

Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

**Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für
besonders schutzbedürftige Asylsuchende**



Dieser Reader wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Kontakt

*Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)*
Paulsenstraße 55-56
12163 Berlin
Tel.: +49 30 310 124 61

E-Mail: info@baff-zentren.org
www.baff-zentren.org

Spendenkonto:

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

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
I Modelle der Feststellung und Versorgung	5
1. Friedländer Modell (Niedersachsen)	5
2. Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden in Rheinland-Pfalz.....	7
3. Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei AsylbewerberInnen (Zirndorf, Bayern)	9
4. Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerbern (München, Bayern)	11
5. Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS).....	13
6. Verfahren zur Identifizierung vulnerabler Flüchtlinge in den Niederlanden	15
7. Frühfeststellung von schutzbedürftigen Personen in Italien.....	16
II Screeningfragebögen.....	18
1. PROTECT	18
2. Refugee Health Screener (RHS-15)	19
3. EASO Quality Tool on Identification of Persons with Special Needs.....	20
III Die Modelle und Screening-Fragebögen im Überblick	21
IV Konzept der BAfF zur Frühfeststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit und Versorgung.....	25
1. Hinweisaufnahme, unabhängige Beratung und Information.....	25
2. Fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung	27
3. Leistungsgewährung und Versorgung.....	28
ANLAGEN	29
ANLAGE 1: Wie müssen Hinweisaufnahme und Bedarfsermittlung erfolgen?	29
ANLAGE 2: PROTECT	34
ANLAGE 3: Refugee Health Screener (RHS-15).....	35
ANLAGE 4: Quality Tool EASO	37
ANLAGE 5: Anweisungen für einen ersten Gesundheitscheck bei AsylbewerberInnen und Flüchtlingen in Berlin (XENION).....	39

Abstract

Die EU-Aufnahmerichtlinie besagt, dass besonders schutzbedürftige Asylsuchende als solche identifiziert, ihre besonderen Bedarfe berücksichtigt und notwendige Unterstützung und Versorgung eingeleitet werden müssen. Zum Personenkreis der besonders Schutzbedürftigen gehörten u.a. Menschen, die in ihren Herkunftsländern Opfer von schwerer Gewalt, von Folter oder anderen Menschenrechtsverletzungen geworden sind, aber auch alle Geflüchteten, die an schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen leiden. Es bedarf hierfür eines sinnvollen Verfahrens von Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung. In Deutschland existiert jedoch nach wie vor kein Konzept für die Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter.

Es gibt mittlerweile in den europäischen Ländern sowie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland unterschiedliche Versuche, den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie nachzukommen und ein Verfahren zu implementieren, mit welchem Personen, die besonders schutzbedürftig sind, identifiziert, besondere Bedarfe ermittelt und notwendige Hilfen eingeleitet werden. Allen Modellen ist gemein, dass sie als Pilotprojekte initiiert wurden und ihre Finanzierung über unterschiedliche Fonds auf Projektbasis finanziert wurde. Es konnten erste Ergebnisse und Erfahrungen gesammelt werden, wie die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie umgesetzt werden können. Die Praxis zeigte, dass alle Modelle mit verschiedenen Stärken und Schwächen behaftet sind. In der Praxis zeigte sich, dass es bei den verschiedenen Konzepten Elemente gab, die in allen Modellen von Bedeutung waren und aus denen sich verallgemeinerbare Standards ableiten lassen, wie die Bedeutung geschulten Personals, qualifizierte DolmetscherInnen und ein niedrigschwelliger Zugang. Auch verweisen die Ergebnisse auf klassische „Stolpersteine“, die es konzeptionell zu berücksichtigen gilt, wie das Fehlen eines geeigneten, institutionalisierten Gesprächsformates für die Früherkennung, unzureichendes Schnittstellenmanagement und die fehlende Sicherstellung der Leistungsgewährung nach Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit.

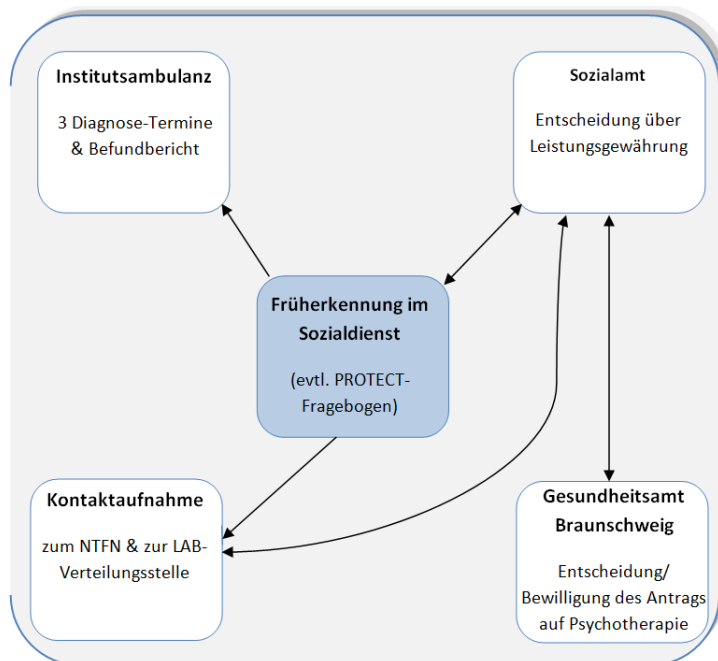
Die unterschiedlichen Modelle werden vorgestellt, wie auch die teilweise zum Einsatz gekommenen Screeningfragebögen. Abgeleitet aus den Vor- und Nachteilen dieser Modelle wird das Konzept der BAfF für qualifizierte Verfahren zur Feststellung, fachspezifischen Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung von besonders schutzbedürftigen Gruppen vorgestellt, welches Anforderungen an den Prozess sowie Qualifikationsmerkmale der involvierten AkteurInnen integriert.

I Modelle der Feststellung und Versorgung

1. Friedländer Modell (Niedersachsen)

Früherkennung PTBS, Verfahren in Friedland (bei Göttingen)

Der Sozialdienst der Erstaufnahmeeinrichtung hat viel Kontakt zu Flüchtlingen und soll durch Schulungen sensibilisiert werden, Anzeichen für Traumata zuerkennen. Diese Schulungen wurden in der Vergangenheit vom EFF finanziert und vom Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (NTFN) durchgeführt. Nach dem Modell führt der Sozialdienst ein persönliches Gespräch (ggf. unter zu Hilfenahme des Screeninginstrumentes „**PROTECT**“, sh. Kapitel II) und unter Beteiligung eines Sprachmittlers. Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit, gesundheitliche Probleme,



Posttraumatische Belastungsstörung, etc. sollen hier aufgenommen bzw. festgestellt werden. Wenn der Geflüchtete über Angstzustände, Schlafstörungen, selbstzerstörerisches oder gereiztes Verhalten, Wutausbrüche etc. berichtet, oder **Verhaltensmerkmale** wie aggressives oder selbstverletzendes Verhalten an den Tag legt, wird dieser an die **Institutsambulanz** (Psychologen + Arzt) weitergeleitet.

Nach dem Modell finden in der Institutsambulanz **drei diagnostische Gespräche** statt und es wird ein circa

3-seitiger **Befundbericht** mit Empfehlungen u.a. zur Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft, Ort der Umverteilung, etc. ausgestellt. Hierzu gibt es einen Rahmenvertrag mit der Institutsambulanz. Der Befundbericht soll dann weitergeleitet werden an das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge. Auf Basis des Befundberichts kann durch das NTFN ein formaler Antrag auf Psychotherapie gestellt werden, der zusammen mit dem Befundbericht an das Sozialamt und das Gesundheitsamt des Aufenthaltsortes des Betroffenen weitergeleitet wird. Nach der Entscheidung des Gesundheitsamtes muss ein erneutes Gespräch im Sozialdienst geführt werden zur Erläuterung des weiteren Verfahrens, der medizinischen Betreuung und weiteren Hilfsangeboten, Unterstützung ggfls. auch durch die Wohlfahrtsverbände etc.. Anschließend soll erneut Kontakt zum NTFN aufgenommen werden (Datenübermittlung, Schweigepflichtsentbindung, TherapeutInnensuche etc.) und zur LAB-Verteilungsstelle mit dem Ziel der Einflussnahme auf den Verteilungsort entsprechend der besonderen Bedarfe. Notwendige Informationen sollen an die neue Kommune weitergeleitet werden.

Das Modell funktioniert in der Praxis nur eingeschränkt, da die Flüchtlinge nur für wenige Tage bis circa 2 Wochen in Friedland sind vor dem Hintergrund zu geringer Kapazitäten im Lager. Die Situation wird sich jetzt durch die Neugründung einer 3. Erstaufnahmeeinrichtung ein wenig entzerren und die Verweildauer wird sich voraussichtlich wieder auf ca. 3 Monate verlängern. Auf Grund der kurzen Verweildauer können so bspw. nicht die drei diagnostischen Gespräche in der Institutsambulanz geführt oder seitens der Erstaufnahmeeinrichtung überhaupt dorthin vermittelt werden, da die Geflüchteten inzwischen umverteilt wurden. Die Empfehlungen des Befundberichtes bleiben teilweise unberücksichtigt, z.B. bei Fragen der Verteilung. Die Übernahme von Therapiekosten erfolgt derzeit abhängig von der Kommune und den jeweiligen Personen im Sozialamt/Gesundheitsamt (Amtsarzt). Ziel soll sein, dass die Sozialämter in den Kommunen auf Basis des Antrags 5 probatorische Sitzungen bewilligen und parallel der Antrag auf Psychotherapie durch das Gesundheitsamt geprüft und zeitnah beschieden wird.

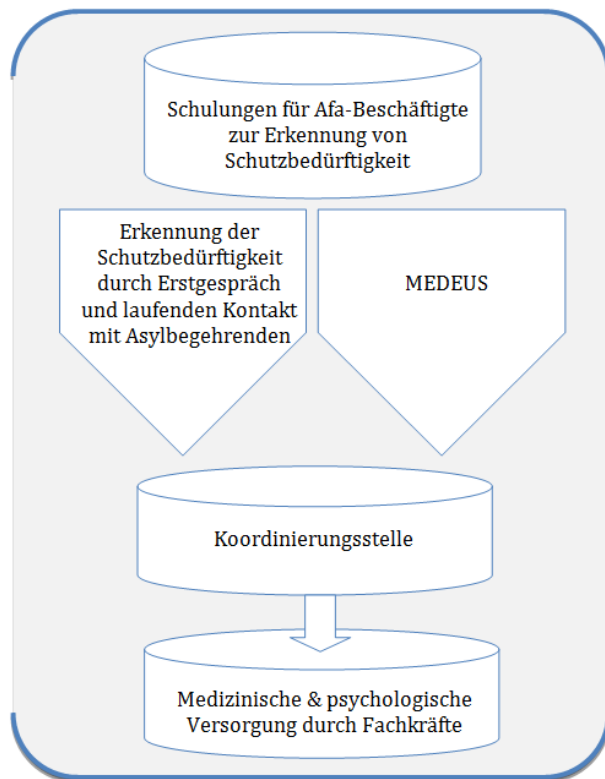
PRO

- Gute **Erreichbarkeit** der Klientel über den Sozialdienst
- Direkte Verbindung zu weitergehender **Diagnostik** und **Einleitung von Anträgen** für notwendige Hilfen

CONTRA

- **Feststellung** bleibt ohne Auswirkungen (Verteilung, Unterkunft, etc., Empfehlungen werden nicht immer umgesetzt)
- Fraglich, ob Betreuungsschlüssels im Sozialdienst angepasst wurde in Bezug auf die neue Aufgabenstellung.
- Gespräche zur Feststellung können sich mit **hausinternen Interessen** und **Rollen** vermischen (z.B. Ruhe und Ordnung halten)
- Selektion von Geflüchteten mit auffallendem Verhalten (Aggressivität, etc.) für diagnostische Gespräche, **depressive Symptome** (Rückzug, etc.) fallen nicht auf/sind nicht störend und werden entsprechend **nicht in dem Maße zur Diagnostik weitergeleitet**.
- Es ist unklar, ob die **Gespräche** mit den Geflüchteten entsprechend bestimmter **Standards** zur Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit geführt werden und ob es hierfür einen gesonderten zeitlichen Raum gibt. Es gibt lediglich die Information, dass teilweise der Protect-Fragebogen eingesetzt wird.
- **Unterschiedliche Praxis in den verschiedenen Kommunen:** Manche Sozialämter bewilligen sofort nach Antragseingang 5 probatorische Sitzungen und parallel wird Antrag auf Psychotherapie von Gesundheitsamt geprüft. Bei manchen nicht, langes Prozedere bis Gespräche stattfinden können.
- Kein einheitliches Vorgehen im Bundesland: Es gibt in Niedersachsen **verschiedene Erstaufnahmeeinrichtungen, wo das Modell noch nicht implementiert** ist (Braunschweig hat ebenfalls das Modell in Kooperation mit Psychologischem Institut der Universität implementiert).

2. Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden in Rheinland-Pfalz



In Rheinland-Pfalz soll die Feststellung der Schutzbedürftigkeit in den Erstgesprächen überprüft sowie im laufenden Kontakt mit den Asylbegehrenden erfragt werden. Alle Beschäftigten der Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende Trier (AfA) sollen hierfür speziell geschult werden, um Anzeichen von Schutzbedürftigkeit besser und schneller zu erkennen und dies an den ärztlichen Dienst weiterzugeben.

In allen Erstaufnahmeeinrichtungen ist eine (freiwillige) medizinische Untersuchung vorgesehen, in der auch, soweit in der Situation feststellbar, auf psycho-soziale Erkrankungen und Belastungen geachtet werden soll. Krisenintervention und Erstberatung durch eine

Fachkraft (PsychotherapeutIn/PsychiaterInnen) soll, bei Bedarf, zur Grundversorgung in der Erstaufnahme gehören.

Da die Schutzbedürftigkeit häufig auch medizinische Fragestellungen umfasst, wurde ein Schwerpunkt auf die allgemeinmedizinische Versorgung gesetzt. In der AfA soll diese in einer in der Einrichtung befindliche Krankenstation durch regelmäßige Sprechstunden mit niedergelassenen ÄrztInnen sichergestellt werden. Bei spezielleren Aufgabenstellungen sind die Betroffenen an fachärztliche Praxen oder Krankenhäuser zu überweisen.

Darüber hinaus soll das **Projekt MEDEUS** (MEDizinische ErstUnterSuchung) die Möglichkeit für Asylsuchende schaffen, unmittelbar nach dem Eintreffen eine Krankenakte mit medizinischen Daten anzulegen, und Vorerkrankungen, benötigte Medikamente, Traumata, etc. erkennen und erfragen zu lassen. Dies soll ermöglichen, dass medizinisch bedingte Schutzbedürftigkeit frühzeitig erkannt, dokumentiert und dem Betroffenen zur seiner weiteren Verwendung zur Verfügung gestellt werden kann.

Schnittstellenmanagement

Personen mit psychischen Störungen bzw. Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, sollen, sobald ihre spezielle Situation eine Feststellung ermögliche, medizinische Versorgung durch FachärztInnen, PsychotherapeutInnen und Fachkliniken und die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge (PSZ) erhalten.

Seit einigen Jahren existieren PSZs in Trier, Mayen und Altenkirchen. Im Aufbau befinden sich zurzeit zwei neue PSZ in Mainz und Ludwigshafen. Die PSZs in Rheinland-Pfalz sind in der AG Flucht und Trauma zusammengeschlossen.

Ziel ist es, **die bestehenden Angebote der Regelsysteme für die Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen zu öffnen**. Hierfür wurde die „**Koordinierungsstelle für die Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz**“ geschaffen, die an eines der Psychosozialen Zentren angegliedert ist. Sie wird vom Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen finanziert und bietet Schulungen für niedergelassene PsychotherapeutInnen, PsychiaterInnen und anderes medizinisches Fachpersonal sowie für Sprach- und KulturmittlerInnen, Vermittlungskarteien über niedergelassene PsychotherapeutInnen, die mit Flüchtlingen arbeiten und über geschulte Sprach- und KulturmittlerInnen sowie fachliche Begleitung rund um das Thema Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems. Das Schnittstellenmanagement soll ein koordiniertes Vorgehen der PSZ und der Regeldienste fördern.

PRO

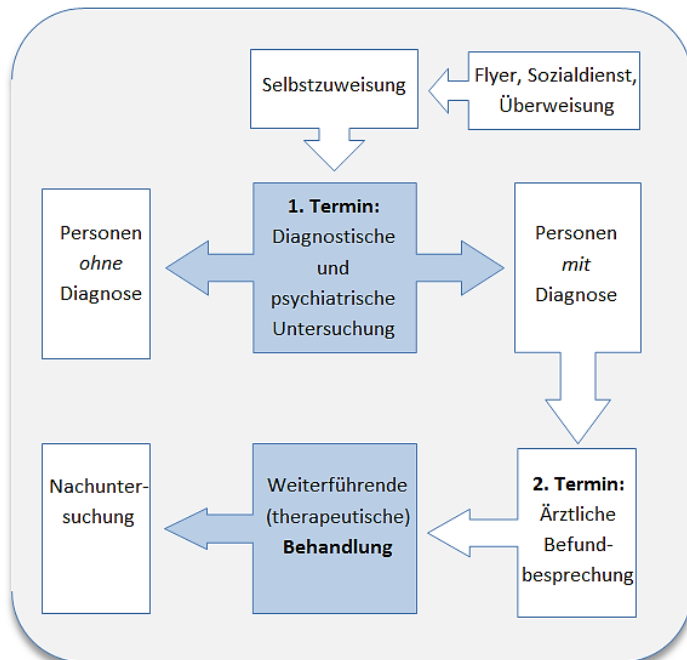
- Schnittstelle ermöglicht bessere, **koordinierte Zusammenarbeit**, Austausch von Wissen und Information mit dem Ziel der besseren Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge
- **Kooperation** PSZ, Regelversorgung, Ministerium für Integration, Landespsychotherapeutenkammer

CONTRA

- Es ist unklar, ob die MitarbeiterInnen der AfA **Schulungen** nach Ende der EFF-Förderung erhalten. Insbesondere angesichts der aktuellen Flüchtlingszahlen ist es fraglich, ob ein laufender Kontakt mit allen AsylbewerberInnen hergestellt werden kann.
- In den **medizinischen Untersuchungen** kann aktuell nur das allernotwendigste durchgeführt werden, zu geringe Kapazitäten.
- Dies betrifft auch die Arbeitsweise von **MEDEUS**. Zudem funktioniert die Weitervermittlung von Krankenakten nur eingeschränkt auf Grund **offener Fragen zu Datenschutzbestimmungen**.
- Aktuell werden nur Informationen zu behandlungsbedürftigen Infektionskrankheiten an die Kommunen weitergegeben.
- Modell fokussiert auf die **Vermittlung in die Regelversorgung** mit Hilfe von Schnittstellenmanagement und Schulungen. Es bleibt offen, ob dadurch der enorme Bedarf an Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge zeitnah gedeckt werden kann.
- Ein unbürokratische **Abrechnung von Therapiekosten** über die Krankenhilfestellen bzw. Krankenkassen ist für die meisten AkteurInnen im regulären Gesundheitssystem Voraussetzung für ihr Engagement. Dies ist nicht gegeben.

3. Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei AsylbewerberInnen (Zirndorf, Bayern)

Modellprojekt



Die „Diagnosestelle für Psychische Belastung und Traumatisierung“ ist eine unabhängige Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Ihre Aufgabe ist es, erwachsenen Asylbewerbern während ihres Aufenthaltes in der Erstaufnahmeeinrichtung, die Möglichkeit einer umfassenden, klinisch-psychologischen Diagnostik anzubieten. Die Untersuchungen sollten auf freiwilliger Basis stattfinden, behandlungsbedürftig erkrankte Asylbewerber sollten in eine entsprechende Behandlung weiter

vermittelt werden. Die Untersuchungen werden - soweit erforderlich - mit Hilfe eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin durchgeführt. Bei dringendem Bedarf für eine sofortige medikamentöse oder andere therapeutische Intervention gibt es eine Notfallbehandlung vor Ort, sowie die Möglichkeit einer ambulanten oder stationären Behandlung am Klinikum Nürnberg.

A. Erster Termin (1,5 Std.): Diagnostische Untersuchung mit psychiatrischer Anamnese, psychologischer Testung und apparativer Untersuchung. Teil der psychiatrischen Untersuchung sind ein strukturiertes **diagnostisches Interview** sowie mehrere **Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen** zur detaillierteren Beschreibung der psychiatrischen Symptomatik. Am Ende jeder Begutachtung steht eine strukturierte Erörterung zwischen dem ärztlichen und dem psychologischen Untersucher. Das Ziel dieses Austausches bestand darin, die durch die beiden Berufsgruppen erhobenen Informationen abzugleichen.

B. Zweiter Termin (nach etwa 7 Tagen): **Ärztliche Befundbesprechung**, ggf. mit entsprechender Empfehlung für eine weiterführende Behandlung und Weiterleitung an etablierte therapeutische Einrichtungen für diejenigen, bei denen beim Ersttermin eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Personen ohne psychiatrische Diagnose werden nicht mehr zu einem zweiten Termin einbestellt.

c. Dritter Termin: **Nachuntersuchung** mit Zwischenanamnese und testpsychologischer Untersuchung (ca. 3-6 Monate nach Erstkontakt).

PRO

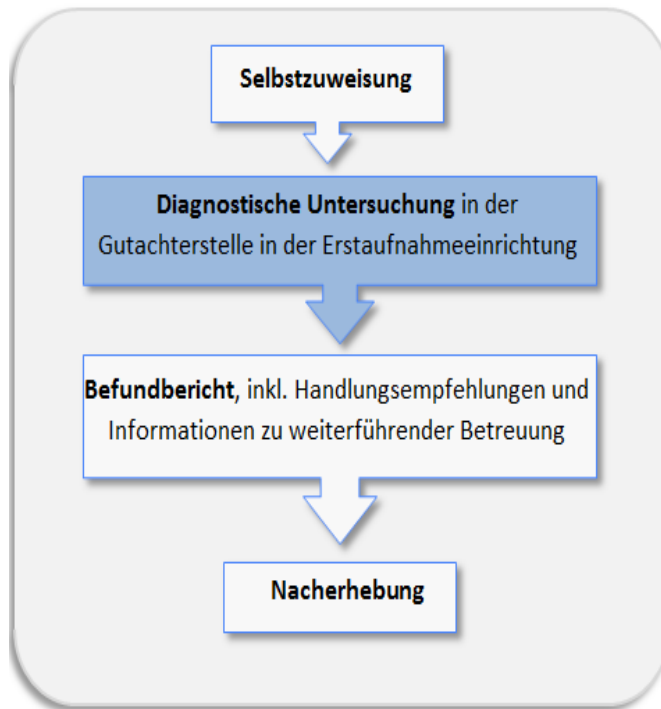
- **Differenzierte Diagnostik**
- Möglichkeit der medikamentösen **Notfallbehandlung** vor Ort (Notfallmedikamente vor Ort sowie Weiterleitung an ambulante niedergelassene PsychiaterInnen) sowie einer **stationären Behandlung** am Klinikum Nürnberg => Ansatz des Zusammenspiels von Diagnostik und Behandlung (40% der Gesamtstichprobe nahm dies in Anspruch)
- Wichtig war Zusammenarbeit mit **Hauptamtlich tätigen DolmetscherInnen**, die geschult für den Bereich waren

CONTRA

- **Aufwendiges und kostspieliges** Prozedere
- **Schlechte Zugänglichkeit** bzw. Erreichbarkeit der Klientel (diese mussten über andere AkteurInnen angesprochen werden)
- 21 Personen brachen Untersuchungen ab, erlebten die Untersuchung als **stigmatisierend**
- **Belastende Untersuchung**, Müdigkeit, Ablehnung von psycholog. Untersuchungen und Dekompensation (Schwindel, Kollaps, Weinen). In 3 Fällen musste Rettungsdienst geholt werden, in 10 Fällen erfolgte sofortige stationäre Einweisung.
- **Bei Nachuntersuchung konnten nur wenige erreicht werden**
- **Projekt ohne Nachhaltigkeit:** mit dem Ende der Projektförderung, wurden Aktivitäten beendet ohne weitergehende Veränderungen/Strukturen der Feststellung und Versorgung hinterlassen zu haben.

4. Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerbern (München, Bayern)

Modellprojekt



Die „Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern“ ist eine unabhängige Stelle zur Erkennung psychischer Störungen bei AsylbewerberInnen in der Erstaufnahmeeinrichtung München. Ihre Aufgabe ist es, erwachsenen AsylbewerberInnen während ihres Aufenthaltes in der Erstaufnahmeeinrichtung, die Möglichkeit einer umfassenden, klinisch-psychologischen Diagnostik anzubieten. Therapiebedürftige AsylbewerberInnen sollen in der Erstaufnahmeeinrichtung München frühzeitig identifiziert und bei Bedarf über Einrichtungen, die eine weiterführende Betreuung anbieten,

informiert und an diese vermittelt werden. Die entsprechende diagnostische Untersuchung in der Gutachterstelle sollte auf freiwilliger Basis stattfinden und in einem 2 bis 3-stündigen Gespräch, wenn erforderlich - mit Hilfe eines Dolmetschers/einer Dolmetscherin.

- A. Untersuchung (2-3 Std.): Diagnostische Untersuchung mittels Erhebung der soziodemographischen Angaben, klinisch-strukturiertes Interview (M.I.N.I.) und der Fragebögen PDS und B-L.
- B. Befundbericht: Auf Basis der erhobenen Daten erstellen die Untersucher eine Handreichung für den Klienten mit Angaben über dessen psychischen Gesundheitszustand sowie Handlungsempfehlungen. Die Handreichung wurde den KlientInnen postalisch geschickt.
- C. Nacherhebung: Telefonische Follow-Up-Befragung 5-6 Wochen nach der Diagnostik zur Einschätzung der Zufriedenheit der KlientInnen und zur Überprüfung der Umsetzung der Handlungsempfehlungen.

