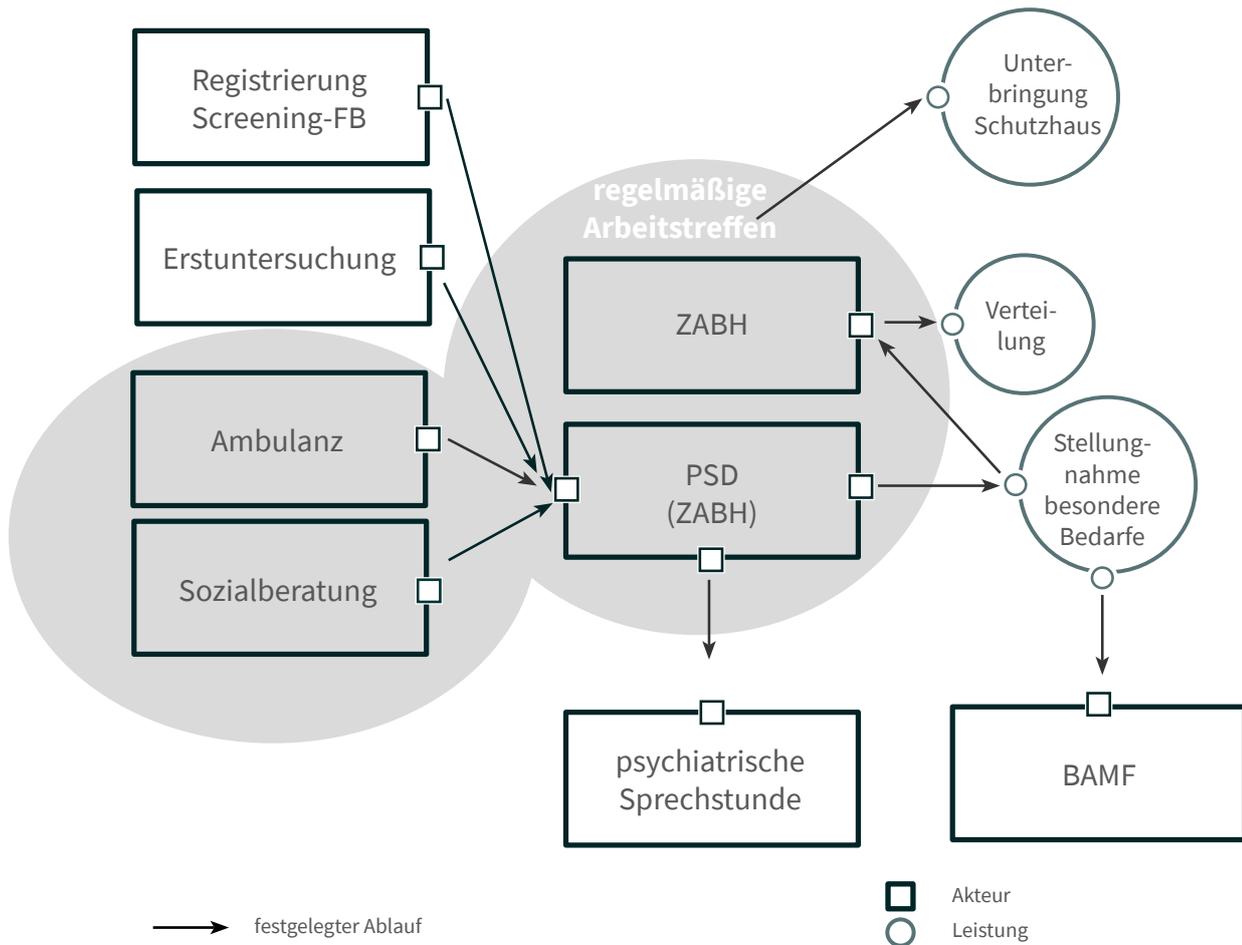
## Vorteile

Gute Vernetzung von qualifizierten Fachstellen
Leitfaden zur Identifizierung bes. Schutzbedürftigkeit für Sozialarbeitende
Bescheinigung über bes. Schutzbedürftigkeit kann zu bes. Unterbringung etc. führen
Theoretisch ausführliche Information über Rechte als besonders schutzbedürftige Person

## Nachteile

Trennung zwischen Sozialdienst und Leistungsbehörde, die Entscheidungen trifft
kein unmittelbar durchsetzbarer Leistungsanspruch entsteht aus Identifizierung bes. Schutzbedürftigkeit
Information abhängig von Unterkunft bzw. Personallage im Sozialdienst des Ankunftsentrums

## b. Brandenburg



Das Ministerium des Inneren und für Kommunales Brandenburg bezieht sich auf ein Konzept zur Feststellung und Berücksichtigung besonderer Schutzbedürftigkeit, das Feststellungsmodalitäten, Verantwortlichkeiten, Informationswege und Handlungsempfehlungen enthält (Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg, o. J.). Dort wird der Ablauf der Identifizierung einer besonderen Schutzbedürftigkeit beschrieben. Bei der Registrierung von Schutzsuchenden in der Erstaufnahme füllen diese einen Fragebogen zu Krankheiten, Behinderungen, Gewalterfahrungen und psychischen Belastungen aus. Dort werden verschiedene körperliche Krankheiten abgefragt (inklusive der Fragen: „Haben Sie eine psychische Erkrankung?“ und „Sind oder waren Sie jemals Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt?“). Erfahrungsgemäß werden diese Fragen abhängig von verschiedenen Faktoren (wie Bildung, kulturellem Hintergrund<sup>13</sup>, individuellen Faktoren etc.) von manchen Men-

schen beantwortet, jedoch von anderen nicht verstanden oder aus Scham nicht beantwortet (IP16). Bei Auffälligkeiten in dem Fragebogen wird der Psychosoziale Dienst (PSD)<sup>14</sup> der Zentralen Ausländerbehörde (ZABH), die die Erstaufnahmeeinrichtung betreibt, eingeschaltet und etwa zwei bis vier Wochen später (IP16) ein zwanzigminütiges Gespräch zur Ermittlung des Hilfebedarfs durchgeführt. Außer durch den Fragebogen sollen Personen während der medizinischen Erstuntersuchung oder wenn sie sich Unterstützung bei der medizinischen Grundversorgung (Ambulanzen auf dem Gelände der EAE Eisenhüttenstadt) suchen, identifiziert werden. Der PSD überweist Menschen bei festgestelltem Bedarf an die wöchentlichen psychiatrischen Sprechstunden in Eisenhüttenstadt. Für Menschen, die in anderen Außenstellen leben, ist damit eine lange Anfahrt verbunden. Auch Hausbetreuer\*innen, die einen guten Einblick in die Lebenssituation der Bewohner\*innen haben, können nach dem Konzept der Ausländerbehörde feststellen, ob jemand Diskriminierungen ausgesetzt ist, sich

Abb. 4: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Brandenburg.

13 So ist beispielsweise die Erfahrung von Folter in Tschetschenien so häufig und wird auch mit vertrauten Personen besprochen, dass es eine vergleichsweise niedrige Hürde ist, dies in einem Fragebogen anzugeben. In anderen Ländern wird hingegen nicht über Foltererfahrungen und insbesondere sexualisierte Gewalt gesprochen, weshalb Menschen auch den Fragebogen anders beantworten (IP16).

14 Dort arbeiten insgesamt drei Psychologinnen, zwei Sozialarbeiterinnen und eine Verwaltungskraft (Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg, o. J.).

isoliert, aggressiv seinen Mitbewohner\*innen gegenüber verhält oder anderweitig auffällig ist. Gleiches gilt nach der Einschätzung der ZABH für das Reinigungs- und Sicherheitspersonal. Die Bewohner\*innen werden außerdem auf die offenen psychologischen Sprechstunden beim PSD hingewiesen. Schwierigkeiten ergeben sich jedoch häufig bei Menschen mit körperlichen Einschränkungen, die keine psychischen Beschwerden vorbringen, da in diesen Fällen kein Gespräch mit dem PSD (als Stelle, die besondere Schutzbedürftigkeit feststellt) und deshalb auch keine schriftliche Bedarfsermittlung stattfindet (IP16).

Die psychologischen Fachkräfte des PSD verfassen schriftliche Stellungnahmen (Anamnese, Diagnosen, Bedarfe) über das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit. Bei Vorliegen einer solchen Stellungnahme kann eine Unterbringung in einem Schutzhaus für besonders schutzbedürftige Bewohner\*innen (215 Plätze) beschlossen werden. Das Schutzkonzept definiert diese als „geistig, körperlich oder psychisch Erkrankte, Personen mit einem erhöhten Ruhebedürfnis, sowie alle anderen, die aus Verfolgungs- und Gewaltschutzgründen gesondert untergebracht werden müssen (z. B. LGBTTIQ, Frauen aus einem gewalttätigen Familienumfeld)“. Im Erdgeschoss befinden sich rollstuhlgerechte Zugänge, speziell für gehbehinderte und schwerkranke Personen. Die erste Etage ist für Familien vorgesehen, die Zweite für alleinreisende Frauen und die Dritte für allein reisende Männer. Das Haus verfügt über einen eigenen Wachschatz sowie eine Küche (Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg, o. J.). Das problematische bei der Unterbringung im Schutzhaus ist, dass psychisch auffällige alleinreisende Männer im gleichen Gebäude wie alleinreisende Frauen untergebracht werden, die zu einem großen Teil von sexualisierter Gewalt betroffen waren (IP16).

Außerdem soll bei der Verteilung auf die Landkreise auf Nähe zu entsprechenden Versorgungsstrukturen geachtet werden (Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg, o. J.), was jedoch nach Erfahrung von Mitarbeitenden vor Ort nicht zuverlässig der Fall ist (IP16). Die Entscheidung über die Unterbringung wird in zweiwöchentlichen Treffen der Sozialberatung, ZABH, medizinischer Ambulanz und PSD entschieden. Die Kriterien sind jedoch für die Schutzsuchenden und Außenstehende nicht nachvollziehbar (IP16). Die Schutzbedürftigkeitsfeststellung werden vom PSD an das BAMF weitergeleitet (DGSP, 2018). Im Jahr 2016 wurden dem BAMF durch den PSD

115 Schutzbedarfsmittelungen übermittelt, also bei weniger als einem Prozent der Schutzsuchenden (Landtag Brandenburg, 2017). Mit Wissen um die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist dies ein Hinweis auf nicht ausreichende Erreichbarkeit der Zielgruppe.

Nach Einschätzung des Flüchtlingsrats Brandenburg stellt das Angebot des PSD keine ausreichende Behandlung besonders Schutzbedürftiger dar. Der PSD steht nach der Darstellung des Flüchtlingsrats für Notfälle zur Verfügung, führt aber weder Therapien durch, noch vermittelt er an niedergelassene Therapeut\*innen. Anträge auf Psychotherapie werden mit Verweis auf den PSD während des Aufenthalts in der Erstaufnahme abgelehnt. Ein weiteres Problem des PSD ist die fehlende Distanz zu den Behörden, die aus der Trägerschaft bei der ZABH entsteht und sich auch darin äußert, dass für die therapeutischen Gespräche Dolmetscher\*innen des BAMF herangezogen werden (Flüchtlingsrat Brandenburg, 2017). Die Ausländerbehörde schreibt dazu „der PSD fungiert als eigene Stabsabteilung und ist der Behördenleitung direkt unterstellt. Damit ist die Unabhängigkeit des PSD gegenüber den operativen Sachgebieten der ZABH gewährleistet“ (Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg, o. J.). Auch wenn dies organisatorisch der Fall ist, besteht die Gefahr, dass diese Trennung von Schutzsuchenden nicht wahrgenommen wird, die nicht über die Behördenstrukturen Bescheid wissen und lediglich die enge Zusammenarbeit vor Ort und Nutzung gemeinsamer Sprachmittler\*innen erleben.

Ein ähnliches Problem besteht für die Verfahrensberatung, die vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) durchgeführt wird. Laut Aussage des Ministeriums liegt „ein Schwerpunkt der Tätigkeit des mit der migrationsspezifischen Sozialberatung in der Erstaufnahmeeinrichtung beauftragten DRK [...] in der Erkennung und Versorgung besonderer Schutzbedürftigkeit“ (Landtag Brandenburg, 2017). Diese Aufgabe wird jedoch durch ein Neutralitätsgebot des DRK erschwert. Dieses verbietet Mitarbeitenden Geflüchtete beim Widerspruch gegen Entscheidungen des BAMF zu unterstützen, was keine unabhängige Beratung darstellt. Dadurch ist es für die Schutzsuchenden schwer das DRK von den Behörden zu trennen und Vertrauen zu den Mitarbeitenden zu haben (Flüchtlingsrat Brandenburg, 2017).

Atteste über verfahrensrelevante psychische Erkrankungen zur Vorlage im Asylverfahren werden weder vom PSD, noch von den Ärzt\*in-

nen in der Ambulanz in der Einrichtung ausgestellt. Dazu müssen (vom Land unabhängige) PSZ in Brandenburg oder Berlin besucht werden. Fachmedizinische Behandlungen werden in der Regel auf die Zeit nach der Verteilung auf die Landkreise verschoben (Förderverein des Brandenburgischen Flüchtlingsrates e. V., 2019). Dies ist insbesondere problematisch, weil häufig Familien mit besonders schutzbedürftigen Kindern sehr lange in der Erstaufnahmeeinrichtung bleiben, da kein ihren besonderen Bedürfnissen angemessener Platz für sie gefunden wird. Während dieser Zeit leiden sie unter der schlechten Unterbringungssituation (alle Familienangehörige in einem Zimmer) und mangelnder psychotherapeutisch-medizinischer Versorgung. So werden beispielsweise Kinder aus der Erstaufnahme nicht an sozialpädiatrische Zentren verwiesen (IP16). Nach Einschätzung des Flüchtlingsrates kann der Psychosoziale Dienst gegenüber der Zentralen Ausländerbehörde nicht die Interessen der Betroffenen durchsetzen, keine Therapie veranlassen, keine Verteilungen aus der Einrichtung durchsetzen. Das passiert daher nur in seltenen Einzelfällen (Förderverein des Brandenburgischen Flüchtlingsrates e. V., 2019). Wenn externe Beratungsstellen eine besondere Schutzbedürftigkeit anmerken, kann der Betroffene noch einmal vom PSD begutachtet werden, die Einschätzung einer externen Stelle wird von der ZABH jedoch nicht akzeptiert (IP16).

Für Schutzsuchende nach der Verteilung in die Kommunen wurden durch das Landesaufnahmegesetz (LAufnG) Fachberatungsdienste in jedem Landkreis für die Belange besonders schutzbedürftiger Geflüchteter geschaffen, welche zumeist von Wohlfahrtsverbänden betrieben werden. Deren Aufgabe ist neben sozialrechtlicher und Verfahrensberatung auch die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter. Dies ist insbesondere für

Personen wichtig, die erst zu einem späteren Zeitpunkt besondere Schutzbedarfe anmerken, beispielsweise erst nach einem längeren Zeitraum in der Lage sind über Erlebnisse oder Probleme zu sprechen. Gleichzeitig können diese Angebote auf kommunaler Ebene eine frühe Identifizierung nicht ersetzen, da sie erst nach der Verteilung aus der Erstaufnahme greifen, die in der Regel frühestens nach einigen Monaten stattfindet.<sup>15</sup>

Die **Vorteile** des Brandenburger Konzepts sind, dass eine systematische Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit aller Schutzsuchenden durch einen Fragebogen und daran anschließendem Gespräch eingeführt wurde und es gleichzeitig durch offene Sprechstunden die Möglichkeit gibt, zu einem späteren Zeitpunkt Schutzbedarfe anzumelden. Auch wird zumindest angestrebt, die Empfehlungen des PSD umzusetzen, es besteht ein Austausch zwischen den bedarfsermittelnden und den leistungsgewährenden Stellen. Es bestehen auch Ansprechstellen nach der kommunalen Verteilung. Die Nachteile sind, dass eine Begutachtung nur bei einem Kreuz auf einem Selbstauskunftsbogen mit sehr expliziten, konfrontativen Fragen stattfindet. Es besteht keine klare Unabhängigkeit der psychologischen Begutachtungsstelle und der Verfahrensberatung von der Ausländerbehörde, der psychologische Dienst unterstützt Schutzsuchende nicht dabei, Leistungsgewährung bei der Ausländerbehörde durchzusetzen. Externe (unabhängige) Begutachtungen werden nicht akzeptiert. Es werden keine Stellungnahmen für das Asylverfahren ausgestellt und es findet keine (Vermittlung in) Therapie statt. Die meisten therapeutischen und fachärztlichen Behandlungen (für Erwachsene und Kinder) werden auf die Zeit nach der Verteilung verschoben. Die Sicherheit des Schutzhauses ist aufgrund der Zusammensetzung der Bewohnenden nicht sichergestellt.

### Vorteile

Screening-Fragebogen für alle Schutzsuchenden mit anschließendem Screening-Gespräch mit Psycholog\*in

Offene Sprechstunden des psychologischen Dienstes zu jeder Zeit des Verfahrens

Psychologischer Dienst stellt Bedarfe fest und unterstützt bei der Durchsetzung

Schutzhaus für besonders Schutzbedürftige

### Nachteile

Screening-Fragebogen ist Selbstauskunft und voraussetzungsreich

Psychologischer Dienst (und Verfahrensberatung) sind nicht unabhängig von der Ausländerbehörde

keine langfristigen therapeutischen Angebote bei Erkennung eines Bedarfs, Behandlung erst nach der Verteilung

Sicherheit des Schutzhauses ist aufgrund der Zusammensetzung der Bewohnenden nicht sichergestellt

15 In Brandenburg sollen Schutzsuchende i. d. R. innerhalb der ersten sechs Monate aus der Erstaufnahmeeinrichtung in die kommunalen Gemeinschaftsunterkünfte umziehen, der Innenminister plädiert aber für eine Aufenthaltsdauer von bis zu zwei Jahren, insbesondere für Menschen mit sogenannter schlechter Bleibeperspektive (Flüchtlingsrat Brandenburg, o. J.).

### c. Niedersachsen (Friedländer Modell)

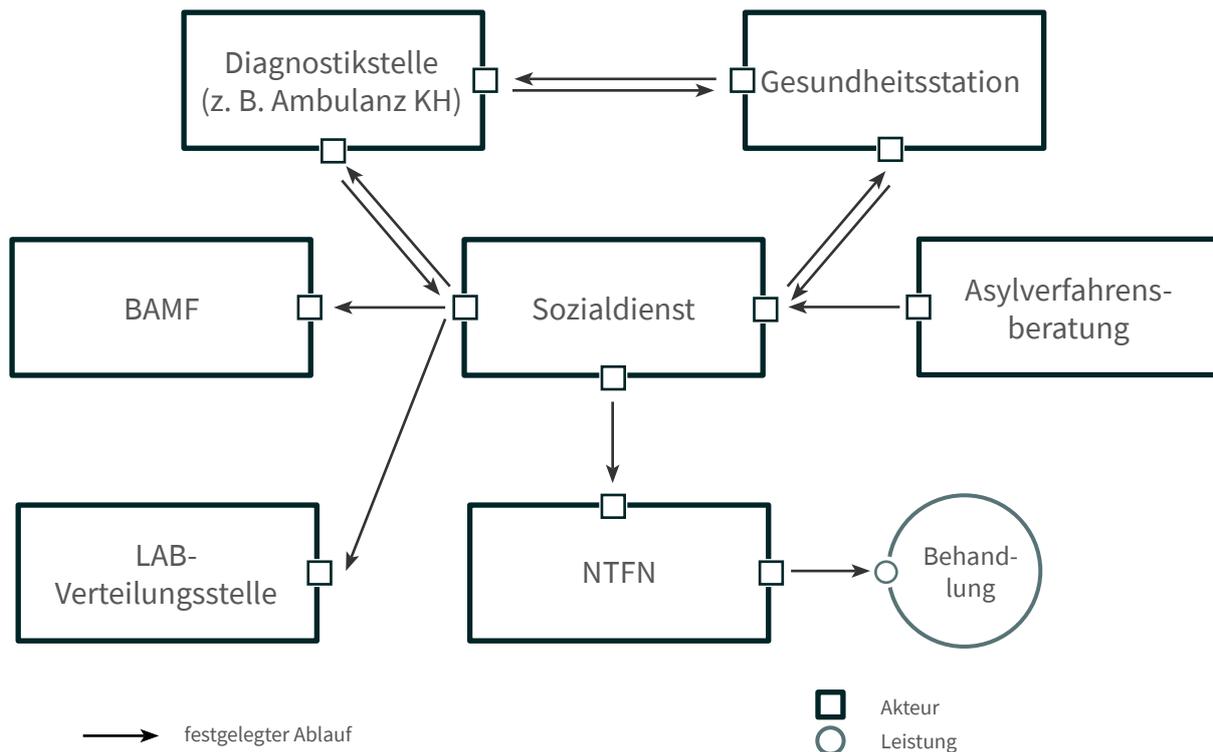


Abb. 5: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Niedersachsen.

In Niedersachsen besteht mittlerweile in allen Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) das 2012 in der EAE in Friedland entwickelte „Friedländer Modell“.<sup>16</sup> Im Zentrum dieses Modells steht der Sozialdienst der Einrichtungen, dessen Mitarbeitende mit allen Schutzsuchenden ein Erstgespräch führen, in denen eine Informationsvermittlung zu besonderer Schutzbedürftigkeit und besonderen Verfahrensgarantien stattfindet und bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung an eine kooperierende Diagnose-Stelle verwiesen wird (z. B. die Ambulanz eines psychiatrischen Krankenhauses).<sup>17</sup> Schutzsuchende, die über Angstzustände, Schlafstörungen, selbstzerstörerisches Verhalten oder Wutausbrüche berichten, werden unterstützend mit dem PROTECT Fragebogen befragt.

In der Diagnose-Stelle werden drei Diagnose-Termine durchgeführt und auf deren Basis ein Bericht mit Empfehlungen (u. a. zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft und Ort der Umverteilung) erstellt. Dieser wird zurück an den Sozialdienst geschickt, der diesen eventuell an das BAMF weiterleitet und Schutzsuchen-

de in die ambulante Versorgung weitervermittelt (Kooperationspartner ist hier das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN) e. V.<sup>18</sup>). Der Sozialdienst steht außerdem im Kontakt mit der Verteilungsstelle des Landes. Empfehlungen im Befundbericht in Bezug auf Umverteilung etc. werden größtenteils berücksichtigt. Es besteht außerdem eine Zusammenarbeit mit der unabhängigen (von Wohlfahrtsverbänden durchgeführten) Asylverfahrensberatung und der Gesundheitsstation der Einrichtung (Thomsen, 2018). Die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit wird von den Verantwortlichen als kontinuierlicher Prozess definiert und durch regelmäßige Schulungen des Personals begleitet.

Nach einer Evaluation des Konzepts (Thomsen, 2018) war das wichtigste Ergebnis, das eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren notwendig ist. Seitdem findet mindestens einmal im Quartal ein Runder Tisch in den verschiedenen EAEs mit allen Beteiligten statt. Beispielsweise gibt es in Fallingbostal-Oerbke einmal monatlich einen Runden Tisch mit der Verfahrens-

16 Das Modell wurde 2012 in der Erstaufnahme in Friedland, 2014 in Braunschweig und 2017 in Fallingbostal-Oerbke und Bramsche eingeführt. Für mehr Informationen siehe Thomsen (2018).

17 Eine Ausnahme ist hier Fallingbostal-Oerbke, da diese Kooperation zwar 2019 ausgeschrieben wurde, jedoch kein Kooperationspartner gefunden werden konnte, daher übernimmt dort das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen (NTFN, in Hannover) die Rolle der Diagnosestelle.

18 Mit acht Standorten in Niedersachsen. Siehe <https://www.ntfn.de/hilfe/offene-sprechstunde/> (zuletzt abgerufen am 02.12.19).

beratung (Diakonie), dem Gesundheitsdienst (DRK), dem PSZ (NTFN), dem Sozialdienst (EHC) und dem BAMF. Die Zusammenarbeit schlägt sich auch in gegenseitigen Schulungen nieder.

Als Problem des Konzeptes wird in der ausführlichen Evaluation (Thomsen, 2018) der mangelnde Fokus auf Kinder kritisiert. Außerdem werde der PROTECT Fragebogen erst bei einem bereits bestehenden Verdacht auf psychische Erkrankung eingesetzt, entgegen der Intention als Screening Fragebogen, der flächendeckend eingesetzt werden sollte. Als Gründe nannten die befragten Mitarbeitenden den hohen zeitlichen Aufwand, unzureichende Kapazitäten der Diagnosestellen und die Möglichkeit der „Ausnutzung der Situation durch Personen ohne psychische Erkrankungen“. Das führe dazu, dass das Erkennen von psychischen Erkrankungen von Motivation und Einstellung der Sozialarbeitenden abhängt, die neben individuellen Unterschieden auch je nach Herkunftsland variieren. Ein weiteres

Problem stellen die geringen Kapazitäten der Diagnose-Stellen dar. In Friedland kamen beispielsweise 22.294 Geflüchtete in den Jahren 2015 – 17 an, von denen lediglich 182 an eine Diagnose-Stelle weitergeleitet wurden, was weniger als 1 % darstellt. In Braunschweig wurden innerhalb von zwei Jahren lediglich 63 Personen in der Diagnose-Stelle untersucht. In Anbetracht der Statistiken zur Häufigkeit von schweren psychischen Erkrankungen unter Schutzsuchenden wird also nur ein Bruchteil der besonders schutzbedürftigen Schutzsuchenden identifiziert und unterstützt. Dies liegt jedoch nicht nur an mangelnden Kapazitäten der Diagnosestellen, sondern vor allem daran, dass vom Sozialdienst nur sehr wenig Menschen weitergeleitet werden. Zurzeit werden in Niedersachsen unter der Leitung des NTFN Leitlinien zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen für den Sozialdienst entwickelt, da dieser das zentrale Element des Verfahrens darstellt (Thomsen, 2018).

### Vorteile

Guter Austausch zwischen allen beteiligten Akteuren (Runder Tisch)
Klares Verfahren mit festgelegten Zuständigkeiten
Empfehlungen aus Befundberichten werden meist umgesetzt
Screening Fragebogen zur Vergleichbarkeit

### Nachteile

Mangelnde Kapazitäten in den Diagnosestellen
Zu wenig Menschen werden an Diagnosestellen weitergeleitet (Sozialdienst als Nadelöhr)
Fragebogen wird nur bei Verdacht eingesetzt, statt flächendeckend

## Zusammenfassung

In **Berlin** findet eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit (abhängig von der Personalsituation) durch den Sozialdienst (mithilfe eines ausführlichen Leitfadens) und einer (zurzeit nicht existierenden) freiwillig aufzusuchenden Clearingstelle statt. Darauf aufbauend findet eine Diagnostik in Fachstellen statt, die sich in dem Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS) zusammengeschlossen haben. Die größte Schwierigkeit besteht in der Leistungsgewährung, beispielsweise bei einer besonderen Unterbringung, die nur in Einzelfällen nach großem Aufwand bereitgestellt wird.

In **Brandenburg** gibt es ein Screening mithilfe eines Fragebogens und bei einem positiven Screeningergebnis ein daran anknüpfendes kurzes psychologisches Gespräch. Außerdem werden psychologische Sprechstunden durchgeführt, in denen besondere Schutzbedürftigkeit festgestellt werden kann. Darauf kann eine Unterbringung in einem Schutzhaus folgen. Sowohl der psychologische Beratungsdienst als auch die Verfahrensberatung stellen aufgrund enger Verknüpfungen mit der Ausländerbehörde jedoch keine vertrauenswürdigen Ansprechstellen für Schutzsuchende dar. Behandlungen werden auf die Zeit nach der Umverteilung verschoben. In den Landkreisen ist die Beratungssituation besser organisiert.

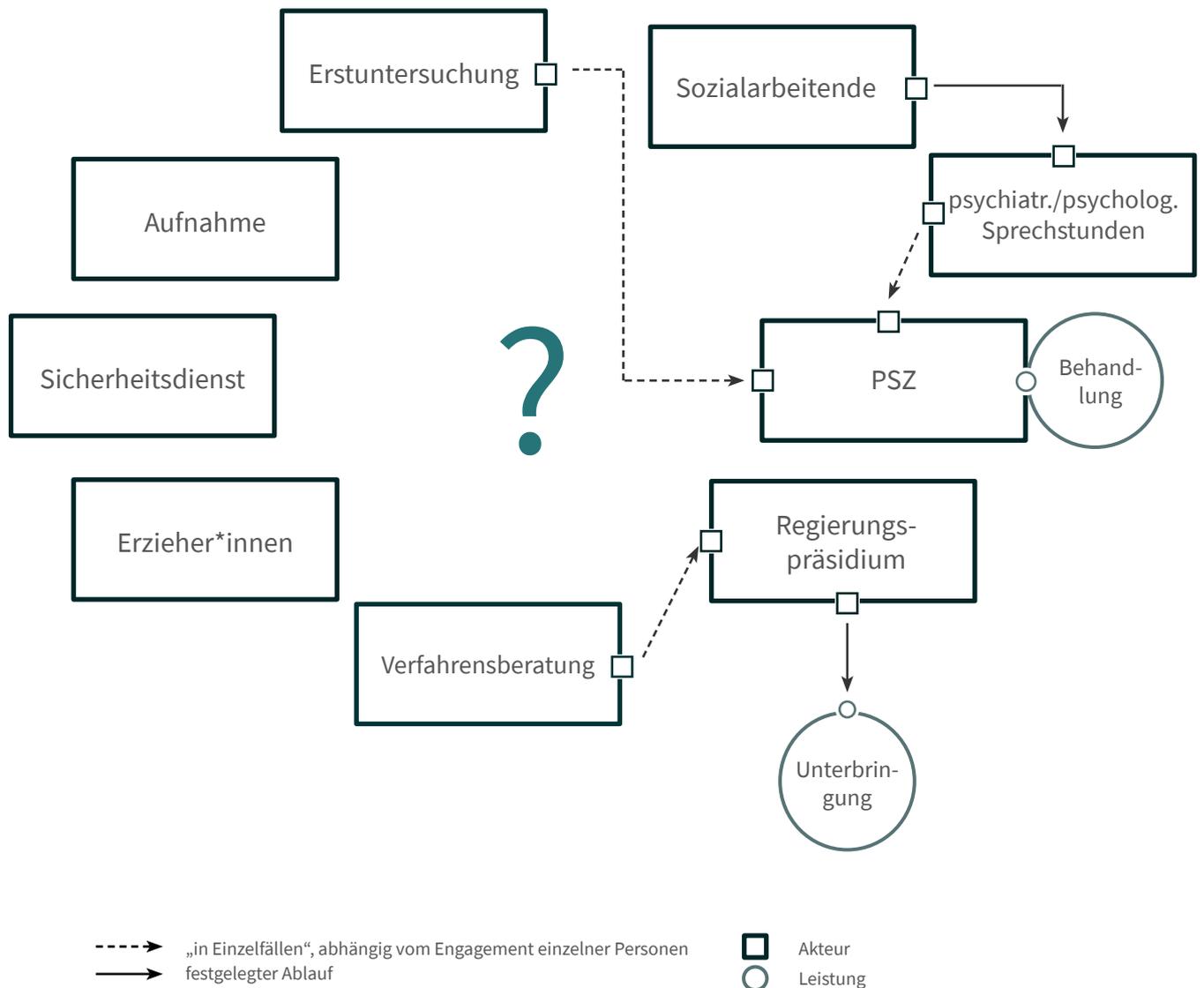
Im Rahmen des Friedländer Modells (in **Niedersachsen**) findet die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit durch den Sozialdienst (mithilfe des PROTECT Fragebogens) statt. Auffällige Personen werden an externe Diagnose-Stellen verwiesen, diese schreiben einen Bericht mit Empfehlungen, welche meist auch umgesetzt werden. Die größte Schwierigkeit liegt hier darin, dass die Sozialarbeitenden nur einen Bruchteil der Menschen weiterleiten, die therapiebedürftig wären, und auch die Diagnose-Stellen nicht ausreichende Kapazitäten haben. In allen drei Bundesländern gibt es regelmäßigen Austausch der beteiligten Akteure im Rahmen „Runder Tische“ (siehe Kapitel *„4.2. Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen“ auf Seite 65*).

