



# Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren

Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen

Jenny Thomsen



Netzwerk für traumatisierte  
Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.



Im Rahmen des bundesweiten Projekts  
„Ist Gesundheit teilbar!?“ - Kapazität, Struktur  
und Qualität (KaSQ), koordiniert durch die



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft  
der psychosozialen Zentren  
für Flüchtlinge und Folteropfer



# Inhaltsverzeichnis

5	I. EINLEITUNG
8	2.THEORIE UND METHODE
8	2.1 Hintergrund: EU-Aufnahmerichtlinie
9	2.2 Früherkennung von Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen
10	2.3 Ziel und Forschungsfragen
11	2.4 Der Evaluationsprozess
13	2.5 Methodische Anmerkungen
13	2.5.1 Datenerhebung
14	2.5.2 Feldzugang
18	3. EMPIRISCHE BEFUNDE
18	3.1 Die Standorte der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen
19	3.1.1 Standort Grenzdurchgangslager Friedland
20	3.1.2 Standort Braunschweig
21	3.1.3 Ankunftszentrum - Bramsche
22	3.1.4 Ankunftszentrum - Fallingbostel-Oerbke
23	3.2 Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit
27	3.3 Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit bei Kindern
29	3.4 PROTECT-Fragebogen
31	3.4.1 Der systematische Einsatz des PROTECT-Fragebogens am Beispiel des Verfahrens zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger in den Niederlanden
32	3.5 Schulung der MitarbeiterInnen
35	3.6 Schulung der DolmetscherInnen
36	3.7 Vermittlung an psychologische Fachstellen
40	3.8 Empfehlungen der Diagnostiker
40	3.8.1 Geeignete Unterbringung
42	3.8.2 Berücksichtigung beim BAMF
42	3.8.3 Zugang zu Behandlung
44	3.9 Erfolg des Friedländer Modells aus Sicht der Informanten und einiger Betroffener
44	3.9.1 Wahrnehmung der Informanten der Dienststellen
45	3.9.2 Wahrnehmung einiger Unterstützer und Asylsuchender
50	4. ANALYSE
50	4.1 Der Weg zum besonderen Schutz
51	4.1.1 Schritt 1: Hinweise auf Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen
54	4.1.2 Schritt 2: Weiterleitung an Diagnosestellen
55	4.1.3 Schritt 3: Berücksichtigung der Empfehlungen der Diagnostiker
55	4.1.4 Schritt 4: Weiterleitung an Behörden/Dienststellen
56	4.1.5 Schritt 5: Beitragende Faktoren zum Nicht-Erhalt von Unterstützungsleistungen
62	5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND AUSBLICK
62	5.1 Handlungsempfehlungen
66	5.2 Ausblick
68	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS
72	ANHANG I - PROTECT-Fragebogen

# Einleitung

## I. EINLEITUNG

Die vorliegende Evaluation zur Situation der Früherkennung von Personen mit besonderem Schutzbedarf in Niedersachsen, insbesondere derer, die unter Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen leiden, ist Teil des durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) geförderten Projekts „Ist Gesundheit teilbar?!“ - Kapazität, Struktur und Qualität (KaSQu). 12 Partner arbeiten seit Juni 2015 zusammen mit der BAfF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.) an einem dreijährigen Projekt mit dem Ziel, Behandlungsangebote ganzheitlich weiter zu entwickeln und qualitativ und strukturell zu verbessern.<sup>1</sup>

Deutschland verpflichtet sich seit 2015 durch die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, die speziellen Bedürfnisse schutzbedürftiger Asylsuchender zu identifizieren und ihnen die verpflichtende Unterstützung zu ermöglichen. Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen als Psychosoziales Zentrum und Mitglied der BAfF hat einen Bedarf gesehen, die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in Niedersachsen, insbesondere mit Blick auf die Früherkennung von Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen, zu untersuchen. Ausgangspunkt war die relativ geringe Anzahl vermittelter Fälle in die Behandlung durch das NTFN seitens der Sozialdienste der Aufnahmeeinrichtungen. Dadurch kamen Fragen zur Implementierung und den Abläufen des Friedländer Modells auf und die Effektivität des Modells wurde in Frage gestellt.

Um der EU-Aufnahmerichtlinie nachzugehen und die Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen zu fördern, ist 2012 das Friedländer Modell in der Erstaufnahmeeinrichtung in Friedland entstanden. Das Modell berücksichtigt die hauptsächlichen Dienststellen, die im Aufnahmeprozess mit dem Thema in Kontakt kommen und hat das Ziel besonders schutzbedürftige Personen frühzeitig zu erkennen. Das Modell ist danach auch in weiteren Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens initiiert worden.

Die Aufnahmebedingungen in Niedersachsen haben sich seit dem Beginn des Projekts im Jahr 2015 verändert. Statt der drei Erstaufnahmeeinrichtungen Bramsche, Braunschweig und Friedland gibt es mittlerweile zwei Ankunftszentren (Fallingbostel-Oerbke, Bramsche) und vier Aufnahmeeinrichtungen (Braunschweig, Friedland, Oldenburg, Osnabrück). Zu Projektbeginn war die Untersuchung der Umsetzung in den drei früheren Erstaufnahmeeinrichtungen geplant, aber durch die geänderte Struktur hat sich auch der Verlauf der Untersuchung

verändert. Das Ankunftszentrum Fallingbostel-Oerbke wurde bereits im Oktober 2016 besichtigt und da dort sichtlich erkennbar die Aufnahmebedingungen unzureichend waren, wurde es weiterhin in die Betrachtung mit aufgenommen. Oldenburg und Osnabrück wurden aus Zeitgründen nicht untersucht. Die Evaluationsergebnisse sind trotzdem für sämtliche Standorte Niedersachsens wertvoll.

Die Situation in Friedland wurde als erstes untersucht, da das Modell dort entstanden ist und schon im Jahre 2012 implementiert wurde. In Braunschweig wurde das Modell in 2014 implementiert und in Bramsche in 2017. In Fallingbostel-Oerbke bestehen ein Sozialdienst und eine unabhängige Asylverfahrensberatung erst seit dem Sommer 2017 und der Fokus hinsichtlich des Ankunftszentrums liegt deshalb auf der Implementierung des Modells und berücksichtigt, dass noch nicht von einem funktionierenden Modell zur Früherkennung gesprochen werden kann, da es dort bis dato keinen Kooperationsvertrag mit einer Diagnosestelle gibt, welche im Modell essentiell ist.

Handlungsempfehlungen wurden anhand der Analyse des Modells entwickelt, um die Zugangswege zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit zu optimieren. Somit kann die Evaluation einen Beitrag zur Verbesserung der Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren leisten. Sie ist als Hilfe für die beteiligten Dienststellen gedacht, um ihre Arbeit mit Früherkennung zu verbessern.

---

<sup>1</sup> <http://www.baff-zentren.org/ist-gesundheit-teilbar/>



# Theorie und Methode

## 2. THEORIE UND METHODE

### 2.1 Hintergrund: EU-Aufnahmerichtlinie

Seit dem 20. Juli 2015 verpflichtet sich Deutschland durch die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, die speziellen Bedürfnisse schutzbedürftiger Asylsuchender zu identifizieren und ihnen die erforderliche Unterstützung zu gewähren. Im Erwägungsgrund 14 der Aufnahmerichtlinie wird erwähnt: „Die Umstände für die Aufnahme von Personen mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme sollten ein vorrangiges Anliegen für einzelstaatliche Behörden sein, damit gewährleistet ist, dass bei dieser Aufnahme ihren speziellen Aufnahmebedürfnissen Rechnung getragen wird.“

Zu den besonders schutzbedürftigen Personen gehören Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, 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 z.B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.** (Art. 21)

Diese Personen benötigen besonderen Schutz und haben Anspruch auf spezielle Unterstützungsleistungen, sowie angepasste Aufnahmebedingungen und medizinisch-psychologische Hilfen. Die Aufnahmerichtlinie beinhaltet allerdings keine klare Definition der Unterstützungsleistungen. Laut der Kommission der Europäischen Gemeinschaften wirkt sich „die Ermittlung besonderer Bedürfnisse nicht nur auf den Zugang zu geeigneten Behandlungsmöglichkeiten aus, sondern könnte auch die Qualität des Entscheidungsprozesses in Bezug auf den Asylantrag, insbesondere bei traumatisierten Personen, beeinflussen.“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hg.) 2009) Eine Informationsvermittlung zur besonderen Schutzbedürftigkeit und besonderen Verfahrensgarantien muss daher gewährleistet werden. Art. 5 Abs. 1 besagt, dass „die Mitgliedstaaten [...] die Antragsteller innerhalb einer angemessenen Frist von höchstens fünfzehn Tagen nach dem gestellten Antrag auf internationalen Schutz zumindest über die vorgesehenen Leistungen und die Verpflichtungen, die mit den im Rahmen der Aufnahmebedingungen gewährten Vorteilen verbunden sind [unterrichten]. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass die Antragsteller Informationen darüber erhalten, welche Organisationen oder Personengruppen einschlägige Rechtsberatung leisten und welche Organisationen ihnen im Zusammenhang mit den im Rahmen der Aufnahme gewährten Vorteilen, einschließlich medizinischer Versorgung, behilflich sein oder sie informieren können.“

Um die besonderen Leistungen garantieren zu können, müssen betroffene Asylsuchende als Personen mit besonderen Bedürfnissen erkannt werden. Nach Art. 22 haben die Mitgliedstaaten bei der Aufnahme zu beurteilen, ob der Asylsuchende besondere Bedürfnisse hat und welche Art der Bedürfnisse vorliegen. Die „Beurteilung wird innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines Antrags auf internationalen Schutz in die Wege geleitet“ (Art. 22). Die Unterstützung, die Personen mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme gewährt werden soll, soll während der gesamten Dauer des Asylverfahrens angemessen nachverfolgt werden. Dafür muss die Schutzbedürftigkeit erkannt werden. Dies muss also frühzeitig, d.h. bereits bei der Erstaufnahme geschehen und als kontinuierlicher Prozess weitergeführt werden.

Die Richtlinie besagt: „die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“ (Art. 19 Abs. 2)

Art. 18 Abs. 3 erwähnt, dass die Situation von schutzbedürftigen Personen insbesondere bei der Unterbringung berücksichtigt werden muss. Weiter soll das Personal in den Unterbringungszentren angemessen geschult sein. (Art. 18 Abs. 7)

In Art. 25 Abs. 1 wird gezielt ausgeführt, dass „Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, die Behandlung - insbesondere Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung - erhalten, die für den Schaden, welcher ihnen durch derartige Handlungen zugefügt wurde, erforderlich ist.“ Das Betreuungspersonal „muss im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden“ (Art. 25 Abs. 2).

Die EU-Aufnahmerichtlinie verlangt demzufolge sowohl die Untersuchung der besonderen Bedürfnisse, als auch die Bereitstellung der erforderlichen Unterstützungsleistungen. Es ist allerdings nicht immer einfach Schutzbedürftigkeit zu erkennen, besonders wenn es sich unter Umständen um eine unauffällige Schutzbedürftigkeit, wie z.B. Erfahrung von Folter und Vergewaltigung, handelt. Eine systematische und effektive Beurteilung der besonderen Bedürfnisse bei der Aufnahme ist daher notwendig.

In Deutschland gibt es kein einheitliches Konzept zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Für die Umsetzung der Aufnahmerichtli-



nie sind die Bundesländer zuständig (Bundesregierung 2016). In Niedersachsen wurde ein Modell entwickelt, das die Identifizierung besonders Schutzbedürftiger ermöglichen und erleichtern soll. Das Modell und seine Implementierung und Funktionieren ist Objekt dieser Evaluation.

## 2.2 Früherkennung von Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann durch traumatische Erlebnisse entstehen. Auch andere Traumafolgestörungen wie u.a. Anpassungsstörungen, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, dissoziative Störungsbilder und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) können aufgrund solcher Erlebnisse entstehen (Flatten et al., 2011). Bei Personen, die unter einer PTBS leiden, kommen häufig weitere psychische Erkrankungen vor, wie z.B. Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen. Körperliche Erkrankungen wie Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen treten ebenfalls häufiger bei Personen mit PTBS auf (Frommberger et al. 2014). Eine unbehandelte PTBS kann zu weiteren psychischen Erkrankungen als Folgeschäden, wie z.B. Depression (inklusive Suizidrisiko), substanzbedingten Störungen und/oder Angststörungen, führen (National Collaborating Centre for Mental Health 2004:17). Doch nicht alle Personen, die traumatische Ereignisse durchlebt haben, entwickeln zwangsläufig auch eine Traumafolgestörung. Diese Evaluation betrachtet jedoch ausschließlich die Situation von Personen, die aufgrund solcher Ereignisse unter Traumafolgestörungen leiden, nur diese werden im Folgenden als traumatisiert bezeichnet.

Eine angemessene und rechtzeitige Behandlung ist mit einer nachhaltigen Verbesserung der psychischen Gesundheit der Flüchtlinge und einer geringeren Inanspruchnahme von Notfallversorgung verbunden (Kaltenbach et al. 2017:5). Eine Chronifizierung der Traumatisierung oder psychischen Erkrankungen könnte durch Früherkennung vermieden werden. Auch um präventiv intervenieren zu können und ein mögliches Entstehen einer Traumatisierung zu verhindern, kann Früherkennung förderlich sein (Friele, B., Fachtagung Besondere Schutzbedürftigkeit 2014:14). Ein unerkannter Schutzbedarf kann zusätzlich zu Beeinträchtigungen im Asylverfahren und Aufnahmeverfahren führen.

Eine frühe Diagnostik ist auch für das Funktionieren in der Gesellschaft eine Voraussetzung. Bedingungen im Exil, wie z.B. die Angst, abgeschoben zu werden oder Hindernisse bei der Gesundheits- und Sozialversorgung,

beeinflussen zusätzlich die psychische Gesundheit (Bundespsychotherapeutenkammer 2015:9). Die Lebensbedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen können auch eine negative Auswirkung auf die gesundheitliche Situation haben (Behrens et al. 2004). Auch um entsprechende Bedingungen zu vermeiden spielt Früherkennung eine wichtige Rolle.

Mit Früherkennung wird in dieser Evaluation nicht nur die diagnostische Maßnahme gemeint, sondern auch Maßnahmen, die bewirken sollen, dass psychische Erkrankungen möglichst früh erkannt werden, wie z.B. Schulungen und Einsatz eines Screening-Fragebogens. Sobald Hinweise erkannt sind, werden weitere Maßnahmen zur Diagnose und anschließend zur Behandlung ergriffen. Entscheidend ist daher, dass klare Früherkennungsstrukturen implementiert sind, damit die Beteiligten wissen, was sie tun sollen wenn ein Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen besteht.

Die Schwierigkeit Hinweise auf Traumatisierung oder psychischen Erkrankungen zu erkennen, wird durch eine Untersuchung von Gäbel et al. (2006) mit Einzelentscheidern des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) deutlich. Dabei handelte es sich um Sonderbeauftragte, die psychologisch geschult sind, und für Anhörungsverfahren bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen eingesetzt werden. Die Einschätzung der Einzelentscheider wurde mit den diagnostischen Ergebnissen von Psychologen verglichen. Die Untersuchung ergab, dass die subjektive Einschätzung der interviewten Einzelentscheider der PTSD-Prävalenz unter den von ihnen untersuchten Asylsuchenden bei 0 bis max. 10% lag. Die Nachuntersuchungen von Psychologen ergaben dabei eine Prävalenz von 40% (Gäbel et al. 2006:15-16). Obwohl die Entscheider in der Untersuchung psychologisch geschult waren, wurden schutzbedürftige Personen nicht verlässlich erkannt. Mängel in der Qualifikation der verschiedenen Dienststellen oder ein Mangel an zeitlichen Kapazitäten können zusätzlich die Früherkennung beeinträchtigen. Um eine psychische Erkrankung frühzeitig zu erkennen und sie effizient behandeln zu können ist daher ein Verfahren zur Identifikation erforderlich.

Es liegen keine offiziellen Daten zur Prävalenz von Traumafolgestörungen vor. Studien zeigen eine Prävalenz für PTBS bei 30,6% und für depressive Erkrankungen bei 30,8% (Steel et al. 2009). In einer Studie von Richter et al. (2015), wurden in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern in 2012 bei 63,6% der Asylsuchenden eine oder mehrere psychische Diagnosen festgestellt. Die PTBS-Rate lag bei 32,2%, und depressive oder rezidivierende depressive Episoden bei 21,9%. Die Leitlinie der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) geht von einer Prävalenz bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern von 50% aus (Flatten et

al. 2011). Die PTBS-Rate in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt im Vergleich bei 2,3% (Jacobi et al. 2014). Durch die Studien wird deutlich, dass Asylsuchende eine Hochrisikogruppe, besonders in Bezug auf Traumatisierung ausmachen. Der Begriff „Hochrisikogruppe“ beinhaltet Menschen mit einer signifikanten Wahrscheinlichkeit den Zustand, der durch das Programm adressiert werden soll, zu haben oder zu entwickeln (Rossi et al. 2004:121).

Um frühzeitig Traumatisierung und psychische Erkrankungen erkennen zu können werden häufig Screening-Fragebögen bei Hochrisikogruppen als Instrument eingesetzt. Ein Screening beinhaltet typischerweise Befragungen einer großen Anzahl Personen zum Vorhandensein des Zustands. Ein Screening-Test ist normalerweise nicht diagnostisch, aber er wird helfen, Personen mit einem hohen Risiko erkennen zu können (National Collaborating Centre for Mental Health 2004:165). Die vorliegende Evaluation untersucht den Einsatz des PROTECT-Fragebogens<sup>2</sup> und weiterer Maßnahmen, um Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen. Der PROTECT-Fragebogen (Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment) ist ein Screening-Fragebogen, der in einer europäischen Projektpartnerschaft entwickelt wurde, um den Aufnahmeprozess von Asylsuchenden entsprechend der EU-Aufnahmerichtlinie zu unterstützen. Im Kapitel 3.4 wird dieser Fragebogen im Detail vorgestellt. Ein Exemplar befindet sich zudem im Anhang.

## 2.3 Ziel und Forschungsfragen

Das von der EU geförderte Teil-Projekt hat das Ziel die **Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in Niedersachsen zu untersuchen und zu optimieren, damit die Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren verbessert werden kann**. Deutschland verpflichtet sich, wie schon erwähnt, seit 2015 durch die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie, die speziellen Bedürfnisse schutzbedürftiger Asylsuchender zu identifizieren und ihnen die verpflichtende Unterstützung zu gestatten. In der vorliegenden Evaluation liegt der Fokus auf Personen, die unter Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen leiden.

Im Rahmen des Projektes wurden vom NTFN die Aufnahmebedingungen in verschiedenen Landes-Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens untersucht. Friedland, Braunschweig, Bramsche und Fallingbostal-Oerbke wa-

ren im Fokus. Dabei wurden die jeweiligen Modelle zur Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen ausgewertet. In 2016 war die Optimierung der Zugangswege zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit in der Erstaufnahmeeinrichtung Friedland im Fokus. In 2017 wurden die Bedingungen zur Früherkennung in Braunschweig, Bramsche und Fallingbostal-Oerbke untersucht. Die einzelnen Stufen und Übergänge wurden dabei überprüft und Verbesserungsmöglichkeiten konkretisiert.

Um die Analyse der Ergebnisse durchführen zu können, wurde das Ziel in verschiedene Kategorien und Teilfragen getrennt. Die Fragen haben der Evaluation eine zusätzliche Struktur gegeben und das Planen der Datensammlung ermöglicht, mit dem Ziel, bedeutungsvolle Informationen über das Funktionieren des Modells zu erhalten. (Rossi et al. 2004:81)

Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit sollen identifiziert werden, damit sie entsprechende Leistungen erhalten können. Es stellt sich somit die Frage, ob die Dienstleistungsziele erreicht werden. Werden Hinweise auf Schutzbedürftigkeit identifiziert und die Betroffenen an psychologische Fachstellen weitergeleitet? Werden die beabsichtigten Dienstleistungen den zugeordneten Personen angeboten? Sind einige Personen mehr beeinflusst als andere? Gibt es hilfsbedürftige Personen, die nicht durch das Modell erreicht werden?

Um die Fragen beantworten zu können, wurden konkret weitere Fragen zur **Früherkennung** bei den Dienststellen, insbesondere bei den Sozialdiensten ausgearbeitet. Es wurde untersucht, ob regionale Unterschiede bei der Anzahl der Feststellungen besonderer Schutzbedürftigkeit und der Anzahl der Weitervermittlungen an kooperierende Kliniken und das NTFN bestehen. Zu diesem Zweck wurden die strukturellen Gegebenheiten in den Sozialdiensten untersucht.

Ferner lag der Schwerpunkt darauf, welche Hinweise auf psychische Erkrankungen wahrgenommen werden und zu Überweisungen führen. Wie merken die MitarbeiterInnen, dass der Asylsuchende evtl. psychologische Hilfe braucht? Was bringt die MitarbeiterInnen dazu, eine Vermittlung an eine psychologische Fachstelle zu initiieren? Es wurde auch überprüft, ob geschlechtsspezifische und/oder kulturelle Unterschiede wahrnehmbar sind. Weiterhin wurde die besondere Situation zur Früherkennung von Hinweisen bei Kindern betrachtet. Eigene Verbesserungsvorschläge der Informanten zur Früherkennung und die Möglichkeit zur Teilnahme an relevanten Schulungen wurden erfragt.

<sup>2</sup> Siehe Anhang des vorliegenden Evaluationsberichts auf S.72 oder online unter:

<http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-questionnaire-german.pdf>

Der **Protect-Fragebogen** als Werkzeug zur Früherkennung wurde in den Fokus gebracht. Es sollte herausgefunden werden, wann und von wem der Fragebogen benutzt wird. Wird er in allen Fällen eingesetzt oder nur in Einzelfällen? Welche Einzelfälle sind dies gegebenenfalls? Wird der Fragebogen überhaupt als hilfreich in der Arbeit angesehen? Darüber hinaus wurde untersucht, ob die MitarbeiterInnen der Sozialdienste sich mit dem Bogen ausreichend vertraut fühlen und ob sie weitere Informationen dazu benötigen. Zudem wurde das Verbesserungspotential des Fragebogens erfragt.

Ein weiterer Untersuchungsbereich betrifft das Modell zur Früherkennung, d.h. die **Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Dienststellen und die Vermittlung an psychologische Fachstellen**. Es wurde erfragt, ob das ganze Personal mit dem Modell vertraut ist und an welche Stellen vermittelt wird, wenn der Verdacht auf eine Traumatisierung oder psychische Beschwerden besteht. Wie funktioniert der Vermittlungsablauf an die kooperierenden Kliniken und inwiefern hat die Diagnostik rückmeldend Einfluss auf die Arbeit der MitarbeiterInnen vor Ort? Dazu wurde die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Dienststellen untersucht, um Optimierungsmöglichkeiten entwickeln zu können. Wichtig war in der Untersuchung auch, ob die Aufgaben zur Früherkennung der jeweiligen Dienststellen dem Personal klar sind.

Neben den Dienststellen in den Aufnahmeeinrichtungen wurden auch die Diagnosestellen mit einbezogen. Es wurde untersucht, welche Kapazitäten erforderlich sind um eine besondere Schutzbedürftigkeit feststellen zu können. Welche Diagnosen kommen vor? Welche Empfehlungen werden am häufigsten gegeben? Die Umsetzung der Empfehlungen wurde ebenfalls untersucht. Die Berücksichtigung der Empfehlungen sowohl im Asylverfahren, als auch bei der Umverteilung, sowie der Verteilungsort der Asylsuchenden, waren im Fokus. Außerdem wurde untersucht, ob eine ausreichende Anzahl der Personen, welche die Dienstleistungen erhalten, die Maßnahmen auch vollenden.

Darüber hinaus interessiert auch die **Vermittlung an das NTFN**. Hier ist von Interesse, ob tatsächlich das ganze Personal der Dienststellen über das NTFN informiert ist. Gibt es bestimmte Zuständigkeiten für die Vermittlung bei den Sozialdiensten oder wird der Einzelne aktiv? Welche Fälle werden überhaupt an das NTFN vermittelt (alle oder nur manche)? Werden organisatorische und personelle Aufgaben angemessen gehandelt? Die Informanten hatten hier ebenfalls die Möglichkeit aus ihrer Sicht Verbesserungsvorschläge für das NTFN einzubringen.

Um die Forschungsfragen beantworten zu können wurde ein Evaluationsprozess begonnen, in dem die jeweili-

gen Standorte ausgewertet wurden. Im Folgenden werden die Besonderheiten der vorliegenden Evaluation beschrieben, bevor die methodischen Anmerkungen dargelegt werden.

## 2.4 Der Evaluationsprozess

Im Rahmen des Projektes wurden vom NTFN die Aufnahmebedingungen in verschiedenen Landesaufnahmeeinrichtungen Niedersachsens untersucht. Dabei wurden die jeweiligen Modelle zur Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen ausgewertet. Das Friedländer Modell wurde in 2012 als Kooperation zwischen der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (Standort Friedland) und dem Asklepios Fachklinikum Göttingen, Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten, zusammen mit dem NTFN entwickelt, um frühzeitig eine Behandlungsbedürftigkeit der Asylsuchenden in der Erstaufnahmeeinrichtung Friedland erkennen zu können. In Braunschweig gibt es ein ähnliches Modell seit 2014. Kooperationspartner sind die Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (Standort Braunschweig) und die Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig. Der Vertrag ist allerdings im Februar 2018 ausgelaufen und neue Kooperationsmöglichkeiten werden gesucht. Seit dem Frühjahr 2017 gibt es Kooperationen zwischen der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (Standort Bramsche), der Psychiatrischen Institutsambulanz der Niels-Stensen-Kliniken in Bramsche und der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Christlichen Krankenhauses Quakenbrück. Erst seit August 2017 gibt es in Fallingb. Oerbke einen Sozialdienst und eine Kooperation mit dem Heidekreis-Klinikum Walsrode ist angestrebt. Da das Ziel der Evaluation die Verbesserung der Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren ist, ist die Untersuchung und Auswertung der jeweiligen Modelle essentiell.

Eine Evaluation ist eine „methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen“ (Kromrey 2001:112). Eine Evaluation, die beabsichtigt Informationen für eine Verbesserung eines Programms zu sammeln, wird als formativ bezeichnet. Das Ziel ist hierbei eine Hilfe darzustellen, damit das Programm besser funktionieren kann. (Rossi et al. 2004:34) Ferner ist eine Programmevaluation die Verwendung von Methoden der empirischen Sozialforschung zur systematischen Untersuchung der Wirksamkeit von Sozialinterventionsprogrammen (Rossi et al. 2004:28).

Der Fokus dieser Evaluation ist das Funktionieren des Modells zur Früherkennung. Es handelt sich demgemäß

um eine Prozessevaluation. Eine Prozessevaluation überprüft, was das Programm ist, und ob es der Zielgruppe wie vorgesehen zugestellt wird (Rossi et al. 2004:171). Von Interesse ist zu erfahren, ob die Durchführung des Modells problemlos funktioniert, welche Bedarfe die durchführenden Dienststellen haben, und ob die Dienststellen in der Lage sind, das Modell effektiv umzusetzen (Stockmann 2004:3).

Die Evaluation versucht nicht die Auswirkungen des Modells auf die Asylsuchenden auszuwerten. Dies wäre ein nächster, sehr interessanter Schritt, nachdem festgestellt wurde, ob die Asylsuchenden mit besonderem Schutzbedarf durch das Modell erreicht werden. Geplant war, auch subjektive Eindrücke und Erfahrungen der betroffenen Asylsuchenden mit einzubeziehen. Dies wurde jedoch erschwert dadurch, dass nur wenige Betroffene aufgrund der Schwere ihrer Erkrankungen für ein Interview geeignet waren. Die wenigen Kontakte, die geknüpft werden konnten, sind nicht ausreichend für eine Evaluation. Nichtsdestotrotz wurden einige Interviews mit Asylsuchenden und Unterstützern durchgeführt um ein Bild über die Abläufe aus Sicht der Betroffenen zu erhalten. Hinweise zu den Interviews sind im Kapitel 3.9 zu finden.

Um dennoch ein Bild über die Abläufe vor und nach Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit aus Sicht der Betroffenen zu erhalten, wurden als Alternative Einzelinterviews mit Unterstützern einiger dieser Personen geplant. Schließlich konnten doch noch zwei Einzelinterviews mit betroffenen Asylsuchenden durchgeführt werden, welche von den zuständigen Psychologen/Psychotherapeuten als geeignet angesehen wurden. Zusätzlich wurden vier Einzelinterviews mit ehrenamtlichen Unterstützern einiger der Asylsuchenden durchgeführt. Auch wenn durch die geringe Anzahl an Interviews mit Asylsuchenden und Unterstützern keine wissenschaftliche Repräsentativität entsteht, lassen sich die Aussagen trotzdem verwenden. Hierdurch wird zumindest ein Einblick in die Realität einiger Asylsuchenden gewährleistet.

Die Evaluation war projektbegleitend und Rückmeldungen zu Ergebnissen haben fortlaufend stattgefunden (Kromrey 2001:118). Der Nutzen der Ergebnisse für die „Praxis“ steht im Vordergrund. Die beteiligten Dienststellen sollen die Erkenntnisse nutzen können (Kromrey 2001:113). So wurden Informationen zu z.B. Schulungswünschen weitergeleitet, damit Maßnahmen frühzeitig angeboten werden konnten. Somit hat die Evaluation regelmäßig zur Qualitätsentwicklung beigetragen. Ein wichtiger Teil der Evaluation war es, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, damit die Ergebnisse umgesetzt werden können.

Außerdem ermöglichen die ermittelten Ergebnisse der Evaluation einen Dialog zwischen den Dienststellen.

Die Ergebnisse können zeigen, wie die Zusammenarbeit abläuft, und wo Erfolge und Defizite bestehen. Daraus kann eine Verbesserung der Zusammenarbeit entstehen (Stockmann 2004:3).

Zu berücksichtigen ist, dass das Modell zu unterschiedlichen Zeitpunkten an den Standorten implementiert wurde. Eine Auswertung eines Programms, das noch nicht in vollem Maße ausgeprägt ist, erhebt andere Bedenken, als ein Programm mit stabilen Funktionen (Rossi et al. 2004:44). Die Implementierung des Modells ist ein Prozess, der viel Zeit in Anspruch nehmen kann. Es ist demzufolge nicht zu erwarten, dass alle Standorte gleich weit gekommen sind. Allerdings sollen die gleichen Standards an allen Standorten angestrebt werden. Die Evaluation kann dem Erreichen dieser Standards dienen.

Im Verlauf der Evaluation hat eine enge Zusammenarbeit, insbesondere mit den Sozialdiensten, stattgefunden, um die Problembereiche zu identifizieren bzw. zu klären, die Evaluation auszuführen, und eine Anwendung für die Ergebnisse zu finden. Außerdem wurden Maßnahmen vermittelt, welche die Qualität des Modells verbessern können, z.B. in Form von Schulungen. Die gute Zusammenarbeit hat es ermöglicht, ehrliche und detaillierte Informationen zu erhalten. Ansonsten kann schnell Misstrauen entstehen, wenn sich die Informanten kontrolliert fühlen. Die eigenen Meinungen und Wünsche der Informanten waren essentiell in der Auswertung des Modells.

Eine Abschlussveranstaltung des Projekts wird geplant, um die Ergebnisse der Evaluation vorzustellen und gleichzeitig einen Austausch zwischen den Dienststellen zu ermöglichen. Der vorliegende Evaluationsbericht wird in diesem Zusammenhang den teilnehmenden Dienststellen ausgehändigt.

Damit die Qualität der Evaluation gesichert ist, waren letztlich die Standards der Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit (Standards der Gesellschaft für Evaluation e.V. 2017) zentral in der Durchführung der Evaluation. Die Evaluation soll sich folglich nach den Evaluationszwecken und dem Informationsbedarf der NutzerInnen richten; realistisch, gut durchdacht und diplomatisch ausgeführt sein; respektvoll und fair mit den betroffenen Personen umgehen sowie gültige Informationen und Ergebnisse hervorbringen und vermitteln. (DeGEval 2017)

Um die Anonymität der Informanten zu sichern, wurden Hinweise auf Positionen der Informanten innerhalb der Dienststellen nicht erwähnt. Die Informanten sind auf sowohl Mitarbeiter- als auch Leiterebene zu finden. In der Evaluation wird konsequent von MitarbeiterInnen gesprochen, damit eine Erkennung der Personen vermieden werden kann.

## 2.5 Methodische Anmerkungen

Die Ergebnisse und Empfehlungen einer Evaluation müssen „nachvollziehbar auf empirisch gewonnenen qualitativen und/oder quantitativen Daten beruhen“ (DeGEval 2017). Da es sich in der Evaluation um prozessbezogene Daten handelt, wurden in erster Linie qualitative Erhebungsmethoden genutzt. Im Evaluationsprozess wurde die Methode der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1990) benutzt. Es handelt sich um eine allgemeine Methode zur Entwicklung von gegenstandsverankerten Theorien, die auf Daten basiert, die systematisch erfasst und analysiert werden. Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung werden während des Prozesses parallel durchgeführt.

Zusammenhänge und entwickelte Hypothesen werden durch die Methode immer wieder am Material geprüft. Datenerhebung, Analyse und Theoriebildung finden parallel statt. Dies stellt sicher, dass aufkommende Themen, die aus früheren Daten entstanden sind, in späterer Datensammlung untersucht werden können. Durch wiederholte Datenerhebung, Kodieren der Daten, d.h. das Vorgehen zur Analyse oder Interpretation von Daten, und Schreiben von Memos, welche die Hypothesenbildung, durch den Forschungsprozess hindurch unterstützen, wird eine „Theorie“ oder ein „Modell“ entwickelt. Eine theoretische Sättigung wird erreicht, wenn keine neuen Informationen und Erklärungen durch das neue Material entstehen.

Aufgrund des Vorgehens der theoretischen Sättigung wurden ein bis drei MitarbeiterInnen der jeweiligen Dienststellen interviewt. Eine Durchführung von Interviews mit jedem Teilnehmer jeder Dienststelle war nicht notwendig. Eine kleinere Anzahl sorgfältig ausgewählter Informanten, die für eine Dienststelle repräsentativ sind, war ausreichend, um wesentliche Fragestellungen zu identifizieren und wichtige Informationen zu den Arbeitswegen der Dienststellen zu erhalten. Meinungen von Informanten anderer Dienststellen sowie zusätzliche Informationen durch andere Datenquellen wurden auch in Betracht genommen, um eine Sättigung zu erreichen.