PRO

- **Differenzierte Diagnostik**
- **Akuter Bedarf** konnte erfasst und darauf durch Weitervermittlung in stationäre Behandlung reagiert werden
- Bevorzugter Einsatz entsprechend **qualifizierter DolmetscherInnen**
- **Nachbesprechung der Untersuchung mit DolmetscherInnen** (auch psychische Belastung der DolmetscherInnen wurde thematisiert)
- Möglichkeit der **regelmäßigen, externen Supervision** für UntersucherInnen

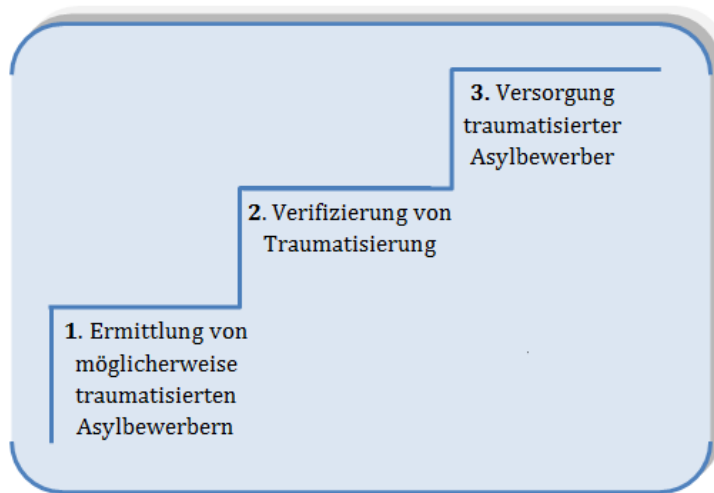
CONTRA

- **Belastende Untersuchung** führte zur hohen Abbruchquote, eingeschränkte Validität der Untersuchungsergebnisse und zur häufigen Einleitung stationärer Behandlung.
- **Keine ergänzende medizinische Abklärung** zur Erhebung bestehender Beschwerden, Absicherung der Diagnosen und Einleitung einer medikamentösen Therapie.
- Zur **telefonischen Nacherhebung** konnte nur etwa 1/3 der Untersuchten erreicht werden.
- Äußerst **eingeschränkte Möglichkeit der Vermittlung** in Behandlung (ambulante Psychotherapie). Lediglich Refugio München übernahm KlientInnen.
- **Keine weiterführende Hilfe durch Gutachterstelle** möglich (zu kurze Verweildauer der Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtung, strukturelle Versorgungsengpässe).
- **Befundbericht war für Flüchtlinge unverständlich**
- Diagnostik und Befundbericht **ohne Auswirkungen auf Umverteilung**
- **Projekt ohne Nachhaltigkeit:** mit dem Ende der Projektförderung, wurden Aktivitäten beendet ohne weitergehende Veränderungen hinterlassen zu haben.

5. Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS)

Verfahrensablauf in der Fachstelle für traumatisierte Flüchtlinge XENION

Die Feststellung und Versorgung traumatisierter Asylbewerber erfolgt nach diesem Konzept in drei Stufen:



Stufe 1: MitarbeiterInnen von Einrichtungen und Behörden (Erstaufnahmeeinrichtungen, Sozialämter, Berliner Ausländerbehörde, etc.) die im frühzeitigen Kontakt mit AsylbewerberInnen stehen, sollen Hinweise auf mögliche Traumatisierung erkennen, wofür explizit keine systematischen

Untersuchungen oder klinischen Einschätzungen verlangt werden. Asylsuchende die Gewalterfragungen oder andere belastende Erfahrungen gemacht und/oder psychische Probleme haben, sollen an eine der Fachstellen für traumatisierte Flüchtlinge weitergeleitet werden. Hierfür erhalten Sie die Adressen sowie eine kurze Vorstellung der entsprechenden Fachstellen.¹

Stufe 2: Hinweise auf Traumatisierung sollen durch einen niedrigschwelligen, ganzheitlichen Gesundheitscheck von den Fachstellen überprüft und individuell erforderliche Hilfemaßnahmen dokumentiert werden. Das BNS hat hierfür einen Fragebogen konzipiert, welcher einen traumaspezifischen Teil zur systematischen Erfassung traumatischer Symptome enthält und darüber hinaus soziodemographische Daten, Daten über den allgemeinen Gesundheitszustand und die aktuelle Lebenssituation abfragt (siehe Anlage). Der Fragebogen kann von SozialarbeiterInnen in den Fachstellen eingesetzt werden. Wenn der Klient jedoch schwer zugänglich ist, kann dieser an einen zuständigen Psychotherapeuten/eine zuständige Psychotherapeutin der Fachstelle weitergeleitet werden. Bei Feststellung einer Traumatisierung werden konkrete Empfehlungen über erforderliche Hilfemaßnahmen entwickelt. Die festgestellte traumabedingte Beeinträchtigung und die Empfehlungen für erforderliche Hilfe werden in Form einer Bescheinigung zusammengestellt, um einen schnellen Zugang zu erforderlichen Maßnahmen sicherzustellen und die Leistungsträger über den rechtlichen Anspruch auf erforderliche Hilfe hinzuweisen.

Eine diagnostische Untersuchung erfolgt auf dieser Stufe nicht, kann aber in der 3. Stufe beantragt werden.

¹ Weitere KooperationspartnerInnen bzw. Fachstellen innerhalb des BNS sind die Erstaufnahmeeinrichtung für Erwachsene und Familien (AWO Berlin), das Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (zfm), das Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen (BSZL) sowie Refugium im Paul-Gerhardt-Stift.

Stufe 3: Die Betroffenen suchen mit der Bescheinigung über besondere Schutzbedürftigkeit und Kontakten der Fachstellen ihre Leistungsträger selbstständig auf. Es soll die konkrete Versorgung folgen.

PRO

- Gute **Kooperation** von **Erstanlaufstellen** (Erstaufnahmeeinrichtungen, Zentrale Aufnahmestelle, Zentrale Leistungsstelle, Ausländerbehörden, Sozialämter, Senatsverwaltungen) und den verschiedenen **Fachstellen**
- **Niedrigschwelliger Zugang**, gute Erreichbarkeit der Klientel
- **Niedrigschwelliger Gesundheitscheck**, geringe Belastung für Betroffene

CONTRA

- Die **Feststellung läuft ins Leere**. Auf die Bescheinigung der besonderen Schutzbedürftigkeit und notwendiger Hilfemaßnahmen erfolgt nicht die Leistungsgewährung.
- **Eingeschränkte Behandlungskapazitäten** sowie **fehlende Finanzierung** nötiger Behandlung schränkt Versorgung ein.
- **Keine ausreichende Zeit** für Diagnostik.
- **Geringe Akzeptanz** innerhalb der Verwaltung.
- **Koordination** innerhalb der Verwaltung war nicht gegeben.
- Verwaltung hat letztlich einen **eigenen Fragebogen** entwickelt zur Feststellung der Schutzbedürftigkeit, ohne Einbezug der Expertise des Netzwerkes.
- **Akzeptanz im Gesundheitswesen** nicht gewährleistet, nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Weitervermittlung von KlientInnen in Gesundheitsregelversorgung.

6. Verfahren zur Identifizierung vulnerabler Flüchtlinge in den Niederlanden



In den Niederlanden gibt es eine zentrale **Erstaufnahmeeinrichtung**, die alle Flüchtlinge durchlaufen, bevor diese auf die Aufnahmezentren landesweit verteilt werden.

In der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung werden am Tag der Aufnahme **sichtbare Schutzbedürftigkeitsmerkmale** dokumentiert.

Nach der Weiterleitung in die dezentralen Unterkünfte durchlaufen alle Asylsuchende einen Gesundheitscheck. Dieser Gesundheitscheck umfasst eine **medizinische und psychologische Untersuchung** der einzelnen Personen, um zu

erkennen, ob die Untersuchten fähig sind, ihr Asylverfahren durchzuführen und ihre Rechte und Pflichten wahrzunehmen. Die Ergebnisse dieses Gesundheitschecks dienen auch als Hinweis für die zuständige Asylbehörde. Bedarf es einer weiteren Behandlung des/der Untersuchten, werden die Ergebnisse der medizinischen Einrichtung des jeweiligen Aufnahmezentrums weitergeleitet. Dies ist der erste Schritt der Identifizierung vulnerabler Flüchtlinge. Zudem nutzen die medizinischen Abteilungen der Aufnahmeeinrichtungen den **PROTECT Fragebogen** (siehe Kapitel II), um Hinweise auf mögliche psychische Beeinträchtigungen zu erfassen und die Betroffenen einer Versorgung zuzuführen.

Alle Aufnahmeeinrichtungen verfügen über medizinische Abteilungen, die jeweils mit ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen besetzt sind. Zusätzlich gibt es landesweit vier spezialisierte Einrichtungen für Personen, die verschiedene Formen der Gewalt erlebt haben. Da alle Einrichtungen über eine externe medizinische Abteilung verfügen, soll die ständige Kontaktaufnahme und damit auch Hinweisaufnahme bezüglich des Vorliegens einer Schutzbedürftigkeit möglich sein. Zudem gehören alle medizinischen Abteilungen dem gleichen Unternehmen an. Diese zentrale Gesundheitsversorgung wird über eine Pro-Kopf-Pauschale **staatlich finanziert**.

PRO
➤ Staatlich finanziertes Feststellungsmodell
➤ Untersuchung durch qualifiziertes Fachpersonal
➤ Die Ergebnisse werden dokumentiert (keine Diagnostik !) mittels des PROTECT Fragebogens
➤ Staatlich finanzierte Versorgung

CONTRA
➤ Es fehlen Berichte aus der Praxis , die über mögliche Schwachstellen oder Schwierigkeiten berichten könnten.

7. Frühfeststellung von schutzbedürftigen Personen in Italien

Derzeit gibt es weder ein Gesetz zur Frühfeststellung von schutzbedürftigen Personen in Italien, noch eine nationale Strategie zu den Vorgängen, Rollen und Funktionen vom öffentlichen und privaten Sektor.

Die Frühfeststellung von Folteropfern und Opfern von schwerwiegender Gewalt kann zu einem *beliebigen* Zeitpunkt im Asylverfahren von Anwälten, zuständigen Behörden, Fachpersonal der Erstaufnahmeeinrichtungen, oder spezialisierten NGOs durchgeführt werden. Trotz des Fehlens einer nationalen Strategie, gibt es „good practice“ Beispiele:

Unter dem Akronym *Vi.To* hat der *Italian Council for Refugees* (CIR) seit 1996 mehrere Projekte zur rechtlichen, sozialen und psychologischen Unterstützung von Folterüberlebenden durchgeführt.

In 2007 wurde das *Italian Network for Asylum Seekers who Survived Torture* (NIRAST) gegründet, welches sich zur Aufgabe gemacht hat, die Standards der Frühfeststellung und psychologischen Behandlungen zu verbessern. Dazu gehören Austausch, Kapazitätsbildung und Training von Mitarbeitern der zuständigen Behörden und Fachpersonal aus den nationalen Medical Psychological Centers. Durch die Trainingseinheiten wurde ein Netzwerk von Gesundheitszentren geschaffen, dessen Personal gute Kompetenzen in der Erkennung und Behandlung von Folteropfern hat.

NISRAT hat des Weiteren einen Interview-Fragebogen erstellt (*Clinical Interview for the Early Identification of Torture Survivors* [ETSI Interview]), welcher speziell dafür gedacht ist, Folterüberlebende zu identifizieren. Ärzte und Psychologen wurden von NISRAT geschult, den Fragebogen zu nutzen. Der Fragebogen wird derzeit in einigen NGOs getestet, mit dem Ziel, ihn weiter zu verbreiten, bisher wird er allerdings noch nicht systematisch genutzt.

Die Nationale Kommission ist gesetzlich dafür zuständig, DolmetscherInnen fortzubilden. Die Frühfeststellung besonders schutzbedürftiger Asylsuchenden wurde bisher aber weder im Training von Dolmetschern noch im Training von Polizei und Behörden institutionalisiert.

Mangelnde verfahrensrechtliche Mindeststandards in der nationalen Gesetzgebung:

- Keine systematische Frühfeststellung
- Keine standardisierten Frühfeststellungskriterien
- Keine spezialisierte und systematische rechtliche-, soziale-, und Gesundheitsberatung
- Mangel an qualifizierten Kräften, speziell zur Frühfeststellung von Schutzbedürftigen
- Kein standardisiertes System Betroffene an Behandlungsstellen zu überweisen

Die Initiativen von NISRAT sind ein gutes Beispiel für „good practice“ in der Frühfeststellung von besonders Schutzbedürftigen. Für weitere Fortschritte, müssen diese Bemühungen aber strukturierter und flächendeckender übernommen werden.

