Im Rahmen des bundesweiten Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken (THS), koordiniert durch die BAfF

BAfF
Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

NFN
Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

Europa fördert
Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds
Europäische Union

Leitfaden zum Umgang mit traumatisierten und psychisch erkrankten Geflüchteten im Aufnahmeverfahren

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 2
Welche Unterbringung ist für traumatisierte und psychisch erkrankte Personen geeignet? 6
„Sichere Orte“ schaffen 8
Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit fördern 9
Erkennen besonderer Schutzbedürftigkeit 12
Informationen für die Asylsuchenden 13
Hinweisaufnahme 14
Vermittlung an Fachstellen 22
Zugang zu Behandlung und Betreuung 24
Verteilung an weitere Standorte und Kommunen 25
Asylverfahren 26
Asylverfahrensberatung 26
Berücksichtigung besonderer Schutzbedürftigkeit im Asylverfahren 28
Zusammenarbeit der Akteur*innen und Qualitätssicherung 34
Literaturverzeichnis und -empfehlungen 36
Anhang I – Triggerfaktoren in Gemeinschaftsunterkünften 40
Anhang II – PROTECT-Fragebogen 42
Anhang III – Anforderungen an ärztliche Atteste in Verfahren des Aufenthalts-, Asyl- und Flüchtlingsrechts 46
Impressum 48

Einleitung

„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.“ (EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Erwägungsgrund 14)

Geflüchtete Menschen haben oftmals schwere Menschenrechtsverletzungen erlebt und leiden infolge ihrer Erlebnisse häufig unter Traumafolgeerkrankungen. Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung und zu freiwilligen Migrant*innen sind Geflüchtete vielfach stärker von psychischen Störungen betroffen (Peconga et al., 2019; Nesterko et al., 2019; Winkler et al., 2019; Richter et al., 2018; Solberg et al., 2020). ***„Aktuelle Studien aus Deutschland berichten über eine sehr hohe Punktprävalenz von Depressionen, Posttraumatischer Belastungsstörung und Angststörungen bei Bewohnern von Landesaufnahmebehörden.“*** (DGPPN & NTFN (Hg), 2020). Laut einer in einer Landesaufnahmebehörde in Leipzig durchgeführten Studie wurden bei 49,7% der befragten Geflüchteten mindestens eine der untersuchten psychischen Störungen festgestellt, wovon knapp 30% an einer depressiven Episode oder einem anderen depressiven Syndrom und knapp 30% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten (Nesterko et al., 2019). Eine Untersuchung in Berlin zeigte bei 74,6% der untersuchten Geflüchteten Symptome von mindestens einer psychischen Erkrankung auf (Winkler et al., 2019). In einer Studie von Richter et al. (2018), wurden in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern bei 45% der Asylsuchenden eine oder mehrere psychische Diagnosen festgestellt.

Eine **frühzeitige Erkennung von posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen** kann eine Chronifizierung der Krankheit vorbeugen, komorbide Erkrankungen verhindern und die Heilungschancen vergrößern. Zudem kann eine Früherkennung eine Anpassung der Aufnahmebedingungen und des Asylverfahrens ermöglichen, um beizutragen Postmigrationsfaktoren zu verringern. Eine möglichst frühe Behandlung ist außerdem eine Voraussetzung für die erfolgreiche Integration der Betroffenen. Entscheidend für die Verarbeitung der Krankheiten sind eine sichere Umgebung sowie stabilisierende psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote. Die Qualität der Unterbringung im Rahmen der Aufnahme, eine entsprechende Betreuung und spezielle Unterstützungsleistungen im Asylverfahren sind zu diesem Zweck essentiell.

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. Um die besonderen Leistungen garantieren zu können, müssen betroffene Asylsuchende als Personen mit besonderen Bedürfnissen erkannt werden.

Um der Aufnahmerichtlinie nachzugehen und die Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen zu fördern, ist 2012 das **Friedländer Modell** in der Erstaufnahmeeinrichtung Friedland entstanden, maßgeblich auf Initiative von Dr. Ibrahim Özkan, dem damaligen Leitenden Psychologen des Schwerpunkts Kulturen, Migration und psychische Krankheit an der psychiatrischen Institutsambulanz des Asklepios Fachklinikums Göttingen. Das Modell berücksichtigt die hauptsächlichen Akteur*innen, die im Aufnahmeprozess mit dem Thema in Kontakt kommen (die Sozialdienste, die Gesundheitsdienste, die kooperierenden Diagnosestellen, das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), die Wohlfahrtsverbände sowie das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN)). Ziel ist es, die Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen unter den besonders schutzbedürftigen Personen frühzeitig zu erkennen. Um dafür ein einheitliches Vorgehen in Niedersachsen zu erreichen, wird das

„Friedländer Modell“ schrittweise an sämtlichen Standorten der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB NI) implementiert. In Niedersachsen gibt es insgesamt sechs Standorte der LAB (Bramsche, Braunschweig, Fallingbostel-Oerbke, Friedland, Oldenburg und Osnabrück).

Eine ausführliche Beschreibung des „Friedländer Modells“ und seine Umsetzung in den Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens sind zu finden in der ***„Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren - Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen“ (Thomsen, 2018).***

Der vorliegende Leitfaden basiert auf der Aufnahmerichtlinie und hat das Anliegen, den Mitarbeitenden im Aufnahmeprozess eine **leitfadengestützte Orientierung zum Umgang mit traumatisierten und psychisch erkrankten Geflüchteten** an die Hand zu geben sowie Rahmenbedingungen vorzuschlagen, wie eine angepasste Aufnahmesituation im Sinne der Richtlinie aussehen könnte. Die Hinweise im Leitfaden sind aus Sicht des NTFN förderlich, um auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftige Menschen eingehen zu können. Damit die Ergebnisse für die Mitarbeitenden sinnvoll und durchführbar sind, wurden beteiligte Akteur*innen mit in der Entwicklung des Leitfadens einbezogen.[1]

Die Entwicklung des Leitfaden ist Teil eines durch den **Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) geförderten Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken”[2],** koordiniert durch die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.). Ziel des Teilprojekts ist die Verbesserung der Umsetzung der Aufnahmerichtlinie in Niedersachsen durch Vernetzung und Kooperation.

Im Text wird mehrfach auf zwei Leitfäden hingewiesen. Die **„Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“** wurden im Rahmen einer Initiative vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und UNICEF (2018) als Handlungsempfehlung herausgegeben. Besonders im Annex zur „Umsetzung der Mindeststandards für geflüchtete Menschen mit Traumafolgestörungen“ sind **hilfreiche Informationen zur Situation psychisch erkrankter Menschen in Flüchtlingsunterkünften** zu finden. Der „Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin - Für Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF)“ (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (Hg.), 2018), miterarbeitet vom Berliner Netzwerk für besonders Schutzbedürftige, bietet hilfreiche Informationen und Hinweise für Gesprächsführung mit den Betroffenen und Erkennung von Hinweisen von psychischen Erkrankungen. Außerdem sind hier Hintergrundinformationen, Indikatoren, Bedarfe und Handlungsempfehlungen zu weiteren besonders schutzbedürftigen Gruppen zu finden. Weitere wichtige Leitfäden, die sich mit anderen besonders vulnerablen Gruppen beschäftigen, finden Sie im Literaturverzeichnis.

[1] Teile der Inhalte des Leitfadens wurden mit Mitarbeitenden einiger Sozialdienste und des BAMF sowie mit Ärzt*innen, die bei den Gesundheitsdiensten tätig sind, besprochen. Auch der Flüchtlingsrat Niedersachsen hat wertvolle Hinweise geliefert.
[2] http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/

Welche Unterbringung ist für traumatisierte und psychisch erkrankte Personen geeignet?

Kleine Aufnahmeeinrichtungen, stadtnah und leicht erreichbar

Kurze Verweildauer in Aufnahmeeinrichtungen (Richtwert 3 Monate)

transparentes Gewaltschutzkonzept

geschützte Unterbringung auf Wunsch

Privatsphäre und Rückzugsräume

höchstmögliches Maß selbstbestimmter Lebensführung

Transparenz über alle Abläufe in der Einrichtung und Möglichkeiten der Mitbestimmung

Zugang zu Arbeit, Beschäftigung, Bildung und Mobilität

Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle

Berücksichtigung von Verwandtschaftsverhältnissen und sozialen Beziehungen bei der Verteilung

Möglichst dezentrale Unterbringung in Wohnungen in den Kommunen

In Art. 18 der EU-Aufnahmerichtlinie wird darauf hingewiesen, dass die Situation von schutzbedürftigen Personen auch bei der Unterbringung berücksichtigt werden muss.

(3) „Bei der Unterbringung der Antragsteller in den in Absatz 1 Buchstaben a und b genannten Räumlichkeiten und Unterbringungszentren berücksichtigen die Mitgliedstaaten ***geschlechts- und altersspezifische Aspekte*** *sowie* ***die Situation von schutzbedürftigen Personen.***
(4) Die Mitgliedstaaten treffen geeignete Maßnahmen, damit ***Übergriffe und geschlechtsbezogene Gewalt einschließlich sexueller Übergriffe und Belästigung*** *in den in Absatz 1 Buchstaben a und b genannten Räumlichkeiten und Unterbringungszentren* ***verhindert*** *werden.*
(5) Die Mitgliedstaaten tragen so weit wie möglich dafür Sorge, dass ***abhängige erwachsene Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme gemeinsam mit nahen volljährigen Verwandten untergebracht werden,*** *die sich bereits in demselben Mitgliedstaat aufhalten und die für sie entweder nach dem einzelstaatlichen Recht oder den Gepflogenheiten des betreffenden Mitgliedstaats verantwortlich sind.*
(6) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass ***Antragsteller nur dann in eine andere Einrichtung verlegt werden, wenn dies notwendig ist.*** *Die Mitgliedstaaten ermöglichen den Antragstellern, ihren Rechtsbeistand oder Berater über die Verlegung und die neue Adresse zu informieren.*
(7) Das in den Unterbringungszentren eingesetzte Personal muss angemessen geschult sein und unterliegt in Bezug auf die Informationen, die es durch seine Arbeit erhält, der Schweigepflicht, wie sie im einzelstaatlichen Recht vorgesehen ist.
(8) ***Die Mitgliedstaaten können die Antragsteller über einen Beirat oder eine Abordnung der untergebrachten Personen an der Verwaltung der materiellen und der nicht materiellen Aspekte des Lebens in dem Zentrum beteiligen.*** (DE29.6.2013 Amtsblatt der Europäischen Union L 180/105)

Einerseits geht es also um die Sicherheit der Räume im engeren Sinn, um körperliche Unversehrtheit und die Verminderung von Angst vor realer Gefahr. Andererseits geht es auch um die Möglichkeiten des Rückzugs, der Sicherheit der Privatsphäre und um die Gestaltung des Alltags in einer Situation, die in hohem Maße durch existentielle Ungewissheit über die Zukunft belastet ist. Diese Maßnahmen begünstigen psychische Sicherheit und Stabilität.

„Lebensbedingungen, die eine allgegenwärtige Präsenz von Perspektivlosigkeit und Unsicherheit produzieren und verstärken, sind nicht geeignet, Asylsuchende, die belastende Fluchterfahrungen hinter sich haben, in ihrer Gesundheit zu stärken."
(Behrensen et al. 2004:102-103).

Hilflosigkeit und Kontrollverlust sind die Kernerfahrungen traumatischen Erlebens.