Ein Vorteil der Methode ist, dass mehrere Datenformen, z.B. Interviews und Dokumentenanalyse, berücksichtigt werden können. Im Folgenden werden die Datenquellen beschrieben, welche für die Evaluation genutzt wurden.

### 2.5.1 Datenerhebung

Um die Umsetzung der Modelle zu untersuchen wurden leitfadengestützte Interviews mit MitarbeiterInnen

der beteiligten Dienststellen der Aufnahmeeinrichtungen durchgeführt. Es wurden Schlüsselinformanten mit unterschiedlichen Perspektiven ausgewählt, um ein möglichst breites Verständnis des Modells zu erhalten. Die Interviews wurden entweder persönlich oder als Telefoninterviews durchgeführt. Es gab **sowohl Einzel- als auch Gruppeninterviews**. Die Interviews hatten eine Dauer zwischen 30 Minuten und 1,5 Stunden und wurden anschließend transkribiert oder als Memoranden festgehalten. Ziel der Interviews war der Einblick in die Arbeitswege der jeweiligen Einrichtungen und in die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Dienststellen, um den Ablauf verstehen und auswerten zu können.

Leitfäden mit allen zu stellenden Fragen wurden als Grundlage der Interviews benutzt. Eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist dadurch gesichert. Einige Schlüsselfragen wurden in jedem Interview gestellt und andere Fragen wurden nur gestellt, wenn sie im Gesprächsverlauf relevant wurden. Da es sich im Modell um verschiedene Dienststellen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen handelt, wurden die Fragen jeder Dienststelle angepasst. Für alle Informanten galt, dass sie durch die offenen Fragen die Möglichkeit hatten, ihre Einstellung und Eindrücke frei zu beschreiben.

Während der Evaluation wurde auch an relevanten **Veranstaltungen** teilgenommen. In einer Veranstaltung gab es einen Beitrag zur medizinischen Versorgung in einer der untersuchten Aufnahmeeinrichtungen, welcher wertvolle Einblicke in die Situation vor Ort lieferte. Bei einer Informationsveranstaltung in einem untersuchten Ankunftszentrum wurden die Bedingungen vor Ort thematisiert. Einige Dienststellen wurden dabei besichtigt. Die LAB Niedersachsen, das BAMF und die Krankenstation vor Ort nahmen an der Veranstaltung teil und lieferten interessante Informationen zu den Arbeitswegen und der Situation der dort wohnenden Asylsuchenden. Die Erkenntnisse wurden in Memoranden festgehalten, die im Auswertungsprozess genutzt werden konnten.

Zusätzlich wurden auch unterschiedliche **Dokumente** genutzt, die zum Thema Früherkennung in den Aufnahmeeinrichtungen Informationen liefern konnten.

Als erstes wurden die Vorankündigungen der MitarbeiterInnen der Sozialdienste der Aufnahmeeinrichtungen ans NTFN in Betracht genommen. Die Anmeldungen beinhalten u.a. eventuelle Berichte der Kliniken, eine Schweigepflichtsentbindung und einen ausgefüllten Anmeldebogen zur Person. Die Adresse der Verteilung soll, sofern bekannt, auch weitergegeben werden. Das Auswerten der Anmeldungen ergab wichtige Informationen zur Arbeitsweise der einzelnen MitarbeiterInnen der Sozialdienste, sowie den Diagnosen und Empfehlungen der Kliniken.

Zusätzlich wurde die E-Mail-Korrespondenz zwischen dem NTFN und den SozialarbeiterInnen untersucht, und zwar in Fällen, in denen besondere Situationen vorlagen. So konnte der Verlauf und die Zusammenarbeit zwischen den Dienststellen beleuchtet werden.

Ferner wurden Informationen und Statistiken durch Jahresberichte und Artikel zur Zusammenarbeit zwischen einigen Standorten und den kooperierenden Kliniken bereitgestellt. Auch Statistiken über die Unterbringung von Asylsuchenden in den Aufnahmeeinrichtungen wurden hierfür verfügbar gemacht.

## 2.5.2 Feldzugang

Geplant war, leitfadengestützte Einzelinterviews mit betroffenen Asylsuchenden durchzuführen, um auch ihre Eindrücke und Erfahrungen als besonders Schutzbedürftige auswerten zu können. Beim Untersuchen der ans NTFN gemeldeten Fälle und durch Gespräche mit zuständigen Psychologen/Psychotherapeuten wurde allerdings festgestellt, dass sehr wenige Personen für ein Interview geeignet sind. Dies hat den Grund, dass nur besondere schwere Fälle, d.h. Personen welche unter massiven psychischen Problemen leiden, durch die Modelle zur Früherkennung erkannt worden sind. Es erschien nicht zumutbar, diese Personen in einem Interview über ihre Erfahrungen berichten zu lassen. Um dennoch ein Bild über die Abläufe vor und nach Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit aus Sicht der Betroffenen zu erhalten, wurden als Alternative Einzelinterviews mit Unterstützern einiger dieser Personen geplant. Schließlich konnten doch noch zwei Einzelinterviews mit betroffenen Asylsuchenden durchgeführt werden, welche von den zuständigen Psychologen/Psychotherapeuten als geeignet angesehen wurden. Zusätzlich wurden vier Einzelinterviews mit ehrenamtlichen Unterstützern einiger der Asylsuchenden durchgeführt. Auch wenn durch die geringe Anzahl an Interviews mit Asylsuchenden und Unterstützern keine wissenschaftliche Repräsentativität entsteht, lassen sich die Aussagen trotzdem verwenden. Hierdurch wird zumindest ein Einblick in die Realität einiger Asylsuchenden gewährleistet.

Größtenteils waren die Informanten der Dienststellen ohne Zögern bereit an den Interviews teilzunehmen. Einige Dienststellen haben nicht auf die E-Mails geantwortet, sondern wurden im Laufe des Interviewprozesses mit anderen Dienststellen der Standorte ausfindig gemacht, um sie persönlich bzgl. einer Teilnahme an einem Interview anzufragen. So konnten einige Informanten erreicht werden, die sonst nicht in die Evaluation mit einbezogen hätten werden können.

Es gab bei einigen Dienststellen ein größeres Maß an Misstrauen. Einige Dienststellen wollten anfangs nicht teilnehmen, haben ihre Meinung allerdings nach erklärenden Gesprächen über die Evaluation geändert. Leider hat eine Dienststelle sich nicht von der Evaluation überzeugen lassen. Das Christliche Krankenhaus Quakenbrück, das mit dem Standort Bramsche eine Kooperation bildet, hat sich zudem aus „betrieblichen Gründen“ gegen eine Teilnahme entschieden. Da allerdings die Niels-Stensen-Kliniken teilgenommen haben, die ebenso mit dem Standort eine Kooperation bilden sowie die restlichen beteiligten Dienststellen, konnten trotzdem wesentliche Informationen in Relation zu den abwesenden Dienststellen erhalten werden. Die Befunde der Interviews sowie der weiteren Datenquellen werden im Folgenden beschrieben.



Gemälde im Psychosozialen Zentrum Hannover, entstanden in der therapeutischen Frauengruppe





# Empirische Befunde

## 3. EMPIRISCHE BEFUNDE

### 3.1 Die Standorte der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen

In Niedersachsen gibt es insgesamt sechs Standorte der Landesaufnahmebehörde (Bramsche, Braunschweig, Friedland, Fallingb.-Oerbke, Oldenburg und Osnabrück). In den Ankunftscentren in Bramsche und Fallingb.-Oerbke erfolgt die Registrierung der Asylsuchenden.

In den Ankunftscentren soll möglichst das gesamte Asylverfahren stattfinden, von der Registrierung bis zum Bescheid. Asylsuchenden mit hoher Bleibeperspektive sollen nach einem positiven Bescheid zeitnah an die Kommunen weitergeleitet werden und Asylsuchenden mit geringer Bleibeperspektive sollen bis zur Entscheidung im Ankunftscentrum oder in einer Erstaufnahmeeinrichtung verbleiben. Bei Asylsuchenden aus beiden Clustern soll vor Ort innerhalb kurzer Zeit eine Anhörung stattfinden und über den Asylantrag entschieden werden. Anträge von Bewerbern aus anderen Ländern sowie unbegleitete Minderjährige und Dublin-Fälle, sollen zu genauerer Prüfung an eine wohnortnahe Außenstelle übergeben werden (Arbeitsstab Integriertes Flüchtlingsmanagement 2016). Von den Ankunftscentren aus wird die Verteilung der Asylsuchenden in Niedersachsen vorgenommen.

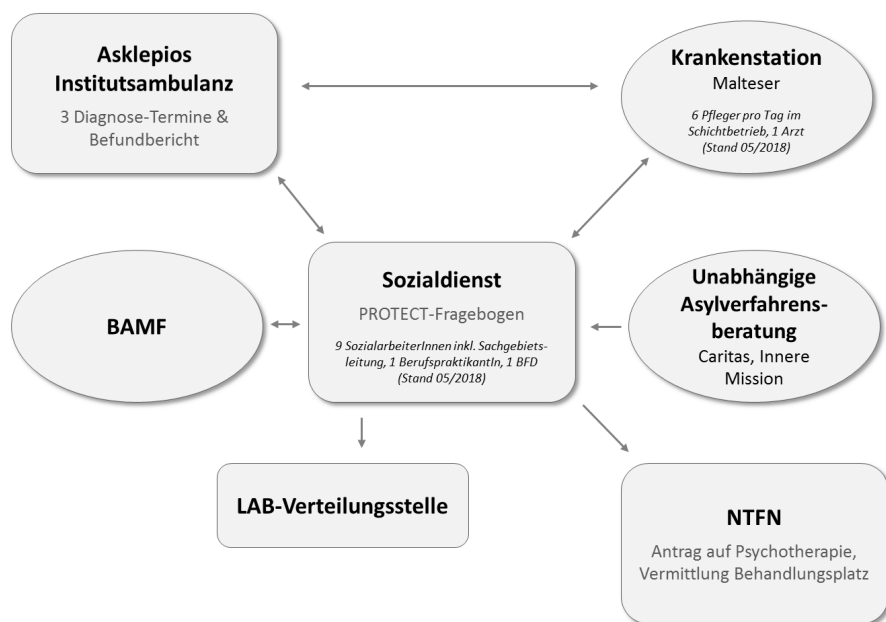
In allen Standorten erfolgen **Aufnahmegespräche** mit den Asylsuchenden durch den Sozialdienst. Die Funktion des Aufnahmegesprächs ist vielfältig und beinhaltet, zusätzlich zur Feststellung von Hilfen für besonders schutzbedürftige Asylsuchende, u.a auch allgemeine Beratung und Betreuung wie z.B. Informationen zum Asylverfahren, Unterstützung der Flüchtlinge bei Kontakten zu anderen Behörden, Hilfestellung bei Fragen des täglichen Lebens, Beratung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen und frauenspezifische Beratung und Betreuung.

Um ein einheitliches Vorgehen zur Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen in Niedersachsen zu erreichen, wurde das „Friedländer Modell“ schrittweise an den Standorten implementiert. Nachfolgend werden die jeweiligen Modelle zur Früherkennung in den evaluierten Standorten kurz beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt.

### 3.1.1 Standort Grenzdurchgangslager Friedland

GDL Friedland (ges. 194 Asylbewerber sowie 255 Kontingent-Flüchtlinge aus humanitären Aufnahmeprogrammen und 287 Spätaussiedler; Spätaussiedler und Kontingent-Flüchtlinge sind in den unten stehenden Zahlen nicht erfasst) Stand 14.12.2017

- Top 5 Herkunftsländer
1. Syrien (32 Pers.)
  2. Georgien (28 Pers.)
  3. Irak (25 Pers.)
  4. Iran (17 Pers.)
  4. Republik Moldau (17 Pers.)<sup>3</sup>



Das Grenzdurchgangslager Friedland liegt im Süden Niedersachsens in der Nähe von Göttingen. Der Standort verfügt über eine Aufnahmekapazität von 820 Plätzen.<sup>4</sup>

Um frühzeitig eine Behandlungsbedürftigkeit der Asylsuchenden in der Erstaufnahmeeinrichtung Friedland erkennen zu können wurde das „Friedländer Modell“ in 2012 als Kooperation zwischen der Landesaufnahmehbehörde Niedersachsen (Standort Friedland) und dem Asklepios Fachklinikum Göttingen, Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten, entwickelt.

Die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes in Friedland führen ein Aufnahmegespräch mit dem Asylsuchenden unter Beteiligung eines Sprachmittlers. Im Gespräch sollen Hinweise auf gesundheitliche Probleme, besondere Schutzbedürftigkeit und eventuell Posttraumatische Belastungsstörungen festgestellt werden. Der PROTECT-Fragebogen, ein Screening-Fragebogen zur frühzeitigen Erkennung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender, kann dabei Anwendung finden. Wenn Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen festgestellt worden sind, melden die MitarbeiterInnen den Asylsuchenden zur Diagnostik in der Institutsambulanz im Asklepios Fachklinikum in Göttingen an. MitarbeiterInnen der Krankenstation in Friedland können ebenfalls PatientInnen anmelden.

Der Sozialdienst in Friedland erhält für den betroffenen Asylsuchenden drei Termine für diagnostische Gespräche in der Institutsambulanz. Ein Befundbericht mit Empfehlungen u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft und Ort der Umverteilung wird erstellt. Der Befundbericht wird nach einer Schweigepflichtsentbindung an den Sozialdienst in Friedland geschickt, der eine Meldung an das NTFN senden soll. Das NTFN kann dann einen Antrag auf Psychotherapie stellen und bei der Vermittlung eines Behandlungsplatzes behilflich sein. Das BAMF wird auch vom Sozialdienst kontaktiert, damit ein besonderer Schutzbedarf im Asylverfahren berücksichtigt werden kann.

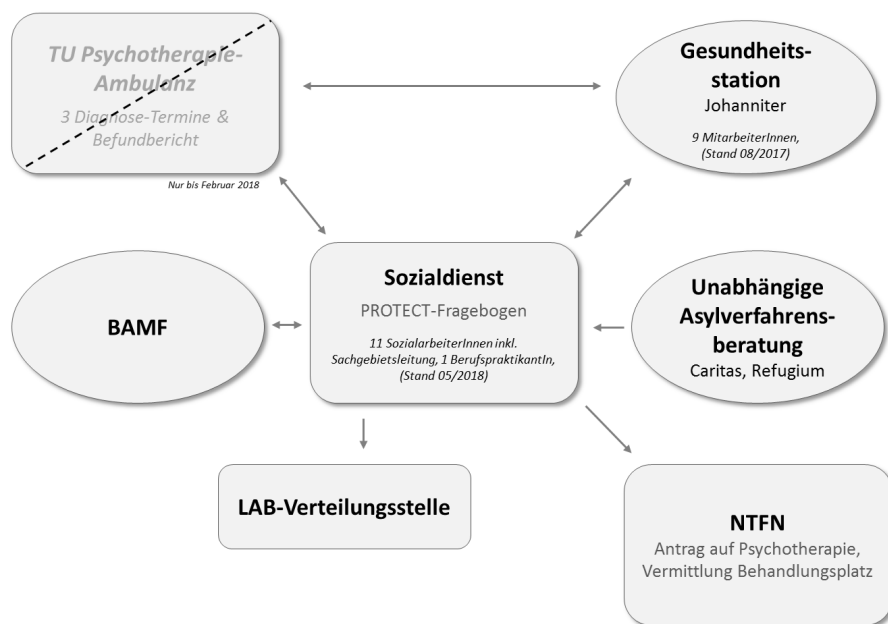
<sup>3</sup> Landesaufnahmebehörde Niedersachsen

<sup>4</sup> [https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/standort\\_gdl\\_friedland/der-standort-gdl-friedland-106937.html](https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/standort_gdl_friedland/der-standort-gdl-friedland-106937.html)

### 3.1.2 Standort Braunschweig

Standort Braunschweig (ges. 624 Personen), Stand 14.12.2017

- Top 5 Herkunftsländer
1. Montenegro (195 Pers.)
  2. Serbien (123 Pers.)
  3. Mazedonien (80 Pers.)
  4. Irak (60 Pers.)
  5. Albanien (58 Pers.)<sup>5</sup>



Der Standort Braunschweig hat eine Aufnahmekapazität von 973 Betten. Bei Bedarf können zusätzliche Außenstellen genutzt werden.<sup>6</sup>

In 2014 wurde das Friedländer Modell auch in Braunschweig umgesetzt. Eine Kooperation zwischen der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (Standort Braunschweig) und der Technischen Universität Braunschweig sah bis Februar 2018 vor, Personen mit Behandlungsbedürftigkeit frühzeitig zu erkennen. Der Kooperationsvertrag wurde inzwischen durch die TU Braunschweig beendet und neue Partner der Landesaufnahmebehörde werden gesucht.

Auch beim Sozialdienst in Braunschweig wird ein Erstgespräch mit dem Asylsuchenden durchgeführt. Der PROTECT-Fragebogen wird eingesetzt, wenn ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegt. Wenn Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen festgestellt worden waren, konnten die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes den Asylsuchenden zur Diagnostik in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig anmelden.

Die Diagnostik umfasste drei Termine und fand zumeist unter Beteiligung eines Sprachmittlers statt. Nach Abschluss der Diagnostik wurde ein Bericht an den Sozialdienst gesendet, in dem Empfehlungen zur Behandlungsbedürftigkeit

und weitere Maßnahmen ausgesprochen wurden. Der Sozialdienst soll eine Meldung an das NTFN senden, damit ein Antrag auf Psychotherapie gestellt und Vermittlung eines Behandlungsplatzes eingeleitet werden kann. Dies gilt auch unabhängig von einer Kooperation mit einer Diagnosestelle, wenn die MitarbeiterInnen einen Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen haben.

Seit dem 1.2.2018 führt die Außenstelle in Braunschweig keine Asylverfahren mehr durch, sondern ist lediglich für Wiederrufe und Rücknahmen zuständig. Personen, die in der Aufnahmeeinrichtung in Braunschweig untergebracht sind, werden per Bus nach Fallingb. Oerbke gebracht, wo das Asylverfahren durchgeführt wird.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Landesaufnahmebehörde Niedersachsen

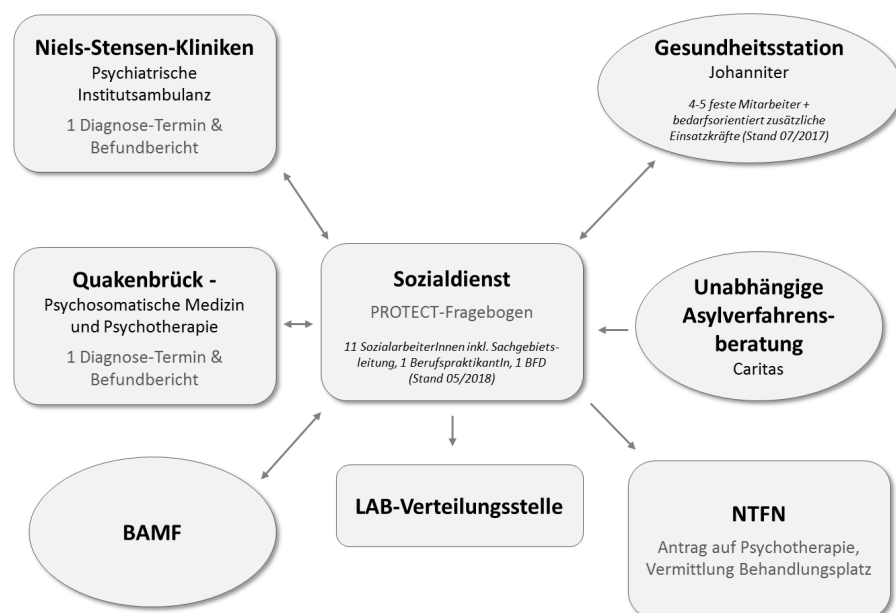
<sup>6</sup> [https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/standort\\_braunschweig/der-standort-braunschweig-86603.html](https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/standort_braunschweig/der-standort-braunschweig-86603.html)

<sup>7</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

### 3.1.3 Ankunftszentrum - Bramsche

Ankunftszentrum Bramsche (ges. 617 Personen), Stand 14.12.2017

- Top 5 Herkunftsländer
1. Serbien (72 Pers.)
  2. Albanien (64 Pers.)
  3. Sudan (52 Pers.)
  4. Irak (42 Pers.)
  5. Iran (36 Pers.)<sup>8</sup>



Bramsche hat eine Regelbelegung von 1.200 Personen mit einer möglichen Erhöhung der Unterbringungskapazitäten.<sup>9</sup>

Neben Fallingbostal-Oerbke ist der Standort Bramsche als zweites Ankunftszentrum im November 2016 eröffnet worden. Davor wurde der Standort als Erstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende genutzt. Vor Ort werden die Asylsuchenden registriert und anschließend erfolgt die Asylantragstellung und die Anhörung beim BAMF.

Seit dem Frühjahr 2017 bestehen Kooperationen zwischen der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (Standort Bramsche), den Niels-Stensen-Kliniken und dem Christlichen Krankenhaus Quakenbrück.

Der Asylsuchende wird einem Sozialbetreuer zugewiesen, der mit ihm ein Erstgespräch analog der anderen Standorte durchführt. Das Gespräch wird anhand eines Sozialfragebogens gestaltet, in dem eine Frage lautet, ob psychische Probleme bestehen. Das Besondere beim Sozialdienst in Bramsche ist das Vorgehen im Falle einer positiv beantworteten Frage zu psychische Problemen. In diesem Fall fragen die SozialarbeiterInnen tiefer und detaillierter nach, ob die Person schlecht schläft, Alpträume hat, viel nachdenken muss, etc. Wenn auch diese

Schlüsselfragen bejaht werden, wird anschließend der PROTECT-Fragebogen eingesetzt.

In den Kliniken werden Sprechstunden für die Asylsuchenden angeboten. Der Sozialdienst bekommt einen Bericht, der Diagnose und Empfehlungen beinhaltet u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit. Der Sozialdienst soll eine Meldung an das NTFN senden, damit ein Antrag auf Psychotherapie gestellt und die Vermittlung eines Behandlungsplatzes eingeleitet werden kann. Bei Vorlage eines Befundberichtes wird auch das BAMF informiert, um besondere Leistungen für den Betroffenen gewährleisten zu können.

<sup>8</sup> Landesaufnahmebehörde Niedersachsen

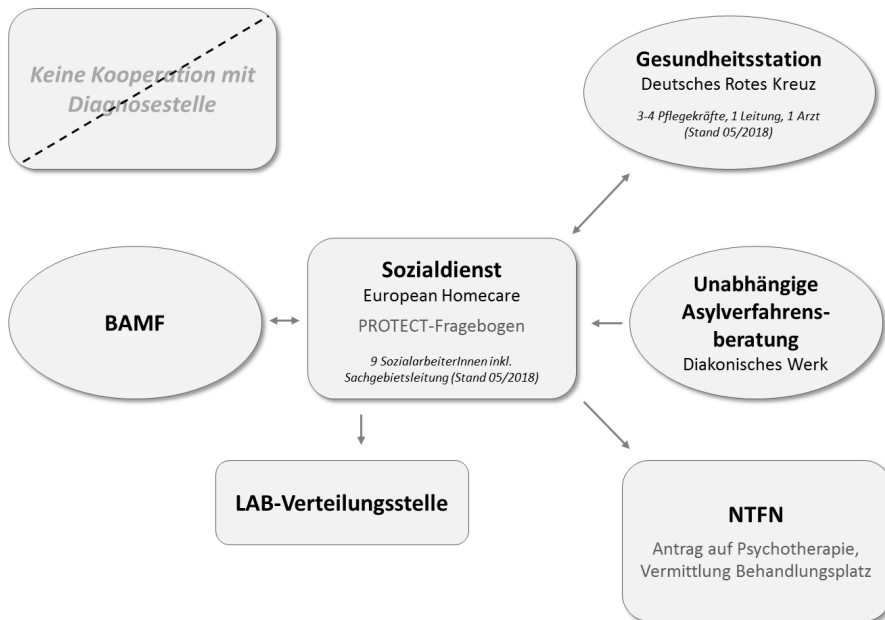
<sup>9</sup> [https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/ankunftszentrum\\_bramsche/der-standort-bramsche-86581.html](https://www.lab.niedersachsen.de/standorte/ankunftszentrum_bramsche/der-standort-bramsche-86581.html)

### 3.1.4 Ankunftszentrum - Fallingbostel-Oerbke

Ankunftszentrum Fallingbostel-Oerbke (ges. 573 Personen),  
Stand 14.12.2017

#### Top 5 Herkunftsländer

1. Irak (108 Pers.)
2. Syrien (70 Pers.)
3. Georgien (55 Pers.)
4. Iran (31 Pers.)
5. Afghanistan und Türkei (jeweils 29 Pers.)<sup>10</sup>



Es gibt derzeit 800 aktive Unterbringungsmöglichkeiten. Als Reserve können bis zu 7.500 Personen untergebracht werden.<sup>11</sup>

Das ehemalige NATO-Camp Oerbke, Bad Fallingbostel, wird seit Mitte September 2015 als Notunterkunft für Asylsuchende genutzt. Das Camp Fallingbostel wurde ab Februar 2016 zu einem Ankunftszentrum für Flüchtlinge umstrukturiert. Eine militärische Nutzung findet in Teilbereichen allerdings immer noch statt (z.B. Schießübungen). Das Areal befindet sich im Heidekreis, ca. 60 Kilometer nördlich von Hannover, etwa 60 Kilometer südöstlich von Bremen und rund 80 Kilometer südlich von Hamburg.

Erst seit August 2017 bestehen ein Sozialdienst und eine unabhängige Asylverfahrensberatung im Ankunftszentrum Fallingbostel. Auch hier werden Erstgespräche von den MitarbeiterInnen des Sozialdienstes durchgeführt. Wenn die MitarbeiterInnen einen Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen hegen, werden diese Fälle zu weiteren Gesprächen an die für das Thema zuständige Kollegin übergeben. Der PROTECT-Fragebogen kann als Unterstützung benutzt werden, wird allerdings nur bei Bedarf in den Gesprächen eingesetzt.

Qualitätsmangel bei Entscheidungen beim BAMF war ein Problem im Ankunftszentrum. Die MitarbeiterInnen sind überwiegend Quereinsteiger und Neueinsteiger ohne Erfahrung im Bereich. Es gab zur Zeit der Besichtigung des Ankunftsentrums (Oktober 2016) keinen Sonderbeauftragten, der für Anhörungsverfahren bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen eingesetzt werden kann. Mittlerweile gibt es geschulte Sonderbeauftragten vor Ort.

Ein Kooperationsvertrag mit einer Diagnosestelle besteht zurzeit nicht. Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht, werden schnellstmöglich an Folgeeinrichtungen verteilt, damit dort Diagnostiktermine stattfinden können. Die vollständige Implementierung eines Modells zur Früherkennung wird angestrebt und erste Schritte in der Zusammenarbeit mit dem NTFN sind vorgenommen.

Das BAMF bekommt Informationen bzgl. besonderer Bedürfnisse und Hinweise auf asylverfahrensrelevante Erkrankungen der Betroffenen vom Sozialdienst.

<sup>10</sup> Landesaufnahmebehörde Niedersachsen

<sup>11</sup> [https://www.lab.niedersachsen.de/startseite/standorte/ankunftszentrum\\_fallingbostel\\_oerbke/standort-bad-fallingbosteloerbke-145129.html](https://www.lab.niedersachsen.de/startseite/standorte/ankunftszentrum_fallingbostel_oerbke/standort-bad-fallingbosteloerbke-145129.html)

### 3.2 Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit

Die Sozialdienste in den Aufnahmeeinrichtungen haben u.a. die Erkennung von Hinweisen von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen als Schwerpunkt. Die MitarbeiterInnen führen persönliche Gespräche mit den Asylsuchenden und bei Hinweisen auf Traumatisierungen oder psychische Erkrankungen vermitteln sie die Betroffenen an Fachpersonal weiter. Die Teams der untersuchten Standorte bestehen aus ca. 10 MitarbeiterInnen. Auch bei den Gesundheitsdiensten und beim BAMF können Hinweise bemerkt und betroffene Personen an die Sozialdienste für eine Weitervermittlung an psychologische Fachstellen übergeben werden. Die MitarbeiterInnen der Wohlfahrtsverbände haben ebenfalls eine wichtige Rolle in der Früherkennung, da sie durch die Asylverfahrensberatung und Migrationsberatung in engen Kontakt mit den Asylsuchenden kommen und in der Regel eher Vertrauenspersonen sind. Wenn sie Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen bemerken, übergeben sie idealerweise den Betroffenen an den Sozialdienst.

In einer Studie von Gäbel et al. (2006) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wurde die Schwierigkeit eine Schutzbedürftigkeit zu erkennen deutlich. In 0 bis 10% der Fälle haben die Einzelentscheider Hinweise auf eine PTBS erkannt. Der Einsatz von Psychologen hat dagegen eine Prävalenz von 40% gezeigt. Wie anfangs erwähnt, ist es nicht immer einfach, Schutzbedürftigkeit zu erkennen, insbesondere wenn es sich u.U. um eine unauffällige Schutzbedürftigkeit, wie z.B. Erfahrung von Folter und Vergewaltigung handelt. Besonders bei Personen, die keinen medizinischen Hintergrund haben, kann das Thema Früherkennung zu Unsicherheit führen.

Die Informanten wurden in den Interviews zu den Hinweisen befragt, um zu erfahren, wie sie in ihrer Arbeit erkennen können, ob evtl. psychische Beschwerden vorliegen und eine Vermittlung an eine psychologische Fachstelle benötigt wird. Das Ziel war es herauszufinden, auf welche Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen die Informanten aufmerksam werden. Wie merken sie, dass die Person evtl. psychologische Hilfe braucht? Was bringt sie dazu, eine Vermittlung an eine psychologische Fachstelle zu initiieren? Es wurde auch gefragt, ob geschlechtsspezifische und kulturelle Unterschiede wahrnehmbar sind.

Die MitarbeiterInnen sämtlicher Dienststellen erzählten, dass sie häufig darauf angewiesen sind, dass die Betroffenen selbst von ihren Problemen berichten.<sup>12</sup> Die

---

<sup>12</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig und Fallingb.-Oerbke

Wichtigkeit der Empathie des Beraters wird in den Interviews von einigen Informanten betont. Erst wenn die Menschen Vertrauen zum Sozialarbeiter oder Berater haben, entscheiden sie sich, sich zu öffnen und über ihre persönlichen Erlebnisse zu erzählen.<sup>13</sup>

Beim Sozialdienst werden auch Hinweise anderer Personen als hilfreich in der Früherkennung gesehen. Andere Mitbewohner, ein Arzt oder MitarbeiterInnen der Gesundheitsstationen können Hinweise geben, dass eine psychische Belastung vorliegt. Beispielsweise können Mitbewohner in den Zimmern Hinweise geben, wenn der Nachbar nachts schreit, weint oder aus dem Zimmer läuft. In Fällen, in denen Personen schon in Deutschland gewesen sind und sich erneut im Land befinden, kann auch der Gesundheitsdienst entsprechende Hinweise an den Sozialdienst geben.<sup>14</sup>

Laut den Informanten berichten Asylsuchende am häufigsten von Schlafstörungen, gefolgt von Kopfschmerzen, Albträumen, Angstzuständen oder Appetitlosigkeit. Verhaltensmerkmale wie Aggressivität und Wut kommen ebenfalls oft vor. Manche Personen sind unkonzentriert und hören nicht zu, sind teilnahmslos oder emotionslos. Flashbacks, Rückzug und Vermeidung von Reizen, Wahrnehmungen, Plätzen oder Menschen sind dagegen Hinweise, die eher selten bemerkt werden.<sup>15</sup>

*„Also aus diesem Topf derer, wo man psychovegetative oder psychosomatische Kontexte vermuten kann, ist am häufigsten sicherlich die Schlafstörung. Das ist eine sehr häufig geäußerte Beschwerde. Meistens auch schon arg chronifiziert. Das ist etwas, was die Menschen schon von früher kennen, aber jetzt zu dem Zeitpunkt unerträglich wird. Ich habe ganz häufig den Eindruck, dass die Menschen tagsüber unheimlich vieles kompensieren und dann aber nachts, wenn die Angehörigen schlafen und wenn niemand da ist, – also wenn ein Kompensieren durch irgendwelche sozialen Wechselbeziehungen nicht mehr gelingt, weil der Angehörige schläft – dann wird es für diesen Menschen unerträglich.“<sup>16</sup>*

Die Informanten berichten von häufigem Weinen in den Gesprächen. Hierbei finden sie es schwer zu erkennen in welchen Fällen es sich um Traumatisierung handelt. Generell empfinden die Informanten es als schwer, zwischen Hinweisen auf Traumatisierung oder einer normalen Belastung zu unterscheiden.<sup>17</sup>

In Braunschweig wird die Situation betont, die mit der Klientel in der Aufnahmeeinrichtung einhergeht. Viele der Bewohner stammen aus Ländern, die zu sicheren Herkunftsländern erklärt worden sind, und haben somit eine lange Verweildauer in der Einrichtung. Sie werden nicht auf die Kommune verteilt, sondern bleiben solange, bis sie in ihre Herkunftsländer zurück überführt werden oder freiwillig ausreisen. Das dauert oft sehr lange. Die Camp-Situation mit engem Zusammenleben, keiner Privatsphäre, unregelmäßigem Tagesablauf u.a. führt zusätzlich zu psychischen Auffälligkeiten.<sup>18</sup> Die Informanten beschreiben die Klientel und die Situation wie folgt:

*„Es hat ja vor anderthalb Jahren eine Gesetzesänderung gegeben, dass Menschen aus den Balkanstaaten nicht mehr transferiert werden innerhalb von Niedersachsen. Die werden also nicht mehr auf die Kommunen verteilt und die bleiben jetzt hier so lange, bis sie in ihre Herkunftsländer zurück überführt werden oder freiwillig ausreisen. Das funktioniert natürlich effektiv nicht oder zumindest dauert es viel zu lang. Und da gibt es dann halt Hindernisse. Da ist eine Person traumatisiert oder hat psychische Probleme und da ist das mit dem Zurückreisen auch nicht mehr so leicht. Da muss dann ein Arzt erst mal die Reisefähigkeit feststellen. Und das dauert alles und dann sitzen die hier.“<sup>19</sup>*

*„...wenn jemand nur eine kurze Zeit hier ist, dann kommt eine psychische Erkrankung oftmals gar nicht sofort zum Vorschein. Das kommt erst, wenn die Leute ein bisschen zur Ruhe kommen. Und das ist halt hier der Fall. Deshalb haben wir jetzt hier wieder vermehrt mit psychischen Erkrankungen zu tun.“<sup>20</sup>*

*„Dreiviertel kommen so ungefähr aus dem Balkan. Und von denen sind so ungefähr die Hälfte Folgeantragsteller. Die hatten schon ein Verfahren und es wurde endgültig negativ entschieden. Dann sind sie ausgereist oder abgeschoben worden und sind jetzt wieder hier und probieren nochmal ihr Glück. Allerdings haben Sie meistens eher Pech. ... Ist ein bisschen frustrierend. Zum einen gehören die nicht in die Zielgruppe, obwohl sie eine Beratung brauchen oder sich zumindest wünschen. Und die Chancen sind oft wirklich nur sehr klein. Da muss es deutliche gesundheitliche Probleme geben, auch psychische Probleme können das sein.“<sup>21</sup>*

<sup>13</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen verschiedener Wohlfahrtsverbände

<sup>14</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>15</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig, Bramsche und Falingbostel-Oerbke

<sup>16</sup> Interview mit einem Arzt, tätig in einem Gesundheitsdienst

<sup>17</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig und Bramsche

<sup>18</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>19</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>20</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

<sup>21</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes



Die MitarbeiterInnen der **Gesundheitsdienste** bemerken ebenfalls Schwierigkeiten bei der Erkennung. Die Unterscheidung zwischen psychosomatischen und physiologischen Beschwerden fällt schwer. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen oder Herzrasen können Anzeichen für eine psychische Erkrankung in Folge traumatischer Erlebnisse sein.<sup>22</sup>

*„Ich kann das auch an einem Beispiel festmachen: Wir hatten jemanden, der kam zu uns und hatte etwas Körperliches. Die Symptome fand ich da schon sehr seltsam. Passte irgendwie nicht ganz zu irgendwas. Da habe ich den Kollegen geraten, mal ein paar andere Fragen zu stellen und plötzlich brach er weinend zusammen. Da haben wir es dann erkannt. Da lag eine psychische Krankheit zugrunde und die hat sich körperlich geäußert. Und beim Hausarzt in der Sprechstunde mit dem Doktor war es dann ganz klar.“<sup>23</sup>*

Die Kürze des Kontakts zwischen dem Patienten und dem Arzt sowie Sprachprobleme können dazu führen, dass die Ärzte einen möglichen traumatischen Ursprung der Beschwerden übersehen.<sup>24</sup> Auch bei den MitarbeiterInnen des Gesundheitsdienstes ist die kurze Gesprächsdauer ein Hindernis, um Hinweise zu erkennen.