PRO

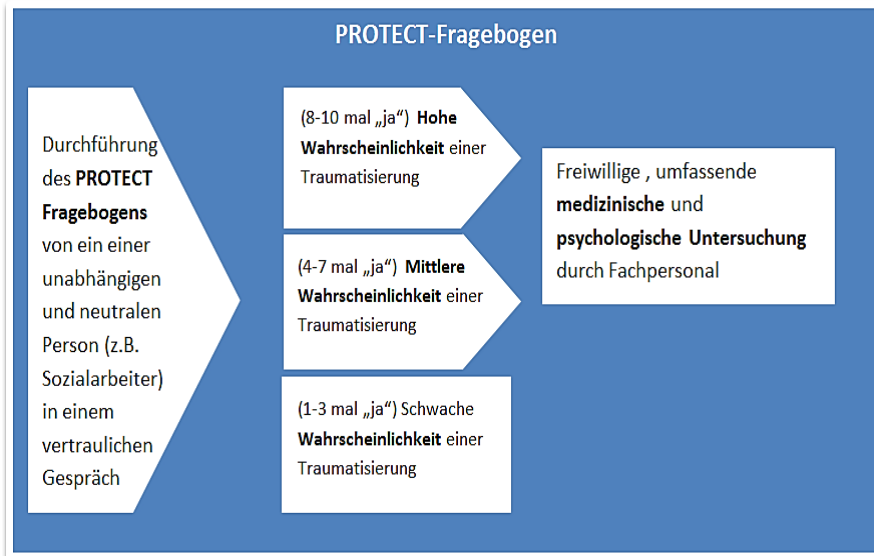
- **Gutes Netzwerk** mit verschiedenen Akteuren **inclusive NGOs**
- Sehr qualifizierter und **differenzierter Erhebungsbogen**
- Im **Europäischen Kontext** durchgeführt mit verschiedenen **Psychosozialen / Behandlungszentren in Kooperation mit Flüchtlingsräten** (Italien, Griechenland, England, Niederlande, Rumänien).
- **Rechtliche und psychosoziale Ansätze** berücksichtigt
- **Interdisziplinäre Ansatz**
- In Kooperation mit relevanten Stakeholders (UNHCR, Legal associations, medical institutions)

CONTRA

- Keine **Verbindlichkeit in die staatlichen Strukturen gesichert**
- In Empfehlung: Starker Appell an Juristen und Gerichte die Expertenmeinung in Verfahren einzubeziehen – d.h. es ist nicht gelungen dies zu verwirklichen.

II Screeningfragebögen

1. PROTECT



Der PROTECT-Fragebogen (PQ) umfasst **zehn Fragen** zu **Symptomen psychischer Belastung**, die auf mögliche psychoreaktive Traumafolgen hindeuten sollen, um einen Minimalstandard für die frühzeitige Erhebung solcher Symptome und Hinweise zu etablieren.

Der PQ ist ein Screening- Instrument und **darf nicht als psychologischer Fragebogen/Diagnoseleitfaden missverstanden werden**. Der Test ist nicht für medizinisch-psychologisches Fachpersonal, sondern bietet eine Hilfestellung für medizinische Laien - Berater/innen, und insbesondere Sozialarbeiter/innen -, **Hinweise auf posttraumatische Belastungen leichter erkennen, erheben, dokumentieren und an anderes Fachpersonal kommunizieren zu können**. Die eigentliche Feststellung einer Schutzbedürftigkeit aufgrund von psychischer Krankheit kann erst im Anschluss durch eine fachgerechte Diagnostik erfolgen.

PRO	CONTRA
➤ wird in einigen Ländern als willkommene Arbeitshilfe bewertet ➤ Der Einsatz von Symptomchecklisten o.ä. soll zu einem verbesserten Erkennen psychischer Symptome führen, z.B. Studie von Gäbel u.a. (2006) zur Prävalenz und Erkennen von PTBS seitens der Anhörer/innen: Eindrucksurteil: 0% bis 10%; Urteil auf der Basis einer Checkliste: 60% ➤ Der PQ ist in einer Vielzahl von Sprachen verfügbar und kann sowohl in der Sprache des Aufnahmelandes, als auch in der Sprache des Asylsuchenden durchgeführt werden.	➤ Unterschreitet vorhandene Expertise des Personals, weil viele Sozialarbeiter/innen über weitergehende Gesprächsführungskompetenzen verfügen ➤ Erfasst insbesondere Stresssymptomatik, keine Traumatisierung ➤ Kein validiertes Instrument ➤ Mäßig kultursensibel ➤ Sehr unspezifisch. Die Befürchtung, dass das Instrument zudem übermäßig sensitiv sei und entsprechend viele „High Scorer“ hervorbringen würde, konnten in der Praxis bislang nicht bestätigt werden. Die meisten Befragten lagen bislang im mittleren Bereich.

2. Refugee Health Screener (RHS-15)

Der RHS-15 ist ein empirisch entwickeltes Screening-Instrument um seelische Belastungen und übliche psychische Erkrankungen unter Flüchtlingen zu erkennen.

Der Refugee Health Screener enthält eine umfangreiche Liste von Elementen, welche Anzeichen von Angstzuständen, Depression und PTBS anhand einer Schwere-Skala voraussagen sollen. Darüber hinaus enthält der Screener Fragen zu familiären und persönlichen psychischen Geschichte, Stress-Reaktivität und Bewältigungskapazitäten. Das Instrument wurde bisher in vier Sprachen übersetzt und durch verschiedene Studien validiert.

Der Vorteil dieses Screening-Instruments ist insbesondere seine kulturelle Sensibilität. Der RHS-15 ist durch partizipative Forschung entstanden, an welcher Flüchtlinge aus verschiedenen Sprachgruppen aktiv teilgenommen haben, um sicherzustellen, dass Wörter und Phrasen nicht nur angemessen übersetzt, sondern auch an den kulturellen Kontext angepasst werden.

PRO	CONTRA
➤ Validiert an Flüchtlingspopulationen ➤ Kultursensibel ➤ Ökonomisch und sensitiv ➤ In einer Vielzahl von Sprachen verfügbar.	➤ Unterschreitet vorhandene Expertise des Personals, weil viele Sozialarbeiter/innen über weitergehende Gesprächsführungs-kompetenzen verfügten ➤ Psychische Symptome treten oft erst verzögert auf und sind mittels eines Screeningfragebogens nicht erfassbar.

3. EASO Quality Tool on Identification of Persons with Special Needs

Dieses Instrument wurde von dem *European Asylum Support Office* (EASO) entwickelt mit dem Ziel besondere Bedürfnisse in Bezug auf Verfahrensgarantien als auch im Hinblick auf die Aufnahmebedingungen zu erfassen.

Zielgruppe dieses Instrumentes sind alle Personen, die involviert sind in Bezug auf die Identifizierung von AsylbewerberInnen mit besonderen Bedürfnissen, mit dem Schwerpunkt der Früherkennung (u.a. MitarbeiterInnen von Behörden/Verwaltung, Polizei, Grenzschutz, SachbearbeiterInnen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Asylverfahren, AkteurInnen der Zivilgesellschaft, NGOs, etc.).

Das Quality Tool ist in drei Teile unterteilt:

1. Indikatoren für besondere Schutzbedürftigkeit
2. Kategorien von Menschen mit besonderer Bedürftigkeit
3. Maßnahmen zur Unterstützung, unterteilt nach den verschiedenen Phasen des Asylverfahrens

Die Nutzer des Instruments können an die relevanten Indikatoren (1), wie z.B. Alter, Familienstatus und sexuelle Orientierung, entsprechende Haken setzen, und wird so zu den passenden Kategorien der Schutzbedürftigkeit (2), z.B. unbegleitete Minderjährige oder Opfer von schwerwiegender Gewalt und Folter, geleitet. Für jeden Personenkreis der besonders Schutzbedürftigen sind wiederum spezifische Indikatoren aufgeführt, bei deren Vorliegen Hinweise gegeben sind, dass ein Asylbewerber/eine Asylbewerberin zu dem entsprechenden Personenkreis zu zählen sind. Für Geflüchtete, die Opfer von Folter geworden sind, werden u.a. physische Indikatoren aufgelistet, Behinderungen, Indikatoren für den Gesundheitszustand und psychosoziale Indikatoren wie bspw. psychische Störungen und einzelne Symptome.

Die Kategorien der Personengruppen mit besonderer Schutzbedürftigkeit sind wiederum mit besonderen Schutzmaßnahmen (3) verbunden, z.B. Informationen über nötige Unterstützungsangebote, Vermittlung in Behandlung, etc., sodass genau eingeschätzt werden kann, welche Personen welche Unterstützungsmaßnahmen benötigen.

Das Design des Quality Tool ermöglicht die individuelle Beurteilung einer potentiellen Schutzbedürftigkeit und bietet die Möglichkeit der Ableitung entsprechend zugeschnittener Unterstützungsmaßnahmen. Darüber hinaus werden im Hinblick auf die Anwendung des Instrumentes weitere Qualitätsanforderungen aufgeführt, wie u.a. Hinweise zur Gestaltung des Gespräches sowie zur Qualifikation des Personals welches mit der Identifizierung befasst ist.

PRO	CONTRA
➤ Zur Entwicklung des Instrumentes wurde die Expertise vieler AkteurInnen aus allen Mitgliedsstaaten der EU versucht einzuholen ➤ Sehr umfassendes und komplexes Instrument ➤ Erfassung besonderer Schutzbedürftigkeit in Verbindung mit nötiger Unterstützung	➤ Fehlende Erfahrungen des praktischen Einsatzes ➤ Zeitaufwendig

III Die Modelle und Screening-Fragebögen im Überblick

Modell	Pro	Contra
Friedländer Modell	Gute Erreichbarkeit der Klientel Direkte Verbindung zu weitergehender Diagnostik und Einleitung von Anträgen für notwendige Hilfen	Feststellung bleibt ohne Auswirkungen (Verteilung, Unterkunft, etc., Empfehlungen werden nicht immer umgesetzt) Fraglich, ob Betreuungsschlüssels im Sozialdienst angepasst wurde in Bezug auf die neue Aufgabenstellung. Gespräche zur Feststellung können sich mit hausinternen Interessen und Rollen vermischen (z.B. Ruhe und Ordnung halten) Selektion von Geflüchteten mit auffallendem Verhalten (Aggressivität, etc.) für diagnostische Gespräche, depressive Symptome (Rückzug, etc.) fallen nicht auf/sind nicht störend und werden entsprechend nicht in dem Maße zur Diagnostik weitergeleitet. Es ist unklar, ob die Gespräche mit den Geflüchteten entsprechend bestimmter Standards zur Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit geführt werden und ob es hierfür einen gesonderten zeitlichen Raum gibt. Es gibt lediglich die Information, dass teilweise der Protect-Fragebogen eingesetzt wird. Unterschiedliche Praxis in den verschiedenen Kommunen: Manche Sozialämter bewilligen sofort nach Antragseingang 5 probatorische Sitzungen und parallel wird Antrag auf Psychotherapie von Gesundheitsamt geprüft. Bei manchen nicht, langes Prozedere bis Gespräche stattfinden können. Kein einheitliches Vorgehen im Bundesland: Es gibt in Niedersachsen verschiedene Erstaufnahmeeinrichtungen, wo das Modell noch nicht implementiert ist (Braunschweig hat ebenfalls das Modell in Kooperation mit Psychologischem Institut der Universität implementiert).
	Schnittstelle ermöglicht bessere, koordinierte Zusammenarbeit, Austausch von Wissen und Information mit dem Ziel der besseren Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge Kooperation PSZ, Regelversorgung, Ministerium für Integration, Landespsychotherapeutenkammer	Es ist unklar, ob die MitarbeiterInnen der AfA Schulungen erhalten. Insbesondere angesichts der aktuellen Flüchtlingszahlen ist es fraglich, ob ein laufender Kontakt mit allen AsylbewerberInnen hergestellt werden kann. In den medizinischen Untersuchungen kann aktuell nur das allernotwendigste durchgeführt werden, zu geringe Kapazitäten. Dies betrifft auch die Arbeitsweise von MEDEUS. Zudem funktioniert die Weitervermittlung von Krankenakten nur eingeschränkt auf Grund offener Fragen zu Datenschutzbestimmungen.
Modell Rheinland-Pfalz		