### 3.4. Verweis auf Sprechstunden in den Unterkünften

Vier Bundesländer haben psychologische/psychiatrische Sprechstunden in den Unterkünften etabliert, die die therapeutische Versorgung der Bewohner\*innen abdecken sollen. Von allen anderen Beteiligten sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen an diese Am-

bilanzen vermittelt werden. Dies stellt jedoch keine systematische Identifizierung sicher, es werden lediglich Personen unterstützt, die aktiv Hilfe bei den bestehenden Strukturen suchen.

#### a. Baden-Württemberg



Das baden-württembergische Flüchtlingsaufnahmegesetz (FlüAG) enthält in § 5 eine allgemeine Klausel zum Umgang mit schutzbedürftigen Personen, jedoch keine Vorgaben zur Identifizierung dieser. Die Aufgabe der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen obliegt nach Aussage des Ministeriums hauptsächlich den Sozialarbeitenden in den Unterkünften in einem „eingespielte[n] Verfahren, um besonders schutzbedürftige

Personen und ihre Bedarfe zu identifizieren. Je nach Fallgestaltung wirkt eine Vielzahl an Beteiligten mit“ (DGSP, 2018). Diese Beteiligten sind Mitarbeitende des BAMF, Aufnahmesachbearbeiter\*innen, Mitarbeitende der Gesundheitsuntersuchung, Verfahrensberater\*innen, Sozialbetreuung, Sicherheitsdienst, Erzieher\*innen der Kinder- und Jugendbetreuung und Mediziner\*innen in psychiatrischen Ambulanzen.

Abb. 6: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg.

Das Ziel der baden-württembergischen Landesregierung ist in jeder Landeserstaufnahmeeinrichtung<sup>19</sup> vor Ort psychiatrisch/psychologische Sprechstunden (Ambulanzen) anzubieten. Dies konnte jedoch nicht überall umgesetzt werden, da es häufig Schwierigkeiten gibt, die Stellen zu besetzen (DGSP, 2018). In der Erstaufnahme in Karlsruhe wurde entgegen der erklärten Absicht der Landesregierung die wöchentliche psychiatrische Sprechstunde einer Ärztin vom Gesundheitsamt wieder gestrichen.<sup>20</sup> Die psychiatrischen Ambulanzen, wenn diese existieren, behandeln jedoch lediglich Menschen, die aktiv Hilfe suchen oder von Mitarbeitenden dorthin verwiesen werden. Es gibt zwei Erstaufnahmeeinrichtungen für besonders Schutzbedürftige (für alleinreisende Frauen mit Kindern; körperlich und psychisch kranke Menschen, Menschen mit Behinderung, Schwangere etc.) (IP8).

Grundsätzlich sind eine Sensibilisierung aller Mitarbeitenden für die Belange besonders Schutzbedürftiger und fortlaufende Fortbildungen zu dem Thema zu begrüßen. Theoretisch könnte dies dazu führen, dass eine große Anzahl an Menschen identifiziert wird und es viele Ansprechpartner\*innen für das Thema gibt. Die Vielzahl an Berufsgruppen, die an der Identifizierung beteiligt sein sollen, stellt eine systematische Identifizierung jedoch nicht sicher. Diese haben bereits eigene Aufgaben zu erfüllen, sind nicht in jedem Fall speziell für die Identifizierung ausgebildet und haben keinen klaren Auftrag auf besondere Schutzbedürftigkeit zu achten. Daher bemerken sie diese nur in Einzelfällen bei starken Verhaltensauffälligkeiten. Beispielhaft zeigt sich dies beim Gesundheitsamt in der Erstaufnahmeeinrichtung in Karlsruhe. Nach dessen Selbstverständnis ist seine Aufgabe explizit nicht die Identifizierung psychischer Erkrankungen. Weiterleitungen an Beratungsstellen oder PSZ finden vor allem durch eine engagierte Ärztin statt. Auch Mitarbeitende der unabhängigen Verfahrensberatung stellen Anträge an das Regierungspräsidium bezüglich der Unterbringung, wenn ihnen bei der Beratung eine besondere Schutzbedürftigkeit auffällt. Dies sind jedoch ledig-

lich Einzelfälle (abhängig von der Motivation der einzelnen Mitarbeitenden), systematisch findet dies nicht statt.<sup>21</sup>

## Pilotprojekte

Im Ankunftszentrum, in dem auch die Registrierung und medizinische Erstuntersuchung stattfindet, wurde ein zweijähriges Screeningprojekt für psychische Belastungen bei schwangeren Geflüchteten durchgeführt. Dies war ein Kooperationsprojekt zwischen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung<sup>22</sup>, der Klinik für Psychosomatik, der medizinischen Ambulanz des Universitätsklinikums Heidelberg im Ankunftszentrum und der dort arbeitenden freiberuflichen Hebammen. Frauen, die auf die Hebammensprechstunde warteten, wurden angesprochen und gebeten einen Selbstauskunftsfragebogen<sup>23</sup> auf Tablets im Sinne eines Computer Assisted Personal Interviews<sup>24</sup> auszufüllen. Zur Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens waren Ansprechpersonen vor Ort. Bei einem positiven Screeningergebnis wurde dieses an die Hebammen weitergegeben und diese vereinbarten in der Sprechstunde gemeinsam mit der betreffenden Geflüchteten einen Termin in der psychosomatischen Sprechstunde. Die Evaluation des Pilotprojekts ist in der Publikationsphase. Da mit dem Vorgehen insgesamt sehr gute Erfahrungen gemacht wurden, wurde das Vorgehen nun vom Land finanziert verstetigt (IP23).

In der Erstaufnahmeeinrichtung in Tübingen, in der alleinreisende besonders schutzbedürftige Frauen untergebracht sind, erfolgt im Rahmen eines Pilotprojekts ein freiwilliges Screening auf psychische Traumata mithilfe von Screeningfragebögen (PROTECT, PHQ-9). Wird ein Behandlungsbedarf festgestellt, erfolgt eine Behandlung durch die Psychiatrische Ambulanz des Universitätsklinikums. „Das Innenministerium ist derzeit damit befasst, dieses Pilotprojekt – gemeinsam mit anderen Pilotprojekten – auszuwerten“ (Landtag von Baden-Württemberg, 2019).

19 Alle Schutzsuchenden werden zunächst im Ankunftszentrum in Heidelberg registriert, dort findet auch die medizinische Erstuntersuchung und Anhörung statt. Danach werden sie in Landeserstaufnahmeeinrichtungen untergebracht. Von dort erfolgt die Verteilung in die Kommunen (sogenannte vorläufige Unterbringung).

20 Antwort des Menschenrechtszentrums Karlsruhe auf die Umfrage der BAFF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Schutzsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie“. Dezember 2019.

21 Antwort des Menschenrechtszentrums Karlsruhe auf die Umfrage der BAFF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Schutzsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie“. Dezember 2019.

22 Spezifisch der Arbeitsgruppe Soziale Determinanten, Equity und Migration.

23 Eine Zusammenstellung verschiedener Instrumente für unterschiedliche psychischer Erkrankungen (PHQ9 (Depression), GAD7 (Angst), WHO5 (allgemeines Wohlbefinden), SKID Sucht, PHQ-Panik (15 Fragen)), insgesamt über 40 Fragen; wurde in 16 Sprachen übersetzt.

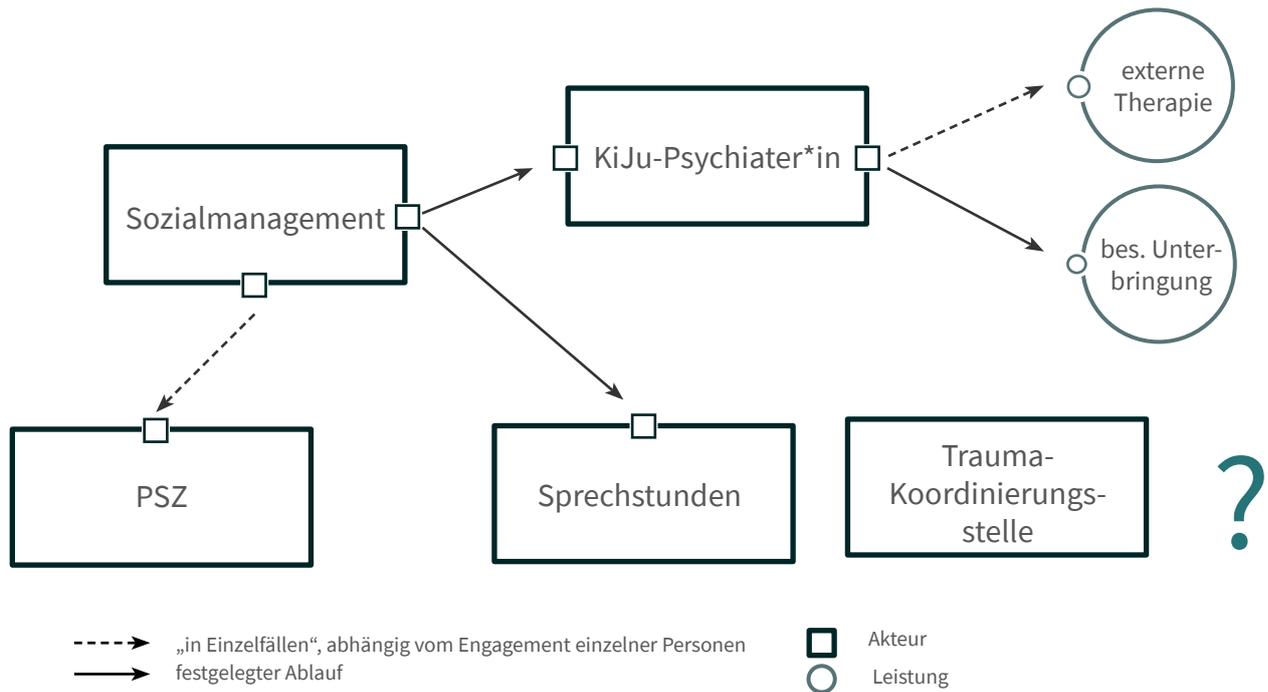
24 Ein mögliches Problem bei Selbstauskunftsfragebögen besteht darin, dass, wenn eine teilnehmende Person nicht lesen und schreiben kann, sie den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen kann. Es wurde angedacht eine Audiodatei für alle Sprachen zu entwickeln, was bisher jedoch nicht umgesetzt wurde. Dies lag unter anderem daran, dass dieses Problem im Endeffekt weniger auftrat als anfangs befürchtet wurde.

## b. Hamburg

„Der Senat teilt nicht die Auffassung einer unzureichenden und späten psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung von Flüchtlingen in Hamburg. Zur Feststellung und Behandlung etwaiger psychischer Störungen bei Flüchtlingen können alle Einrichtungen der

psychiatrischen Versorgung in Hamburg sowie alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten konsultiert werden.“

(Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg, 2015a)



Im Jahr 2015, als eine besonders große Anzahl von Geflüchteten in Deutschland Schutz suchte, war die Versorgung von Geflüchteten in Hamburg vergleichsweise umfangreich. Es gab in allen Erstaufnahmeeinrichtungen fachärztliche, psychiatrische, psychotherapeutische und auf Trauma spezialisierte Sprechstunden (Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg, 2015b, 2015c). Im Oktober 2016 wurde dies jedoch geändert. Viele eher kleinere Erstaufnahmeeinrichtungen wurden geschlossen und bestimmte Personengruppen bleiben nun bis zu sechs Monate im Ankunftszentrum.<sup>25</sup> Die dortigen Bedingungen sind jedoch nicht für einen längeren Aufenthalt ausgelegt. In Interviews berichten Bewohner\*innen von „fehlenden Rückzugsorten, Lärm, unsauberen Sanitäreinrichtungen, Störungen der Nachtruhe, Stress, Aggressionen unter den Bewohner\*innen, beständiger Unsicherheit“. In den

ehemaligen Lagerhallen sind durch Trennwände 'compartments' für bis zu 16 Personen eingeteilt, die oben offen sind. Dadurch gibt es keine akustische Trennung, ein gemeinsames Hallenlicht ist den ganzen Tag angeschaltet. Nachts bekommen alle Bewohner\*innen die Abschiebungen mit, was zu großer Angst und Retraumatisierungen führen kann (Fluchtpunkt Hamburg, 2019).

Auch die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung in dem Ankunftszentrum ist nicht ausreichend. Seit Juli 2019 arbeitet dort eine unabhängige Kinder- und Jugendpsychiaterin, außerdem werden sogenannte Stabilisierungssprechstunden durch vom Träger angestellte Heilpraktiker\*innen der Psychotherapie angeboten. Mitarbeitende des Sozialdienstes verweisen Familien mit auffälligen Kindern an die Sprechstunde der Psych-

Abb. 7: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Hamburg.

<sup>25</sup> Menschen im Dublin-Verfahren und aus sogenannten sicheren Herkunftsländern müssen bis zu sechs Monate im Ankunfts-zentrum leben, ausgenommen Familien mit schulpflichtigen Kindern.

äterin. Eine (externe und interne) Schulung für Mitarbeitende des Sozialdiensts für das Erkennen von belasteten Familien mit Kindern mit behandlungsbedürftigen Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen ist jedoch nicht systematisch vorgesehen und findet lediglich in Einzelfällen statt. In der Sprechstunde wird neben einer symptomorientierten Diagnostik Elternberatung durchgeführt und Kinder (und evtl. auch Eltern) an Therapeut\*innen außerhalb der Unterkunft verwiesen. Möglicherweise werden auch eine Verlegung in eine andere Unterkunft beantragt bzw. Reiseunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt (IP7).

Dieselbe Versorgung besteht jedoch nicht für Erwachsene. Zwar gibt es im Ankunfts-zentrum Stabilisierungssprechstunden und Sprechstunden durch das sich im Aufbau befindliche Traumakoordinierungszentrum. Eine reguläre akutpsychiatrische Versorgung, die in vielen Fällen notwendig wäre, ist jedoch nicht verfügbar (IP7). Seit Juli 2019 wird eine Traumakoordinierungsstelle am Universitätsklinikum (UKE) aufgebaut, die durch den Senat gefördert ist. Diese entsteht aus der Traumaambulanz des UKE, umfasst insgesamt neun Stellen und ab April 2020 sollen auch vor Ort Behandlungen stattfinden. Die Stelle soll einen Behandlungsfokus auf Traumatisierungen und als Aufgaben Beratung und Weitervermittlung, Fortbildung, Supervision und Behandlung haben. Die Traumakoordinierungsstelle hat aufsuchende Identifizierung nicht als Aufgabe, sondern Menschen sollen sich dort aktiv Hilfe suchen, eine Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit soll jedoch auch zu den Aufgaben gehören. Was dies genau beinhalten wird, ist nicht klar definiert (IP6).

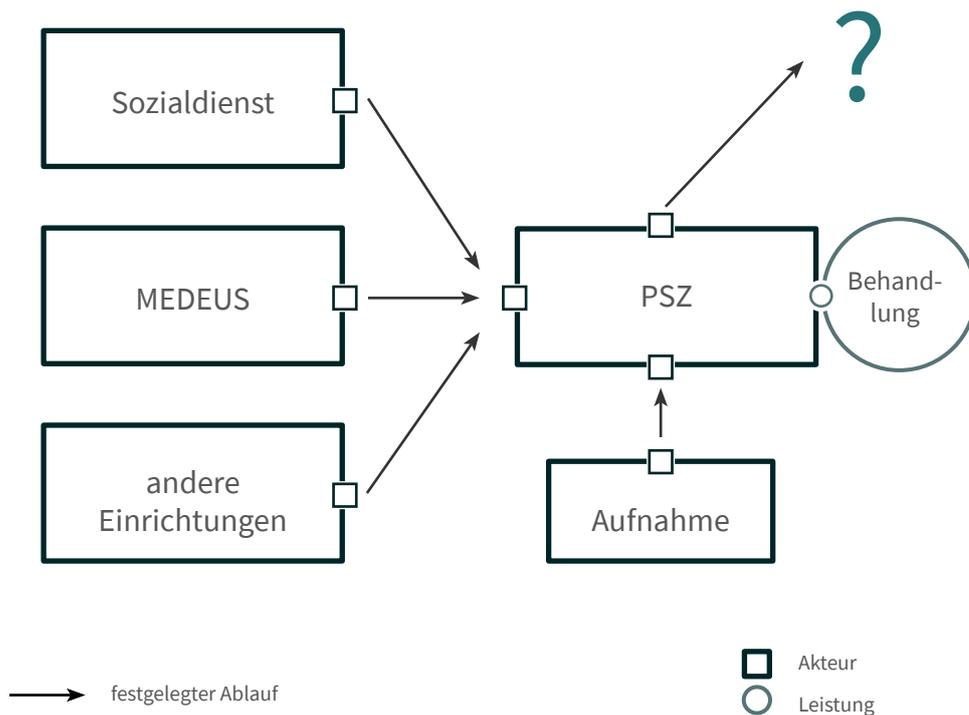
Mitarbeitende des Sozialmanagements in den anderen Erstaufnahmeeinrichtungen und Folgeunterkünften verweisen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten in Einzelfällen an PSZ (IP4).

Die Arbeit der PSZ (und niedergelassener Therapeut\*innen, die Schutzsuchende behandeln) wird von der Stadt durch ein Modellprojekt unterstützt, in dem Gelder zur Finanzierung von Dolmetscherkosten in ambulanter Psychotherapie zur Verfügung gestellt werden. Dieses Modellprojekt unter der Leitung des psychosozialen Zentrums SEGEMI in Kooperation mit dem Paritätischen Gesamtverband und der Psychotherapeutenkammer Hamburg steht allen Therapeut\*innen, Ärzt\*innen und Mitarbeitenden in Beratungsstellen zur Verfügung, die Schutzsuchende beraten und behandeln.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Für mehr Informationen siehe: [http://www.segemi.org/sprachmittlung\\_psychotherapie.html](http://www.segemi.org/sprachmittlung_psychotherapie.html) (zuletzt besucht 31.03.2020).

### c. Rheinland-Pfalz



Das Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz bezieht sich auf ein seit 2017 bestehendes „Konzept zur Identifikation und zum Schutz besonders schutzbedürftiger Personen in Einrichtungen der Erstaufnahme“, welches im Rahmen des Gewaltschutzkonzeptes entwickelt wurde. Nach Aussage des Ministeriums ist dieses ganzheitlich, nicht an die Erstuntersuchung geknüpft, sondern Aufgabe aller Organisationen und Behörden. Daher finden regelmäßige Sensibilisierungs- und Schulungsangebote für Mitarbeitende statt.

In allen fünf vom Land betriebenen Unterkünften gibt es psychisch-unterstützende Angebote (Baron et al., 2018). Laut Aussage des Leiters der EAE in Trier werden Beobachtungen während der Aufnahme, Eindrücke des Sozialen Dienstes (der täglichen Kontakt mit den Bewohner\*innen habe), des Medizinischen Erstprogramm-MEDEUS<sup>27</sup> und durch den Austausch mit Beratungsstellen und anderen Einrichtungen (wie Schule, Angebote für Kinder) zusammengetragen. Im Rahmen des MEDEUS Programm wird „für jeden Asylsuchenden eine Krankenakte mit medizinischen Daten, Vorerkrankungen und Impfstatus angelegt. Dieses Programm dient u. a. dazu, eine erste Abklärung medizinischer Fragen in Zusammenhang mit dem Erkennen von psychischen Erkran-

kungen, Traumata, Belastungen durch Gewalterfahrungen, sexueller Gewalt vorzunehmen“ (Landtag Rheinland-Pfalz, 2015).

Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung (MEDEUS) wurde ein Screeningfragebogen eingesetzt, der jedoch wenig sensibel konzipiert war und Fragen wie „Haben Sie ein Trauma?“ enthielt. Mittlerweile gibt es im Rahmen der Erstuntersuchung keine Erkennung besonderer Schutzbedürftigkeit mehr, der Fokus liegt auf der Versorgung von Schwangeren und Impfungen von Kindern. Es gab den Versuch ein Modellprojekt zur Erkennung psychischer Belastungen bei Schutzsuchenden mithilfe eines Gremiums von Fachärzt\*innen zu entwickeln, das die Schaffung einer Identifizierungsstelle innerhalb der EAE beinhaltete. Das Projekt ist jedoch gescheitert, da sich die Vorstellungen der Landesregierung und der durchführenden Projektpartner\*innen nicht miteinander vereinen ließen (IP13).

Schulungen zur Sensibilisierung aller Mitarbeitenden für die Bedarfe besonders Schutzbedürftiger sind ein guter Ansatz. Die von der Landesregierung beschriebene Methode, dass alle Mitarbeitenden in der Einrichtung dafür zuständig sind, besonders Schutzbedürftige zu identifizieren, kann jedoch nicht als systematische Identifizierung bezeichnet werden.

Abb. 8: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz.

<sup>27</sup> Eine freiwillige medizinische Erstuntersuchung, die über den gesetzlich festgelegten Gesundheitscheck über ansteckende Erkrankungen (§ 62 AsylG) hinausgeht und darauf abzielt behandlungsbedürftige (auch nicht infektiöse) Erkrankungen unter Schutzsuchenden zu erkennen.

Da es keine Struktur gibt, in der Verantwortlichkeiten klar definiert werden, kommt es zu einer Verantwortungsdiffusion und es werden nur in Einzelfällen Personen identifiziert, anstatt systematisch. Wenn Personen als besonders schutzbedürftig identifiziert werden, wird dies dokumentiert, hat aber keine klar daran geknüpften Konsequenzen (in Form von Leistungen) (IP13).

In der EAE in Trier ist das PSZ theoretisch mit der Identifizierung besonderer Schutzbedürftiger beauftragt. Mitarbeitende des PSZ führen in der EAE Trier Clearinggespräche durch, geben erste Hilfestellungen und vermitteln bei Möglichkeit weiter. Da den Mitarbeitenden des PSZ jedoch die Befugnis fehlt Leistungsgewährung (wie beispielsweise bedarfsgerechte Unterbringung) durchzusetzen, muss dies in jedem Einzelfall mit viel Personalaufwand durchgesetzt werden. Dadurch werden personelle und zeitliche Ressourcen nicht effektiv genutzt. Daher kritisieren Mitarbeitende die momentane Situation als kein ausreichendes Konzept zur systematischen Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen. Es gibt keinen gemeinsamen Austausch unter den verschiedenen Berufsgruppen in der Einrichtung (IP13).

Nach Aussage des Ministeriums (DGSP, 2018) wird bei Erkennen einer psychischen Erkrankung dies im landeseigenen Asylverwaltungsprogramm (asyl4win) festgelegt, so dass alle Stellen innerhalb der Einrichtungen über die Schutzbedürftigkeit informiert werden. Bei Bedarf findet eine Vermittlung an ein PSZ

statt und eine Unterbringung in besonderen Einrichtungen wird eingeleitet. Auch soll bei der landesinternen Verteilung Rücksicht auf besondere Schutzbedürftigkeit genommen werden. Es gibt insgesamt sechs Psychosoziale Zentren in Rheinland-Pfalz, die unter anderem vom Land gefördert werden.<sup>28</sup> Diese sind zusammengeschlossen in der AG Flucht und Trauma RLP und decken einen großen, jedoch nicht den gesamten Bedarf der psychosozialen Versorgung ab (Baron et al., 2018). Es wurde 2014 eine Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems geschaffen, die an ein PSZ angegliedert ist und hauptsächlich mit Fortbildungen und der Vermittlung von Therapiesuchenden betraut ist.

**Positiv** lassen sich in Rheinland-Pfalz die regelmäßigen Schulungen aller Mitarbeitenden und die umfangreiche Förderung sowohl der PSZ, als auch einer Vermittlungsstelle ins Regelsystem hervorheben. Es besteht jedoch kein systematisches Identifizierungsverfahren, das alle Schutzsuchenden erreicht. Betroffene müssen sich selbst aktiv Hilfe suchen oder Sozialarbeitende einen Bedarf erkennen und die notwendigen Hilfen vermitteln. Traumatisierte Schutzsuchende, die starkes Vermeidungsverhalten, große Angst oder sozialen Rückzug zeigen, werden so jedoch nicht erreicht. Ein großes Problem stellt der mangelnde Anspruch auf Therapie, bedarfsgerechte Unterbringung und andere Leistungen dar. Es bestehen keine festgelegten Handlungswege mit zuständigen Ansprechpartner\*innen zur Sicherstellung der Bedarfsgewährung, wenn ein Bedarf durch das PSZ attestiert wurde.

---

28 Mehr Informationen auf der Seite des Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration, und Verbraucherschutz unter: <https://mfjiv.rlp.de/de/themen/integration/humanitaere-zuwanderung-und-gefuechtete/integration-von-gefuechteten/> (zuletzt besucht 02.12.19).

## d. Saarland

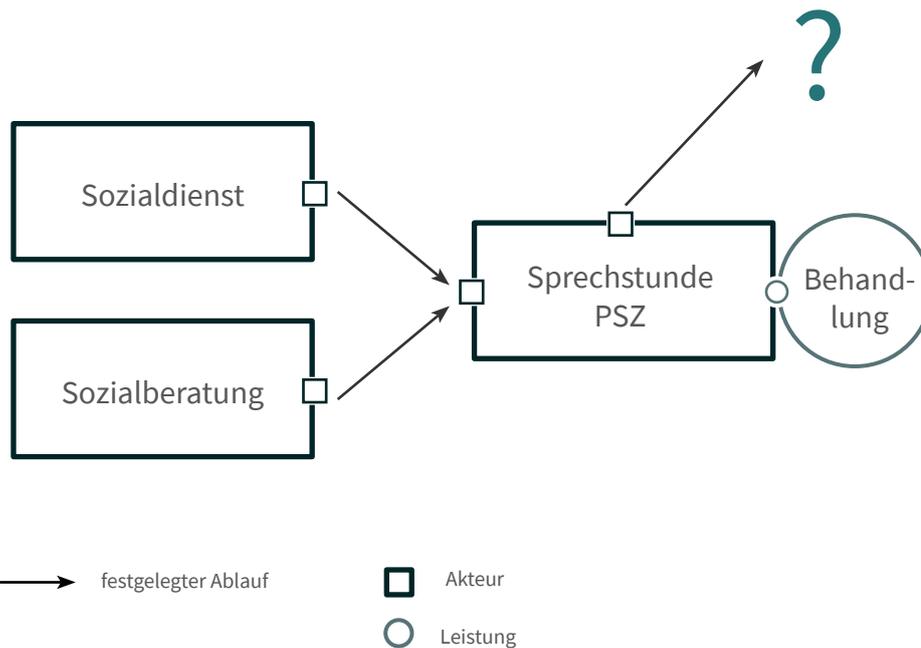


Abb. 9: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten im Saarland.

Das saarländische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Familie bezieht sich bei der Beantwortung der Nachfrage der DGSP hauptsächlich auf Geflüchtete mit Behinderungen. Es wird beschrieben, dass die Bedarfe berücksichtigt werden, die Geflüchtete selbst bzw. Vertrauenspersonen zum Ausdruck bringen. Außerdem gibt es eine Inaugenscheinnahme bei der Aufnahme und eine Beratung durch Sozialverbände in Hinblick auf behördliche Leistungen (DGSP, 2018).

Das Psychosoziale Zentrum im Saarland<sup>29</sup> beschäftigt einen Psychologen, der 30 Stunden wöchentlich im AnkER-Zentrum Beratung anbietet. Die Sozialarbeitenden der Unterkunft oder die Sozialberatung der Wohlfahrtsverbände vermitteln Schutzsuchende nach ihrer Einschätzung in die psychologische Beratung.

Der Psychologe vermittelt Menschen in Therapie außerhalb der Unterkunft oder bietet selbst Gespräche an. Der Arzt, der für die medizinische Erstuntersuchung zuständig ist, hat zur Erkennung von nicht offensichtlichen Erkrankungen keine ausreichenden zeitlichen Kapazitäten. Daher gehen psychische Erkrankungen häufig unter. Menschen werden erst aus dem AnkER-Zentrum in die Kommunen verteilt, wenn das Asylverfahren positiv entschieden ist. Das bedeutet, dass einige Menschen teilweise über Jahre hinweg dort leben. In Einzelfällen kann über den direkten Kontakt mit Mitarbeitenden der Unterkunft für schwer psychisch belastete Menschen ein Einzelzimmer organisiert werden (IP3). Eine ausreichende Versorgung oder Berücksichtigung besonderer Bedarfe stellt dies jedoch nicht dar.

<sup>29</sup> Durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert.



ländlichen Lage ist jedoch in dieser Unterkunft die medizinische (auch z. B. gynäkologische) und therapeutische Versorgung schlecht, die zuständige Klinik ist schlecht ausgestattet und die Menschen müssen zur Behandlung häufig nach Magdeburg fahren. Ein weiteres Problem stellt die Sozialarbeit in der Unterkunft dar. Aufgrund Personalmangels in der Region findet ein ständiger (teilweise zweiwöchentlicher) Wechsel der Mitarbeitenden statt, die daher nicht mit den Gegebenheiten vertraut sind und beispielsweise häufig das bestehende Gewaltschutzkonzept nicht kennen. Einmal wöchentlich bieten ein Arzt und eine Kranken-

schwester aus dem Team der Erstaufnahmeeinrichtung aus Halberstadt eine Sprechstunde an (IP11).