*„Wir kommen nur ins Gespräch mit Asylsuchenden wenn sie bei uns tatsächlich stationär sind. Wenn sie hier 1, 2, 3, 4, 6 Wochen bei uns sind. Dann lernt man sich erst richtig kennen. Es wird eine Vertrauensbasis aufgebaut. Und auf einmal kommt da was im Gespräch. Wir hatten letztes Jahr das Beispiel, dass wir jemanden, eine junge Frau, hier gehabt haben, alleine reisend, schwer körperlich krank. Sie ist dann hier und nach sechs Wochen dann kam es auf einmal raus im Gespräch, dass sie gesehen hat, wie ihr Mann erschossen wurde und ihre Kinder entführt wurden, sie also ein total schweres Trauma hat. Das hat sie aber nie jemandem erzählt. Sie war einfach nur alleine reisend und schwer krank. Und hier wundert man sich dann, warum sie so zurückgezogen ist und warum hat sie dies und warum hat sie das. Wenn es eine Patientin wäre, die nur in der ambulanten Sprechstunde gewesen wäre, dann hätten wir es bis heute nicht erfahren.“<sup>25</sup>*

Ein anderer Hinweis ist eine vorliegende Vormedikation. Häufig sind Psychopharmaka, die ein Abhängigkeitspotential haben, sodass auch schon Abhängigkeitssyndrome vorhanden sind. Die Ärzte versuchen dann in abgeschwächter Form die Medikamente zu geben oder auf einen anderen Wirkstoff umzusteigen. Die hohen Do-

sierungen werden häufig von den Ärzten in den Heimatländern oder auf dem Weg hierher im europäischen Ausland verschrieben.<sup>26</sup> In solchen Fällen gibt der Gesundheitsdienst einen Hinweis an den Sozialdienst.<sup>27</sup>

In einer Anhörung beim **BAMF** können auch Hinweise bemerkt werden. Es kommt vor, dass eine Person nicht zusammenhängend ihre Geschichte erzählen kann, verwirrt erscheint, gedanklich „woanders“ ist, so dass der Mitarbeiter das Gefühl bekommt, dass irgendwas nicht stimmt. Die Person ist nicht verfahrensfähig. In solchen Fällen wird der Asylsuchende an den Sozialdienst verwiesen, damit herausgefunden werden kann, ob psychische Erkrankungen vorhanden sind. Umgekehrt meldet sich der Sozialdienst beim BAMF in besonders prekären Fällen oder wenn eine Person erkrankt ist.<sup>28</sup>

Im Erstgespräch des Sozialdienstes sollen die Asylsuchenden über die Möglichkeit, eine **Asylverfahrensberatung** in Anspruch zu nehmen, informiert werden. In der Beratung kommen auch manchmal Themen hoch, die einen Hinweis auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen geben können.

*„Die vielleicht häufigste Symptomatik, die ich mitbekomme, ist eine depressive Symptomatik. Ansonsten, also Voraussetzung dafür, dass es erkannt werden kann ist, dass die Leute überhaupt in unsere Beratung kommen. Das heißt, es kommen natürlich nicht alle in die Beratung. Dann kommt es darauf an, was einem auffällt. Man beobachtet Reaktionen, zum Beispiel fliegt draußen ein Flugzeug und die Leute zucken zusammen. Oder die Leute sprechen es direkt an. Auch wenn ich frage, wie es mit der Gesundheit aussieht.“<sup>29</sup>*

Einige Informanten der Wohlfahrtsverbände erzählen von einer gewissen Skepsis der Aufgabe gegenüber Hinweise korrekt zu erkennen:

*„Ja, was ich immer schwierig bei der ganzen Geschichte finde ist, dass ich mir nicht anmute diesem Menschen den Stempel zu geben: „Der ist traumatisiert“, weil dann hat er erst mal diesen Stempel. Es gibt sicherlich Situationen, wo wir genauso agieren oder genauso viel weinen würden, wo man mich auch als traumatisiert abstempeln würde. Ich nenne das jetzt bewusst sehr salopp. Ich finde aber, dass die Menschen, die hier hin kommen schon ganz viel erlebt haben, aber sehr wohl die eigenen Kräfte nutzen können und dass sie selber auch sehr gut einschätzen können, ob sie aus dieser Krise alleine*

<sup>22</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Gesundheitsdienste

<sup>23</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

<sup>24</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

<sup>25</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

<sup>26</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Gesundheitsdienste

<sup>27</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>28</sup> Interview mit MitarbeiterInnen des BAMF

<sup>29</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

wieder raus können oder ob sie ärztlichen Rat brauchen. Das möchte ich mir auch nicht aneignen. Natürlich handeln wir, wenn Suizidgedanken geäußert werden. Da brauchen wir nicht drüber reden. Das kann ich nicht einschätzen. Wenn bei uns jemand sagt: „Ich kann nicht schlafen die ganze Nacht“, dann verweisen wir, aber ich würde niemals sagen, dass der Mensch eine Traumatisierung hat.“<sup>30</sup>

„Ich habe vor einigen Jahren auch schon mal an Fortbildungen teilgenommen. Allerdings war ich nicht so angetan, weil ich meine, dass man den ganzen Menschen damit nicht fassen kann, sondern man versucht dadurch eine Etikettierung zu machen. Ich bin da sehr skeptisch und vertraue mehr auf meine jahrelange Erfahrung und darauf, was ich an den einzelnen Personen schon erlebt habe. Ich vertraue auch eher den Fachleuten. Wir haben in der Landesaufnahmebehörde natürlich auch den Vorteil, dass es eine Krankenstation und einen Sozialdienst gibt.“<sup>31</sup>

**Geschlechtsspezifische Unterschiede** sind laut mehreren Informanten zu erkennen. Frauen werden als emotionaler und mehr in sich gekehrt beschrieben und Männer seien häufiger laut, aggressiv und extrovertiert. Laut den Informanten wollen die Männer häufiger keine Schwäche zeigen und stellen oft ihre eigenen Empfindlichkeiten zur Seite um sich erst mal um ihre Familien zu kümmern. Es kommt vor, dass sie als Folge versuchen ihre Gefühle zu unterdrücken. Ferner empfinden die Informanten die Männer eher als stolz und ihre Bereitschaft sich behandeln zu lassen als niedriger als bei Frauen. Frauen sind eher bereit zu erzählen, dass es ihnen nicht gut geht.<sup>32</sup>

„Sie erzählen es anders. Bei Männern ist es oft so, dass sie eher sich schämend dazu stehen und auch so Aussagen treffen wie „ich bin doch nicht bekloppt“. Und das ist dann eher auch aus der Erfahrung im Heimatland, dass die sagen, sie wollen nicht eingesperrt werden. Also eine ganz andere Vorstellung. Und da wird ganz anders mit so einer Krankheit umgegangen. Die sehen es viel mehr als Schwäche sozusagen. Wenn sie da irgendwelche Symptome haben, dann versuchen sie es, glaube ich, eher so abzublocken und da jetzt eigentlich nicht so drauf einzugehen und Frauen sind, glaube ich, eher bereit was zu erzählen oder zu reagieren.“<sup>33</sup>

Bei Frauen ist sexualisierte Gewalt oft ein Thema, das in der Arbeit der Informanten deutlich wird.<sup>34</sup> Es wird bemerkt, dass besonders Frauen aus dem afrikanischen Raum sehr häufig Erfahrungen von sexualisierter Gewalt haben.<sup>35</sup> Problematisch wird z.B. wenn Frauen, die Vergewaltigung erlebt haben, ihren Männern nicht von der Situation erzählen wollen. Durch die Angst, dass die Männer von dem Erlebnis erfahren werden, trauen sie sich nicht mit dem Betreuer darüber zu reden. Bei der Anhörung beim BAMF kommt es dann zusätzlich zu Schwierigkeiten wenn der Mann dabei ist. Die Frauen verschweigen dann nicht selten lieber das Thema.<sup>36</sup>

In der Anzahl Fälle, die an die Asklepios Institutsambulanz zwischen September 2012 und September 2015 vermittelt wurden, gab es, außer für sexuelle Traumatisierung, wo Frauen überrepräsentiert waren, keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.<sup>37</sup> In 2015<sup>38</sup> waren 30 Personen (76,9%) der Personen, die in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig vorstellig waren, Männer. In 2016<sup>39</sup> war auch der Großteil der angemeldeten Personen männlich (22 Personen, 71,0%).<sup>40</sup> Außer bei Gewalterfahrung bei Frauen, z.B. häuslicher Gewalt, waren auch hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zu erkennen.<sup>41</sup> Die Niels-Stensen-Kliniken führen keine Statistik durch.

Die unterschiedliche Bereitschaft sich behandeln zu lassen ist, laut einigen Informanten, auch kulturell zu erklären. In vielen Kulturen sind psychische Beschwerden Tabuthemen, was dazu führt, dass Asylsuchenden nicht von ihren Symptomen berichten möchten oder sich nicht behandeln lassen wollen.<sup>42</sup> Auch beim Gesundheitsdienst werden kulturelle Unterschiede beobachtet.

„In vielen Kulturen - auch in Deutschland, aber in vielen Kulturen stärker als in Deutschland - wird das als Schwäche angesehen, wenn man mit etwas nicht zurechtkommt. Es wird als Schwäche angesehen, wenn man darüber sprechen würde, dass man mit den Erlebnissen auf der Flucht oder im Heimatland nicht klarkommt. Die [Asylsuchenden] würden dann eher sagen, dass sie etwas für den Kreislauf bräuchten oder dass ihnen schwindelig ist und sie zum Neurologen müssen. Das ist alles nicht viel anders als in Deutschland, nur vielleicht kommt es häufiger vor. Es ist auch schwierig zu überwinden, aufgrund von verschiedenen Rollenverhalten. Also als Mann darf man

<sup>30</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>31</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>32</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig und Bramsche

<sup>33</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>34</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Bramsche und Braunschweig

<sup>35</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Bramsche und Braunschweig

<sup>36</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>37</sup> Außer für sexuelle Traumatisierung wo Frauen überrepräsentiert waren. Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen.

<sup>38</sup> Von Dezember 2014 bis Ende Dezember 2015.

<sup>39</sup> Von Januar bis Dezember 2016.

<sup>40</sup> Jahresbericht 2015, Psychotherapieambulanz Braunschweig

<sup>41</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>42</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig, Bramsche und Fallingbostal-Oerbke

*schon mal gar nicht der Symptomträger sein, sondern das ist okay, wenn das die Frau ist oder es die Kinder sind.“<sup>43</sup>*

In der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig wird eher der Bildungshintergrund der Asylsuchenden als Faktor betont. Jedoch werden auch hier gewisse **kulturelle Unterschiede** wahrgenommen, z.B. wie oder welche Symptome vorgetragen werden.<sup>44</sup> Ein Informant eines Wohlfahrtsverbandes erzählt von kulturellen Unterschieden beim Berichten über die psychische Situation:

*„Bei beiden [Frauen und Männern] ist es so, dass die Themen erst spät angesprochen werden. Sonst zwischen Männern und Frauen sehe ich eigentlich keine Unterschiede. Außer, wie es dann vorgebracht wird und das ist dann eher Kulturraum-abhängig. ... Zum Beispiel aus dem Osten, also Ukraine oder Balkanländer, da wird oft gesagt, man wäre so nervös. Bei anderen, arabischer Raum, da wird eher von Dunkelheit und Hoffnungslosigkeit gesprochen.“<sup>45</sup>*

Laut Statistik der Asklepios Institutsambulanz waren in 2015 die Hauptherkunftsländer der Asylsuchenden, die vom Sozialdienst an die Institutsambulanz weitergeleitet wurden, Afghanistan (28 Fälle), Eritrea (15 Fälle) und Syrien (14 Fälle) - von insgesamt 80 Fällen.<sup>46</sup> In 2016 waren Irak, Türkei und Eritrea Hauptherkunftsländer und in 2017 waren es Eritrea, Afghanistan und Irak.<sup>47</sup>

Bei der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig waren Ende 2015 neun Personen (28,8%) aus Syrien vorstellig, in 2016 aber keine mehr. Der zweitgrößte Anteil (18,8%) kam aus dem Sudan.<sup>48</sup> In 2016 waren es vermehrt Menschen aus Afrika und den Balkanstaaten.<sup>49</sup> Es wird betont, dass es von den Verteilungsprozessen abhängt und daraus keine Schlussfolgerungen über die Belastung in den Ländern gezogen werden kann.<sup>50</sup> In den Niels-Stensen-Kliniken stammten in 2017 die weitergeleiteten Personen hauptsächlich aus Syrien und der Elfenbeinküste.<sup>51</sup>

### 3.3 Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit bei Kindern

Die besondere Situation der Flüchtlingskinder soll gezielt in Betracht genommen werden. Studien zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingskindern in Deutschland geben an, dass 16% (Gavranidou et al., 2008:228) bzw. 19% (Ruf et al., 2010:151) der Kinder deutliche Symptome einer PTBS zeigen. 20% haben in ihrer psychischen Gesamtbelastung klinisch bedeutsame Werte erreicht (Gavranidou et al., 2008:228). Folglich benötigen die Flüchtlingskinder entsprechende psychotherapeutische Hilfe. Die Feststellung und Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingskindern und -jugendlichen sollte oberste Priorität haben, um nicht nur die individuelle Morbidität und Mortalität zu verringern, sondern auch die Integration zu erleichtern. Flüchtlingskinder und -jugendliche stellen eine übersehene und gefährdete Bevölkerungsgruppe dar. (Gadeberg et al.2016:929-930)

Die Informanten berichten von der Schwierigkeit Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen insbesondere bei Kindern zu erkennen. Dabei sind sie meistens auf die Eltern angewiesen. Nur selten fallen Kinder in dieser Hinsicht auf. Verhaltensmerkmale wie Hyperaktivität und Unruhe kommen gelegentlich vor. Es gab auch Fälle, wo die Kinder nicht mehr sprechen möchten. Wenn ein Kind sehr ruhig ist und nicht spielen mag, fällt dies auch auf.<sup>52</sup>

*„Ich hatte einen Fall. Das Kind war sehr ruhig, es hat nicht gespielt. Ein Tag ist ein Hubschrauber rüber geflogen. Das Kind hat ganz starke Angst bekommen und hat angefangen zu zittern. Er dachte, Bomben werden runterfallen.“<sup>53</sup>*

*„Verhaltensauffälligkeiten gibt es häufiger. Auch Inobhutnahmen, Jugendamt. Es ist auch manchmal sehr schwer zu unterscheiden, was tatsächlich Traumatisierung oder psychische Erkrankung oder schlicht Erziehungsdefizite sind.“<sup>54</sup>*

MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen können in der Erkennung behilflich sein. Z.B. kann der Hausmeister, die Kinderbetreuung oder die Lehrer einen Hinweis geben, wenn sie den Eindruck haben, dass Kinder verwahrlost

<sup>43</sup> Interview mit einem Arzt, tätig in einem Gesundheitsdienst

<sup>44</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>45</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>46</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>47</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>48</sup> Jahresbericht 2015, Psychotherapieambulanz Braunschweig

<sup>49</sup> (Elfenbeinküste, Guinea, Liberia, Mali, Burundi, Ruanda, Somalia, 35,5%), Albanien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Montenegro, 25,8%), (Algerien, Libyen, Marokko, Sudan, 22,6%), (Irak, Iran, Gaza, 19,4%), Jahresbericht 2016, Psychotherapieambulanz Braunschweig

<sup>50</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>51</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken, Bramsche

<sup>52</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig, Bramsche und Fallingb. Oerbk.

<sup>53</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>54</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

oder auffällig sind. In Fällen, wo Kinder sehr auffällig sind, wird das Jugendamt eingeschaltet. Wenn Kinder nicht beaufsichtigt werden, z.B. bei längerem Krankenhausaufenthalt der Eltern, müssen die Kinder in Obhut genommen werden.<sup>55</sup>

Auch die Bereitschaft Kinder behandeln zu lassen wird von den Informanten teilweise als kulturell bedingt eingeschätzt. Wenn psychische Erkrankungen als Tabuthema angesehen werden, berichten Eltern ungern von Symptomen bei den Kindern. Es wird auch davon ausgegangen, dass manche Eltern ihr eigenes Kind gegenüber anderen Kindern nicht „schlechter“ dargestellt sehen möchten und deshalb nichts über den Zustand ihrer Kinder erzählen.<sup>56</sup>

Sämtliche Sozialdienste empfinden, dass zu wenig Fokus auf die Kinder gelegt wird.<sup>57</sup> Der Wunsch wäre den gleichen Ablauf wie bei Erwachsenen auch Kindern anzubieten.<sup>58</sup> Ein Vorschlag des Sozialdienstes in Friedland wäre einen Fragebogen speziell für Kinder zu erstellen, ähnlich dem PROTECT-Fragebogen. Der Fragebogen könnte im Gespräch mit den Eltern eingesetzt werden um Hinweise frühzeitig zu erkennen.<sup>59</sup>

Vom Sozialdienst in Braunschweig wird bemerkt, dass es bisher keinen Plan für eine psychologische Betreuung von Minderjährigen gibt. Es wird stets mit den Eltern begonnen, da der Gedanke ist, dass wenn Eltern stabilisiert werden, dann wirkt sich dies auch auf die Kinder aus. Es gibt zumindest die Möglichkeit Kinder- und Jugendliche an die TU Braunschweig weiterzuvermitteln. Der Sozialdienst betont jedoch den Wunsch insgesamt mehr Angebote für Kinder und Jugendliche zu schaffen.<sup>60</sup> In gravierenden Fällen kann das Jugendamt eingeschaltet werden.

*„Da kann man zum Beispiel noch das Jugendamt einschalten. Früher haben ja auch alle gesagt, dass das hier gar kein dauerhafter Aufenthaltsort ist. Die bleiben hier nur eine Zeit und deswegen muss man keine Hilfen installieren. Jetzt ist es natürlich ein dauerhafter Aufenthaltsort geworden. Man sitzt das dann gefühlt einfach aus, bis dann mal was passiert.“<sup>61</sup>*

*„Gerade, wenn es um Kindeswohlgefährdung geht, ist ja eigentlich auch das Jugendamt zuständig und das schalten wir dann ein. Es kann zum Beispiel auch sein, dass Kinder plötzlich alleine sind, weil die Eltern plötzlich verschwinden oder ins Gefängnis müssen. Wir hatten auch schon Fälle, dass Kinder so auffällig waren, dass sie die Security angegriffen haben und im großen Stile geklaut haben. Da haben wir auch schon das Jugendamt eingeschaltet und da wurde dann das Kind in Obhut genommen, bis die Familie ausreisen musste. Aber es ist auch nicht so, dass wir sehr viel Kontakt zu den Kindern haben. Manchmal, wenn man mal Tischtennis spielt oder so. Aber es kann schon sein, dass da auch mal was durchflutscht.“<sup>62</sup>*

In Bramsche können Kinder im Bedarfsfall an die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Osnabrück vermittelt werden. Da es sich um eine sehr geringe Anzahl von Kindern handelt, gibt es dort ausreichend Kapazitäten.<sup>63</sup> Auch hier wird die Möglichkeit das Jugendamt einzuschalten erwähnt.

*„Wenn dann die Gefahr ist, dass die Kinder verwahrlost sind, dann gibt es ein Gespräch mit dem Jugendamt. Bei mehrfachen Auffälligkeiten – sprich, dass die Kinder nicht beaufsichtigt werden oder ähnliches – muss eingegriffen werden, also da müssen die in Obhut genommen werden. So etwas kommt selten vor, aber es kommt auch mal vor. Das kommt eher vor, wenn die Eltern nicht mehr greifbar sind. Zum Beispiel wenn sie ins Krankenhaus über mehrere Tage müssen. Minderjährige Kinder dürfen hier ja nicht alleine sein.“<sup>64</sup>*

<sup>55</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>56</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland

<sup>57</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>58</sup> Gespräch mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>59</sup> Gespräch mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>60</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>61</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>62</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>63</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>64</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

### 3.4 PROTECT-Fragebogen

Der Sozialdienst hat die Möglichkeit den PROTECT-Fragebogen<sup>65</sup> (Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment) als Werkzeug zur Früherkennung einzusetzen. Der Fragebogen wurde entwickelt um den Aufnahmeprozess von Asylsuchenden entsprechend der EU-Aufnahmerichtlinie zu ermöglichen und umfasst zehn Fragen zu Symptomen psychischer Belastung, die auf eine mögliche Traumatisierung und/oder Depression hindeuten sollen. Er wurde für Personen entwickelt, die keine medizinischen Fachkräfte sind und ermöglicht eine Einschätzung der psychologischen Vulnerabilität (niedrig, mittel, hoch). So kann ein Behandlungsbedarf und eine Notwendigkeit, Aufnahmebedingungen und Asylverfahren an die Bedürfnisse der Asylsuchenden anzupassen, festgestellt werden. Außerdem umfasst das gesamte PROTECT-Handbuch eine Liste der am häufigsten gestellten Fragen und deren Bedeutung sowie Informationen dazu, wie die Fragen gestellt werden sollten. Hinweise, wie mit unerwartetem Verhalten der Person umgegangen werden kann, werden ebenfalls gegeben. Somit können die SozialarbeiterInnen leichter Hinweise erkennen und an entsprechendes Fachpersonal weitervermitteln. Eine Nutzung des Fragebogens ermöglicht „die zielgerichtete Weiterleitung vulnerabler Personen an soziale, medizinische und psychologische Dienste und erleichtert so die Realisierung angemessener Gesundheitsversorgung und Aufnahmebedingungen für gefährdete Asylsuchende (PROTECT 2011:20).

Der Fragebogen wird mit seinen zehn Fragen als sehr unspezifisch und als ein reiner „ja und nein“-Fragebogen wahrgenommen.<sup>66</sup> Trotzdem wird er als hilfreich in der Arbeit verstanden. Ein Kliniktermin kann damit begründet werden. Auch die Gesundheitsdienste und Ärzte bekommen dadurch einen Eindruck von der Person, der sie helfen sollen.<sup>67</sup> Einige der Kliniken betonten auch die Sinnhaftigkeit einer Validierung des Fragebogens.<sup>68</sup>

Selbst eine Person, die laut dem Fragebogen geringe Wahrscheinlichkeit auf Traumatisierung hat, wird, wenn die Informanten das Gefühl haben es könnte dennoch eine psychische Beeinträchtigungen vorliegen, an psychologische Fachstellen weitergeleitet.<sup>69</sup> Auch was der

Asylsuchende zusätzlich erzählt und der Gesamteindruck, den er hinterlässt, sollte berücksichtigt werden. Sich nur auf den Protect-Bogen zu verlassen, um ein Gespräch anzufangen, sollte vermieden werden. Der Bogen soll eher als Unterstützung gesehen werden.<sup>70</sup> Der Fragebogenabschnitt „Weitere Beobachtungen“ wird als hilfreich angesehen, da es dort die Möglichkeit gibt eigene Einschätzungen mitzuteilen.<sup>71</sup> Auch seitens der Institutsambulanz des Asklepios Klinikums werden die subjektiven Eindrücke der SozialarbeiterInnen als sehr sinnvoll gesehen.<sup>72</sup>

*„Deshalb schreibe ich auch immer noch Notizen mit dabei oder Beobachtungen mit da rein. Manchmal schreibe ich aber auch inhaltliche Sachen. Zum Beispiel wenn ich erzählt bekomme, dass jemand gefoltert oder vergewaltigt wurde, dann frage ich, ob ich das mit aufnehmen darf und lasse mir das unterschreiben. Dann hat sowohl der Arzt von der Sanitätsstation mehr einen Eindruck als auch dann, wenn es dazu kommt, dass ein Diagnosegespräch geführt wird. Da haben die dann mehr Infos. Aber ich finde den trotzdem gut und hilfreich. Der ist so ganz klar und man bekommt trotzdem einen guten Überblick. Er gibt dem anderen auch die Gelegenheit, wenn er möchte, mehr davon zu erzählen. Und wenn er nicht möchte, ist das auch okay.“<sup>73</sup>*

Die Aufnahmerichtlinie besagt, dass besondere Bedürfnisse auch gewährleistet werden müssen, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren erscheinen (Art. 22 Abs. 1). Die MitarbeiterInnen der Sozialdienste setzen den Bogen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein. Manche nutzen ihn schon im Erstgespräch wenn sie Auffälligkeiten bemerken. Andere laden zu einem Zweitgespräch ein, wenn sie einen Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen haben. Manchmal kommt der Bogen erst später zum Einsatz, da die Person in den ersten Gesprächen ihren Zustand nicht angesprochen hat. Dies kann laut den Informanten mehrere Gründe haben, z.B. dass die Person erst zur Ruhe kommen muss bevor alles „hochkommt“ oder dass sie noch kein Vertrauen zum Sozialarbeiter hatte.<sup>74</sup> Ein Trauma ist nicht immer unmittelbar nach der Ankunft erkennbar. „Es wurde häufig beobachtet, dass Asylsuchende oft zu große Scham empfinden, um über entsprechende Erlebnisse

<sup>65</sup> Verfügbar unter: <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-questionnaire-german.pdf>, der Fragebogen ist zudem im Anhang zu finden

<sup>66</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Sozialdienste

<sup>67</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>68</sup> Interview mit MitarbeiterInnen des Asklepios Fachklinikum Göttingen und der TU Braunschweig

<sup>69</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Sozialdienste

<sup>70</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>71</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>72</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>73</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>74</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

zu sprechen und deshalb Symptome lieber verschweigen. Außerdem können Symptome oder psychische Probleme, die mit Traumatisierung und Vulnerabilität zusammenhängen u.U. erst mit monatelanger Verzögerung ausbrechen.“ (PROTECT 2011:37)

*„Auf jeden Fall habe ich dann da ein bisschen nach, wenn ich das subjektive Gefühl habe, dass der psychisch sehr belastet ist oder er das selber von sich aus schon sagt und meint: „Ich habe das und das und ich möchte auch gerne mit jemandem sprechen“, dann mache ich diesen Fragebogen. Aber manchmal kommt der auch später zum Einsatz. Vielleicht haben die hier im Erstgespräch gesagt: „Nee, ist alles okay“ und merken dann erst, wenn sie hier sind und alles haben sacken lassen – die kommen meistens ja auch von einer Phase, wo sie funktionieren mussten und pövern mussten, um hier anzukommen und dann, wenn sie ein bisschen zur Ruhe gekommen sind, merken sie, dass alles hochkommt, oder sie hatten vorher noch kein Vertrauen zu mir und wollen das nicht direkt ansprechen – dann kommen sie zurück.“<sup>75</sup>*

*„Es kann sein, dass die Leute zuerst darüber nicht sprechen möchten und wir nur Hinweise von anderen Bewohnern bekommen und dann dauert das halt mal länger. Vielleicht lässt sich jemand auch gar nicht mehr blicken und kommt aus seinem Zimmer nicht mehr raus, dann starten wir diese ganze Maschinerie erst. Manchmal dauert es länger, manchmal sagen die das direkt am ersten Tag. Zum Beispiel ein aktueller Fall: Das ist eine 17-Jährige, die ist mit ihren Eltern hier und die wurde von einem Mann vergewaltigt und ist schwanger. Aber das war direkt am ersten Tag klar und da konnten wir direkt arbeiten.“<sup>76</sup>*

Entgegen seiner Intention, wird der PROTECT-Fragebogen von den MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste nur dann eingesetzt, wenn schon ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegt.<sup>77</sup> Bei jeder Anmeldung an die psychologischen Fachstellen wird der PROTECT-Fragebogen mitgeschickt.<sup>78</sup> Laut dem Abschlussbericht des Projekts „Early identification of asylum seekers having suffered traumatic experiences“ sollte der PROTECT-Fragebogen bei jedem Asylsuchenden eingesetzt werden, außer es gibt „klare Anzeichen, dass die Person unmittelbar psychologische oder ärztliche Hilfe benötigt (z.B. bei fortgeschrittener Schwanger-

schaft, schweren psychischen Beeinträchtigungen, schweren akuten Erkrankungen etc.)“ (PROTECT 2011:44). Selbst wenn die Person keine Symptome zeigt, soll der Fragebogen angewendet werden, da die Abwesenheit von Symptomen nicht bedeutet, dass die Person keine traumatischen Erfahrungen gemacht hat. „In manchen Fällen treten Symptome erst nach einer längeren Zeitspanne auf, z.B. nachdem die Person sich von der Flucht oder belastenden Bedingungen im Aufnahmeland erholt hat.“ (PROTECT 2011:44). Ferner vermeiden oft Personen, die unter einer PTBS leiden, Gefühle, Gedanken und Gespräche, die an die traumatischen Erlebnisse erinnern könnten (Bundespsychotherapeutenkammer 2015:5). Eine Empfehlung des National Collaborating Centre for Mental Health beinhaltet einen systematischen Einsatz eines kurzen Screening Instruments bei den Asylsuchenden: “For all programme refugees and asylum seekers maintained as a group in a special centre where there is a duty of care, consideration should be given (by those responsible for management of the refugee programme) to the routine use of a brief screening instrument for PTSD as part of the initial refugee health-care assessment” (2004:170).