Modell Zirndorf		Aktuell werden nur Informationen zu behandlungsbedürftigen Infektionskrankheiten an die Kommunen weitergegeben. Modell fokussiert auf die Vermittlung in die Regelversorgung mit Hilfe von Schnittstellenmanagement und Schulungen. Es bleibt offen, ob dadurch der enorme Bedarf an Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge zeitnah gedeckt werden kann. Ein unbürokratische Abrechnung von Therapiekosten über die Krankenhilfestellen bzw. Krankenkassen ist für die meisten Akteure im regulären Gesundheitssystem Voraussetzung für ihr Engagement. Dies ist nicht gegeben.
	Differenzierte Diagnostik Möglichkeit der medikamentösen Notfallbehandlung vor Ort (Notfallmedikamente vor Ort sowie Weiterleitung an ambulanten niedergelassenen Psychiater) sowie einer ambulanten oder stationären Behandlung am Klinikum Nürnberg => Ansatz des Zusammenspiels von Diagnostik und Behandlung (40% der Gesamtstichprobe nahm dies in Anspruch) Wichtig war Zusammenarbeit mit Hauptamtlich tätigen DolmetscherInnen, die geschult für den Bereich waren	Aufwendiges und kostspieliges Prozedere Schlechte Zugänglichkeit bzw. Erreichbarkeit der Klientel (diese mussten über andere AkteurInnen angesprochen werden) 21 Personen brachen Untersuchungen ab, erlebten die Untersuchung als stigmatisierend. Belastende Untersuchung, Müdigkeit, Ablehnung von psycholog. Untersuchungen und Dekompensation (Schwindel, Kollaps, Weinen). In 3 Fällen musste Rettungsdienst geholt werden, in 10 Fällen erfolgte sofortige stationäre Einweisung. Bei Nachuntersuchung konnten nur wenige erreicht werden Projekt ohne Nachhaltigkeit: mit dem Ende der Projektförderung, wurden Aktivitäten beendet ohne weitergehende Veränderungen hinterlassen zu haben in Bezug auf Strukturen der Feststellung und Versorgung.
Gutachterstelle München	Differenzierte Diagnostik Akuter Bedarf konnte erfasst und darauf durch Weitervermittlung in stationäre Behandlung reagiert werden Bevorzugter Einsatz entsprechend qualifizierter DolmetscherInnen Nachbesprechung der Untersuchung mit DolmetscherInnen (auch psychische Belastung der DolmetscherInnen wurde thematisiert) Möglichkeit der regelmäßigen, externen Supervision für UntersucherInnen	Belastende Untersuchung führte zur hohen Abbruchquote, eingeschränkter Validität der Untersuchungsergebnisse und zur Einleitung stationärer Behandlung. Keine ergänzende medizinische Abklärung zur Erhebung bestehender Beschwerden, Absicherung der Diagnosen und Einleitung einer medikamentösen Therapie. Zur telefonischen Nacherhebung konnte nur etwa 1/3 der Untersuchten erreicht werden. Äußerst eingeschränkte Möglichkeit der Vermittlung in Behandlung (ambulante Psychotherapie). Lediglich Refugio München übernahm KlientInnen. Keine weiterführende Hilfe durch Gutachterstelle möglich (zu kurze Verweildauer der Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtung, strukturelle Versorgungsengpässe)

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge		Befundbericht war für Flüchtlinge unverständlich Diagnostik und Befundbericht ohne Auswirkungen auf Umverteilung Projekt ohne Nachhaltigkeit: mit dem Ende der Projektförderung, wurden Aktivitäten beendet ohne weitergehende Veränderungen hinterlassen zu haben.
	Gute Kooperation von Erstanlaufstellen (Erstaufnahmeeinrichtungen, Zentrale Aufnahme stelle, Zentrale Leistungsstelle, Ausländerbehörden, Sozialämter, Senatsverwaltungen) und den verschiedenen Fachstellen Niedrigschwelliger Zugang, gute Erreichbarkeit der Klientel Niedrigschwelliger Gesundheitscheck, geringe Belastung für Betroffene	Die Feststellung läuft ins Leere. Auf die Bescheinigung der besonderen Schutzbedürftigkeit und notwendiger Hilfemaßnahmen erfolgt nicht die Leistungsgewährung. Eingeschränkte Behandlungskapazitäten sowie fehlende Finanzierung nötiger Behandlung schränkt Versorgung ein. Keine ausreichende Zeit für Diagnostik Geringe Akzeptanz innerhalb der Verwaltung Koordination innerhalb der Verwaltung war nicht gegeben Verwaltung hat letztlich einen eigenen Fragebogen entwickelt zur Feststellung der Schutzbedürftigkeit, ohne Einbezug der Expertise des Netzwerkes Akzeptanz im Gesundheitswesen nicht gewährleistet. Nur wenige Möglichkeiten der Vermittlung von KlientInnen in Gesundheitsregelversorgung.
	Verfahren zur Identifizierung vulnerabler Flüchtlinge, Niederlande	Staatlich finanziertes Feststellungsmodell Untersuchung durch qualifiziertes Fachpersonal Staatlich finanzierte Versorgung Es fehlen Berichte aus der Praxis zu den Schwächen des Modells
	Das italienische Modell	Gutes Netzwerk mit verschiedenen Akteuren inklusive NGOs Sehr qualifizierter und differenzierter Erhebungsbogen Im Europäischen Kontext durchgeführt mit verschiedenen Psychosozialen / Behandlungszentren in Kooperation mit Flüchtlingsräten (Italien, Griechenland, England, Niederlande, Rumänien). Keine Verbindlichkeit in die staatlichen Strukturen gesichert In Empfehlung: Starker Appell an Juristen und Gerichte die Expertenmeinung in Verfahren einzubeziehen – d.h. es ist nicht gelungen dies zu verwirklichen.

	Rechtliche und psychosoziale Ansätze berücksichtigt Interdisziplinäre Ansatz In Kooperation mit relevanten Stakeholders (UNHCR, Legal associations, medical institutions)	
Screening	Pro	Contra
PROTECT	Wird in einigen Ländern als willkommene Arbeitshilfe bewertet Der Einsatz von Symptomchecklisten o.ä. soll zu einem verbesserten Erkennen psychischer Symptome führen, z.B. Studie von Gäbel u.a. (2006) zur Prävalenz und Erkennen von PTBS seitens der AnhörerInnen: Eindrucksurteil: 0% bis 10%; Urteil auf der Basis einer Checkliste: 60% Der PQ ist in einer Vielzahl von Sprachen verfügbar und kann in der Sprache des Aufnahmelandes, als auch in der Sprache des Asylsuchenden durchgeführt werden.	Unterschreitet vorhandene Expertise des Personals, weil viele Sozialarbeiter/innen über weitergehende Gesprächsführungs-kompetenzen verfügten Erfasst insbesondere Stresssymptomatik , keine Traumatisierung Kein validiertes Instrument Mäßig kultursensibel Sehr unspezifisch – viele High-Scorer
	Validiert an Flüchtlingspopulationen Kultursensibel Ökonomisch und sensitiv In einer Vielzahl von Sprachen verfügbar	Unterschreitet vorhandene Expertise des Personals, weil viele Sozialarbeiter/innen über weitergehende Gesprächsführungs-kompetenzen verfügten Psychische Symptome treten oft erst verzögert auf und sind mittels eines Screeningfragebogens nicht erfassbar
EASO Quality Tool	Zur Entwicklung des Instrumentes wurde die Expertise vieler AkteurInnen aus allen Mitgliedsstaaten der EU versucht einzuholen Sehr umfassendes und komplexes Instrument Erfassung von besonderer Schutzbedürftigkeit in Verbindung mit nötigen Unterstützungsmaßnahmen	Fehlende Erfahrungen des praktischen Einsatzes Zeitaufwendig

IV Konzept der BAfF zur Frühfeststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit und Versorgung

Abgeleitet aus den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Modelle hat die BAfF ein Konzept erstellt für qualifizierte Verfahren zur Feststellung, fachspezifischen Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten. Das Konzept fokussiert dabei auf den Personenkreis unter den Geflüchteten mit psychischen Störungen und Personen, die Erfahrung von Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischen, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Das Verfahren der BAfF zur Frühfeststellung und Versorgung folgt einem dreigliedrigen Prozess, bestehend aus:

1. Hinweisaufnahme, unabhängige Beratung und Information
2. Fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung
3. Leistungsgewährung

Dieses Verfahren soll auf allen Stufen die vorhandenen Ressourcen und AkteurInnen berücksichtigen – aber auch neue Ressourcen erschließen und Leistungsträger einbeziehen.

1. Hinweisaufnahme, unabhängige Beratung und Information

Die Aufnahme von Hinweisen auf eine besondere Schutzbedürftigkeit soll so früh wie möglich (aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren) erfolgen und zwar u.a. dort, wo sich AsylbewerberInnen nach ihrer Einreise vornehmlich aufhalten und wo niedrigschwellig ein Kontakt organisiert werden kann: in räumlicher Nähe zu den Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. angegliedert an die Erstaufnahmeeinrichtungen.

Die Hinweisaufnahme und Einschätzung der besonderen Bedarfe müssen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erfolgen², welches an das Gegenüber angepasst ist (u.a. in Bezug auf Kultur, persönliche Sprache, Bildungshintergrund, Geschlecht, Erfahrungshintergrund, etc.). Das alleinige Abfragen von Symptomen, strikt orientiert an unserem westlichen Krankheitsbegriff, muss hier vermieden werden. Wichtig ist, dass Geflüchtete ein Gesprächsangebot erhalten, welches von einer Haltung geprägt ist, die verstehen will. Die Betroffenen müssen sich in einer ihnen angemessenen Form über ihr Befinden, ihre

² Vgl. Leitlinien des European Asylum Support Office (2015) "Identification of Persons with Special Needs": Im Provisional Glossary, Quality Tool on IPSN wird geklärt: *"the authorized agencies and organizations.... have a responsibility for identifying the person as a possible victim and putting him or her in touch with the responsible authorities and support providers. First responders may include the police force, immigration authorities, border authorities, social services and certain NGOs."*

In Reception support, Personal interview and Post-interview actions (Seiten 43 – 48) werden die Bedingungen für das „Personal Interview“ aufgezeigt aber auch die daraus sich ergebende Weitervermittlungsrolle geklärt: *„Provide information on available assistance according to national practice. Assistance may be provided by other actors, such as non-governmental organizations, charities or community groups. The responsible officer could provide the applicant with information about such available assistance.“*

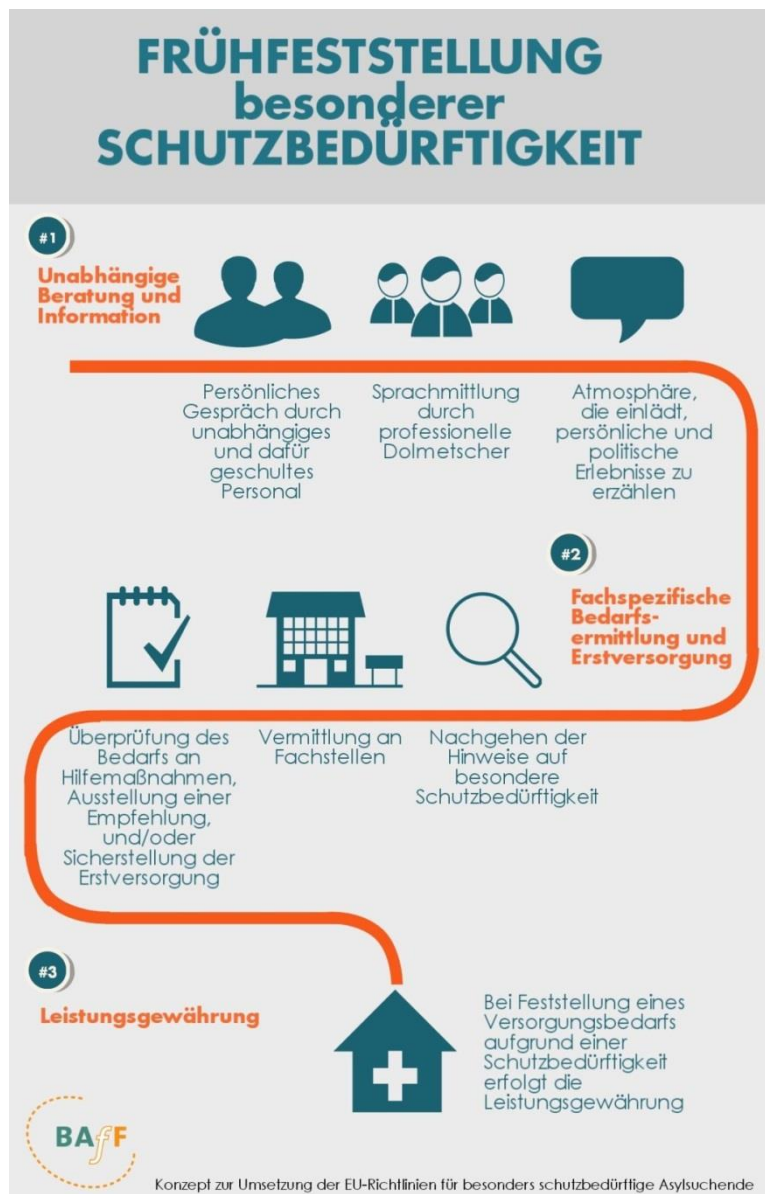
Bedürfnisse oder Ressourcen äußern können. Es bedarf einer Atmosphäre der Offenheit und Gesprächsbereitschaft, die einlädt, auch persönliche und politische Erlebnisse zu erzählen.

Das Personal, welches mit der gesundheitlichen Hinweisaufnahme befasst wird, muss daher geschult sein, sowohl im Erkennen von Hinweisen (u.a. auf Erfahrungen von Folter, Vergewaltigung und andere schwere Gewaltformen, Erscheinungsformen psychischer Belastung, psychische Störungen, etc.), als auch in Prinzipien der kultursensiblen Gesprächsführung, den Erfordernissen in Krisensituationen und für diesen besonderen Kontext.³ Es müssen Standards der Gesprächsführung beachtet bzw. eingehalten werden, u.a. um eine Reaktivierung von traumatischem Material zu vermeiden.