Erneutes Erleben von Ausgeliefertsein und Ohnmacht kann als Trigger wirken und damit erneut Verzweiflung, Angst, Panik und Wut auslösen und die Symptomatik posttraumatischer Erkrankungen verstärken.

Alles, was Kontrollgewinn bedeutet, hilft im Prozess der Überwindung des Leidens.

Eine **traumasensible Atmosphäre und Haltung sämtlicher Mitarbeitenden** ist daher von hoher Bedeutung im Umgang mit besonders schutzbedürftigen Personen. Dies gilt auch für Sicherheitsdienste und Verwaltungsmitarbeitende.

Zu den Grundprinzipien traumasensiblen Handelns gehören:

- Vermeidung von Hilflosigkeit und Kontrollverlust durch Transparenz, Verlässlichkeit und Klarheit
- Schaffung von Selbstwirksamkeit durch Aktivitäten, Entscheidungen und Erfolgserlebnisse
- wertschätzendes soziales Umfeld.

„Sichere Orte" schaffen

Wie auch in den „Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften" vom Bundesfamilienministerium und UNICEF (2018) betont wird, braucht es bauliche Standards, die Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume in allen Gemeinschaftsunterkünften vorhalten. Denn die beengten Gegebenheiten und die fehlende Privatsphäre in Flüchtlingsunterkünften wirken grundsätzlich konflikt- und gewaltfördernd. Der Schutz vor Gewalttätigkeit muss gewährleistet sein. Übergriffe von Mitbewohner*innen, (ehrenamtlichen) Mitarbeiter*innen oder Externen müssen unmittelbar ernst genommen und aufgeklärt werden. Die Handlungsempfehlungen des Gewaltschutzgesetzes enthalten viele konkrete Vorschläge zur Umsetzung.

Beengte räumliche Bedingungen und fehlende Privatsphäre können auch die Symptome von Traumafolgestörungen verstärken, da sie das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle über die eigene Lebenssituation einschränken. Das Gefühl der Bedrohung bleibt. Schwerwiegende Angststörungen, Vermeidungsverhalten, Konzentrationsstörungen, Aggression, Selbstverletzung und sozialer Rückzug werden u.U. verstärkt. Soweit möglich ist daher eine Einzelzimmerunterbringung anzustreben. Steht diese nicht ausreichend zur Verfügung, braucht es klare und transparente Kriterien zur Vergabe der Plätze in Einzelzimmern. Mehrbettzimmer sind so zu gestalten, dass ein Rückzug dennoch möglich ist, z. B. durch Raumteiler. Eine getrennte Unterbringung von Eltern und Jugendlichen kann geboten sein. Zu allen Tages- und Nachtzeiten muss die Möglichkeit gewährleistet sein, das Zimmer abzuschließen. Rückzugsmöglichkeiten sollen ausreichend zur Verfügung stehen, z.B. durch Ruheräume. Auch im Außenbereich können ruhige, angenehme Plätze gemeinsam mit den Bewohner*innen der Einrichtung gestaltet werden. Insbesondere sind auch als sicher empfundene Sanitäranlagen notwendig.

Insbesondere die Sicherheitsdienste sind dahingehend zu schulen, dass die notwendigen Kontrollen, die der Sicherheit dienen sollen, nicht zu übergriffigem Verhalten gegenüber Einzelnen geraten. Es bedarf Handlungsleitfäden für Gewaltvorkommen, die Sozialdienstmitarbeitenden und Security bekannt sind.

> Beispiel: Ein Bewohner der Flüchtlingsunterkunft, ein Folterüberlebender, hat massive Schlafstörungen. Vor allem Dunkelheit ist für ihn unerträglich, dies führt im Mehrbettzimmer unweigerlich zu Konflikten. Nächtliche Geräusche führen zu Übererregungszuständen, die auch von Schreien und von Schlägen gegen die Wand (als vermeintliche Gefängniszelle) begleitet werden. Zwei Mitarbeiter des Sicherheitsdienstes greifen ein und fassen ihn ohne Vorankündigung jeweils fest an einem Arm. Daraufhin eskaliert die Situation und endet mit einem Polizeieinsatz.

Auch der Bereich **Mobilität** ist unter Sicherheitsaspekten zu prüfen, z.B. „Wie erreiche ich die Unterkunft bei Dunkelheit?". Die Gewissheit, zu jeder Zeit die Unterkunft verlassen und wieder zurückkommen zu können, ohne Angst vor dem Weg, ist ein wichtiger Aspekt des Wohlbefindens und des Sicherheits- und Kontrollgefühls besonders für alleinstehende Frauen. Auch die Möglichkeit, Versorgungs-, Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen selbständig erreichen zu können, ist von Bedeutung. Das Wissen über Rechte und Beratungsmöglichkeiten ist der erste Schritt von Gewaltschutz.

Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit fördern

„Eine eigenständige, selbstbestimmte Lebensführung ist wichtig, um das Gefühl der Kontrolle über das Selbst nach traumatischen Erlebnissen wieder zurückzuerlangen und (neues) Selbstbewusstsein zu gewinnen."
(BMFSFJ et al., 2018:54)

„Fehlende Selbstbestimmung und mangelnde Möglichkeiten zur Alltagsstrukturierung, als auch das Fehlen von sinnstiftenden Tätigkeiten und Anerkennung, können zu dauerhaften Belastungen führen, und erhöhen oft das Risiko psychische Störungen zu entwickeln oder diese zu verstärken."
(BMFSFJ et al., 2018:49)

Die Unterbringung in Großeinrichtungen, fehlende Möglichkeiten zur Selbstversorgung, das häufig mit erzwungener Untätigkeit verbundene Warten im Asylverfahren sowie die Ungewissheit über dessen Ausgang verstärken das Gefühl der Ohnmacht. Dem ist mit allen Möglichkeiten, die sich in der jeweiligen Situation bieten, entgegenzuwirken. Entscheidungsmöglichkeiten müssen auch in alltäglichen Situationen bestehen bleiben.

Eine größtmögliche **Transparenz** über die Abläufe und Regeln in der Aufnahmeeinrichtung, über Angebote und Möglichkeiten, sollte daher vorhanden sein. Zum Beispiel: „Was mache ich, wenn die Sanitätsstation geschlossen ist und ich Schmerzen habe? Gibt es woanders Schmerztabletten für solche Fälle?" oder „Wenn es mir oder meinem Zimmernachbar nachts schlecht geht, wohin kann ich mich wenden?" Transparente und klare Zeiten für Beratung sind auch von hoher Bedeutung.
Freizeitaktivitäten und Angebote zur Tagesstrukturierung dienen ebenfalls dem Wiederlangen von Sicherheit und Wohlbefinden. Durch Klarheit über Abläufe kann wiederum Hilflosigkeit vermieden werden. Angebote mit Gestaltungsmöglichkeiten können geschaffen werden (kreative Werkangebote, Kinderbetreuung mit Beteiligung der Bewohner*innen, Gartenprojekte, Fahrradwerkstatt, selbstorganisierte Angebote). Ehrenamtliche Strukturen, Unterstützer*innenkreise und andere Initiativen sollten unterstützt werden, damit diese Angebote stattfinden können. Dadurch kann auch die Eigeninitiative von Bewohner*innen gestärkt werden.

Zu einer **selbstbestimmten Lebensführung** gehört die Möglichkeit, den Alltag und seine Abläufe zu gestalten und auf das direkte Wohn- und Lebensumfeld Einfluss nehmen zu können. Dazu gehört auch die eigene Essenszubereitung oder Besuch in der Unterkunft. Möglichkeiten der Partizipation, bei der auch Verantwortung übernommen werden kann, lassen sich z.B. durch Bewohner*innenräte (z.B. pro Etage, pro Haus oder pro Community) schaffen. Die Einrichtung einer **unabhängigen Beschwerdestelle**, an welche man sich z.B. bei Diskriminierungserfahrungen oder Übergriffen wenden kann, verschafft Sicherheit und hilft Konflikte zu lösen.

Die besondere Situation von **Frauen** soll berücksichtigt werden, z.B. durch eigene Frauenräume und Angebote für Frauen sowie die Information über spezialisierte Angebote für Frauen, die es in Deutschland gibt. Dabei ist eine Grundhaltung wichtig, die die Frauen nicht als Opfer sieht, sondern v.a. erkennt, dass sie mit der Flucht häufig einen Weg gegangen sind, um sich aus Unterdrückungsstrukturen zu befreien. Sie sind Teil des Prozesses der Selbstbefreiung von patriarchalen Strukturen und nicht Objekte, die befreit werden müssen. Separate Frauenbereiche sollten in jeder Einrichtung mit genügend Plätzen bestehen, in diesen Bereichen darf ausschließlich weibliches Personal eingesetzt werden. Eine besondere Sensibilität gilt hier wieder der Schulung und dem Fachaustausch mit dem Security-Personal. In den Kommunen sollte es ebenfalls Unterbringungsmöglichkeiten für Frauen geben, sofern nicht ausreichend dezentrale Wohnungen angeboten werden können. Besonders bei Frauen in einer Trennungssituation muss eine getrennte Unterbringung vom Partner auf Wunsch ermöglicht werden. Eine besonders vulnerable Gruppe sind alleinerziehende, alleinstehende Frauen.

Die Einrichtungen sollen **kinderfreundlich** ausgerichtet sein. Es muss Rückzugsmöglichkeiten für Kinder geben, in denen sie sich sicher fühlen und spielen und lernen können. Solche Räume sollten auch außerhalb von Betreuungszeiten zur Verfügung stehen, Eltern und interessierte Bewohner*innen können hier miteinbezogen werden. Kinderfreundliche Angebote, Kinderbetreuung und Schule als feste Strukturen führen zu Normalität und Stabilität. Speziell ausgebildetes Personal ist hierfür erforderlich. Es sollte darauf geachtet werden, dass allen Kindern Betreuungsplätze zur Verfügung stehen. Bei einer besonderen Schutzbedürftigkeit wird empfohlen, verbindliche Kinderbetreuung zu gewährleisten, dies gilt insbesondere bei psychisch erkrankten Eltern. Eine Gruppe, die besonderes Augenmerk und spezifischer altersadäquater Angebote bedarf, sind Jugendliche, auch die begleiteten oder teilbegleiteten Jugendlichen. Häufig übernehmen sie sehr viel Verantwortung für das Familiensystem und brauchen Freiräume und verlässliche Beziehungsangebote, die die bisherige Erfahrungswelt respektieren.

Erkennen besonderer Schutzbedürftigkeit

Klare Festlegung von Strukturen und Abläufen.

Alle Sozialdienstmitarbeitenden sollten einen gleichen Standard zur Früherkennung vertreten.

Asylsuchende sollen über ihre besondere Situation und Rechte informiert werden.

Eine vertrauensvolle und sichere Gesprächsatmosphäre sollte gewährleistet werden.

Eine Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte Dolmetschende ist in sämtlichen persönlichen Gesprächen notwendig.

Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen sollten frühzeitig und auch kontinuierlich auf Hinweise von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen achten. Eine besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf Kinder gerichtet sein.

Um Hinweise erkennen zu können, müssen die Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen entsprechend geschult sein.

Ein systematischer Einsatz des PROTECT-Fragebogens ist sinnvoll.

Kooperationsverträge mit Diagnosestellen sollten geschlossen werden, damit eine Frühdiagnostik gewährleistet werden kann.