Es gibt allerdings auch noch die Frage, ob es aus therapeutischer Sicht bei jeder Person förderlich ist den Bogen einzusetzen und dadurch die Erfahrungen wieder präsent zu machen.<sup>79</sup> Wichtig ist eine professionelle Einstellung des Interviewers, der sich ausschließlich an den Inhalt des Fragebogens hält. Den Details des traumatischen Ereignisses soll nicht nachgegangen und das Ziel des Fragebogens soll vorab ausführlich erklärt werden (PROTECT 2011:43). Da die Fragen relativ unspezifisch sind und da als Folge mittlerer und hoher Wahrscheinlichkeit auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen eine Psychotherapie eingeleitet wird, kann der ganzheitliche Einsatz des Bogens dennoch empfohlen werden.<sup>80</sup>

Ein systematischer Einsatz des Bogens wird unterschiedlich von den Informanten angesehen. Als Gründe dagegen werden ein zu großer zeitliche Aufwand, unzureichende Kapazitäten bei den Diagnosestellen und teilweise Ausnutzung der Situation von Personen, bei denen keine Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorlie-

<sup>75</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>76</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>77</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>78</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Sozialdienste

<sup>79</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>80</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des NTFN

gen, erwähnt.<sup>81</sup> Theoretisch wäre es möglich, den Bogen als Standard in den Erstgesprächen einzusetzen. Die Gespräche werden allerdings schon am Tag der Aufnahme durchgeführt und da muss berücksichtigt werden, dass der Asylsuchende eventuell noch nicht aufnahmebereit ist und sich auch nicht öffnet.<sup>82</sup>

Der Sozialdienst in Bramsche stellt erst ein paar Fragen z.B. zu wie es mit dem Schlafen, Essen und Kontakt zu anderen Personen ist. Wenn durch die Fragen der Eindruck entsteht, dass die Person evtl. unter Traumatisierung oder psychischen Erkrankungen leidet, wird der Bogen eingesetzt. Dadurch möchte man sich vergewissern, dass niemand durchrutscht. Voraussetzung ist, dass ein paar wichtige Fragen bei jeder Person gestellt werden.<sup>83</sup>

*„Wenn man diese vorherige Abfrage durchführt und sich damit vergewissert, dass einem niemand durch die Finger gleitet. Also das muss Voraussetzung sein. Das nicht ganz rauszunehmen, sondern „Traumatisierung“ sollte schon ein Thema im Sozialfragebogen-Gespräch sein. Man muss dann vorab fragen: „Wie ist es mit Schlafstörungen und so weiter“, also ein paar grobe Fragen stellen. Das muss vorgeschaltet sein. Also wenn man diese Fragen generell NICHT stellt, dann müsste man sagen: „Okay, da muss der PROTECT-Fragebogen grundsätzlich gemacht werden.“<sup>84</sup>*

Ein systematischer Einsatz würde auch verhindern, dass Asylsuchende aus gewissen Ländern, bei denen die Bleiberechtigkeitsperspektive eher negativ aussieht, basierend auf ihrer Herkunft vom Früherkennungsprozess aussortiert werden. Die Wohlfahrtsverbände sprechen von einer anderen Motivation der Sozialdienstmitarbeiter wenn es um Menschen aus sicheren Herkunftsländern geht.<sup>85</sup>

*„Also das hat sich über die Jahre geändert. Einige Jahre habe ich den Bogen selbst gemacht und ihn dann mitgegeben. Entweder zum Sozialdienst oder für die Kommunen, falls sie transferiert werden. Mittlerweile ist das eher sporadisch. Mittlerweile setze ich da nur ein Schreiben auf, mit der Bitte zur Weiterleitung an die Therapieambulanz. Was auch gut klappt. Außer bei den Folgeantragstellern. Da habe ich das Gefühl, dass da so lapidar gesagt wird „Die müssen ja eh bald wieder das Land verlassen.“<sup>86</sup>*

### 3.4.1 Der systematische Einsatz des PROTECT-Fragebogens am Beispiel des Verfahrens zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger in den Niederlanden

Das niederländische Kompetenzzentrum für gesundheitliche Unterschiede (Pharos) und das niederländische Gesundheitszentrum für Asylsuchende (GCA) führten im Jahr 2014 eine Studie zur Evaluation des Einsatzes des PROTECT-Fragebogens während der medizinischen Bestandsaufnahme in den Erstaufnahmeeinrichtungen in den Niederlanden durch. Zum Zeitpunkt der Evaluation durchliefen alle Asylsuchenden innerhalb der ersten Woche nach ihrer Ankunft einen allgemeinen Gesundheitscheck. Dieser umfasste einen Tuberkulosestest sowie eine erste medizinische Untersuchung. In Bezug auf die Identifizierung vulnerabler Geflüchteter wurden vor allem sichtbare oder bereits bekannte Schutzbedürftigkeitsmerkmale dokumentiert (z.B. Wunden, Narben, psychische Auffälligkeiten). Ziel des Gesundheitschecks war es lediglich herauszufinden, ob psychische oder physische Probleme das weitere rechtliche Asylverfahren beeinflussen könnten. Der Einsatz des PROTECT-Fragebogens erfolgte in einem zweiten Schritt während der medizinischen Bestandsaufnahme in den Erstaufnahmeeinrichtungen vor Ort. Die niederländischen Erstaufnahmeeinrichtungen verfügten über medizinische Abteilungen, die für die medizinische Bestandsaufnahme und die weitere Versorgung der Asylsuchenden verantwortlich waren. Zentraler Bestandteil der medizinischen Bestandsaufnahme war der Einsatz des PROTECT-Fragebogens. Die gewonnenen Untersuchungsergebnisse des PROTECT-Fragebogens wurden in der medizinischen Akte des Asylsuchenden hinterlegt und ermöglichten Hinweise auf mögliche psychische Beeinträchtigungen zu erfassen und die Betroffenen frühzeitig einer Versorgung zuzuführen. Bei einem mittleren oder hohen PROTECT-Score (>3) wurden umgehend weitere Schritte seitens des Krankenpflegepersonals eingeleitet. Hierzu gehörte z.B. die Weiterleitung zu psychosozialen Beratungsstellen oder in akuten Fällen die Überweisung an psychiatrische Institute.

<sup>81</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>82</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>83</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

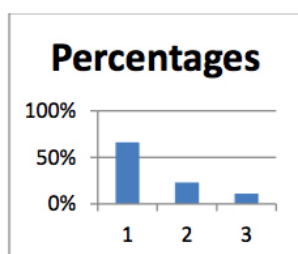
<sup>84</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>85</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>86</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

Laut der Studie von Bloemen, Vloeberghs und Evers wurden im Jahr 2013 insgesamt 2225 PROTECT-Fragebögen von dem niederländischen Gesundheitszentrum für Asylsuchende (GCA) während der medizinischen Bestandsaufnahme eingesetzt. Dabei füllten 60% den PROTECT-Fragebogen innerhalb der ersten vier Wochen und 80% in den ersten acht Wochen nach der Ankunft in den Erstaufnahmeeinrichtungen aus. Wie anhand der folgenden Grafik deutlich wird, zeigt der PROTECT-Score (PS), dass 66% der Asylsuchenden ein geringes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen, 23% ein mittleres Risiko und 11% ein hohes Risiko.

Risicogroep	Aantallen	Percentages
Laag risico (PS = 0-3)	1467	66%
Medium risico (PS = 4-7)	515	23%
Hoog risico (PS = 8-10)	243	11%



Tabel en figuur: spreiding PS, n = 2225

Im Rahmen der Studie wurden außerdem 49 Personen des Krankenpflegepersonals über die alltägliche Nutzung des PROTECT-Fragebogens befragt. Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass 80% der Meinung sind, dass der Einsatz des PROTECT-Fragebogens in den ersten Schritt der medizinischen Bestandsaufnahme gehört und dass sie die frühe Identifizierung von psychischen Erkrankungen als wichtig erachten. Für die Mehrheit der Befragten dient der Einsatz des PROTECT-Fragebogens als Grundlage bevor weitere Schritte eingeleitet werden. Von den Befragten des Krankenpflegepersonals sind außerdem 52% der Meinung, dass ein mittlerer oder hoher PROTECT-Score (>3) immer oder oft in der Follow-up-Untersuchung bestätigt wird. Aufgrund der Aussagen des Krankenpflegepersonals sprechen Bloemen, Vloeberghs und Evers in ihrer Studie die deutliche Empfehlung aus, dass der PROTECT-Fragebogen systematisch während der medizinischen Bestandsaufnahme in den Erstaufnahmeeinrichtungen eingesetzt werden soll. Sie sind der Meinung, dass der PROTECT-Fragebogen vor allem als Frühsignalisierungsinstrument verstanden werden sollte. Außerdem empfehlen sie, dass das Krankenpflegepersonal im Rahmen von Trainings über Frühwarnsymptome geschult werden sollte, um zur frühzeitigen Identifikation von vulnerablen Geflüchteten beitragen zu können.<sup>87</sup>

Evert Bloemen, Berater beim niederländischen Kompetenzzentrum für gesundheitliche Unterschiede (Pharos), hat an der Konzeption und Etablierung des PROTECT-Fragebogens mitgewirkt und beschäftigt sich nach wie vor mit der Identifizierung besonders Schutzbedürftiger. Seiner Meinung nach ist es schwierig, ohne den systematischen Einsatz des PROTECT-Fragebogens vulnerable Geflüchtete zu identifizieren, deren Symptome eher unauffällig sind. Der PROTECT-Fragebogen ist aus seiner Sicht ein einfaches Werkzeug, um Unterstützungsmöglichkeiten aufzuzeigen oder präventive und niederschwellige Hilfestellungen zu leisten. Außerdem sei es erstrebenswert das Verfahren mit anderen Einrichtungen zu teilen und den systematischen Einsatz des PROTECT-Fragebogens auch in weiteren europäischen Ländern einzuführen beziehungsweise auszubauen.<sup>88 89</sup>

### 3.5 Schulung der MitarbeiterInnen

Die Aufnahmeleitlinie besagt, dass das Personal in den Unterbringungszentren adäquat geschult wird und sich angemessen fortbilden soll (Art 18 Abs. 7, Art. 25 Abs 2). MitarbeiterInnen der Institutsambulanz Asklepios haben bereits Fortbildungen mit dem Sozialdienst in Friedland durchgeführt, woraus das Friedländer Modell entstanden ist.<sup>90</sup> Weitere Schulungen sind allerdings erforderlich. Neue MitarbeiterInnen sind zwischenzeitlich beim Sozialdienst angestellt, aber auch für MitarbeiterInnen, die länger dabei sind wären Schulungen von höchster Bedeutung.<sup>91</sup> Die interviewten MitarbeiterInnen äußerten Schwierigkeiten, Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen, insbesondere im Umgang mit Kindern, zu deuten. Auch das Thema von Gewalt betroffener Frauen wurde von den Informanten erwähnt. Die Themenwünsche für Fortbildungen wurden an die NT-FN-MitarbeiterInnen in einem anderen AMIF-Projekt weitergegeben und von diesen im Frühjahr 2017 durchgeführt.

Von den Kliniken in Braunschweig und Bramsche wird die Wichtigkeit, Schulungen für die MitarbeiterInnen der Sozialdienste durchzuführen, ebenfalls betont. So können sie gezielter nachfragen und wissen, worauf sie achten müssen. Besonders durch die hohe Personalfuktuation werden fortlaufende Schulungen als sehr wichtig erachtet.<sup>92</sup>

Auch in Braunschweig gab es in der Vergangenheit Fortbildungen zum Thema „traumatisierte Flüchtlinge“. Z.B. wurde eine Fortbildung zum Thema „von Gewalt betroff-

<sup>87</sup> Bloemen, Vloeberghs u. Evers (2014): Een onderzoek naar het gebruik van de Protect vragenlijst in de medische intake van GCA

<sup>88</sup> Dokumentation\_Fachtagung\_Besondere\_Schutzbedürftigkeit\_von\_Asylsuchenden\_feststellen, S. 95- 116; S. 16f

<sup>89</sup> Telefonat mit Evert Bloemen am 16.04.2018

<sup>90</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>91</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>92</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen der TU Braunschweig und der Niels-Stensen-Kliniken



fene Frauen“ vom NTFN organisiert. Auch zwei MitarbeiterInnen der Johanniter vom Standort Fallingbostal haben an der Veranstaltung teilgenommen.<sup>93</sup> Bei der Sensibilisierung der Sozialdienste zum Thema Früherkennung gibt es noch Bedarf. Auch für die Sanitätsstation und die Kinderbetreuung wäre es sinnvoll laufend Fortbildungen anzubieten.<sup>94</sup>

Beim Sozialdienst in **Bramsche** wurden in der Vergangenheit Fortbildungen angeboten. Diese standen allen KollegInnen zur Verfügung. Weitere Schulungen sind erwünscht, insbesondere weil mehrere neue MitarbeiterInnen eingestellt wurden. Der Wunsch für Fortbildungen wurde an die NTFN-MitarbeiterInnen im PSZ Osnabrück übermittelt.

*„Also ich glaube einerseits: „Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung? Wie entsteht so etwas?“ und auch Unterschiede. Man denkt immer: „Mein Gott, die sind alle traumatisiert“, aber eine Störung, die man auch nicht selbst verarbeiten kann, haben zum Glück nicht alle. Wo sind da die Unterschiede und was erleben diese Menschen auf dem Weg bis sie hierher kommen oder auch in den Heimatländern? Und natürlich auch: „Was sind eigentlich Krankheitsbilder, die hochkommen? Wie äußern die sich? Welche Symptome haben die?“. Wenn du jemanden hast, der eine schizophrene Störung oder etwas Ähnliches hat, kann das auch ganz schnell für andere Mitmenschen oder auch für mich selber als Mitarbeiter nicht ungefährlich sein. Manche sind tickende Zeitbomben. Also da einfach über Krankheitsbilder aufklären und aber auch: „Wie gehe ich adäquat mit so jemandem um? Wie weit kann ich gehen?“. Man darf ja auch nicht fragen: „Was ist dir denn jetzt genau passiert und erzähl doch mal!“, da kannst du natürlich auch eine Retraumatisierung auslösen und dann sitzt du da und weißt nicht, wie du damit umgehen sollst. Also diese ganzen Themen.“<sup>95</sup>*

Eine Fortbildung für die SozialarbeiterInnen sämtlicher LAB NI-Standorte zum Thema Kinder und Trauma wurde im Frühjahr 2017 dank eines EU-geförderten Projekts vom NTFN durchgeführt.

In **Fallingbostal-Oerbke** besteht der Sozialdienst erst seit dem 15. August 2017 und es wurden anfangs keine Schulungen zum Thema durchgeführt. Der Bedarf der MitarbeiterInnen ist von daher groß. Grundlegende Informationen zum Thema „Traumatisierung und psychische Erkrankungen“ wären sinnvoll und vom Sozialdienst erwünscht.<sup>96</sup> Der Wunsch nach Fortbildung wurde an die NTFN-MitarbeiterInnen in einem anderen

AMIF-Projekt weitergegeben und eine Trauma-Fortbildung wurde in der Folge am 21.02.2018 durchgeführt. Die Fortbildung beinhaltete außerdem Informationen zu den Arbeitswegen des NTFN, um eine gute Zusammenarbeit zwischen den Dienststellen zu ermöglichen. Weitere Fortbildungen zum Thema sind erwünscht.<sup>97</sup>

Das Thema kann sehr belastend für die MitarbeiterInnen der jeweiligen Dienststellen sein, da die MitarbeiterInnen täglich mit leidenden Menschen arbeiten. Deswegen ist das Angebot an Supervision essentiell, um die MitarbeiterInnen in ihrer Arbeit zu entlasten. Supervisionsangebote in Gruppen und/oder im Einzelnen werden regelmäßig für die MitarbeiterInnen der Sozialdienste in Bramsche, Braunschweig und Friedland angeboten. Sie werden als sehr hilfreich und entlastend in der Arbeit angesehen.

Auch bei den MitarbeiterInnen der **Gesundheitsdienste** fehlt es teilweise an Kenntnis zur Früherkennung. Dort sind unterschiedliche Berufsgruppen wie Arzthelfer, Pflegekräfte, Rettungssanitäter tätig. Die Schwierigkeit, Hinweise auf Traumatisierung und psychische Erkrankungen richtig zu erkennen, wird auch hier erlebt.<sup>98</sup> Die Kürze des Kontakts zwischen dem Patienten und dem Arzt, sowie Sprachprobleme werden als Schwierigkeiten dargestellt. Bei den Ärzten ist zudem auch unterschiedlich ausgeprägt, wer die Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung hat oder nicht. Es ist keine Voraussetzung, um bei den Gesundheitsdiensten tätig zu sein.<sup>99</sup> Es wurden in der Vergangenheit Schulungen für die Gesundheitsdienste angeboten.<sup>100</sup> Regelmäßige Schulungen der MitarbeiterInnen der Gesundheitsdienste und der Ärzte, die dort tätig sind, wären erwünscht.<sup>101</sup>

*„Es wäre gut, wenn eine Sensibilisierung stattfinden würde, zum Beispiel was in Köpfen von Menschen vorgeht, die so eine posttraumatische Belastungsstörung haben. Weil es ja psychodynamische Effekte zwischen dem Personal und den Patienten gibt, die sich wiederholen. Jemand mit so einer Störung, stellt sich mit Symptomen vor, aufgrund seiner Hilflosigkeit, aufgrund seines Verständnisses der Erkrankung und will irgendwas, damit irgendwas besser wird. Dieses Irgendwas gibt es aber nicht. Es gibt keinen Schalter, den man umlegen kann und das ungeschehen macht. Das heißt, es gibt ein Anliegen, das gegenüber dem Hilfspersonal vorgetragen wird und es gibt für das Hilfspersonal keine Möglichkeit dieses Anliegen zu bedienen. ... Also da gibt es unheimliche Probleme. Dann zählt eben, wie viel Verständnis diese Person für die Menschen hat. Rein aus dem medizinischen Verständnis von den posttraumatischen Belastungsstörungen: „Wie äu-*

<sup>93</sup> Seit 15.08.17 hat das Deutsche Rote Kreuz e.V. die Leitung der Gesundheitsstation.

<sup>94</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>95</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>96</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>97</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des NTFN

<sup>98</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Gesundheitsdienste

<sup>99</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes und einem Arzt, tätig in einer Krankenstation

<sup>100</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Gesundheitsdienstes und einem Arzt, tätig in einer Krankenstation

<sup>101</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Gesundheitsdienste

Bern die sich? Was haben die für Effekte und was davon ist unvermeidbar?“<sup>102</sup>

Auch die MitarbeiterInnen der Wohlfahrtsverbände können auf Basis ihrer Erfahrungen in der Beratung Hinweise entdecken, die sonst schwer erkennbar sind. Mehrere Informanten betonen die Schwierigkeit Hinweise zu erkennen.

„Ich bin froh, dass ich bestimmte Sachen auch nicht einschätzen muss, weil ich mich trotz oder gerade wegen der vielen Erfahrung überfordert fühlen würde zu sagen: „Der ist jetzt traumatisiert“. Man könnte auch fragen: „Wo beginnt die Traumatisierung? Ist es schon eine Traumatisierung sobald ich mein Land unfreiwillig verlasse? Wo beginnt sie? Wo hört sie auf?“. Das ist schon sehr schwierig zu sagen, was das unfreiwillige Verlassen des Heimatlandes bei Person A oder Person B bewirkt. Als einfacher Sozialarbeiter in der Asylverfahrensberatung bin ich bei dieser Einschätzung überfordert. Das muss ich ehrlich sagen. Wenn ich mitkriege, dass es einer Schwester eines Klienten nicht so gut geht, dann verweise ich erst auf den Arzt und den Sozialdienst. Die leiten dann weitere Wege ein.“<sup>103</sup>

Um erste Hinweise erkennen zu können, benötigen auch die MitarbeiterInnen der **Wohlfahrtsverbände** Schulungen zum Thema. Das wurde von sämtlichen Wohlfahrtsverbänden betont.<sup>104</sup> Die Bedeutung den Asylsuchenden die Wichtigkeit einer Therapie zu erklären, wird ebenfalls erwähnt:

„Also ich würde mir vielleicht auch gerade zu Kindern etwas [Schulungen] wünschen. Da hab ich echt nicht so viel Ahnung. Da ist es auch was Anderes. Bei den Eltern kann es sein, dass die traumatische Erfahrungen in der Heimat gemacht haben. Für die Kinder war es vielleicht eher die Flucht selbst.“<sup>105</sup>

„Es wären Schulungen sinnvoll, wo man nicht nur bestimmte Anzeichen lernt, sondern diese auch gleichzeitig in Frage stellt. Das schafft natürlich Verwirrung bei den Geschulten. Es wären Schulungen vermutlich auch sinnvoll, wo das Ganze ein wenig in Frage gestellt wird. Um das Jahr 2001 herum, gab es so etwas fast gar nicht. Damals hat man nicht so sehr drauf geachtet. Heutzutage achtet man fast nur drauf. Das heißt, dass das Pendel einmal zu einer Seite und zur anderen Seite ausschlägt. Das ist nie gut. Man sollte immer kritisch hinterfragen: „Was schulen wir und welche Auswirkungen hat das

auf die, die geschult werden?“. Sehen alle immer nur noch Traumatisierte oder gar keine Traumatisierten? Das ist natürlich eine Mammut-Aufgabe.“<sup>106</sup>

„Es ist auch sehr wichtig, dass wir in den Beratungsstellen den Personen klar machen wie wichtig eine Therapie ist. Dass sie wirklich hilft, nicht nur für den Asylfall, sondern auch, dass die Gesundheit wieder hergestellt wird. Es gehört nicht zu unseren Aufgaben, aber ich mache es trotzdem. Ich erzähle denen, wie wichtig es ist selbst den Kontakt aufzunehmen. Der Sozialdienst kann es auch manchmal vergessen, sie haben genug andere Menschen. Da können wir auch mithelfen.“<sup>107</sup>

„Und da versuche ich natürlich aufzuklären. Also dass es eine Krankheit ist, eine normale Reaktion auf eine Sache, die nicht normal ist und, dass es Heilungsmöglichkeiten gibt. Realistische, wenn man sich darum kümmert.“<sup>108</sup>

Auch die MitarbeiterInnen des **BAMF** haben einen Bedarf an Schulungen zum Thema. Die Sonderbeauftragten werden bei der Anhörung bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen eingesetzt und sind zur Identifikation dieser Personen geschult.<sup>109</sup> Sie werden eingesetzt u.a. bei eigenem Wunsch der Asylsuchenden, bei einem Hinweis des Sozialdienstes oder wenn andere MitarbeiterInnen des BAMF Hinweise erkennen. Einige der Informanten berichten, dass nur die Sonderbeauftragten eine Schulung zum Thema erhalten.<sup>110</sup> Auch andere MitarbeiterInnen benötigen allerdings Schulungen zum Thema, damit sie Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen erkennen können. Das Thema „Wie erkenne ich Hinweise auf eine Traumatisierung oder psychische Erkrankungen?“ wäre für das Personal sinnvoll und wünschenswert.<sup>111</sup> In Bramsche werden sämtliche EntscheiderInnen zu hausinternen Schulungen eingeladen, damit sie auch einschätzen können wie Hinweise auf z.B. Traumatisierung oder psychische Erkrankungen erkannt werden können.<sup>112</sup>

<sup>102</sup> Interview mit einem Arzt, tätig in der Gesundheitsstation Bramsche

<sup>103</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>104</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig, Bramsche und Fallingbostal-Oerbke

<sup>105</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>106</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>107</sup> Interview mit MitarbeiterInnen mehrerer Wohlfahrtsverbände

<sup>108</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>109</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>110</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen des BAMF

<sup>111</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>112</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

### 3.6 Schulung der DolmetscherInnen

Eine Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte DolmetscherInnen ist in den persönlichen Gesprächen notwendig, sowohl beim Sozialdienst, als auch bei den kooperierenden Kliniken und beim BAMF. Auch bei den Gesundheitsdiensten und den Wohlfahrtsverbänden werden DolmetscherInnen bei Bedarf eingesetzt.

In **Friedland** hat der Sozialdienst einen Dolmetscherpool, der auch von anderen Beratungsstellen teilweise eingesetzt wird. Für die Sitzungen in der Institutsambulanz organisiert der Sozialdienst den Dolmetscherdienst, was als entlastend und hilfreich von der Klinik angesehen wird.<sup>113</sup> Der Sozialdienst in **Braunschweig** organisiert den Dolmetscherdienst für die Institutsambulanz. Sobald der zuständige Sozialarbeiter die Terminvorschläge von der Institutsambulanz erhalten hat, wird ein Dolmetscher organisiert.<sup>114</sup> Auch in **Bramsche** werden die DolmetscherInnen für die Diagnostiktermine über den Sozialdienst akquiriert.<sup>115</sup>

Die Informanten sind sich einig, dass Schulungen für die DolmetscherInnen wünschenswert und notwendig sind. Die Rolle der DolmetscherInnen ist nicht immer klar. Auch wenn ein enger privater Kontakt zu dem Patienten besteht, kann es schnell zu Konfusionen in den Rollen kommen.<sup>116</sup> Mangelndes Verständnis für Traumatisierung und psychische Erkrankungen ist ein weiteres Problem.

*„Selbst wenn die sprachliche Barriere nicht so kompliziert ist, selbst dann ist häufig noch das Problem, dass die Begriffe, die für uns wichtig sind, um Dinge abzufragen, dann dem Dolmetscher nicht bekannt sind. Also wenn ich dann zum Beispiel nach einer depressiven Stimmung frage, dann muss ich dem Dolmetscher erst erklären, was ich überhaupt meine. Weil in der Regel tatsächlich die Dolmetscher in keiner Weise irgendwelche psychischen Grundkenntnisse haben. Also das ist dann schon schwierig und das bläht dann natürlich auch von dem zeitlichen Umfang her das Gespräch unheimlich auf. Also ich muss erst mal dem Dolmetscher erklären, worauf ich überhaupt hinaus will, und versuche irgendwelche Begrifflichkeiten zu wählen, die der Dolmetscher versteht, die aber das eigentlich gar nicht abbilden, was ich fragen möchte.“<sup>117</sup>*

Ungeeignete DolmetscherInnen werden als Hauptproblem von den Informanten bei den Niels-Stensen-Kliniken empfunden. Um das Problem bei weiterer Therapie zu vermeiden und ein optimales Setting für die Gespräche zu gestalten, wird in den Befundberichten deshalb Psychotherapie in der Muttersprache empfohlen.<sup>118</sup>

Der Beruf ist auch zum Teil sehr belastend, worauf die DolmetscherInnen idealerweise vorbereitet sein sollten. Wenn sie die Krankheitsbilder verstehen und wissen, wie sie mit den Informationen umgehen können, ist die Chance höher, dass sie weiterhin die Tätigkeit ausüben möchten. Nicht selten kommt es vor, dass DolmetscherInnen nicht weiter bei den Beratungsstellen und in den Kliniken arbeiten möchten, da sie die Erzählungen der Betroffenen nicht ertragen können. Es wurde in den Interviews auch erwähnt, dass die DolmetscherInnen schlecht bezahlt werden, spontan auf Abruf bereit sein sollen und wenig Fortbildung erhalten.<sup>119</sup>

Da Schulungen für die DolmetscherInnen von sämtlichen Akteuren Friedlands erwünscht waren, wurde dieser Wunsch den MitarbeiterInnen eines weiteren AMIF-Projektes des NTFN mitgeteilt. Im September 2017 wurde demzufolge eine Schulung vor Ort in **Friedland** durchgeführt. Der Wunsch der MitarbeiterInnen in **Bramsche** an Fortbildungen für die DolmetscherInnen wurde an die NTFN-MitarbeiterInnen im PSZ Osnabrück übermittelt.

In **Braunschweig** wurde im Oktober 2017 die Fortbildung „Therapie zu dritt“ vom NTFN in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen angeboten. Die Fortbildung „Beratung zu dritt“ wurde in Lüneburg im März 2018 vom NTFN durchgeführt. DolmetscherInnen, die an den Standorten tätig sind, konnten an den Fortbildungen teilnehmen.

In den Interviews mit Unterstützern einiger betroffener Asylsuchender wurde häufig der Mangel an geeigneten DolmetscherInnen erwähnt. Dies sei nicht nur während des Prozesses zur Früherkennung der Fall, sondern auch nachdem eine besondere Schutzbedürftigkeit identifiziert wurde und die Betroffenen an die Kommunen verteilt wurden. Besonders in den ländlichen Gebieten ist es schwer passende DolmetscherInnen zu finden.<sup>120</sup>

<sup>113</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>114</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>115</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Sozialdienstes

<sup>116</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste, der Niels-Stensen-Kliniken und der TU Braunschweig

<sup>117</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken

<sup>118</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken

<sup>119</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste, der Niels-Stensen-Kliniken und der TU Braunschweig

<sup>120</sup> Interviews mit Unterstützern einiger betroffenen Asylsuchenden

Auch vom Sozialdienst in **Fallingbostel-Oerbke** wird die Schwierigkeit bestätigt, geeignete DolmetscherInnen zu finden, besonders durch die ländliche Lage. Die Informanten erzählten von zu wenig geeigneten DolmetscherInnen in den Gesprächen. Bei speziellen ungewöhnlichen Sprachen ist es sogar teilweise eine Unmöglichkeit.<sup>121</sup>

### 3.7 Vermittlung an psychologische Fachstellen

Wenn in den Gesprächen Hinweise auf eine behandlungsbedürftige Erkrankung bestehen, soll zeitnah ein Erstgespräch mit einem Facharzt stattfinden. Erstaufnahmeeinrichtungen sollten dazu Vereinbarungen mit Fachabteilungen schließen. (DGPPN 2016)

Eine Vermittlung an psychologische Fachstellen setzt eine Zustimmung des Asylsuchenden voraus. Eine Schweigepflichtsentbindung muss in jedem Fall unterschrieben werden, damit die diagnostischen Gespräche stattfinden können. Es gibt immer wieder Fälle, in denen die MitarbeiterInnen der Sozialdienste einen Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen haben, aber die Betroffenen ablehnen, Gespräche zu führen und Informationen an Diagnosestellen weiterzugeben.<sup>122</sup> Es folgt eine standortbezogene Beschreibung hinsichtlich der Vermittlung an die Kliniken vor Ort.

#### Friedland

Sollten Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegen, ist diesen nachzugehen. Die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes und des Gesundheitsdienstes in Friedland haben die Möglichkeit, Personen an die Psychiatrische Institutsambulanz zu vermitteln, wenn sie einen Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen haben. Dafür gibt es einen Anmeldebogen, der u.a. Sprache, Informationen zu Symptomen und Vor Medikation erfasst. Der zuständige Sozialarbeiter erhält für den betroffenen Asylsuchenden drei Termine für diagnostische Gespräche in der Institutsambulanz.

In der Institutsambulanz sind Psychologen und Ärzte vorhanden, die für die Feststellung der Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen qualifiziert und ausgestattet sind. Drei diagnostische Gespräche finden statt, bei denen die Krankheitsanamnese, Flucht- so-

wie Sozialanamnese erhoben werden. Ein muttersprachlicher Test mittels Fragebögen<sup>123</sup> findet ebenfalls statt, sofern die Patienten lesen und schreiben können. Am häufigsten wird PTBS diagnostiziert gefolgt von Depressionen. Gelegentlich kommen auch Psychosen und andere psychische Erkrankungen vor.<sup>124</sup> Bei nahezu allen Personen wurde ein Behandlungsbedarf festgestellt.<sup>125</sup> Sollte psychiatrische Medikation notwendig sein wird ein Psychiater der Institutsambulanz mit einbezogen. Ebenfalls kann bei z.B. einer akuten Suizidalität eine stationäre Aufnahme über die Ambulanz erfolgen.<sup>126</sup>

Ein Befundbericht wird als Ergebnis der Diagnostik erstellt und enthält Empfehlungen u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft und Ort der Umverteilung. Der Befundbericht wird nach einer Schweigepflichtsentbindung an den Sozialdienst in Friedland geschickt, welcher eine Weiterleitung an die LAB-Verteilungsstelle und eine Meldung an das NTFN vornehmen soll. Sollte der Asylsuchende es wünschen, wird auch der Bericht an das BAMF gesendet.

Der Sozialdienst findet die Zusammenarbeit mit der Institutsambulanz sehr nützlich. Die Patienten bekommen innerhalb weniger Tage Termine. Binnen ein bis zwei Wochen sind die drei Termine vollzogen, was im Vergleich zu 2015 eine deutliche Verbesserung darstellt. Damals ist es nicht selten passiert, dass die Patienten vor ihrer Weiterverteilung von Friedland die Termine nicht mehr wahrnehmen konnten. Laut den MitarbeiterInnen des Sozialdienstes werden die Termine seitdem viel häufiger vor der Verteilung wahrgenommen.<sup>127</sup>

Auch die MitarbeiterInnen des Gesundheitsdienstes können Patienten bei der Institutsambulanz anmelden. Zwischen dem Gesundheitsdienst und dem Sozialdienst besteht eine funktionierende Zusammenarbeit: Der Sozialdienst wird über Meldungen seitens des Gesundheitsdienstes an die Institutsambulanz informiert. Wenn ein Patient beim Gesundheitsdienst vorstellig war und aufgenommen wird, bekommt der Gesundheitsdienst von der Institutsambulanz einen Durchschlag für ihre Akte. Im Falle, dass Medikamente von den Diagnostikern verschrieben werden, soll der Patient sie beim Gesundheitsdienst abholen. Die Medikamente müssen unter Aufsicht eingenommen werden um die Einnahme sicherzustellen, denn es gibt Fälle in denen versucht wird, Psychopharmaka zu verkaufen und dies kann nur durch die Einnahme unter Sicht vermieden werden.<sup>128</sup>

<sup>121</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>122</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>123</sup> ETI: (5); SCL-90R: (6), (7); BDI II: (8), WHO-5: (9)

<sup>124</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>125</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

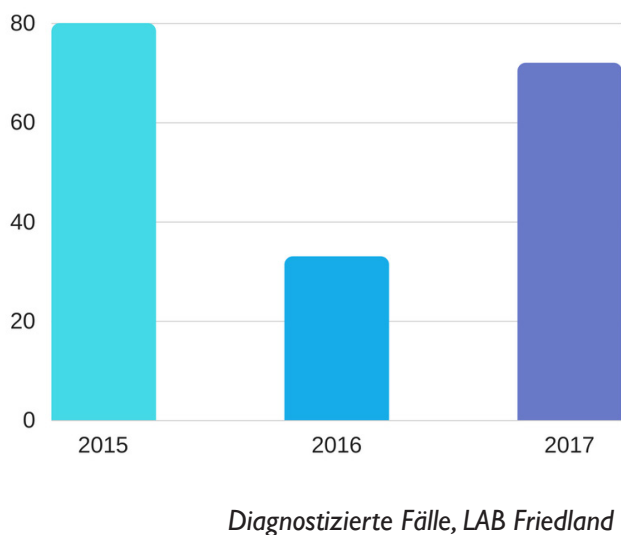
<sup>126</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>127</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>128</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

Seit 2015 ist der Taxitransfer von Friedland zur Institutsambulanz die Regel. Die Patienten mussten die Anfahrt vorher selbst mit dem Zug und dem Bus antreten und dadurch wurden viele Termine nicht wahrgenommen. Der Sozialdienst ist mit dem Ergebnis des Taxitransfers sehr zufrieden. Laut den Informanten kommen alle Patienten zum Termin hin und auch zurück. Die anderen Informanten stimmen zu, dass der Prozess mittlerweile viel besser funktioniert. Die PatientInnen werden eine Stunde vor dem Termin abgeholt. So wird sichergestellt, dass sie pünktlich zum Termin erscheinen.<sup>129</sup> Auch die Institutsambulanz empfindet die Taxifahrt als sehr hilfreich. Die Patienten sind dadurch pünktlicher und erscheinen öfter zum Gespräch.<sup>130</sup>

In 2015 waren 80 Personen bei der Institutsambulanz vorstellig. In 2016 waren es 33 und in 2017 72 Personen.<sup>131</sup> Eine Untersuchung von Belz et al. (2017) zeigt, dass in den Jahren 2015-2017 insgesamt 22.294 Flüchtlinge in Friedland ankamen, von denen 182 Personen an die Institutsambulanz weitervermittelt wurden.



## Braunschweig

Beim Vorliegen von Hinweisen auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen konnten die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes in Braunschweig bis Anfang 2018 Personen an die Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig vermitteln. Drei Diagnostiktermine wurden für den Asylsuchenden vereinbart. Das Folgende beschreibt den bisherigen Ablauf. Derzeit existiert keine Kooperation mit einer Diagnosestelle.

In der Psychotherapieambulanz fanden drei Termine zur Diagnostik in den meisten Fällen mithilfe eines Sprachmittlers statt. Biografische Hintergründe und Fluchtgeschichte wurden erfragt und standardisierte psychodiagnostische Fragebögen und Interviews verwendet. Der Sozialdienst bekam einen Befundbericht übermittelt, in dem Behandlung, psychosoziale Maßnahmen oder die Zusammenführung mit Angehörigen empfohlen wurden. Der Sozialdienst sollte eine Meldung an das NTFN senden, damit ein Antrag auf Psychotherapie gestellt und Vermittlung eines Behandlungsplatzes eingeleitet werden konnte.<sup>132</sup> Bei Bedarf wurde auch der Bericht an die LAB-Verteilungsstelle und das BAMF weitergeleitet. Jede Weiterleitung ist von einer Zustimmung in Form einer Schweigepflichtsentbindung abhängig.

In 2015 haben 32 Erwachsene und zwei Kinder in Begleitung eines Elternteils in der Psychotherapieambulanz Termine wahrgenommen. Bei den Erwachsenen war das Durchschnittsalter 31,92 Jahre. Bei allen, außer einer Person, bei der die Diagnostik abgebrochen wurde, wurde eine psychische Störung festgestellt. Bei 33 Personen wurde eine depressive Episode diagnostiziert und bei 29 Personen eine PTBS. In 2016 wurden 31 Asylsuchende in der Psychotherapieambulanz vorstellig mit dem Durchschnittsalter 31,1 Jahre. Bei 2 Personen wurde die Diagnostik abgebrochen und nur Verdachtsdiagnosen festgehalten. Bei den restlichen untersuchten Personen wurde zumindest eine psychische Störung diagnostiziert. 28 Personen haben eine depressive Episode aufgewiesen und bei 19 Personen wurde eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert.<sup>133</sup> Teilweise kamen auch substanzbezogene Störungen, Angststörungen oder somatoforme Störungen, wie chronische Schmerzen z.B., vor.<sup>134</sup>

<sup>129</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>130</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

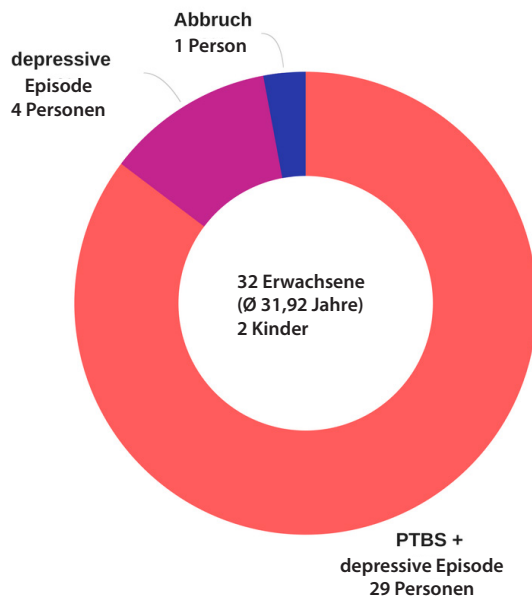
<sup>131</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>132</sup> Jahresbericht 2016, Psychotherapieambulanz Braunschweig

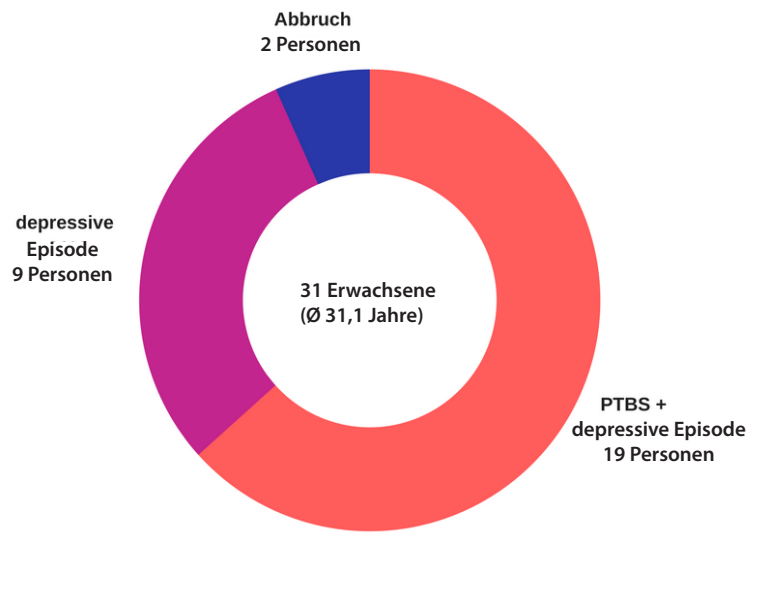
<sup>133</sup> Jahresbericht 2015, Psychotherapieambulanz Braunschweig

<sup>134</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

2015



2016



Laut dem Sozialdienst funktionierte die Zusammenarbeit mit der Psychotherapieambulanz problemlos. Innerhalb weniger Tagen hatte der zuständige Sozialarbeiter eine Antwort mit Terminvorschlägen. Der Sozialdienst organisierte dann einen Dolmetscher als Begleitung bei den Terminen.<sup>135</sup> Von Seiten der Psychotherapieambulanz wurde dann versucht die drei Termine zeitnah durchzuführen, oft innerhalb einer Woche. Aus organisatorischen Gründen, z.B. aufgrund der Suche nach einem Dolmetscher, dauerte es allerdings vereinzelt länger. Auch seitens der Psychotherapieambulanz gab es gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst. Die SozialarbeiterInnen wurden als sehr ansprechbar bezeichnet. Sie kümmerten sich zuverlässig um die DolmetscherInnen, was für die Psychotherapieambulanz sehr hilfreich war.<sup>136</sup>

Der Kontakt zwischen der TU und der Aufnahmeeinrichtung lief hauptsächlich über den Sozialdienst. Nur bei akuterem Handlungsbedarf und wenn die MitarbeiterInnen der Psychotherapieambulanz keine SozialarbeiterInnen erreichten, z.B. am Wochenende, meldete man sich beim Gesundheitsdienst. Für jede Dienststelle musste eine Schweigepflichtentbindung eingeholt werden. Der Kontakt zum Gesundheitsdienst war eher die Ausnahme.<sup>137</sup>

Wenn ein Patient beim Gesundheitsdienst vorstellig wurde, wurden Informationen an den Sozialdienst weitergegeben. Im Falle, dass eine Person bei der TU zum Gespräch vorstellig war, bekam der Arzt des Gesundheitsdienstes eine Kopie des Berichts. Beim Gesundheitsdienst wurden auch auf Anweisung des Arztes Medikamente ausgegeben oder zugeteilt.<sup>138</sup>

Laut dem Sozialdienst ist die psychiatrische Abteilung des Klinikums Salzdahlumer Straße erste Anlaufstelle bei akuten Fällen. Der Sozialpsychiatrische Dienst vom Gesundheitsamt kann mit einbezogen werden in Fällen von Eigen- oder Fremdgefährdungen. Von dort kann eine Einweisung ins AWO Psychiatriezentrum Königslutter bewirkt werden. Eine Direktaufnahme ist nur möglich wenn der Asylsuchende selbst dorthin gehen würde, und kann nicht über den Gesundheitsdienst in der LAB stattfinden.

<sup>135</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>136</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>137</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>138</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

## Bramsche

Wenn ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht, können MitarbeiterInnen des Sozialdienstes Personen an die Psychiatrische Institutsambulanz der Niels-Stensen-Kliniken und die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Christliches Krankenhaus Quakenbrück, vermitteln. Dort werden Sprechstunden für die Bewohner in der LAB Bramsche angeboten. Im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück können zweiwöchentlich vier Personen einen Termin erhalten und in den Niels-Stensen-Kliniken alle zwei Wochen zwei Personen. Ein Sozialarbeiter fährt immer als Unterstützung zu den Sprechstunden mit. Die DolmetscherInnen werden vom Sozialdienst organisiert. Der Sozialdienst bekommt einen Bericht, welcher Diagnose und Empfehlungen u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit beinhaltet.<sup>139</sup>

Hauptsächlich wird PTBS von den Diagnostikern bei den Niels-Stensen-Kliniken festgestellt, vorwiegend mit einer begleitenden depressiven Episode. Vereinzelt kommen auch Schizophrenien, akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen vor.<sup>140</sup> 95% der weitergeleiteten Fälle wurden schätzungsweise als behandlungsbedürftig eingestuft.<sup>141</sup>

Laut dem Sozialdienst ist die Zusammenarbeit mit den Kliniken das größte Problem in der Früherkennung. Die wenigen Termine reichen nicht aus. Im Christlichen Krankenhaus Quakenbrück werden akute Fälle, wie fremd- oder eigengefährdet, zwar angenommen, die Patienten werden aber nach kurzer Zeit wieder entlassen, teilweise mit der Diagnose „gesund“, selbst wenn dies nach Meinung des Sozialdienstes eindeutig nicht der Fall ist.<sup>142</sup> In den Niels-Stensen-Kliniken gibt es keine geschlossene Abteilung, in der eine stationäre Aufnahme möglich wäre. Es fehlt deutlich an Kapazitäten in den Kliniken. Wenige Möglichkeiten für Diagnostiktermine erschweren die Arbeit für die MitarbeiterInnen. Es wird im Team besprochen, welche Personen am dringendsten einen Termin benötigen. Folglich haben zu wenige Personen die Möglichkeit eine Diagnose gestellt zu bekommen. Eine Koordinatorin ist für den Bereich zuständig und nimmt an dem wöchentlichen Gespräch, in dem entschieden wird, welche Personen an die nächste Sprechstunde vermittelt

werden, teil. Nachdem beschlossen wurde, welche Personen vermittelt werden, organisiert die Koordinatorin Dolmetscher, Fahrmöglichkeit und die notwendigen Unterlagen. Dies hat sich als eine effektive Lösung beim Sozialdienst dargestellt.<sup>143</sup>

Ein großer Wunsch des Sozialdienstes wäre es, die Kapazitäten, besonders in den nahe liegenden Niels-Stensen-Kliniken, auszubauen. Die fehlenden Kapazitäten in den Kliniken führen dazu, dass zu wenige Personen die benötigte Unterstützung erhalten.<sup>144</sup>

## Fallingbostel-Oerbke

Bei einer Besichtigung und einem Gespräch in Fallingbostel-Oerbke im Oktober 2016 mit der LAB Niedersachsen, dem BAMF und dem Gesundheitsdienst,<sup>145</sup> organisiert von AMBA („Aufnahmemanagement und Beratung für Asylsuchende in Niedersachsen“), wurden die Bedingungen im Ankunftszentrum besprochen. Die LAB Niedersachsen ist zuletzt enorm gewachsen, mit neuem Personal und zusätzlichem Koordinationsbedarf. Ein Erstgespräch beim Sozialdienst, in dem besondere Bedürfnisse besprochen werden können, gab es zu der Zeit nicht.<sup>146</sup> Berücksichtigung der Probleme schutzbedürftiger Personen erfolgte somit zu der Zeit nicht in geregelter Form. Ein Sozialdienst, der sich um die besonders Schutzbedürftigen kümmert und an Fachstellen vermittelt, war daher dringend notwendig. Ferner stand eine unabhängige Asylverfahrensberatung den Asylsuchenden nicht zur Verfügung. Eine Erstorientierung und Beratung, die in der Erstaufnahme vor Beginn des Asylverfahrens stattfinden sollen, erfolgten demzufolge nicht.<sup>147</sup>

Seit August 2017 bestehen ein Sozialdienst und eine unabhängige Asylverfahrensberatung vor Ort. Erstgespräche werden von den MitarbeiterInnen des Sozialdienstes durchgeführt. Allerdings besteht kein Kooperationsvertrag mit einer Diagnosestelle, zu der Personen, bei denen Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegen, vermittelt werden können. Es fehlt auch an Kapazitäten in den Kliniken in der Nähe. Nur in wenigen Fällen, bei denen z.B. suizidale Tendenzen vorhanden waren, gab es eine Möglichkeit auf eine stationäre Aufnahme. In dem ländlich geprägten Umkreis gibt es

<sup>139</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>140</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche

<sup>141</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche

<sup>142</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>143</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>144</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>145</sup> Zu der Zeit waren die Johanniter für den Gesundheitsdienst zuständig. Seit 15.08.17 hat das Deutsche Rote Kreuz e.V. die Leitung der Gesundheitsstation.

<sup>146</sup> Memorandum zur Besichtigung des Ankunftszentrum Fallingbostel-Oerbke sowie zu einem Gespräch mit LeiterInnen verschiedener Dienststellen (BAMF, LAB NI, Krankenstation).

<sup>147</sup> Memorandum zur Besichtigung des Ankunftszentrum Fallingbostel-Oerbke sowie zu einem Gespräch mit LeiterInnen verschiedener Dienststellen (BAMF, LAB NI, Krankenstation).

wenig bis keine entlastenden Angebote für traumatisierte Flüchtlinge. Die Situation für die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes und des Gesundheitsdienstes ist aus diesem Grund teilweise sehr frustrierend.<sup>148</sup> Es wird deshalb aktuell versucht die Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht, schnellstmöglich an Folgeeinrichtungen zu verteilen, damit dort Diagnostiktermine stattfinden können.<sup>149</sup>

Asylsuchenden, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegt, können vom Sozialdienst ans NTFN auch ohne eine gestellte Diagnose gemeldet werden. Es besteht die Möglichkeit für die Betroffenen, zu den offenen Sprechstunden in Hannover zu kommen. Der Weg nach Hannover wird allerdings als zu weit für die Asylsuchenden eingeschätzt.<sup>150</sup> Seit Februar 2018 besteht auch die Möglichkeit zu den Sprechstunden des NTFN in Lüneburg zu kommen.

## 3.8 Empfehlungen der Diagnostiker

### 3.8.1 Geeignete Unterbringung

Die Identifizierung einer besonderen Schutzbedürftigkeit verpflichtet zu entsprechender Unterstützung bei der Betreuung, Unterbringung und Versorgung. Auch für das Asylverfahren hat sie eine Bedeutung. Die Diagnostiker geben in den Befundberichten Empfehlungen in den Bereichen, wo eine Notwendigkeit besteht.

Im Art. 18 Abs. 3 der EU-Aufnahmerichtlinie wird erwähnt, dass die Situation von schutzbedürftigen Personen insbesondere bei der Unterbringung berücksichtigt werden muss. In gewissen Fällen kann eine besondere Schutzbedürftigkeit Auswirkungen auf die **Zuweisung einer Unterkunft** im Ort der Verteilung oder auch schon in der Aufnahme haben. Wenn eine Person aufgrund seiner Schutzbedürftigkeit z.B. nicht zusammen mit anderen Personen auf einem Zimmer wohnen kann, kann der Sozialdienst versuchen ein Einzelzimmer einzurichten. Ein Beispiel liefert eine Asylsuchende, bei der ein besonderer Schutzbedarf festgestellt wurde:

*„Ich kann nicht zusammen mit anderen Menschen wohnen. Das haben sie im Krankenhaus auch verstanden. Meine Sozialarbeiterin hat mir dann geholfen, sodass ich in einem Einzelzimmer wohnen durfte.“<sup>151</sup>*

Auch bei der Verteilung in den Kommunen kann der Sozialdienst versuchen ein Einzelzimmer zu arrangieren. Die E-Mail-Korrespondenz zwischen dem NTFN und SozialarbeiterInnen zeigt auf, dass solche Fälle existieren, in denen SozialarbeiterInnen Einzelzimmer für besonders Schutzbedürftige Personen organisiert haben.

Eine **Umverteilung** in andere Einrichtungen kann auch durch eine besondere Schutzbedürftigkeit notwendig werden.

*„Es steht auch drin [im Bericht], aufgrund der psychischen Situation, ist die Unterbringung auch woanders anzuraten. Das ist dann die Empfehlung: Hier nicht in diesem Camp. Das gab es vorher mit den Außenstellen ja auch, aber die gibt es ja alle nicht mehr. Außer in Celle. Und sowas, das kann man schon möglich machen.“<sup>152</sup>*

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist auch bei der **Entscheidung über die Verteilung an die Kommunen** zu berücksichtigen. Entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung u.ä. müssen erreichbar sein. Die Diagnostiker geben Empfehlungen zur Verteilung im Bericht, wenn es aus psychologischer Sicht für einen Patienten sinnvoll wäre in der Nähe von Familie oder Bekannten zu wohnen. Auch die Erreichbarkeit entsprechender Versorgungsangebote ist in manchen Fällen äußerst wichtig, z.B. bei Psychotikern oder Traumatisierten, die nicht allein sein können.<sup>153</sup> Die MitarbeiterInnen der Sozialdienste sollen Kontakt zur LAB-Verteilungsstelle aufnehmen, wenn eine Empfehlung zur Verteilung im Befundbericht besteht.

*„Bei ganz schlimmen Fällen, wo ich merke, die kommen überhaupt nicht alleine klar. Dann rufe ich manchmal beim Sozialdienst an und sage „schauen Sie mal, dass sie wirklich irgendwo hinkommen wo es wirklich eine Versorgung gibt. Wenn die dann in Ostfriesland landen, dann ist es richtig schlecht. Gerade bei den Psychotikern oder so. Die brauchen einfach einen Psychiater. Oder Traumatisierte, die alleine nicht klar kommen. Aber ansonsten, jedem, der eine Diagnose hat, empfehle ich auch eine Behandlung. Meistens psychotherapeutisch, es sei denn es ist wirklich was rein Psychiatrisches. Dann empfehle ich einfach nur einen Psychiater.“<sup>154</sup>*

Laut den SozialdienstmitarbeiterInnen in **Friedland** werden die Empfehlungen zur Verteilung relativ oft berücksichtigt. Wenn im Befundbericht steht, dass ein Wohnort in der Nähe von Familienangehörigen gesundheitsför-

<sup>148</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Gesundheitsdienstes

<sup>149</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>150</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>151</sup> Interview mit Frau A.

<sup>152</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>153</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes, der Institutsambulanz Asklepios und der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig

<sup>154</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen



dernd wäre, dann wird es meistens beachtet. Möglichkeiten zur Berücksichtigung sind allerdings auch abhängig von den Aufnahmekapazitäten. In den Fällen, in denen es um Behandlungsangebote in der Nähe des Verteilungsorts geht, können die SozialdienstmitarbeiterInnen in ihrem Bericht den Vermerk „Vor Verteilung bitte Rücksprache mit Betreuer“ machen. Wenn der Sozialdienstmitarbeiter konkrete Vorschläge zum Ort der Verteilung und Gründe für die Wahl mitteilt, bestehen bessere Chancen der Berücksichtigung. Es wird bemerkt, dass eine Berücksichtigung der Empfehlungen personenabhängig ist. Bei manchen MitarbeiterInnen der Verteilungsstelle gibt es partout eine negative Rückmeldung. Auch das Engagement des zuständigen Sozialdienstmitarbeiters wird in diesem Zusammenhang betont.<sup>155</sup>

Der Sozialdienst in **Bramsche** meint, dass die MitarbeiterInnen zuweilen Einfluss auf die Verteilung in den Kommunen nehmen können. Allerdings nur in schwerwiegenden Fällen. Bei diesen Fällen wird der Vermerk gemacht „Vor Verteilung bitte Rücksprache mit Betreuer“. Wenn eine psychisch erkrankte Person Familie in der Nähe hat, wird dies laut dem Sozialdienst zu 95% bei der Verteilung berücksichtigt.<sup>156</sup>

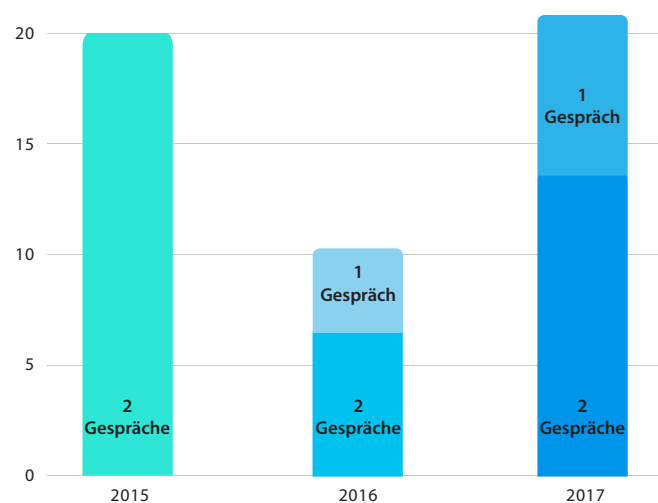
*„Ja, also der Sozialdienstmitarbeiter ist bei dem Gespräch immer anwesend und wir besprechen danach zum Abschluss immer, was wir dann auch empfehlen. Das wird dann auch ganz offen kommuniziert und dann bekommen wir immer die Rückmeldung von dem entsprechenden Sozialarbeiter, dass, wenn wir entsprechend eine Therapie empfehlen, danach die Einrichtung dann auch ausgewählt wird. Dass es dann tatsächlich auch eine Konsequenz hat, was wir beurteilen oder nicht. Sonst würde es wenig Sinn machen.“<sup>157</sup>*

Auch in **Braunschweig** machen die SozialdienstmitarbeiterInnen einen Vermerk wenn eine Person z.B. eine Diagnose hat. Die Möglichkeit einen Vermerk zu machen besteht immer, allerdings ist es unklar, ob es in jedem Fall berücksichtigt wird. Z.B. teilen Kommunen zuweilen mit, dass sie unzureichende Aufnahmekapazitäten haben, was auch von der LAB-Verteilungsstelle in Betracht genommen werden muss.<sup>158</sup>

Nicht selten werden Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht oder für die ein Bericht vorhanden ist, trotzdem in Gebiete verteilt, wo es keine Behandlungsangebote gibt. Es ist auch nicht zumutbar, psychisch erkrankte Perso-

nen stundenlang mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum nächstmöglichen Behandlungsplatz alleine fahren zu lassen. Das NTFN hat einen maximalen Fahrtweg auf ungefähr 1,5 Stunden in ihrer Vermittlungsarbeit festgelegt. Es muss beachtet werden, dass eine Therapie auch ggf. über einen längeren Zeitraum stattfinden kann und durch längere Fahrtwege erschwert wird.<sup>159</sup>

In Friedland ist ein weiteres Problem die **Weiterverteilung der Flüchtlinge vor Abschluss der drei diagnostischen Gespräche** in der Asklepios Institutsambulanz. So gab es in 2015 20 Personen, die nur zwei Gespräche erhalten haben bevor sie weiterverteilt wurden. In 2016 haben drei Personen nur eine und sieben Personen zwei Sitzungen erhalten. In 2017 waren es 14 Personen mit zwei Gesprächen und sieben Personen mit einem Gespräch. Jedoch wurde die Ursache der Abbrüche nicht dokumentiert und einige Fälle können dementsprechend unter Umständen aus anderen Gründen geschehen sein.<sup>160</sup> Beispielsweise wurden einige Personen stationär aufgenommen und andere haben die Gespräche nicht vollendet, obwohl sie noch in Friedland waren. In einigen Fällen haben die Institutsambulanz und der Sozialdienst versucht, eine Verteilung zu verschieben, allerdings nur im Einzelfall.<sup>161</sup> Es kommt auch vor, dass die Asylsuchenden selbst eine schnelle Verteilung bevorzugen und die längere Wartezeit durch den Abschluss des Berichts vermeiden möchten.<sup>162</sup>



Anzahl geführte Gespräche vor Abbruch der Diagnostik, Institutsambulanz Asklepios Fachklinikum

<sup>155</sup> Gespräche mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>156</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>157</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche

<sup>158</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>159</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des NTFN

<sup>160</sup> In 2014 waren die Zahlen identisch mit denen in 2016.

<sup>161</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>162</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

Auch die Diagnostik bei der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig wurde nur im seltenen Fall aufgrund der Verteilung abgebrochen. Es gab jedoch Ausnahmefälle, in denen die Motivations-Voraussetzungen seitens des Asylsuchenden nicht passend oder die Belastung zu hoch war. In der Regel wurden die Diagnostiken jedoch abgeschlossen.<sup>163</sup> Die Problematik besteht in Bramsche nicht, da bei den kooperierenden Kliniken nur ein diagnostisches Gespräch durchgeführt wird im Vergleich zu drei Gesprächen in Friedland und Braunschweig.<sup>164</sup>

### 3.8.2 Berücksichtigung beim BAMF

Bei der **Entscheidung des BAMF** ist eine Empfehlung der Diagnostiker auf weitere Behandlung und das Vorliegen eines Schutzbedarfs von hoher Bedeutung. In der Terminierung und Durchführung der Anhörung soll auch ein besonderer Schutzbedarf berücksichtigt werden. Hinweise vom Sozialdienst z.B. bzgl. des Wunsches der Asylsuchenden nach einem Sonderbeauftragten oder dem Geschlecht von EntscheiderIn und DolmetscherIn, sollen dabei berücksichtigt werden.<sup>165</sup> Diese Informationen müssen ankommen, damit sie im Verfahren berücksichtigt werden können. Die besondere Schutzbedürftigkeit soll auch in der Erreichbarkeit, Beteiligung von Anwalt/Betreuer, und Dauer der Anhörung/Pausen berücksichtigt werden.<sup>166</sup> Sollte die Anhörung schon durchgeführt worden sein, wenn die Hinweise ankommen, muss sie entweder wiederholt werden oder, um Retraumatisierung zu vermeiden, müssen sich die MitarbeiterInnen relevante Informationen anderweitig besorgen.<sup>167</sup>

In Fallingb. Oerbke wird von einem Kommunikationssystem berichtet, in denen der Sozialdienst Informationen an ein speziell eingerichtetes E-Mail-Postfach des BAMF senden kann, z.B. wenn der Asylsuchende sich eine Sonderbeauftragte oder ein besonderes Geschlecht von EntscheiderIn und DolmetscherIn wünscht.<sup>168</sup> Es setzt allerdings die Zustimmung des Betroffenen voraus, dass Hinweise zu besonderer Schutzbedürftigkeit weitergegeben werden dürfen. Auch der Befundbericht darf nur an das BAMF gesendet werden, sofern der Betroffene dies erlaubt.<sup>169</sup>

Die kurzen Fristen von **Gutachten** werden von einigen Informanten als Problem dargestellt.<sup>170</sup> Laut einem Mitarbeiter des BAMF ist die Frist für Dokumente auf einen Monat gesetzt. Sollte die Frist aber nicht eingehalten werden können, da der Asylsuchende noch keinen Termin bei einer psychologischen Fachstelle hat, der Termin noch nicht stattgefunden hat, oder der Erhalt des Befundes dauert, dann wird der Termin aufgeschoben.<sup>171</sup>

Das Gewähren einer längeren Frist wird aber nicht von allen Dienststellen bestätigt:

*„Wir bekommen durchaus mit, dass der Druck vom BAMF extrem groß ist. Es werden immer öfter Gutachten eingefordert mit Fristen. Wenn der Bewohner so eine Frist nicht einhalten kann, weil er keinen Termin hat beim Psychologen, wird das nicht berücksichtigt und einfach so entschieden. Das ist auch nochmal ein weiterer Faktor.“<sup>172</sup>*

Ein Mitarbeiter des BAMF berichtet, dass sie nur in wenigen Fällen vom Sozialdienst einen Hinweis erhalten haben, dass eine Person besonders schutzbedürftig ist. Die MitarbeiterInnen würden sich wünschen, öfter frühzeitige Informationen und Befundberichte zu erhalten, damit der Entscheider sich schon im Vorfeld auf die Anhörung vorbereiten kann. Das würde die Situation für alle Beteiligten erleichtern.<sup>173</sup>

### 3.8.3 Zugang zu Behandlung

Als psychosoziales Zentrum spielt das NTFN eine zentrale Rolle bei der Versorgung von traumatisierten und psychisch erkrankten Menschen. Neben psychosozialer Beratung und psychotherapeutischer Behandlung wird auch niederschwellige Unterstützung angeboten um individueller auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen.<sup>174</sup>

Durch ein vom Land Niedersachsen gefördertes Projekt werden bestehende regionale Angebote des NTFN zu Psychosozialen Zentren ausgebaut. Seit August 2017 ist das PSZ Göttingen aktiv. Seit November 2017 besteht das PSZ Osnabrück des NTFN sowie in Kooperation mit dem IBIS e.V. das PSZ Oldenburg. In Lüneburg besteht seit März 2018 ein dezentrales Angebot des NTFN, auch in Braunschweig sind Angebote geplant.<sup>175</sup>

<sup>163</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der Technischen Universität Braunschweig

<sup>164</sup> Interview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken Bramsche

<sup>165</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>166</sup> Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9009, verfügbar unter: <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/090/1809009.pdf>

<sup>167</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>168</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>169</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>170</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen mehrerer Sozialdienste und eines Wohlfahrtsverbandes

<sup>171</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>172</sup> Interview mit einem Mitarbeiter eines Sozialdienstes

<sup>173</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des BAMF

<sup>174</sup> Z.B. kunsttherapeutische Frauengruppe, Eltern-Kind-Gruppe, „Freizeitgruppe“ (ergotherapeutisch) und Entspannungsgruppe (Progressive Muskelentspannung).

Eine Kooperation zwischen den PSZ, dezentralen Angeboten und Kliniken vor Ort soll zusätzlich das Versorgungsangebot verbessern. So gibt es in Göttingen die Zusammenarbeit mit dem Asklepios Fachklinikum Göttingen, in Osnabrück mit den Niels-Stensen-Kliniken Bramsche sowie in Braunschweig mit dem AWO Psychiatriezentrum Königslutter, auch in Walsrode (Nähe Fallingbostel-Oerbecke) wird eine Zusammenarbeit angestrebt.<sup>176</sup>

Gemäß dem Modell zur Früherkennung sollen die Befundberichte der kooperierenden Kliniken durch den Sozialdienst an das NTFN weitergeleitet werden. Das NTFN kann auf Basis des Befundberichtes und bei vorliegender Schweigepflichtsentbindung einen Antrag auf Psychotherapie stellen und bei der TherapeutInnensuche behilflich sein. Um folglich den Kreis schließen zu können, müssen die Befundberichte beim NTFN ankommen.

Sämtliche Informanten der Sozialdienste sind sich einig, dass die MitarbeiterInnen Kenntnis vom NTFN haben.<sup>177</sup> Auch die MitarbeiterInnen der anderen beteiligten Dienststellen kennen das Netzwerk und waren schon in irgendeiner Form mit dem Netzwerk in Kontakt.<sup>178</sup>

Die SozialarbeiterInnen in **Friedland** erzählten, dass alle neuen MitarbeiterInnen nach Anstellung über das NTFN und das Vorgehen informiert werden. Alle Fälle, die von der Institutsambulanz dafür empfohlen sind, werden dem NTFN gemeldet.<sup>179</sup> Es ist dann die Aufgabe der MitarbeiterInnen der Sozialdienste den Bericht an das NTFN weiterzuleiten. In jedem Befundbericht der Institutsambulanz, in dem eine Diagnose vorliegt, wird eine Weiterleitung an das NTFN empfohlen.<sup>180</sup> Auch ohne Empfehlung der Diagnostiker können Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorliegt, an das NTFN gemeldet werden.<sup>181</sup>

In den Gesprächen mit dem Sozialdienst in **Braunschweig** wurde der Wunsch geäußert, mehr Informationen zu den Arbeitswegen und der Vermittlung des NTFNs zu erhalten. Es gibt seitens des Sozialdienstes die Befürchtung, dass die Personen nach den drei Diagnostikterminen alleine gelassen werden.<sup>182</sup>

*„Was vielleicht ganz gut wäre, dass es mal eine Rückmeldung zurück an den Sozialdienst gibt. An den Sozialarbeiter, der das ganze veranlasst hat. Das macht das ganze transparenter, da denkt dann keiner, dass es versendet ist. Also das könnte ich mir gut vorstellen.“<sup>183</sup>*

In Braunschweig stammt die Klientel überwiegend aus Ländern, die als sichere Herkunftsländer definiert worden sind, und wird aufgrund dessen in der Regel nicht verteilt.<sup>184</sup> Wenn eine Diagnostik gemacht wurde, kann die Behandlung durchgeführt werden, selbst wenn die Person voraussichtlich eine längere Zeit in der Aufnahmeeinrichtung bleiben wird. Somit soll der Befundbericht ans NTFN vermittelt werden, damit die Suche nach geeigneter Behandlung frühzeitig angefangen werden kann.

*„Die aus sicheren Herkunftsländern, die bleiben dann ja schon bei uns. Das heißt, wenn eine Diagnostik gemacht würde, dann könnte man die Behandlung schon am Standort durchführen. Weil die Verteilung, die ist dann ja ausgeschlossen.“<sup>185</sup>*

Es wurde in den Interviews an allen Standorten der Wunsch geäußert, dass das NTFN Außenstandorte vor Ort einrichtet. Die telefonische Erreichbarkeit wird als Problem dargestellt. Es fehle die Möglichkeit, Personen auf kurzem Wege direkt ans NTFN zu vermitteln. Allgemein wird noch mehr Kooperation erwünscht.<sup>186</sup> So könnte z.B. Krisenintervention angeboten werden für die Personen, die nicht wissen, ob sie abgeschoben werden oder ein Jahr in der Aufnahmeeinrichtung bleiben müssen. Das würde viel Frustration der Asylsuchenden beseitigen können. Es gibt zwar immer die Möglichkeit für die Betroffenen nach Hannover zu den offenen Sprechstunden des NTFN zu kommen, aber der kürzere Weg würde den Prozess vereinfachen.<sup>187</sup> Der Wunsch wurde an das NTFN weitergegeben.

Wenn in einem Arztbericht eine Therapie empfohlen wird, wird die Person von der zuständigen SozialarbeiterIn in **Bramsche** ans NTFN in Hannover oder Osnabrück weitervermittelt. Sobald es klar ist, dass eine Person nach Osnabrück oder im Raum Osnabrück verteilt wird, werden auch Personen, die nicht in der Sprechstunde in einer Klinik vorstellig waren, ans NTFN Osnabrück weitergegeben.

<sup>175</sup> Weitere Angebote des NTFN sind in Bremerhaven, Cuxhaven und Celle vorhanden

<sup>176</sup> Siehe: <https://refukey.org/projekt-refukey/standorte/>

<sup>177</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlichen Dienststellen aller Standorten

<sup>178</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlichen Dienststellen aller Standorten

<sup>179</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>180</sup> Interview mit einem Mitarbeiter des Asklepios Fachklinikum Göttingen

<sup>181</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>182</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>183</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>184</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>185</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>186</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen sämtlicher Sozialdienste

<sup>187</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

brück weitervermittelt. Das gleiche gilt wenn festgelegt ist, dass die Person eine längere Zeit in der Aufnahme-einrichtung bleiben wird. Auch der Sozialdienst in Bramsche wünscht sich mehr Informationen zur Vermittlung des NTFN. Nachdem eine Person ans NTFN weitergeleitet wurde, bekommt der/die zuständige SozialarbeiterIn keine Rückmeldung wie es weiter geht. Es würde zur Motivation der SozialarbeiterInnen beitragen zu erfahren, was mit der Person anschließend passiert. Es wird als ein entlastendes Gefühl beschrieben, Personen weiter ans NTFN vermitteln zu können.<sup>188</sup> Zwischen dem PSZ Osnabrück und den LAB-MitarbeiterInnen in Bramsche (und Osnabrück) hat ein erstes Gespräch im Dezember 2017 stattgefunden, in dem gemeinsame Themen besprochen wurden. In weiteren Treffen wurde das Angebot des PSZ sehr geschätzt und die Zusammenarbeit zwischen dem NTFN und den LABs als reibungslos bezeichnet.<sup>189</sup>

Auch der Sozialdienst in **Fallingbostal-Oerbke** meldet Fälle an das NTFN. Die Unterstützung wird als entlastend für die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes empfunden.<sup>190</sup> Da der Sozialdienst erst seit August 2017 besteht, müssen sich die Abläufe erst festigen, um zu einer reibungslosen Vermittlung in die Therapie zu führen. In der Schulung in Februar 2018, die vom NTFN angeboten wurde, wurden Arbeitswege und Vermittlung des NTFN erklärt, um eine gute Zusammenarbeit zu fördern.

Es ist deutlich geworden, dass die Meldungen an das NTFN immer wieder von denselben SozialarbeiterInnen gemacht werden. Dies gilt für sämtliche Standorte.<sup>191</sup> Das bedeutet im Umkehrschluss, dass vermutlich nicht alle MitarbeiterInnen der Sozialdienste ihre Aufgaben zur Früherkennung vollständig wahrnehmen. In Fallingbostal-Oerbke, und seit kurzem auch in Bramsche, gibt es ein System, das eine Person als Zuständige für die Organisation und Koordination vorsieht, einschließlich der Weiterleitung ans NTFN, in Fällen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht.

Die Zusammenarbeit zwischen dem NTFN und den Sozialdiensten wird auch von Seiten des NTFN hauptsächlich als gut bezeichnet. Es kommt allerdings hin und wieder zu Verzögerungen in der Arbeit des NTFN, da die

Sozialdienste nicht rechtzeitig oder unvollständige Informationen liefern. Seitdem die Ankunftszentren bestehen, kommt es auch zuweilen zu Mehrarbeit des NTFN-Personals, wenn die Standorte unterschiedliche Informationen weitergeben. Ein Wunsch des Vermittlungspersonals ist daher, vollständige und frühzeitige Informationen zu erhalten.<sup>192</sup>

## 3.9 Erfolg des Friedländer Modells aus Sicht der Informanten und einiger Betroffener

### 3.9.1 Wahrnehmung der Informanten der Dienststellen

Das „Friedländer Modell“ wird von den Informanten aus den Einrichtungen in Bramsche, Braunschweig und Friedland als erfolgreich betrachtet.<sup>193</sup> Das Modell und die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Kliniken muss allerdings weiter optimiert werden.<sup>194</sup>

*„Ich denke, das Friedländer Modell, wenn man es denn so nennen darf, dass es doch ganz gut ist. Und man darf auch nicht vergessen, dass wir als LAB auch die Kosten für die Diagnostik übernehmen und ich finde das sehr positiv. Ich finde auch, dass in den letzten Jahren von den Behörden viel Unterstützung kam, dass wir so arbeiten und auch eng mit ihnen zusammen. Wir wurden da immer gut unterstützt, auch finanziell. Das ist gut gelaufen, dass wir da immer die Rücken-deckung haben.“<sup>195</sup>*

Sämtliche Informanten der Dienststellen in **Friedland** haben sich positiv zum Modell geäußert. Da sie selbst nicht beurteilen können, wenn eine Person traumatisiert ist oder nicht, schätzen sie die Zusammenarbeit mit der Institutsambulanz sehr.<sup>196</sup> Die SozialarbeiterInnen berichten, dass sie mit dem Modell zufrieden sind. Sie können allerdings nicht alle Fälle von Traumatisierungen auffangen, da manche Personen ihre Probleme nicht zugeben wollen und bei anderen zeigen sich die Symptome erst nachdem sie Friedland verlassen haben. Wenn eine Person keine Therapie erhalten möchte, können sie auch nichts weiter machen, außer den Asylsuchenden den NTFN-Flyer in die Hand zu geben.<sup>197</sup>

<sup>188</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>189</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des NTFN PSZ Osnabrück

<sup>190</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>191</sup> Durchsuchen der Anmeldungen ans NTFN

<sup>192</sup> Gespräch mit einem Mitarbeiter des NTFN

<sup>193</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland, Braunschweig und Bramsche

<sup>194</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>195</sup> Interview mit einem Mitarbeiter der LAB Niedersachsen

<sup>196</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen in Friedland

<sup>197</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

Der Sozialdienst in **Braunschweig** berichtet auch von einem hauptsächlich funktionierenden Modell zur Früherkennung. Das Hauptproblem ist, laut den Informanten, dass es für die Personen mit einer Diagnose wenige Behandlungsangebote gibt. Die Wartezeit auf Termine bei Therapeuten oder Psychiatern ist sehr lang.<sup>198</sup> Aktuell (Stand April 2018) gibt es keinen Vertrag mit einer Diagnosestelle vor Ort, da die TU Braunschweig die Kooperation beendet hat. Ohne eine Kooperation mit einer Diagnosestelle, die für die Diagnostik zuständig ist, kann das Modell nicht optimal funktionieren. Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen besteht, werden trotzdem weiterhin ans NTFN weitergeleitet.

In **Bramsche** hat sich zum Thema Früherkennung seit einem Jahr viel verändert. Die Kooperation mit den Kliniken besteht seit dem Frühjahr 2017. Auch der Einsatz des PROTECT-Fragebogens hat die Situation deutlich verbessert. Laut den Informanten liegt das Problem bei den mangelnden Kapazitäten in den Kliniken. Das Modell zur Früherkennung funktioniert, laut den Informanten, gut.<sup>199</sup>

In **Fallingb. Oerbke** muss eine Kooperation mit Diagnosestellen vor Ort erst entstehen, bevor über ein funktionierendes Modell gesprochen werden kann. Personen, bei denen ein Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen besteht, werden dennoch ans NTFN weiter vermittelt.

### 3.9.2 Wahrnehmung einiger Unterstützer und Asylsuchender

Um ein Bild über die Abläufe vor und nach Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit aus Sicht der Betroffenen zu erhalten, wurden Unterstützer einiger dieser Personen interviewt. Zusätzlich wurden Einzelinterviews mit zwei betroffenen Asylsuchenden, die von den zuständigen Psychologen/Psychotherapeuten als geeignet angesehen wurde, durchgeführt. Auch wenn durch die geringe Anzahl an Interviews mit Asylsuchenden und Unterstützern keine wissenschaftliche Repräsentativität besteht, lassen sich die Aussagen trotzdem anwenden. So

wird zumindest ein Einblick in die Realität einiger Asylsuchender gewährleistet. Im Folgenden werden einige Zitate vorgestellt, die eine Aussage über die Abläufe des Modells beleuchten.

Die Betroffenen wurden zur Unterstützung der SozialarbeiterInnen gefragt, um ein Bild von der Beziehung zwischen Sozialdienst und Asylsuchenden zu erhalten.

*„Ich hatte sehr viel Unterstützung von meiner Sozialarbeiterin. Sie hat ein paar Fragen gestellt und hat vorgeschlagen, dass ich zu einer Klinik gehe. Es war sehr schwer für mich. Ich bin sehr dankbar für ihre Hilfe. Mein Leben hat sich verändert.“<sup>200</sup>*

*„Die Sozialarbeiterin hat mich gefragt wie es mir geht. Ich habe gesagt, mir geht's nicht gut, ich kann nicht schlafen und ich vergesse alles. Sie hat gesagt, ich kann zu einem Arzt gehen. Sie wollte mir helfen.“<sup>201</sup>*

Die Betroffenen haben sich bei Kliniken vorgestellt und wurden dort diagnostiziert.

*„Ich habe mich schon nach dem Gespräch besser gefühlt. Und ich weiß, dass ich Hilfe bekommen kann, wenn ich sie brauche. Ich habe die Hilfe bekommen, die ich brauchte.“<sup>202</sup>*

*„Ich war zusammen mit einem Dolmetscher beim Arzt. Der Arzt war sehr nett zu mir. Ich habe einen Bericht bekommen und den habe ich später der Therapeutin gegeben.“<sup>203</sup>*

Drei Betroffene, mit deren Unterstützern wir im Gespräch waren, wurden stationär untergebracht.

*„Er war vier Wochen dort. Es hat ihn sehr beruhigt. Mit der Betreuung war er sehr zufrieden.“<sup>204</sup>*

*„Er hat sehr schnell einen Platz dort bekommen. Er fühlte sich danach beruhigter. Das Problem war nur, dass man keinen passenden Dolmetscher gefunden hat. Trotzdem war es für ihn hilfreich.“<sup>205</sup>*

*„Sie war 3-4 Wochen dort. Sie hat sich sehr wohl gefühlt. Durch die Aufnahme fühlte sie sich zumindest erst mal ruhiger.“<sup>206</sup>*

<sup>198</sup> Interview mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>199</sup> Interviews mit MitarbeiterInnen eines Sozialdienstes

<sup>200</sup> Interview mit Frau A.

<sup>201</sup> Interview mit Herrn A.

<sup>202</sup> Interview mit Frau A.

<sup>203</sup> Interview mit Herrn A.

<sup>204</sup> Interview mit Frau B., ehrenamtliche Unterstützerin

<sup>205</sup> Interview mit Frau C., ehrenamtliche Unterstützerin

<sup>206</sup> Interview mit Frau D., ehrenamtliche Unterstützerin

Die Verteilung an die Kommunen wurde als Problem von den Unterstützern dargestellt. Besonders in den ländlichen Gebieten ist es schwer einen Therapieplatz zu finden. Als Beispiel dienen die folgenden Aussagen:

„Das hat leider nicht funktioniert. Es steht im Bericht, dass es Möglichkeiten zur Therapie vor Ort geben muss. Wenn ich nicht helfen würde, wäre er nicht in der Lage so weit alleine zu fahren.“<sup>207</sup>

„Es ist sehr schwer hier in der Nähe [Emsland] einen Platz zu bekommen. Es gibt viel zu wenige Angebote. Und sie ist ja nicht die einzige Person, die wir betreuen und die einen Platz braucht.“<sup>208</sup>

„Mein Onkel wohnt in Celle. Ich wollte auch hin, aber dort gibt es keine Ärzte und ich bin dann nach Hannover gekommen.“<sup>209</sup>

Der Befundbericht soll vom Sozialdienst ans NTFN weitergeleitet werden, damit ein Antrag auf Psychotherapie gestellt und eine Vermittlung eines Behandlungsplatzes durchgeführt werden kann. Eine Unterstützerin berichtet allerdings davon, dass einige Berichte nicht beim NTFN angekommen sind:

„Ich habe mir den Bericht angeschaut. Es steht, dass eine Therapie notwendig ist. Niemand hat aber den Bericht gelesen. Ich habe es nur zufällig gesehen. NTFN hat den Bericht nicht bekommen. Ich habe ihn dort gemeldet. Und das war auch bei anderen Personen, die ich betreue, der Fall.“<sup>210</sup>

Eine andere Unterstützerin erzählt, wie wichtig der Bericht im Verlauf gewesen ist:

„Im Bericht stand, dass sie unbedingt eine Therapie braucht. Der Hausarzt hat uns anhand des Berichtes geholfen weiter zu kommen und einen Platz zu suchen.“<sup>211</sup>

Eine Unterstützerin hat mit mehreren Betroffenen die offenen Sprechstunden des NTFN besucht und berichtet davon:

„Ich würde immer wieder hinfahren. Herr X schien nach dem Termin sehr zufrieden. Wenn ich mich doch ein bisschen beschweren kann, dann habe ich erst spät von diesem Angebot erfahren. Das hätte mir sehr geholfen früher davon zu wissen. Wir

sind auch mit mehreren Ehrenamtlichen hier [Ort in der Nähe von Hildesheim] tätig. Dieses Angebot ist uns eine große Hilfe.“<sup>212</sup>

Ein Betroffener erzählt vom Kontakt zum Sozialdienst und dem NTFN:

„Ich bin zu NTFN gegangen. Sie haben mir sehr geholfen. Sie sind sehr nett zu mir. Ich fühle mich stärker jetzt. Ich weiß, dass ich einige Probleme alleine schaffen kann. Und das ist dank meiner Sozialarbeiterin und dem NTFN. Ich liebe sie so sehr.“<sup>213</sup>

„Ich war bei einer Therapeutin bei NTFN. Ich war öfters da. Es hat mir viel geholfen. Alleine hätte ich es nicht geschafft.“<sup>214</sup>

Auf die Frage ob die Vermittlung in die Behandlung funktioniert hat, antworteten einige Unterstützer:

„Es hat gut funktioniert. Die Probleme lagen nicht bei NTFN. Es wurde keine passenden Dolmetscher gefunden. Das war immer wieder das große Problem.“<sup>215</sup>

„Er hat sehr schnell einen Termin vom NTFN in der (Klinik) bekommen. Mit der Vermittlung sind wir sehr zufrieden.“<sup>216</sup>

„Sie wurde vom NTFN in eine Praxis in [Stadt] vermittelt. Leider konnte die Psychologin auch nicht weiter helfen. Sie braucht weiterhin dringend Hilfe.“<sup>217</sup>

Ein Mangel an therapeutische Angebote wird von den Unterstützern erwähnt, wie von Herrn B. beschrieben:

„Es scheint fast unmöglich zu sein, geeignete Therapeuten zu finden. Die KollegInnen vom NTFN versuchen ja einen Platz zu finden. Die Frau braucht dringend Hilfe und wir können nur warten.“<sup>218</sup>

Zwei Unterstützer berichten über Probleme, passende DolmetscherInnen zu finden:

„Es ist überall das gleiche Problem. Keine geeigneten Dolmetscher. Nicht in den Krankenhäusern und auch nicht bei den Therapeuten.“<sup>219</sup>

„Eine Therapie würde schon was bringen. Aber ohne Dolmetscher nicht.“<sup>220</sup>

207 Interview mit Frau C., ehrenamtliche Unterstützerin

208 Interview mit Frau D., ehrenamtliche Unterstützerin

209 Interview mit Herrn A.

210 Interview mit Frau B., ehrenamtliche Unterstützerin

211 Interview mit Frau D., ehrenamtliche Unterstützerin

212 Interview mit Frau B., ehrenamtliche Unterstützerin

213 Interview mit Frau A.

214 Interview mit Herrn A.

215 Interview mit Frau C., ehrenamtliche Unterstützerin

216 Interview mit Frau B., ehrenamtliche Unterstützerin

217 Interview mit Herrn B., ehrenamtlicher Unterstützer

218 Interview mit Herrn B., ehrenamtlicher Unterstützer

219 Interview mit Herrn B., ehrenamtlicher Unterstützer

220 Interview mit Frau C., ehrenamtliche Unterstützerin







**Analyse**

## 4. ANALYSE

Im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass das "Friedländer Modell" konzeptionell ein sinnvolles und wirkungsvolles Instrument ist, da es sowohl die Sozial- und Gesundheitsdienste, als auch fachliche Diagnostik und die Weiterleitung in die Versorgung durch das NTFN einschließt. Auch die Informanten haben sich positiv zum Modell geäußert.

Das Modell basiert auf der Annahme, dass eine frühzeitig erkannte Traumatisierung oder andere psychische Erkrankung nicht nur zum Vorbeugen einer Chronifizierung der Krankheit führt, komorbide Erkrankungen verhindert und die Heilungschancen vergrößert, sondern auch zu besonderen Unterstützungsleistungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie führt.

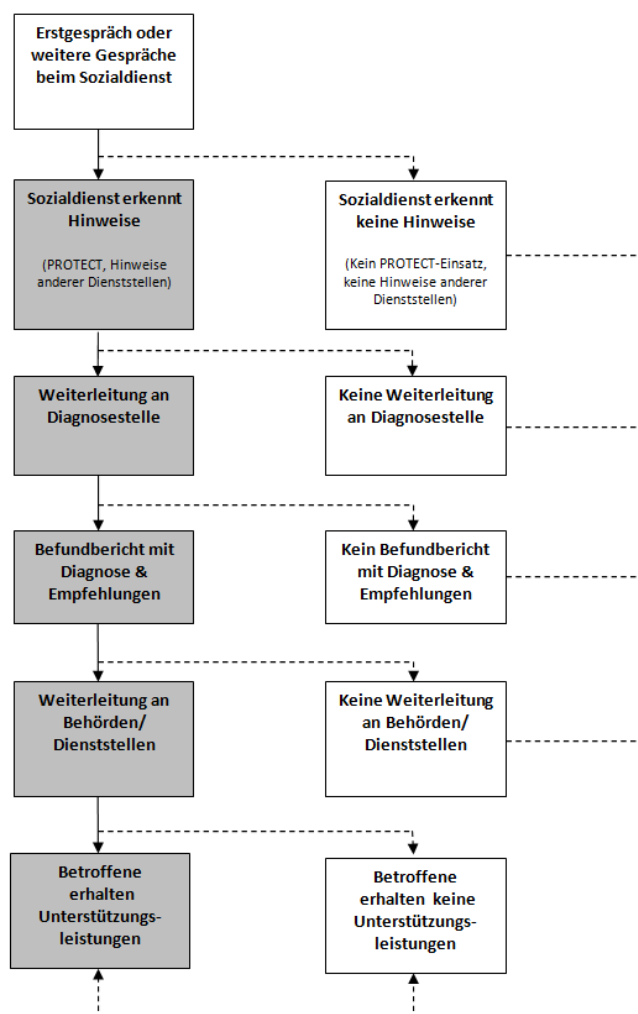
In der vorliegenden Evaluation sollte herausgefunden werden, inwieweit das Modell die Zielgruppe erreicht. Ein Vergleich zwischen dem, was das Modell erreichen soll und dem, was tatsächlich erreicht wurde, war dabei essentiell. Da es keine offiziellen Daten zur Prävalenz von Traumafolgestörungen gibt, wurde die Statistik einiger Studien als Referenz genutzt. Es wird davon ausgegangen, dass die PTBS-Prävalenz der Asylsuchenden zwischen 30 und 50 % liegt (Steel et al. 2009, Flatten et al. 2011). Bei Betrachtung dieser Zahlen wird deutlich, dass die Anzahl der Fälle, welche an die Kliniken für diagnostische Gespräche und das NTFN für Vermittlung in eine Behandlung gingen, an allen Standorten recht niedrig ist. Als Beispiel kamen in einem Zeitraum von drei Jahren (2015-2017) insgesamt 22.294 Flüchtlinge in Friedland an, von denen nur 182 Personen an das Asklepios Klinikum weitervermittelt wurden (Belz et al. 2017). Auch die Statistik aus Braunschweig zeigt eine relativ kleine Fallzahl. In 2015 wurden 32 Personen in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig vorstellig und in 2016 31 Personen.

Wichtig ist es zu berücksichtigen, dass die Standorte zu unterschiedlichen Zeitpunkten das Modell eingeführt haben und dass sie deshalb nicht vollständig verglichen werden können. In Friedland wurde das Modell schon 2012 eingeführt und Fallingbostal-Oerbke ist noch mitten im Prozess der Implementierung. Nichtsdestotrotz können die Daten analysiert und Gemeinsamkeiten beleuchtet werden.

### 4.1 Der Weg zum besonderen Schutz

Um den Änderungsprozess, den das Modell beabsichtigt, zu initiieren, müssen die Dienstleistungen an die Zielgruppe geliefert werden. Das nachfolgende Flussdiagramm zeigt, auf welchen Annahmen und Erwartungen das Modell aufbaut, wie die Zielgruppe erreicht wird und die entsprechenden Dienstleistungen geliefert werden. Es beschreibt die Abfolge der Ereignisse, durch die sich die Betroffenen an den Dienstleistungen beteiligen. Das Flussdiagramm kann Probleme wie unzureichende Weiterleitungen, vorzeitige Abschlüsse vor Erhalt der geplanten Dienstleistungen, und/oder unvollständige, nicht angebotene oder nicht erbrachte Leistungen, zeigen.

Im Fokus steht, wie und warum die Asylsuchenden mit besonderem Schutzbedarf durch das Modell erkannt und am Ende die Unterstützungsleistungen, wie in der Aufnahmerichtlinie beschrieben, erhalten werden. Das Flussdiagramm beinhaltet auch mögliche Situationen, in denen die besonders Schutzbedürftigen die Dienstleistungen nicht in Anspruch nehmen und ist in dieser Evaluation folglich besonders hilfreich, um zu einem Verständnis der Hindernisse zu gelangen.



#### 4.1.1 Schritt I: Hinweise auf Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen

Es fängt mit dem Erstgespräch und/oder weiteren Gesprächen zwischen dem Sozialdienstmitarbeiter und dem Asylsuchenden an. Der Zugang zu ersten Informationen über besondere Schutzbedürftigkeit soll somit schon gewährleistet sein, da vorausgesetzt wird, dass die SozialdienstmitarbeiterInnen den Asylsuchenden relevante Informationen mitteilen. In den Gesprächen sollen die SozialdienstmitarbeiterInnen u.a. auf Hinweise von Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen achten. Als Hilfe haben sie die Möglichkeit den PROTECT-Fragebogen einzusetzen. Das Modell setzt auch voraus, dass andere beteiligte Dienststellen den Sozialdienst informieren, sollten sie Hinweise erkennen. Dies kann zu jedem Zeitpunkt im Aufnahmeprozess geschehen.

Schon im ersten Schritt gibt es zahlreiche Möglichkeiten, wieso Hinweise nicht erkannt werden. Der Betroffene selbst muss in der Lage sein über sein Leiden zu sprechen, die SozialdienstmitarbeiterInnen müssen ihre Aufgaben zur Früherkennung durchführen und/oder andere beteiligte Dienststellen müssen einen Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen an den Sozialdienst weiterleiten. Wie unten beschrieben, finden sich in diesem ersten Schritt größtenteils die Hauptprobleme des Modells.

Hinweise auf Traumatisierung und psychische Erkrankungen sind teilweise schwer zu erkennen und dadurch bleibt eine besondere Schutzbedürftigkeit oft unerkannt. **Auffälliges Verhalten**, wie z.B. Aggressivität, fällt häufiger auf als Symptome wie z.B. Rückzug und Vermeidung von Erinnerungen, Menschen, Plätzen, etc. Da einige Symptome nicht auffallen, werden die Personen entsprechend nicht in vollem Umfang zur Diagnostik weitervermittelt.

**Personen, die selbst von ihren Problemen erzählen** und um entsprechende Hilfe bitten, fallen am ehesten auf. Allerdings sind die Betroffenen nicht immer sofort in der Lage über ihre besondere Situation zu berichten. Sie brauchen nicht selten ein wenig Zeit um „anzukommen“, und es erfordert auch ein Vertrauen zum zuständigen Sozialarbeiter. Die Betroffenen erkennen oft selbst sehr deutlich, dass etwas nicht in Ordnung ist, können aber nicht immer ihre Gefühle und Symptome beschreiben (National Collaborating Centre for Mental Health 2004:58). Schamgefühle, Angst und Vermeidung können zusätzlich Personen hindern, ihre Situation den MitarbeiterInnen der Dienststellen mitzuteilen (Frommberger et al. 2014:63).

Hinweise anderer Personen, wie z.B. Mitbewohner, MitarbeiterInnen der Wohlfahrtsverbände, des BAMF, der Kinderbetreuung, des Hausmeisters, der Lehrer oder ei-

nes Arzt, sind ebenfalls hilfreich für die MitarbeiterInnen der Sozialdienste. Die Gesundheitsdienste können auch einen Hinweis geben, wenn eine Person z.B. eine Vor-medikation hat. Allerdings berichten die Gesundheitsdienste auch von Schwierigkeiten Hinweise zu erkennen. **Psychologische Symptome bleiben nicht selten unerkannt, bei Personen die von physischen Beschwerden berichten.** Oft erwähnen Personen eher physische Probleme wie z.B. Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen, als zuzugeben, dass sie psychische Beschwerden haben. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass einige Personen selbst in dem Glauben sind, dass die Beschwerden einen physischen Hintergrund haben. **Die Kürze des Kontaktes** zwischen dem Patienten und dem Arzt bzw. den MitarbeiterInnen der Gesundheitsdienste sowie Sprachprobleme sind zusätzliche Hindernisse um Hinweise zu erkennen.

Auch müssen besondere Lebensbedingungen der Zielgruppe in Betracht genommen werden, damit ein Programm effektiv wirkt (Rossi 2004:124). Asylsuchende haben in der Regel belastende Fluchthintergründe erlebt, die es ihnen erschweren, über ihre psychische Situation zu erzählen. Voraussetzung dafür, dass die Asylsuchenden von ihren Beschwerden berichten, ist, dass sie für ihre Situation sensibilisiert und über ihre Rechte aufgeklärt sind. Die Wichtigkeit davon zu berichten, um zur eigenen Gesundheit beizutragen, aber auch zur Verbesserung der persönlichen Aufnahmebedingungen und des Asylverfahren ist nicht selbstverständlich für die Betroffenen. Fehlende Kenntnis über vorhandene medizinisch-psychologische Versorgung kann außerdem dazu führen, dass einige Asylsuchende die mögliche Wirkung und Sinnhaftigkeit einer Behandlung nicht erfassen. Die Asylsuchenden müssen daher im Erstgespräch für ihre Situation sensibilisiert werden.

Einige Informanten berichten von **geschlechtsspezifischen Unterschieden** bei den erkannten Hinweisen. Bei Männern sind oft Hinweise wie Aggressivität oder ein eher extrovertiertes Verhalten wahrzunehmen und Frauen werden als emotionaler und introvertierter beschrieben. Die Bereitschaft sich behandeln zu lassen wird bei Männern als niedriger als bei Frauen benannt. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden allerdings nicht von sämtlichen Informanten bestätigt.

Beim Asklepios-Klinikum in Göttingen und der TU Braunschweig wurden ausschließlich bei sexueller Traumatisierung und Gewalterfahrung bei Frauen, wie z.B. häuslicher Gewalt, geschlechtsspezifische Unterschiede in den Studien gefunden. Dies wurde auch von den Sozialdiensten bestätigt. Sexuelle Gewalterfahrungen sind sehr sensible Angaben, von denen oft nur schwer zu berichten ist. Ein großes Vertrauen zum Berater ist hierfür erforderlich.

Um die Zielgruppe effektiv zu erreichen, können **kulturelle Faktoren** relevant sein (Rossi et al. 2004:124). Eine andere Vorstellung aus dem Heimatland kann das Krankheitsverständnis und den Umgang mit Krankheit prägen (DGPPN 2016). Von einigen Informanten wurden kulturelle Unterschiede im Vortragen der Symptome erwähnt. Psychische Beschwerden sind in manchen Kulturen Tabuthemen und werden als Schwäche gesehen. Dies kann auch dazu führen, dass Personen nicht über ihre Beschwerden berichten. Kulturelle Unterschiede werden jedoch nicht von sämtlichen Informanten bestätigt.

Die Schwierigkeit, Hinweise bei **Kindern** zu erkennen, wurde dagegen von sämtlichen Dienststellen erwähnt. Auch in diesen Fällen sind die MitarbeiterInnen darauf angewiesen, dass die Eltern über die Situation berichten. Kinder fallen nur selten in ihrem Verhalten auf. Die Sozialdienste berichten von zu wenig Aufmerksamkeit bezogen auf die Kinder. Nur wenige Kinder sind an psychologische Fachstellen weitergeleitet worden, da ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen bestand. Dabei belegen Studien zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingskindern in Deutschland, dass 16% (Gavranidou et al., 2008:228) bzw. 19% (Ruf et al., 2010:151) der Kinder deutliche Symptome einer PTBS zeigen. Es fehlt demzufolge an einem Instrument zur Früherkennung bei Kindern.

## Einsatz des PROTECT-Fragebogens

Der PROTECT-Fragebogen kann in den Gesprächen beim Sozialdienst als Unterstützung in der Früherkennung eingesetzt werden. Die Informanten berichten von Schwierigkeiten Hinweise zu erkennen und zwischen einer Traumatisierung und einer normalen Belastung unterscheiden zu können. Durch den Einsatz des Fragebogens müssen die MitarbeiterInnen der Sozialdienste diese Unterscheidung selbst nicht vornehmen, sondern vermitteln sämtliche Personen, bei denen eine hohe oder mittlere Wahrscheinlichkeit auf Traumatisierung vorliegt, an die Kliniken. Der Fragebogen soll somit eine Erleichterung für die MitarbeiterInnen darstellen.

Der Fragebogen wird als hilfreich von den Informanten eingeschätzt, allerdings mit Einschränkungen. Er wird als unspezifisch betrachtet und selbst bei niedriger Wahrscheinlichkeit auf Traumatisierung kann ein Verdacht weiterhin bestehen. Wichtig ist, auch im Feld „weitere Beobachtungen“ die Möglichkeit zu nutzen, subjektive Einschätzungen mitzuteilen. Da der Fragebogen darüber hinaus nur PTBS und Depressionen abdeckt, können außerdem andere psychische Erkrankungen schnell in Vergessenheit geraten. Ferner wird eine Validierung des Fragebogens von einigen Kliniken erwünscht. Nichtsdes-

totrotz wird der Fragebogen von den Informanten als nützlich angesehen. Er begründet einen Termin in den Kliniken und kann in der Arbeit der Gesundheitsdienste und der dort tätigen Ärzte eine Hilfe sein.

Da es sich um sensible Informationen handelt, müssen die Betroffenen über die Freiwilligkeit der Angaben und eine Weiterleitung an die Kliniken und die jeweils zuständigen Behörden informiert werden. Eine Schweigepflichtsentscheidung ist deshalb immer erforderlich. Die Selbstbestimmung der Betroffenen soll hier vom Sozialdienst berücksichtigt werden. Informanten berichten von Fällen, in denen die Betroffenen der Weiterleitung der Ergebnisse an Kliniken nicht zugestimmt haben. Dadurch fallen zusätzlich Personen, die vermutlich psychologische Unterstützung benötigen, durch das Netz.

Wie im Kapitel 2.2. schon erwähnt, wurde durch eine Untersuchung mit Einzelentscheidern des Bundesamts deutlich, dass selbst Personen, die zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen geschult waren, nicht verlässlich Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit erkennen können (Gäbel 2006:15-16). Die Sinnhaftigkeit eines Einsatzes eines Screening-Fragebogens wird demzufolge deutlich.

Es gibt an keinem Standort einen systematischen Einsatz des PROTECT-Fragebogens, wie es vom Entwicklungsteam des Fragebogens vorgesehen ist. Da er nur teilweise eingesetzt wird, bleibt es unklar, ob die restlichen Gespräche entsprechend bestimmter Standards geführt werden. Das Risiko besteht, dass zu wenige Personen zur Diagnostik weitergeleitet werden. Selbst wenn eine Person keine Symptome direkt zeigt, sollte idealerweise der Fragebogen angewendet werden, da die Abwesenheit von Symptomen nicht bedeutet, dass die Person keine traumatischen Erfahrungen gemacht hat. In manchen Fällen treten Symptome erst nach einer längeren Zeitspanne auf und ein Trauma ist zudem nicht immer unmittelbar nach der Ankunft erkennbar.

In **Bramsche** werden im Sozialfragebogen-Gespräch einige Fragen des Bogens abgefragt und wenn durch die Fragen ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen entsteht, wird der vollständige Fragebogen durchgeführt. Sollten diese Fragen nicht gestellt werden, müsste der Bogen bei jedem Asylsuchenden durchgeführt werden, so die Informanten. Die Methode ist ein Schritt in Richtung systematischer Einsatz.

Argumente gegen einen systematischen Einsatz sind ein zu großer zeitlicher Aufwand, Ausnutzung des Fragebogens von Personen, die nicht besonders schutzbedürftig sind, und unzureichende Kapazitäten bei den Kliniken. Die Vermutung ist, dass ein systematischer Einsatz zu einer größeren Anzahl vermittelter Fälle führen würde.

Der Sinn eines systematischen Einsatzes ist primär in dieser Richtung zu suchen, nämlich um schutzbedürftige Personen zu entdecken, die sonst nur schwer erkennbar sind, damit sie ihren Anspruch auf Leistungen wahrnehmen können. Die Studie zum Einsatz des PROTECT-Fragebogens in den Niederlanden zeigt hierzu, dass 34% der Asylsuchenden eine mittlere bis hohe Wahrscheinlichkeit auf Traumatisierung und/oder andere psychische Erkrankungen aufweisen. Dies stimmt überein mit den Zahlen einiger genannter Studien (PTBS 30,6%, depressive Erkrankungen 30,8% - Steel et al. 2009-, PTBS 32,2% - Richter et al. 2015). Es ist also zu vermuten, wovon in dieser Evaluation auch ausgegangen wird, dass eine höhere Anzahl schutzbedürftiger Personen mithilfe eines systematischen Einsatzes erkannt werden könnte. Befürchtungen, dass sich überproportional wachsende Fallzahlen einstellen könnten, sind in Anlehnung an die Studienergebnisse aus den Niederlanden eher auszuschließen.

## Schulung MitarbeiterInnen

Selbst wenn der Fragebogen eingesetzt wird, muss das Personal der Sozialdienste für das Thema sensibilisiert sein. Die vorhandene Gesprächsführungskompetenz des Personals hat weiterhin eine große Bedeutung der Früherkennung. Empathie und Verständnis des Beraters sind wichtige Faktoren, damit die Betroffenen über ihre persönliche Situation berichten. Mithilfe von relevanten Schulungen kann bspw. eine Konzentration auf Asylsuchenden mit auffälligem Verhalten, wie im Kapitel 3.2. erwähnt, zumindest reduziert werden. Auch der Unterschied zwischen Traumatisierung und normaler Belastung kann in Schulungen thematisiert werden. Eventuelle geschlechtsspezifische und kulturelle Unterschiede können ebenfalls Teil einer Schulung sein. Die hohe Personalfluktuation führt zu einem regelmäßigen Bedarf, Schulungen durchzuführen. Auch Personen mit langer Erfahrung im Bereich können durchaus Hinweise übersehen.

Die Evaluation hat aufgezeigt, dass vermeintlich nicht alle MitarbeiterInnen der Sozialdienste ihre Aufgaben hinsichtlich der Früherkennung vollständig durchführen. Die SozialarbeiterInnen sollen die Betroffenen nicht nur an psychologische Fachstellen, sondern nach gestellter Diagnose auch ans NTFN weiterleiten. Bei Bedarf soll auch die LAB-Verteilungsstelle und das BAMF informiert werden. Die SozialarbeiterInnen haben somit im Grunde die Hauptrolle des Modells inne, denn es ist wichtig, dass sie ihre Aufgaben vollständig in jedem Schritt durchführen. Der Erfolg der Früherkennung steht und fällt mit diesem Rollenverständnis und dem Einsatz der SozialarbeiterInnen. Eine gewissenhafte Wahrnehmung der Aufgaben in Richtung Früherkennung ist ein äußerst

bestimmender Faktor zur erfolgreichen Umsetzung des Modells. Alle Mitarbeiter sollten hier einen gleichen Standard vertreten.

Möglicherweise sind die angegebenen Gründe, die gegen einen systematischen Einsatz des PROTECT-Fragebogens sprechen (siehe Anfang des Kapitels), auch für die betroffenen MitarbeiterInnen der Sozialdienste das ausschlaggebende Argument, um eine ordnungsgemäße Durchführung einer Untersuchung zur Früherkennung zu unterlassen. Auch eine Überforderung durch eine Auseinandersetzung mit dem Thema oder das fehlende Erkennen der Sinnhaftigkeit einer Früherkennung, könnten weitere Begründungen sein. Um solchen Einwände entgegenzutreten ist Schulung und Monitoring von MitarbeiterInnen erforderlich (PROTECT 2011:27). Da einige MitarbeiterInnen vermeintlich ihre Aufgaben nicht immer hinsichtlich einer Früherkennung wahrnehmen oder ggf. nicht in der Lage sind diese gemäß des Modells durchzuführen, wäre eine interne Klärung zusammen mit der zuständigen Leitung ratsam, wie dieser Umstand verändert werden kann.

Auch die weiteren beteiligten Dienststellen haben einen Bedarf an Schulungen. Werden Hinweise bei ihnen bemerkt, werden die Betroffenen an den Sozialdienst weitergeleitet. Sinnvoll wäre außerdem dem Personal der Kinderbetreuung der Einrichtungen Schulungen zum Thema „Traumatisierung und Kinder“ anzubieten. Die Zusammenarbeit der Dienststellen ist von essentieller Bedeutung für den Erfolg des Modells. Nur wenn alle Beteiligten ihre Aufgaben erfüllen und gemeinsam an einer Früherkennung arbeiten, kann das Modell gut funktionieren.

Beim BAMF werden ausschließlich die Sonderbeauftragten zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen geschult. Der Sozialdienst soll das BAMF informieren, sobald Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit in bestimmten Fällen bestehen. Daraufhin wird ein Sonderbeauftragter eingesetzt. Dies setzt allerdings voraus, dass der Sozialdienst und/oder andere Dienststellen die Hinweise erkannt haben. Da dies nicht immer der Fall ist, müssten auch die restlichen MitarbeiterInnen grundlegende Hinweise erkennen können, damit besonders Schutzbedürftige nicht durch das Netz fallen.

## Schulung DolmetscherInnen

Ungeschulte DolmetscherInnen werden als ein großes Problem von den Informanten empfunden. Der Mangel an geeigneten DolmetscherInnen wird auch durch die Interviews mit Unterstützern bestätigt. Die Rolle der

DolmetscherInnen ist oft unklar und fehlendes Verständnis für Traumatisierung und psychische Erkrankungen ein weiteres Problem. Schulungen können zu einem Verständnis für die Situation besonders Schutzbedürftiger beitragen und Missverständnisse bzgl. der Rolle der DolmetscherInnen klären.

Durch die belastende Tätigkeit mit psychisch erkrankten Menschen zu arbeiten und eine oft niedrige Entlohnung ist es schwer, geeignete DolmetscherInnen zu finden. Besonders in den ländlichen Gebieten und für spezielle Sprachen gibt es große Schwierigkeiten, DolmetscherInnen engagieren zu können. Die Suche nach geeigneten DolmetscherInnen kann den Früherkennungsprozess verzögern.

Durch Schulungen könnte gewährleistet werden, dass DolmetscherInnen, die sich mit dem Thema überfordert fühlen, eine Sicherheit aufbauen und somit die Aufgabe besser ausführen können. In Betracht genommen werden sollte auch, dass die angebotenen Schulungen wahrscheinlich seltener in Anspruch genommen werden, wenn die DolmetscherInnen diese selbst bezahlen müssen.

#### 4.1.2 Schritt 2: Weiterleitung an Diagnosestellen

Die Diagnostik von Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit ist der nächste wesentliche Schritt des Modells. Der Befundbericht dient als Grundlage der Schutzbedürftigkeit und kann dem Asylsuchenden helfen, seine Rechte in Anspruch zu nehmen. Wenn die SozialdienstmitarbeiterInnen Hinweise erkannt haben, werden die betroffenen Asylsuchenden an die kooperierenden Kliniken für diagnostische Gespräche weitervermittelt. Wurden keine Hinweise erkannt, wird dies folglich nicht passieren.

Bei nahezu allen weitervermittelten Personen wurde auch ein Behandlungsbedarf festgestellt. Festgestellte Diagnosen unter den weitervermittelten Personen sind vor allem PTBS und Depressionen. Gelegentlich kommen auch Psychosen, substanzbezogene Störungen, Angststörungen, Schizophrenien, akute Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen oder somatoforme Störungen vor.

Fehlende Kapazitäten in den Kliniken werden als Hauptproblem beim Sozialdienst in **Bramsche** beschrieben. Dadurch können nicht alle Personen, die vom Sozialdienst als besonders schutzbedürftig vermutet werden, weitervermittelt werden, und haben somit nicht die Möglichkeit, eine Frühdiagnostik in Anspruch zu nehmen. In **Fallingbostel-Oerbke** besteht zurzeit kein Koopera-

tionsvertrag mit einer Diagnosestelle in der Nähe. Dies führt zu großen Schwierigkeiten für das Personal. Nur in sehr schweren, akuten Fällen wurden Personen stationär aufgenommen. Deshalb wird versucht, die Betroffenen schnellstmöglich an Folgeeinrichtungen weiter zu vermitteln, damit dort diagnostische Gespräche geführt werden können.

In **Braunschweig** wird aktuell nach Möglichkeiten gesucht, diagnostische Gespräche für die Asylsuchenden aus der Aufnahmeeinrichtung anzubieten, da die TU Braunschweig die Zusammenarbeit nach Ablauf des Kooperationsvertrages beendet hat.

Eine Kooperation mit einer Diagnosestelle ist Voraussetzung für das Gelingen des Modells. Solange es keine Zusammenarbeit zwischen den Sozialdiensten und den Kliniken gibt, kann das Modell leider nicht als erfolgreich betrachtet werden. Eine Frühdiagnostik ist nicht gewährleistet. Die Suche nach geeigneten Kliniken, Ärzten, PsychotherapeutInnen etc., die an einer Kooperation interessiert sind, findet aktiv seitens der LAB statt.

Wie das Flussdiagramm zeigt, ist es auch möglich, dass die SozialdienstmitarbeiterInnen zwar Hinweise erkennen, aber die Betroffenen nicht an die Diagnosestelle weitervermitteln. Ein Grund dafür können mangelnde Kapazitäten bei den Kliniken sein. In solchen Fällen können die SozialdienstmitarbeiterInnen aber dennoch einen Hinweis an Behörden geben oder die Betroffenen an anderen Dienststellen weitervermitteln, vorausgesetzt, dass der Betroffene selbst dies möchte.

Solche Situationen sind nicht ungewöhnlich. Es gibt immer wieder Fälle, in denen die Person nicht rechtzeitig an die kooperierende Klinik weitervermittelt werden konnte, die SozialdienstmitarbeiterInnen aber das BAMF über den Verdacht auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen informiert haben oder den Betroffenen direkt ans NTFN gemeldet haben. Außerdem werden Betroffene auch ohne Frühdiagnostik zunächst direkt ans NTFN weitervermittelt, bis geeignete Kliniken für eine Kooperation mit den Standorten Braunschweig und Fallingbostel-Oerbke gefunden sind.

Auch in den Fällen, in denen der Betroffene selbst eine Weiterleitung an eine Diagnosestelle abgelehnt hat, kann z.B. ein NTFN-Flyer übergeben werden, falls die Person zu einem späteren Zeitpunkt sich vielleicht doch Hilfe wünscht. In solchen Fällen bekommen die Betroffenen aber keinen Befundbericht mit Diagnose und Empfehlungen. Es ist trotzdem durchaus möglich, dass sie einige Unterstützungsleistungen erhalten, der Weg wird ohne Befundbericht als Grundlage vermutlich jedoch erschwert.

### 4.1.3 Schritt 3: Berücksichtigung der Empfehlungen der Diagnostiker

Die Diagnose und die Empfehlungen machen den nächsten Schritt des Früherkennungsprozesses aus und sind maßgebend für die Unterstützungsleistungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie. Sämtliche Diagnosestellen senden einen Befundbericht zurück an den Sozialdienst. In den Befundberichten werden häufig Empfehlungen zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft, Umverteilung, Ort der Verteilung, psychosoziale Maßnahmen und/oder Zusammenführung mit Angehörigen gegeben. Der Bericht kann nach einer Schweigepflichtsentbindung auch an das BAMF und das NTFN gesendet werden. Der Befundbericht der Asklepios Institutsambulanz in Göttingen beinhaltet zusätzlich eine Standardempfehlung zur Weiterleitung an das NTFN, damit eine Vermittlung in die Behandlung unterstützt werden kann.

Informanten berichten davon, dass Empfehlungen zum **Wohnort in der Nähe von Familienangehörigen** größtenteils beachtet werden. Allerdings ist dies keine Garantie, was in der E-Mail-Korrespondenz zwischen dem NTFN und den Sozialdiensten auch deutlich wird. Es gab durchaus Fälle, in denen ein Wunsch und/oder eine Empfehlung zu einem Wohnort in der Nähe der Familie unberücksichtigt blieben. Dasselbe gilt für Empfehlungen zu **Unterkunft und Umverteilung**. Die SozialdienstmitarbeiterInnen haben immer die Möglichkeit einen Vermerk bzgl. Diagnose und Behandlungsnotwendigkeit zu hinterlegen. Auch in diesem Zusammenhang wird das notwendige Engagement des zuständigen Mitarbeiters des Sozialdienstes sowie der LAB-Verteilungsstelle erwähnt.

In Bezug auf die Möglichkeit eine Behandlung durchführen zu können, ist zudem die **Verteilung an die Kommunen** besonders wichtig. In strukturschwachen Gebieten mit wenigen Behandlungsangeboten kann eine Behandlungsempfehlung oftmals nicht realisiert werden. Auch ein Mangel an qualifizierten DolmetscherInnen in den ländlichen Gebieten erschwert die Durchführung einer Behandlung. Die SozialdienstmitarbeiterInnen haben teilweise einen Einfluss auf die Verteilung, allerdings vorwiegend in sehr schweren Fällen. Nicht selten werden Personen mit einer festgestellten Schutzbedürftigkeit in Gebiete verteilt, wo es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt. In diesen Fällen kann kein Anspruch auf Unterstützungsleistungen eingefordert werden. Auch die interviewten Unterstützer berichteten von Verteilung in Gebiete, wo es nur wenige Behandlungsangebote gibt.

Hinzu kommt das Problem, insbesondere in Friedland, dass die Asylsuchenden in einigen Fällen **vor Abschluss der diagnostischen Gespräche verteilt werden**. Vor

Abschluss der Sitzungen kann kein vollständiger Befundbericht und demzufolge keine Empfehlungen für Behandlung oder Verteilung erstellt werden. Ausgebauete Kapazitäten in der Klinik führen derzeit zu häufigeren Abschlüssen der Berichte. Es kommt auch vor, dass der Asylsuchende sich eher eine schnellere Verteilung wünscht als auf den Abschluss der Gespräche zu warten.

### 4.1.4 Schritt 4: Weiterleitung an Behörden/ Dienststellen

Zu den Unterstützungsleistungen gehört **psychologische Hilfe** für die besonders Schutzbedürftigen. Die Behandlungsbedürftigkeit wird als Empfehlung in den Befundberichten gegeben. Um die Betroffenen in die Behandlung zu vermitteln, soll das NTFN über Personen mit besonderer Schutzbedürftigkeit informiert werden.

Die Informanten bezeichnen die Zusammenarbeit mit dem NTFN als entlastend in ihrer Arbeit. Sämtliche MitarbeiterInnen der Dienststellen kennen das NTFN und der Großteil war mit dem Netzwerk in Kontakt.

Der Sozialdienst ist dabei für den Versand der Befundberichte an das NTFN zuständig. Durch die Interviews hat sich jedoch herausgestellt, dass eine Zusendung der Berichte nicht immer stattfindet. Es gibt weiterhin eine Diskrepanz zwischen der Anzahl Fälle, die an das NTFN vom Sozialdienst weitervermittelt werden, und der Anzahl Fälle, bei denen ein Befundbericht mit Behandlung als Empfehlung vorliegt. Dies hat zur Folge, dass einige Personen mit einer festgestellten Schutzbedürftigkeit wahrscheinlich keine Hilfe bei der Vermittlung an Behandlungsangebote erhalten und somit ihren Anspruch auf Unterstützungsleistungen gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie nicht wahrnehmen können. Es kommt allerdings auch vor, dass Asylsuchende z.B. durch ihre Unterstützer oder einen Hausarzt Hilfe bei der Suche nach Behandlung erhalten. Die Vorankündigung vom Sozialdienst ans NTFN sollte in solchen Fällen dennoch geschehen.

Einige SozialdienstmitarbeiterInnen haben die Besorgnis geäußert, dass Betroffene nach der Diagnostik keine Unterstützung erhalten. Nachdem Betroffene an das NTFN weitervermittelt werden, erhalten die MitarbeiterInnen keine Informationen zum weiteren Verlauf. Eine verbesserte Kommunikation zwischen den Dienststellen wäre dementsprechend wünschenswert.

Der Wunsch, dass das NTFN noch weitere Außenstandorte vor Ort anbietet, wurde von sämtlichen Standorten geäußert. Durch das erwähnte Parallel-Projekt des NTFN werden aktuell Psychosoziale Zentren und dezentrale Angebote in der Nähe der Standorte der LAB aufgebaut.

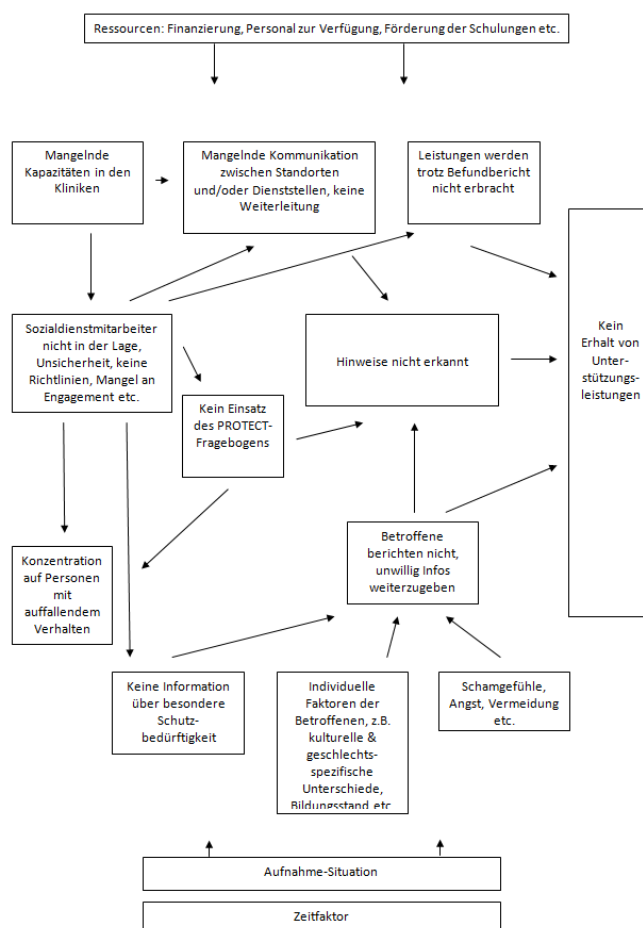
Somit wird der Wunsch der Informanten in Erfüllung gehen. Zu der Zeit der Durchführung einiger Interviews war dies noch nicht der Fall.

Eine besondere Schutzbedürftigkeit soll auch zu speziellen Leistungen im Asylverfahren führen. Speziell geschulte Sonderbeauftragte sollen eingesetzt werden, sobald Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen vorhanden sind. Auch der Wunsch nach dem Geschlecht von EntscheiderIn und DolmetscherIn soll berücksichtigt werden. Die Sozialdienste können Informationen zu einer besonderen Schutzbedürftigkeit an das BAMF weitergeben, sofern der Betroffene zustimmt. Dies setzt aber voraus, dass Hinweise schon zu diesem Zeitpunkt vom Sozialdienst erkannt wurden. In den Fällen, in denen eine Schutzbedürftigkeit noch nicht erkannt wurde, besteht das Risiko, dass sie von den MitarbeiterInnen des BAMF auch übersehen werden. Das Modell zur Früherkennung kann nur optimal funktionieren, wenn alle beteiligten Dienststellen und die MitarbeiterInnen, die im direkten Kontakt zu den Asylsuchenden stehen, sich für die Früherkennung verantwortlich fühlen.

Als Schlussfolgerung wird durch das Flussdiagramm noch deutlicher, dass die SozialdienstmitarbeiterInnen eine sehr wichtige Rolle im Früherkennungsprozess spielen. Sie funktionieren als Mittelpunkt des Modells und nur durch die Durchführung ihrer Aufgaben kann das Modell gelingen. Wenn Hinweise auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen nicht durch die Gespräche mit den Asylsuchenden erkannt und vermittelt werden, ist das Risiko groß, dass die Betroffenen keine Unterstützungsleistungen erhalten werden. Selbst in den Fällen, in denen keine Kapazitäten in den Kliniken vorhanden sind, können die SozialdienstmitarbeiterInnen andere Maßnahmen ergreifen, wie z.B. die Person direkt an das NTFN weitervermitteln und das BAMF vorab über den Verdacht informieren. Auch in der Verteilung haben die SozialdienstmitarbeiterInnen einen Einfluss, selbst wenn der zuweilen begrenzt ist. Es hängt häufig von der Motivation und dem Engagement der jeweiligen SozialdienstmitarbeiterIn ab, ob die Asylsuchenden mit besonderem Schutzbedarf ihr Recht auf Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen können. Nichtsdestotrotz gibt es Situationen, bei denen großer Aufwand betrieben wird und dennoch nur eine geringe oder keine Verbesserung wahrzunehmen ist. Dies führt zu Frustration bei den SozialdienstmitarbeiterInnen. Die Evaluation legt die Vermutung nahe, dass es SozialdienstmitarbeiterInnen gibt, die sehr engagiert und motiviert sind, aber es gibt vermeintlich auch MitarbeiterInnen, die ihre Aufgaben zur Früherkennung nicht oder nur teilweise erfüllen bzw. ggf. nicht in der Lage sind diese gemäß des Modells wahrzunehmen. Daraus ergibt sich, dass sämtliche SozialdienstmitarbeiterInnen im Grunde die gleichen Standards vertreten müssen, um ein Funktionieren des Modells zu optimieren.

#### 4.1.5 Schritt 5: Beitragende Faktoren zum Nicht-Erhalt von Unterstützungsleistungen

Das Hauptproblem des Friedländer Modells ist, dass die Zielgruppe durch die Maßnahmen nur teilweise erreicht wird. Die empirischen Befunde haben gezeigt, dass mehrere Faktoren eine Rolle spielen, damit besonders schutzbedürftige Personen durch das Modell zur Früherkennung ihr Recht auf Unterstützungsleistungen gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie in Anspruch nehmen können. Das Schaubild verdeutlicht diese verschiedenen Faktoren, deren Zusammenwirken, und wie es dazu kommen kann, dass die Betroffenen keine Unterstützungsleistungen erhalten.





Die Evaluation hat festgestellt, dass die MitarbeiterInnen der beteiligten Dienststellen ihre Aufgaben zur Früherkennung kennen und verstehen. Es gibt eine klare Aufgabenverteilung, die als sinnvoll erachtet wird, z.B. dass der PROTECT-Fragebogen nur beim Sozialdienst eingesetzt wird und dass die Betroffenen beim Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen an den Sozialdienst übergeben werden. Ein Missverständnis des Modells liegt somit nicht vor. (Rossi 2004:134) Das Konzept des Modells führt zu den beabsichtigten Dienstleistungen und erfüllt somit die Anforderung der EU-Aufnahmerichtlinie. *Hauptsächliche Probleme sind eher Schwierigkeiten Hinweise korrekt zu erkennen, die Tatsache, dass einige MitarbeiterInnen ihre Aufgaben nicht vollständig durchführen, und ein Kommunikationsmangel zwischen den beteiligten Dienststellen.*

Selbst wenn ein Modell gut entwickelt ist und eigentlich ein soziales Problem behandelt, muss ein Programm immer noch passend implementiert werden, um das Problem positiv zu beeinflussen. Ein Programm kann schlecht gemanagt sein oder das Personal ist aufgrund fehlender Expertise oder Motivation nicht in der Lage das Programm korrekt auszuführen (Rossi 2004: 67). „*Implementation failure*“ bezeichnet das Versagen des Programms, die Dienstleistungen, die den Veränderungsprozess in Gang setzen sollen, adäquat zu erbringen. Wenn das Programm nicht implementiert ist, oder wenn die Implementierung unvollständig oder schwach ist, kann nicht erwartet werden, dass es sehr erfolgreich ist, die angestrebten Ergebnisse zu erreichen. (Rossi et al. 2004:107) Es geht bei allen Standorten um teilweise nicht implementierte Dienstleistungen. Hinweise bei einigen, aber nicht allen besonders Schutzbedürftigen, wurden in den Gesprächen durch die SozialdienstmitarbeiterInnen erkannt. Einige wurden an Kliniken weitervermittelt, einige an Behörden und weitere Dienststellen, wie z.B. das NTFN, andere jedoch gar nicht. Es kann also nicht behauptet werden, dass das Modell keinen Erfolg hat. Im Gegenteil, in den Fällen, in denen die SozialdienstmitarbeiterInnen ihre Aufgaben gewissenhaft durchgeführt haben, haben die Betroffenen größtenteils ihr Recht auf Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen können. Die Dienstleistungen des Modells sind effektiv, vorausgesetzt sie sind richtig implementiert.

Es muss also in Zukunft darum gehen, wie die Implementierung des Modells besser gestaltet werden kann. Die Handlungsempfehlungen im nächsten Kapitel dienen der Optimierung der Implementierung des Modells und ihrer Arbeitswege. Vorher sollen zunächst jedoch noch weitere Faktoren, die auf den Früherkennungsprozess Einfluss haben, beleuchtet werden. Nicht nur die Dienstleistungen und die Aktivitäten, die zur Früherkennung beitragen, müssen mit einbezogen werden, sondern auch wesentliche Voraussetzungen für die Fähigkeit

des Modells, Dienstleistungen zu liefern, um letztlich ein vollständiges Bild von der Implementierung und dem Prozess des Modells zu erhalten (Rossi 2004:143). Angemessene Ressourcen und eine effektive Organisation sind Faktoren, die es ermöglichen, ein System zur Erbringung von Dienstleistungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, welches die Nutzung der Dienstleistungen ermöglicht und somit die Zielgruppe erreicht.

Das obige Schaubild berücksichtigt ebenfalls externe Faktoren. Die besondere Situation in den Aufnahmeeinrichtungen, Förderung der Aktivitäten und der Zeitfaktor spielen eine wichtige Rolle im Früherkennungsprozess.

## Aufnahmebedingungen

Um die Implementierung und das Funktionieren des Modells vollständig zu verstehen, müssen die besonderen Aufnahmebedingungen in den Ankunftszentren und Aufnahmeeinrichtungen mit in Betracht genommen werden.

In den Aufnahmeeinrichtungen bleiben die Menschen unterschiedlich lange. In manchen Fällen leben Asylsuchende in der Einrichtung ein Jahr lang. Die Informanten berichten davon, dass sich die Aufnahmebedingungen negativ auf die Asylsuchenden auswirken. Eine Untersuchung der Aufnahmebedingungen in einer zentralisierten Unterbringung in Niedersachsen kam zu dem Schluss, dass es eine Notwendigkeit gibt „Versorgungs- und Verwaltungsstrukturen zu schaffen, die Asylsuchenden ermöglichen [sollen] zu verstehen und zu beeinflussen, was mit ihnen passiert. Die sich zurzeit entwickelnden regionalen Strukturen, Asylsuchende zentral unterzubringen, zu versorgen und zu verwalten, stehen einer solchen Notwendigkeit entgegen. Diese Form der Organisation führt eher zu einem Teufelskreis, in dem Asylsuchende allmählich ihre Handlungsmöglichkeiten und eigenen Handlungsfähigkeiten verlieren.“ (Behrensen et al. 2004:7)

Weiter wird angemerkt, dass „Lebensbedingungen, die eine allgegenwärtige Präsenz von Perspektivlosigkeit und Unsicherheit produzieren und verstärken, nicht geeignet sind, Asylsuchende, die belastende Fluchterfahrungen hinter sich haben, in ihrer Gesundheit zu stärken.“ (Behrensen et al. 2004:102-103). Die Gestaltung der Aufnahmebedingungen hat auch einen Einfluss auf die Gesundheit und kann die Chance auf Dämpfung einer posttraumatischen Symptomatik erhöhen (Friele, B., Fachtagung Besondere Schutzbedürftigkeit 2014:14).

Weitere Studien zeigen, dass die Prävalenz für psychische Störungen mit der Dauer eines Asylverfahrens steigt. Die Bedingungen in den Aufnahmeeinrichtungen

und ein mangelhafter Zugang zum Gesundheitssystem spielen hier eine Rolle und verstärken die Vulnerabilität der Asylsuchenden. (DGPPN 2016) Sehr fraglich ist, ob ein aktives Truppenübungsgebiet wie in Fallingb.-Oerbke, wo Schießübungen deutlich hörbar für die Asylsuchenden stattfinden und Militärwagen durch die Anlage fahren, als eine geeignete Umgebung für Asylbewerber betrachtet werden kann. Das Risiko einer Retraumatisierung kann durch solche Maßnahmen erhöht werden.

## Der Zeit-Faktor

Der Zeit-Faktor hat sich in der Evaluation immer wieder als ausschlaggebend gezeigt. *So tauchen Hinweise auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen oft zu einem späteren Zeitpunkt auf.* Die Unterstützung, die Personen mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme gewährt werden soll, soll während der gesamten Dauer des Asylverfahrens angemessen verfolgt werden. Die Identifikation besonders schutzbedürftiger Personen muss also frühzeitig, d.h. bereits bei der Erstaufnahme geschehen, aber als kontinuierlicher Prozess weitergeführt werden. Nur so kann Schutzbedürftigkeit, die erst später sichtbar ist, berücksichtigt werden.

Dies zeigt die Notwendigkeit für ein Modell zur Identifikation besonders schutzbedürftiger, das sich nicht ausschließlich auf eine Dienststelle verlässt. So können Personen mit besonderem Schutzbedarf, die nicht im Erstgespräch identifiziert werden können, in anderen Instanzen erkannt werden. Die anderen beteiligten Dienststellen der Modelle sind hierfür essentiell, aber auch weitere Gespräche zu späteren Zeitpunkten beim Sozialdienst sind erforderlich. Besonders in den Fällen, in denen Personen eine längere Zeit in der Einrichtung verbleiben. Ferner ist es deshalb auch notwendig, in den Aufnahmeeinrichtungen weiterhin Sozialdienste bereitzustellen, welche die Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besonders beachten, obwohl in den Ankunftszentren Sozialdienste mit demselben Ziel bestehen.

In den *Ankunftszentren* soll innerhalb kurzer Zeit eine Anhörung stattfinden und über den Asylantrag entschieden werden. Die kurze Zeit kann dazu führen, dass die Zeit, sich auf die Anhörung vorzubereiten, besonders für Personen aus bestimmten Herkunftsländern, bei denen die Verfahrensdauer verkürzt ist, unzureichend ist. Die Betroffenen sind durch die Kürze der Zeit nicht immer ausreichend informiert über ihre Rechte und spezielle Situation als besonders schutzbedürftige. Auch die Kürze der Gutachtenfrist beeinflusst den Asylsuchenden negativ. Bei einer verkürzten Verfahrensdauer besteht die

Gefahr, dass Personen mit einem besonderem Schutzbedarf nicht erkannt und als Folge nicht entsprechend geschützt werden. Frühzeitige Informationen zu besonderer Schutzbedürftigkeit und besonderen Verfahrensgarantien müssen gewährleistet werden.

*Die Verteilung der Asylsuchenden an die Kommunen vor dem Abschluss der diagnostischen Gespräche* zeigt darüber hinaus, wie die Zeit den Früherkennungsprozess beeinflussen kann. Somit kann kein vollständiger Befundbericht mit Empfehlungen erstellt werden und das Risiko besteht, dass der Betroffene seine Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nehmen kann.

Letztlich kann der Faktor Zeit auf das Personal einen Einfluss haben. *Ein systematischer Einsatz des PROTECT-Fragebogens* wird von einigen MitarbeiterInnen als zeitaufwändig empfunden. Evtl. könnten auch weitere Aufgaben des Modells als extra Aufwand betrachtet werden. Allerdings zeigt die Evaluation, dass mehrere MitarbeiterInnen ihre Aufgaben durchführen und gegen einen systematischen Einsatz des Fragebogens keine Einwände hätten. Es ist deshalb davon auszugehen, dass eher andere Faktoren bzgl. einer mangelnden Durchführung der Aufgaben entscheidend sind. Nichtsdestotrotz gab es Hochphasen, in denen deutlich vermehrt Asylsuchende in die Aufnahmeeinrichtungen kamen, was dazu führte, dass die Aufgaben zur Früherkennung nicht ausreichend erfolgreich sein konnten. Die Zeit war in diesen Phasen definitiv nicht ausreichend, um allen Asylsuchenden die notwendige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, um Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit zu erkennen.

## Personal, Finanzierung und Förderung der Schulungen

Zusätzlich wird ausreichend Personal mit entsprechenden Qualifikationen und Fähigkeiten, geeignete Einrichtungen sowie Ausrüstung und Förderung etc. benötigt um den Früherkennungsprozess erfolgreich durchzuführen.

Jedes Sozialdienst-Team der untersuchten Standorte verfügt über ca. 10 MitarbeiterInnen, die mit den Asylsuchenden Erstgespräche führen und somit nach Hinweisen von Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen schauen sollen. Die Diagnostik in den Kliniken wird von der LAB finanziert. Damit ist eine sehr wichtige Voraussetzung des Funktionierens des Modells erfüllt.

Die Kliniken müssen allerdings ausreichend Ressourcen haben, um den Patienten diagnostische Gespräche anbieten zu können. Ein Personalmangel in den Kliniken führt

dazu, dass keine oder nur eine begrenzte Anzahl Betroffener vermittelt werden kann. An allen Standorten, außer in Friedland, sind die Kapazitäten in den Kliniken aktuell (Stand Mai 2018) unzureichend. Dies stellt ein Hauptproblem in der Implementierung des Modells in den Standorten dar. Die Suche nach Kooperationen mit geeigneten Kliniken, Ärzten, Psychotherapeuten etc. ist im Gange.

Damit das Personal Hinweise erkennen kann und die Wichtigkeit der Früherkennung versteht, sind Schulungen von großer Bedeutung. Schulungen versetzen MitarbeiterInnen in die Lage ihre Aufgaben durchzuführen, können zu mehr Engagement der MitarbeiterInnen führen und eine Unsicherheit gegenüber dem Thema vermindern. Das sind Faktoren, wie im Schaubild gezeigt wird, die sonst weiterhin den Erhalt der Unterstützungsleistungen erschweren. Außerdem können die MitarbeiterInnen Erfahrungen z.B. zu kulturellen/geschlechtsspezifischen Unterschieden und zur Verweigerung des Asylsuchenden sich behandeln zu lassen, miteinander thematisieren und diskutieren. Die Schulungen sind somit essentiell in dem Gelingen des Modells.

Ein Hinweis, dass das Modell die Zielgruppe wirksam erreichen kann, wenn die notwendigen Ressourcen eingesetzt werden, ist der deutliche Anstieg der Fallzahlen in Friedland in 2017. D.h. die erzeugte Aufmerksamkeit sowie Schulungen in der Sache haben eindeutig eine Wirkung auf die Früherkennung gehabt. Dies zeigt die Bedeutung fortlaufend Schulungen anzubieten. Dank eines AMIF-Projektes konnten Schulungen bei einigen Sozialdiensten und DolmetscherInnen vom NTFN realisiert werden. Ohne finanzielle Förderung können solche Schulungen jedoch nicht angeboten werden.

Auch bei den anderen Dienststellen müssen Personal und Förderung sichergestellt werden, damit der Früherkennungsprozess durchgeführt und die Unterstützungsleistungen angeboten werden können. Die Wohlfahrtsverbände müssen ihre Asylverfahrensberatung durchführen können, damit die Asylsuchenden auf ihre Anhörung vorbereitet sind und über ihre besondere Situation informiert werden. Das BAMF muss die Unterstützungsleistungen, z.B. durch Sonderbeauftragte, anbieten können. Besonders beim BAMF ist, dass es parallel zum Erbringen der Unterstützungsleistungen für besonders Schutzbedürftige auch im Früherkennungsprozess behilflich sein kann, indem die MitarbeiterInnen Hinweise erkennen und Betroffene an den Sozialdienst weitervermitteln. Schulungen sollten folglich bei allen Dienststellen stattfinden und müssen finanziert werden.



# Handlungsempfehlungen und Ausblick

## 5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND AUSBLICK

### 5.1 Handlungsempfehlungen

Die vorliegende Evaluation hat das Ziel, die Früherkennung besonders Schutzbedürftiger, insbesondere Asylsuchender, die unter Traumatisierung und/oder psychischen Erkrankungen leiden, im Aufnahmeverfahren zu verbessern. Sie soll den beteiligten Dienststellen helfen, das Modell zur Früherkennung und seinen Nutzen zu verbessern.

Auf Basis der Ergebnisse der Interviews wurden deshalb Optimierungsmöglichkeiten identifiziert und Handlungsempfehlungen entwickelt. Im Folgenden werden die allgemeinen Handlungsempfehlungen an die beteiligten Dienststellen vorgestellt. Zusätzlich wurden spezifische Handlungsempfehlungen zu den Standorten entwickelt und an die LeiterInnen der Sozialdienste der jeweiligen Standorte ausgehändigt.

Da es sich um eine prozessbezogene Evaluation handelt und dadurch Informationen fortlaufend an die beteiligten Dienststellen weitergegeben wurden, konnten schon einige Maßnahmen ergriffen werden. Z.B. wurden Schulungen zu erwünschten Themen für die Sozialdienste in Friedland, Braunschweig und Fallingb.-Oerbke durchgeführt. Auch eine Dolmetscherschulung wurde in Friedland durchgeführt, nachdem durch die Interviews klar wurde, dass dieses Thema ein Problem darstellt.

#### **I. Verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation**

Das Modell zur Früherkennung basiert auf guter *Zusammenarbeit und Kommunikation* zwischen den beteiligten Dienststellen. Durch die Interviews und Gespräche an allen Standorten konnte festgestellt werden, dass zwischen den verschiedenen Dienststellen ein gewisser Kommunikationsmangel besteht, der dazu führt, dass die Modelle nicht in vollem Maße funktionieren. Damit die Modelle jedoch optimal funktionieren können, muss die Kommunikation zwischen den Dienststellen somit verbessert werden. D.h. alle betroffenen MitarbeiterInnen müssen ihre Aufgaben kennen und entsprechend durchführen. Maßnahmen zur Früherkennung müssen definiert und festgelegt werden. Aufgrund einer hohen Personalfuktuation ist es notwendig, Strukturen immer wieder zu verfestigen. Zu diesem Zweck wird empfohlen, eine *Arbeitsgruppe* an den jeweiligen Standorten mit quartalsmäßigen Treffen von Ansprechpartnern der je-

weiligen Dienststellen zu bilden. Regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe sollen zukünftig den Austausch sicherstellen und den Kommunikationsmangel beheben, was zu einer Optimierung der Arbeitswege führen wird.

*Zwischen dem NTFN und den Sozialdiensten* mangelt es zuweilen an Kommunikation. Eine Empfehlung ist deshalb, *regelmäßige Gespräche* zwischen den Dienststellen durchzuführen. Beispielsweise könnten regelmäßige Fallbesprechungen die Zusammenarbeit stärken und würde dem Wunsch der Sozialdienste nach einer Rückmeldung seitens des NTFN im Nachgang zur Weitervermittlung gerecht werden. Durch die Durchführung dieser Evaluation, bereits angebotene Schulungen seitens des NTFN sowie verstärkten Gesprächen zwischen dem NTFN und den Sozialdiensten, sind die Fallzahlen deutlich gestiegen. Die Bedeutung einer guten Zusammenarbeit wird dadurch deutlich und sollte von beiden Seiten verbessert werden.

### 2. Informationen an die Asylsuchenden

Um eine besondere Schutzbedürftigkeit erkennen zu können, sind die SozialdienstmitarbeiterInnen häufig auf die Betroffenen selbst und ihre Bereitschaft über ihre besondere Situation zu erzählen angewiesen. Voraussetzung dafür, dass die Asylsuchenden von ihrer Beschwerden berichten, ist, dass sie für ihre Situation sensibilisiert und über ihre Rechte aufgeklärt sind. Fehlende Kenntnis über vorhandene medizinisch-psychologische Versorgung kann außerdem dazu führen, dass sie die Sinnhaftigkeit und mögliche Wirkung der eigenen Erzählungen zu ihren Beschwerden nicht verstehen und deswegen ggf. darauf verzichten. In den Aufnahmegesprächen muss folglich jede Person über *besondere Schutzbedürftigkeit* und die Rechte, die darauf folgen, *aufgeklärt* werden.

### 3. Regelmäßige Schulungen und Supervision

In allen Gesprächen wurden Schwierigkeiten der MitarbeiterInnen der Dienststellen festgestellt, Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen korrekt zu deuten. *Schulungen* zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen sind daher für alle Dienststellen sinnvoll und sollten *regelmäßig* durchgeführt werden. Zumindest bei den Sozialdiensten sollten die Schulungen dazu verpflichtend sein. Besonders wichtig wäre das Thema „Wie können Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen erkannt werden?“. Spezifische Themen wären ebenfalls vorteilhaft. Schulungen sollten ein beständiges Thema der Arbeitsgruppen sein, da regelmäßige Schulungen Voraussetzung einer gelungenen

Implementierung der Modelle sind. Auch andere Dienststellen, wie die Kinderbetreuung der Einrichtungen, sollten regelmäßige Schulungen erhalten.

Die MitarbeiterInnen der Sozialdienste wünschen sich mehr Kooperation mit den Sozialdiensten der anderen Standorte. Unsicherheiten zum Vorgehen bei der Verteilung an Folgeeinrichtungen bei Personen, für die ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen besteht, würden bei verbesserter Zusammenarbeit beseitigt werden können. Schulungen, die für den Sozialdienst durchgeführt werden, sollten gelegentlich zusammen mit den LAB-MitarbeiterInnen der anderen Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens stattfinden. Dadurch wird auch der *Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den LABs* ermöglicht, was zu einer Verbesserung der Früherkennung führen kann.

Weiterhin wird ans BAMF die Empfehlung gerichtet, *grundlegende Schulungen zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen für sämtliche MitarbeiterInnen des BAMF*, die in direkten Kontakt mit den Asylsuchenden kommen, anzubieten.

Von sämtlichen Dienststellen an allen Standorten sind *Schulungen* darüber hinaus auch für die *DolmetscherInnen* erwünscht. Die Rolle der DolmetscherInnen ist oft unklar. Mangelndes Verständnis für Traumatisierung und psychische Erkrankungen ist ein weiteres Problem. Außerdem ist der Beruf zum Teil sehr belastend, worauf die DolmetscherInnen idealerweise vorbereitet sein sollten. Da immer wieder neue DolmetscherInnen die Tätigkeit ausüben, sind regelmäßige Schulungen wünschenswert. Auch für DolmetscherInnen, die bereits seit längerem in diesem Rahmen arbeiten, sind Schulungen sinnvoll, um ihre Kenntnisse stets aktuell zu halten. Schulungen für DolmetscherInnen sollten allerdings kostenfrei oder kostengünstig sein, da sie sonst selbst diese bezahlen müssen, was ein Hindernis einer Teilnahme darstellen kann.

Durch die zum Teil sehr belastende Arbeit sind Supervisionsangebote für die MitarbeiterInnen von hoher Bedeutung. Supervision sollte regelmäßig durchgeführt werden. Auch für die vor Ort tätigen DolmetscherInnen sollte dies vorgesehen sein.

#### 4. Transparentes standardisiertes Verfahren

Der *Einsatz des PROTECT-Fragebogens* sollte bei jedem Asylsuchenden sichergestellt werden und nicht nur, wie es bei den Sozialdiensten zurzeit praktiziert wird, in den Fällen wo ein Verdacht auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen bereits besteht. Die Abwesenheit von erkennbaren Symptomen bedeutet nicht, dass die

Person keine traumatischen Erfahrungen gemacht hat und daher wäre es sinnvoll, den Fragebogen ganzheitlich einzusetzen. So kann sichergestellt werden, dass auch traumatisierte Personen, die keine erkennbaren Zeichen aufweisen, zur Diagnostik weitervermittelt werden.

Der Erfolg der Früherkennung steht und fällt mit der Rolle und dem Einsatz der SozialarbeiterIn. Diese müssen Ihre Aufgaben in Richtung Früherkennung sehr gewissenhaft durchführen. Alle Mitarbeiter sollten hier einen gleichen Standard vertreten. Es ist klar geworden, dass einige MitarbeiterInnen nur wenige bis keine Personen an psychologische Fachstellen oder anschließend ans NTFN weitervermitteln. Da einige MitarbeiterInnen also vermeintlich nicht immer in der Lage sind, ihre Aufgaben hinsichtlich der Früherkennung wahrzunehmen, ist eine interne Klärung notwendig, wie dieser Umstand behoben werden und ein gemeinsamer Standard unter allen MitarbeiterInnen etabliert werden kann. Eine Art Monitoring kann bspw. dabei hilfreich sein, der genaue Weg um so einen Standard durchzusetzen obliegt jedoch den Leitern der Sozialdienste.

Bei weiteren Untersuchungen der Meldungen von Friedland ans NTFN wurde klar, dass das Problem mit der *Weiterverteilung vor dem Abschluss der drei diagnostischen Gespräche* in der Institutsambulanz immer noch besteht. Vor Abschluss der Sitzungen kann jedoch kein vollständiger Befundbericht und demzufolge keine Empfehlungen für Behandlung oder Verteilung erstellt werden. Eine Verteilung vor Abschluss der Diagnostik-Termine sollte daher grundsätzlich nicht erfolgen.

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere bei der *Entscheidung über die Verteilung* wichtig. Entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung u.ä. müssen erreichbar sein. Laut den SozialarbeiterInnen werden die Empfehlungen größtenteils berücksichtigt. Nicht selten werden Personen, bei denen der Verdacht auf Traumatisierung besteht oder sogar ein entsprechender Bericht vorhanden ist, dennoch in Gebiete verteilt, wo es keine Behandlungsangebote gibt. Die Sozialdienste sollten daher Kontakt zur LAB-Verteilungsstelle aufnehmen, wenn eine Empfehlung zur Verteilung im Befundbericht besteht. Wenn der Verdacht auf Traumatisierung besteht, müsste eine Verteilung an Orte wo es keine Behandlungsangebote gibt, vermieden werden. Eine Empfehlung ist, *Gespräche mit der LAB-Verteilungsstelle durchzuführen*, damit gemeinsame Richtlinien erarbeitet werden können. Evtl. können Ansprechpartner in den Arbeitsgruppen der jeweiligen Standorte mit einbezogen werden.

Im Befundbericht der Institutsambulanz des Asklepios-Klinikum wird regelmäßig die Empfehlung gegeben, sich ans NTFN zu wenden, um Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Behandler zu erhalten. Eine *Standar-*

*dempfehlung zur Weitervermittlung ans NTFN* im Befundbericht auch von den restlichen Diagnosestellen wird empfohlen. Die Vermittlungsarbeit wird dadurch erleichtert. Ein Wunsch des Vermittlungspersonals des NTFN ist es, *vollständige und frühzeitige Informationen* von den SozialdienstmitarbeiterInnen zu erhalten. Dazu gehören neben Kontaktdaten zur Person auch Arztberichte, wenn die Patienten dem zustimmen. Es kommt hin und wieder zu Verzögerungen in der Arbeit des Personals, da die Sozialdienste nicht rechtzeitig oder nur unvollständige Informationen liefern.

Die *Dokumentation der gemeldeten Fälle* beim NTFN hat sich als unvollständig herausgestellt. Im Anmeldebogen des NTFN wird nicht immer deutlich, durch wen die Meldung erfolgt ist, was zu einem Fehlen des Falles in der Statistik führen kann. Um sämtliche Fälle in die Statistik mit einbeziehen zu können, muss ein Vermerk gemacht werden, der zur den LABs führt. Ferner, um die Übersicht zu erhalten, wird sämtlichen PSZs empfohlen, Tabellen über die Fälle, die von den LABs gemeldet werden, zu erstellen.

Wünschenswert wäre es, wenn die *Anzahl der Personen*, die direkt von der Landesaufnahmebehörde an die *Psychiatrie* weitervermittelt wurden, *dokumentiert würden*. So wäre eine repräsentative Datenerhebung über Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen möglich.

## 5. Keine Feststellung ohne Behandlungsangebote

Durch die Interviews ist klar geworden, dass es deutlich an *Kapazitäten bei den Kliniken* in Bramsche und Fallingb.-Oerbke fehlt. Wenige Möglichkeiten für Diagnostiktermine erschweren die Arbeit für die MitarbeiterInnen. Die fehlenden Kapazitäten in den Kliniken führen dazu, dass zu wenige Personen die benötigte Unterstützung erhalten. Eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Kliniken sollte weiterhin angestrebt werden. Auch in Braunschweig gibt es seit Februar 2018 keinen Kooperationsvertrag mit einer Klinik mehr. Dieses Problem muss dringend behoben werden.

Zudem sollte die Zeit, die besonders Schutzbedürftige brauchen, um ein *Gutachten* zu erhalten, mit in Betracht genommen und toleriert werden.

Das Verfahren der Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit ist letztlich nur dann sinnvoll, wenn diejenigen, bei denen eine Feststellung erfolgt ist, auch ein Behandlungsangebot erhalten.

Entsprechend ist die konsequente *Meldung und Weitervermittlung an das NTFN* essentiell, wenn auch die Betroffenen dies wünschen. Das NTFN kann auf Basis des Befundberichtes und bei vorliegender Schweigepflichtentbindung einen Antrag auf Psychotherapie stellen und bei der Suche nach TherapeutInnen behilflich sein.

Voraussetzung ist, dass entsprechende Behandlungsangebote auch vorgehalten werden können. Diese Notwendigkeit muss eine noch stärkere Beachtung finden. Nur mit *ausreichenden Kapazitäten und finanzieller Förderung der Behandlungsangebote* kann der Kreis geschlossen werden und schutzbedürftige Personen in passende Behandlungsangebote gelangen. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise durch alle Standorte der Wunsch geäußert, dass das NTFN jeweils eine Außenstelle vor Ort anbieten möge. Dies kann die Zusammenarbeit, die Erkennungsraten und somit den Weg in die Behandlung noch weiter verbessern.



Nachfolgend die Handlungsempfehlungen zusammengefasst:

Die Handlungsempfehlungen sollten als Hilfe betrachtet werden, um die Ergebnisse umsetzen zu können und können als Grundlage der Diskussionen der zu gründenden Arbeitsgruppe genutzt werden.

### **1. Verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation**

- Einrichtung von Dienststellenübergreifenden Arbeitsgruppen
- Regelmäßige Gespräche der Sozialdienste mit dem NTFN, um die Zusammenarbeit zu stärken

### **2. Informationen an die Asylsuchenden**

- Asylsuchende über besondere Situation und Rechte in den Aufnahmegesprächen informieren

### **3. Regelmäßige Schulungen und Supervision**

- Regelmäßige Schulungen für alle Dienststellen des Modells
- Förderung von Austausch, z.B. gemeinsame Schulungen aller Sozialdienst-MitarbeiterInnen aller Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens
- Schulung für sämtliche MitarbeiterInnen des BAMF
- Schulungen für DolmetscherInnen
- Regelmäßige Supervisionsangebote

### **4. Transparentes standardisiertes Verfahren**

- Klare Festlegung von Strukturen und Abläufen
- Systematischer Einsatz des PROTECT-Fragebogens
- Alle SozialdienstmitarbeiterInnen sollten einen gleichen Standard zur Früherkennung vertreten
- Keine Verteilung vor Abschluss der Diagnostik-Termine
- Gespräche mit der LAB-Verteilungsstelle, um Verteilung in Gebieten mit wenig oder keinen Behandlungsangeboten zu vermeiden
- Standardempfehlung bzgl. Weitervermittlung ans NTFN im Befundbericht
- Dokumentation der Anzahl der Personen, die direkt von der Landesaufnahmebehörde an die Psychiatrie weitervermittelt wurden
- Verbesserung der Dokumentation der ans NTFN gemeldeten Fälle

### **5. Keine Feststellung ohne Behandlungsangebote**

- Kooperationsverträge mit Diagnosestellen schließen
- Im Asylverfahren längere Zeiten bei Erstellung von Arztberichten/ Stellungnahmen tolerieren
- Konsequente Weitervermittlung schutzbedürftiger Personen an das NTFN
- Kontinuierliche finanzielle Förderung und Ausweitung bestehender Behandlungsangebote (z.B. Vor-Ort-Außenstellen des NTFN)

## 5.2 Ausblick

Das „Friedländer Modell“ wurde in sämtlichen Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens eingeführt. Ein einheitliches Verfahren zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit ist dadurch auf einem guten Weg. Die vorliegende Evaluation kann als Grundlage einer Optimierung der Situation besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren dienen. Das "Friedländer Modell" schließt die Sozial- und Gesundheitsdienste, die Frühdiagnostik und die Weiterleitung in die Versorgung durch das NTFN ein. Mit der vollständigen Durchführung der Aufgaben zur Früherkennung von sämtlichen MitarbeiterInnen, verbesserter Kommunikation zwischen den Dienststellen und ausreichenden Kapazitäten bei den Dienststellen, wäre das Modell in der Lage, eine höhere Anzahl besonders schutzbedürftiger Personen zu identifizieren, in die Behandlung weiterzuvermitteln und besondere Unterstützungsleistungen im Aufnahmeprozess anzubieten.

Das Problem, dass vermeintlich nicht alle MitarbeiterInnen der Sozialdienste ihren Aufgaben vollständig gerecht werden und somit den Personen, für die sie zuständig sind, nicht die Möglichkeit geben, ihr Recht auf besondere Unterstützungsleistungen, inklusive psychologischer Hilfe, in Anspruch zu nehmen, dürfte relativ einfach zu beheben sein. Auch der Kommunikationsmangel zwischen Dienststellen könnte durch regelmäßige Arbeitsgruppen beseitigt werden. Deutlich problematischer ist es, die fehlenden Kapazitäten in den Diagnosestellen zu verbessern. Besonders an den Standorten, wo es keine Kooperation mit Diagnosestellen gibt, kann es durchaus lange dauern, bis eine Lösung gefunden wird.

Dies spiegelt ein grundsätzliches Problem sowohl in Niedersachsen, als auch deutschlandweit wieder. Eine Mangelversorgung an Psychotherapeuten führt dazu, dass viele Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, nicht die Hilfe bekommen, die sie benötigen. Dies gilt besonders in strukturschwachen Gebieten, aber auch in gut versorgten Gebieten gibt es nicht immer die Möglichkeit, eine Therapie zu beginnen. Selbst wenn eine psychische Erkrankung frühzeitig erkannt wird, ist eine therapeutische Versorgung nicht notwendigerweise durch das Gesundheitssystem abgedeckt. Daher wird es als notwendig erachtet, Behandlungskapazitäten nachhaltig vorzuhalten.

Der nächste Schritt, der zu evaluieren wäre, sofern ein vollständiges Bild zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in Niedersachsen angestrebt wird, wäre deshalb, wie es nach dem Friedländer Modell weiter geht: Welche Probleme/Hindernisse gibt es in der Beantragung von Kostenübernahme der Behandlung und Dolmetscherkosten? Wie sehen die Therapiemöglichkeiten

aus? Welche Erfahrungen haben die Betroffenen gemacht u.v.m.. Auch nach dem Abschluss des Aufnahmeverfahrens, d.h. nach Verteilung an die Kommunen, sollte eine Früherkennung weiterhin ein Thema sein. Hier gäbe es andere Einrichtungen, wie z.B. Schulen, Flüchtlingsunterkünften etc., die in der Früherkennung behilflich sein können. Mit einem optimal funktionierenden Modell in den Aufnahmeeinrichtungen wären die Aufgaben zur Früherkennung in diesen genannten Einrichtungen gleichsam weniger erforderlich, da die Betroffenen dann schon identifiziert und in die Behandlung vermittelt wurden. Für viele Einrichtungen der Gesellschaft hat somit ein funktionierendes Friedländer Modell ebenfalls eine immense Bedeutung.



## LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

### LITERATUR

- Belz, Ma., Belz, Mi., Özkan, I. & Graef-Calliess, I.T. (2017): Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. In: *Transcultural Psychiatry* 2017, 54(5-6), S. 595-610.
- Behrens, B. & Groß, V. (2004): Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück
- Bloemen, E., Vloeberghs, E. & Evers, S. (2014): Een onderzoek naar het gebruik van de Protect vragenlijst in de medische intake van GCA
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2015): BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, Berlin
- Bundesregierung (2016): Antwort auf die Kleine Anfrage, BT-Drs. 18/9009, Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2017). Standards für Evaluation. Mainz: DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2016): Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Berlin
- Dokumentation der Fachtagung „Besondere Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden feststellen“. Rechtliche Bedingungen und Praxismodelle für das Aufnahme- und Asylverfahren. (2014)
- Flatten, G., Gast, U., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Redde-mann, L. & Wöller, W. (2011): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. In: *Trauma & Gewalt*, 3, S. 202–201.
- Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, 11 (5), S. 59–66.
- Gadeberg, A. K., & Norredam M. (2016): Urgent need for validated trauma and mental health screening tools for refugee children and youth. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25 (8), S. 929–931
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008): Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. In: *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), S. 224–231.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), S. 12-20.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGSI-MH). In: *Der Nervenarzt*, 85(1), S. 77–87.
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017): Mental health screening in refugees – assessing the needs of the vulnerable seeking asylum. Präsentiert bei der 15. European Conference on Traumatic Stress, Odense, Dänemark
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (Hg.) (2009): Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten (Neufassung): [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/com/com\\_com%282008%290815\\_/com\\_com%282008%290815\\_de.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282008%290815_/com_com%282008%290815_de.pdf)
- Kromrey, H. (2001): Evaluation - ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung; Empfehlungen für die Praxis. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24 (2), S. 105-131.
- Laban, C., Gernaat H., Komproe I., Schreuders B., & De Jong J.. (2005): Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (12): S. 843-51.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004): PTSD (post-traumatic stress disorder) - The management of PTSD in primary and secondary care. Leicester.

PROTECT (2011): Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment, verfügbar unter: <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-global-german.pdf>

PROTECT-Fragebogen zur Früherkennung psychischer Traumatisierung bei Flüchtlingen (2010-2011): verfügbar unter: <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-questionnaire-german.pdf>

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), 29.06.2013

Richter, K., Lehfeld, H., & Niklewski, G. (2015): Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. In: *Das Gesundheitswesen*, 77(11), S. 834–838.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004): *Evaluation – A Systematic Approach*, Seventh Edition. Thousand Oaks, Sage Publications

Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010): Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), S. 151–160.

Sandalio, R. N. (2018): Life After Trauma: The Mental-Health Needs of Asylum Seekers in Europe. In: *Migration Information Source*, verfügbar unter: <https://www.migrationpolicy.org/article/life-after-trauma-mental-health-needs-asylum-seekers-europe>

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. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), S. 537–549.

Stockman, Reinhard (2004): Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. Saarbrücken

Strauss, A. & Corbin, J. (1990): *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory - Procedures and Techniques*. London.

## INTERVIEWS UND GESPRÄCHE MIT DIENSTSTELLEN IN FRIEDLAND

Interview mit einem Mitarbeiter der Krankenstation in Friedland im August 2016 (Transkription und Memorandum).

Interview mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes der LAB Friedlands im August 2016 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einer Mitarbeiterin des Asklepios Fachklinikum Göttingen, Institutsambulanz, Schwerpunkt für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten, im September 2016 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Außenstelle Friedland im November 2016 (Transkription und Memorandum).

Gruppeninterview mit verschiedenen MitarbeiterInnen Friedlands (Caritas, Innere Mission) im August 2016 (Transkription und Memorandum).

Gespräche mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes Friedland im August und November 2016 (Memoranden).

## INTERVIEWS UND GESPRÄCHE MIT DIENSTSTELLEN IN BRAUNSCHWEIG

Interview mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes der LAB Braunschweigs im Juni 2017 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter der Caritas Braunschweig im Juni 2017 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Refugiums Braunschweig im Juni 2017 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes der LAB Braunschweig im August 2017 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter der Institutsambulanz der Technischen Universität Braunschweig im August 2017 (Transkription und Memorandum).

Gespräch mit einem Mitarbeiter des Sozialdienstes Braunschweig im Januar 2018 (Memorandum).

## **INTERVIEWS UND GESPRÄCHE MIT DIENSTSTELLEN IN BRAMSCHÉ**

Interview mit einem Arzt tätig in der Gesundheitsstation in Bramsche im Juli 2017 (Transkription und Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes in Bramsche im Juli 2017 (Transkription und Memorandum).

Gruppeninterview mit MitarbeiterInnen der Caritas im Juli 2017 (Transkription und Memorandum).

Gruppeninterview mit MitarbeiterInnen der Niels-Stensen-Kliniken im Juli 2017 (Transkription und Memorandum).

Interviews mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes Bramsches im August 2017 (Transkription und Memorandum).

Gespräch mit einem Mitarbeiter des Sozialdienstes Braunschweig im Februar 2018 (Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Außenstelle Bramsche im April 2018 (Memorandum).

## **INTERVIEWS UND GESPRÄCHE MIT DIENSTSTELLEN IN FALLINGBOSTEL-OERBKE**

Interview mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes Fallingbostel im November 2017 (Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Januar 2018 (Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes in Fallingbostel-Oerbke im Januar 2018 (Memorandum).

Interview mit einem Mitarbeiter des Diakonischen Werkes Walsrode im Februar 2018 (Memorandum).

## **INTERVIEWS MIT ASYLSUCHENDEN UND UNTERSTÜTZERINNEN**

Interview mit Frau A im Januar 2018 (Memorandum).

Interview mit Herrn A im April 2018 (Memorandum).

Interview mit Frau B., ehrenamtliche Unterstützerin, im Januar 2018 (Memorandum).

Interview mit Frau C., ehrenamtliche Unterstützerin, im Februar 2018 (Memorandum).

Interview mit Frau D., ehrenamtliche Unterstützerin, im März 2018 (Memorandum).

Interview mit Herrn B., ehrenamtlicher Unterstützer, im Februar 2018 (Memorandum).

## **WEITERE INTERVIEWS UND GESPRÄCHE**

Interview mit einem Mitarbeiter der LAB NI im Oktober 2017 (Transkription und Memorandum).

Telefonat mit Evert Bloemen am 16.04.2018

Gespräche mit MitarbeiterInnen des NTFN im Februar und März 2018 (Memoranden).

## **TEILNEHMENDE BEOBACHTUNGEN**

Memorandum zur Besichtigung sowie zu einem Gespräch mit LeiterInnen Fallingbostel-Oerbkes (BAMF, LAB NI, Krankenstation) im Oktober 2016.

## **SONSTIGE DOKUMENTE**

Vortrag von einer Mitarbeiterin der Krankenstation Friedland im August 2016 (Memorandum).



## Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

**PROTECT** Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment

### 1. Was ist das Ziel dieses Fragebogens?

- Dieser Fragebogen wurde zur Erleichterung der Aufnahme von Asylsuchenden gemäß der Richtlinien des Europäischen Rates\* entwickelt.
- Der Fragebogen hilft bei der Früherkennung von Personen mit traumatischen Erlebnissen - z.B. Folteropfer, Opfer psychologischer, physischer oder sexueller Gewalt.
- Asylsuchende mit traumatischen Erlebnissen sollten bereits in einem frühen Stadium des Asylverfahrens an entsprechendes Fachpersonal des Gesundheitssystems verwiesen werden, um eine Verschlechterung und Chronifizierung der gesundheitlichen Probleme zu verhindern und die Anpassung der Aufnahmebedingungen und des Asylverfahrens zu ermöglichen.

### 2. Wann soll der Fragebogen angewendet werden?

- Nach der Ankunft im Aufnahmeland sollten Erste Hilfe und Unterkunft bereitgestellt werden. Erst nach einer Ruhephase (z.B. 7-10 Tage) kann der Fragebogen sachgemäß verwendet werden.
- Im Zweifelsfall ist es besser, den Fragebogen auch unter schlechten Voraussetzungen (z.B. keine Ruhephase) zu verwenden, anstatt keine Befragung durchzuführen.
- psychische Probleme, die durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen werden, können u.U. auch erst später auftreten. In solchen Fällen sollte der Fragebogen nochmals verwendet und die Einschätzung ggf. korrigiert werden.

\* Vor allem mit Bezug auf Artikel 17 und auf die Artikel 15 und 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (Council Directive laying down minimum standards for the reception of Asylum Seekers - 2003/9/EC of 27th January 2003) sowie mit Bezug auf die Artikel 12, 3 und 13, 3, Buchstabe a) der Prozedurrichtlinie (Council Directive on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection - 2005/85/CE of 1st December 2005).

### 3. Wie soll der Fragebogen angewendet werden?

- Bitte lesen Sie dem Asylsuchenden die folgende kurze Einführung vor der Befragung vor. Sie dient dazu, den Asylsuchenden über den Zweck der Fragen aufzuklären und die Situation vertrauensvoll zu gestalten.
- Der Fragebogen erlaubt eine erste Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Traumatisierung vorliegt, indem die Anzahl der bestätigten Symptome den Kategorien „geringe Wahrscheinlichkeit“, „mittlere W'keit“ und „hohe W'keit“ zugeordnet wird.
- Nach dem Ausfüllen des Fragebogens soll eine Kopie an den Asylsuchenden gegeben werden. Er soll darauf hingewiesen werden, den Fragebogen bei der Konsultation von Personen des Gesundheitssystems, eines Anwalts oder Behördenmitarbeitern vorzulegen.

#### **Text, der vor der Befragung vorgelesen werden soll:**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Europäische Union hat Richtlinien herausgegeben um die Situation einzelner Asylsuchender zu berücksichtigen, die besondere Unterstützung brauchen.

Die Fragen, die ich Ihnen stellen will, wurden von Spezialisten entwickelt. Es handelt sich um Fragen zu Ihrer Gesundheit. Der Zweck der Fragen ist es, Ihre speziellen Bedürfnisse zu klären, damit Ihnen die entsprechende Hilfe angeboten werden kann.

Das heißt, es gibt keine guten oder schlechten Antworten zu den Fragen. Es ist wichtig, dass Sie so frei und natürlich wie möglich zu antworten.

Bei der Beantwortung der Fragen denken Sie bitte daran, wie es Ihnen in den vergangenen zwei Wochen ging.

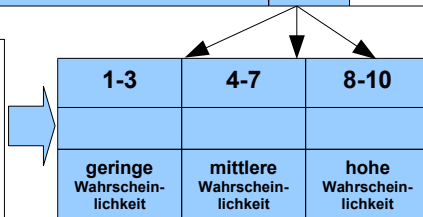


## Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Dieser Fragebogen eignet sich nicht, den rechtlichen Status des Asylsuchenden zu bestimmen oder Ansprüche und Rechte der Person in weiteren Verfahren zu beschränken.

<b>Die Antworten sollen sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen</b>		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Alpträume?		
3.	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?		
4.	Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?		
5.	Werden Sie schnell wütend?		
6.	Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhafte Ereignisse?		
7.	Haben Sie häufig Angst?		
8.	Vergessen Sie häufig Dinge im Alltag?		
9.	Haben Sie das Interesse an ihrer Umwelt verloren?		
10.	Haben Sie häufig Probleme sich zu konzentrieren?		
<b>Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen</b>			

**Einordnung:**  
Bitte markieren Sie die entsprechende Kategorie, um die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung anzugeben.



**PROTECT** Process of Recognition and Orientation of Torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment

**Bitte überweisen Sie den Asylsuchenden im Falle einer „mittleren“ oder „hohen“ Wahrscheinlichkeit zur weiteren Untersuchung an eine psychologische oder medizinische Fachstelle!**

**Weitere Beobachtungen:**

**Name des Asylsuchenden:**

**Herkunftsland:**

Bitte geben Sie eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens an den Asylsuchenden mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/innen vorzulegen.

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
**Organisation  
(Stempel)**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**





## Die Evaluatorin

Jenny Thomsen ist seit 2016 als Mitarbeiterin des AMIF-Projekts zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in Niedersachsen beim NTFN tätig. Davor hat sie mehrere Jahre im Rahmen von Migrationsprojekten gearbeitet.

Frau Thomsen hat an der Universität Växjö, Schweden, "Social Policy and Welfare Studies" im Hauptfach Soziologie studiert. Besonders relevant für das vorliegende Projekt war ihre zusätzliche Ausbildung in Evaluationsmethodik und Projektmanagement, die sie als Teil dieses Master-Programms absolvierte. Ferner hat sie an der Universität Malmö, Schweden, einen Bachelor im Studienfach Menschenrechte erlangt, mit Fokus auf dem Bereich Minderheitenrechte. Die Kombination aus Sozialforschungsmethoden, Evaluationsmethodik und der Rechtsperspektive durch ihre Studien war für die Durchführung der Evaluation hilfreich.

Ihr besonderes Interesse an qualitativen Sozialforschungsmethoden belegen ihre Feldstudien „The Recent Flow of Asylum-seekers from Georgia to Poland“ (2009) in Tiflis, Georgien, „The Assyrians/Syriacs of Turkey - A forgotten people“ (2008) in Istanbul, Türkei, und „Towards Equality - Oppressed Non-White Women in Cape Town, South Africa“ (2006) in Kapstadt, Südafrika.