Während Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit, bedingt durch hohes Alter oder Schwangerschaft eher offenkundig sind, sind Hinweise

auf Behinderungen oder schwere Erkrankungen häufig nicht für Außenstehende „sichtbar“. Derartige Hinweise ergeben sich nicht nur, wenn AsylbewerberInnen explizit darüber berichten, sondern auch, wenn Fluchtgründe und -umstände vorliegen, die solche Gewalterlebnisse wahrscheinlich erscheinen lassen. Hinweise können sich somit nicht nur aus Berichten der AsylbewerberInnen ergeben, sondern auch aus den Erfahrungen und Beobachtungen des geschulten Fachpersonals. Zur Strukturierung des Gesprächs und um sicherzustellen, dass keine wesentlichen Aspekte übersehen werden, können unterstützend Fragebögen eingesetzt werden. Screening- oder sonstige Fragebögen sind lediglich als eines der Instrumente zur Informationsgewinnung zu behandeln und ersetzen nicht die fachspezifische Diagnostik und Exploration im Rahmen eines persönlichen Gesprächs.

³ „Das Betreuungspersonal für Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten muss im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden...“ (Art. 25 Abs. 2 EU-Aufnahmerichtlinie).



Ziel ist neben der Hinweisaufnahme eine qualifizierte Information, Beratung und die Weitervermittlung an entsprechende Dienste nach freier Wahl. Die Beraterin bzw. der Berater hat somit eine orientierende und koordinierende Rolle. Der Beratungsanspruch muss gesetzlich geregelt werden.

Zur Durchführung der Gespräche bedarf es einer Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte DolmetscherInnen. Auf spezielle Bedarfe muss ggf. durch die Auswahl des Geschlechts, der ethnischen Herkunft, u.a. des Dolmetschers/der Dolmetscherin eingegangen werden.

2. Fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung

Ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit und damit weitergehender Bedürfnisse, ist diesen Hinweisen nachzugehen. Je nach Art der Hinweise ist an eine Fachstelle mit dem entsprechenden Arbeitsschwerpunkt zu vermitteln. Die Fachstellen überprüfen den jeweiligen Bedarf an Hilfemaßnahmen, geben eine Empfehlung ab und/oder stellen die Erstversorgung sicher.

Ziel ist eine qualifizierte Diagnostik und Ermittlung des Hilfs- und Behandlungsbedarfs und daran anschließend die Vermittlung eines qualifizierten Behandlungsangebotes bzw. ggf. entsprechender psychosozialer Unterstützung.⁴ Die fachspezifische Feststellung muss durch entsprechende Fachstellen/Fachkräfte wie die Psychosozialen und/oder Behandlungszentren, Ambulanzen oder Kliniken bzw. PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in freier Praxis durchgeführt werden, die für die Feststellung der Bedarfe von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen qualifiziert und entsprechend ausgestattet sind. Neben der medizinischen bzw. psychologischen Qualifikation der Fachkräfte sind die Arbeit mit DolmetscherInnen sowie transkulturelle Kompetenzen Voraussetzung.

Bei Personen mit psychischen Störungen sowie Opfer von Folter und anderen schweren Formen von Gewalt sind für die Feststellung in der Regel vorzusehen: 5 Stunden psychologische Diagnostik, 1 Stunde Sozialanamnese, 1 Fachleistungsstunde. Im somatischen Bereich soll die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit wie u.a. schwere körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder körperliche Spuren von Folter und Gewalt durch ein speziell qualifiziertes Netzwerk⁵ bestehend aus Haus- und FachärztInnen erfolgen, die eine dolmetschergestützte Anamnese, Diagnostik, Erstversorgung und Weitervermittlung vornehmen können. Bei Bedarf sind eine erste Not- oder Frühversorgung bzw. Kriseninterventionen zu gewährleisten.

⁴ Die Bedarfe, die sich aus der besonderen Schutzbedürftigkeit ergeben, sind sehr unterschiedlich. So benötigen bspw. nur etwa ein Drittel der traumatisierten Flüchtlinge, die in den PSZs Unterstützung erfahren, eine Psychotherapie. Besondere Bedarfe können im Hinblick auf alle Lebensbereiche ergeben, wie z.B. in Bezug auf Wohnen, Arbeit, Familie, Asylverfahren, etc.

⁵ Die Liste der im Netzwerk aufgeführten ÄrztInnen obliegt der Fachaufsicht der Landesärztekammern.

3. Leistungsgewährung und Versorgung

Die Leistungsgewährung erfolgt bei Feststellung eines Versorgungsbedarfs aufgrund einer Schutzbedürftigkeit – durch den dafür zuständigen Leistungsträger.

Ziel ist es, möglichst schnell die nötige Hilfe oder Behandlung in die Wege zu leiten. Es bedarf hierfür unbürokratischer Regelungen durch die zuständigen Behörden in der Antrags- und Bewilligungspraxis. Geltende Standards dürfen nicht unterschritten werden. Für den Bereich der Psychotherapie existiert bspw. eine von der BAfF entwickelte Musterverfahrensvorschrift.⁶

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Zuweisung, Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Sollen die Ansprüche auf Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung, u.a. in der Praxis erreichbar sein.

Versorgung

Die Psychosozialen und Behandlungszentren spielen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen und sind mit und in ihren Komplexleistungen effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingestellt.⁷ Sie halten ein umfassendes Angebot von ineinander greifenden Hilfen vor, die neben psychosozialer Beratung und spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung qualifizierte, niedrigschwellige Unterstützung beinhalten, um an der richtigen Stelle gezielt zu helfen. Die MitarbeiterInnen der Zentren haben durch diese anspruchsvolle Arbeit seit vielen Jahren im Schnittstellenbereich zwischen Gesundheit, (Menschen-)Recht und Politik Expertise entwickelt und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernommen. Diese Arbeit muss abgesichert und erweitert werden.

Zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten bedarf es der Öffnung der Gesundheitsregelversorgung. Die Fachkräfte der ambulanten und stationären Versorgung müssen geschult werden für den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und der Arbeit mit qualifizierten DolmetscherInnen.

⁶ Diese wurde analog den Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung von Psychotherapien (Psychotherapie-Richtlinie) entwickelt und den Besonderheiten der Situation Asylsuchender angepasst.

⁷ Assessment, Bedarfsermittlung, Frühversorgung und Notfall-Versorgung oder erste Krisenversorgung, rechtliche und psychosoziale Beratung und Betreuung einschließlich der Vermittlung von Ehrenamtlichen oder Mentoren und deren Schulungen, Dolmetscherpools und Dolmetscherschulungen etc.

ANLAGEN

ANLAGE 1: Wie müssen Hinweisaufnahme und Bedarfsermittlung erfolgen?

1) Umfassende und unabhängige Beratung und Information für alle Geflüchteten⁸

Der Beratungsanspruch muss gesetzlich verankert werden und umfasst:

Erstberatung und Information mit sozialrechtlichem/psychosozialem Fokus durch eine/n dafür qualifizierten Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin. Das Beratungsangebot umfasst alle Fragen und Informationen zu sozialen und rechtlichen Lebensbedingungen (u.a. Regelsysteme der sozialen Sicherung und gesundheitlichen Versorgung, Sprachkurse, Wohnformen, Bildungsangebote, Arbeitsmarktzugang, Beratungsangebote für Alleinerziehende, Beantragung von Schwerbehindertenausweisen, etc.). Die Beratung findet im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt, schriftliche Informationen – wie dies § 47 Abs. 4 AsylVfG vorsieht, sind hierfür nicht ausreichend.

Die Aufnahme von Hinweisen auf eine besondere Schutzbedürftigkeit soll so früh wie möglich (aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren) erfolgen und zwar u.a. dort, wo sich AsylbewerberInnen nach ihrer Einreise vornehmlich aufhalten und wo niedrigschwellig ein Kontakt organisiert werden kann: in räumlicher Nähe zu den Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. angegliedert an die Erstaufnahmeeinrichtungen. Es bedarf eines persönlichen Gesprächs durch unabhängiges und dafür geschultes Personal sowie Zeit und eine Atmosphäre der Offenheit und Gesprächsbereitschaft, die einlädt, auch persönliche und politische Erlebnisse zu erzählen. Die Form des Gesprächsangebots soll den Fähigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten der Geflüchteten entsprechen. Die Gespräche müssen vertraulich sein. Die Annahme der Angebote muss freiwillig sein.

Hinweisen auf besondere Bedarfe soll nachgegangen und die nötige Unterstützung bzw. Versorgung eingeleitet werden.

Ziel ist neben der Hinweisaufnahme eine qualifizierte Information, Beratung und die Weitervermittlung an entsprechende Dienste nach freier Wahl. Die Beraterin bzw. der Berater hat somit eine orientierende und koordinierende Rolle.

Primärärztliche Beratung und Erstversorgung: Analog dem „Bremer Gesundheitsprogramm“ wird das Angebot eines orientierenden Gespräches, einer gesundheitlichen Beratung sowie Akutversorgung durch eine(n) dafür qualifizierten Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin geschaffen. Bei entsprechender Indikation erfolgt die Weitervermittlung an die Regeldienste der Gesundheitsversorgung.⁹ Die Inhalte des

⁸ Dies kann in Anlehnung an Art. 5 der Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates und durch Ausgestaltung von §13,14 („Beratung und Aufklärung“) SGB I oder §47 Abs. 4 AsylVfG erfolgen.

⁹ Dies kann wie auch in Bremen in Anlehnung bzw. Ausgestaltung an §62 AsylVfG oder §4 Abs. 3 AsylbLG sowie §47 Abs. 4 AsylVfG erfolgen.

Gespräches sowie medizinische Befunde unterliegen dem Datenschutz bzw. der ärztlichen Schweigepflicht.

Asylrechtliche Beratung: Es wird das Angebot einer Beratung zur Rechtslage und dem Asylverfahren geschaffen. Die Informationen helfen den Geflüchteten, das Asylverfahren insgesamt zu verstehen, den rechtlichen Verpflichtungen nachkommen zu können sowie die rechtlichen Bedarfe umsetzen zu können. Die asylrechtliche Beratung erfolgt durch entsprechende ExpertInnen. Dies können JuristInnen, SozialarbeiterInnen oder andere dafür qualifizierte Berufsgruppen sein, im Einklang mit dem Rechtsdienstleistungsgesetz.¹⁰

Ergeben sich aus einem der Beratungsgespräche Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit und/oder weitergehende Unterstützung oder Behandlung, dann muss diesen nachgegangen werden. Es erfolgt die qualifizierte Weitervermittlung und Sicherstellung des Bedarfs in einem angebotsorientierten System.

Beratung und Versorgung sind dabei ein permanenter Prozess und während des Asylverfahrens fortlaufend sicherzustellen. Die Schutzbedürftigkeit kann prinzipiell zu jedem Zeitpunkt des Aufenthaltes neu auftreten, z.B. Schwangerschaft, neue chronische Erkrankung, schwerwiegender familiärer Konflikt, zu einem späteren Zeitpunkt sich manifestierende Symptome einer Traumatisierung etc.

Anforderungen an den Prozess und Qualifikationsmerkmale der involvierten AkteurInnen: Zur Durchführung der Beratungsgespräche bedarf es einer Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte DolmetscherInnen. Auf spezielle Bedarfe muss ggf. durch die Auswahl des Geschlechts, der ethnischen Herkunft, u.a. des Dolmetschers/der Dolmetscherin eingegangen werden.

Das für die Hinweisaufnahme zuständige Personal unterliegt in Bezug auf die Informationen, die es durch seine Arbeit erhält, der Verschwiegenheit nach dem Datenschutzgesetz bzw. einer Schweigepflicht, wie sie im einzelstaatlichen Recht definiert ist.

Die Hinweisaufnahme und Einschätzung der besonderen Bedarfe müssen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erfolgen¹¹, welches an das Gegenüber angepasst werden muss (u.a. in Bezug auf die Kultur, die persönliche Sprache, Bildungshintergrund, Geschlecht, Erfahrungshintergrund, etc.). Das alleinige Abfragen von Symptomen, strikt orientiert an unserem westlichen Krankheitsbegriff, muss hier vermieden werden. Wichtig ist, dass Geflüchtete ein Gesprächsangebot erhalten, welches von einer Haltung geprägt ist, die verstehen will. Die Betroffenen müssen sich in einer ihnen angemessenen Form

¹⁰ In Ausgestaltung der Art. 19, 22, 23 der Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates.

¹¹ Vgl. Leitlinien des European Asylum Support Office (2015) "Identification of Persons with Special Needs": Im Provisional Glossary, Quality Tool on IPSN wird geklärt: *"the authorized agencies and organizations.... have a responsibility for identifying the person as a possible victim and putting him or her in touch with the responsible authorities and support providers. First responders may include the police force, immigration authorities, border authorities, social services and certain NGOs."*

In Reception support, Personal interview und Post-interview actions (Seiten 43 – 48) werden die Bedingungen für das „Personal Interview“ aufgezeigt aber auch die daraus sich ergebende Weitervermittlungsrolle geklärt: *„Provide information on available assistance according to national practice. Assistance may be provided by other actors, such as non-governmental organizations, charities or community groups. The responsible officer could provide the applicant with information about such available assistance.“*

über ihr Befinden, ihre Bedürfnisse oder Ressourcen äußern können. Ihnen muss das Gefühl vermittelt werden, dass die Informationen aufgenommen und verstanden werden.