Nach Angaben des Ministeriums zeigen fünf Prozent der Schutzsuchenden in der ZAST psychische Auffälligkeiten, was im Vergleich zu bekannten Prävalenzraten sehr niedrig erscheint (DGSP, 2018). Beispielsweise zeigten in einer Studie in Halle (Sachsen-Anhalt) 59 % der befragten Schutzsuchenden Depressions-, Angst-, und/oder PTBS-Symptome (Führer et al., 2020).

## Zusammenfassung

In **Baden-Württemberg** soll es in jeder Unterkunft psychiatrische Ambulanzen für die Behandlung psychisch erkrankter Personen geben, was aber aus unterschiedlichen Gründen nicht der Fall ist. Es gibt keine Zuständigkeit für die Identifizierung psychischer Erkrankungen, alle Mitarbeitenden sollen darauf achten. In der Praxis bedeutet dies, dass Unterstützung für einzelne Menschen von einzelnen motivierten Mitarbeitenden abhängt, eine systematische Identifizierung gibt es nicht. Einzelne Pilotprojekte wurden noch nicht evaluiert und flächendeckend umgesetzt.

In **Hamburg** wurde die therapeutische und medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen auf ein Minimum reduziert, es gibt keine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, die Lebensbedingungen in der Erstaufnahmeeinrichtung führen zu einem erhöhten Auftreten psychischer Erkrankungen. Eine Kinder- und Jugendpsychiaterin bietet Sprechstunden im Ankunftszentrum an. Außerdem besteht die Möglichkeit der „Stabilisierungssprechstunde“ in der Einrichtung und seit kurzer Zeit Sprechstunden durch die im Aufbau befindliche Traumakoordinierungsstelle. In den anderen Unterkünften verweisen Sozialarbeitende in Einzelfällen an die PSZ.

In **Rheinland-Pfalz** sollen alle Akteure auf besondere Schutzbedürftigkeit achten, was jedoch zu einer Verantwortungsdiffusion führt. Ein PSZ identifiziert in der EAE in Trier besonders Schutzbedürftige, dies hat jedoch keine daran anschließenden Konsequenzen, in Form von Leistungsgewährung. Durch die Förderung vieler PSZ ist die anschließende Versorgung zumindest teilweise abgedeckt. Es gibt ein landesweites Computerprogramm zur Kommunikation der Behörden untereinander.

Im **Saarland** ist ein Psychologe des PSZ für die Versorgung aller Schutzsuchenden zuständig, deren Asylverfahren (noch) nicht positiv entschieden wurde, eine systematische Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit findet nicht statt (Sozialarbeitende verweisen in Einzelfällen an den Psychologen).

In **Sachsen-Anhalt** sind in der Erstaufnahmeeinrichtung eine Psychologin und zwei weitere Ansprechpartner für besonders Schutzbedürftige angestellt, die identifizierte Personen an andere Stellen weiterverweisen. Therapien finden nicht statt. Es gibt eine Unterkunft für besonders Schutzbedürftige, in der die medizinische, therapeutische und soziale Versorgung aber aufgrund der Lage noch schlechter ist. Sprachmittlung ist nicht geregelt.

### 3.5. Verweis auf Ausbau externer Versorgungsstrukturen

Anstatt ein System zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zu entwickeln, konzentrieren sich einige Bundesländer auf den Ausbau von Versorgungsstrukturen für die betreffende Zielgruppe. Dies erfolgt durch einen Abbau von Zugangshürden zum Gesundheitssystem, und der (finanziellen) Förderung der PSZ und unabhängiger Verfahrensberatungen. Wenn Schutzsuchende ohne die momentan üblichen (rechtlichen und praktischen) Einschränkungen medizinische und therapeutische Behandlung in Anspruch nehmen könnten, wäre eine Identifizierung der Bedarfe psychisch erkrankter Geflüchteter weniger wichtig. Auch könnten bei ausreichender Personalausstattung sowohl Mitarbeitende der PSZ, als auch der unabhängigen Verfahrensberatung besondere Schutzbedarfe identifiziert

und Personen bei der Durchsetzung ihrer besonderen Bedarfe unterstützen, ohne dass zusätzliche Strukturen geschaffen werden müssten. In Hinblick auf medizinisch-therapeutische Versorgung wäre eine Identifizierung bei einem uneingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem überhaupt nicht mehr nötig. Um sicher zu gehen, dass besonders schutzbedürftige Geflüchtete auch besondere Verfahrensgarantien in ihrem Asylverfahren erhalten (wie von der Verfahrensrichtlinie gefordert), ist eine Identifizierung zusätzlich zu einem Ausbau der Versorgungsstrukturen jedoch von Bedeutung (für eine ausführlichere Darstellung dieser Problematik siehe „Pro und Contra: Sollte es ein Verfahren zur frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten geben?“ auf Seite 18).

#### a. Bremen

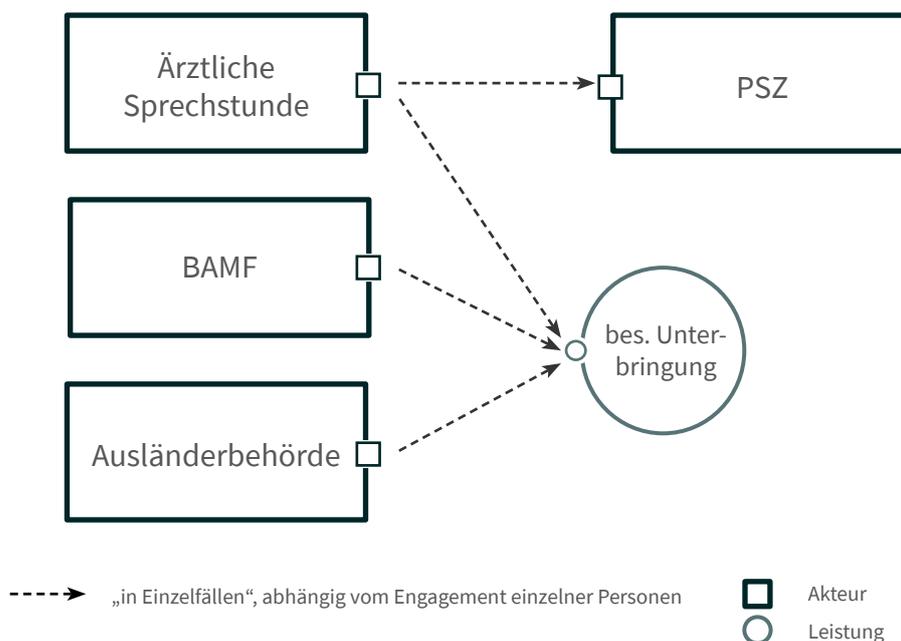


Abb. 11: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Bremen.

Das Bremer Gesundheitsmodell besteht bereits seit 1993 mit dem Ziel „eine ganzheitliche Erfassung des Gesundheitszustands und eine Versorgung der Geflüchteten zu etablieren“. (Bremische Bürgerschaft, 2018). Zur Umsetzung dieses Ziels wurde zum einen die Gesundheitsversorgung und zum anderen die Unterbringung von Geflüchteten in den Blick genommen. Das Ziel war dabei eine Unterbringung, die krankmachende Bedingungen vermeidet (ausreichend Platz, Rückzugsräume,

me, kindgerechte Räume, Kochmöglichkeiten etc.) (Bremische Bürgerschaft, 2018). Die Erstuntersuchung wurde zu einer Gesundheitsuntersuchung ausgebaut und es werden niedrigschwellige, freiwillige, ärztliche Sprechstunden in den Unterkünften angeboten und durch die Ausgabe einer Gesundheitskarte ein erleichterter Zugang zur Regelversorgung geschaffen. Ein großer Vorteil ist die Erfassung und Auswertung der Daten des Gesundheitsprogramms, welche das Leistungsspektrum

des Gesundheitsprogramms und das Krankheitsspektrum der untersuchten Geflüchteten umfasst. Wenn im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung psychische Auffälligkeiten sichtbar werden, verweisen die Ärzt\*innen Schutzsuchende an das PSZ oder Fachärzt\*innen weiter, es wird jedoch nicht explizit nach psychischer Belastung gefragt. Es wurden Standards für Gemeinschaftsunterkünfte etabliert, diese werden jedoch nicht konsequent eingehalten (Jung, 2011). Der Senat unterstützt einen möglichst frühen Umzug in eigene Wohnungen und die Wohnverpflichtung in Erstaufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften wurde auf drei Monate verkürzt (Bremische Bürgerschaft, 2013).

In Bremen sind im Ankunftszentrum alle zuständigen Behörden an einem Ort. Laut der Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport werden „ausschließlich anhand von freiwillig getätigten Äußerungen sowie äußerlichen Erkennungsmerkmalen [...] entsprechende Vorkehrungen für besonders Schutzbedürftige eingeleitet“. Es gibt zwei Unterkünfte für Frauen und Kinder, in einer davon findet eine traumapädagogische Betreuung statt. Außerdem fördert das Land das PSZ finanziell (DGSP, 2018).

Aus der Sicht des PSZ fehlt eine verbindliche Vereinbarung der verschiedenen Trägerorganisationen, sodass eine klare Zuständigkeit und ein Fokus auf die Identifizierung psychischer oder psychiatrischer Gründe für die Schutzbedürftigkeit festgelegt werden.

Das PSZ wird zwar vom Land Bremen mitfinanziert und kann Psychotherapie für Geflüchtete mit Krankenkassen abrechnen, dies reicht jedoch nicht aus, um die benötigten Bedarfe abzudecken. Außerdem ist das PSZ nicht strukturell an einer Identifizierung beteiligt, die durch mündliche Rücksprachen zwischen Mitarbeitenden des BAMF und der Ausländerbehörde bzw. nach eigener Auskunft der Geflüchteten oder nach Beobachtung äußerlicher Erkennungsmerkmale von Ärzt\*innen stattfindet. Die Wirksamkeit dieses Vorgehens ist praktisch jedoch von sehr vielen Einflüssen (u. a. Be- und Auslastung, Erreichbarkeit und Kommunikation, Schulungsgrad und Fachkenntnisse der Mitarbeitenden) abhängig.<sup>30</sup> Die zuständige Behörde arbeitet bereits seit einigen Jahren an der Erstellung eines Konzepts zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, bisher gibt es jedoch kein systematisches Verfahren.<sup>31</sup>

30 Antwort von Refugio Bremen auf die Umfrage der BAF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie“. Oktober 2019.

31 Antwort von Flüchtlingsrat Bremen auf die Umfrage der BAF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie“. Januar 2020.

## b. Hessen

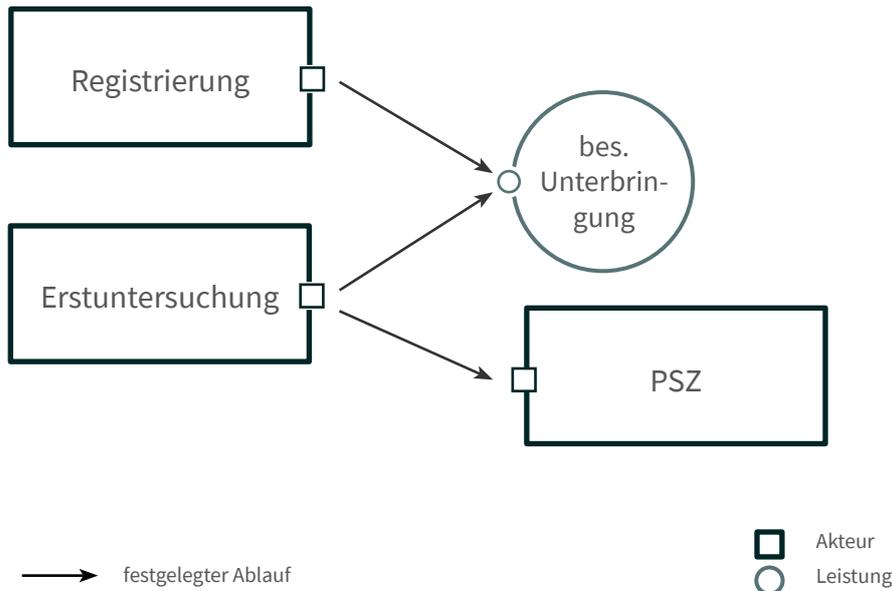


Abb. 12: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Hessen.

Im Rahmen des Step-by-Step Projekts wurde von Februar 2016 bis April 2017 in der Erstaufnahmeeinrichtung in Darmstadt speziell für besonders vulnerable Menschen (schwer Traumatisierte, alleinreisende Frauen, Familien mit Kleinkindern) ein traumasensibles Gesamtkonzept umgesetzt. Dieses umfasste die Teilhabe der dort lebenden Schutzsuchenden am gemeinsamen Leben durch Mitarbeit, medizinische, psychotherapeutische und sozialpädagogische Behandlung durch Sprechstunden (Diagnostik, Krisenintervention und Weitervermittlung) und Gruppenangebote. Die Gruppenangebote umfassten Informationsveranstaltungen, niedrigschwelliges Zusammenkommen und Kunsttherapie für Kinder und Jugendliche. Die Hauptmerkmale des Projekts waren die Vermittlung von Informationen, Bereitstellung einer Tagesstruktur und ein übergreifendes Konzept zur menschlichen Begegnung von Mitarbeitenden und Bewohner\*innen. Es bestand eine Kooperation mit einem PSZ zur Weiterbehandlung nach dem Transfer, falls dies nötig war. Insgesamt wurden sehr positive Erfahrungen mit diesem integrativen Konzept gemacht, für viele Menschen war danach eine Traumatherapie nicht mehr nötig. „Das Pilotprojekt STEP-BY-STEP konnte nachweisen, dass eine Erstaufnahmeeinrichtung speziell für besonders vulnerable Menschen [...] nach der Flucht dringend notwendig ist. Die dortigen Angebote müssen im Sinne einer möglichst passgenauen Versorgung im Netzwerk der Beteiligten in der Einrichtung, den Angeboten aus der Kommune, den Ehrenamtlichen abgesprochen und eingebettet sein. Es zeigt sich, dass vulnerable Geflüchtete im Rahmen einer Erstaufnahme-

einrichtung professionell unterstützt werden können und müssen“ (Leuzinger-Bohleber & Andresen, 2017). Die Erfahrungen des Pilotprojekts bestätigen also die große Bedeutung von Lebensumständen für die psychische Gesundheit von Schutzsuchenden (siehe auch Johansson, 2016), die bei der Unterbringung während des gesamten Asylverfahrens beachtet werden sollten. Trotz der positiven Erfahrungen wurde dieses Pilotprojekt jedoch nicht verlängert. In einer anderen Erstaufnahmeeinrichtung sollte eine Einrichtung für besonders schutzbedürftige Geflüchtete fortgeführt werden, allerdings ohne die entsprechenden Ressourcen und ohne das geschulte Personal. Diese EAE wird jetzt jedoch geschlossen (IP24).

Die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit findet laut der Aussage des Hessischen Sozialministeriums (o. J.) in der Regel während der medizinischen Erstuntersuchung im Ankunftszentrum in Gießen statt. In Anbetracht der personellen Ausstattung und der täglichen Zahl von neu ankommenden Schutzsuchenden (2019 täglich ca. 50 neue Personen) ist dies jedoch schwer vorstellbar (IP24). Gleichzeitig sollen alle Mitarbeitenden geschult werden und an regelmäßigen verpflichtenden Fortbildungen teilnehmen. Bei Auffälligkeiten sollen spezifische Ansprechpartner\*innen der Landessozialarbeit oder der medizinischen Ambulanzen informiert werden, die daraufhin die Betroffenen direkt kontaktieren. In einem persönlichen Gespräch sollen dann die individuellen Bedarfe festgestellt und auf einem Dokumentationsbogen festgehalten werden. Dies kann beispielsweise eine separierte Unterbringung für alleinreisende Frauen oder Familien

sein oder „in Einzelfällen eine Unterbringung in Einzelzimmern“. Es gibt „zielgruppenspezifische“ Ansprechpartner\*innen des Landessozialdienstes, die für die Bedarfe vulnerabler Personen besonders geschult sind. Wenn nötig wird das BAMF kontaktiert. Außerdem werden medizinische Informationen in einer Datenbank eingetragen, auf die bei einer Zuweisung das zuständige kommunale Gesundheitsamt Zugriff hat (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, o.J.).

Im Konzept zur Identifikation vulnerabler Personen (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, o.J.) werden die in der Aufnahmeberichtlinie genannten vulnerablen Personengruppen aufgezählt, unter anderem auch von schwerer Gewalt betroffene Personen und Personen mit psychischen Störungen. Konkrete (Schutz-)Maßnahmen werden außerdem im Schutzkonzept der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes Hessen (Regierungspräsidium Hessen, 2019) für Frauen, Kinder und Jugendliche und LGBTIQ\* Personen und Menschen mit Behinderung aufgezählt. Für psychisch erkrankte bzw. von schwerer Gewalt betroffene Menschen werden keine konkreten Maßnahmen definiert. Nachdem dies von den PSZ in Hessen in einem Fachgespräch mit der Aufsichtsbehörde und dem Regierungspräsidium Ende August 2019 angemerkt wurde, wurde eine Veränderung des Schutzkonzeptes unter Einbezug der PSZ in Aussicht gestellt, was bis jetzt jedoch nicht geschehen ist.<sup>32</sup>

Seit Ende des Jahres 2017 wurden mithilfe finanzieller Förderung des Landes vier Psychosoziale Zentren in Nord-, Mittel- und Südhessen und Rhein-Main aufgebaut und betrieben (Pressestelle Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, 2018). Die PSZ sollen vor Ort in den Erstaufnahmeeinrichtungen und in den Gebietskörperschaften Sprechstunden anbieten, in denen eine Stabilisierung und

eine Weitervermittlung in die örtlichen Regelstrukturen stattfinden soll (Regierungspräsidium Gießen, 2019; Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, o. J.). Die Durchführung einer standardisierten Untersuchung mit anschließender Bewertung und Interpretation durch geschultes Fachpersonal wurde durch das Regierungspräsidium für die Erstaufnahmeeinrichtung bisher nicht beschrieben. Sofern die Betroffenen also nicht bereits so auffällig sind, dass diese auch schon ohne ein entsprechendes Screening oder ein fachspezifisches Interview auffallen, besteht die Gefahr, dass psychische Störungen und damit einhergehende besondere Schutzbedürftigkeit übersehen werden. Das PSZ Mittelhessen wird zwar in Einzelfällen vom medizinischen Dienst kontaktiert, aber nicht, um Personen zu diagnostizieren und ihre besondere Schutzbedürftigkeit zu bescheinigen, sondern nur im Falle von psychiatrischer akuter Behandlungsbedürftigkeit und psychiatrisch-psychotherapeutischer Abklärung und Diagnostik.<sup>33</sup>

Selbst im Falle einer vom PSZ fachgerecht durchgeführten Diagnostik und entsprechender Stellungnahme ist eine traumatherapeutische Behandlung jedoch nicht gesichert, weil psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes während des Aufenthaltes in der Erstaufnahmeeinrichtung nicht bewilligt werden. Auch findet eine Bewilligung nur bei wenigen Sozialämtern und nach einem langen bürokratischen Weg statt. Zudem gibt es – außer im Rhein-Main-Gebiet – nur wenig entsprechend qualifizierte und motivierte Psychotherapeut\*innen und die notwendigen Dolmetscherkosten werden bis auf wenige Ausnahmen nicht übernommen. Die PSZ haben explizit den Auftrag der Krisenintervention und ersten Stabilisierung, eine langfristige Traumatherapie ist nicht vorgesehen (IP24).

32 Antwort des PSZ Mittelhessen auf die Umfrage der BAfF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmeberichtlinie“. Januar 2020.

33 Antwort des PSZ Mittelhessen auf die Umfrage der BAfF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmeberichtlinie“. Januar 2020.

### c. Nordrhein-Westfalen

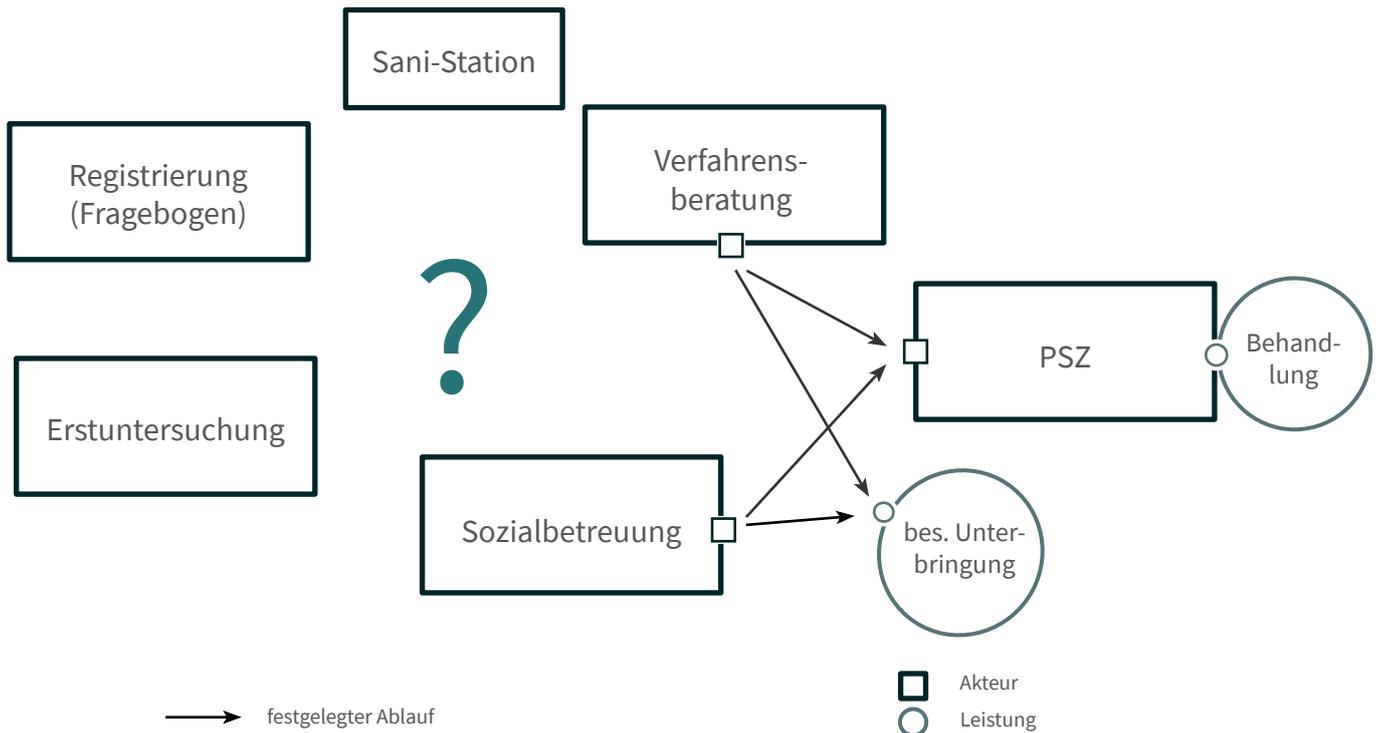


Abb. 13: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Nordrhein-Westfalen.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) besteht ein dreistufiges Unterbringungssystem für Geflüchtete. Neu eingereiste Schutzsuchende bleiben theoretisch ca. zwei bis drei Wochen (in der Realität häufig eher zwei bis drei Monate (IP21)) in einer der Erstaufnahmeeinrichtungen und werden nach der Anhörung in Landesunterkünfte verlegt. Von dort findet nach bis zu zwei Jahren eine Zuweisung in die Kommunen statt.<sup>34</sup>

In den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes NRW existiert bislang kein systematisches Vorgehen zur Identifizierung von besonderer Schutzbedürftigkeit der Schutzsuchenden. Mittels Selbstauskunftsfragebogen bei der Registrierung und während der medizinischen Erstuntersuchung sollen Krankheiten eingangs ermittelt werden. Der Fragebogen enthält die Frage „Haben Sie weitere (ansteckende) Krankheiten?“. Nach Aussage der Ausländerbehörde sollen Menschen dort auch psychische Erkrankungen eintragen (IP15).

In den Einrichtungen können die Schutzsuchenden bei Gesundheitsfragen die örtlichen Sanitätsstationen aufsuchen, in denen, wenn auch nicht durchgängig, Allgemeinmedizi-

ner\*innen tätig sind. Häufig fallen die Beschwerden und besonderen Bedarfe allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt auf. Schutzsuchende wenden sich mit Beschwerden – auch aufgrund von wachsendem Vertrauen – unter anderem an die unabhängigen Beratungsstellen oder Sozialbetreuer\*innen in den Unterkünften. Die Berater\*innen sind bemüht, Betroffene in spezialisierte Versorgungsmöglichkeiten weiterzuleiten. In den Einrichtungen selbst gibt es bislang keine eigenständigen Therapieangebote. Bei psychischen Belastungen erfolgt die Verweisberatung an das PSZ-Netzwerk, das vom Land NRW gefördert wird, an Psychiatrien und niedergelassene Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen. Allerdings sind die therapeutischen Angebote, insbesondere für Schutzsuchende in abgelegenen Unterkünften, nicht ausreichend. Sanitätsstation und Ausländerbehörde tragen nach Aussage der Bezirksregierung beim Vorliegen ärztlicher Atteste diese in ein zentrales Landesdatensystem ein, auf das alle Behörden Zugriff haben.<sup>35</sup>

Die größten Probleme sind in fehlenden Kostenübernahmen, auch für Sprachmittlung, sowie in nicht zeitnah bestehenden Zugängen zu

34 Seit Juli 2019 werden Schutzsuchende (mit Ausnahme von Familien mit minderjährigen Kindern) erst nach einer positiven Entscheidung ihres Asylantrags in die Kommunen zugewiesen und bleiben bis dahin (maximal jedoch 24 Monate) in den Landesunterkünften.

35 „Die Landesdatenbank als Fachverfahren zur informationstechnischen Unterstützung in den Bereichen Unterbringung, Versorgung, Verteilung, Zuweisung und Rückführung von Flüchtlingen (DiAs NRW) befindet sich weiter im kontinuierlichen Aufbau“ (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2019b).

Diagnostik und Therapien festzustellen. Über Sanitätsstationen und Ärzt\*innen in den Einrichtungen müsste hier kurzfristig eine Weitervermittlung erfolgen. In etlichen Unterkünften erfolgt dies aber nicht, dadurch ist die freie Arztwahl faktisch stark eingeschränkt oder wird ganz verweigert, mit dem Hinweis, dass eine Behandlung erst bei Unterbringung in den Kommunen, unter restriktiver Auslegung des AsylbLG, stattfinden könne (IP21).

Neben der Versorgung hat dies auch Folgen für das Vorbringen von Krankheiten im Asylverfahren. Wenn eine Person einen besonderen Schutzbedarf aufgrund (körperlicher oder psychischer) Erkrankung in der Anhörung äußert, muss dies in der Regel innerhalb einer Frist von vier Wochen durch eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen werden. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge übernimmt die Kosten für diese Stellungnahme jedoch in der Regel nicht. Die häufig ausgesetzte freie Arztwahl, Verzögerungen dabei zeitnahe Arzttermine mit Kostenübernahme und entsprechender Sprachmittlung zu erhalten, sowie die knappe Zeit für die Behandler\*innen, eine qualifizierte Stellungnahme zu erstellen, machen es für Schutzsuchende nahezu unmöglich, auch eine verlängerte Frist einzuhalten (IP21).

Das Landesgewaltschutzkonzept<sup>36</sup> beinhaltet unter anderem, dass in jedem Regierungsbezirk mindestens eine Einrichtung für besonders schutzbedürftige Personen geschaffen werden soll (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2019a). In diesen werden mehr Einzelzimmer zur Verfügung gestellt, in einer Einrichtung besteht eine enge Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik. Generell ist die medizinische und therapeutische Versorgung in diesen Einrichtungen jedoch nicht immer umfangreicher, teilweise gestaltet sich aufgrund der abgelegenen Lage die Anbindung an Fachstellen sogar schwieriger als in den Regelunterkünften (IP21). In den anderen Einrichtungen sollen alleinreisende Frauen und LGBTIQ\* Geflüchtete in separaten Gebäudeteilen untergebracht werden. Außerdem sieht das Gewaltschutzkonzept vor, dass tagsüber jederzeit geschultes Betreuungspersonal für vulnerable, traumatisierte Schutzsuchende erreichbar sein und allen Bewohner\*innen bekannt sein soll (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017). In der Praxis wird dies nicht in allen Unterkünften übernommen (IP21).

Die verlängerten Unterbringungszeiten (gemäß § 47 Abs. 1b AsylG), in NRW seit 2018 in Kraft, tragen zu einer Verzögerung der therapeutischen Anbindung bei. Zur Sicherstellung von angemessener Unterbringung und Versorgung besteht die Möglichkeit, eine Verlegung in eine andere Landesunterkunft bzw. eine Sonderzuweisung in die Kommune zu veranlassen und somit in der Nähe von Versorgungsangeboten (z. B. durch ein PSZ) untergebracht zu werden. Dies wird jedoch in vielen Fällen abgelehnt, weil z. B. etliche Kommunen in diesen Fällen nicht aufnahmebereit sind oder Verwaltungsabläufe zur Rückführung Priorität vor Schutzbedarfen haben. In bekannten Einzelfällen müssen Personen im Dublin-Verfahren oder aus einem sogenannten sicheren Herkunftsstaat – trotz besonderer Schutzbedarfe – in den speziell für sie vorgesehenen Einrichtungen verbleiben (IP21).

### Modellprojekte

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) Nordrhein-Westfalen antwortete auf die Anfrage der DGSP, dass es ein Screeningprojekt zur Identifizierung von psychischen Belastungen unter Geflüchteten gefördert hat (DGSP, 2018). Dieses Modellprojekt zur Frühidentifizierung wurde in kommunalen Unterkünften in Düsseldorf, Bielefeld und Hagen, jeweils in Kooperation mit dem dortigen PSZ, von Juli 2017 bis Ende 2018 durchgeführt. Nach einem Screening aller Bewohner\*innen durch Mitarbeitende des Landes mithilfe des PROTECT Fragebogens wurden diese ab einer mittleren Punktzahl auf die Möglichkeit einer Sprechstunde hingewiesen bzw. erhielten einen Termin dafür. Außerdem wurden Bewohner\*innen durch Flyer, Aushänge und direkte Ansprache von Sozialarbeitenden auf das Angebot der Sprechstunde aufmerksam gemacht. Im Rahmen des eineinhalbstündigen Beratungsgesprächs durch eine Sozialarbeiterin des PSZ wurden der Aufenthaltsstatus, die psychische Gesundheit, das soziale Netzwerk und andere Ressourcen abgefragt. Dazu wurde der im Rahmen des Projekts entwickelte Leitfaden zur Identifikation von besonderem Vermittlungsbedarf (LIVE) (siehe „Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögen“ auf Seite 80) genutzt.

Daraufhin wurde in akuten Fällen direkt an Krankenhäuser oder ambulante Behandlung vermittelt. In weniger akuten Fällen wurden Informationen über Möglichkeiten der Be-

<sup>36</sup> Dieses ist für alle Einrichtungen verbindlich und „beschreibt das Zusammenwirken aus baulichen, organisatorischen und institutionellen sowie sozialpädagogischen und psychologischen Maßnahmen, bei denen [...] insbesondere schutzbedürftige Personen entsprechend des Leitbildes im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.“ (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017).

handlung (Klinikambulanzen, niedergelassene Therapeut\*innen und Fachärzt\*innen, PSZ) ausgehändigt (PSZ Düsseldorf, 2019). Jedoch zeigte sich an allen Standorten im Nachhinein, dass die Weitervermittlung in die Versorgung häufig an unterschiedlichen Hürden scheiterte. Die Anmeldeprozeduren der Einrichtungen waren häufig für Geflüchtete nicht zu bewältigen. In dem Projekt wurde außerdem deutlich, dass neben psychotherapeutisch/psychiatrischer Behandlung auch viele andere Beratungsbedarfe bestanden (z. B. in Bezug auf Sucht, Schulden oder Familienberatung). Eine weitere Schwierigkeit stellte die Weitervermittlung von Informationen bezüglich der gesundheitlichen Situation der Geflüchteten nach der Verteilung in die Kommunen dar. Diese werden oft nicht oder unzureichend kommuniziert, was zu Behandlungsunterbrechungen, Behandlungsabbrüchen und Parallelbehandlungen führe, die zusätzliche Kosten verursachen, Kapazitäten zusätzlich verknappen und auch zur Chronifizierung der Krankheiten beitragen kann (PSZ Düsseldorf, 2019).

„Die Evaluation machte deutlich, dass Vertraulichkeit, Unabhängigkeit und eine von Empathie, Respekt und Wertschätzung geprägte Gesprächsführung eine Notwendigkeit sind, um die in der EU-Aufnahmerichtlinie geforderte Früherkennung sachgerecht umsetzen zu können“ (van Keuk & Esser, 2018). Es wurde ein hoher Beratungs- und Behandlungsbedarf unter den untersuchten Geflüchteten festgestellt, auch bei auf den ersten Blick eher unauffällig wirkenden Personen.<sup>37</sup> Bisher ist keine Weiterführung des Projekts geplant, auch wenn von den daran teilnehmenden PSZ eine langfristige Etablierung empfohlen wurde und das Integrationsministerium eine landesweite Implementierung in Erwägung zieht, „wenn sich [das] Pilotprojekt als erfolgreich erweist“ (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2019a). Außerdem war das Projekt erst relativ spät im Verlauf des Asylverfahrens angesetzt und

fand erst nach der Verteilung auf die Kommunen statt.<sup>38</sup> Trotzdem kamen „Menschen in die Screenings [...], die trotz teilweise dringenden körperlichen und psychologischen Problemen und bereits längerem Aufenthalt in Deutschland massiv unterversorgt waren (keine hausärztliche Anbindung, keine Behandlung trotz starker Schmerzen und psychischer Not)“ (PSZ Düsseldorf, 2019). Das zeigt, dass eine frühere Identifizierung mit daran anschließender Versorgung nötig ist.

In einer der Landesunterkünfte in Borsenreich wird seit Mai 2016 ein Modellprojekt durchgeführt, in dem psychosoziale Sprechstunden von einer Psychologin angeboten werden. Die Klient\*innen kommen aus Eigeninitiative oder durch Überweisungen von Sozialarbeitenden oder Ärzt\*innen in die Sprechstunden. Insgesamt wurden in einem Jahr 129 Personen in 550 Beratungskontakten beraten. Im Zwischenbericht des Projekts wird die Unterstützung der zuständigen Bezirksregierung bei Verlegungen und Transfer positiv hervorgehoben. Als schwierig wird beschrieben, dass es aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für die Psychologin nicht möglich ist, psychische Belastungen ihrer Klient\*innen durch Stellungnahmen in deren Asylverfahren einzubringen (Schäfer et al., 2017).

Es gibt einen Gesprächskreis der zuständigen Ministerien mit beteiligten NGOs und PSZ, in dessen Rahmen ein Konzept zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit erarbeitet werden sollte, bisher jedoch ohne finales Ergebnis.<sup>39</sup> In dem Arbeitskreis wurde detailliert diskutiert, zu welchem Zeitpunkt und wie eine Identifizierung stattfinden könnte, welcher Kontext dafür geschaffen werden müsste (bauliche Voraussetzungen, Atmosphäre) und wie die Sprachmittlung geregelt werden könnte. Seit Mitte 2019 ist der Arbeitskreis jedoch nicht mehr aktiv (IP19). Nach Aussage des Ministeriums soll jedoch im Laufe dieses Jahres ein Konzept fertiggestellt werden.<sup>40</sup>

37 Es bestand bei 89 % der 219 vollständig durchgeführten Screeningfälle ein Bedarf von unterschiedlicher Dringlichkeit. Bei manchen Personen wurden Informationen zu Beratungsstellen oder Behandlungsmöglichkeiten ausgehändigt, andere weitervermittelt oder bei hoher Dringlichkeit direkt interveniert. Die meisten Bedarfe zeigten sich in den Bereichen psychotherapeutische Behandlung, somatische/fachärztliche Behandlung sowie Informationsvermittlung über Beratungsstellen und Hilfsangebote. In etwa der Hälfte der Fälle bestand ein Bedarf für psychotherapeutische oder psychiatrische Abklärung bzw. Behandlung, jedoch lediglich 9% der Screeningfälle waren therapeutisch angebunden (PSZ Düsseldorf, 2019).

38 Aufgrund einer Entscheidung des Sozialministeriums das Projekt auf kommunaler Ebene stattfinden zu lassen (IP1).

39 Nach der Landtagswahl 2017 zog sich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales aus dem Gesprächskreis zurück, der jetzt dem neu gegründeten Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen unterliegt (IP19).

40 Antwort des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen auf eine Anfrage der BAfF bezüglich des aktuellen Stands der Planung eines Konzepts zur Erkennung vulnerabler Personen in den Landes-einrichtungen in NRW. März 2020.

## Zusammenfassung

In **Bremen** gibt es durch das „Bremer Modell“ einen vergleichsweise guten Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete. Dieses beinhaltet eine ausführliche medizinische Gesundheitsuntersuchung, niedrigschwellige ärztliche Sprechstunden in den Unterkünften, und einen erleichterten Zugang zur Regelversorgung durch die Gesundheitskarte. Außerdem bestehen spezielle Unterkünfte und eine Förderung des Landes für das PSZ. Es gibt jedoch kein systematisches Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Die Identifizierung und darauffolgende Intervention hängt von einzelnen Mitarbeitenden ab, die auf die besonderen Bedarfe aufmerksam werden und diese bei anderen Behörden durchsetzen.

**Hessen** hat ein 2016/17 erfolgreich durchgeführtes Pilotprojekt für ein integratives, traumasensibles Wohn- und Unterstützungskonzept einer Erstaufnahmeeinrichtung nicht weitergeführt. Es werden vier Psychosoziale Zentren gefördert, deren Aufgaben psychosoziale Beratungsangebote zur Krisenintervention und Erststabilisierung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und für die auf die Kommunen zugeteilten Geflüchteten sind. Eine Identifizierung besonders Schutzbedürftiger aufgrund von Gewalterfahrungen/Traumatisierung findet nicht statt. Psychotherapien über Stabilisierung hinaus werden für Schutzsuchende während des Aufenthaltes in den Erstaufnahmeeinrichtungen mit Verweis auf das AsylbLG nicht erstattet. Auch andere besondere Bedarfe sind in dem Schutzkonzept und dem Identifizierungskonzept (im Gegensatz zu anderen Gruppen) für diese Personengruppe nicht erwähnt und finden in der Praxis nur in Ausnahmefällen Beachtung.

In **Nordrhein-Westfalen** wird während der Registrierung ein Selbstauskunftsfragebogen ausgefüllt, darin wird aber nicht nach psychischen Belastungen gefragt. Diese fallen häufig eher Sozialbetreuer\*innen oder in der Verfahrensberatung auf. Das Landesgewaltschutzkonzept enthält Regelungen zur Fortbildung Mitarbeitender und zur Unterbringung besonders Schutzbedürftiger. Durch die Förderung eines PSZ-Netzwerks ist die psychotherapeutische Versorgung für Geflüchtete vergleichsweise umfangreich, die medizinische Versorgung ist jedoch während des Aufenthalts in den Landesunterkünften eingeschränkt. Ein 1,5jähriges Pilotprojekt zur Identifizierung psychischer Erkrankungen mit einem zweistufigen Screening (Mitarbeitende des Landes, Sozialarbeiter\*innen der PSZ) und mit Weitervermittlung in die Regelversorgung in drei Städten wurde trotz Feststellung eines hohen Bedarfs nicht weitergeführt. Die größte Schwierigkeit bestand in der Wahrnehmung von Angeboten des Regelgesundheitssystems. In einer Landesunterkunft wird als weiteres Pilotprojekt eine psychosoziale Sprechstunde angeboten. Ein Gesprächskreis mit dem Integrationsministerium zur Entwicklung eines Konzepts zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit ist bisher ohne Ergebnis, zurzeit besteht kein Verfahren zur Erkennung besonderer Schutzbedürftigkeit.

### 3.6. Keine Methode zur Identifizierung

In den im Folgenden dargestellten Bundesländern existiert keine Methode zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Die Landesregierung fühlt sich entweder nicht zuständig, verweist lediglich auf die Erstuntersu-

chung, die aber wie bereits beschrieben ohne grundsätzliche Umgestaltung keine Identifizierung leisten kann, oder die beschriebenen Ansätze laufen in der Praxis vollkommen ins Leere.

#### a. Bayern

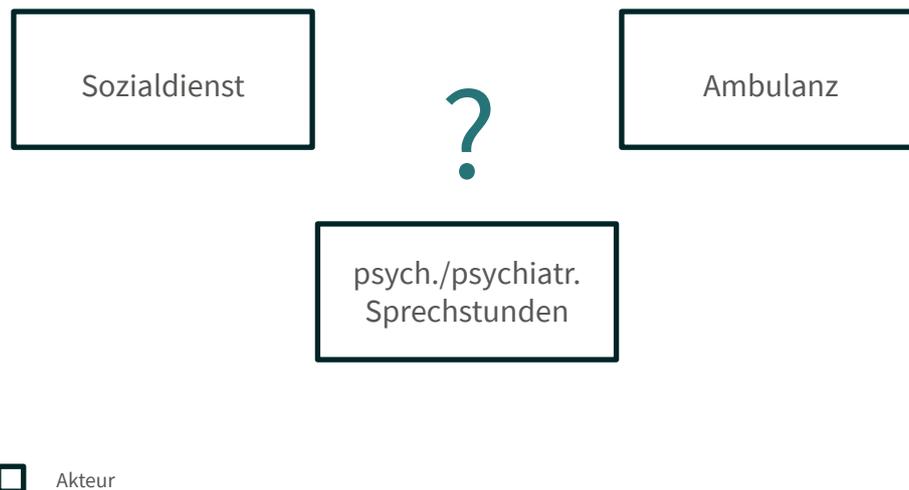


Abb. 14: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Bayern.

In Bayern wurden vom Bayerischen Sozialministerium 2010 und 2011 zwei Pilotprojekte finanziert, in denen unabhängige Gutachterstellen zur Feststellung psychischer Erkrankungen aufgebaut wurden.<sup>41</sup> In den Projektberichten wurden Empfehlungen für ein langfristiges Verfahren zur Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter ausgesprochen. Stattdessen wurden die Projekte jedoch nach einem bzw. eineinhalb Jahren (also Ende 2011 und Anfang 2012) nicht verlängert und die aufgebauten Strukturen wieder aufgelöst.

Im Rahmen der DGSP-Umfrage (2018) verweist das Bayerische Staatsministerium für Inneres und Integration auf die Zuständigkeit des BAMF für die Wahrung der Rechte vulnerabler Personen im Asylverfahren. Das Staatsministerium verweist außerdem auf medizinische Zentren in den Unterkünften zur Behandlung von Schutzsuchenden, in denen auch Psycholog\*innen tätig sind. Nach Aussage des Bayerischen Flüchtlingsrats (2019) gibt es jedoch nur in einigen AnKER-Einrichtungen psychiatrische und/oder psychologische Sprechstunden (siehe auch Lobkowitz, 2019). Auch in den Einrichtungen, in denen Sprechstunden stattfinden, sind diese nicht ausreichend und haben keine professionellen Sprachmittler\*innen. Ein

Verfahren zur Bestimmung der besonderen Schutzbedürftigkeit gibt es nach Aussage des Ministeriums nicht.

Die eingerichteten Stellen für Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen können häufig nicht besetzt werden. Mitarbeitende berichten von der zu großen Belastung aufgrund der prekären Zustände in den AnKER-Zentren und Hoffnungslosigkeit unter den Schutzsuchenden, weshalb wenige Fachkräfte lange im AnKER-Zentrum arbeiten können (Soyer, 2019). Eine Untersuchung der BAfF zum Leben in Sammelunterkünften (Baron et al., 2020) nahm unter anderem AnKER-Zentren in Bayern in den Blick. Dort wurde berichtet, dass für die unabhängige Asylverfahrensberatung lediglich die Hälfte der Stellen besetzt werden konnten, was zu einer noch größeren Belastung der Mitarbeiter\*innen führte, die zu zweit 600 Personen berieten. Täglich entstanden daher Warteschlangen für medizinische Versorgung und Sozialberatung und es wurden Wellenbrecher aufgestellt, damit es nicht zu Chaos kam. Die Menschen stellten sich um Mitternacht an, damit sie einen der Beratungstermine bei den Sozialarbeiter\*innen bekommen konnten. Diese prekäre Situation führte dazu, dass besonders belastete Personen (aufgrund

41 München (Juni 2010 bis November 2011) und Zirndorf (Februar 2011 bis Januar 2012). Für weitere Informationen siehe (2012); Niklewski et al. (2012); BAfF e.V. (2015).

von körperlichen und psychischen Erkrankungen, Kindern, Schwangerschaft etc.) nicht in der Lage waren, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach Intervention durch zivilgesellschaftliche Organisationen reagierte die Landesregierung und stellte mehr Sozialarbeitende an. Dadurch ist die Situation mittlerweile im Vergleich zum letzten Jahr verbessert. In den Außenstellen der AnkER-Zentren gibt es jedoch kein medizinisches Personal und Reisekosten von den Außenstellen zu den Ambulanzen in den zentralen Einrichtungen werden nicht erstattet (European Council of Refugees and Exiles, 2019). Den Sozialarbeitenden ist es aufgrund der Situation nicht möglich, einen Überblick darüber zu haben, welche Bewohner\*innen zusätzliche Unterstützung benötigen. Besondere Schutzbedürftigkeit kann unter diesen Umständen nicht erkannt werden.

Im AnkER-Zentrum in Manching Ingolstadt bot das psychosoziale Zentrum Refugio München und Ärzte der Welt (ÄdW) 2019 zweiwöchentlich eine offene psychiatrische Sprechstunde und eine kunsttherapeutische Gruppe für Kinder an. Das Ziel war dabei die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit und daraufhin die Vermittlung in die Regelversorgung. Jedoch wurden lediglich Einzelfälle erkannt und deren Bedarf festgestellt, da die Kapazitäten nicht ausreichten, alle Bewohner\*innen in Augenschein zu nehmen. Es war aufgrund geringer personeller Ressourcen auch keine Übergabe mit den Mitarbeitenden des Sozialdienstes im Sinne von case management möglich. Und vor allem besteht kein System der Gewährung von Bedarfen nach einer Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. In jedem Einzelfall war ein großer personeller Aufwand nötig, um eine Reaktion der Behörden zu erreichen. Daher wurde entschieden, die Angebote im folgenden Jahr nicht fortzuführen, sondern von der Landesregierung die Förderung einer systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zu fordern (Soyer, 2019).

Für die Gewährung von Therapien haben die Behörden in Bayern (festgelegt in den Ausführungsbestimmungen zum AsylbLG) eine enge Interpretation bei der Kostenübernahme. Es wird gefordert, dass Fachärzt\*innen Therapiebedürftigkeit bescheinigen (analog zu den Bestimmungen zum § 60a AufenthG zur Krankheit als Duldungsgrund).<sup>42</sup> Dies macht die Beantragung einer Kostenübernahme quasi unmöglich, da der Aufwand zur Beantragung für niedergelassene Fachärzt\*innen zu groß ist und durch Psychotherapeut\*innen, die den größten Teil der therapeutischen Angebote machen, nicht möglich ist.

Es gibt keine standardisierten Vorgehens- und Handlungsanweisungen zum Umgang mit Personen mit besonderen Bedarfen. Daher bleiben Schutzsuchende auch dann häufig in den Unterkünften, wenn attestierte besondere Bedarfe eine Verlegung empfehlen würden.

42 Antwort von Refugio München auf die Umfrage der BAfF „Zur Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender gemäß der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie“. Juli 2017.

## b. Mecklenburg-Vorpommern

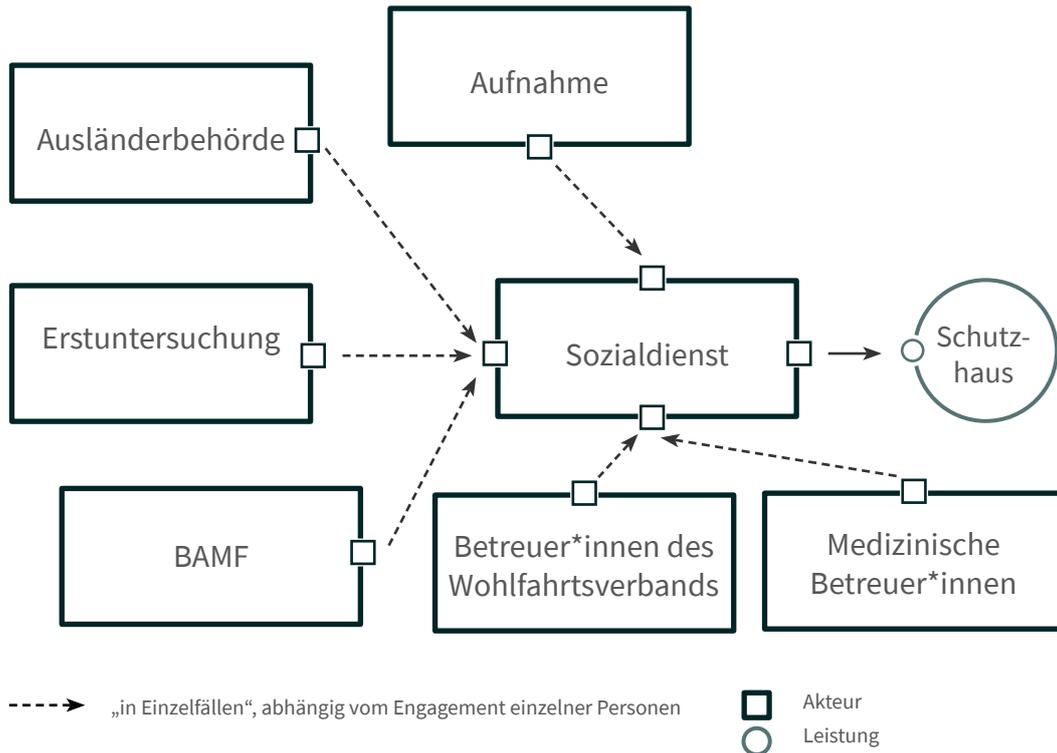
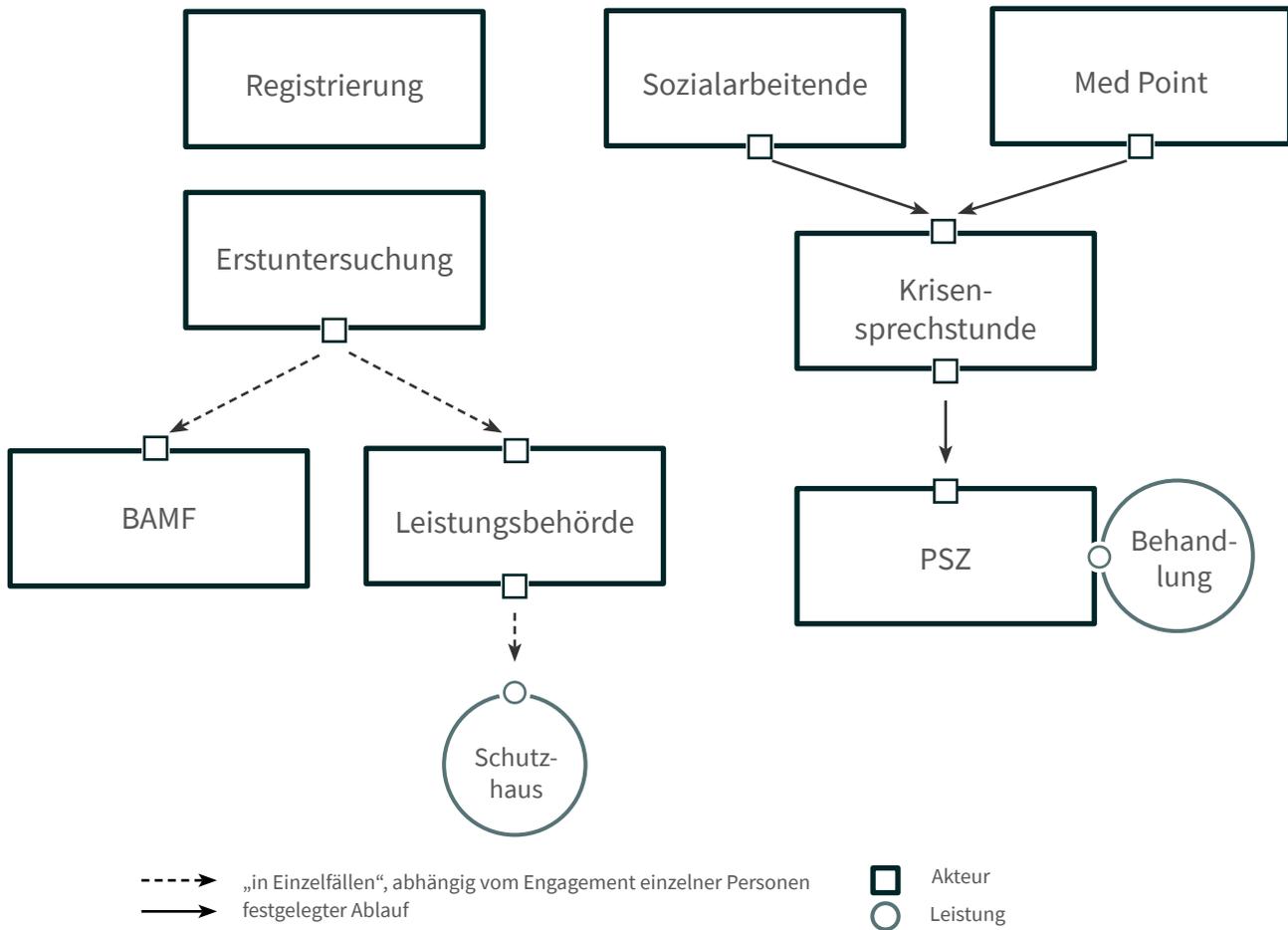


Abb. 15: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Mecklenburg-Vorpommern.

Das Ministerium für Inneres und Europa in Mecklenburg-Vorpommern benennt ein „mehrschichtiges Verfahren zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen“ (DGSP, 2018). Behördenmitarbeiter\*innen während der Aufnahme, in der Ausländerbehörde, Sozialdienst und Rückkehrberatung, Ärzt\*innen während der Erstuntersuchung, Betreuer\*innen des Wohlfahrtsverbands und BAMF-Mitarbeiter\*innen „sind gehalten, Beobachtungen und Feststellungen, die auf eine besondere Schutzbedürftigkeit schließen lassen, aufzugreifen und zunächst an den Betreuungsverband in der Einrichtung weiterzuleiten“. Daraufhin wird eine Entscheidung getroffen, ob die betreffende Person in einem Schutzhaus (mit 100 Plätzen) untergebracht wird. Das ist für ca. 10-20 % der Personen in der Erstaufnahmeeinrichtung der Fall. „Für besonders gelagerte Einzelfälle oder nach Vorkommnissen“ werden nach Aussage des Ministeriums Einzelfallberatungen durchgeführt und andere Maßnahmen getroffen. Nach Erfahrung von Praktiker\*innen findet dies aber nur nach Intervention von Ehrenamtlichen oder Wohlfahrtsverbänden statt (IP20). Das Ministerium beschreibt das Verfahren zur Identifizierung weiter strukturieren und formalisieren zu wollen. Die Kommunen werden nach offizieller Aussage über die besonderen Schutzbedarfe, nach einer Entbindung von der Schweigepflicht, informiert (DGSP, 2018).

Seit August 2018 gibt es sogenannte Med-Betreuer\*innen mit einer medizinischen Ausbildung, die „spezielle betreuende und koordinierende Aufgaben für diesen Personenkreis erfüllen sollen“ (DGSP, 2018). Damit sind Krankenpfleger\*innen gemeint, die jedoch die Bedarfe besonders Schutzbedürftiger nicht systematisch erfassen (IP20). Außerdem beschreibt das Ministerium, dass ab 2019 Sprechstunden angeboten werden sollen, in denen eine psychotherapeutische Erstintervention und Feststellung besonderer Behandlungs- und Betreuungsbedarfe stattfindet (DGSP, 2018). Dies ist bisher jedoch nicht der Fall (IP20). Die weitere Versorgung aller Schutzsuchenden in Mecklenburg-Vorpommern findet durch die drei Psychosozialen Zentren und die Regelversorgung statt. In der Praxis ist insbesondere die Versorgung auf dem Land sehr schlecht. Die PSZ sind aufgrund der weiten Distanzen nicht zu erreichen, genau wie die wenigen spezialisierten Krankenhäuser. In Einzelfällen gelingen Vermittlungen zu niedergelassenen Ärzt\*innen und Therapeut\*innen, meist durch ehrenamtliches Engagement. Viele notwendige Behandlungen (sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich) werden abgelehnt. Eine systematische Erfassung der besonderen Bedarfe gibt es nicht, traumatisierte Geflüchtete sind in der Regel ohne Behandlung und Beratung, auch wenn dies in Einzelfällen anders aussieht (IP20).

### c. Sachsen



Die sächsische Landesregierung beschreibt sowohl in ihrer Antwort auf die DGSP-Umfrage als auch auf eine große Anfrage im Landtag (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019), dass die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit im Rahmen der Erstregistrierung durch die Zentrale Ausländerbehörde (ZAB) und der Gesundheitsuntersuchung durch das Gesundheitsamt stattfindet. „Offensichtliche Vulnerabilitäten werden in diesem Verfahrensschritt erkannt, erfasst und zu Zwecken der bedarfsgerechten Unterbringung und Versorgung ausgewertet.“ Auch zu einem späteren Zeitpunkt ist eine Identifizierung durch Sozialarbeitende möglich. Das Gesundheitsamt gibt nach Aussage der Landesregierung Informationen an die Behörde bezüglich einer speziellen Unterbringung und an das BAMF zu einem Sonderbeauftragten für die Anhörung weiter (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019). In der Anfrage verweist die Landesregierung auf das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen in Bezug auf die Aufgaben des Gesundheitsamtes. Dadurch bleibt unklar, ob es die Aufgabe der Gesundheitsämter ist, besondere Schutzbedürftigkeit zu identifizieren und an die Behörden

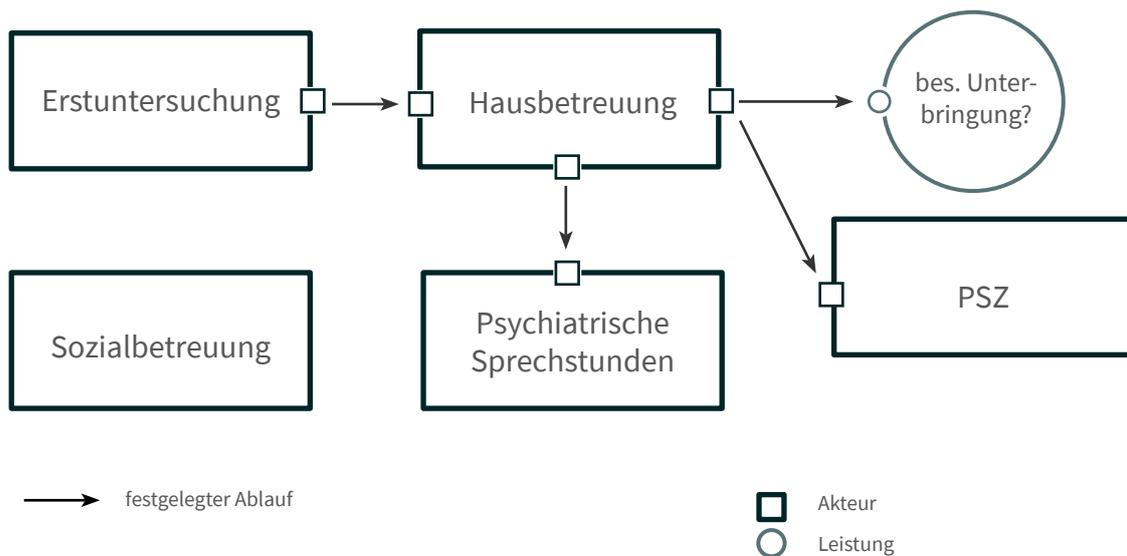
weiterzugeben, die für Unterbringung und Leistungsgewährung zuständig sind. Weiter heißt es in der Antwort auf die Anfrage: „Der Prozess der Registrierung und der medizinischen Erstuntersuchung von Asylbewerbern verfolgt nicht primär das Ziel, die in der Fragestellung genannten Krankheitsbilder aufzudecken. Werden im Laufe einer Registrierung und der medizinischen Erstuntersuchung sich verdichtende Erkenntnisse zu den genannten Krankheitsbildern gewonnen, werden in der Regel Sprachmittler oder Dolmetscher hinzugezogen“ (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2019). Daraus lässt sich schließen, dass das Gesundheitsamt Schutzsuchende nicht nach ihrer psychischen Gesundheit befragt (dafür wäre auch eine Sprachmittlung notwendig), sondern dies nur bei Auffälligkeiten (denkbar sind beispielsweise Aggressivität oder starke psychotische Symptome) passiert. Das bedeutet, dass die meisten Menschen auch mit schweren psychischen Erkrankungen nicht erkannt werden und daher auch keine besondere Behandlung in Form von Sonderanhörer\*innen beim BAMF, therapeutischen Angeboten oder einer besonderen Unterkunft erhalten.

Abb. 16: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Sachsen.

Einmal wöchentlich findet seit 2015 im Anker-Zentrum in Dresden eine zweistündige, ehrenamtlich organisierte Krisensprechstunde mit wechselnden Therapeut\*innen statt. Die betroffenen Personen werden vom Sozialdienst oder Medpoint vermittelt. Es werden hier vor allem Notfall- und Kriseninterventionen durchgeführt und Empfehlungen für eine Vermittlung an das PSZ oder zur Internationalen Praxis in Dresden ausgesprochen. Ein Beratungsangebot per Video wurde wenige Male ausprobiert, findet aber aufgrund technischer Probleme nicht mehr statt. Es existiert

ein Schutzhaus für Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind. Dieses ist jedoch noch stärker isoliert als das Anker-Zentrum, liegt ländlich mit schlechter Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr (zweimal täglich fährt ein Bus). Dadurch ist nicht nur das Leben der dort lebenden Frauen und Kinder stark eingeschränkt, auch der Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsstrukturen ist (abgesehen von einer mobilen Sprechstunde des PSZ) stark erschwert. Das Wachpersonal ist männlich, was bei einem Frauenschutzhaus nicht nachvollziehbar ist (Baron et al., 2020).

## d. Schleswig-Holstein



Das Ministerium für Inneres, ländliche Räume und Integration Schleswig-Holstein schreibt in seiner Antwort an die DGSP, dass Schutzsuchende in den Landesunterkünften im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung durch den ärztlichen Dienst identifiziert werden und für die Weiterbehandlung gesorgt wird. Für die psychiatrische Versorgung sind örtliche Krankenhäuser zuständig. Des Weiteren wird auf die Sozialbetreuung in den Unterkünften verwiesen. Vom ärztlichen Dienst wird nach Aussage des Ministeriums besondere Schutzbedürftigkeit an die Hausbetreuung kommuniziert und für angemessene Unterbringung gesorgt. Außerdem beruft sich das Ministerium auf die finanzielle Unterstützung mehrerer Versorgungsangebote (PSZ, Angebote in Kliniken) (DGSP, 2018).

In der Praxis ist die psychiatrische stationäre Versorgung durch diese örtliche Zuständigkeit zwar sichergestellt, greift aber lediglich bei Selbst- oder Fremdgefährdung. Auch kann aufgrund fehlender Sprachmittlung in den Krankenhäusern meist keine Therapie stattfinden, sondern nur eine kurzfristige Stabilisierung durch Medikamentengabe gewährleistet werden (IP2). Im Rahmen der ambulanten Ver-

sorgung wird zumeist auf die PSZ zurückgegriffen, die jedoch aufgrund ihrer Lage für die Schutzsuchenden in den Landesunterkünften praktisch nicht erreichbar sind.<sup>43</sup> Die Schutzsuchenden, die bis zum Abschluss des Asylverfahrens in diesen Unterkünften bleiben, weil sie eine „schlechte Bleibeperspektive“ haben, können also lediglich durch das (nicht mit Landesmitteln finanzierte<sup>44</sup>) PSZ in Altholstein versorgt werden, in dem zurzeit ein Psychologe arbeitet. Die Überweisung an das PSZ erfolgt durch Krankenhäuser, den ärztlichen Dienst und vor allem durch den Sozialdienst. Das PSZ kann den Bedarf selbstverständlich nicht abdecken.<sup>45</sup> Nach der Umverteilung sind die Möglichkeiten der Versorgung meist besser, wenn Schutzsuchende in die Nähe einer größeren Stadt (und eventuell eines PSZ) ziehen. Es wird jedoch bei der Verteilung nur in Ausnahmefällen berücksichtigt, dass eine therapeutische Anbindung sichergestellt wird. Wöchentliche psychiatrische Sprechstunden werden von den Krankenhäusern in den Unterkünften angeboten, dies reicht aber für den Bedarf nicht aus (lange Wartelisten) und stellt auch keine längerfristige Betreuung über die einmalige Sprechstunde hinaus dar (IP2).

Abb. 17: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein.

43 „Alle Schutzsuchenden werden zunächst in Neumünster, Boostedt, Rendsburg oder Bad Segeberg untergebracht. Bei einem erwartbar längerfristigen Aufenthalt verlassen sie i. d. R. nach zwei bis drei Wochen die Landesunterkünfte“ und werden in die Landkreise verteilt. „Ist die Perspektive für eine Aufnahme in Deutschland eher schlecht, bleiben sie bis zu abschließenden Entscheidungen in einer der Unterkünfte.“ (Landesamt für Zuwanderung und Flüchtlinge, Schleswig-Holstein, o. J.)

44 Finanziert aus Bundesmitteln und durch Amnesty International (IP2).

45 Aktuell sechzig Personen auf der Warteliste, Wartezeiten von 4-6 Monaten (IP2).

## e. Thüringen

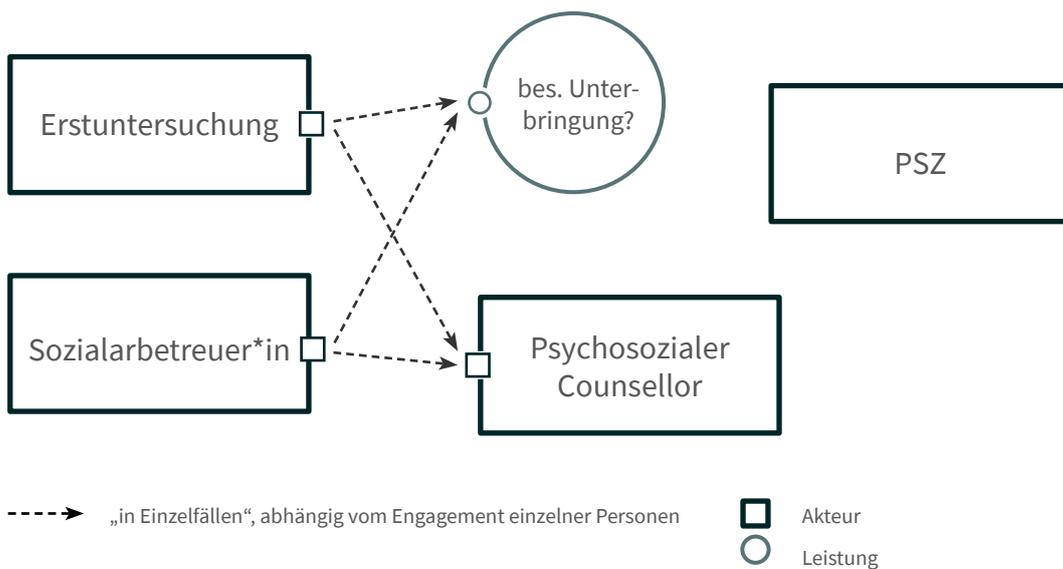


Abb. 19: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Thüringen.

Nach Aussage des Ministeriums für Migration, Justiz und Verbraucherschutz Thüringen geschieht die Feststellung psychischer Erkrankungen im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung oder im Kontakt mit Sozialbetreuer\*innen. Daraufhin gibt es die Möglichkeit der separaten räumlichen Unterbringung, Informationen zu Unterstützungsangeboten und spezielle Sozialbetreuung vor Ort (DGSP, 2018). Laut Erfahrung der PSZ wird jedoch in der medizinischen Erstuntersuchung nicht standardisiert nach psychischen Erkrankungen gefragt und es werden keine diagnostischen Maßnahmen zu Identifizierung von Traumatisierung/psychischen Erkrankungen angewandt (IP10). Vereinzelt Weitervermittlung von Betroffenen an PSZ geschehen punktuell, jedoch eher zufällig, über die unabhängige Asylverfahrensberatung eines Wohlfahrtsverbandes mit Sitz in der EAE (IP25).

Zur Versorgung verweist das Ministerium auf das Projekt IPSO, das muttersprachliche „psychosoziale counsellor“ ausbildet, die Beratungen in der EAE persönlich und außerhalb über Video-Chat anbieten. 2018 waren counsellor von IPSO in der EAE in Suhl präsent, die Zusammenarbeit wurde jedoch nach einem Jahr beendet (IPSO, 2018) und von einem anderen Träger mit einem ähnlichem Konzept übernommen.<sup>46</sup> Ein Problem bei internetbasierten Therapieangeboten ist jedoch, dass in vielen Gemeinschaftsunterkünften auf dem Land

keine ausreichend gute Internetverbindung verfügbar ist (IP10). Auch kann die Beratung durch Nicht-Fachpersonal, das eine einjährige Ausbildung<sup>47</sup> durchlaufen hat, keine Therapie ersetzen und ist insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht geeignet, sondern richtet sich an gering bis mittelgradig belastete Personen. Die BAfF hat in einem Positionspapier dargelegt, warum Peer-Angebote zwar als Ergänzung der multiperspektivischen psychosozialen Unterstützung hilfreich sein können, jedoch nicht als Ersatz für qualifizierte Unterstützungsstrukturen dienen dürfen (BAfF e. V., 2019).

Wie in der Antwort des Ministeriums deutlich wird, sind zwei PSZ in jeweils einer Stadt für das ganze Bundesland zuständig, was bedeutet, dass Klient\*innen teilweise drei Stunden Anfahrt in eine Richtung auf sich nehmen müssten, um ein PSZ zu erreichen. Die Situation in den Städten ist vergleichsweise besser, da es dort verschiedene Angebote für einzelne besonders schutzbedürftige Personengruppen gibt, die auch miteinander vernetzt sind. Auch die Unterbringung ist häufig besser (IP12). Für die gesamte Region Nordthüringen ist hingegen lediglich eine vollzeitbeschäftigte Sozialarbeiterin (angestellt bei einem Wohlfahrtsverband) zuständig. Sie bietet sozial- und aufenthaltsrechtliche Beratungen in Gemeinschaftsunterkünften an. Dies ist besonders notwendig, da die Sozialbetreuung in einer der

<sup>46</sup> Für Informationen über den Träger siehe <https://www.albatros-direkt.de/de/ueber-uns>.

<sup>47</sup> Bei IPSO ist die einjährige Ausbildung zweiteilig. Zunächst findet ein dreimonatiges Vollzeit-Training statt, indem die Auszubildenden psychologische, psychopathologische, soziokulturelle Grundlagen und Interventionstechniken vermittelt bekommen. Nach einer Prüfung folgt ein neunmonatiges 'on-the-job-Training'. Dies beinhaltet erneute Fortbildungen (46 Tage) und wöchentlich Supervision während bereits Fälle betreut werden. Mit einer Prüfung wird die Ausbildung abgeschlossen (IPSO, 2018).

Gemeinschaftsunterkünfte der Ausländerbehörde obliegt, was die Sozialarbeiter\*innen in ihrer Möglichkeit gegen behördliche Entscheidungen vorzugehen, stark einschränkt und keine unabhängige Beratung darstellt.

Ziel der psychosozialen Beratung ist es, Menschen mit traumatischen Erfahrungen und psychischen Belastungen zu beraten und sie bei der Vermittlung in die Regelversorgung zu unterstützen. Aufgrund fehlender Kapazitäten bei den ambulanten und stationären Angeboten im psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich sowie vorliegender Sprachbarrieren ist eine Behandlung durch die Regelversorgung jedoch nur sehr begrenzt möglich. Dies führt vor allem bei den Klient\*innen zu Problemen, die bereits in der Erstaufnahme in Suhl psychiatrisch versorgt und medikamentös eingestellt wurden, bei denen jedoch eine Weiterbehandlung am neuen Wohnort nicht sichergestellt wurde. Dies kann bei bestimmten Erkrankungen zu massiven

gesundheitlichen und psychischen Problemen führen. Auch ist das Durchsetzen besonderer Bedarfe selbst bei offensichtlich schwer eingeschränkten Personen aufwendig und wird häufig von den Behörden nicht bewilligt (IP10).

Die kostenfreie Nutzung des Programms Audio- und Videodolmetschen SAVD für Akteur\*innen im medizinischen Bereich, in Ämtern und Vereinen wird vom Land finanziert. Für einmalige, spontane Gespräche (insbesondere bei seltenen Sprachen) kann SAVD sinnvoll genutzt werden. Insbesondere für Psychotherapien und längerfristige Beratungen sind Dienste dieser Art jedoch weniger geeignet. Zur Besprechung von belastenden persönlichen Themen ist ein Vertrauensverhältnis auch zum\*r Sprachmittler\*in nötig, die durch ein persönliches Kennenlernen und vor allem durch kontinuierlicher Übersetzung durch dieselbe Person geschaffen werden kann (Flory & Teigler, 2017; Friele & Aumann, 2018; Morina et al., 2010).

## Zusammenfassung

Nachdem zwei Pilotprojekte 2010 und 2011 nicht verlängert wurden, gibt es in den AnKER-Zentren in **Bayern** kein Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Die Versorgung läuft über (eine nicht ausreichende Anzahl an) Ärzt\*innen in den Einrichtungen, an einzelnen Standorten gibt es auch psychologische Angebote, ambulante Therapien werden nicht finanziert. Die Lebensbedingungen in den Zentren sind schwierig, Menschen mit besonderer Schutzbedürftigkeit sind von der Sozialberatung häufig faktisch ausgeschlossen, da diese nur durch sehr langes Anstehen und Warten in Anspruch genommen werden kann.

In **Mecklenburg-Vorpommern** gibt es keine systematische Erfassung besonderer Schutzbedürftigkeit, auch wenn die Landesregierung nach eigener Aussage beabsichtigt eines einzuführen. Es gibt ein Schutzhaus, in das besonders Schutzbedürftige verlegt werden. Traumatisierte Geflüchtete sind in der Regel ohne Behandlung und Beratung, insbesondere auf dem Land ist die Versorgungslage sehr schlecht.

In **Sachsen** gibt es zwar Unterkünfte für besonders Schutzbedürftige, Menschen werden dort jedoch nur untergebracht, wenn sie während der medizinischen Erstuntersuchung (ohne Sprachmittlung) auffällig agieren. Es gibt kei-

ne Stelle, die für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zuständig ist.

Auch in **Schleswig-Holstein** besteht kein System zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger. Es gibt psychiatrische Versorgungsangebote in den Erstaufnahmeunterkünften, welche jedoch nicht ausreichen. Therapien für Personen in den Erstaufnahmeeinrichtungen können in sehr begrenztem Umfang in einem PSZ stattfinden. Die Versorgung wird häufig erst nach der Verteilung in die Kommunen besser.

In **Thüringen** besteht eine große Diskrepanz zwischen der Versorgung in den Städten und in den ländlichen Regionen, in denen es so gut wie keine therapeutischen Angebote für die Zielgruppe gibt. Eine systematische Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit findet nicht statt. Selbst in offensichtlichen Fällen ist es trotz großen Arbeitsaufwands häufig nicht möglich für besonders schutzbedürftige Geflüchtete eine bedarfsgerechte Unterbringung und medizinisch-therapeutische Behandlung sicherzustellen. Die Landesregierung fördert ein Laienhilfeprojekt, das in der Erstaufnahmeeinrichtung persönlich und für andere Landesteile via Internet-Beratungen anbietet.

# 4. Zusammenfassung und Empfehlungen

## 4.1. Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle

Die oben dargestellte Diversität der Situation in den verschiedenen deutschen Bundesländern zeigt, dass es deutschlandweit kein vergleichbares oder gar einheitliches Verfahren zur Identifizierung von Personen mit Anspruch auf besondere Verfahrensgarantien oder besonderen Bedarfen bei der Aufnahme gibt. Es gibt Ähnlichkeiten in der Vorgehensweise verschiedener Bundesländer, die in dieser Studie daher gemeinsam dargestellt wurden. Einige Bundesländer arbeiten seit Jahren an einem Konzept, welches an manchen Orten (zumin-

dest teilweise) umgesetzt wurde, während es in anderen immer noch in der Bearbeitung des zuständigen Ministeriums ist. Die zeitliche Entwicklung auf verschiedenen Ebenen und in den Bundesländern ist in Grafik 1 dargestellt. Auch sind – abhängig von politischen Umständen – in den Bundesländern unterschiedliche Ministerien für das Thema verantwortlich. Etwa die Hälfte der Bundesländer sieht das Innenministerium für zuständig, während die andere Hälfte das Sozial- und Integrationsministerium zuständig erklärt (siehe Tabelle 2).

Bundesland		Zuständiges Ministerium
Baden-Württemberg		Inneres & Migration
Bayern		Inneres
Berlin		Soziales & Integration
Brandenburg		Inneres, (Gesundheit & Soziales)
Bremen		Soziales & Integration
Hamburg		Soziales
Hessen		Soziales & Integration
Mecklenburg-Vorpommern		Inneres
Niedersachsen		Inneres
Nordrhein-Westfalen		Gesundheit & Soziales → Jetzt Integration
Rheinland-Pfalz		Integration
Saarland		Gesundheit & Soziales, (Inneres)
Sachsen		Inneres
Sachsen-Anhalt		Soziales & Integration
Schleswig-Holstein		Inneres & Integration
Thüringen		Migration
<b>Insgesamt</b>		
<b>Innenministerium</b>	7	Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein
<b>Sozial- &amp; Integrationsministerium</b>	8	Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland (+Gesundheit), Sachsen-Anhalt

Tabelle 2: Landesministerien, die sich für das Thema der besonderen Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten zuständig erklären.

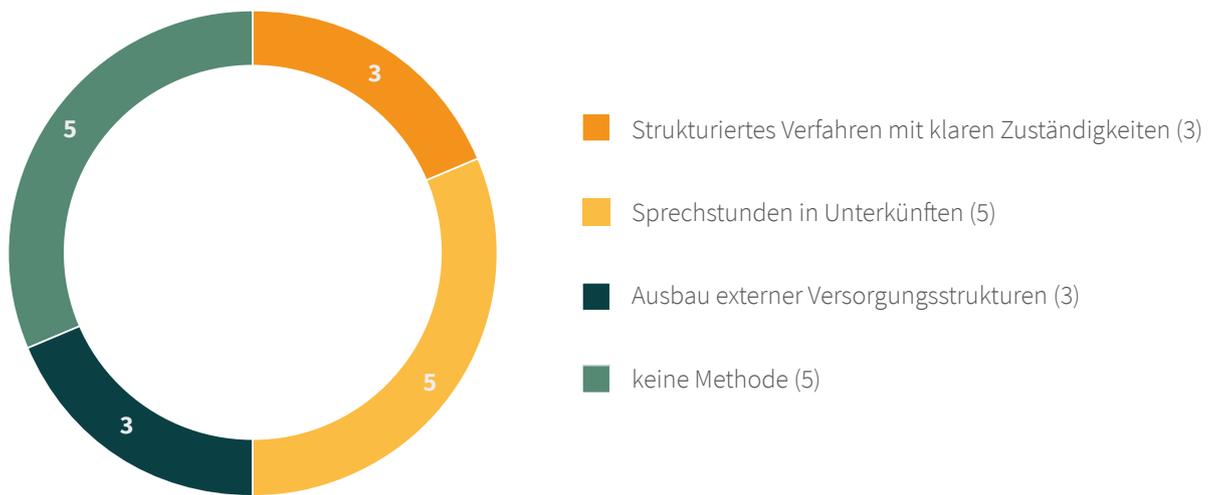


Abb. 20: Kategorien der vorliegenden Studie

Abbildung 20 zeigt die in dieser Studie verwendeten Kategorien bezüglich des Vorgehens der Bundesländer zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit. Abbildung 21 führt die Stellen auf, auf die die Landesregierungen zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit verweisen. Einige Bundesländer berufen sich auf die medizinische Erstuntersuchung, welche jedoch wie bereits eingangs geschildert, nicht zu diesem Zweck konzipiert ist. Es hat auch kein Bundesland die medizinische Erstuntersuchung so ausgebaut, dass diese ein Screening auf besondere Schutzbedürftigkeit enthält, mit Ausnahme eines wieder aufgegebenen Versuchs in Rheinland-Pfalz (MEDEUS). Bei einem Ausbau der medizinischen Erstuntersuchung ist auch die Freiwilligkeit der Untersuchung zu beachten. Schutzsuchende müssen darüber aufgeklärt werden, dass die Seuchenschutzuntersuchung verpflichtend

ist, eine weitere (körperliche und psychische) Untersuchung jedoch freiwillig. Andere häufig genannte Stellen sind die Registrierung, der Sozialdienst oder ein genereller Verweis auf alle Berufsgruppen zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit.

Bisher wird in allen Bundesländern, auch in denen, die Modelle zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit haben, nur ein Bruchteil der potentiell traumatisierten Schutzsuchenden erkannt, wenn die angegebenen Zahlen mit bekannten Prävalenzraten verglichen werden. In der Regel fallen nur diejenigen Personen auf, die sich offensichtlich auffällig verhalten, die ihre Belastung kommunizieren können oder sich direkt selbst Hilfe suchen. Menschen, die sich zurückziehen, fallen dagegen häufig durch das Netz. Immer wieder wurde in den Interviews berichtet, dass

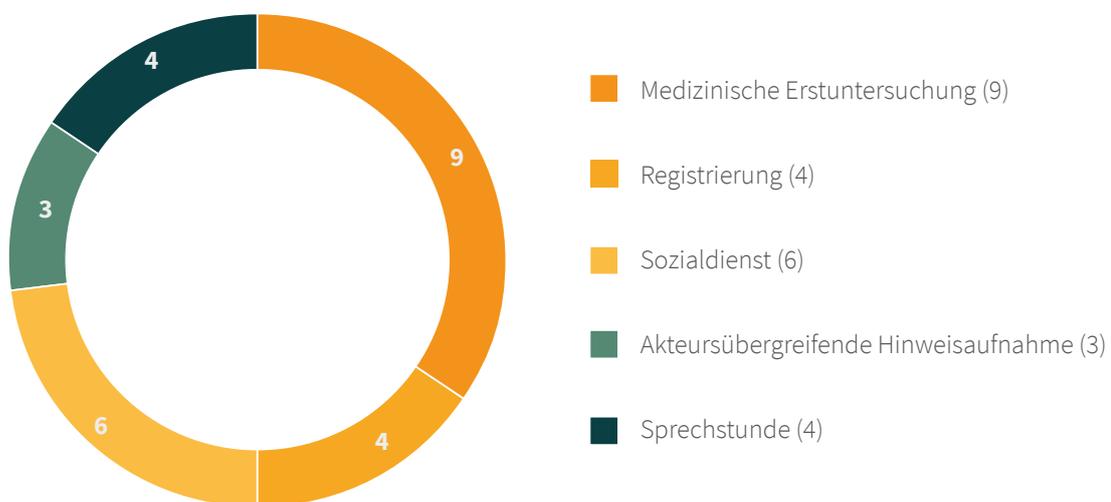


Abb. 21: Stellen, auf die die Landesregierung zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit verweist (Mehrfachnennungen möglich).<sup>48</sup>

<sup>48</sup> Die Angaben beziehen sich auf die Antworten der Bundesländer auf die Umfrage der DGSP und treffen daher nicht in jedem Fall aktuelle Aussagen über die tatsächliche Situation. Sie können jedoch einen Eindruck vermitteln, wie die unterschiedlichen Bundesländer die Identifizierung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter konzeptualisiert.

die Identifizierung und darauffolgende Unterstützung vom Engagement einzelner Personen abhängen, wenn eine Vulnerabilität nicht offensichtlich in Erscheinung tritt.

Viele Bundesländer antworteten auf die Umfrage der DGSP damit, dass alle Mitarbeitenden der Einrichtung (teils inklusive des Sicherheits- und Reinigungspersonals) für die Aufgabe der Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit sensibilisiert und dafür verantwortlich seien. Das ist aufgrund der Arbeitsbelastung der einzelnen Berufsgruppen offensichtlich unrealistisch und führt (wie von Interviewpartner\*innen berichtet) zu einer Verantwortungsdiffusion. Da alle Berufsgruppen zuständig sind, fühlt sich niemand verantwortlich. Eine Schulung aller Mitarbeitenden für das Thema und deren Einbezug in die Identifizierung ist sinnvoll. Es ist jedoch wichtig, dass es auch wenn alle Mitarbeitenden auf Traumatisierungen achten, klare Zuständigkeiten und Kommunikationswege existieren, Mitarbeitende also immer wissen, an wen sie sich wenden können.

In den Bundesländern, in denen bereits ein Verfahren zur Identifizierung etabliert ist, hat sich ein mehrstufiger Ablauf bewährt, in dem zunächst eine möglichst niedrigschwellige Identifizierung stattfindet und darauf aufbauend eine Diagnostik und Bedarfsermittlung durch Fachpersonal. Dabei ist es wichtig, eine Unabhängigkeit der Ansprechpartner\*innen für besondere Schutzbedürftigkeit und der Fachstelle sicherzustellen, die die Diagnostik und Bedarfsermittlung durchführt. Die gleiche Argumentation gilt für Verfahrensberatung; so ist der Ausdruck ‚unabhängige, staatliche Verfahrensberatung‘ des BAMF widersprüch-

lich. Eine Beratung durch die Behörde, die gleichzeitig Entscheidungen trifft, kann nicht unabhängig sein. Sie muss auch die Möglichkeit umfassen, gerichtlich gegen die entscheidende Behörde vorzugehen. Jede Beratung (unabhängig vom Rechtsgebiet) ist von der Konzeption her parteilich für die Klient\*innen, das heißt, sie versucht, das bestmögliche Ergebnis für die Klient\*innen zu erreichen. Das ist für Mitarbeitende des BAMF aufgrund eines Interessenskonflikts nicht möglich (Vergleich Berlit, 2019). Siehe Abbildung 22 für einen Überblick über das Vorhandensein von unabhängiger Asylverfahrensberatung in den Bundesländern. Um über psychische Probleme, Gewalterfahrungen oder auch sexuelle Orientierung zu sprechen, ist außerdem ein Vertrauensverhältnis nötig, welches in einer Situation, in der die hinweisnehmende und/oder bedarfsermittelnde Stelle Teil des BAMF oder der Ausländerbehörde ist, schwer herzustellen ist.

### Fragebogen oder Sprechstunden?

Der Einsatz eines flächendeckenden Screening Fragebogens hat den Vorteil, dass die Erkennung von psychischen Erkrankungen weniger von der Einstellung der einzelnen Mitarbeitenden beeinflusst ist, die das Screening durchführen (Stingl et al., 2017). Dabei muss jedoch auch der Fragebogen reflektiert ausgewählt und traumasensibel gestaltet sein. Es gibt bereits eine Anzahl an Screening Fragebögen, auf die dabei zurückgegriffen werden kann, die meistgenutzten sind im Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögendargestellt. Die vorliegende Forschung hat gezeigt, dass in der Praxis trotz existierender traumasensibler Fragebögen häufig Fragebögen genutzt werden, die Fragen wie „Haben Sie ein Trauma?“ oder

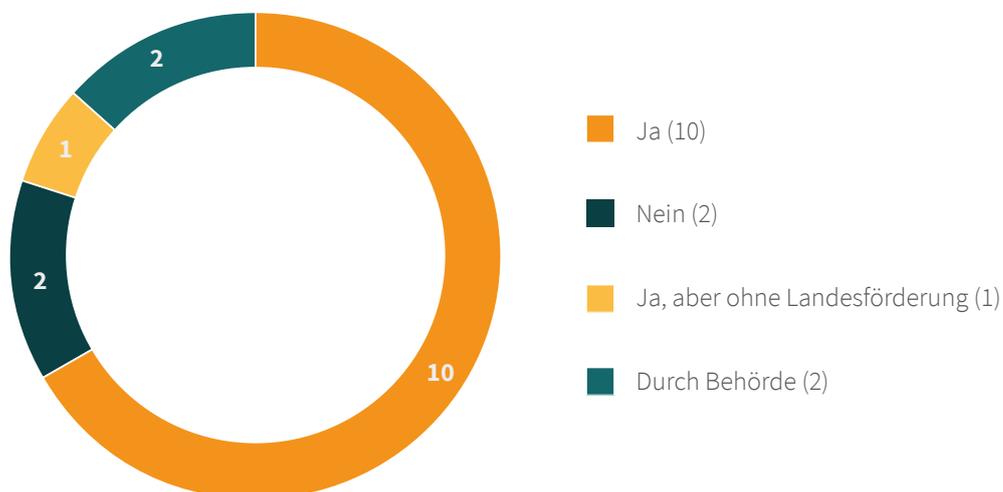


Abb. 22: Vorhandensein von (unabhängiger) Asylverfahrensberatung.

„Haben Sie Gewalt, Folter oder ähnliches erlebt?“ enthalten. Dies kann dazu führen, dass Menschen, denen der Begriff Trauma nicht bekannt ist, diese Frage nicht korrekt beantworten, obwohl sie Unterstützung benötigen und wünschen. Oder dass Personen aus Angst vor Stigmatisierung nicht in einem Fragebogen ankreuzen möchten, dass sie von (sexualisierter) Gewalt betroffen waren. Stattdessen ist ein symptomorientierter Fragebogen zu empfehlen, da damit Retraumatisierung verhindert wird und akut besonders belastete Personen unabhängig von vergangenen Ereignissen identifiziert werden. Auch ist die Frage nach Gewalterfahrungen durch ungeschultes Personal (beispielsweise im Rahmen der Registrierung) unbedingt zu vermeiden. Dies birgt zum einen die Gefahr einer Dekompensation der befragten Person, die durch ungeschultes Personal nicht aufzufangen ist, zum anderen auch eine Überforderung der Mitarbeiter\*innen mit den traumatisierenden Geschichten.

Gleichzeitig haben regelmäßig in den Aufnahmeeinrichtungen stattfindende Sprechstunden den Vorteil, dass Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit zu jeder Zeit und nicht lediglich am Anfang des Verfahrens aufgenommen werden können. Dies ist wichtig, da besondere Bedarfe auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können bzw. Menschen erst in die Lage kommen, diese zu kommunizieren. Eine kontinuierliche Möglichkeit besondere Bedarfe anzumelden, wird auch von der Aufnahmerichtlinie gefordert. Damit Sprechstunden eine effektive Wirkung erzielen können, müssen Schutzsuchende über diese informiert werden und es muss ausreichend Personal dafür zur Verfügung stehen. Für wenige der Bundesländer, in denen Sprechstunden in den Erstaufnahmeeinrichtungen angeboten werden, liegen Angaben über die Personalanzahl vor. Im Verhältnis zu den Zugangszahlen von 2019 ergeben diese Angaben Personalschlüssel von geschätzten 1:70 (Brandenburg) bis 1:140 (Saarland) monatlich, wenn alle neu ankommenden Personen lediglich einmal gesehen werden. Zum Vergleich wurden in dem Pilotprojekt in NRW in einem Jahr von insgesamt 1,5 Stellen 220 Screenings durchgeführt. Hierbei muss jedoch ein erhöhter Personalaufwand einberechnet werden, da Strukturen erst noch aufgebaut werden mussten. Der konkrete Personalschlüssel muss in Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur\*innen abhängig von den jeweiligen Bedingungen beschlossen werden.

Dabei ist zu beachten, welche Aufgaben die Mitarbeitenden haben, beispielsweise ob nur ein einmaliges Screening oder mehrere Beratungs- oder Stabilisierungstermine stattfinden sollen. Außerdem müssen auch personelle Ressourcen für Netzwerkaufbau und -pflege, Vermittlungen und andere Nachbereitung von Beratungen eingeplant werden. Wichtig ist dabei, dass die identifizierende Stelle kontinuierlich besetzt und ansprechbar sein sollte, was bei der Personalplanung mitgedacht werden muss.

In vielen Bundesländern werden die angebotenen Sprechstunden jedoch nicht (nur) zur Identifizierung und Bedarfsermittlung genutzt, sondern als sogenannte Stabilisierungssprechstunden, die dann von der Landesregierung als ausreichende psychotherapeutische Versorgung benannt werden. Die Erfahrungen der Interviewpartner\*innen in dieser Studie belegen, dass dies für einen großen Teil der Betroffenen, die mittel- bis langfristige Therapie benötigen, nicht zutrifft. Außerdem stellt es auch für die Psychohygiene der Mitarbeitenden eine Gefahr dar. Situationen, in denen Mitarbeitende immer nur akute Krisen bewältigen, keine langfristigen Erfolge sichtbar sind, sie keine Unterstützung von Behörden erhalten, sie den Klient\*innen nie ausreichend helfen können, da es keine therapeutischen Angebote gibt bzw. die Identifizierung keine Konsequenzen hat (siehe nächster Punkt), und die Lebensumstände der Menschen, die sie behandeln, so bedrückend sind, führen auf lange Sicht zu Erkrankungen, Ausfällen oder Kündigungen der Mitarbeitenden. Dies verschärft die außerhalb von Städten bereits desolate Personalsituation weiter. Dies zeigt sich insbesondere in den AnKER-Zentren in Bayern und Sachsen (und auch in Einrichtungen, die ähnlich aufgebaut sind und ähnliche Lebensumstände haben) (Baron et al., 2020; Jasper et al., 2018). Dort hängt der Personalmangel mit den prekären Zuständen zusammen, die selbst für Mitarbeitende mit jahrelanger Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten eine große Belastung darstellen (Soyer, 2019). Durch regelmäßige Supervisionen kann zumindest ein Teil der bei psychosozialer Arbeit immer bestehenden großen psychischen Belastung aufgefangen werden. Damit die Arbeit nicht lediglich eine Pflasterfunktion hat, muss außerdem die reale Möglichkeit bestehen, Personen mit einem therapeutischen Bedarf in Therapie außerhalb der Unterkunft zu vermitteln.

## Konsequenzen aus der Identifizierung

Die größte Schwierigkeit besteht in den meisten Bundesländern darin, dass aus der Identifizierung (wenn sie stattfindet) kein klar definierter durchsetzbarer Leistungsanspruch erwächst. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen hängt es eng mit mangelnden Kapazitäten zusammen (sowohl in Bezug auf therapeutische Angebote als auch in Bezug auf beispielsweise geschützten Wohnraum). Hier müssten alle Bundesländer zunächst mehr Angebote schaffen, bevor es möglich ist, alle Schutzsuchenden, die bei einer Identifizierung Anspruch auf besondere Unterbringung und Behandlung hätten, damit versorgen zu können.

In Bezug auf Behandlung hat sich die weitflächige Förderung der PSZ mit ihrer Expertise für den spezifischen Personenkreis beispielsweise in Rheinland-Pfalz oder NRW bewährt, da damit im Vergleich zu anderen Bundesländern ein größerer Anteil des Behandlungsbedarfs abgedeckt werden kann. Die Schaffung einer Schnittstelle zur Vermittlung ins Regelgesundheitsystem (wie in Rheinland-Pfalz oder Hamburg) ist zusätzlich wichtig. Der Zugang zur Regelversorgung ist für Geflüchtete aus verschiedenen Gründen erschwert. Zum einen aufgrund der Einschränkungen der medizinischen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Wie bereits beschrieben, haben die Behörden zwar grundsätzlich einen Ermessensspielraum bezüglich der Gewährung von Psychotherapie für Schutzsuchende während des Asylverfahrens. Bei Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit wandelt sich das Ermessen aber derart, dass die Behörde einer Psychotherapie zustimmen muss (Ermessensreduktion auf Null) (Deutscher Bundestag, 2016). Obwohl diese also bewilligt werden müsste, ist dies in vielen Bundesländern nicht der Fall. Ein weiteres Problem stellt die Finanzierung von Sprachmittlung dar. Dazu gibt es unterschiedliche Ansätze, die Bereitstellung von Geldern für Dolmetschende im Gesundheitssystem wie in Hamburg, oder die Nutzung von internetbasierten Dolmetschdiensten<sup>49</sup>. Diese bringen als Vorteile die Verfügbarkeit von selteneren Sprachen und spontane Nutzung ohne Terminabsprachen mit sich. Bei körperlichen Untersuchungen kann es auch von Vorteil sein, wenn die übersetzende Person die Untersuchte nicht sehen kann. Insbesondere für Psychotherapien und längerfristige Beratungen sind diese Dienste jedoch weniger ge-

eignet. Zur Besprechung von belastenden persönlichen Themen ist ein Vertrauensverhältnis auch zum\*r Sprachmittler\*in nötig, die durch ein persönliches Kennenlernen und vor allem durch kontinuierlicher Übersetzung durch dieselbe Person geschaffen werden kann (Friele & Aumann, 2018; Flory & Teigler, 2017; Morina et al., 2010).

In zwei Bundesländern werden zur Versorgung psychisch erkrankter Schutzsuchender Laienhilfeprojekte gefördert. Der Bundestag befürwortet solche Projekte und hat eine Evaluation des Bundesgesundheitsministeriums dazu in Auftrag gegeben, die jedoch noch nicht veröffentlicht ist (Deutscher Bundestag, 2019c). Eine Evaluation eines Laienhelferprojekts in Düsseldorf (Wolf & van Keuk, 2018) zeigt, dass dieser Ansatz eine gute Ergänzung zu professionellen Strukturen darstellen kann. Dafür müssen aber gewisse Rahmenbedingungen sichergestellt werden. Dies sind eine prozessbegleitende Qualifizierung durch Schulungen, regelmäßige Einzel- und Gruppensupervisionen und ein Unterstützungssystem im Hintergrund, auf das jederzeit zurückgegriffen werden kann (in dem Projekt wurden dafür zwei psychotherapeutische Wochenstunden pro Laienhelfer\*in aufgewendet). Eine Einbettung in das professionelle Hilfesystem ist unverzichtbar. Die Autorinnen beschreiben „sodann kann Laienhilfe neben der direkten Unterstützung gering belasteter Personen auch für schwer belastete Personen eine Lotsenfunktion zum Hilfesystem leisten – aber keine professionelle Gesundheitsversorgung ersetzen.“ (Wolf & van Keuk, 2018) Wenn aufgrund mangelnder Angebote eine Vermittlung in die Regelversorgung jedoch nicht möglich ist, ist ein Laienhilfeansatz nicht nachhaltig und führt zu Überforderung der Laienhelfer\*innen. Deshalb muss sichergestellt werden „dass schwer psychisch Kranke bzw. schwer Traumatisierte nicht alleine durch qualifizierte Laien versorgt und Mängel in der Regelversorgung nicht durch Laienhelferinnen und Laienhelfer kompensiert werden können. Gleichermaßen können Mängel bei der Unterbringung nicht kompensiert werden. Die Grenzen der Tätigkeit müssen stets geklärt und gewahrt bleiben.“ (Wolf & van Keuk, 2018) Auch die BAfF hat eine Stellungnahme dazu herausgegeben, unter welchen Bedingungen Laienhilfeprojekte als Ergänzung von professionellen Angeboten genutzt werden können und weshalb eine ausschließliche Behandlung durch diese Angebote nicht möglich ist (BAfF e. V., 2019).

49 Der Dolmetschdienst SAVD (<https://www.videodolmetschen.com/>) wird beispielsweise in Thüringen, aber auch kommunal von anderen Bundesländern zur Beratung von Schutzsuchenden genutzt. Das Land Thüringen fördert die Nutzung von Akteur\*innen im medizinisch/therapeutischen Bereich durch Übernahme der entstehenden Kosten für die online-Sprachmittlung.

Siehe Abbildung 23<sup>50</sup> für einen Überblick der Behandlungsmöglichkeiten besonders schutzbedürftiger Geflüchteter in den Bundesländern.

Auch müssen ausreichend Kapazitäten für eine Unterbringung von Geflüchteten bestehen, die psychische Erkrankungen nicht verstärkt, sondern eine Genesung ermöglicht. Das einjährige ‚Step-by-Step‘ Projekt (2016 – 2017) in der Erstaufnahmeeinrichtung in Darmstadt, das speziell für besonders vulnerable Menschen durchgeführt wurde, hat gezeigt, wie ein traumasensibles Gesamtkonzept in einer Unterkunft umgesetzt werden kann. In dem Abschlussbericht des Projekts wird beschrieben, wie dieses integrative Konzept für die Menschen die Möglichkeit einer Genesung bot, sodass für viele eine weiterführende Traumatherapie danach nicht mehr nötig war (Leuzinger-Bohleber & Andresen, 2017).

In verschiedenen Bundesländern gibt es spezielle Unterkünfte für besonders schutzbedürftige Geflüchtete, in denen sie gesondert untergebracht werden können. An verschiedenen Standorten befinden sich diese aber eher ländlich gelegen und haben dadurch erschwerten Zugang zu medizinisch/therapeutischer Versorgung. Bei der Schaffung einer solchen Unterkunft muss also beachtet werden, dass die Bedingungen dort auch tatsächlich den Bedarfen besonders Schutzbedürftiger entsprechen.

Neben fehlenden Kapazitäten wurde als weiteres Problem deutlich, dass in vielen Bundesländern die Diagnostikstellen keine Kompetenzen besitzen, notwendige Leistungen

einzufordern. Dadurch läuft eine Identifizierung häufig ins Leere. Zurzeit gehen in den meisten Bundesländern viele personelle Kapazitäten dadurch verloren, dass Mitarbeitende verschiedene Stellen anschreiben, anrufen und immer wieder nachhaken müssen, damit (zumindest in Einzelfällen) eine Leistungsgewährung stattfindet. Diese Zeit könnte in direkten Kontakt mit Schutzsuchenden fließen, wenn klare Kommunikations- und Handlungsstrukturen etabliert werden.

### Identifizierung vs. bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen

Ein ausdifferenziertes System zur Identifizierung ist also nicht unbedingt ein Beweis dafür, dass auch die Versorgung bzw. Lebenssituation (besonders schutzbedürftiger) Geflüchteter besser ist. Ein niedrigschwelliger Zugang zum Gesundheitssystem wie im Bremer Modell, eine Förderung der PSZ wie in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen und eine unabhängige Verfahrensberatung in allen Unterkünften kompensieren in vielen Fällen ein nicht existierendes Identifizierungsverfahren zu einem gewissen Grad. Durch einen vollkommenen Abbau der zurzeit vielfältigen Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete, würde eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit aus einer Versorgungsperspektive obsolet. Zur Sicherstellung der Verfahrensgarantien bleibt es aber weiterhin notwendig (siehe *„Pro und Contra: Sollte es ein Verfahren zur frühen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten geben?“* auf Seite 18). Gleich-

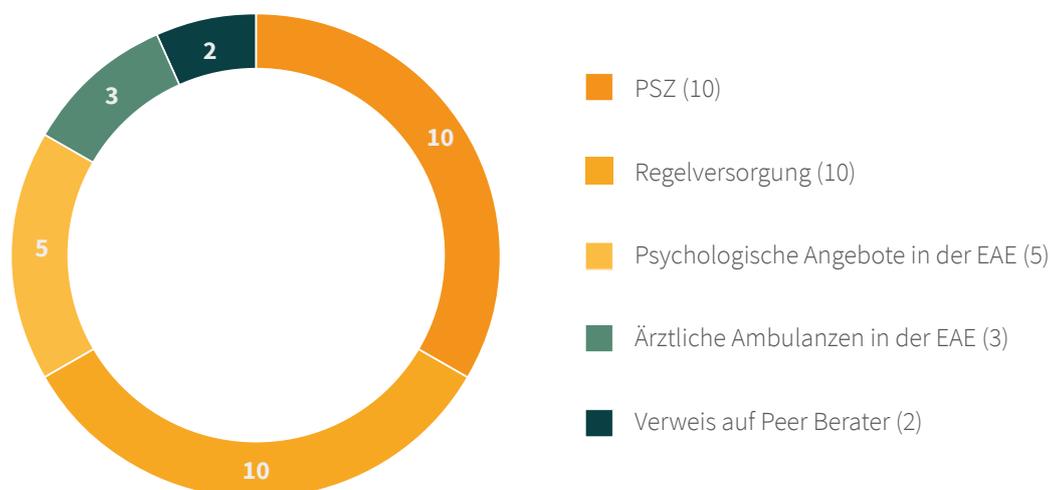


Abb. 23: Worauf verweist die Landesregierung zur psychotherapeutischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter (Mehrfachnennungen möglich)?

50 Die Angaben beziehen sich auf die Antworten der Bundesländer auf die Umfrage der DGSP und treffen daher nicht in jedem Fall aktuelle Aussagen über die tatsächliche Situation. Sie können jedoch einen Eindruck vermitteln, wie die unterschiedlichen Bundesländer die Versorgung von Geflüchteten konzeptualisiert.

zeitig bleiben auch wenn ein Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit existiert, ein niedrigschwelliger, bedarfsorientierter Zugang zum Gesundheitssystem und eine unabhängige Verfahrensberatung unerlässlich und tragen dazu bei, dass besondere Schutzbedarfe identifiziert werden und ihnen Rechnung getragen werden.

### Länderübergreifende Schwierigkeiten

Verschiedene Interviewpartner\*innen beklagen die Auswirkungen der Gesetzesänderungen der letzten Jahre. Ein Grund dafür ist die längere Aufenthaltsdauer in Erstaufnahmeeinrichtungen, in denen häufig schlechtere Lebensbedingungen herrschen und die medizinische/therapeutische Versorgung eingeschränkt ist. Außerdem führt die Beschleunigung der Verfahren dazu, dass Schutzsuchenden die Zeit fehlt, sich auf die Anhörung vorzubereiten und vorher besondere Verfahrensbedarfe anzumelden, da sich die Verfahrensdauer für Personen aus bestimmten Herkunftsländern auf wenige Tage oder Wochen verkürzt hat (Hager & Baron, 2017). Der Zeitpunkt einer Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit ist also ein wichtiger Faktor.

In mehreren Bundesländern findet eine Einordnung nach ‚guter und schlechter Bleibeperspektive‘ statt und nur Personen, die zu erster Gruppe gehören, erhalten Zugang zu therapeutischer Versorgung. Dies wird nicht gesetzlich so festgelegt, sondern ist eine Konsequenz aus anderen Regelungen. So müssen sie beispielsweise – unabhängig von möglicherweise bestehenden schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen – bis zur geplanten Abschiebung in Unterkünften bleiben, in denen die medizinische Versorgung eingeschränkt ist. Manchmal setzt eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit auch erst nach einer Verteilung auf die Kommunen an.

Lediglich in Hamburg besteht in der Bedarfsermittlung und Versorgung ein expliziter Fokus auf Kinder im Rahmen einer regelmäßigen Sprechstunde einer Kinder- und Jugendpsychiaterin, in der Bedarfe ermittelt werden. In allen anderen Bundesländern wird davon ausgegangen, dass sich Eltern Hilfe holen, wenn ihre Kinder Auffälligkeiten zeigen, was jedoch in der Realität aus verschiedenen Gründen (Nicht-Wissen der Eltern, Angst vor den Behörden, die die Kinder wegnehmen könnten, Scham etc.) nicht zuverlässig der Fall ist.

### Positive Erfahrungen

Als positiv haben sich regelmäßige Runde Tische mit allen beteiligten Akteuren bewährt (siehe den Gastbeitrag von Jenny Thomsen: *„Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen“* auf Seite 65), in denen sich alle Beteiligten über Abläufe und (in anderer Zusammensetzung) auch über einzelne Fälle austauschen. Dadurch konnten die Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen und Arbeitsabläufe verbessert werden, was zu einer großen Verringerung des Arbeitsaufwands führt (insbesondere bei der Durchsetzung von Unterstützungsmaßnahmen für einzelne Menschen).

Auch die Vernetzung unterschiedlicher Fachstellen mit Expertise zu verschiedenen Themen (z. B. Opfer von Menschenhandel, geschlechtsspezifische Verfolgung, LGBTIQ\* Geflüchtete) und Beratungsstellen zu Themen außerhalb des Asylverfahrens (Familienberatung, Schulden, Sucht etc.) hat sich als hilfreich herausgestellt.

## 4.2. Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen

**von Jenny Thomsen (Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen, NTFN)**

Um ein einheitliches Vorgehen zur Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen in Niedersachsen zu erreichen, wird das „Friedländer Modell“ schrittweise in den Aufnahmeeinrichtungen implementiert. Das Modell basiert auf guter Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den beteiligten Akteur\*innen. Durch eine Evaluation des Modells (Thomsen, 2018) konnte festgestellt werden, dass ein Kommunikationsmangel zwischen den beteiligten Akteur\*innen im Identifizierungsprozess besteht. So wurde beispielsweise festgestellt, dass einige verfasste Befundberichte der Diagnosestellen nicht durch den Sozialdienst an das NTFN geschickt wurden. Dies hatte vermutlich zur Folge, dass einige Personen mit einer festgestellten Schutzbedürftigkeit keine Hilfe bei der Vermittlung an Behandlungsangebote erhielten. Der Befundbericht ist auch von hoher Bedeutung im Asylverfahren. Mitarbeitende des BAMF berichteten jedoch nur in wenigen Fällen einen Hinweis zu besonderen Schutzbedürfnissen erhalten zu haben. Durch frühzeitige Informationen und den Erhalt der Befundberichte kann die Anhörung besser an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Zur Verbesserung der Kommunikation und damit des Modells wurden **dienststellenübergreifende Arbeitsgruppen zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen** in sämtlichen Standorten der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen eingerichtet.

Seit 2018 bestehen in den Standorten regelmäßige Treffen, bei denen die jeweiligen Sozial- und Gesundheitsdienste, das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, die jeweiligen Diagnosestellen, die unabhängige Asylverfahrensberatung sowie das NTFN, vertreten sind. Hier findet ein fachlicher Austausch zum Thema Feststellung, aber auch zum Umgang mit traumatisierten Personen in den Einrichtungen statt. Die Treffen finden mindestens quartalsweise statt und geben den Vertreter\*innen eine Möglichkeit, Abläufe im Identifizierungsprozess zu diskutieren und gemeinsame Lösungen bei Schwierigkeiten zu finden. Es wird eine gleichberechtigte und aktive Teilnahme der Beteiligten ermöglicht. Dadurch bekommen die Ergebnisse der Treffen eine größere

Verbindlichkeit. Dennoch bestehen weiterhin **unterschiedliche Herangehensweise der Akteur\*innen**. Zum Beispiel gibt es weiterhin Schwierigkeiten bei der Verteilung in die Kommunen bezüglich der Möglichkeit eine Behandlung durchführen zu können. In strukturschwachen Gebieten mit wenigen Behandlungsangeboten kann eine Behandlungsempfehlung oftmals nicht realisiert werden. Auch ein Mangel an qualifizierten Dolmetschenden in den ländlichen Gebieten erschwert die Durchführung einer Behandlung. Die Sozialdienstmitarbeitenden haben meist lediglich in sehr schweren Fällen einen Einfluss auf die Verteilung. Nicht selten werden Personen mit einer festgestellten Schutzbedürftigkeit in Gebiete ohne ausreichende Behandlungsmöglichkeiten verteilt. In diesen Fällen kann kein Anspruch auf Unterstützungsleistungen eingefordert werden. Diese Problematik besteht leider weiterhin und fand durch die Zusammenarbeit in den Runden Tischen bisher keine merkliche Verbesserung.

Die Runden Tische werden von den Teilnehmenden als sinnvoll für die tägliche Arbeit beschrieben. Das Thema „Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit“ bekommt durch die regelmäßigen Treffen einen deutlicheren Fokus in den Landesaufnahmeeinrichtungen. Ein besseres Verständnis für die Zielgruppe, aber auch für die Arbeit der Anderen wird als Ergebnis von einigen Teilnehmenden beschrieben. Es wird auch von **mehr Klarheit in den Abläufen** berichtet, u. a. zu den Fragen wer Berichte erhält, welche Empfehlungen berücksichtigt werden können und welche Fahrtkosten der Klient\*innen übernommen werden. Es wird durch die Treffen zudem verdeutlicht, welche Informationen für die beteiligten Akteur\*innen relevant sind. Manchmal handelt es sich um Kleinigkeiten in den Abläufen, die erst dadurch sichtbar werden. Beispielsweise wurde in einem Treffen der Wunsch vom BAMF geäußert, auf Berichten das Aktenzeichen der Betroffenen mit aufzuführen. Dies würde die Identifizierung der Person und dadurch das Ankommen des Berichts erleichtern. Eine Verbesserung wurde durch eine erhöhte Anzahl angekommener Berichte sichtbar.

Hervorzuheben ist die **Möglichkeit mit Kliniken und Diagnosestellen ins Gespräch zu kommen**. Dies wird als großer Vorteil von den Teilnehmenden betont. Auch die regelmä-

ßig stattfindende **Kommunikation mit dem BAMF** wird von den Teilnehmenden als hilfreich dargestellt. In den Treffen können Fragen zum Asylverfahren, Abläufe bei der Behörde und (nach einer Schweigepflichtsentbindung) Fragen zu speziellen Fällen geklärt werden. Um eine besondere Schutzbedürftigkeit im Asylverfahren berücksichtigen zu können, muss das BAMF schnellstmöglich über Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen informiert werden. **Direkte Kommunikationswege** sind hierfür essentiell.

An einigen Standorten werden zusätzlich zu den Runden Tischen **Fallbesprechungen**, hauptsächlich mit dem Sozialdienst, dem Gesundheitsdienst und der Diagnosestelle/den Kliniken, durchgeführt. Ein Austausch setzt eine Schweigepflichtsentbindung für sämtliche Beteiligte voraus. In den Fallbesprechungen findet eine Situationseinschätzung der gemeinsamen Fälle statt und der weitere Ablauf wird besprochen. Wichtige Informationen und Entwicklungen des Betroffenen können ausgetauscht werden. Zum Beispiel gab es einige Fälle in einer Aufnahmeeinrichtung, bei denen der Gesundheitsdienst oder der Sozialdienst nicht über eine **Medikamenteneinnahme** informiert war. Als Folge dieses Kommunikationsmangels wurden Informationen zur Medikamenteneinnahme als fester Punkt in den Besprechungen mit eingeführt. Auch die Entlassung einer Person nach einem **stationären Aufenthalt** ist eine essentielle Information für die beteiligten Akteur\*innen. In einigen berichteten Fällen waren nicht alle Akteur\*innen mit einbezogen und informiert, welches den weiteren Ablauf mit der Person in der Aufnahmeeinrichtung erschwerte. Durch Fallbesprechungen werden Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten gefördert und die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen können berücksichtigt werden.

Ein Beispiel für einen gelungenen Austausch zwischen Diagnosestelle (in diesem Fall das NTFN) und Sozialdienst war Frau M., eine 24-jährige, alleinerziehende Mutter einer dreijährigen Tochter. Sie wurde vom Sozialdienst eines Ankunftscentrums in Niedersachsen an das NTFN zur Diagnostik angemeldet. Im weiteren Verlauf kam es zu einer notfallmäßi-

gen stationären Krisenintervention, wobei die Tochter vom Jugendamt in Obhut genommen wurde. Das Jugendamt überprüfte den Verdacht der Kindeswohlgefährdung und behielt die Tochter in Obhut, obwohl die Mutter schon nach ein paar Tagen aus der Klinik entlassen wurde. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung hatte sich laut dem Bericht der Klinik nicht bestätigt und das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter wurde von der Psychologin beim NTFN als vertrauensvoll, fürsorglich und liebevoll beschrieben. Frau M. und auch der Sozialdienst wussten zunächst nicht, wo die Tochter sich befand. Der Sozialdienst und das NTFN nahmen gemeinsam Kontakt zum zuständigen Jugendamt auf und dadurch konnte Frau M. unter bestimmten Auflagen (Begleitung medizinisch geschulter Dolmetscher und einer Psychologin) mit ihrer Tochter telefonieren. Am Runden Tisch konnte sich das NTFN mit dem Sozialdienst austauschen und so leichter eine Schnittstelle für die Kooperation mit dem Jugendamt bilden. In der Folge stimmte das Jugendamt zu, dass Telefonate zwischen Mutter und Tochter auch durch Begleitung des Sozialdienstes vor Ort im Ankunftscentrum, in engem Austausch mit dem NTFN, stattfinden konnten. Nach einigen Wochen konnte die Tochter zurück zur Mutter ziehen. Sie wurden nach Hannover verteilt und kommen weiter zu entlastenden Gesprächen ins PSZ.

Auch die **regelmäßigen Schulungen** zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen für alle Akteur\*innen sind ein beständiges Thema der Arbeitsgruppen. Neue Mitarbeitende sollten grundlegendes Wissen zu traumatischen Situationen und Traumafolgestörungen vermittelt bekommen. Auch für Mitarbeitende mit langer Erfahrung im Bereich sind Auffrischungen hilfreich, erfahrungsgemäß ist es sinnvoll halbjährlich Schulungen anzubieten. Themenwünsche der Teilnehmenden können in den Treffen besprochen werden, damit diese direkte Relevanz für die praktische Arbeit haben. Auch andere Akteur\*innen in den Landesaufnahmeeinrichtungen, z. B. Sicherheitsdienste, Kinderbetreuung und Dolmetschende, sollen idealerweise von Schulungen zu relevanten Themen profitieren. Eine aktive Mitgestaltung der Schulungen führt auch häufig zu einer höheren Beteiligungsquote.

## Folteropfer und andere besondere Vulnerabilitäten

Eine Identifizierung von Folterüberlebenden, die keine psychischen Auffälligkeiten zeigen, findet (mit Ausnahme von einem Bundesland mithilfe einer einzigen Frage in einem Fragebogen) in keinem Bundesland statt. Dabei werden sie als besonders vulnerable Gruppe in der Aufnahmeleitlinie explizit benannt und Deutschland ist auch durch andere internationale Verträge zu ihrem Schutz verpflichtet (siehe Kapitel „1.3. Rechtliche Voraussetzungen“ auf Seite 10).

In einem Projekt des PSZ Düsseldorf mit sowohl lokalen Partnern im medizinischen Bereich als auch PSZ in anderen deutschen Städten wird die Erkennung und Dokumentation von Folterspuren vorangetrieben (van Keuk & Esser, 2018). Dabei werden Schulungen in den Sanitätsstationen in Erstaufnahmeeinrichtungen durchgeführt. Die Forderungen der Projektpartner\*innen sind, dass im Rahmen der Erstuntersuchung durch die Ärzt\*innen nach erlebter Folter gefragt werden soll. Dies soll zumindest bei einem bereits bestehenden Verdacht erfolgen, oder wenn Menschen aus Regionen kommen, durch Länder geflohen sind oder einer Minderheit angehören, in denen bzw. bei der häufige Foltererfahrungen bekannt sind. Es hat sich gezeigt, dass eine simple Screeningfrage im Vergleich zu einem aufwändigen klinischen Interview dafür effizient und ausreichend ist. Dabei ist die persönliche Frage durch medizinisches Fachpersonal nicht mit einer Frage in einem Fragebogen zu vergleichen. Hier besteht zum einen die Gefahr durch die Frage eine psychische Dekompensation auszulösen, die nicht aufgefangen werden kann, weil kein Fachpersonal zur Verfügung steht. Es ist auch einfacher in einem Fragebogen aus strategischen Gründen fälschlicherweise positiv zu antworten, was in einem klinischen Gespräch erfahrungsgemäß selten vorkommt. Durch die Frage zeigen die Ärzt\*innen außerdem, dass das deutsche Gesundheitssystem für das Thema Folter ansprechbar ist, über das Menschen von sich aus erfahrungsgemäß selten berichten. Es wird die Möglichkeit eröffnet (auch zu einem späteren Zeitpunkt) darüber zu sprechen. Damit dies möglich ist, muss selbstverständlich eine Sprachmittlung gewährleistet sein. Wenn die Frage nach Foltererfahrungen bejaht wird, sollte ein weiterer Termin zur genaueren Exploration und Dokumentation vereinbart werden.

Zusätzlich zu der Frage wird eine körperliche Inaugenscheinnahme gefordert, indem die Gesundheitsuntersuchung zu einer freiwilligen Untersuchung über Seuchenschutz hinaus ausgebaut wird. Damit können körperliche und psychische Folterfolgen erkannt und Menschen in adäquate Behandlung überführt werden. Größtenteils sind Folterspuren jedoch äußerlich nicht mehr sichtbar oder können nur mit aufwändigen radiologischen Untersuchungen nachgewiesen werden (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004). Trotzdem haben sie massive gesundheitliche Auswirkungen. So können beispielsweise regelmäßige Schläge auf den Kopf zu Gehirnblutungen oder anderen neurologischen Erkrankungen führen (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004). Gerade bei der Unterstützung von Folterüberlebenden ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig. Denn auch wenn körperliche Folterspuren nicht (mehr) sichtbar sind, bleiben psychische Folgen. Ein Zusammenführen der Ergebnisse von ärztlichen und psychotherapeutischen Behandler\*innen ist daher zur bestmöglichen Unterstützung der Betroffenen vonnöten. Daher wird in dem Projekt ein auf ein positives Screening aufbauender Versorgungspfad für Folteropfer entwickelt.<sup>51</sup>

<sup>51</sup> Siehe das Projekt „Interdisziplinär: Folterspuren erkennen und versorgen“ des PSZ Düsseldorf und weiterer Projektpartner (Projektlaufzeit: 1.7.2018 – 30.6.2020). Publikation voraussichtlich Juni 2020.

### 4.3. Empfehlungen/Ausblick

Die Diskussion um eine Identifizierung besonderer Schutzbedarfe und Screeningverfahren für psychische Erkrankungen bei Geflüchteten gibt es nun bereits seit einigen Jahren. Das Ziel eines frühen Screenings ist passgenaue Hilfsangebote daran anzuschließen, das heißt frühzeitig besondere Bedarfe zu erkennen und diesen gerecht zu werden. Ein Screening birgt aber auch Schwierigkeiten und Risiken, weshalb stets eine Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden muss (für mehr Details siehe den *„Gastbeitrag: Zu ethischen Aspekten von Screening bei Geflüchteten“ auf Seite 8 von Stingl & Hanewald*).

Wenn über Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit gesprochen wird, werden von verschiedenen Stellen unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, die alle gewisse Schwierigkeiten mit sich bringen (siehe Kapitel 1.5 *„Begriffsklärung“ auf Seite 15*). Der Aufwand eines Verfahrens und die Sicherstellung von Freiwilligkeit muss abgewogen werden gegenüber einem möglichst geringen Risiko dass einige besonders schutzbedürftige Menschen nicht berücksichtigt werden. Auch Personen, die sich unauffällig verhalten und nicht in der Lage sind, sich selbstständig Hilfe zu suchen, müssen Unterstützung erhalten, wenn sie dies wünschen (siehe Kapitel 4.1 *„Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle“ auf Seite 58*). Der Begriff soll eine Pathologisierung vermeiden und alle besonders schutzbedürftigen Gruppen einschließen, nicht lediglich (psychisch) erkrankte Menschen. Außerdem darf eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit nicht an einen Termin (beispielsweise im Rahmen eines Screenings) geknüpft sein, sondern es muss auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein, besondere Bedarfe anzu-melden.

Keiner der bisher verwendeten Begriffe erfüllt alle dieser Kriterien. Daher schlägt die BAfF den Begriff der **strukturierten Identifizierung** besonderer Bedarfe vor. Durch die Nutzung dieses nicht-medizinischen Begriffs wird eine Pathologisierung vermieden. Es wird betont, dass es ein verlässliches, möglichst niedrighschwelliges Verfahren geben soll, in dem bestimmte Stufen der Identifizierung aufeinander folgen, und sichergestellt ist, dass die Ergebnisse auch zur Gewährung von Leistungen und Verfahrensgarantien führen. Unabhängig davon welcher Begriff verwendet wird, bleiben grundsätzliche Schwierigkeiten von Klassifizierungssystemen bestehen. Diese müssen einerseits eine Vergleichbarkeit von verschiedenen Menschen gewährleisten und daher Kategorien nutzen, andererseits die jeweilige Individualität der einzelnen Personen miteinbeziehen. Eine Vergleichbarkeit ist insbesondere in diesem Kontext von großer Bedeutung, da diese Handlungssicherheit für die Akteur\*innen im Verfahren und Fairness für die Betroffenen sicherstellt. Gleichzeitig soll aber eine Simplifizierung und Pathologisierung vermieden werden.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der bereits existierenden Ansätze sollten die folgenden Gesichtspunkte bei der Entwicklung eines Verfahrens zur strukturierten Identifizierung und daran anknüpfenden Versorgung psychisch erkrankter/traumatisierter Schutzsuchender beachtet werden (siehe Abbildung 24). Das von der BAfF vorgeschlagene Verfahren ist ein Gesamtkonzept für die Versorgung und Unterbringung von Schutzsuchenden, das aus den Ergebnissen der vorliegenden Analyse und aus fachlichen Gesichtspunkten heraus entwickelt wurde. Es beinhaltet grundlegende Änderungen, anstelle von Detailanpassungen an die bestehende Praxis. Das Verfahren muss an die jeweiligen Bedingungen der einzelnen Länder angepasst werden.

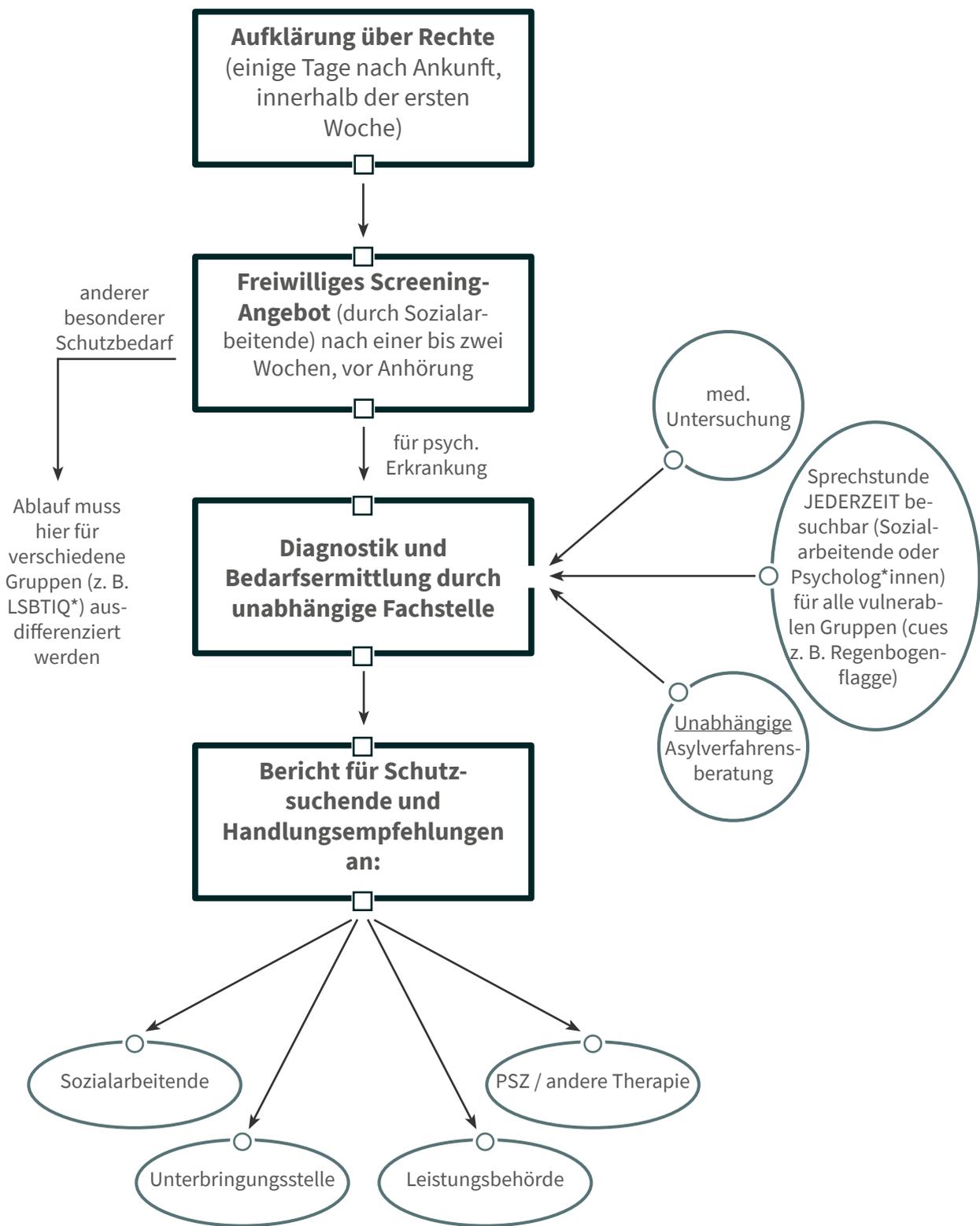


Abb. 24: Ablaufplan systematischer Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Menschen mit psychischen Belastungen.

## Strukturierte Identifizierung

Die strukturierte Identifizierung kann durch Mitarbeitende des Sozialdienstes, als Angebot eines freiwilligen Gesprächs in der Unterkunft oder innerhalb einer externen Stelle passieren. Mitarbeitende aller Berufsgruppen sollten regelmäßig für das Thema geschult werden, um Hinweise im Verhalten (z. B. Vermeidung von Reizen, die Flashbacks auslösen) einordnen zu können. Es muss jedoch gleichzeitig eine verantwortliche Stelle festgelegt werden um Verantwortungsdiffusion zu vermeiden und damit alle Mitarbeitende wissen, an wen sie sich mit Hinweisen wenden sollen. Auch müssen alle Bewohner\*innen über die Ansprechpartner\*innen informiert sein, es braucht ein Konzept, wie effektive Erreichbarkeit und Zugänglichkeit sichergestellt werden. Dieses Konzept kann Aushänge in allen wichtigen Sprachen mit Ansprechpartner\*innen und Erreichbarkeiten<sup>52</sup> und zusätzliche persönliche Informationsweitergabe beispielsweise bei der Registrierung oder in einem anderen Rahmen enthalten.

Wichtig sind intensive regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden, die die Identifizierung durchführen und Hinweise aufnehmen. Außerdem muss die Unabhängigkeit dieser Stellen von Behörden (BAMF und Ausländerbehörde) gewährleistet sein und Schutzsuchende über diese Unabhängigkeit und die Vertraulichkeit ihrer Aussagen aufgeklärt werden.<sup>53</sup> Eine Weitergabe von Informationen darf nur nach schriftlicher Einwilligung der betreffenden Person geschehen. Nur so können Schutzsuchende die Personen als von Behörden unabhängig wahrnehmen und Vertrauen zu ihnen fassen. Schutzsuchende müssen in diesem Rahmen über ihre Rechte aufgeklärt werden, damit sie sich entscheiden können auch zu einem späteren Zeitpunkt besondere Schutzbedarfe anzugeben.

Es muss außerdem eine Aufklärung über die Freiwilligkeit einer Identifizierung stattfinden. Hilfreich zur Herstellung einer Vergleichbarkeit bei individueller Anpassung können Fragebögen (siehe „Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögen“ auf Seite 80) oder Leitfäden sein (vgl. *Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin*, 2018). In jedem Fall benötigen Mitarbeitende schriftliche Abläufe mit Handlungs-

anweisungen, Checklisten und festgelegten Ansprechpartner\*innen innerhalb der Unterkunft und außerhalb.

Der Zeitpunkt des Gesprächs ist dabei gut zu wählen. Einerseits sollte es nicht zu früh (also in den ersten Tagen nach der Ankunft in Deutschland) stattfinden, damit die Menschen zunächst Zeit haben anzukommen und sich zu orientieren. Häufig treten Symptome auch erst auf, nachdem das Stressniveau etwas sinkt, weil sich ein Gefühl der Sicherheit nach der langen Flucht einstellt. Andererseits muss die Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit möglichst vor der Anhörung stattfinden, damit Verfahrensgarantien (in Bezug auf die Anhörung oder Erstellung von Attesten) noch geltend gemacht werden können. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen die das Leben in Sammelunterkünften mit sich bringt (Baron et al., 2020), sollten möglichst kurze Aufenthaltszeiten in Erstaufnahmeeinrichtungen angestrebt werden. Daher sollte das erste Gespräch zur Identifizierung also innerhalb des Zeitraums vier Tage bis zwei Wochen nach der Ankunft in Deutschland stattfinden und die Anhörung auf keinen Fall vorher terminiert werden. Nach stattgefundenem Gespräch zur besonderen Schutzbedürftigkeit und Anhörung(en) sollte möglichst schnell eine Umverteilung stattfinden, maximal jedoch nach drei Monaten (Vgl. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2018).

Ein einmaliges Screening reicht jedoch nicht aus, es müssen außerdem Sprechstunden von Ansprechpartner\*innen angeboten werden, an die sich Schutzsuchende zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens wenden und Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit anzeigen können. Ein Screening aller Schutzsuchenden zu einem bestimmten Zeitpunkt darf nicht als Argument genutzt werden, um spätere Hinweise abzulehnen (Art. 22 Abs. 1 Satz 4 AufnahmeRL). Insbesondere bei Folterüberlebenden, aber auch bei anderen Gewalterfahrenen oder schambesetzten Themen ist es wichtig, dass die Möglichkeit eines einmaligen Identifizierungsgesprächs nicht zu einem Ausschluss späterer Erkennungen führen darf. Viele Folterüberlebende berichten aus verschiedensten Gründen nicht bereits beim Erstgespräch, sondern erst viele Jahre später von ihren Fol-

52 Das Landesgewaltschutzkonzept NRW schlägt beispielsweise vor, solche Aushänge auch in Waschräumen anzubringen, damit Frauen diese dort möglichst privat lesen können (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017).

53 Diese Unabhängigkeit muss sowohl finanziell, als auch personell sichergestellt sein, damit eine Haltung der Solidarität, Vertraulichkeit, Transparenz und kritischer Parteilichkeit für die Schutzsuchenden nach den Leitlinien der sozialen Arbeit gewährleistet werden kann (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH), 2014).

tererfahrungen. Diese Sprechstunden sollten klar zur Hinweisaufnahme und Vermittlung genutzt werden, nicht – wie in einigen Bundesländern – im Sinne von Stabilisierungssprechstunden immer wieder zur Krisenintervention in Notfallsituationen, auf die keine – eigentlich benötigte – Therapie folgt.

Den Ärzt\*innen in den Erstaufnahmeeinrichtungen, die die medizinische Erstuntersuchung durchführen oder im Rahmen von Ambulanzen für die medizinische Versorgung zuständig sind, fällt dabei ein spezifischer Teil von früher Identifizierung zu. Sie müssen dafür sensibilisiert werden, seelische und körperliche Folterspuren, die ihnen im Rahmen von Untersuchungen auffallen, zu dokumentieren, und Betroffene auf die Möglichkeit von weiterer Unterstützung (beispielsweise durch ein PSZ) aufmerksam machen. Die Zeugenschaft von Folter ist für die Rehabilitation von betroffenen Personen von großer Bedeutung. Ein rechtsmedizinisches Gutachten über Folterspuren kann außerdem einen wichtigen Einfluss auf das Asylverfahren haben.<sup>54</sup>

Selbstverständlich spielen auch andere Berufsgruppen für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit eine wichtige Rolle. Insbesondere im Rahmen einer unabhängigen Asylverfahrensberatung können Mitarbeitende von Gewalterfahrungen oder Erkrankungen erfahren. Auch dem Sozialdienst der Unterkünfte kommt eine große Bedeutung zu, da die Mitarbeitenden die Bewohner\*innen in ihrem Alltag erleben. Diese sollten Schutzsuchende in diesen Fällen an die zuständigen Ansprechpartner\*innen weitervermitteln können.

---

54 Zur Dokumentation von Folterspuren bei Geflüchteten siehe das Projekt Interdisziplinär: Foltersfolgen erkennen und versorgen des PSZ Düsseldorf (Projektlaufzeit: 1.7.2018 – 30.6.2020). Publikation voraussichtlich Juni 2020.

## Diagnostik und Bedarfsermittlung

Bei einem Hinweis auf besondere Schutzbedürftigkeit soll die betreffende Person dann an externe und unabhängige Fachstellen weitergeleitet werden, in denen ihre spezifischen Bedarfe ermittelt und die Person bei der Durchsetzung ihrer Rechte unterstützt werden kann. Für psychisch erkrankte Schutzsuchende sollte eine solche Fachstelle mit Unterstützung eines PSZ aufgebaut werden oder darin integriert werden. In der Fachstelle können neben der Diagnostik auch Kriseninterventionen/Therapien stattfinden und/oder an andere Akteur\*innen weitervermittelt werden. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen muss hierbei stets mitgedacht werden und ausreichende Angebote auch für Kinder geschaffen werden. Es sollte in einem gemeinsamen Prozess mit den zuständigen Ministerien, den Fachstellen und den Leistungsbehörden unter Abwägung von Aufwand und Nutzen beschlossen werden, was die von den Fachstellen ausgestellten Bescheinigungen über besondere Schutzbedürftigkeit konkret beinhalten.

Dabei muss der Kontext der Befragungssituation bedacht und geplant werden. Zu einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre trägt bei, dass alle Schutzsuchenden über ihre Rech-

te aufgeklärt werden. Außerdem sollten die Schutzsuchenden nach jeder Untersuchung über die Ergebnisse aufgeklärt werden und ihre „Akte“ mitnehmen können, um selbst zu entscheiden, ob sie ihre psychische Situation im Verfahren oder bei der Verteilung vorbringen. Dadurch werden Schutzsuchende als selbstständige Akteur\*innen in ihrem Verfahren bestärkt und datenschutzrechtliche Probleme umgangen. Studien haben gezeigt, dass Schutzsuchenden ihre wichtigen gesundheitlichen Daten auszuhändigen eine effektive Methode ist, um zu verhindern, dass medizinische Informationen verloren gehen. Sowohl bei Behandler\*innen als auch bei Schutzsuchenden führte dieses Vorgehen zu hoher Zufriedenheit (Straßner et al., 2019). In diesem Rahmen sollte auch eine Vermittlung an Fachärzt\*innen zur Erstellung von Stellungnahmen für das Asylverfahren stattfinden.

Für beide Schritte gilt, dass bei einer Datenweitergabe (an z. B. BAMF, Ausländerbehörde aber auch Fachstellen) eine von der Schutzsuchenden Person unterschriebene Aufklärung und informierte Einwilligung vorliegen muss. Alle diese Schritte sollten mit Hilfe von qualifizierter Sprachmittlung durchgeführt werden.

## Leistungsgewährung

In der Praxis ist der Punkt der Leistungsgewährung häufig der schwierigste, jedoch auch der wichtigste, da eine Identifizierung ansonsten faktisch unberücksichtigt bleibt. Deshalb muss sichergestellt werden, dass ausreichend Kapazitäten für die (therapeutische) Versorgung bestehen. Dafür muss eine finanzielle Unterstützung durch die Länder für Psychosoziale Zentren für Geflüchtete (PSZ) erhöht werden, die aufgrund ihrer Expertise und der Interdisziplinarität, die in dem Bereich notwendig sind, die beste Versorgung gewährleisten können. Zusätzlich dazu sollte die Einbindung von Schutzsuchenden in die Regelversorgung gefördert werden, wobei die Erstattung von Sprachmittlungskosten unabhängig vom Aufenthaltsstatus dafür eine notwendige Voraussetzung ist. Eine Möglichkeit ist die Bereitstellung eines Dolmetscherpools, auf den alle Behandler\*innen von Geflüchteten zugreifen können, wie in Hamburg bereits umgesetzt<sup>55</sup>. Ergänzend dazu können auch Video-Dolmetsch-Angebote genutzt werden.

Diese können in manchen Situationen hilfreich sein, wie z. B. in Regionen, in denen keine persönliche Sprachmittlung möglich ist. Bei einer ärztlichen Erstuntersuchung kann die Schamgrenze der untersuchten Person dadurch gesenkt werden, dass die sprachmittelnde Person nicht anwesend ist und bei körperlichen Untersuchungen auch die Kamera ausgeschaltet werden kann. Gleichzeitig ist für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses eine direkte Anwesenheit und die Sicherstellung derselben sprachmittelnden Person über die gesamte Behandlung hinweg notwendig (Abdallah-Steinkopf, 1999). Daher sollte eine persönliche Sprachmittlung der Standard sei und auf Videosprachmittlung nur in den bereits beschriebenen Ausnahmefällen zurückgegriffen werden. Weitere Voraussetzungen sind die Ausgabe von Gesundheitskarten ab Beginn des Aufenthalts in Deutschland und Therapiebewilligungskriterien, die analog zu deutschen Versicherten sind.

<sup>55</sup> Für mehr Informationen siehe die Website von SEGEMI, die das Projekt gemeinsam mit dem Paritätischen Gesamtverband und der Psychotherapeutenkammer Hamburg leiten: [http://www.segemi.org/sprachmittlung\\_psychotherapie.html](http://www.segemi.org/sprachmittlung_psychotherapie.html) (zuletzt besucht 31.03.2020).

Als Möglichkeit zu verhindern, dass notwendige Behandlungen immer auf die Zeit nach dem Transfer in die Kommunen verschoben werden, schlagen Biddle et al. (2019) vor die Gesundheitskosten für besonders schutzbedürftige Personengruppen aus einem Bundesfonds zu finanzieren. Damit kann verhindert werden, dass die Länder, die für die Unterbringung in der Erstaufnahme zuständig sind und daher auch die Kosten für die gesundheitliche Versorgung in dieser Zeit tragen, zur Vermeidung von Kosten Behandlungen auf die Zeit verschieben, wenn die Kommunen dafür aufkommen müssen.

Auch das Vorbringen von Krankheiten im Asylverfahren mithilfe qualifizierter Atteste muss ermöglicht werden. Wenn eine Person ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot aufgrund einer (körperlichen oder psychischen) Erkrankung in der Anhörung geltend macht, muss dies zurzeit in der Regel innerhalb einer Frist von vier Wochen durch eine fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen werden. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sollte verpflichtet sein, die dafür entstehenden Kosten (inklusive der Sprachmittlung) zu übernehmen und die Frist bei unverschuldeten Verzögerungen zu verlängern. Auch der (fachlich unbegründete) gesetzliche Ausschluss von Psychotherapeut\*innen bei der Erstellung von verfahrensrelevanten Attesten (§ 60 Abs.

7 i.V.m. § 60a Abs. 2c AufenthG) erschwert das Einreichen von Attesten im Asylverfahren massiv und ist daher abzuschaffen (Vgl. BAfF e. V. & BPTK, 2019).

Die besonderen Bedürfnisse, denen nach EU-Richtlinie Rechnung zu tragen ist, beziehen sich jedoch nicht nur auf die Gewährung von Psychotherapie und psychosozialer Unterstützung. Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Sollen die Ansprüche auf Berücksichtigung der entsprechenden Bedarfe nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung, u. a. in der Praxis erreichbar sein. Es müssen auch ausreichende Möglichkeiten der gesundheitsfördernden Unterbringung geschaffen werden. Das können zum einen traumaorientierte Unterbringungskonzepte (wie im Projekt „Step-by-Step“ in Darmstadt) sein, zum anderen eine Förderung der dezentralen Unterbringung, wenn dies von Personen gewünscht ist. Bei der Schaffung von speziellen Unterkünften für besonders schutzbedürftige Geflüchtete müssen deren besondere Bedarfe berücksichtigt werden, beispielsweise der Zugang zu medizinisch/therapeutischer Versorgung und entsprechenden Beratungsstellen in der Nähe.

## Formalisierter Austausch aller Beteiligten

Runde Tische, an denen alle beteiligten Akteur\*innen (Land, BAMF, Gesundheitsamt, Sozialdienst, Beratungsstellen, PSZ, evtl. Kliniken) sich regelmäßig austauschen, verbessern die praktische Zusammenarbeit und ermöglichen eine stetige Anpassung der Abläufe. Diese Abläufe sollten stets aktualisiert allen Mitarbeitenden zur Verfügung stehen. Auch eine Netzwerkdatenbank, die regelmäßig aktualisiert wird, und je nach Fallgestaltung die zuständigen Ansprechpartner\*innen bezeichnet, sollte erarbeitet werden. Diese Abläufe und Kontaktadressen müssen allen Mitarbeitenden zugänglich sein und auch bei Mitarbeiter\*innenwechsel übergeben werden. Die Häufigkeit

solcher Treffen hängt von der Zielsetzung des Austauschs ab, so sollten Fallkonferenzen häufiger (z. B. wöchentlich) und in anderer Zusammensetzung als Besprechungen von Abläufen (etwa monatlich) durchgeführt werden. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation fließen weniger personelle Ressourcen in die Durchsetzung von Leistungen und können stattdessen für therapeutische Angebote genutzt werden (siehe Beitrag „*Blick in die Praxis: Runde Tische zum Thema Identifizierung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen*“ auf Seite 65).

## Evaluation und Monitoring

Insbesondere zu Beginn eines neu etablierten Identifizierungsverfahrens, aber auch im Verlauf sollte eine Evaluation miteinbezogen werden, damit von praktischen Erfahrungen gelernt und das System zur systematischen Identifizierung und Leistungsgewährung weiter verbessert werden kann. Um sicherzustellen, dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen nachkommen und da sich gezeigt hat, dass dies in sehr unterschiedlicher Weise passiert und in manchen Bundesländern nicht angestrebt wird, ist ein zentrales Monitoring durch die Bundesregierung zu empfehlen. Dies könnte sich an dem Prozess orientieren, in dem Mindeststandards zum Gewaltschutz in Unterkünften etabliert wurden.<sup>56</sup>

### Zuständigkeiten (Bund-Länder-Kommunen)

Wie bereits einleitend beschrieben, sieht die Bundesregierung die Länder in der Verantwortung, Verfahren zur strukturierten Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zu etablieren (Deutscher Bundestag, 2019c, 2018, 2017). Da die bisherigen Ansätze auch fast ausschließlich auf Ebene der Bundesländer stattfinden, wurde auch in dieser Studie diese Ebene betrachtet. Dabei sollten aber andere Ebenen nicht außer Acht gelassen werden. Wie bereits beschrieben, stellt der Bund eine gute Anlaufstelle für ein Monitoring der Bundesländer dar. Außerdem ist zu beachten, dass auch die Kommunen in der Verantwortung sind, die rechtlichen Vorgaben bezüglich besonders Schutzbedürftiger zu beachten, wenn Schutzsuchende, deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist, in der kommunalen Unterbringung in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. An einigen Stellen wurden Ansätze auf kommunaler Ebene auch in dieser Studie angedeutet. Da der Fokus aber nicht auf deren Erhebung lag, bestehen wahrscheinlich andere, die hier nicht dargestellt werden konnten.

### Umgang mit Mitarbeitenden

Die Aufnahmerichtlinie fordert, dass das Personal in den Unterbringungszentren adäquat geschult wird und sich angemessen fortbilden soll (Art 18 Abs. 7, Art. 25 Abs 2). Auch wenn nicht alle Mitarbeitenden explizit für die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zuständig sind, sollte doch möglichst das gesamte Personal für das Thema sensibilisiert sein. Das umfasst im besonderen Sprachmittler\*innen. Aufgrund der hohen Personalfuktuation sind fortlaufende Schulungen sehr wichtig. Außerdem ist das Angebot einer Supervision essentiell, um die Mitarbeitenden in ihrer Arbeit zu entlasten und sie in ihrer Arbeit fortlaufend zu qualifizieren. So werden regelmäßig Supervisionen in den Erstaufnahmeeinrichtungen für Sozialarbeitende in Niedersachsen angeboten, welche als sehr hilfreich und entlastend in der Arbeit angesehen werden (Thomsen, 2018).

Diese Punkte müssen bei der Entwicklung eines Verfahrens zur systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit berücksichtigt werden. Sie sind in Abbildung 9 in einem Ablaufplan zusammengefasst.<sup>57</sup> Eine Identifizierung, die möglichst alle Bedarfe erfasst, muss eine frühzeitige Aufklärung der Schutzsuchenden, ein freiwilliges Screeningangebot oder eine andere Art der strukturierten Identifizierung, eine darauf aufbauende Diagnostik und Bedarfsermittlung und anschließende Leistungsgewährung beinhalten. Dabei müssen Abläufe und Ansprechpersonen klar definiert und für alle Beteiligten erkennbar und erreichbar sein. Erst durch ein deutschlandweites Verfahren nach diesen Vorgaben kann eine systematische Identifizierung stattfinden, durch die Deutschland seinen europäischen Verpflichtungen nachkommt und die Rechte besonders schutzbedürftiger Geflüchtete wahrt.

<sup>56</sup> Für mehr Informationen siehe <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/fluechtlingspolitik-und-integration/schutzkonzepte-fluechtlingsunterkuenfte/schutz-gefluechteter-menschen-in-fluechtlingsunterkuenften/112896> (zuletzt besucht 16.03.2020).

<sup>57</sup> Dieser enthält jedoch nach dem ersten Schritt der strukturierten Identifizierung lediglich den Pfad für psychisch erkrankte Schutzsuchende. Der Ablauf in Bezug auf andere vulnerable Gruppen (z. B. Folterüberlebende, Menschen mit Behinderungen, LGBTIQ\* Geflüchtete etc.) sollte in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachverbänden bzw. Interessensvertretungen erarbeitet werden.

## ERKLÄRVIDEO:

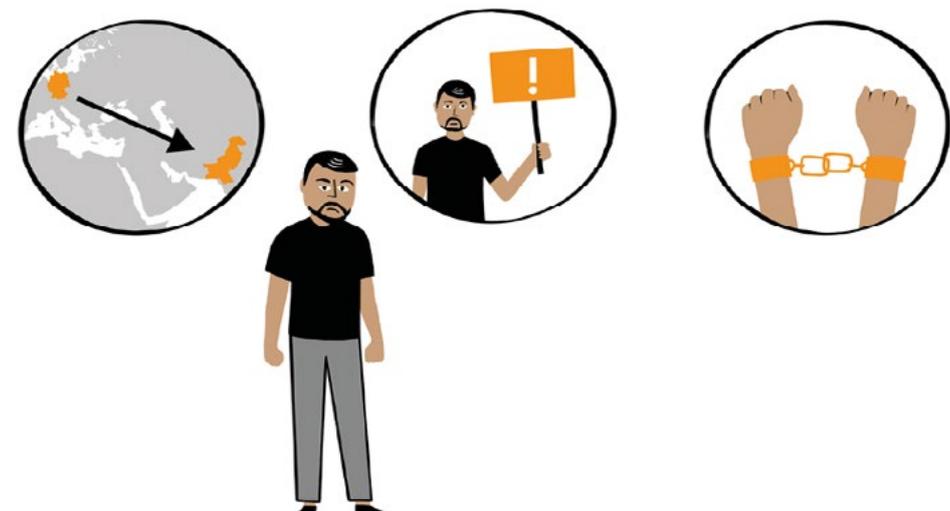
### IDENTIFIZIERUNG BESONDERER SCHUTZBEDÜRFTIGKEIT

In der EU-Aufnahmerichtlinie wird der Begriff der besonderen Schutzbedürftigkeit eingeführt. Besonders schutzbedürftig sind unter anderem Geflüchtete, die massive Gewalt erfahren haben oder unter schweren psychischen Erkrankungen leiden. Deutschland ist dazu verpflichtet besondere Schutzbedarfe von Menschen im Asylverfahren zu identifizieren und ihnen Rechnung zu tragen.

In einem Video erklärt die BAfF, welche rechtlichen Voraussetzungen zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit existieren und wie die Umsetzung in Deutschland geregelt wird.

Das Video ist abrufbar unter: <http://www.baff-zentren.org/videos/>

Unter <http://www.baff-zentren.org/identifizierung/> stellen wir außerdem weitere Informationen zum Thema Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit zur Verfügung.



# 5. Verzeichnisse

## 5.1. Literatur

- Abdallah-Steinkopf, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie*, 9, 211–220.
- Abgeordnetenhaus Berlin. (2015). *Besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und Opfer von Menschenhandel in Flüchtlingsunterkünften. Antwort des Berliner Abgeordnetenhaus auf eine Anfrage der Abgeordneten Evrim Sommer und Elke Breitenbach (LINKE)*. Drs-Nr.: 17/16207.
- BAfF e. V. (2015). *Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende*.
- BAfF e. V. (2019). *Positionspapier Lots\*innen, Peers und Laienhelfer\*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten*.
- BAfF e. V., & BPTK. (2019). *Gemeinsame Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) zum Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-Gesetz) BT-Drucksache 19/10047*.
- Baron, J., & Flory, L. (2019). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland (5. aktualisierte Auflage)*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.
- Baron, J., Flory, L., & Reusch, M. (2018). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.
- Baron, Jenny, Flory, L., & Krebs, D. (2020). *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- Bayerischer Flüchtlingsrat. (2019). *Schriftliche Stellungnahme zur Expert\*innenanhörung zum Thema „AnKER-Einrichtungen in Bayern“*.
- Behrens, B., & Groß, V. (2004). *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück*.
- Berlit, U. (2019). *Stellungnahme für die Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Inneres und Heimat des Deutschen Bundestages am 6. Mai 2019*. Drs-Nr.: 19/266A.
- Biddle, L., Wahedi, K., Jahn, R., Straßner, C., Kratochwill, S., & Bozorgmehr, K. (2019). *Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Strukturen der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete. Working Paper*.
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, 599–620.
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*, 10.
- Brandmaier, M., & Kruse, J. (2017). *Trauma und Asyl. In Flüchtlingsrecht in Theorie und Praxis. 5 Jahre Refugee Law Clinic an der Justus-Liebig-Universität Gießen*. Nomos.
- Bremische Bürgerschaft. (2018). *25 Jahre Bremer Modell – das Gesundheitsprogramm des Bremer Gesundheitsamts für Geflüchtete und Asylsuchende. Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen*. Drs-Nr.: 19 / 1982.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk for PTSD. *Journal of traumatic stress*, 18(1), 53–62.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2017). *Evaluation des Pilotprojektes «Asylverfahrensberatung»*. In *Zusammenarbeit mit UNHCR Deutschland Unveröffentlichter Forschungsbericht*. [https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2018/05/FB\\_Asylverfahrensberatung\\_Entwurf170925.pdf](https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2018/05/FB_Asylverfahrensberatung_Entwurf170925.pdf) (zuletzt besucht 09.01.2020)
- Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF). (o. J.). *Clearingverfahren*. Abgerufen 13. April 2020, von <https://b-umf.de/p/clearingverfahren/>
- Bundesgesundheitsministerium. (2016, April 27). *Früherkennung*. Glossar. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/frueherkennung.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, & United Nations Children´s Fund (UNICEF). (2018). *Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften*.
- Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel – KOK e. V. (2017). *Flucht & Menschenhandel – Betroffene erkennen, unterstützen, schützen*.
- Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg. (2015a). *Besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und ihre Situation in Hamburg. Antwort auf kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE*. Drs.-Nr.: 21/947.
- Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg. (2015b). *Medizinisches Personal und medizinisch-psychotherapeutische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge in Hamburg. Antwort auf kleine Anfrage des Abgeordneten Deniz Celik (DIE LINKE)*. Drs.-Nr.: 21/1701.
- Bürgerschaft der freien Hansestadt Hamburg. (2015c). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Flüchtlinge an den Standorten der ZEA und im Regelsystem. Antwort auf kleine Anfrage des Abgeordneten Deniz Celik (DIE LINKE)*. Drs-Nr.: 21/2247.
- Butollo, W., & Maragos, M. (2012). *Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Abschlussbericht*.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH). (2014). *Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte (Nr. 4; Forum sozial. Die berufliche soziale Arbeit)*.
- Deutscher Bundestag. (2016). *Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*. Drs.-Nr.: 18/9009.
- Deutscher Bundestag. (2017). *Zur Lage von geflüchteten Menschen mit Behinderungen. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Corinna Ruffer, Luise Amtsberg, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*. Drs.-Nr.: 18/11603.

- Deutscher Bundestag. (2018). *Bedingungen der Unterbringung und der Gewährleistung von Gewalt- und Diskriminierungsschutz gegenüber Frauen und LSBTTI in AnKER-Zentren. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Schauws, Filiz Polat, Luise Amtsberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.* Drs.-Nr.: 19/4103.
- Deutscher Bundestag. (2019a). *Situation von Geflüchteten mit Behinderungen im Asylverfahren. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sören Pellmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.* Drs.-Nr.: 19/9419.
- Deutscher Bundestag. (2019b). *Situation von LSBTTI-Geflüchteten. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Doris Achelwilm, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.* Drs.-Nr.: 19/10733.
- Deutscher Bundestag. (2019c). *Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.* Drs.-Nr.: 19/11666.
- Deutscher Bundestag. (2019d). *Bestandsaufnahme über die Umsetzung des Koalitionsvertrages durch die Bundesregierung.*
- Deutscher Bundestag. (2020). *Unabhängige Asylverfahrensberatung. Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökyak Akbulut, Christine Buchholz, Cornelia Möhring, Niema Movassat, Zaklin Nastic, Petra Pau, Martina Renner, Kersten Steinke, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann und der Fraktion DIE LINKE.* Drs.-Nr.: 19/18233.
- Deutsches Kinderhilfswerk. (2018). *Länderabfrage 2018: Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Kindern.*
- DGSP. (2018, Mai). *Umfrage zur Situation von psychisch erkrankten geflüchteten Menschen mit besonderem Schutzbedarf.* <https://www.dgsp-ev.de/ueber-uns/fachausschuessearbeitskreise/fa-migration.html>
- Dörr, P., & Träbert, A. (2019). *LSBTI\*-Geflüchtete im Asylverfahren. Verfolgung aufgrund der sexuellen und geschlechtlichen Identität.* *Asylmagazin*, 10–11, 352–359.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H., & Foa, E. B. (1995). *PDS-deutsche Version.* University of Oxford (unveröffentlicht).
- European Council of Refugees and Exiles. (2019). *The AnKER centres. Implications for asylum procedures, reception and return.*
- Flory, L., & Teigler, L. (2017). *Was hilft? Wege aus der Isolation. Geflüchtete sprechen über ihre Erfahrungen mit Psychotherapie.* Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAFF e. V.
- Flüchtlingsrat Brandenburg. (o. J.). *Erstaufnahmeeinrichtung.* Flüchtlingsrat Brandenburg. Abgerufen 6. April 2020, von <https://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/flucht-asyl/erstaufnahmeeinrichtung-2/>
- Flüchtlingsrat Brandenburg. (2017). *Situation im Ankunftszentrum und den Außenstellen der Erstaufnahmeeinrichtung.*
- Fluchtpunkt Hamburg. (2019, November 14). *Mitten in Hamburg, und doch am Rand: Unzumutbare Bedingungen im Ankunftszentrum Rahlstedt.* <https://fluchtpunkt-hamburg.de/mitten-in-hamburg-und-doch-am-rand-unzumutbare-bedingungen-im-ankunftszentrum-rahlstedt/>
- Foa, E. B. (1995). *PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale) Manual.* National Computer Systems.
- Förderverein des Brandenburgischen Flüchtlingsrates e. V. (2019). *Flüchtlingspolitische Forderungen an die neue Landesregierung in Brandenburg.*
- Friele, B., & Aumann, G. (2018). *Rollengestaltung und Beziehungen von psychosozialen Fachkräften und Sprachmittlern/Sprachmittlerinnen in der Triade.* In Schriefers, S. & Hadzic, E. (Hrsg.): *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung.* Vandenhoeck & Ruprecht.
- Führer, A., Niedermaier, A., Kalfa, V., Mikolajczyk, R., & Wienke, A. (2020). *A yawning gap – Asylum-seekers' health care needs and outpatient treatment for psychological complaints.* *BMC Psychiatry*, under review.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis.* *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 12–20.
- Hager, N., & Baron, J. (2017). *Eine Frage von Glück und Zufall. Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren.* *Beilage zum Asylmagazin 7–8. Informationsverbund Asyl & Migration*, 17.
- Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kuehnemann, J., Hahn, E., Ta, T. M. T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C., & Stingl, M. (2020). *Different patterns of mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): A sequential mixed method study.* *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00324>
- IPSO. (2018). *Jahresbericht 2018.*
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH).*
- Jasper, J., Suckow, W., & Weber, D. (2018). *Zukunft! Von Anfang an. Die Umsetzung von Kinderrechten in Unterkünften für geflüchtete Menschen in Deutschland.* Save the Children Deutschland e. V.
- Johansson, S. (2016). *Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland.* Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration.
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017). *Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener.* *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1389205. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205>
- Keilson, H. (2001). *Sequentielle Traumatisierung. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden.* Psychosozial-Verlag.
- Krauß, I. (2019, Dezember 4). *Kein Geld für Asyl-Rechtsberatung.* BR. <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/kein-geld-fuer-asyl-rechtsberatung.RjcbJNw>
- Landesamt für Zuwanderung und Flüchtlinge, Schleswig-Holstein (o.J.). *Unterbringung und Freizeitgestaltung.* Abgerufen 19. Oktober 2020, von [https://schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/LAZUF/startseite/LebenInLandesunterkunft/documents/unterbringungFreizeit\\_fachinhalt.html](https://schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/LAZUF/startseite/LebenInLandesunterkunft/documents/unterbringungFreizeit_fachinhalt.html)
- Landtag Brandenburg. (2017). *Landesintegrationskonzept. Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.* Drs.-Nr.: 6/5901.
- Landtag Rheinland-Pfalz. (2015). *Psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden. Antwort des Landtags Rheinland-Pfalz auf die kleine Anfrage der Partei DIE GRÜNEN.* Drs.-Nr.: 16/5018.
- Landtag von Baden-Württemberg. (2019). *Medizinisches Screening von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Stellungnahme des Ministeriums für Soziales und*

- Integration Baden-Württemberg auf einen Antrag der Abg. Sabine Wölfe u. a. SPD. Drs.-Nr.: 16/6659.
- Lechner, C., & Huber, A. (2017). *Ankommen nach der Flucht. Die Sicht begleiteter und unbegleiteter junger Geflüchteter auf ihre Lebenslagen in Deutschland*. Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Leuzinger-Bohleber, M., & Andresen, S. (2017). *Step-by-Step. Abschlussbericht über das Pilotprojekt Step-by-Step zur Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen in der Erstaufnahmeeinrichtung „Michaelisdorf“ in Darmstadt*. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.
- Lobkowitz, A. (2019). Expertenanhörung des Ausschusses für Verfassung, Recht und Parlaments- Fragen und Integration nach § 173 Abs. 1 Satz 2 BayLTGescho zum Thema „ANKER-Einrichtungen in Bayern“. MW Malteser Werke gmbH.
- Maier, T., Schmidt, M., & Müller, J. (2010). Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13110>
- Metzner, D.-P. F., Reher, C., Kindler, H., & Pawils, S. (2016). Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 1–10.
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. (2017). *Landesgewaltschutzkonzept für Flüchtlingsseinrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen*.
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. (2019a). *Bericht des Ministers für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration „Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer PSZ in NRW“. Sitzung des Integrationsausschusses am 5. Juni 2019*.
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. (2019b). *Sachstand staatliches Asylsystem Quartal 3/2019. Bericht an den Integrationsausschuss*.
- Morina, N., Maier, T., & Schmidt Mast, M. (2010). Lost in Translation? Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60(3/4), 104–110.
- Niklewski, G., Richter, K., & Leheld, H. (2012). *Abschlussbericht Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – Zirndorf. Klinikum Nürnberg*.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Pressestelle Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. (2018, April 19). *Eröffnung der vier Psychosozialen Zentren in Hessen*. <https://soziales.hessen.de/pressearchiv/pressemitteilung/psychosoziale-zentren-fuer-gefluechtete-eroeffnet>
- PSZ Düsseldorf. (2019). *Abschlussbericht des Projektes Psychisch belastete Asylbewerber\*innen erkennen, beraten und vermitteln*.
- Raffles, A., Mackie, A., & Muir Gray, J. A. (2019). *Screening: Evidence and practice (2. Aufl.)*. Oxford University Press.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878.
- Regierungspräsidium Gießen. (2019). *Schutzkonzept der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes Hessen*. Stand Februar 2019.
- Robert Koch Institut. (2015). *Vorscreening und Erstaufnahmeuntersuchung für Asylsuchende*.
- Roth, K. (2018). Angebote, Bedingungen und Grenzen der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen in Sachsen-Anhalt. In 25. *Tätigkeitsbericht (2017/2018) des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt*.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (2019). *Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten im Freistaat Sachsen. Antwort auf eine große Anfrage der Fraktion DIE LINKE an den Sächsischen Landtag*. Drs.-Nr.: 6/17005.
- Schäfer, A.-M., Kraul, D., & Keimeier, B. (2017). *Modellprojekt Psychosoziale Erstberatung in einer Zentralen Unterbringungseinrichtung für Flüchtlinge des Landes NRW. Zwischenbericht zur Evaluation*. Diakonie Paderborn-Höxter e. V.
- Schock, K., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2010). Retraumatisierung – Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(7), 243–249. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248268>
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WIdO-monitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK*, 15(1/2018), 1–20.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. (2018). *Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin für Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF)*.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Der Beauftragte für Integration und Migration (Hrsg.). (2018). *Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin. Für Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF)*.
- Soyer, J. (2019). *Wo die Not zum Himmel schreit – ein Jahr Hilfe für Kinder im AnKER-Zentrum Manching*. Report Refugio München, Ausgabe 59.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 302, 537–549.
- Stingl, M. (2014). Die Anwendung von Screening-Verfahren für Traumafolgen im Asylverfahren. In *Flüchtlingsrecht in Theorie und Praxis. 5 Jahre Refugee Law Clinic an der Justus-Liebig-Universität Gießen*. Nomos.
- Stingl, Markus, Knipper, M., Hertzger, B., Richards, J., Yazgan, B., Gallhofer, B., & Hanewald, B. (2017). Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: Testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany. *Ethnicity & Health*, 24(8), 897–908. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1379598>
- Thomsen, J. (2018). *Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen*.
- Träbert, A., & Dörr, P. (2019). LSBTI\*-Geflüchtete und Gewaltschutz. Implikationen für die Unterbringung, Zuweisung und Beratung. *Asylmagazin*, 10–11, 344–351.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. (2004). *Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2008). *Fact Sheet No. 31, The Right to Health*. <http://www.refworld.org/docid/48625a742.html>

- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2018). *Empfehlungen zur Ausgestaltung der geplanten „AnKER“- Einrichtungen*.
- van Keuk, E., & Esser, B. (2018). *Jahresbericht 2018*. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf.
- Weltgesundheitsorganisation. (2020). *Vorsorgeuntersuchung und Screening: Ein kurzer Leitfaden. Wirksamkeit erhöhen, Nutzen maximieren und Schaden minimieren*.
- Wittchen, H.-U., Weigel, A., & Pfister, H. (1996). *DIA-X – Diagnostisches Expertensystem*. Swets Test Services.
- Wolf, V., & van Keuk, E. (2018). Nach der Flucht das Gleichgewicht wiederfinden. Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“. *Ärztliche Psychotherapie. Psychosomatische Medizin und Psychosomatische Grundversorgung*, 13, 81–144.
- Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg. (o. J.). *Konzeption der Zentralen Ausländerbehörde für die Feststellung und die Berücksichtigung der Belange Schutzbedürftiger i.S.v. Art. 21 ff. RL 2013/33/ EU in der Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) des Landes Brandenburg*.

## 5.2. Zitierte Gesetze

- Asylbewerberleistungsgesetz (Neufassung) (AsylbLG, 2019).
- Asylgesetz (Neufassung) (AsylG, 2019),
- Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems, Bundesministerium des Innern (Referentenentwurf, 2015).
- Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Neufassung) (Aufenthaltsgesetz, AufenthG, 2020)
- Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen Baden-Württemberg (Flüchtlingsaufnahmegesetz – FlüAG, 2013)
- Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen, spätausgesiedelten und weiteren aus dem Ausland zugewanderten Personen im Land Brandenburg sowie zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (LAufnG, 2016).
- Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung) (VerfahrensRL, 2013).
- Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung) (AufnahmeRL, 2013).

## 5.3. Abbildungen

Abb. 1: Meilensteine der rechtlichen Entwicklung und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Rechten besonders Schutzbedürftiger.....	12
Abb. 2: Übersicht deutsche Bundesländer Konzept zur systematischen Identifizierung besonders Schutzbedürftiger.....	24
Abb. 3: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Berlin .....	25
Abb. 4: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Brandenburg.....	27
Abb. 5: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Niedersachsen.....	30
Abb. 6: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. 33	
Abb. 7: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Hamburg.....	35
Abb. 8: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz. ....	37
Abb. 9: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten im Saarland. ....	39
Abb. 10: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Sachsen-Anhalt. ....	40
Abb. 11: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Bremen. ....	42
Abb. 12: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Hessen.....	44
Abb. 13: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Nordrhein-Westfalen.....	46
Abb. 14: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Bayern. ....	50
Abb. 15: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Mecklenburg-Vorpommern.....	52
Abb. 16: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Sachsen. ....	53
Abb. 17: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein. 55	
Abb. 19: Überblick zur Identifizierung von besonderen Bedarfen und Versorgung von Geflüchteten in Thüringen. ....	56
Abb. 20: Kategorien der vorliegenden Studie .....	59
Abb. 21: Stellen, auf die die Landesregierung zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit verweist (Mehrfachnennungen möglich). ....	59
Abb. 22: Vorhandensein von (unabhängiger) Asylverfahrensberatung.....	60
Abb. 23: Worauf verweist die Landesregierung zur psychotherapeutischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter (Mehrfachnennungen möglich)? .....	63
Abb. 24: Ablaufplan systematischer Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Menschen mit psychischen Belastungen.....	69
Abb. 25: & Abb. 26: Screenshots aus dem Erklärvideo „Besondere Schutzbedürftigkeit bei Geflüchteten? Was bedeutet das?“ der BAfF e.V. (© BAfF e.V. / pudelskern.de).....	75
Abb. 27: Auswahl und Systematisierung bestehender Screening-Fragebögen .....	80
Abb. 28: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland.....	82

## 5.4 Tabellen

Tabelle 1:..... Landesministerien, die sich für das Thema der besonderen Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten zuständig erklären. ....	58
--	----

## 6. Anhang: Übersicht über Screening-Fragebögen

Name	Überblick	Pro	Contra	Aktueller Einsatz	Mögliche Anwender*innen
<b>PROTECT</b> <i>Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to facilitate Care and Treatment</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Fragen ja/nein</li> <li>• Einschätzung abhängig von Punktzahl von geringer bis hoher Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In vielen Sprachen verfügbar</li> <li>• Leicht anwendbar ohne Training</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus auf Stress statt Trauma</li> <li>• Unspezifisch</li> <li>• Nicht validiert</li> <li>• Mäßig kultursensibel</li> </ul>	Niedersachsen NRW (Pilotprojekt), Sachsen	geschulte nicht-Fachpersonen
<b>RHS-15</b> <i>Refugee Health Screening</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 Symptome auf Skala von 0-4 (davon 4 PTBS Symptome)</li> <li>• Distress Thermometer und Einschätzung der Überforderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In vielen Sprachen verfügbar</li> <li>• Validiert in Flüchtlingspopulation</li> <li>• Kultursensibel</li> <li>• Ökonomisch und sensitiv</li> </ul>		Hessen (M. Stingl et al., 2017)	Selbstauskunftsfragebogen; geschulte nicht-Fachpersonen
<b>EASO</b> ( <i>European Asylum Support Office</i> ) <b>Quality Tool</b> <sup>58</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste von versch. körperlichen und psychischen Erkrankungen und deren Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertise vieler Akteur*innen aus versch. Mitgliedsstaaten bei Entwicklung miteinbezogen</li> <li>• Umfassend und komplex</li> <li>• Nötige Unterstützungsmaßnahmen werden direkt miterfasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitaufwendig</li> <li>• Fehlende praktische Erfahrung</li> </ul>		Zielgruppe sind Sachbearbeiter*innen der Asylanträge
<b>QASN</b> <i>Questionnaire for the Assessment of the Special Needs of Survivors of Torture and Serious Violence</i>	<p>Fragebogen besteht aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verfahrensbezogene</li> <li>• aufnahmebezogene</li> <li>• gesundheitsbezogene</li> <li>• soziale Bedürfnisse</li> <li>• abschließende Empfehlungen</li> </ul> <p><b>kein Instrument zur Identifizierung von Folterüberlebenden, sondern Erhebung ihrer besonderen Bedarfe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direkte Handlungsempfehlungen</li> <li>• Bedürfnis- anstatt Symptomorientiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwändig</li> </ul>		Fachkraft, die in Umgang mit Zielgruppe geschult/erfahren ist
<b>ETI</b> <i>Essener Trauma-inventar</i>	ETI-Traumaliste (18 Fragen) und Traumasyptomatik (23 Fragen) zum Screening von PTBS und ABS (Akute Belastungssyndrom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in versch. Sprachen verfügbar</li> <li>• orientiert an DSM-Diagnosekriterien</li> <li>• in migrantischen Bevölkerungsgruppen getestet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nur Traumasymptomatik, keine anderen Störungsbilder</li> </ul>	NRW	psychol/med. Fachpersonal

Abb. 27: Auswahl und Systematisierung bestehender Screening-Fragebögen

58 Alle Materialien unter: <https://ipsn.easo.europa.eu/de/easo-tool-identification-persons-special-needs> (zuletzt besucht 16.03.2020).

Name	Überblick	Pro	Contra	Aktueller Einsatz	Mögliche Anwender*innen
<b>HTQ-5</b> <i>Harvard Trauma Questionnaire</i>	Abfrage einer Liste von traumatischen Erfahrungen; Fragen zu Symptomen von PTBS & Depression; Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>wissenschaftlich getestet mit Geflüchteten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vergleichsweise umfangreich</li> <li>direkte Frage nach traum. Erfahrungen</li> </ul>	Berlin	psychol./med. Fachpersonal
<b>IES</b> <i>Impact of Events scale</i>	22 Fragen nach posttraumatischen Symptomen (Hyperarousal, Vermeidung, Intrusion) in Bezug auf ein bestimmtes Ereignis		<ul style="list-style-type: none"> <li>häufig nicht ein Ereignis klar zu benennen</li> </ul>	Bochum	Selbstauskunftsfragebogen
<b>PHQ</b> <i>Patient Health Questionnaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>16 Frageblöcke</li> <li>Diagnostik von somatoformen, depressiven, Angst-, und Essstörungen &amp; Alkoholmissbrauch</li> <li>Items zur psychosoz. Funktionsfähigkeit, Stressoren, kritischen Lebensereignissen</li> <li>Kurzform: depressive Störungen, Panikstörung &amp; psychosoziale Funktionsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausführlich</li> <li>Einzelne Module können für einzelne Erkrankungen genutzt werden</li> <li>gibt Kurzversion, die mit einzelnen Modulen ergänzt werden kann</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relativ zeitaufwändig</li> </ul>		Selbstauskunftsfragebogen
<b>LIVE</b> <i>Leitfaden zur Identifizierung von erhöhtem Vermittlungsbedarf</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 Fragen zu depressiven Symptomen, Gefährdungsaspekten, Substanzkonsum, Versorgung</li> <li>Frage nach Kindern</li> <li>drei Fragen zu Ressourcen</li> <li>je nach Antworten kein erhöhter, erhöhter &amp; hoher Vermittlungsbedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>praxisnah, gibt Handlungsempfehlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>an keiner diagnostischen Einstufung orientiert</li> </ul>	Düsseldorf (als Ergänzung zu PROTECT)	Fachkraft, die in Umgang mit Zielgruppe geschult/erfahren ist

Außerdem gibt es in den einzelnen Bundesländern und in einzelnen Projekten noch weitere Fragebögen, die aber aus Gründen der Übersichtlichkeit hier nicht alle aufgezählt werden.

# Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland

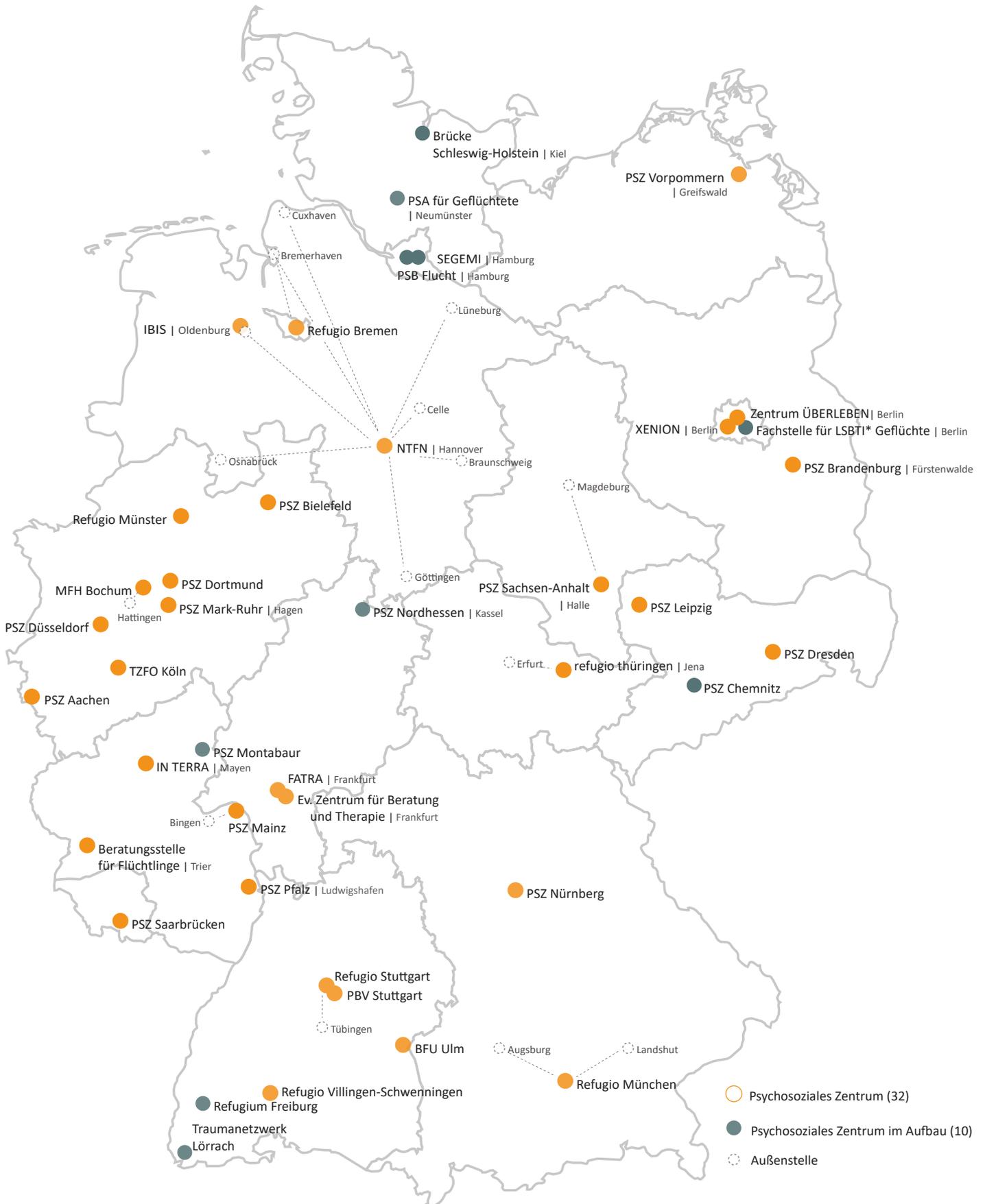


Abb. 28: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland.

# Über die BAfF

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben.

Die BAfF setzt sich dafür ein, dass das soziale Menschenrecht auf Gesundheit einschließlich der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung auch für Geflüchtete umgesetzt wird. Sie vertritt die Interessen von Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen gegenüber der Politik und der (Fach) Öffentlichkeit, vernetzt Akteur\*innen der psychosozialen Arbeit auf nationaler wie europäischer Ebene und beeinflusst durch Projekte, Veranstaltungen, Publikationen sowie gezielte Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit den fachlichen und den politischen Diskurs.

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den vergangenen 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 42 Psychosozialen Zentren und Initiativen werden seit 1996 durch die BAfF als ihren Dachverband vernetzt.

Die BAfF koordiniert den Austausch von Erfahrung, Wissen und Information zwischen Akteur\*innen, die sich im Flüchtlingsschutz engagieren, veranstaltet Fortbildungen, Sensibilisierungstrainings und Expert\*innenrunden, sucht das Gespräch mit Entscheidungssträ-

ger\*innen des Gesundheits- und Sozialsystems und setzt sich für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindert.

Wir engagieren uns für den Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete und setzen Impulse im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Diskurs. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei auch Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

Es braucht starke Aufklärungskampagnen, authentische Einzelfalldokumentationen und Menschen, die Geflüchteten mit therapeutischem und rechtlichem Knowhow zur Seite stehen. Damit das Menschenrecht auf Gesundheit wirklich für alle gilt – unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsstatus. Dafür setzen wir uns ein!

Die BAfF und die PSZ finanzieren sich größtenteils über Projektmittel und unregelmäßige Zuwendungen. Wir freuen uns daher sehr über jegliche Unterstützung!

## **Spendenkonto:**

BAfF e.V., Bank für Sozialwirtschaft Berlin  
IBAN: DE86100205000003209600,  
BIC: BFSWDE33BER

[www.baff-zentren.org/spenden](http://www.baff-zentren.org/spenden)

Viele in Deutschland lebende Geflüchtete haben in ihrem Herkunftsland, auf der Flucht oder auch im Aufnahmeland Deutschland traumatische Erfahrungen gemacht. Etliche leiden unter psychischen Belastungen in Folge dieser Erlebnisse. Sie haben aufgrund dieser Belastungen besondere Bedürfnisse, die beachtet werden müssen, damit sie ihr Asylverfahren adäquat durchlaufen können. Traumatisierte Schutzsuchende werden in der EU-Aufnahmerichtlinie gemeinsam mit anderen Gruppen als besonders vulnerable Personen definiert. Deutschland ist nach europäischem Recht dazu verpflichtet besonders vulnerable Personen zu identifizieren und ihren besonderen Bedarfen gerecht zu werden.

In dieser Publikation wird das europarechtliche Konzept von besonders vulnerablen Schutzsuchenden und die Verpflichtungen der aufnehmenden Staaten ihnen gegenüber dargestellt. Dabei liegt ein Fokus auf Personen mit psychischen Belastungen. Es wird argumentiert, warum eine frühe Identifikation besonderer Schutzbedürftigkeit nötig ist, welche rechtlichen Vorgaben dafür bestehen und wie eine sich daraus ableitende Umsetzung aussehen müsste.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) geht nach Auswertung von Dokumenten und Praxisdiagnosen der Frage nach, ob und wie die Bundesländer ein Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit etabliert haben. Die Studie schließt mit der Empfehlung eines systematischen Vorgehens für die Identifizierung und Versorgung vulnerabler Gruppen.

Weitere Informationen unter [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)