Diagnosen und Empfehlungen von den Diagnosestellen müssen berücksichtigt werden.

Nach Art. 22 (RL 2013/33/EU) haben die Mitgliedstaaten bei der Aufnahme zu beurteilen, ob der*die Asylsuchende besondere Bedürfnisse hat und welche Art der Bedürfnisse vorliegt. Die *„Beurteilung wird innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines Antrags auf internationalen Schutz in die Wege geleitet“* (Art. 22). 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) Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, brauchen Klarheit, deutliche Strukturen und ein möglichst unterstützendes soziales Umfeld. Dies muss in der Betreuung berücksichtigt werden.

Mit Früherkennung von Traumatisierung und anderen psychischen Erkrankungen ist in diesem Leitfaden nicht nur die Diagnostik gemeint, sondern auch Maßnahmen, die bewirken sollen, dass psychische Erkrankungen möglichst früh erkannt werden, z.B. durch 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.

Informationen für die Asylsuchenden

Die Sozialdienste in den Aufnahmeeinrichtungen haben u.a. die Erkennung von Hinweisen von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen als Schwerpunkt. Die Mitarbeitenden führen persönliche Gespräche mit den Asylsuchenden. Hinweise auf Traumatisierung und psychische Erkrankungen sind teilweise schwer zu erkennen und dadurch bleibt eine besondere Schutzbedürftigkeit oft unerkannt. Die Sozialdienstmitarbeitenden sind häufig auf die Betroffenen selbst angewiesen und auf ihre Bereitschaft, über ihre besondere 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.** 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. Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung sind ebenfalls wichtige Hemmnisse. Dies erfordert in verschiedenen Phasen der Betreuung, dass die Informationen in einer Sprache und in einer Form gestaltet sind, die jede*r Einzelne verstehen kann. Mängel in diesem Bereich können dazu beitragen, dass die Bedürfnisse der Betreuung/Versorgung nicht erfüllt werden.

In den Aufnahmegesprächen sollte…

- jede Person über besondere Schutzbedürftigkeit und die Rechte, die darauf folgen, aufgeklärt werden. Auch die Eventualität einer Zugehörigkeit von mehreren Gruppen von besonders Schutzbedürftigen sollte erwähnt werden.
- die Möglichkeit mitgeteilt werden, dass besonders schutzbedürftige Personen eine*n Sonderbeauftragte*n bei der BAMF-Anhörung erhalten können.
- über die Schweigepflicht des in den Aufnahmeeinrichtungen eingesetzten Personals informiert werden. Auch der Hinweis, dass der*die bei dem Gespräch ggf. anwesende Dolmetschende der Schweigepflicht unterliegt, gehört hierzu.

Art. 5 Abs. 1 (RL 2013/33/EU) besagt, dass *„die Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, 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."*

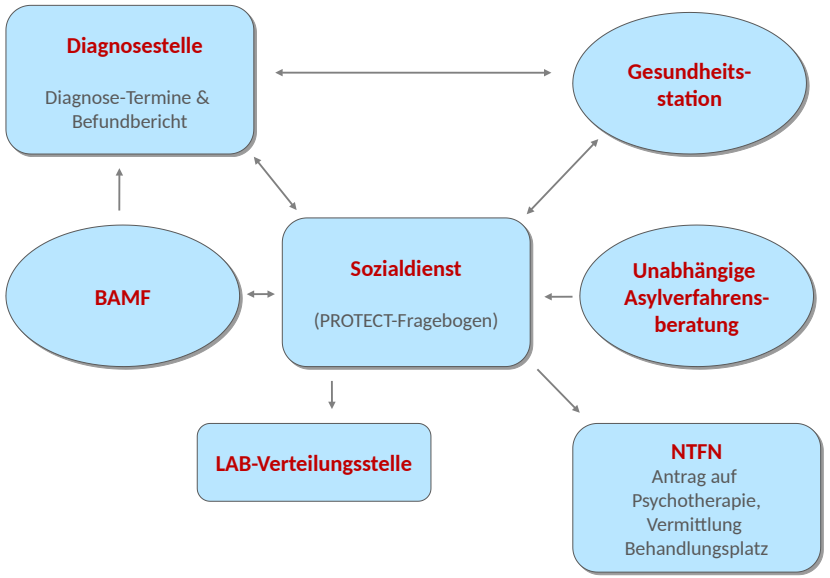
Der Sozialdienst soll im Erstgespräch **jedem*r Asylsuchenden Informationen über Organisationen/ Akteur*innen, die Rechtsberatung und medizinische Versorgung** weitergeben. Betroffene Personen sollen die Möglichkeit haben, Versorgungsangebote außerhalb der Einrichtung aufzusuchen. Frauen sollten besonders informiert werden über Gesundheitsvorsorgen, Verhütung, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Gewaltberatungsstellen, Gewaltschutzgesetze, Frauenschutzhäuser und ggf. familienorientierte Hilfen. Ein Hinweis auf weitere Angebote für andere besonders schutzbedürftige Gruppen wie bspw. Fachberatung zu weibliche Genitalverstümmelung (FGM), Menschenhandel, LSBTIQ*, Behinderungen/Beeinträchtigungen, ist sinnvoll.

Auch Mitarbeitende anderer Akteur*innen in der Landesaufnahmeeinrichtungen sollten besonders über bestehende Angebote für psychisch erkrankte und traumatisierte Menschen informiert sein und die Informationen an die Geflüchteten weitergeben können. Hierzu gehören auch Informationen zu besonderen Angeboten für Kinder. Eine wichtige Rolle dabei spielt der Gesundheitsdienst.

Hinweisaufnahme

Die Mitarbeitenden der Sozialdienste in den Aufnahmeeinrichtungen führen persönliche Gespräche mit den Asylsuchenden, bei Hinweisen auf Traumatisierungen oder psychische Erkrankungen sollen sie die Betroffenen an Fachpersonal weitervermitteln. Auch die weiteren beteiligten Akteur*innen können Hinweise erkennen und spielen eine wichtige Rolle im Früherkennungsprozess. Bei entsprechenden Hinweisen sollen die Betroffenen an kooperierende Diagnosestellen weitervermittelt werden, um somit eine Frühdiagnostik zu gewährleisten. Die Diagnosestellen senden einen Befundbericht zurück an den Sozialdienst, mit Empfehlungen u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft, Ort der Verteilung, und/oder psychosoziale Maßnahmen. Der Bericht kann nach einer Schweigepflichtsentbindung an das NTFN gesendet werden, das dann einen Antrag auf Psychotherapie stellen und bei der Vermittlung eines Behandlungsplatzes behilflich sein kann. Auch das BAMF kann mit Zustimmung des Betroffenen kontaktiert werden, damit ein besonderer Schutzbedarf im Asylverfahren berücksichtigt werden kann.

Der Ablauf des Früherkennungsprozesses und die Aufgaben der verschiedenen involvierten Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen in Niedersachsen sind in der „Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren - Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen" (Thomsen, 2018) detailliert beschrieben.



Damit sich die Betroffenen den Sozialdienstmitarbeitenden öffnen und zum Teil sensible Informationen mitteilen, ist eine **vertrauensvolle und sichere Gesprächsatmosphäre** von besonderer Bedeutung. Geeignete Räumlichkeiten und Ressourcen sollten dem Sozialdienst zur Verfügung gestellt werden. Empathie und Verständnis der Berater*in/ des Beraters sind wichtige Faktoren, damit die Betroffenen über ihre persönliche Situation berichten. Die Gesprächsführung sollte an den psychischen Zustand angepasst sein, aus kurzen Sätzen und Wiederholungen bestehen und eine klare Zielsetzung am Anfang des Gesprächs deutlich machen. Um eine Retraumatisierung oder akute Krise der*des Betroffenen zu vermeiden, ist eine sensible Vorgehensweise im Gespräch erforderlich. Direktes Nachfragen zu Merkmalen einer besonderen Schutzbedürftigkeit und Konfrontationen mit erlebten Traumata sollten vermieden werden.

Folgendes Beispiel für einen Gesprächseinstieg ist zu finden im „Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin" (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales et al,. 2018:10-12).

Beispiel für den Gesprächseinstieg:

Wir möchten uns gleich über Ihre gesundheitliche Situation unterhalten, sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht. Das Gespräch dient dazu, dass Sie so gut wie möglich betreut und versorgt werden. Manche Geflüchtete haben einen größeren Unterstützungsbedarf als andere und haben auch ein Recht darauf, entsprechend unterstützt zu werden.

Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn Sie …

- … schwanger sind
- … an einer körperlichen oder psychischen Krankheit leiden
- … eine Behinderung haben,
- … besondere Medikamente benötigen
- … belastende Erlebnisse hatten, durch die Sie sich verändert haben
- … (körperliche oder seelische) Gewalt erfahren haben
- … in einer Zwangs- oder Ausbeutungssituation gehalten wurden …
- … älter als 65 Jahre sind
- … alleine eines oder mehrere minderjährige Kinder erziehen
- … aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität verfolgt wurden (geflüchtete LSBTI).

In diesen Fällen können wir direkt weitere Schritte einleiten, zum Beispiel die Vermittlung an eine sichere Unterkunft, eine Beratungsstelle oder die erforderliche medizinische Versorgung mit Medikamenten und sonstigen Heil- und Hilfsmitteln.

Eine **Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte Dolmetschende** ist in sämtlichen persönlichen Gesprächen notwendig. Sprachliche Verständigungsprobleme können zu Missverständnissen und Fehldiagnosen führen.

Die eingesetzten Dolmetschenden sollten in Beratung zu Dritt geschult sein. Der Einsatz sollte in jeder Situation angepasst werden, z.B. kann das Geschlecht der*des Dolmetschenden von Bedeutung sein.
Verwandte oder Freund*innen sollen nicht als Dolmetschende eingesetzt werden. Dies gilt auch für Mitbewohner*innen aus der Einrichtung oder die Mitarbeitenden des Sicherheitsdienstes. Besonders Kinder dürfen grundsätzlich nicht als Dolmetschende hinzugezogen werden.

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.

Folgende Liste von Hinweisen und Indikatoren für eine Weiterleitung an eine zuständige fachdiagnostische Stelle ist zu finden im „Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin" (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales et al,. 2018:36-37). Wird über solche Symptome berichtet, ist eine Weiterleitung an die Diagnosestelle erforderlich.

Hinweise und Indikatoren für eine Weiterleitung an eine zuständige fachdiagnostische Stelle:

Person zeigt im Gesprächsverlauf selbst/berichtet/Familienangehörige berichten über ein Familienmitglied:

- schlimme Erlebnisse (Gewalt) – auch Miterleben als Zeug*in
- Verlust von Angehörigen (im Herkunftsland oder auf der Flucht)
- anhaltende Schlafstörungen, Albträume
- Hören von Stimmen
- Ängste bzw. Angstzustände oder Angst davor, verrückt zu werden
- Nervosität oder Ruhelosigkeit (starke innere Unruhe), Schreckhaftigkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Verwirrtheit, keine Orientierung zu Zeit, Ort oder Person
- Vergesslichkeit
- macht den Eindruck, nicht ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen
- Reizbarkeit und Aggressivität (auch gegen sich selbst)
- Zwanghaftes Verhalten, bizarre Rituale
- auffällige Erregbarkeit im Gesprächsverlauf
- Apathie und geistige Abwesenheit im Gespräch bis hin zur Unfähigkeit, dem Gespräch zu folgen • Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Person verlässt nicht das Haus/Bett
- Suizidgedanken oder -versuche in der Vergangenheit
- Hinweise auf geringe Nahrungs- und Getränkeaufnahme
- Person scheint unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluss zu stehen
- regelmäßige körperliche Beschwerden, insbesondere Kopfschmerzen, Schmerzen am ganzen Körper, Schwindel, Magen-Darm-Probleme etc.
- Überforderung und Überlastung von Kindern (Parentifizierung)
- bei Kindern auch nicht altersgerechtes Einnässen oder Einkoten, sexualisiertes Verhalten, distanzloses Verhalten, Ess- und Fütterstörung, Wahrnehmungs- und Entwicklungsstörungen

Als Hilfe bei der Hinweiserkennung haben die Sozialdienstmitarbeitenden in den Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens die Möglichkeit den **PROTECT-Fragebogen** (Process of Recognition and Orientation of Torture Victims in European Countries to Facilitate Care and Treatment) einzusetzen. Der Fragebogen wurde für Personen entwickelt, die keine medizinischen Fachkräfte sind, um den Aufnahmeprozess von Asylsuchenden entsprechend der EU-Aufnahmerichtlinie zu ermöglichen. Er umfasst zehn Fragen zu Symptomen psychischer Belastung, die auf eine mögliche Traumatisierung und/oder Depression hindeuten sollen.

Der Einsatz des PROTECT-Fragebogens **sollte bei jedem Asylsuchenden stattfinden, um sicherzustellen, dass auch psychisch erkrankte Personen, die keine erkennbaren Zeichen aufweisen, zur Diagnostik weitervermittelt werden.**

Im Anhang II ist der PROTECT-Fragebogen und Informationen zu dessen Anwendung zu finden.

Weitere Informationen zum PROTECT-Fragebogen und dessen Einsatz sind zu finden in der „Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren - Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen" (Thomsen, 2018:29-32)

Hinweise anderer Personen, wie z.B. der Mitbewohner*innen, Lehrer*innen, der Hausmeister*in/des Hausmeisters, Ärzt*innen, Mitarbeitenden der Gesundheitsdienste, der Wohlfahrtsverbände, des BAMF, der Kinderbetreuung oder der Security sind ebenfalls hilfreich für die Sozialdienstmitarbeitenden.

Für alle Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen gilt es, Hinweise auf Traumatisierung und psychische Erkrankungen an die Sozialdienste der Einrichtungen weiterzugeben. Dies kann zu jedem Zeitpunkt im Aufnahmeprozess geschehen.

Hinweise auf Traumatisierung und/oder psychische Erkrankungen tauchen oft zu einem späteren Zeitpunkt auf. Laut Artikel 22 (RL 2013/33/EU) sorgen die Mitgliedstaaten dafür, dass derartigen besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme auch dann Rechnung getragen wird, wenn sie erst in einer späteren Phase des Asylverfahrens zutage treten. 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**. Akteur*innen in den Aufnahmeeinrich-

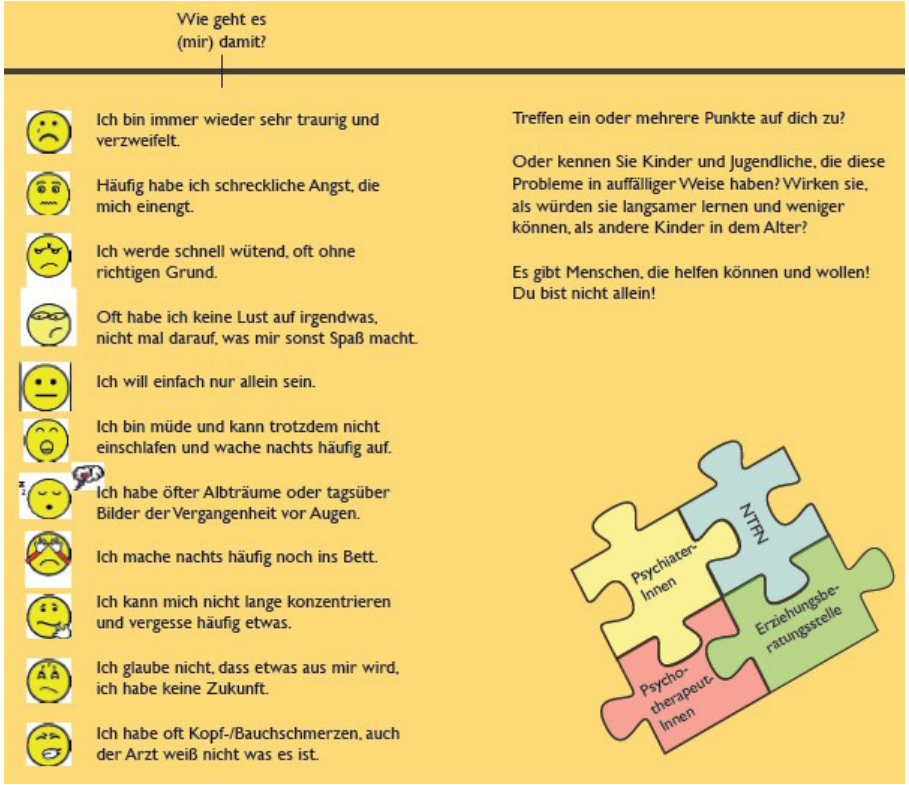
tungen sollten optimalerweise kontinuierlich auf Hinweise achten, damit Schutzbedürftigkeit, die erst später sichtbar ist, berücksichtigt werden kann. Sinnvoll ist es, in jedem durch den Sozialdienst geführten Gespräch eine Hinweisaufnahme im Fokus zu haben, auch wenn in vorherigen Gesprächen keine Hinweise festgestellt wurden. Durch eine gute Information der Betroffenen wird auch die Möglichkeit gestärkt, dass diese sich initiativ selbst melden.

Die Sozialdienstmitarbeitenden sollten versuchen, das **gesamte familiäre Umfeld** zu erfassen, damit auch Hinweise von Familienmitgliedern, die selbst nicht ihre Traumata oder andere psychische Erkrankungen beim Sozialdienst vortragen, erkannt werden.

Es ist wichtig, eine **besondere Aufmerksamkeit auf Kinder** zu richten. Sämtliche Sozialdienste der Landesaufnahmeeinrichtungen in Niedersachsen berichten von der Schwierigkeit, Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen insbesondere bei Kindern zu erkennen. Dabei sind sie meistens auf die Eltern angewiesen. Kinder sind sich oft nicht über eine Krankheit bewusst und zeigen oft eher (körperliche) Symptome wie Einnässen, Schlaflosigkeit oder Ähnliches. Weitere Symptome sind in der Darstellung „Hinweise und Indikatoren für eine Weiterleitung an eine zuständige fachdiagnostische Stelle“ auf Seite 18 zu finden. Mitarbeitende anderer Einrichtungen können beim Erkennen von Hinweisen behilflich sein. Zum Beispiel können die Hausmeister*innen, die Kinderbetreuung oder die Lehrer*innen einen Hinweis geben, wenn sie den Eindruck haben, dass Kinder auffällig sind.

Die folgende Symptomcheckliste ist zu finden im Infoflyer „Hilfe für geflüchtete Kinder und Jugendliche bei seelischen Problemen“(NTFN)[3]

[3] Verfügbar unter https://www.ntfn.de/fluechtlingskinder/



Es sollten Formen der Zusammenarbeit entwickelt werden, die eine familiäre Perspektive fördern. Das Recht der Kinder auf Fürsorge und Unterstützung muss beachtet und berücksichtigt werden. Dies kann Kontakte zur Kindergesundheitspflege, zur Grundversorgung oder zu Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen umfassen. Familienentlastende Angebote und sozialpädagogische Familienhilfen können auch für Familien in Aufnahmeeinrichtungen bei längerer Verweildauer wichtig sein und sollten dementsprechend leistungsrechtlich gewährt werden.

Ausreichend Personal mit entsprechenden Qualifikationen und Fähigkeiten wird benötigt, um den Früherkennungsprozess erfolgreich durchzuführen. Die Aufnahmerichtlinie besagt, dass das Personal in den Unterbringungszentren adäquat geschult wird und sich angemessen fortbilden soll (Art 18 Abs. 7, Art. 25 Abs 2). **Um Hinweise frühzeitig erkennen zu können, müssen die Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen entsprechend geschult sein.**
Die Selbstfürsorge der Mitarbeitenden in den Aufnahmeeinrichtungen

ist in ihrer Arbeit wesentlich, um eine emotionale Überforderung zu vermeiden. Die Möglichkeit einer regelmäßig stattfindenden Supervision sollte gewährleistet und in Anspruch genommen werden. Auch für die eingesetzten Dolmetschenden sollten Supervision angeboten werden.

Vermittlung an Fachstellen

Werden Hinweise erkannt, soll der Betroffene, laut dem Friedländer Modell, an Fachstellen weitergeleitet werden. Das können z.B. niedergelassene Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeut*innen, psychiatrische Institutsambulanzen, psychosoziale Zentren, Kinderkliniken oder Sucht- und Drogenberatungsstellen sein. Das Modell sieht eine Kooperation mit Diagnosestellen in der Nähe der Aufnahmeeinrichtungen vor. Der Sozialdienst hat dadurch die Möglichkeit, die Betroffenen an eine Diagnosestelle weiterzuleiten, um somit eine **Frühdiagnostik** zu gewährleisten. Eine Kooperation mit Diagnosestellen an sämtlichen Standorten wird daher von der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen (LAB NI) angestrebt.
Damit eine Frühdiagnostik in Anspruch genommen werden kann, müssen die Kosten für die Frühdiagnostik bei den Diagnosestellen sowie die Fahrtkosten zu den Diagnosestellen und die Dolmetschendenkosten übernommen werden. Auch Vereinbarungen mit weiteren Krankenhäusern, Kinderkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Sucht- und Drogenberatungsstellen sind sinnvoll und sollten wenn möglich geschlossen werden. Hier ist es für die Mitarbeitenden in den Einrichtungen hilfreich, wenn es feste Ansprechpartner*innen gibt und der Zugang zu Fachberatung gewährleistet ist, da die Sozial- und Gesundheitsdienste in den Einrichtungen nicht spezifisch auf psychiatrische Situationen geschult sind. Entlastung auch von belastenden oder schwer abzuschätzenden Situationen (bspw. Äußerung von suizidalen Gedanken oder Drohungen) kann so schneller und gezielter erfolgen.

Diagnosen und Empfehlungen von den Diagnosestellen sind maßgebend für die Unterstützungsleistungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie. Die kooperierenden Diagnosestellen senden einen Befundbericht zurück an den Sozialdienst der Landesaufnahmeeinrichtungen. In den Befundberichten wird häufig eine Vielzahl an Empfehlungen gegeben. Diese umfassen z.B. Behandlungsbedürftigkeit, weitere spezifische Diagnostik bei besonderen Fällen, geschützte Unterkunft, Ort der Verteilung, Einsatz von Sonderbeauftragten bei der Anhörung, psychosoziale Maßnahmen und/oder Zusammenführung mit Angehörigen.

Eine Berücksichtigung solcher Empfehlungen ist Voraussetzung, um Unterstützungsleistungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie zu erhalten. Das gilt für eine adäquate Unterbringung, für die notwendige Betreuung, für die Weiterleitung an eine entsprechende beratende oder behandelnde Fachstelle und für das Asylverfahren.

Die **Gesundheitsdienste** in den Aufnahmeeinrichtungen spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, Hinweise zu erkennen und die Menschen an entsprechende Fachstellen weiterzuleiten.

- Eine gute Kooperation zwischen dem Gesundheitsdienst und dem Sozialdienst ist essentiell.
- Die Berücksichtigung der psychischen Gesundheit sollte als fester Bestandteil in die medizinische Erstuntersuchung einbezogen werden.
- Zudem wären mehr Ärzt*innen bzw. mehrere Termine/ausreichend Zeit bei den Terminen bei den Gesundheitsdiensten in den Aufnahmeeinrichtungen sinnvoll.
- Jede*r Bewohner*in sollte die Möglichkeit haben, eine*n Allgemeinmediziner*in zu sprechen. Eine Vorfilterung durch Gesundheitsdienstpersonal sollte nicht stattfinden.
- **Eine vertrauliche Atmosphäre in den Gesprächen beim Gesundheitsdienst ist von hoher Bedeutung.** Die Erfahrung mit dem Gesundheitssystem im Herkunftsland sowie der Zugang zur Gesundheitsversorgung sind sehr verschieden. Ärzt*innen können auch Teil des Verfolgungsapparates gewesen sein. Informationen über Abläufe des Gesundheitswesens hier und Aufbau von Vertrauen sind daher eine besondere Herausforderung.
- Nach Möglichkeit sollte auf das Geschlecht des Personals geachtet werden. Zugang zu weiblichem Personal inklusive einer Ärztin wäre wünschenswert.
- Die Hinzuziehung eines*einer entsprechend geschulten und sensiblen Dolmetschenden soll auch bei den Gesundheitsdiensten berücksichtigt werden. Ausreichend geschulte Dolmetschende müssen den Gesundheitsdiensten zur Verfügung stehen.
- Handouts über Trauma und psychische Erkrankungen und ihre Behandlung sollten in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen. Auch Informationen zum psychiatrischen Versorgungssystem sollten dazu gehören.

Zugang zu Behandlung und Betreuung

Zugang zu Fachärzt*innen muss erleichtert werden.

Ein unbürokratischer Zugang zu Medikamenten sollte ermöglicht werden.

Keine Weiterverteilung an Standorte oder Kommunen vor Abschluss der diagnostischen Gespräche, es sei denn eine Frühdiagnostik kann am Folgeort weitergeführt werden.

Keine Verteilung in Gebieten mit wenig oder keinem Zugang zu Behandlungsangeboten für psychisch erkrankte Menschen.

Konsequente Weitervermittlung schutzbedürftiger Personen an Psychosoziale Zentren.

Der **mangelhafte Zugang zu Fachärzt*innen** ist ein zentrales Problem in der Erkennung und Behandlung von Traumata und psychischen Erkrankungen. Auch der **Zugang zu notwendigen Medikamenten** für die in den Aufnahmeeinrichtungen wohnenden Menschen stellt oft ein Hindernis dar und sollte dringend erleichtert werden. Dies gilt besonders bei den Fällen, bei denen die Betroffenen bereits ein Medikament einnehmen müssen. Um den Zustand der Betroffenen nicht zu destabilisieren, muss eine unausgesetzte Medikamenteneinnahme ermöglicht werden. Eine Kostenübernahme nicht zulassungspflichtiger Medikamente sollte gewährleistet sein, wenn nur noch Sachleistungen bezogen werden.

Einfacher Zugang und zeitnahe Vermittlung an Fachärzt*innen sollte möglich sein. Kostenübernahme der Dolmetschenden- und Fahrtkosten sollte gewährleistet sein.

Eine Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst, Psychosozialem Zentrum (PSZ) und Entlassungsmanagement in Kliniken noch während stationärer Aufenthalte ist sinnvoll. So könnten Absprachen bzgl. Nachversorgung, ggf. Medikamentensicherung bei Entlassung vereinbart werden.

Eine Herausforderung stellt die **Sucht-Problematik** dar. Eine besondere Aufmerksamkeit ist geboten um frühzeitig eine indizierte Behandlung zu ermöglichen. Dies ist generell zu beachten und gilt nicht nur bei Medikamenten.

Suizidalität ist eine große Herausforderung für die Mitarbeitende bei den Sozial- und Gesundheitsdiensten. Sie müssen befähigt werden, solche Situationen so weit als möglich einzuschätzen und die Betroffenen an Fachpersonal weiterzuleiten. Durch Schulungen und konkrete Ablaufpläne werden sich Mitarbeitende handlungssicherer fühlen. Psychiatrische Ambulanzen, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und psychosoziale Zentren sollten miteinbezogen werden. Hierfür sind feste Ansprechpartner*innen in den Fachstellen sehr hilfreich. Sofern aus medizinischer/psychologischer Sicht erforderlich, muss eine intensive, stationäre Behandlung in solchen Krisensituationen erfolgen.

Verteilung an weitere Standorte und Kommunen

Eine Weiterverteilung an weitere Standorte oder Kommunen vor Abschluss der diagnostischen Gespräche soll grundsätzlich nicht erfolgen, es sei denn eine Frühdiagnostik kann in der Folgeeinrichtung/am Folgeort weitergeführt werden. Vor Abschluss der Sitzungen können kein vollständiger Befundbericht und demzufolge keine Empfehlungen für Behandlung oder Verteilung erstellt werden.

Bezüglich der Möglichkeit, eine kontinuierliche Behandlung durchführen zu können, ist die Verteilung an die Kommunen besonders wichtig. **Entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung o.ä. müssen erreichbar sein.** Die Sozialdienste sollen daher Kontakt zur LAB-Verteilungsstelle aufnehmen, wenn eine Empfehlung zur Verteilung im Befundbericht besteht. Wenn von den Betroffenen gewünscht, kann eine Kontaktaufnahme mit der Kommune in welche die Verteilung erfolgt, sinnvoll sein, damit relevante Empfehlungen zur Unterbringung berücksichtigt werden können.

Die erheblichen Zugangsbarrieren für Geflüchtete zum Gesundheitssystem führen dazu, dass viele Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, nicht die benötigte Hilfe bekommen. 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. Auch ein Mangel an qualifizierten Dolmetschenden besonders in den ländlichen Gebieten erschwert die Durchführung einer Behandlung. Entsprechend ist eine konsequente Meldung und Weitervermittlung an psychosoziale Zentren essentiell, wenn die Betroffenen dies auch wünschen. Die Zentren können bei der Beratung, Behandlung oder Vermittlung an Therapeut*innen behilflich sein.

Asylverfahren

Eine individuelle und unabhängige Asylverfahrensberatung muss stattfinden.

Asylsuchende müssen über ihre besondere Situation und Rechte informiert werden.

Bei der Anhörung ist eine sensible Vorgehensweise für besonders schutzbedürftige Geflüchtete mit Berücksichtigung der speziellen Situation essentiell.

Die Sonderbeauftragten werden bei der Anhörung bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen eingesetzt und sind entsprechend geschult. Sinnvoll wären Schulungen für sämtliche Mitarbeitenden des BAMF.

Bescheinigungen von Psycholog*innen und approbierten Psychotherapeut*innen sollten Berücksichtigung im Asylverfahren finden.

Längere Zeiten bei Erstellung von Arztberichten/ Stellungnahmen sollen toleriert werden.

Besonders schutzbedürftige Personen 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 an die Asylsuchenden, inwiefern besonderer Schutzbedürftigkeit festgestellt werden kann und somit gegebenenfalls Verfahrensgarantien genutzt werden können, muss daher gewährleistet werden. Hier spielt die Asylverfahrensberatung eine entscheidende Rolle.

Asylverfahrensberatung

Für traumatisierte oder psychisch erkrankte Menschen ist es in Folge ihrer Erkrankung oftmals schwierig, die eigene Fluchtgeschichte vollständig darzulegen. Sie sind nicht immer in der Lage ohne Unterstützung über Aspekte des eigenen Schicksals zu sprechen. Schamgefühle, Angst, Vermeidung und Gedächtnisstörungen können Personen hindern, über ihre Situation während der Anhörung zu kommunizieren. Da dies jedoch für das Asylverfahren von entscheidender Bedeutung ist, muss eine **individuelle und unabhängige Asylverfahrensberatung** sichergestellt werden, welche Betroffenen in allen Phasen ihres Asylverfahrens unterstützt. Sie berät und begleitet Asylsuchende im Asylverfahren. Die dort zuständigen Mitarbeitenden kommen in engen Kontakt mit den Asylsuchenden und funktionieren oft als Vertrauenspersonen. In der Beratung kann es zu Hinweisen bezüglich Traumatisierung oder psychischer Erkrankung kommen. Wenn die Berater*innen solche Hinweise bemerken, sollen sie idealerweise bei Einverständnis Kontakt mit dem Sozialdienst oder geeigneten Fachstellen aufnehmen.

Um eine Berücksichtigung der besonderen Verfahrensgarantien gewährleisten zu können, muss eine Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit stattfinden. Sollten keine Hinweise von anderen Akteur*innen vorliegen, kommt der Identifizierung im Asylverfahren besondere Bedeutung zu. Der §12a „Asylverfahrensberatung“ wurde durch das *„Zweite Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“*, das am 21.08.2019 in Kraft getreten ist, in das Asylgesetz eingefügt. Das BAMF führt demnach eine für die Asylsuchenden freiwillige Asylverfahrensberatung durch, die in zwei Stufen erfolgen soll. Auf der ersten Stufe sieht die Asylverfahrensberatung **Informationsveranstaltungen** in Kleingruppen vor, in denen auch eine Unterstützung der frühzeitigen Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit integriert wird. Es ist ein freiwilliges, mehrsprachiges Angebot. Im zweiten Schritt wird allen Asylsuchenden eine individuelle Asylverfahrensberatung angeboten. Die **Einzelgespräche** können entweder durch das BAMF oder durch Wohlfahrtsverbände durchgeführt werden. Eine Vorbereitung der Betroffenen in einer vom BAMF durchgeführten Informationsveranstaltung dient der Information und Aufklärung der Asylsuchenden über besondere Schutzbedürftigkeit und die damit verbundenen Verfahrensgarantien und ist somit begrüßungswert. Eine individuelle Asylverfahrensberatung durch unabhängige Träger ist ergänzend erforderlich, denn für den Aufbau des notwendigen Vertrauensverhältnisses sollte die Beratung erkennbar eigenständig arbeiten. Eine zusätzliche unabhängige Asylverfahrensberatung bietet auch bei Bedarf eine Begleitung für Asylsuchende zur Anhörung an, die von einer durch das BAMF angebotenen Asylverfahrensberatung nicht unabhängig durchgeführt werden könnte.

Folgende Hinweise sollten bei der Asylverfahrensberatung berücksichtigt werden:

- Information über besonders schutzbedürftige Personengruppen und den daraus resultierenden Rechten sollen den Asylsuchenden vermittelt werden.
- Fokussierung auf die Vermeidung von Retraumatisierungen bei weiteren Informationsveranstaltungen in Gruppen. Hier muss besondere Vorsicht gewährt werden, da bestimmte Wörter Erinnerungen auslösen können. Auch vermeintlich „harmlose" Fragen können als Trigger funktionieren. Die Referent*innen der Informationsveranstaltungen müssen entsprechend geschult sein.
- Austeilen von Handouts in verschiedenen Sprachen, um Klarheit für die Asylsuchenden zu schaffen.
- Die Beratung muss traumasensibel durchgeführt werden, hierfür sind ebenfalls regelmäßige Schulungen erforderlich.
- In den Informationsveranstaltungen und in der individuellen Beratung sollte auf bestehende Angebote für traumatisierte und psychisch erkrankte Geflüchtete, z.B. Psychosoziale Zentren, hingewiesen werden. Auch Angebote für andere besonders schutzbedürftige Gruppen wie bspw. Fachberatung zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM), Menschenhandel, LSBTIQ*, Behinderungen/Beeinträchtigungen sollen betont werden.

Berücksichtigung besonderer Schutzbedürftigkeit im Asylverfahren

Vor allem in der Terminierung und Durchführung der Anhörung beim BAMF soll der besondere Schutzbedarf berücksichtigt werden, aber auch bei der Entscheidung ist eine Empfehlung der Diagnostiker*innen auf weitere Behandlung und das Vorliegen eines Schutzbedarfs von Bedeutung.

Die **Anhörung** ist für die Asylsuchenden das wichtigste Ereignis während des Asylverfahrens und führt zu zusätzlichem Stress für die Betroffenen. Sensible Beratung für besonders schutzbedürftige Geflüchtete mit Berücksichtigung der speziellen Situation ist hierbei essentiell.

- Dies betrifft beispielsweise die An-/Rückreise zur Anhörung. Eine weite Anreise kann für die Betroffenen eine große Belastung darstellen. Eine Heimreise am Anhörungstag sollte ermöglicht werden und sollte bei der Ladung berücksichtigt werden.
- Personen, die unter Traumafolgestörungen leiden, sollten, wenn möglich, als erstes an einem Anhörungstag angehört werden. So können lange Wartezeiten vermieden werden, welche sonst zu erhöhten Stress für die Betroffenen führen können. Der Termin sollte auch möglichst eingehalten werden.
- Es ist wichtig, dass die Umgebung, in der die Asylsuchenden die Pause verbringen, als sicher und komfortabel wahrgenommen wird. Im Idealfall sollten die Asylsuchenden die Möglichkeit haben, während der Pause in einem abgelegenen Raum zu bleiben, damit sie sich sammeln können und sich nicht ausgeliefert fühlen.
- Die Gesprächsräume sollten möglichst einladend gestaltet sein, um das Gefühl einer Befragung zu vermeiden. Räume mit Fenstern sind empfehlenswert, da Räume ohne Fenster leicht zu einem klaustrophobischen Erlebnis führen können.
- Traumatische Ereignisse können auch Gedächtnisfunktionen beeinträchtigen. Konzentrationsstörungen und eingeschränkte Mitteilbarkeit durch Vermeidung und Scham sind Teil der Symptomatik. Weiterhin können die Sprechgeschwindigkeit und das Antwortverhalten beeinflusst sein. Dies muss eine besondere Berücksichtigung in der Anhörung finden. Die Anhörung von Personen mit besonderem Schutzbedarf nimmt häufig mehr Zeit in Anspruch. Es ist wichtig, dass genügend Zeit zur Verfügung steht, damit die Anhörung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Asylsuchenden in einem ruhigen Tempo durchgeführt werden kann. Die Einhaltung von Pausen wird äußerst wichtig, wenn es um besonders schutzbedürftige Personen geht.
- Zu Beginn der Anhörung sollten besonders Schutzbedürftige über die Möglichkeit von Pausen, frischer Luft, Trinkwasser etc. informiert werden.
- Da es sich beim Fluchtvortrag von besonders schutzbedürftigen Personen oft um empfindliche, persönliche Informationen handelt, ist es wichtig, die Asylsuchenden über die absolute Vertraulichkeit der Informationen aufzuklären. Auch eine ausführliche Erläuterung der Schweigepflicht des*der Dolmetschenden ist erforderlich.
- Die Anwesenheit notwendiger Begleitung von Anwält*innen/Betreuer*innen/Vertrauenspersonen als Unterstützung ist bei besonders schutzbedürftigen Personen besonders bedeutsam.

Die Sozialdienste sollen Informationen zu einer besonderen Schutzbedürftigkeit an das BAMF weitergeben, sofern die Betroffenen zustimmen. Auch weitere Akteur*innen können, bei Zustimmung der Betroffenen, **Hinweise auf Traumatisierung/ psychische Erkrankungen oder Wünsche** bzgl. u.a. Sonderbeauftragte, Geschlecht von Entscheider*in und Dolmetschende oder geschulten und sensiblen Dolmetschenden, an das BAMF weitergeben.

Der Ablauf des Früherkennungsprozesses und die Aufgaben der verscheidenden involvierten Akteur*innen in den Aufnahmeeinrichtungen in Niedersachsen sind in der „Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren - Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen" (Thomsen, 2018) detailliert beschrieben.

Das BAMF soll schnellstmöglich über Hinweise auf Traumatisierung oder psychischen Erkrankungen informiert werden. Idealerweise vor der Anhörung. So kann eine besondere Schutzbedürftigkeit in der Anhörung berücksichtigt werden. Wenn Hinweise auf eine Traumatisierung oder psychische Erkrankung während der Anhörung sichtbar werden, z.B. dadurch, dass eine Person nicht zusammenhängend ihre Geschichte erzählen kann, verwirrt erscheint, gedanklich „woanders" ist, dann müssen diese Beeinträchtigungen im Asylverfahren berücksichtigt werden. In solchen Fällen sollen die Asylsuchenden an den Sozialdienst verwiesen werden, damit herausgefunden werden kann, ob psychische Erkrankungen vorhanden sind. Falls Hinweise auf Traumatisierung oder psychische Erkrankungen erst nach der Anhörung beim BAMF eingehen, soll die Anhörung wiederholt werden. Dies erhöht allerdings den Stress für die Betroffenen und führt zu einem Mehraufwand für die Mitarbeitenden des BAMF. Daher ist eine frühzeitige Erkennung von Hinweisen für alle Beteiligten sinnvoll.

Die **Sonderbeauftragten** werden bei der Anhörung bei besonders schutzbedürftigen Personengruppen eingesetzt und sind zur Identifikation dieser Personen geschult. Eine besonders traumasensible Vorgehensweise soll stattfinden. Sonderbeauftragte sollen auch als Kontaktpersonen zu spezialisierten Fachberatungsstellen und psychosozialen Zentren fungieren und Betroffene entsprechend verweisen.

Beim BAMF werden ausschließlich die Sonderbeauftragten zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen geschult. Die Hinzuziehung eines*einer entsprechend geschulten Sonderbeauftragten bei der Anhörung soll u.a. bei einem Hinweis des Sozialdienstes oder anderer Akteur*innen stattfinden. Dies setzt allerdings voraus, dass der Sozialdienst und/oder andere Akteur*innen Hinweise erkannt haben. Da dies aus mehreren Gründen nicht immer der Fall ist, müssten auch die restlichen Mitarbeitenden grundlegende Hinweise erkennen können, damit eine besondere Schutzbedürftigkeit berücksichtigt werden kann.

- Grundlegende **Schulungen** zum Thema Traumatisierung und psychische Erkrankungen für sämtliche Mitarbeitenden des BAMF, die in direkten Kontakt mit den Asylsuchenden kommen, sollten stattfinden.
- Regelmäßige Schulungen der Sonderbeauftragten müssen stattfinden, damit ein traumasensibler Umgang mit den Betroffenen gewährleistet ist und Hinweise erkannt werden können.
- Außerdem sind durch die zum Teil belastenden Gespräche Supervisionsangebote für die Mitarbeitenden sinnvoll. **Supervision** sollte verpflichtend sein und regelmäßig angeboten werden.
- Diversitytraining und Antirassismustraining sind Pflichtschulungen für alle Mitarbeitenden des BAMF. Auch Schulungsthemen, die weitere besonders schutzbedürftige Gruppen betreffen, wie beispielsweise Transgendersensibiltät, Wissen über weibliche Genitalverstümmelung (FGM) und Umgang mit Behinderungen, wären für sämtliche Mitarbeitende wünschenswert.
- Auch die Qualität der eingesetzten Dolmetschenden muss durch entsprechende Schulungen sichergestellt werden.

Nach § 60a Abs. 2c AufenthG ist eine qualifizierte **ärztliche Bescheinigung** erforderlich. Psycholog*innen und approbierte Psychotherapeut*innen sind Ärzt*innen hier nicht gleichgestellt. Allerdings kann eine Bescheinigung eines*r Psychologen/Psycholog*in oder eines*r Psychotherapeuten/Psychotherapeut*in eine weitere Sachaufklärungspflicht des BAMF auslösen. Ein ärztlicher Attest oder ein Gutachten kann angefordert werden, wofür die Bescheinigung des*r Psychologen/der Psycholog*in oder des Psychotherapeutin/der Psychotherapeut*in eine Grundlage darstellen kann. Sofern das Bundesamt ein Gutachten in Auftrag gibt, übernimmt es auch die Kosten der Begutachtung.

Ein Fallbeispiel, in dem das BAMF den Sachverhalt durch Beauftragung eines Gutachtens aufgeklärt hat, ist unten zu finden.

Zudem sollte die zusätzliche Zeit, die besonders Schutzbedürftige brauchen, um eine qualifizierte Stellungnahme zu erhalten, mit in Betracht genommen und toleriert werden. Sollte die gesetzte Frist 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 sollte der Termin aufgeschoben werden. **Der Zugang zu psychiatrischer Regelversorgung ist für Geflüchtete sehr erschwert und es dauert in der Regel mehrere Monate bis ein Ersttermin möglich ist.**

Entsprechende Informationen sollen an das BAMF schnellstmöglich weitergegeben werden. Sollte sich der*die Betroffene in Diagnostik befinden, ist es sinnvoll, das BAMF zu informieren, wann mit dem Attest zu rechnen ist. Eine Zwischeninformation über den Stand der Dinge ist hilfreich.

Fallbeispiel

Herr X wurde vom Sozialdienst in der Landesaufnahmeeinrichtung eines Ankunftszentrums in Niedersachsen an das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN e.V.) zur Durchführung einer psychologischen Diagnostik überwiesen. Schon bei seiner Ankunft im Ankunftszentrum waren seine Verhaltungsstörungen einer Sozialdienstmitarbeiterin aufgefallen, vor allem durch Tendenzen von Rückzug und Isolation. Es fanden drei diagnostische Beratungsgespräche mit dem NTFN statt. Durch die Gespräche wurden die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10; F43.1) und Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD10; F33.2) festgestellt. Aufgrund der gestellten Diagnosen gehört die Person zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen nach EU-Aufnahmerichtlinie Art. 21 („Menschen mit psychischen Störungen"). Außerdem gab es Hinweise, dass die untersuchte Person zur Gruppe der Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstiger schwerer Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt gehört. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung wurde aufgrund der beschriebenen Symptomatik im Befundbericht als erforderlich beschrieben.

Der Befundbericht wurde zurück an den Sozialdienst des Ankunftszentrums gesendet, der ihn nach einer Schweigepflichtsentbindung an das BAMF zur Berücksichtigung im Asylverfahren weiterleitete. Da eine besondere Schutzbedürftigkeit vorlag, hat ein Sonderbeauftragter für Traumatisierte und Folteropfer sowie für Opfer von Menschenhandel die Anhörung beim BAMF durchgeführt. In einem Schreiben vom BAMF an das NTFN wurde um eine weiterführende Untersuchung durch den behandelnden Arzt gebeten. Da Herr X sich noch nicht in Behandlung befand, wurde der Auftrag durch das NTFN an einen Fachpsychiater gegeben. Es obliegt dem Bundesamt gemäß § 24 Abs. 2 AsylG auch die Entscheidung über das Vorliegen von krankheitsbedingten Abschiebungsverboten nach § 60 Abs. 7 AufenthG zu entscheiden. Um feststellen zu können, *„ob dem Antragssteller aufgrund der Erkrankungen alsbald nach Rückkehr ins Heimatland eine erhebliche oder gar lebensbedrohliche Gesundheitsverschlechterung droht"* wurde um *„konkrete Aussagen zum Behandlungsbedarf und den eventuellen Folgen fehlender oder unzureichender Behandlungsmöglichkeiten"* gebeten. Das BAMF würde die Kosten der Untersuchung übernehmen, nach der Gebührenordnung für Ärzte, sofern das erstellte Attest dem Auftrag entspricht.

Durch die fachpsychiatrische Stellungnahme wurden die Diagnosen bestätigt und die konkreten Fragestellungen des BAMF ausführlich beantwortet. Aufgrund der vorliegenden Erkrankung wurde ein Abschiebungsverbot nach §60 Abs. 7 AufenthG festgestellt.

Dieses Fallbeispiel zeigt, dass eine Bescheinigung einer*s Psychologen*in oder einer*s Psychotherapeut*in allein nicht den Nachweis für das Vorliegen eines Abschiebeverbotes führen kann. Allerdings kann sie eine weitere Sachaufklärungspflicht des BAMF auslösen. Der Fall beschreibt sowohl die Arbeitswege einiger Akteur*innen (Kooperation Sozialdienst-Diagnosestelle-BAMF) als auch die bestehende Möglichkeit einer Übernahme der Kosten einer fachärztlichen Untersuchung.

Zusammenarbeit der Akteur*innen und Qualitätssicherung

Einrichtung von Dienststellenübergreifenden Arbeitsgruppen in den Aufnahmeeinrichtungen.

Regelmäßige Fallbesprechungen.

Regelmäßige Schulungen für alle Akteur*innen der Landesaufnahmeeinrichtungen sollten angeboten werden. Auch die vor Ort eingesetzten Dolmetschenden sollten Schulungen angeboten werden.

Regelmäßige Supervisionsangebote sollten vorhanden sein.

Die Zusammenarbeit der Akteur*innen ist von essentieller Bedeutung für den Erfolg der Früherkennung. Die gegenseitige Fachberatung der Mitarbeitenden stellt dabei ein wesentliches Merkmal der Qualitätsentwicklung der beteiligten Fachdienste dar. Seit 2018 bestehen **dienststellenübergreifende Arbeitsgruppen** zum Thema Früherkennung von Traumatisierung und psychischen Erkrankungen in sämtlichen Ankunftszentren und Aufnahmeeinrichtungen Niedersachsens. Beteiligt sind die jeweiligen Sozialdienste, die Gesundheitsdienste, das Bundesamt, die Diagnosestellen, die Wohlfahrtsverbände sowie das NTFN. Regelmäßige Treffen stellen den fachlichen Austausch zum Thema Früherkennung, aber auch zum Umgang mit traumatisierten Menschen in den Landesaufnahmeeinrichtungen sicher. Dadurch wird eine Optimierung der Arbeitswege gewährleistet. Die Akteur*innen tauschen sich regelmäßig über aktuelle Entwicklungen sowie zur Klärung von Einzelfällen aus. Diese Treffen finden mindestens quartalsmäßig statt.

Zusätzlich können **Fallbesprechungen** Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten fördern. Dabei können die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt werden. Verbesserte Arbeitswege und Abläufe werden zu einer höheren Früherkennungsquote führen. Ein personenbezogener Austausch setzt selbstverständlich eine Schweigepflichtsentbindung für sämtliche Beteiligte voraus.

Durch **regelmäßige Fort- und Weiterbildung** der Mitarbeitenden wird die Qualität der Arbeit sichergestellt. Interne und externe Fortbildungen (orientiert an aktuell benötigten Themen) sollen den Mitarbeitenden regelmäßig angeboten werden. Neue Mitarbeitende sollten grundlegendes Wissen zu traumatischen Situationen und Traumafolgestörungen vermittelt bekommen. Auch für Mitarbeitende mit langer Erfahrung sind Auffrischungen hilfreich, erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, halbjährlich Schulungen anzubieten. Auch andere Akteur*innen in den Landesaufnahmeeinrichtungen, z.B. Sicherheitsdienste, Kinderbetreuung und Dolmetschende, sollen idealerweise von Schulungen zu relevanten Themen wie traumasensibler Umgang mit Betroffenen, Diversitytraining und Antirassismustraining profitieren. Auch Schulungsthemen, die weitere besonders schutzbedürftige Gruppen betreffen, wie beispielsweise Transgendersensibiltät, Wissen über weibliche Genitalverstümmelung (FGM) und Umgang mit Behinderungen, wären für sämtliche Mitarbeitende wünschenswert. Außerdem sind durch die zum Teil sehr belastende Arbeit **Supervisionsangebote** für die Mitarbeitenden von hoher Bedeutung. Supervision sollte regelmäßig durchgeführt werden. Auch für die vor Ort tätigen Dolmetschenden sollte dies vorgesehen sein.

Fallbeispiel

Ein Beispiel für einen gelungen Austausch zwischen Diagnosestelle (in diesem Fall das NTFN) und Sozialdienst war Frau M., eine 24-jährige, alleinerziehende Mutter einer dreijährigen Tochter. Sie wurde vom Sozialdienst eines Ankunftszentrums in Niedersachsen an das NTFN zur Diagnostik angemeldet. Im weiteren Verlauf kam es zu einer notfallmäßigen stationären Krisenintervention, wobei die Tochter vom Jugendamt in Obhut genommen wurde. Das Jugendamt überprüfte den Verdacht der Kindeswohlgefährdung und behielt die Tochter in Obhut, obwohl die Mutter schon nach ein paar Tagen aus der Klinik entlassen wurde. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung hatte sich laut dem Bericht der Klinik nicht bestätigt und das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter wurde von der Psychologin beim NTFN als vertrauensvoll, fürsorglich und liebevoll beschrieben. Frau M. und auch der Sozialdienst wussten zunächst nicht, wo sich die Tochter befand. Der Sozialdienst und das NTFN nahmen gemeinsam Kontakt zum zuständigen Jugendamt auf und dadurch konnte Frau M. unter bestimmten Auflagen (Begleitung medizinisch geschulter Dolmetscher und einer Psychologin) mit ihrer Tochter telefonieren. Am Runden Tisch konnte sich das NTFN mit dem Sozialdienst austauschen und so leichter eine Schnittstelle für die Kooperation mit dem Jugendamt bilden. In der Folge stimmte das Jugendamt zu, dass Telefonate zwischen Mutter und Tochter auch durch Begleitung des Sozialdiensts vor Ort im Ankunftszentrum, in engem Austausch mit dem NTFN, stattfinden konnten. Nach einigen Wochen konnte die Tochter zurück zur Mutter ziehen. Sie wurden nach Hannover verteilt und kommen weiter zu entlastenden Gesprächen ins PSZ.

Literaturverzeichnis und -empfehlungen

Literatur

Behrensen, B. & Groß, V. (2004): Auf dem Weg in ein „normales Leben"? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück, Osnabrück

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) & United Nations Childrens' Emergency Fund (UNICEF) (2018): Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften, verfügbar unter: https://www.gewaltschutz-gu.de/publikationen/mindeststandards

Bundestag (2019): Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 31, verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%27bgbl119s1294.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1294.pdf%27%5D__1599126593187

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) (Hg) (2020): Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey II

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): https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com%282008%290815_/com_com%282008%290815_de.pdf

Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel & L., Glaesmer H1. (2019): Prevalence of posttraumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e40, verfügbar unter: https://doi.org/10.1017/S2045796019000325

Peconga, E. k., & Høgh Thøgersen, M. (2019): Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? In: Scandinavian Journal of Public Health, verfügbar unter: https://doi.org/10.1177/1403494819882137

Richter, K., Peter, L., Lehfeld, H., Zäske, H., Brar-Reissinger, S., Niklewski, G. (2018): Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. In: BMC Psychiatry, 18, 206, verfügbar unter: https://doi.org/10.1186/s12888-018-1783-y

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

Solberg, O., Vaez, M., Johnson-Singhc, C., M., & Saboonchib, F. (2020): Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? In: Journal of Psychosomatic Research, 130, verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914

Thomsen J. (2018): Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen. https://www.ntfn.de/wp-content/uploads/2020/06/Evaluationsbericht-Fried-l%C3%A4nder-Modell-in-Niedersachsen.pdf

Winkler, J. G., Brandl, E. J., Bretz, H. J., Heinz, A., Schouler-Ocak, M. (2019): Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. In: Psychiatrische Praxis, 46 (04), 191-199, verfügbar unter: https://doi.org/10.1055/a-0806-3568

Weitere Handlungsempfehlungen

Arbeiter-Samariter-Bund NRW e.V. (2016): Handlungsempfehlungen für den Gewaltschutz in Flüchtlingseinrichtungen, verfügbar unter: https://www.asb-nrw.de/fileadmin/Zum_Download/asb-nrw-gewaltschutzkonzept-fuer-fluechtlingseinrichtungen.pdf

Arbeiter-Samariter-Bund, Lesben- und Schwulenverband & der paritätischer Gesamtverband (2016), verfügbar unter:
https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/broschuere-lsbtti-fluechtlinge-interaktiv.pdf

Gag M. & Weiser B. (2020): Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht, verfügbar unter:
https://www.caritas-os.de/cms/contents/caritas-os.de/medien/dokumente/leitfaden-zur-beratu/neu_beratungsleitfaden_web_v3.pdf?d=a&f=o

Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege (2018): queer und hier - Eine Handreichung, verfügbar unter:
https://queerrefugees.files.wordpress.com/2018/03/bildungsmappe1.pdf

Netzwerkprojekt AMBA (Hg.) (2018): Unterstützen, Beraten und Stärken – Das Netzwerk AMBA und die Aufnahme von Geflüchteten in Niedersachsen, verfügbar unter:
https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2018/02/2018_01_AMBA_Unterst%C3%BCtzen_Beraten_St%C3%A4rken.pdf

Plan International Deutschland e.V. (Hg.) (2018): Weibliche Genitalverstümmelung im Flüchtlingskontext - Herausforderungen und Handlungsempfehlungen, Hamburg

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales & Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (Hg.) (2018): Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin - Für Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF), verfügbar unter:
https://www.berlin.de/laf/leistungen/dateiablage/leitfaden_schutzeduerftige_gefluechtete.pdf

Hilfreiche Literatur für die Praxis

Baron, J., Flory, L. & Krebs, D. (2020): Living in a box - Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder, verfügbar unter:
http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

Flory L. (2017): Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten - Ein Praxisleitfaden, verfügbar unter:
http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/11/BAfF_Praxisleitfaden-Traumasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten_2018.pdf

Gräßer, M., Iskenius, E-L. & Hovermann, E. (2017): Therapie-Tools – Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, Weinheim Basel

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V. (NTFN) (Hg.) (2017): Psychotherapie zu dritt – Über die Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Gesprächen, Hannover

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V. (NTFN) (Hg.): Infoflyer „Hilfe für geflüchtete Kinder und Jugendliche bei seelischen Problemen", verfügbar unter:
https://www.ntfn.de/fluechtlingskinder/

Zito, D. & Martin, E. (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen - Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche, Weinheim Basel

AB 67 /

Triggerfaktoren in Gemeinschaftsunterkünften

Mit diesem Formular können Sie sich einen Überblick über mögliche Triggerfaktoren in Gemeinschaftsunterkünften und deren mögliche Verknüpfungen verschaffen.

Die wichtigsten Beispiele für häufige Triggerfaktoren in Gemeinschaftsunterkünften

Trigger	Kann an folgende Situation(en) erinnern
Zwang zur Unterbringung	Situation in Gefängnis und Lagern
Abgelegene Lage	eigene Ausgrenzung
Zäune und Mauern	Gefängnisbauten
Kontrollierende Verwaltung	Zwangssituationen wie Gefängnis- und Lageraufenthalt
lange, dunkle Flure	Gefängnis, Lager
Enge	überfüllte Gefängniszelle
Lärm (undefinierbar und diffus)	Gefängnis- oder Lagersituation
schlagende Türen	Abholen zum Verhör, Polizeihaft
Zwangsgemeinschaft mit Konflikten	Zwangssituationen
Polizeipräsenz in Uniform	eigene Verhaftung oder polizeiliche Angriffe
Schritte und laute Stimmen auf dem Flur	Abholen zur Folter und Verhören
Abschiebungen	Konfrontation mit Erlebnissen im Herkunftsland
Untätigkeit	Langeweile und Wartezeiten in Lagern, Gefängnissen, auf der Flucht
undefinierbare, fremde Gerüche	Gefängnis, Lager
Uringestank	Haft, Folter, Lager
nicht abschließbare Duschen und Toiletten	sexuelle Gewalterfahrung, Schutzlosigkeit in Gefängnis, Haft
ständige ungefilterte Informationen vom Herkunftsland	eigene schreckliche Erlebnisse
Gerüche von anderen Personen (z. B. Deo)	Erinnerung an Täter

© Gräßer • Iskenius • Hovermann: Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung. Beltz, 2017 / 143

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.

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. Opfern von Folter oder anderer 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.

Wann soll der Fragebogen angewendet werden?

Nach der Ankunft im Aufnahmeland sollten zunächste Erste Hilfe und Unterkunft bereitgestellt werden. Erst nach einer Ruhephase (etwa 7-10 Tage) kann der Fragebogen sachgemäß eingesetzt werden.

Im Zweifelsfall ist es jedoch besser, den Fragebogen auch unter ungünstigen Voraussetzungen zu verwenden, als 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 Verfahrensrichtlinie (Council Directive on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection - 2005/85/CE of 1st December 2005).

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 benötigen.

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. Sie sind nicht verpflichtet, diese Fragen zu beantworten.

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.

Bitte beantworten Sie die Fragen mit „ja" oder „nein" 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

	Fragen „häufig“ meint: mehr als gewöhnlich und als leidvoll empfunden	Ja	Nein
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Albträume?		
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?		
Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen →			

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

0-3	4-7	8-10
geringe Wahrscheinlichkeit	**mittlere** Wahrscheinlichkeit	**hohe** Wahrscheinlichkeit

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

Bitte überweisen Sie die/den Asylsuchende/n im Falle einer „mittleren“ oder „hohen“ Wahrscheinlichkeit zur weiteren Untersuchung an eine psychologische oder medizinische Fachstelle!
Eine „geringe W'keit“ schließt nicht aus, dass der/die Asylsuchende traumatische Erfahrungen gemacht hat. Die Symptome können später auftreten. Eine weitere Befragung sollte durchgeführt werden.

Weitere Beobachtungen ***(z.B. die Person weint , reagiert nicht, zeigt keine Aufmerksamkeit; Schwierigkeiten, die Fragen zu verstehen; spezielle Umstände des Interviews):***

Diese Eintragungen müssen mit dem/der Befragten abgestimmt werden

Name des Asylsuchenden:

Geburtsdatum:

Herkunftsland:

Datum:

Ich bin einverstanden, dass die Organisation des Interviewers eine Kopie dieses Dokuments behält und für statistische Zwecke verwendet (Unterschrift)

Organisation (Stempel)

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogens an die/den Asylsuchende/n mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/innen vorzulegen.

RA Henning J. Bahr, LL.M.

AnwälteHaus
www.anwaeltehaus.net

Anforderungen an ärztliche Atteste

in Verfahren des Aufenthalts-, Asyl- und Flüchtlingsrechts

Eines vorweg: Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Sie stehen als Ärztin oder Arzt in zweierlei Hinsicht vor einem Dilemma: Einerseits wollen Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten helfen, können aber die Wirklichkeit nicht ändern. Andererseits haben Sie in Gesundheitsfragen gegenüber Behörden und Gerichten überlegene Sachkenntnis, es bestehen aber hohe Anforderungen an Ihre Äußerungen, die bei der Erstattung eines fachgerechten Attests Probleme bereiten.

Deshalb soll der folgende **Leitfaden** helfen, diese Hürde zu meistern.

Die gesetzliche Regelung

Behörden und Gerichte stellen in ausländerrechtlichen Verfahren an ärztliche Bescheinigungen hohe Anforderungen im Hinblick auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit. Diese Anforderungen sind inzwischen gesetzlich ausformuliert. Eine einfache Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder ein Kurzattest mit wenigen Zeilen sind praktisch nie ausreichend und schaden oft mehr, als sie nützen.

§ 60a Abs. 2c AufenthG ist eine **qualifizierte ärztliche Bescheinigung** erforderlich.

Approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind Ärztinnen und Ärzten nicht gleichgestellt. Ihre Bescheinigungen und Äußerungen werden aber von den Gerichten als Grundlage der Überzeugungsbildung herangezogen und müssen daher auch von den Behörden beachtet werden. Ersetzen können sie aber eine ärztliche Bescheinigung in den meisten Fällen nicht.

Die Bescheinigung soll nach dem Gesetzestext

- die **tatsächlichen Umstände**, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist,
- die **Methode der Tatsachenerhebung** (z.B. Gespräch mit Dolmetscher, fachmedizinische Untersuchungsmethoden, psychiatrische oder psychologische Testverfahren)
- die konkreten **Diagnosen** mit Angabe der ICD-Bezeichnung,
- den **Schweregrad** der Erkrankung sowie
- die **Folgen**, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, auch unter Berücksichtigung eines Abbruchs der aktuellen Medikation oder sonstigen Therapie,
- die zur Behandlung erforderlichen **Medikamente** mit der Angabe ihrer **Wirkstoffe mit internationaler Bezeichnung**

enthalten. Soweit aufgrund der Erkrankung eine Transport- oder Reiseunfähigkeit gesehen wird, sollte dies dem Attest ausdrücklich zu entnehmen sein und zwar mit den Gründen, aus denen dieser Schluss gezogen wird.

Die besonderen Anforderungen bei psychischen Erkrankungen

Das Bundesverwaltungsgericht fordert, aus einem ärztlichen Attest für die Darlegung einer PTBS müsse

> *"sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage der Facharzt seine Diagnose gestellt hat und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Dazu gehören etwa Angaben darüber, seit wann und wie häufig sich der Patient in ärztlicher Behandlung befunden hat und ob die von*

RA Henning J. Bahr, LL.M.

AnwälteHaus
www.anwaeltehaus.net

> *ihm geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden. Des Weiteren sollte das Attest Aufschluss über die Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie den bisherigen Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie) geben. Wird das Vorliegen einer PTBS auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen, so ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist."* [Urteil vom 11.09.2007 - Az. 10 C 8.07]

Behörden und Gerichte weiten diese gesteigerten Anforderungen häufig auf jedes Attest aus, das eine psychische Erkrankung belegen soll, auch wenn es sich nicht um eine PTBS handelt.

Weitere wichtige Hinweise

- Wichtig ist bei drohender Abschiebung die Unterscheidung der sogenannten **inlandsbezogenen** und **zielstaatsbezogenen** Gründe, die gegen eine Abschiebung sprechen.
  - **Inlandsbezogen** oder **innerstaatlich** sind solche Hindernisse, die schon innerhalb Deutschlands die Abschiebung verhindern, wie krankheitsbedingte Reiseunfähigkeit, Suizidgefahr oder die Notwendigkeit der Pflege durch hier lebende Verwandte.
  - **Zielstaatsbezogen** hingegen sind solche Gründe, die zu einer baldigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Zielland führen, so z.B. fehlende oder praktisch unerreichbare Behandlung und Medikation, fehlende Betreuung oder die Gefahr der Retraumatisierung.
  - Beide Bereiche sollten in einem ärztlichen Attest voneinander getrennt berücksichtigt und fachlich fundiert kommentiert werden, wenn Sie hierzu Kenntnisse haben.
- Das Attest sollte von einem **Facharzt für die jeweilige Erkrankung** ausgestellt werden.
- Das Attest muss **ausführlich und vollständig** sein. Es sollte auch enthalten z.B. wie lange der Patient schon in Behandlung ist und wieviele Termine in welchen Abständen stattgefunden haben. Auch medizinische Offensichtlichkeiten sollten dargestellt werden.
- Die vom Patienten geschilderten Beschwerden oder Ereignisse sollten **nicht kritiklos übernommen**, sondern **mit eigenen Befunden abgeglichen werden**. Dies setzen gerade Gerichte oft voraus.
- Bei **psychischen Traumata und der PTBS** müssen **konkrete traumatisierende Ereignisse** herausgearbeitet und dargestellt werden. Werden die Ereignisse, die zu dem Trauma führten, erst neu offenbart oder die Krankheit erst jetzt erkannt, muss das Attest etwas über die Gründe ausführen, warum das bisher nicht der Fall war.
- Wird eine **Suizidgefahr** festgestellt, muss diese mit **konkreten Ereignissen oder Aussagen des Patienten belegt** werden und ebenfalls **mit eigenen Erkenntnissen abgeglichen** werden.

Januar 2020

RA Henning J. Bahr, LL.M.
Fachanwalt für Verwaltungsrecht
Fachanwalt für Migrationsrecht
bahr@anwaeltehaus.net

RA Burkhard Wulftange
wulftange@anwaeltehaus.net

PS: Bitte achten Sie darauf, dass die Unterzeichner nicht unbedingt diejenigen sind, die das Attest anfordern. Vergewissern Sie sich bitte, dass Sie von uns oder einem unserer Mandanten um das Attest gebeten wurden. Wir haben in der Vergangenheit wiederholt Atteste erhalten, die uns nicht betrafen.

Impressum

Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge
in Niedersachsen e.V.

Geschäftsstelle des NTFN e.V.
Marienstraße 28
30171 Hannover
Tel.: 0511/8564450
Fax: 0511/85644515

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE95 2512 0510 0008 5644 10

Als Fördermitglied helfen Sie uns am effektivsten, die gesundheitliche Versorgung traumatisierter Flüchtlinge sicherzustellen – unabhängig und kompetent.
Mitgliedsbeitrag: 60€, Ermäßigungen möglich.
Institutionen und Vereine: 120€ im Jahr.
Natürlich nehmen wir auch gerne Einzelspenden entgegen.

Redaktion: Jenny Thomsen, Karin Loos, Armin Wühle,
Jennie Schmedt-Barnstorf, Benjamin ter Balk, Kim Schubert
Graphische Gestaltung: Madlen Schulz

Veröffentlicht im August 2020