Das Personal, welches mit der gesundheitlichen Hinweisaufnahme befasst wird, muss daher geschult sein, sowohl im Erkennen von Hinweisen (u.a. auf Erfahrungen von Folter, Vergewaltigung und andere schwere Gewaltformen, Erscheinungsformen psychischer Belastung, psychische Störungen, etc.), als auch in Prinzipien der kultursensiblen Gesprächsführung, den Erfordernissen in Krisensituationen und für diesen besonderen Kontext.¹² Es müssen Standards der Gesprächsführung beachtet bzw. eingehalten werden, u.a. um eine Reaktivierung von traumatischem Material zu vermeiden.

Während Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit, bedingt durch hohes Alter oder Schwangerschaft eher offenkundig sind, sind Hinweise auf Behinderungen oder schwere Erkrankungen häufig nicht für Außenstehende „sichtbar“. Nur nach entsprechender Diagnostik feststellbar sind u.a. Behinderungen durch Tumorerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Herzerkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Rheuma, Allergien, chronische Schmerzen, HIV, etc. Auch Hinweise auf psychische Störungen oder die Erfahrung von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt sind schwierig zu erkennen.

Derartige Hinweise ergeben sich nicht nur, wenn AsylbewerberInnen explizit darüber berichten, sondern auch, wenn Fluchtgründe und -umstände vorliegen, die solche Gewalterlebnisse wahrscheinlich erscheinen lassen. Hinweise können sich somit nicht nur aus Berichten der AsylbewerberInnen ergeben, sondern auch aus den Erfahrungen und Beobachtungen des Fachpersonals. Daher muss die tiefergehende Exploration und Diagnostik zwingend von den dafür vorgesehenen Fachstellen bzw. Fachkräften vorgenommen werden.

Zur Strukturierung des Gesprächs und um sicherzustellen, dass keine wesentlichen Aspekte übersehen werden, können unterstützend Fragebögen eingesetzt werden. Screening- oder sonstige Fragebögen sind lediglich als eines der Instrumente zur Informationsgewinnung zu behandeln und ersetzen nicht die fachspezifische Diagnostik und Exploration im Rahmen eines persönlichen Gesprächs.¹³ Mit dem Refugee Health Screener – 15 (RHS-15) existiert beispielsweise ein validierter Screening-Fragebogen zur Erfassung der seelischen Belastung, der speziell für Geflüchteten-Populationen entwickelt wurde. Er ist zwar ökonomisch in der Durchführung, in Bezug auf Hinweise für häufig vorzufindende psychische und Verhaltensstörungen zeigt die Erfahrung jedoch, dass auch hier ein klärendes persönliches Gespräch notwendig ist. Die meisten Screening-Fragebögen sind v.a. symptomorientiert konzipiert und konzentrieren sich lediglich auf die im westlichen Teil der Welt auftretenden Symptome. Ihre Validität im transkulturellen Kontext wird dadurch eingeschränkt.

¹² „Das Betreuungspersonal für Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten muss im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden...“ (Art. 25 Abs. 2 EU-Aufnahmerichtlinie)

¹³ Vgl. Leitlinien des European Asylum Support Office (2015) „Identification of Persons with Special needs“.

2) Fachspezifische Bedarfsermittlung

Je nach Art der Hinweise wird an eine Fachstelle mit dem entsprechenden Arbeitsschwerpunkt vermittelt. Die fachspezifische Feststellung muss von dafür qualifizierten unabhängigen Einrichtungen oder Personen und in einem geschützten Rahmen stattfinden. Es erfolgt eine qualifizierte, verbindliche Ermittlung der Bedarfe, ggf. Diagnostik und Erstversorgung bzw. Einleitung der nötigen Behandlung. Neben der medizinischen bzw. psychologischen Qualifikation der Fachkräfte sind die Arbeit mit DolmetscherInnen sowie transkulturelle Kompetenzen Voraussetzung.

Um die Zugehörigkeit zu den Schutzkategorien „Psychische Krankheit“ und „Opfer von Folter und Gewalt“ zu ermitteln, ist eine medizinische und psychotherapeutische Exploration zwingend erforderlich. Dabei ist die subjektive Verfasstheit der Betroffenen - mit unterschiedlichen (ethnischen) Hintergründen - einzubeziehen. Die Sichtweise der Geflohenen über pathologischen Reaktionen nach möglicher extremer Belastung über erfahrenes Leid ist u.U. sehr unterschiedlich. Ihr gesellschaftlich und kulturell geprägtes Krankheits- und Gesundheitsverständnis muss für die professionelle Bewertung berücksichtigt werden. Das subjektive Krankheits- oder Gesundheitsverständnis traumatisierter Geflüchteter ist mit dem Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung und den gängigen Diagnose-Manualen (DSM V oder ICD 10) nicht ohne weiteres zu erfassen. Es bedarf einer Erweiterung bzw. eines holistischen Konzeptes um die Verfasstheit von Geflüchteten zu erkennen und zu verstehen. Diese muss neben den kulturspezifischen Elementen auch die soziale Situation und die grundsätzliche Unsicherheit im Aufenthalt einbeziehen.

Die fachspezifische Feststellung muss durch entsprechende Fachstellen/Fachkräfte wie die Psychosozialen und/oder Behandlungszentren, Ambulanzen oder Kliniken bzw. PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in freier Praxis durchgeführt werden, die für die Feststellung der Bedarfe von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen qualifiziert und entsprechend ausgestattet sind. Die spezialisierten Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verfügen über langjährige Erfahrung in der Feststellung und Frühversorgung von besonders schutzbedürftigen, insbesondere traumatisierten Menschen und können ein umfassendes Konzept von Feststellung, Diagnostik, Frühversorgung und Kriseninterventionen zur Verfügung stellen.

Bei Personen mit psychischen Störungen sowie Opfer von Folter und anderen schweren Formen von Gewalt sind für die Feststellung in der Regel vorzusehen: 5 Stunden psychologische Diagnostik, 1 Stunde Sozialanamnese, 1 Fachleistungsstunde. Die Anamnese muss u.a. umfassen: soziale Anamnese, Anamnese der psychischen und körperlichen Gesundheit, biographische Anamnese einschließlich traumatischer Lebensereignisse, Behinderungen, Fluchtursachen und besondere Bedarfe. Gegebenenfalls müssen die physischen Folgen erlittener Gewalt durch medizinische Fachkräfte dokumentiert werden. Bei Anamnese und Diagnostik müssen Qualitätsstandards eingehalten werden, um einer möglichen Destabilisierung oder Reaktivierung von traumatischem Material vorzubeugen sowie eine psychische Dekompensation zu vermeiden. Es gilt: 'do no harm' (Anderson, 1999).¹⁴ Als Ergebnis soll resultierend aus den besonderen

¹⁴ Anderson (1999): Do No Harm – How Aid Can Support Peace – Or War.

Bedarfen der Person eine Empfehlung bezüglich der Indikation für weiterführende Behandlungen, Betreuungsangebote etc. verfasst werden, die dem Betroffenen zur Verfügung gestellt wird.

Im somatischen Bereich soll die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit wie u.a. schwere körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder körperliche Spuren von Folter und Gewalt durch ein speziell qualifiziertes Netzwerk¹⁵ bestehend aus Haus- und FachärztInnen erfolgen, die eine dolmetschergestützte Anamnese, Diagnostik, Erstversorgung und Weitervermittlung vornehmen können. Bei Bedarf sind eine erste Not- oder Frühversorgung bzw. Kriseninterventionen zu gewährleisten.

Die Dokumentation traumatischer Erlebnisse wie z.B. Folter, Kriegsgewalt oder geschlechtsspezifische Gewalt muss auch dann in der Anerkennung einer besonderen Schutzbedürftigkeit z.B. auch in Bezug auf materielle und soziale Bedingungen resultieren, wenn zum aktuellen Zeitpunkt keine krankheitsbedingte Symptomatik zu erkennen ist.

3) Leistungsgewährung

Die Leistungsgewährung erfolgt bei Feststellung eines Versorgungsbedarfs durch den dafür zuständigen Leistungsträger (Sozial- oder Gesundheitsamt/-Behörde/Krankenkasse).

Ziel ist es, möglichst schnell die nötigen Hilfen oder eine Behandlung in die Wege zu leiten.

Bis zur Umsetzung des oben beschriebenen Verfahrens soll sichergestellt werden, dass die Feststellung eines Schutzbedarfs und die daraus abgeleiteten Bedürfnisse, die schon jetzt von ausreichend qualifizierten Stellen getroffen werden, für die Verwaltungsentscheidung über die Gewährung psychotherapeutischer bzw. medizinischer Hilfen entscheidungsrelevant sind.

Für die bereits in Deutschland lebenden AsylbewerberInnen ist sicherzustellen, dass auch sie Zugang zur Feststellung eines u.U. vorliegenden Schutzbedarfs erhalten und darüber informiert werden.

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Zuweisung, Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Sollen die Ansprüche auf Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung, u.a. in der Praxis erreichbar sein.

¹⁵ Die Liste der im Netzwerk aufgeführten ÄrztInnen obliegt der Fachaufsicht der Landesärztekammern.

ANLAGE 2: PROTECT

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 Fragebogen an die/den Asylsuchende/n mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/innen vorzulegen.

Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Fragen		Ja	Nein
„häufig“ meint: mehr als gewöhnlich und als leidvoll empfunden			
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Alpträume?		
3.	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?		
4.	Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?		
5.	Werden Sie schnell wütend?		
6.	Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhaft 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

ANLAGE 3: Refugee Health Screener (RHS-15)

REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

Instructions: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."



SYMPTOMS	NOT AT ALL	A LITTLE BIT	MODERATELY	QUITE A BIT	EXTREMELY
1. Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. Crying easily	0	1	2	3	4

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

10. Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0	1	2	3	4
11. Been having PHYSICAL reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0	1	2	3	4
12. Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0	1	2	3	4
13. Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)?	0	1	2	3	4

REFUGEE HEALTH SCREENER (RHS-15)

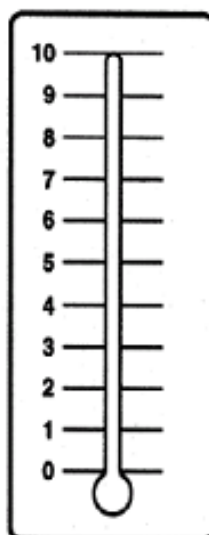
14. Generally over your life, do you feel that you are:

- Able to handle (cope with) anything that comes your way0
- Able to handle (cope with) most things that come your way1
- Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things.....2
- Unable to cope with most things.....3
- Unable to cope with anything4

15.

Distress Thermometer

FIRST: Please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



Extreme distress

"I feel as bad as I ever have"



"Things are good"

No distress

ADD TOTAL SCORE OF ITEMS 1-14: ____

SCORING

Screening is POSITIVE

1. If Items 1-14 is ≥ 12 OR
2. Distress Thermometer is ≥ 5

Self administered: ____
Not self administered: ____

CIRCLE ONE:

SCREEN NEGATIVE

**SCREEN POSITIVE
REFER FOR SERVICES**

(Quelle: http://www.refugeehealthta.org/files/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness.pdf)

ANLAGE 4: Quality Tool EASO

Auszug aus dem Quality Tool - Identifizierung von Personen, die Opfer von Folter geworden sind:

Health conditions

- ✓ neurological symptoms, headaches, dizzy spells, memory loss
- ✓ gastrointestinal symptoms (symptoms relating to the stomach or intestines)
- ✓ cardiovascular symptoms (symptoms relating to the heart)
- ✓ musculoskeletal symptoms (symptoms relating to the bones or muscles)

Sexual health

- ✓ sexually transmitted diseases
- ✓ injuries of a sexual nature
- ✓ gynaecological symptoms such as urinary or vaginal infections, pelvic inflammation or pain or irregular bleeding
- ✓ sexual dysfunction

Psychosocial indicators

- ✓ Disorders related to the experience of trauma:
 - PTSD;
 - ASD;
 - DESNOS
- ✓ Re-experiencing a traumatic event:
 - intrusive memories
 - flashbacks
 - nightmares
- ✓ Avoidance stimuli related to the trauma:
 - Avoiding recalling the traumatic event, people and places related to the traumatic event;
 - difficulty in recalling details or entire episodes related to the trauma;
- ✓ High arousal levels:
 - irritability
 - anger, aggression and hostility
 - anxiety
- ✓ Difficulty in concentrating, holding a conversation, paying attention, or making decisions that used to be made fairly easily
- ✓ Depression
- ✓ feelings of sadness or emptiness
- ✓ fatigue - loss of energy or a significant reduction in energy level
- ✓ sleep disturbances (either not being able to sleep well or sleeping too much)

- ✓ feelings of guilt
- ✓ feelings of shame
- ✓ sense of hopelessness
- ✓ sense of worthlessness
- ✓ thoughts of death and suicide
- ✓ apathy
- ✓ reduced interest in activities that used to be enjoyed
- ✓ evident weight loss/-gain
- ✓ difficulty in the thought process such as in the tempo of thought, repetitive thoughts, disorganisation of thought processes
- ✓ confusion and disorientation
- ✓ tendency to self harm
- ✓ Damaged self-image:
 - Depersonalisation: A feeling of being disconnected from oneself or one's surroundings; a sense of unreality.
 - feelings of being damaged
 - feeling humiliated
 - personality change
- ✓ emotional numbing
- ✓ Substance abuse:
 - drugs abuse
 - alcohol abuse
- ✓ addictions/obsessions
- ✓ Phobia
- ✓ Psychotic episodes
 - Delusions / perception distortion
 - hallucinations
 - obsessions
 - paranoia
- ✓ Heightened sensitivity – heightened sensitivity to sights, sounds, smells or touch and avoidance of over-stimulating situations.
- ✓ Distrust of others
- ✓ social isolation - withdrawal from others and keeping to him/herself
- ✓ lack of self-care and social presentation
- ✓ Distrust and/or fear of authorities
- ✓ Family dysfunctions and disruptions

Evidence

Pieces of evidence relevant for identifying person who have been subjected to torture could be:

- Statements of the applicant
- statements of other persons
- Documents
- Medical evidence, including medical screening , medical reports
 - Medical examinations

ANLAGE 5: Anweisungen für einen ersten Gesundheitscheck bei AsylbewerberInnen und Flüchtlingen in Berlin (XENION)

Aufgenommen am:	Datum des Interviews:
Aufgenommen von:	Dolmetscher/in / Sprache des Interviews

Persönliche Informationen:

Name, Vorname: Wohnadresse: Tel:	Weitere Kontaktadresse (freiwillig): Tel: Wenn minderjährig, wohnhaft bei: ☐ Eltern ☐ Pflegeeltern ☐ Mutter ☐ Heim/ Betr. Wohnen ☐ Vater ☐ Clearingstelle ☐ Adoptiveltern ☐ sonstige Einrichtungen
Geburtsdatum:	Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐
Über 65 Jahre ☐ Minderjährig ☐ UMF ☐	Familienanschluss JA ☐ NEIN ☐
Bei minderjährigen Kindern Gab es eine Altersfestsetzung? JA ☐ NEIN ☐ wenn ja, durch wen?	Name des Vaters: Name der Mutter: Erziehungsberechtigte(r): ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere Vormund:

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in P. lebend ☐ verwitwet							
☐ erzwungene Trennung ☐ getrennt, gesch. ☐ sonstiges ☐ keine Angaben							
Anzahl der minderjährigen Kinder:							
Vorname (optional)							
Geschlecht:							
Geburtsdatum:							
Geburtsort:							
Machen Ihnen eines oder mehrere Ihrer Kinder Sorgen? JA ☐ NEIN ☐				Wenn ja, welche(s) der Kinder?			

Familienangehörige sind zurzeit:

☐ in Berlin ☐ in anderen Orten von Deutschland ☐ in einem Drittland

☐ im Herkunftsland ☐ Aufenthaltsort nicht bekannt ☐ keine Angaben

Datum der Anmeldung (Ausländerbehörde) in Deutschland:	Aufenthaltsstatus: ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Aufenthaltserlaubnis §25 Abs.4, 5 ☐ Duldung ☐ Fiktionsbescheinigung ☐ Grenzübertrittsbescheinigung Gültig bis:
Datum der Antragstellung:	
Aufenthaltsstatus:	Aufenthaltsstatus (falls geändert):
Verlängert bis:	Gültig bis:

Herkunftsland/ Staatsbürgerschaft:	Herkunftsort:
Muttersprache:	Religion:
Ethnische Herkunft	Weitere Sprachen

Bereits bestehende Kontakte zu (anderen Fachstellen, Beratungsstellen,...)

Behandlung bei (Ärzte, Therapeuten,...)

--	--

Weiter überwiesen an (andere Fachstellen, Beratungsstellen, Ärzte...)

--	--

Soziale Situation:

Schulische Entwicklung: ☐ Keine Schulbildung ☐ Grundschule ☐ Weiterführende Schule	Studium: ☐ nein ☐ ja,
Berufliche Entwicklung: ☐ Ausbildung als ☐ Beschäftigung als	Übersetzung notwendig? ☐ nein ☐ ja Lesen/Schreiben in Muttersprache ☐ nein ☐ ja
Letzte ausgeführte Beschäftigung:	Jahre der Ausbildung oder Arbeitstätigkeit:

Gesundheitszustand (durch eigene Angaben)

	Gut	Durchschnittl.	Schlecht	Keine Angaben
Allgemeiner Gesundheitszustand	☐	☐	☐	☐

	Nein	Ja, aber keine genauen Angaben	Ja	Keine Angaben
Medikation vor Einreise Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐
Aktuelle Medikation Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐

.....				
Aktuelle Erkrankungen/ Beschwerden? Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐
Aktuell ansteckende Erkrankungen? Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsprobleme in der Vergangenheit Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐
Körperlich (Sinnes-/Lern-)/geistig beeinträchtigt (behindert)? Dauer länger als 6 Monate? Falls ja, welcher Art?	☐	☐	☐	☐
Hilfsbedürftig und/oder pflegebedürftig? Falls ja, welcher Art? Notwendigkeit einer gesetzl. Betreuung?.....	☐	☐	☐	☐
Psychisch beeinträchtigt? Falls ja, welcher Art?	☐	☐	☐	☐
Bejaht Gewalterfahrungen	☐	☐	☐	☐
Bei Frauen: derzeit schwanger?	☐	☐	☐	☐

Falls ja, in welchem Monat?	Datum:
Hat Vorsorgeuntersuchung in Deutschland stattgefunden?	☐ ja
Falls ja, bei wem? Name:	☐ nein
Adresse:	☐ keine Angaben
	Datum:

Einschätzung des Interviewers

	Gut	Durchschnittl.	Schlecht	Keine Angaben
Allgemeiner Gesundheitszustand	☐	☐	☐	☐

Sonstige Anmerkungen (Auffälligkeiten während des Gesprächs etc.)	
---	--

Fachstelle Traumatisierung

Gewalterfahrungen oder stark belastende Erfahrungen, die Ihr Leben radikal verändert haben und Ihre Gesundheit heute noch beeinträchtigen:	nein	ja	innerhalb der letzten 6 Monate	vor mehr als 6 Monaten	Vor mehr als 2 Jahren	keine Angaben
1. Kriegserlebnisse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Gewalttätiger Angriff durch Militär oder andere bewaffnete Gruppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kampfeinsatz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Foltererfahrung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Lagerhaft, Geiselhaft, Isolationshaft	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Zeugenschaft von Folter/ Tötungen/ schwerer Gewalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sexueller Angriff, Vergewaltigung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie/ dem Bekanntenkreis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Verschleppte/verschwundene nahe Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Gewaltsame Trennung von Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Gewalterfahrungen in Zusammenhang mit Flucht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Andere lebensbedrohliche Situationen (z.B. Unfall, Naturkatastrophe)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Andere schwer belastende Ereignisse, falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welche/s der aufgeführten Ereignisse war das schlimmste/waren die schlimmsten? Nr.

	nein	leicht	Mittelmäßig	stark	K. A.
Fühlten Sie Ihr Leben bedroht?	☐	☐	☐	☐	☐
Empfanden Sie Gefühle von überwältigender Angst?	☐	☐	☐	☐	☐

Fühlten Sie sich hilflos ausgeliefert oder ohnmächtig?	☐	☐	☐	☐	☐
Erlebten Sie die Situation als unwirklich, so als ob Sie in einem Traum oder Film geschah?	☐	☐	☐	☐	☐

Körperliche Symptome aktuell bzw. im letzten Monaten ¹⁶

	nein	leicht	Mittelmäßig	stark	K. A.
Bauchschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
Herzprobleme	☐	☐	☐	☐	☐
Atembeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐	☐
Ohnmachtsanfälle	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindelgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Symptome: Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐	☐

¹⁶ Identifikation des Risikofaktors anhand der Antworten auf psychische Symptome:

Sicheres Risiko 7 oder mehr (≥ 2)

Mittleres Risiko 4-6 (≥ 2)

Geringes Risiko 0-3 (≥ 2)

Die Fragen zu körperlichen Symptomen sind an das „Essener Trauma – Inventar ETI“ angelehnt (Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W.; Rheinische Kliniken Essen, Universität Duisburg – Essen, 2004). Die Fragen zu den psychologischen Symptomen basieren auf dem Havard Trauma Questionnaire, dem PTSS-10 und dem ETI)

Psychische Symptome aktuell bzw. im letzten Monaten 17

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?	Nein 0	selten/ leicht 1	häufig/ stark 2	sehr oft/ sehr stark 3	K.A.
Schlechter Schlaf (zu kurz, zu lang, unruhig oder unterbrochen?)	☐	☐	☐	☐	☐
Alpträume	☐	☐	☐	☐	☐
Traurigkeit, Depression	☐	☐	☐	☐	☐
Furcht, Angstgefühle	☐	☐	☐	☐	☐
Schreckhaftigkeit, Überwachsamkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Leichte Reizbarkeit oder Wutausbrüche	☐	☐	☐	☐	☐
Starke Gefühlsschwankungen	☐	☐	☐	☐	☐
Rückzug von anderen Menschen	☐	☐	☐	☐	☐
Erinnerungsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
Kennen Sie Momente, in denen Sie nicht mehr wissen was vor sich geht?	☐	☐	☐	☐	☐
Machen Sie sich Vorwürfe wegen Handlungen oder Unterlassungen in der Vergangenheit?	☐	☐	☐	☐	☐
Vermeiden Sie Situationen, die an ein belastendes Ereignis erinnern (Orte, Personen, Geräusche, Gerüche)?	☐	☐	☐	☐	☐
Haben Sie ständig wiederkehrende belastende Gedanken, als würde das Erlebte wieder stattfinden?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich andauernd unter Spannung?	☐	☐	☐	☐	☐

17 Identifikation des Risikofaktors anhand der Antworten auf psychische Symptome:

Sicheres Risiko 7 oder mehr (≥ 2)

Mittleres Risiko 4-6 (≥ 2)

Geringes Risiko 0-3 (≥ 2)

Die Fragen zu körperlichen Symptomen sind an das „Essener Trauma – Inventar ETI angelehnt (Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W.; Rheinische Kliniken Essen, Universität Duisburg – Essen, 2004). Die Fragen zu den psychologischen Symptomen basieren auf dem Havard Trauma Questionnaire, dem PTSS-10 und dem ETI)

Fühlen Sie sich hauptsächlich hoffnungslos?	☐	☐	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?	☐	☐	☐	☐	☐
Fühlen Sie sich verfolgt, obwohl es eigentlich keinen konkreten Anlass darauf gibt?	☐	☐	☐	☐	☐
Können Sie sich in letzter Zeit nicht mehr richtig konzentrieren?	☐	☐	☐	☐	☐
Sind Sie besonders vergesslich in letzter Zeit?	☐	☐	☐	☐	☐
Treten mit bestimmten Erinnerungen körperliche Reaktionen auf wie Zittern, innere Unruhe, Herzrasen, Atemnot?	☐	☐	☐	☐	☐
Suizidgefährdung?	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Beschwerden? Falls ja, welche?	☐	☐	☐	☐	☐

Beginn und Dauer der Beschwerden:

	< 1 Monat	< 6 Mon.	> 6 Mon.	> 2 J.	Keine Angaben
Wann traten die Beschwerden nach dem Ereignis erstmalig auf?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie lange dauern die Beschwerden bereits an?	☐	☐	☐	☐	☐

Aktuelle Situation:

	nein	ja	Keine Angaben
Haben Sie eine Beschäftigung, die ihren Tag ausfüllt (Sport, Hausarbeit, Hobby, freiwillige Betätigung)?	☐	☐	☐
Gehen Sie zurzeit einer Ausbildung nach z.B. Schulausbildung, Spracherwerb, Alphabetisierung, Berufsvorbereitung?	☐	☐	☐
Haben Sie Familie, Angehörige, Freunde, Bekannte um sich, von denen Sie sich unterstützt fühlen?	☐	☐	☐
Aktuelle berufliche und soziale Situation:			

Versorgung und Empfehlungen:

	nein	ja	Keine Angaben
Sind bereits Empfehlungen gegeben worden?	☐	☐	☐
Falls ja, welche?			
Sind bereits Leistungen in Anspruch genommen worden?	☐	☐	☐
Falls ja, welche?			

Empfehlungen der Fachstelle:

☐ weitergehende Psychodiagnostik

☐ Psychiatrische Behandlung

☐
Einzelfallhilfe

☐ psychotherapeutische Behandlung

☐ Stationäre psychiatr. Behandlung

☐
Familienhilfe

☐ Psychologische Beratung

☐ besondere Wohnbedingungen

☐

☐ Fachärztliche Diagnostik

☐ Abklärung von Behinderung

☐ soziale
Beratung

☐ Fachärztliche Behandlung

☐ Beratung für Alleinerziehende

☐ Sonstige
Betreuung

☐ Allgemeinärztliche Versorgung

☐ Beratung für Schwangere

☐ Sonstige
Beratung

☐ Stationäre med. Versorgung

☐ Altersspezifische Beratung

☐ Sonstige
Hilfen

Sonstige: