

Besondere Schutzbedürftigkeit nach Traumatisierung: Identifizierung und daraus entstehende Rechte¹

Lisa vom Felde, Lea Flory, Jenny Baron

Abstract

Eine psychische Erkrankung in Folge einer traumatischen Erfahrung kann dazu führen, dass betroffene Schutzsuchende zusätzlich zu einer Behandlung eine bedarfsgerechte Unterbringung, besondere Unterstützung im Asylverfahren und Schutz vor erneuten Gewalterfahrungen benötigen. Um erneute Gewalterfahrungen, Diskriminierung und Chronifizierung von Erkrankungen zu verhindern ist ein frühzeitiges Erkennen von besonderen Schutzbedarfen daher notwendig. Die Verpflichtung besondere Schutzbedarfe zu identifizieren und sicherzustellen, dass Geflüchtete die nötige Unterstützung erhalten, ergibt sich aus europäischer Gesetzgebung. In diesem Artikel werden zunächst die rechtlichen Vorgaben vorgestellt und die Probleme bei der Umsetzung aufgezeigt. Anschließend werden bereits existierende Ansätze dargestellt und ein Überblick gegeben, was aus fachlichen und rechtlichen Gesichtspunkten sichergestellt werden muss, damit möglichst alle besonderen Schutzbedarfe von Personen berücksichtigt werden. Abschließend werden einige Überlegungen für ein Monitoring zur strukturierten Identifizierung von Schutzbedarfen unter Berücksichtigung des Gewaltschutzes angestellt.

Definition der Gruppe

Was bedeuten ›Besondere Schutzbedürftigkeit‹ und ›Vulnerabilität‹?

Durch den Beschluss ein gemeinsames europäisches Asylsystem mit gemeinsamen Standards und Regeln zu schaffen und dieses durch Gesetze auf europäischer Ebene zu definieren, haben sich die Mitgliedsstaaten dazu verpflichtet, sich diesen europäischen Vorgaben anzupassen. Dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf solche Personen gelegt, die als »besonders schutzbedürftig« angesehen werden. Die

1 Dieser Artikel wurde in seiner Originalfassung Anfang 2020 geschrieben und seitdem nicht umfassend inhaltlich überarbeitet. Daher spiegelt er den Stand der Forschung 2020 wieder, neuere Entwicklungen seitdem wurden nicht berücksichtigt.

EU-Aufnahmerichtlinie (Europäisches Parlament und Rat 2013, Richtlinie 2013/32/EU) verpflichtet die Mitgliedsstaaten besondere Schutzbedarfe von Geflüchteten zu identifizieren und sicherzustellen, dass diesen besonderen Bedarfen Rechnung getragen wird. Damit soll gewährleistet werden, dass allen Geflüchteten ermöglicht wird, ihr Asylverfahren unter fairen Bedingungen betreiben zu können. Dabei werden unterschiedliche Personengruppen benannt, wie (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Betroffene von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (Art. 25, Richtlinie 2013/32/EU).

Im englischsprachigen Originaltext der Richtlinie ist von »vulnerable persons« die Rede, was auf Deutsch mit »besonders schutzbedürftig« übersetzt wurde. »Vulnerabilität« (lat.) bedeutet »Verletzlichkeit«. Im psychologischen Sinne werden darunter Faktoren gefasst, die ein Mensch aufgrund ihrer*seiner genetischen Prädisposition und/oder bisherigen Erfahrungen mit sich bringt und die sie*ihn »anfälliger« für (psychische) Erkrankungen machen. Es sind also Personen gemeint, die aufgrund bestimmter Faktoren und/oder Erfahrungen (z.B. Folter oder andere Gewalterfahrungen) besonders verletzlich sind und daher besonders geschützt werden sollen. In der deutschen Übersetzung der Richtlinie wird anstelle von Verletzlichkeit der Begriff der besonderen Schutzbedürftigkeit verwendet. In diesem Artikel wird hauptsächlich von besonderen Schutzbedarfen gesprochen um den Fokus auf die Bedarfe und damit weg von (als besonders vulnerabel bezeichneten) Personen zu lenken. Dadurch wird zum einen eine Stigmatisierung als »vulnerabel« vermieden und der Realität von Vulnerabilität Geltung verliehen, die vor allem auch von Kontextfaktoren abhängt. Auch wird eine Aufzählung einzelner vulnerabler Gruppen der Komplexität von verschiedenen Faktoren, aufgrund derer Personen besondere Unterstützung benötigen, nicht gerecht. Häufig überschneiden sich »Vulnerabilitäts-Kategorien« in einer Person und es kommt zu spezifischen von der individuellen Situation der einzelnen Person abhängigen Bedarfen (für eine tiefergehende Diskussion des Begriffs der Vulnerabilität siehe BAfF 2021).

Vulnerabilität aufgrund von Traumafolgestörungen

Der Begriff der Traumafolgestörung ist keine Beschreibung einer einzelnen psychischen Erkrankung, sondern ein Oberbegriff, der verschiedene Erkrankungen umfasst, die als Reaktion auf das Erleben eines Traumas auftreten. Ein Trauma wird im Diagnosemanual der Weltgesundheitsorganisation definiert als »ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe

Verzweiflung hervorrufen würde« (ICD-10 2018). Dabei wird der Fokus darauf gelegt, dass das Ereignis das Leben oder die körperliche Unversehrtheit bedroht und mit der Erfahrung der absoluten Hilflosigkeit einhergeht.

Ein Trauma ruft jedoch nicht zwangsläufig eine bestimmte Reaktion in Form einer psychischen Erkrankung hervor. Auf eine traumatische Erfahrung reagieren Menschen unterschiedlich, abhängig von ihrer Umgebung, psychischen Bewältigungsmechanismen und anderen Einflussfaktoren. Bei ausreichenden (inneren und äußeren) Schutzfaktoren muss das Trauma nicht zu einer psychischen Erkrankung führen. Wenn die Bewältigungsressourcen jedoch nicht ausreichen, treten psychische Erkrankungen auf. Dies kann eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sein, aber auch Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen etc.

Hans Keilson (2005) hat bei Forschungen mit jüdischen Kriegswaisen das Konzept der sequentiellen Traumatisierung entwickelt, das insbesondere den psychosozialen Kontext bei Trauma in den Fokus rückt. Keilson teilt das Erleben eines Traumas in drei Sequenzen ein: die Zeit kurz vor der Verfolgung, die traumatische Situation an sich, und die Zeit danach bei der Rückkehr in eine sichere Situation. Dabei ist die dritte Sequenz, in der sich die traumatisierte Person in objektiver Sicherheit befindet, von entscheidender Bedeutung und hatte den größten Einfluss auf die psychische Gesundheit der Untersuchten. Seine Forschung zeigte, dass das Erleben eines Traumas ein psychosozialer Prozess ist, der von den gesellschaftlichen Umständen beeinflusst wird, und in dem die Wiedereingliederung in die Gesellschaft eine wichtige Rolle spielt. Asylsuchende sind nach ihrer Ankunft im Aufnahmeland weiterhin psychischen Belastungen ausgesetzt. Es muss daher abgeklärt werden, ob durch die andauernde Belastung durch Postmigrationsstressoren die Gefahr der Entwicklung einer psychischen Erkrankung steigt (Nickerson et al. 2011). Solche Postmigrationsstressoren beinhalten beispielsweise eine Unterbringung in Sammelunterkünften mit fremden Menschen in einem Zimmer, langanhaltende Unsicherheit bezüglich des Aufenthaltsstatus, Sorge um Familienmitglieder, die nicht in Sicherheit sind, oder Diskriminierungserfahrungen (Böttche et al. 2016; Laban et al. 2005; Lie 2002).

Einer der Gründe, warum Geflüchtete mit besonderen Schutzbedarfen möglichst früh identifiziert werden sollten, ist, dass sie einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind (also wie oben beschrieben »anfälliger« sind) auch in dem Aufnahmeland erneut Gewalt zu erfahren (Duckworth/Follette 2012). Dies ist beispielsweise bei geschlechtsbasierter Gewalt der Fall: so sind alleinreisende Frauen häufig weniger gut geschützt und sind daher eher von sexualisierter Gewalt betroffen. Ein anderes Beispiel ist, dass sich Diskriminierung gegenüber (religiösen oder ethnischen) Minderheiten häufig auch in der Diaspora im Aufnahmeland fortsetzt. Eine erhöhte Gefährdung kann sich auch durch die Überlagerung verschiedener Diskriminierungsmerkmale ergeben. Für das höhere Risiko bei Überlebenden von

Gewalt, erneut von Gewalt betroffen zu sein, gibt es verschiedene Erklärungen. Häufig ziehen sich traumatisierte Menschen von anderen zurück. Diese soziale Isolation kann dazu führen, dass sie kein Unterstützungsnetzwerk haben oder sich nicht trauen, bei Bedrohungen Hilfe zu suchen. Darüber hinaus können auch dissoziative Zustände² im Rahmen einer PTBS auftreten, die dazu führen können, dass sich Personen nicht wehren (können), wenn sie angegriffen werden.

In Anbetracht dessen sind eine frühe Identifikation von besonders gefährdeten Schutzsuchenden und eine Unterstützung beim Ankommen und Schaffen einer sicheren Umwelt aus psychologischer Sicht wichtig. Dadurch kann möglicherweise das Entstehen von Symptomen verhindert bzw. eine frühe Genesung und Stabilisierung ermöglicht und eine Chronifizierung verhindert werden, die sowohl für die Betroffenen, als auch deren Familiensystem belastend ist und auch für die Aufnahmegesellschaft mit höheren Kosten (in Form längerer Behandlungszeiten, Arbeitsunfähigkeit etc.) einhergeht.

Erkennung von besonderen Schutzbedarfen aufgrund von Traumafolgestörungen

Rechtliche Vorgaben durch Europäische Gesetzgebung

Im Kapitel IV der Aufnahmerichtlinie werden die Verpflichtungen der Mitgliedsstaaten in Bezug auf Personen mit besonderen Schutzbedarfen definiert. Zum einen muss (laut Art. 22 RL) eine Beurteilung der besonderen Bedarfe stattfinden. Die Beurteilung soll innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang des Antrags auf internationalen Schutz in die Wege geleitet werden (Art.22 Abs.1 Satz 3 RL). Gleichzeitig muss die Möglichkeit bestehen, diese erst in einer späteren Phase des Verfahrens anzuzeigen, auch dann müssen die besonderen Bedarfe berücksichtigt werden (Art.22 Abs.1 Satz 4 RL). Die Aufnahmeländer müssen den Bedarfen während der gesamten Dauer des Asylverfahrens gerecht werden und die Situation besonders schutzbedürftiger Geflüchteter »in geeigneter Weise verfolgen« (Art.22 Abs.1 Satz 5 RL).

Artikel 25 bezieht sich explizit auf Betroffene von Folter und Gewalt, für die der Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung

2 Dissoziation ist ein automatischer Überlebensmechanismus bei Konfrontation mit extremer Gefahr. Dabei wird ein Teil des Bewusstseins abgespalten, die Person ist wie »nicht mehr richtig da«. Im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung können diese Zustände jedoch auch in anderen Situationen auftreten, sodass die betroffene Person nicht mehr bewusst anwesend ist. Wenn Dissoziationen unkontrolliert und häufig im Alltag auftreten, können sie zu großem Leiden führen und in bestimmten Situationen auch gefährlich sein (Spitzer et al. 2015).

oder Betreuung ermöglicht werden muss (Art. 25 Absatz 1 RL). Außerdem muss das Betreuungspersonal in Hinblick auf die Bedarfe von schweren Gewalttaten Betroffenen adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden (Art. 25 Absatz 2 RL). Dies betrifft nicht nur Mitarbeitende der behördlichen Anlaufstellen, sondern auch das »in den Unterbringungszentren eingesetzte Personal« (Art. 18 Abs. 7 RL).

Zu beachten ist hierbei zudem die Abgrenzung zu Vorgaben bei der medizinischen Erstuntersuchung (Art. 13 RL), die besagen: »Die Mitgliedsstaaten können die medizinische Untersuchung von Antragstellern aus Gründen der öffentlichen Gesundheit anordnen«. Wenn Mitgliedsstaaten eine solche medizinische Untersuchung durchführen, ist diese für Schutzsuchende verpflichtend und das Gebot der Freiwilligkeit gilt nicht. Bereits in der Formulierung wird die Absicht der medizinischen Untersuchung deutlich, es geht dabei um die öffentliche Gesundheit im Sinne des Seuchenschutzes und nicht um die individuelle Gesundheit der Schutzsuchenden. In diesem Sinne ist auch die Gesundheitsuntersuchung in Deutschland nach § 62 AsylG, in dem es heißt »eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten [...] Wird bei der Untersuchung der Verdacht oder das Vorliegen einer meldepflichtigen Krankheit [...] festgestellt, ist das Ergebnis der Untersuchung auch dem Bundesamt mitzuteilen.« Auch hier steht die Ansteckungsgefahr und nicht die Gesundheit des Individuums im Vordergrund. Im Zusammenhang mit der Identifizierung besonderer Schutzbedarfe reicht ein Verweis auf die medizinische Erstuntersuchung also nicht aus, den Anforderungen der Aufnahmeleitlinie nachzukommen. Eine Feststellung besonderer Schutzbedarfe sollte alle Personen erreichen, muss aber im Gegensatz zur medizinischen Erstuntersuchung freiwillig sein.

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben

Schwierigkeiten im Erkennen von Traumafolgestörungen

Insbesondere die Identifizierung von Bedarfen von Personen mit psychischen Erkrankungen und von schwerer Gewalt Betroffenen stellen die umsetzenden Staaten vor einige Schwierigkeiten. Während bei manchen Personen die besondere Schutzbedürftigkeit offensichtlicher ist (Schwangerschaft und viele körperliche Beeinträchtigungen sind beispielsweise durch eine medizinische Untersuchung feststellbar), ist dies bei psychischen Erkrankungen und Foltererfahrungen nicht unbedingt der Fall. Eine psychische Erkrankung/Traumatisierung kann Menschen nicht immer angesehen werden, sondern kann nur im Gespräch mit der betroffenen Person in Erfahrung gebracht werden. Dies bringt jedoch weitere Schwierigkeiten mit sich. Zum einen besteht bei direktem Befragen zu Gewalterfahrungen die Gefahr einer Retraumatisierung der schutzsuchenden Person. Darüber hinaus kön-

nen fehlendes Vertrauen in die befragende Person und in die Institution (welche bei Verfolgung durch Institutionen im Herkunftsland besonders wahrscheinlich ist) dazu führen, dass Menschen Gewalterfahrungen und psychische Belastungen verschweigen. Häufig können Menschen ihre Symptomatik selbst nicht einordnen, haben keine bzw. nur wenige Informationen über das im Aufnahmeland bestehende Gesundheitssystem oder haben eventuell ein anderes Konzept von psychischen Erkrankungen und möglichen therapeutischen Heilmitteln, und suchen sich deshalb keine Hilfe.

Insbesondere posttraumatische Symptome (in Form einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderen psychischen Erkrankungen) können auch erst nach einiger Zeit verzögert auftreten. Dies kann zum einen daran liegen, dass erst in der gefühlten Sicherheit durch das Abfallen von einem permanenten Stresslevel, das auf der Flucht zum Überleben notwendig ist, Symptome auftreten. In anderen Fällen liegt es daran, dass sich auch in Deutschland aufgrund von Postmigrationsstressoren kein Gefühl der Sicherheit einstellt. So ist während des Asylverfahrens die Gefahr einer Abschiebung stets präsent. Auch geht die Unterbringung in Sammelunterkünften für viele Menschen mit einem permanenten Stress- und Bedrohungsgefühl einher (für einen Einblick in die gesundheitlichen Auswirkungen der Unterbringung in Sammelunterkünften siehe Ärzte der Welt 2019; Baron et al. 2020).

Informationspflichten

Aufgrund der beschriebenen Hürden über psychische Erkrankungen zu sprechen, muss eine Identifizierung besonderer Bedarfe zu einem Zeitpunkt stattfinden, an dem Schutzsuchende bereits die ersten Schritte des Ankommens hinter sich gebracht haben und die Möglichkeit hatten, sich mit ihrer psychischen Gesundheit zu befassen. Dies ist in den ersten Tagen nach dem Ankommen in der Regel nicht der Fall. Andererseits sollten Schutzsuchende maximal 15 Tage nach dem Asylantrag zumindest über die vorgesehenen Unterstützungsleistungen und ihre Pflichten informiert werden (BAfF, 2017; BT-Drks:18/4691).

Nur durch eine umfassende Information und Beratung von Schutzsuchenden ist es möglich, Freiwilligkeit zu gewährleisten und gleichzeitig möglichst alle betroffenen Personen zu erreichen. Schutzsuchende müssen darüber informiert werden, zu welchem Zweck besondere Bedarfe abgefragt werden, welche Rechte sich daraus ergeben und dass die Geltendmachung keinen negativen Einfluss auf das Asylverfahren hat. Diese Information muss auch umfassen, welche Organisationen/Personengruppen Rechtsberatung und medizinische Versorgung leisten. Das Austeilen von sogenannten Informationsbroschüren reicht hierbei nicht aus. Als Beispiel dafür kann der Ratgeber des Bundesministeriums für Gesundheit zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten angeführt werden, der als Ziel hat, Schutz-

suchende »über wichtige Grundzüge der Gesundheitsversorgung in Deutschland und das Verhalten im Falle einer Erkrankung« (Bundesministerium für Gesundheit 2016) zu informieren. Es werden Beispiele aufgezählt, welche Personengruppen als besonders schutzbedürftig gelten, jedoch weder beschrieben, welche Rechte damit einhergehen, noch an wen sich Schutzsuchende wenden können, wenn sie sich auf ihre Rechte berufen möchten. Damit kann diese Information keine effektive Wirkung erzielen.

Auch eine allgemeine Beratung zu dem Thema Schutzbedarfe reicht nicht aus. Es muss auf die individuelle Situation der zu beratenden Person eingegangen werden. So ist einer Frau, die von weiblicher Genitalverstümmelung betroffen ist, möglicherweise nicht bewusst, dass dies besondere Schutzbedarfe begründen kann, da sie diesen Umstand nicht als außergewöhnlich wahrnimmt. Auch der Situation nicht alphabetisierter Personen muss Rechnung getragen werden. Außerdem muss Schutzsuchenden die Möglichkeit gegeben werden, zu jedem Zeitpunkt psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen bzw. besondere Schutzbedarfe anzugeben, die zu einem späteren Zeitpunkt auftreten.

Alle Mitarbeitenden müssen so fortgebildet werden, dass sie imstande sind, Hinweise auf das Vorliegen besonderer Schutzbedarfe zu erkennen, angemessene Hilfestellung zu geben und Personen an die zuständigen Ansprechpartner*innen in den Unterkünften verweisen.

Screening und Diagnostik

Eine Möglichkeit der systematischen Identifizierung von Schutzbedarfen ist das Angebot eines freiwilligen Screenings für alle Schutzsuchende zu Beginn ihres Aufenthalts. Unter dem Begriff Screening wird meist ein Verfahren zur groben Unterteilung zwischen verschiedenen Gruppen (in dem Fall Geflüchtete mit hoher bzw. niedriger aktueller psychischer Belastung bzw. Erkrankungsrisiko) verstanden, das meist in kurzer Zeit und mit relativ geringem Aufwand durchgeführt werden kann. Es stellt keine Diagnostik dar, das bedeutet, dass aufgrund eines Screeningergebnisses keine Diagnose gestellt werden kann. Es wird nur eine Vorauswahl getroffen, der eine weitergehende fachliche Diagnostik folgen sollte. Ein solches Screening ist als (teil)strukturiertes Gespräch zu verstehen, das mithilfe eines Interviewleitfadens oder ggf. unterstützt durch einen Fragebogen geführt werden kann. Der Vorteil eines Fragebogens ist eine gewisse Vergleichbarkeit, sodass das Screening weniger von den individuellen Unterschieden der Befragenden und deren Einstellungen abhängt. Nachteilig ist hierbei die Gefahr durch zu starkes Festhalten am Fragebogen zu schnell zu urteilen und keine weitere Exploration individueller Bedarfe sicherzustellen. Geflüchteten lediglich einen Fragebogen zum selbständigen Ausfüllen bearbeiten zu lassen, ist nicht ausreichend.

Bei einem Screening sollte in jedem Fall eine Befragung zu traumatischen Erfahrungen unterlassen werden, da diese die Gefahr einer Retraumatisierung beinhaltet. Ein Fokus auf Symptome/Beschwerden im Gespräch kann hingegen Hinweise auf psychische Belastung geben, was für ein Screening ausreichend ist. Auch wenn es nicht Fokus der Screenings sein sollte, traumatische Erfahrungen zu erfragen, sollten die Mitarbeitenden dennoch darin geschult sein, damit umzugehen, wenn eine Person von sich aus beginnt, von traumatischen Erfahrungen zu erzählen.

Wie bereits beschrieben, ist die Reaktion auf traumatische Erfahrungen individuell sehr unterschiedlich und reicht von unspezifischen Symptomen wie Schlafstörungen über verschieden schwer ausgeprägte psychische Erkrankungen (PTBS, Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen) bis zu Suizidalität. Dabei kann sich dasselbe Störungsbild, wie beispielsweise eine Depression in unterschiedlicher Art und Weise äußern, beispielsweise in Rückzug und Hemmung, genauso wie in starker Agitiertheit bis zu Aggressivität. Eine qualifizierte Diagnostik kann daher nur von psychologischem oder psychiatrischem Fachpersonal durchgeführt werden.

Viele psychische Erkrankungen beinhalten als Symptom ein Vermeidungsverhalten und sozialen Rückzug. Wenn Geflüchtete ihre Zimmer in Unterkünften selten verlassen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihre psychische Belastung von Personal wahrgenommen wird, sehr gering. Auch berichten Menschen häufig aus Scham nicht über Gewalterfahrungen (insbesondere bei sexualisierter Gewalt oder anderen demütigenden Erfahrungen). Auch psychische Symptome werden häufig aus Scham verschwiegen, da Menschen nicht als »verrückt« angesehen werden wollen. Geschultes Fachpersonal ist jedoch in der Lage auch aus Andeutungen, Auslassungen und Verhaltensbeobachtungen auf mögliche Symptomatik zu schließen und einen Rahmen zu schaffen, in dem die Scham möglicherweise eher überwunden werden kann. Auch ist bei der Befragung zu Gewalterfahrungen schnell eine Grenze erreicht, deren Überschreiten sowohl die Geflüchteten als auch Befragende überfordern kann. Eine vorsichtige, sensible, aber zielführende Exploration bedarf einer qualifizierten Ausbildung in dem Bereich und kann daher nicht von fachfremden Personen durchgeführt werden.

Für eine Diagnostik nach dem Gebot der Freiwilligkeit braucht es daher Zeit, qualifiziertes Fachpersonal und Sprachmittlung, sowie eine vertrauensvolle Umgebung.

Unterstützungsleistungen

Die alleinige Identifizierung besonderer Schutzbedarfe reicht jedoch nicht aus, sondern muss Konsequenzen in Form von Unterstützungsleistungen haben. Das Recht auf Unterstützungsleistungen ergibt sich aus der besonderen Schutzbedürf-

tigkeit und begründet ein Identifizierungsverfahren, das ansonsten ins Leere laufen würde. Auch dies ist in der EU-Aufnahmerichtlinie festgelegt. Wie diese Leistungen aussehen, wird hingegen nicht definiert. Sie können sich auf die folgenden Bereiche beziehen:

Unterbringung

Beispielhaft sollten bei massiver Angstsymptomatik Einzelzimmer in der Unterkunft bereitgestellt werden oder aber Betroffene von sexualisierter Gewalt durch Männer in Räumen untergebracht werden, zu denen Männer keinen Zugang haben. Um eine Stabilisierung zu befördern, können Personen auf eigenen Wunsch bei Bekannten oder Familienangehörigen unterbracht werden, von denen sie Unterstützung bekommen können. Außerdem sollte (auch bei der Umverteilung in die Landkreise) darauf geachtet werden, dass Betroffene in der Nähe von psychosozialen bzw. medizinischen Versorgungsangeboten untergebracht werden, um den Zugang zu den Angeboten zu erleichtern.

Anhörung

Diese sollte von Sonderbeauftragten durchgeführt werden, die für die Anhörung traumatisierter Menschen geschult sind und zum einen sensiblere Gesprächstechniken erlernt haben, um eine Retraumatisierung zu vermeiden und zum anderen Symptome einer psychischen Erkrankung und deren Einfluss auf das Antwortverhalten während der Anhörung besser einschätzen können. Dadurch werden Symptome einer psychischen Erkrankung (beispielsweise Erinnerungslücken im Rahmen einer PTBS) nicht als Hinweis auf mangelnde Glaubwürdigkeit verstanden. Es besteht ein Recht auf eine weibliche Anhörerin und Sprachmittlerin bei von geschlechtsspezifischer Gewalt Betroffenen. In bestimmten Fällen muss es die Möglichkeit geben, die Anhörung zu verschieben, bis eine dafür ausreichende Stabilität gegeben ist.

Behandlung

Der Zugang zu einer für die psychische Erkrankung indizierten psychosozialen, psychotherapeutischen, medizinischen Behandlung muss ermöglicht werden (sowohl durch Erreichbarkeit, ausreichendes Angebot, Kostenübernahme durch die jeweiligen Sozialbehörden, Sprachmittlung etc.).

Stellungnahmen

Fachliche Stellungnahmen, die möglicherweise einen Einfluss auf ein Dublin-Verfahren haben oder Abschiebehindernisse begründen, können in das Asylverfahren miteingebracht werden.

Bisherige Ansätze zur Identifizierung von Schutzbedarfen in Unterkünften

Bis zum Ablauf der Umsetzungsfrist der Aufnahmerichtlinie (am 20. Juli 2015) waren alle europäischen Staaten verpflichtet, diese in nationales Recht umzusetzen. Nach europäischem Recht ist es daher möglich, sich direkt auf die darin festgelegten Rechte zu berufen, wenn diese eindeutig formuliert sind. Dies gilt nicht nur gegenüber Bundesbehörden, sondern auch auf Landesebene, da auch die Bundesländer sich in ihrer Gesetzgebung an europäischem Recht orientieren müssen. Da die Unterbringung und Versorgung von Schutzsuchenden Aufgabe der Länder ist, sind diese primär dafür verantwortlich die besondere Schutzbedürftigkeit bei der Unterbringung zu berücksichtigen (Vergleich §44 Abs.2a AsylG).

Die Bundesländer interpretieren die gesetzlichen Vorgaben unterschiedlich, dementsprechend existieren auch in der Umsetzung deutschlandweit enorme Unterschiede. Nur wenige Publikationen bieten hierzu einen Überblick über existierende Modelle zur Identifizierung besonderer Schutzbedarfe und deren Entwicklung in den vergangenen Jahren (BAfF 2015; Hager/Baron 2017; vom Felde et al. 2020).

Einige Bundesländer bieten psychiatrische und/oder psychologische Sprechstunden in den Erstaufnahmeeinrichtungen an, was jedoch verschiedene Schwierigkeiten mit sich bringt. Diese Ambulanzen sind in den meisten Fällen nicht ausreichend bzw. ehrenamtlich besetzt, außerdem werden keine langfristigen Therapien angeboten. In vielen Unterkünften ist der Zugang zu Beratung und Behandlung hart umkämpft, da das Versorgungsangebot quantitativ um ein Vielfaches unter dem Bedarf liegt. In der Konkurrenz um die wenigen Plätze haben in einigen Unterkünften gerade die Bewohner*innen, die die Versorgung am dringendsten bräuchten, die geringsten Chancen, sie zu bekommen (Baron et al. 2020). Durch die räumliche Präsenz in der Unterkunft besteht häufig keine Unabhängigkeit von den Behörden oder dies wird zumindest von Schutzsuchenden nachvollziehbarerweise so wahrgenommen. Auch müssen Schutzsuchende von den Angeboten erst einmal erfahren, diese für sich als relevant und hilfreich wahrnehmen und sich dort aktiv Hilfe suchen, was durch lange Wartezeiten noch weiter erschwert ist.

In einigen Bundesländern wurden in den letzten zehn Jahren verschiedene Pilotprojekte finanziert (beispielsweise in Bayern 2010/11; Butollo/Maragkis 2012; Niklewski et al. 2012; Nordrhein-Westfalen: PSZ Düsseldorf 2019), in denen eine systematische Identifizierung von Schutzsuchenden mit psychischen Erkrankungen

auch evaluiert wurde. Diese Projekte wurden jedoch trotz klarer Empfehlungen in den Abschlussberichten für die Notwendigkeit einer Fortsetzung nicht weiterfinanziert.

Insbesondere in drei Bundesländern hat die Landesregierung jedoch bereits seit einigen Jahren längerfristige Projekte zur Früherkennung gefördert. In Berlin wird seit 2008 das Berliner ›Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge‹ (BNS) vom Senat gefördert³. In Niedersachsen gibt es seit 2012 das ›Friedländer Modell‹, welches 2015 ausführlich evaluiert und daraufhin angepasst wurde (Thomsen 2018). Rheinland-Pfalz hat 2014 eine ›Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems‹ geschaffen⁴ und seit 2017 ein Konzept zur Identifikation besonders Schutzbedürftiger entwickelt (MFFJIV 2017), sowie die Förderung von Psychosozialen Zentren für Geflüchtete (PSZ) stark ausgebaut, die durch ihren interdisziplinären Ansatz der psychosozialen Versorgung mithilfe von professioneller Sprachmittlung zu den qualifiziertesten Akteur*innen für die psychosoziale Beratung und Therapie von Geflüchteten zählen⁵.

Die unterschiedlichen Ansätze zur Identifizierung besonderer Schutzbedarfe haben Vor- und Nachteile und sind an die jeweiligen Bedingungen des Bundeslandes angepasst. Häufig nimmt der Sozialdienst in den Unterkünften eine zentrale Rolle ein, führt eine erste Identifizierung durch und vermittelt zwischen Schutzsuchenden und den Institutionen. Dies hat den Vorteil, dass die Sozialarbeitenden in den Unterkünften häufig den engsten Kontakt zu den Bewohner*innen haben. Andererseits hängt dabei vieles von der Ausbildung, Motivation und Einstellung wie auch der verfügbaren Zeit der einzelnen Sozialarbeitenden bzw. dem Personalschlüssel der Einrichtung ab. Dem kann durch regelmäßige Schulungen und Leitlinien für das Erstgespräch entgegengewirkt werden. Als vorteilhaft haben sich ein institutionalisierter, regelmäßiger Austausch aller Beteiligten, klare Strukturen und eine Umsetzung der Empfehlungen nach der Bedarfsermittlung herausgestellt. Schwierigkeiten stellen häufig mangelnde Kapazitäten der Fachstellen dar.

Ablauf einer strukturierten Identifizierung von Schutzbedarfen

Wie eine Recherche der BAfF in allen deutschen Bundesländern zeigt (vom Felde et al. 2020), bestehen große Unterschiede darin, wie die Bundesländer ihren Verpflichtungen aus der EU-Aufnahmerichtlinie nachkommen. Wie bereits genannt, bestehen aktuell vereinzelt Modelle, die an die unterschiedlichen Voraussetzungen in den verschiedenen Bundesländern (z. B. Flächenländer vs. Stadtstaaten; be-

3 Siehe <https://www.berlin.de/lb/intmig/veroeffentlichungen/gefluechtete/>, 16.01.2020.

4 Siehe <https://www.interkulturell-gesundheit-rlp.de/>, zuletzt besucht am 16.01.2020.

5 Eine Übersicht der Behandlungszentren für Geflüchtete unter: <https://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/>.

stehende Versorgungsangebote; ehrenamtliche Strukturen; politische Ausrichtung der Landesregierung; Bevölkerungsdichte) angepasst wurden.

Die BAfF schlägt daher das folgende Vorgehen für die strukturierte Identifizierung und Versorgung psychisch erkrankter/traumatisierter Schutzsuchender vor, das an die jeweiligen Bedingungen der einzelnen Länder angepasst werden muss.

1. **Strukturierte Identifizierung.** Diese kann durch Mitarbeitende des Sozialdienstes, als Angebot eines freiwilligen Gesprächs in der Unterkunft oder innerhalb einer externen Stelle passieren. Wichtig sind dabei jedoch intensive regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden, die die Identifizierung durchführen und Hinweise aufnehmen. Außerdem müssen Schutzsuchende in diesem Rahmen über ihre Rechte aufgeklärt werden, damit sie sich entscheiden können auch zu einem späteren Zeitpunkt besondere Schutzbedarfe anzugeben. Dabei reichen allgemeine Informationen nicht aus, sondern es muss auf die individuelle Situation der Person eingegangen werden. Hilfreich zur Herstellung einer Vergleichbarkeit bei individueller Anpassung können Leitfäden sein (vgl. *Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin* 2018). Es braucht also neben einer strukturierten Identifizierung als Angebot für alle Geflüchtete auch eine Stelle mit Ansprechpersonen, an die sich Schutzsuchende zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens wenden können und Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit anzeigen können.
2. **Diagnostik und Bedarfsermittlung.** In der dafür zuständigen Fachstelle können neben der Diagnostik auch Kriseninterventionen/Therapien stattfinden und/oder an andere Akteur*innen weitervermittelt werden.
3. **Leistungsgewährung.** In der Praxis ist dieser Punkt häufig der schwierigste, jedoch auch der wichtigste, da eine Identifizierung ansonsten keinen Zweck erfüllt. Deshalb muss sichergestellt werden, dass ausreichend Kapazitäten für die (therapeutische) Versorgung bestehen. Dafür muss eine finanzielle Unterstützung durch die Länder für Psychosoziale Zentren für Geflüchtete (PSZ) erhöht werden, die aufgrund ihrer Expertise und der Interdisziplinarität, die in dem Bereich notwendig sind, die beste Versorgung gewährleisten können. Positivbeispiel ist hierfür Rheinland-Pfalz, das insgesamt sechs PSZ und eine Koordinierungsstelle in die Regelversorgung fördert. Zusätzlich dazu sollte die Einbindung von Schutzsuchenden in die Regelversorgung gefördert werden (wobei die Erstattung von Sprachmittlungskosten dafür eine notwendige Voraussetzung ist, was z. B. wie in Hamburg durch ein vom Land geförder-ten Sprachmittler*innenpool⁶ angegangen werden kann). Weitere Voraussetzungen sind die Ausgabe von Gesundheitskarten ab Beginn des Aufenthalts in

6 Siehe <https://www.segemi.org/sprachmittler.html>, 14.02.2020.

Deutschland und Therapiebewilligungskriterien, die analog zu deutschen Versicherten sind. 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 Bedarfe nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung u.a. in der Praxis erreichbar sein. Auch müssen ausreichend Kapazitäten für eine Unterbringung von Geflüchteten bestehen, die psychische Erkrankungen nicht verstärkt, sondern eine Genesung ermöglicht. Das ›Step-by-Step‹ Projekt, das von Februar 2016 bis April 2017 in der Erstaufnahmeeinrichtung in Darmstadt speziell für besonders vulnerable Menschen durchgeführt wurde, hat gezeigt wie ein traumasensibles Gesamtkonzept in einer Unterkunft umgesetzt werden kann. In dem Abschlussbericht des Projekts (Leuzinger-Bohleber/Andresen 2017) wird beschrieben, wie dieses integrative Konzept für die Menschen die Möglichkeit einer Genesung bot, sodass für einige Menschen eine weiterführende Traumatherapie danach nicht mehr nötig war.

4. Außerdem sollte ein **formalisierter Austausch aller Beteiligten** (Land, BAMF, Gesundheitsamt, Sozialdienst, Beratungsstellen, PSZ, evtl. Kliniken) im Rahmen beispielsweise eines runden Tisches ermöglicht werden. Es hat sich gezeigt, dass diese Formate die praktische Zusammenarbeit verbessern und eine stetige Anpassung der Abläufe ermöglichen. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation fließen weniger personelle Ressourcen in die Durchsetzung von Leistungen, wie es in vielen Bundesländern zurzeit der Fall ist, und können stattdessen für therapeutische Angebote genutzt werden.
5. Insbesondere zu Beginn, aber auch im Verlauf sollte ein **Monitoring und Evaluation** miteinbezogen werden, damit von praktischen Erfahrungen gelernt und das System zur Früherkennung und Leistungsgewährung weiter verbessert werden kann.

Ein Vorgehen, das diese Punkte berücksichtigt, bietet die Voraussetzungen, dass die besonderen Schutzbedarfe eines großen Teils der Schutzsuchenden berücksichtigt werden. Weitere Einflussfaktoren sind abhängig von dem jeweiligen Standort. So ist beispielsweise in Städten das therapeutische und beraterische Angebot größer und die Erreichbarkeit dieser Stellen durch öffentlichen Nahverkehr besser. Es sollte in jedem Fall auf bereits bestehende Strukturen und Expertise von Beratungsstellen, Psychosoziale Zentren o.ä. zurückgegriffen werden.

Fazit: Überlegungen zu einem Monitoring der strukturierten Identifizierung von Schutzbedarfen unter Berücksichtigung des Gewaltschutzes

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden, Interessensvertretungen und anderen Expert*innen Mindeststandards entwickelt, um Geflüchtete in Sammelunterkünften besser vor Gewalt zu schützen (BMFSFJ/UNICEF 2018). Im Annex 3 der »Mindeststandards zu Gewaltschutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften« werden auch einige Punkte genannt, die die Identifizierung besonderer Schutzbedarfe betreffen.

Im Folgenden werden die bisherigen Überlegungen zusammenfassend mögliche Aspekte benannt, die das oben beschriebene Verfahren umsetzen und Teil eines Monitoring- bzw. Evaluationsprozesses sein können. Ein Evaluationsprozess sollte multiperspektivisch sein, d.h. die Sicht von Schutzsuchenden und der Mitarbeitenden erhoben werden:

1. **Strukturierte Identifizierung:** Aus Sicht der Schutzsuchenden sollten Beratungsangebote in der Einrichtung für Personen mit besonderen Schutzbedarfen erreichbar, verfügbar und zugänglich sein. Bewohner*innen müssen auf das Angebot bzw. die Ansprechpersonen hingewiesen werden. Im Rahmen eines Konzepts muss definiert werden, inwiefern eine effektive Erreichbarkeit und Zugänglichkeit sichergestellt wird und dies im Rahmen des Monitorings überprüft werden. Die Freiwilligkeit des Kontakts zu den Ansprechpersonen sollte sichergestellt werden, die Betroffenen über die Vertraulichkeit der Gespräche und der Unabhängigkeit der Ansprechpersonen von Behörden informiert werden. Bei einer Datenweitergabe müssen Schutzsuchende ausführlich aufgeklärt werden und eine informierte Einwilligung abgeben. Schutzsuchende sollten Kopien von allen sie betreffenden Schriftstücken und Unterlagen erhalten. Alle diese Schritte sollten mit Hilfe von qualifizierter Sprachmittlung durchgeführt werden.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden/Gewaltschutzkoordinator*innen braucht es dringend eine (traumasensible) Qualifizierung der Mitarbeitenden und eine Belastungsvorsorge in Form von Supervision, kollegialem Austausch und Fortbildungen zu Selbstfürsorge etc. Neben einer strukturierten Identifizierung müssen Sprechstunden zur Hinweisaufnahme und Beratung angeboten werden. Hierbei muss die (finanzielle) Unabhängigkeit der Mitarbeitenden, die die Identifizierung durchführen, von Ausländerbehörde und BAMF sichergestellt sein. Nur so können Schutzsuchende die Personen als von Behörden neutral wahrnehmen und Vertrauen fassen. Es müssen ausreichend personelle Ka-

kapazitäten bereitgestellt werden, um regelmäßige Beratungen durchzuführen, sowie je nach Bedarf finanzielle und personelle Kapazitäten für unabhängige und qualifizierte Sprachmittlung für diese Gespräche zur Verfügung stehen. Mitarbeitende müssen versichern, bei allen Gesprächen über Vertraulichkeit aufgeklärt zu haben und das Gebot der Freiwilligkeit berücksichtigt zu haben. Bei einer Datenweitergabe (an z.B. BAMF, Ausländerbehörde aber auch Diagnostikstelle) muss eine von der schutzsuchenden Person unterschriebene Aufklärung und informierte Einwilligung vorliegen.

2. **Diagnostik und Bedarfsermittlung:** Da es sich hierbei um ein unabhängiges, externes Angebot mit Diagnostik durch Fachpersonal außerhalb der Einrichtung handeln sollte, kann in den Monitoringprozess lediglich eingegangen, ob auch dieses Angebot für die betroffenen Personen zugänglich ist und die Personen auch tatsächlich dort ankommen, bzw. falls es Barrieren im Zugang gibt, welche dies sind (Fahrtkosten, fehlender ÖPNV, fehlende Sprachmittlung etc.). Dies kann durch einen Nachfolgetermin mit den Schutzsuchenden oder engen Kontakt der Sozialarbeitenden der Unterkunft mit der Fachstelle festgehalten werden. Über die Diagnostik muss ein Bericht verfasst werden, der Empfehlungen unter anderem in Bezug auf Unterbringung, weitere Beratung und Behandlung gibt. Dieser Bericht muss den Schutzsuchenden ausgehändigt werden und kann auf ihren Wunsch an Behörden weitergegeben werden.
3. **Leistungsgewährung:** Ähnlich wie bei der externen Diagnostik, sollte eine weiterführende Psychotherapie oder Beratung außerhalb der Unterbringung stattfinden, weshalb deren Qualität daher nur schwer in ein unterkunftsbezogenes Monitoring miteinfließen kann. Es ist jedoch statistisch zu erfassen, ob die Empfehlungen bezüglich der Leistungsgewährung aus dem Bericht umgesetzt wurden oder woran die Umsetzung scheitert. Es sollte eine statistische Erhebung durchgeführt werden, die gegenüberstellt, welche Bedarfe identifiziert wurden, welche Leistungen in den Berichten empfohlen wurden und welche stattgefunden haben. Dies bezieht sich auf alle oben genannten Leistungsbe- reiche (Unterkunft, Asylverfahren, ...) und auf jegliche Leistungen (Therapie, Heil- und Hilfsmittel), die zur Gesundheit und Teilhabe beitragen.
4. **Vernetzung:** In der Praxis wurde deutlich, dass regelmäßige Treffen (»Runde Tische«) aller Akteur*innen der Aufnahme und für die Identifizierung besonderer Schutzbedarfe (Sozialdienst, Gewaltschutzkoordinator*innen, Gesundheitsstation der Unterkunft, unabhängige Asylverfahrensberatung, BAMF, Psychosoziales Zentrum oder Beratungsstelle, Diagnostikstelle u.a.) zu einer verbesserten Kommunikation und in vielen Fällen auch zu einer Verbesserung in der Versorgung führen. Die Häufigkeit solcher Treffen hängt von der Zielsetzung des Austauschs ab, so sollten Fallkonferenzen häufiger (z.B. wöchentlich) als Besprechungen von Abläufen (etwa monatlich) durchgeführt werden. Neben der regelmäßigen Runden Tische sollte aber vor allem ein enger Kontakt

zu externen Beratungs- und Behandlungsstellen, ehrenamtlichen Strukturen aber auch Schule und Kita bestehen. Auch hier hat sich in der Praxis gezeigt, dass wenn ein persönlicher Kontakt besteht, Wege verkürzt werden. Um dieses Netzwerk allen Mitarbeitenden in der Unterkunft zugänglich zu machen und auch bei Mitarbeiter*innenwechsel den Informationsfluss nicht abzubrechen, sollte eine Datenbank mit Kontaktadressen regelmäßig gepflegt werden.

5. **Externe Evaluation und Anpassung des Prozesses:** Neben des Monitorings und der Evaluation zur Umsetzung des Gewaltschutzes sollte außerdem eine externe Evaluation zur Umsetzung der Artikel 19, 21–25 EU-AufnahmeRL durchgeführt werden. Diese Prozesse sollten sich nicht im Wege stehen, sondern im besten Fall synergetisch jeweils relevante Erkenntnisse gegenseitig teilen und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen, sodass Verfahren angepasst und optimiert werden können. Im Rahmen der Evaluation müssen objektiv anonymisierte Statistiken erhoben werden darüber, wie viele Personen als besonders schutzbedürftig identifiziert wurden, aus welchen Gründen, welche Bedarfe vorliegen, ob diese erfüllt werden konnten, und wenn nicht, aus welchen Gründen. Diese Zahlen können dann auch für die externe Evaluation genutzt werden. Es sollte eine Gegenüberstellung des Bedarfs gegenüber der Leistungsgewährung gemacht werden. Dabei kann z. B. die Zahl der bewilligten Psychotherapien nach dem Asylbewerberleistungsgesetz mit der Anzahl der in den Berichten empfohlenen Therapien verglichen werden.

Literatur

- Ärzte der Welt (2019), *Ärzte der Welt fordert Ende des Pilotprojekts »Ankerzentren«*, Ärzte der Welt, <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/presseinformationen/2019/07/22/aerzte-der-weltfordert-ende-des-pilotprojekts-ankerzentren>, 20.7.2021.
- BAfF (2015), *Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende*, Berlin.
- BAfF (2017), *Stellungnahme zu den Entwürfen der Aufnahme richtlinie und der Verfahrensverordnung im Rahmen der GEAS-Reform*, Berlin.
- BAfF (2021), *Tagungsdokumentation Besondere Schutzbedürftigkeit – Zwischen Rechtsanspruch und Umsetzung. Bundesfachtagung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer*, Berlin.
- Baron, Jenny/Flory, Lea/Krebs, Daniela (2020), *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder*, Berlin.
- Böttche, Maria/Heeke, Carina/Knaevelsrud, Christine (2016), *Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungen*

- ansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(5), 621–626.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/UNICEF (2018), *Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften*, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016), *Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*, Berlin.
- Butollo, Willi/Maragkis, Markos (2012), *Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern. Abschlussbericht*, München.
- Deutscher Bundestag (2015), *Antrag vom 22.04.2015 für eine menschenrechtsorientierte Umsetzung der Flüchtlingsaufnahmerichtlinie der EU*. Drucksache 18/4691.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) (2018), *Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.10. Revision, ICD-10-GM Version 2019*.
- Duckworth, Melanie P./Follette, Victoria M. (Hg.) (2012), *Retraumatization. Assessment, Treatment and Prevention*, New York.
- Europäisches Parlament und Rat (2013), Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). *Amtsblatt der Europäischen Union*.
- Hager, Nina/Baron, Jenny (2017), Eine Frage von Glück und Zufall – Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren. Beratung und Rechtsschutz im Asylverfahren, *Beilage zum Asylmagazin* 7–8, 17–26.
- Keilson, Hans (2005), Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen, Gießen
- Laban, Cornelis J. et al. (2005), Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (12), 825–832.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Andresen, Sabine (2017), *Abschlussbericht »Step-by-Step«*, Frankfurt a.M.
- Lie, Birgit (2002), A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (6), 415–425.
- MFFJIV – Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz (2017), *Konzept zum Gewaltschutz und zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen in den Einrichtungen der Erstaufnahme in Rheinland-Pfalz*, Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz.
- Nickerson, Angela et al. (2011), A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees, *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399–417.

- Niklewski, Günter/Richter, Kneginja/Lehfeld, Hartmut (2012), *Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für »Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber – Zirndorf«.*
- PSZ Düsseldorf (2019), *Abschlussbericht des Projekts »Psychisch belastete Asylbewerber*innen erkennen, beraten und vermitteln«.*, Düsseldorf.
- Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Der Beauftragte für Integration und Migration (Hg.) (2018), *Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin. Für Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes des Landesamts für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF).*
- Spitzer, Carsten/Wibisono, Dennis/Freyberger, Harald J. (2015), Theorien zum Verständnis von Dissoziation, 22–37, in: Seidler, Günter et al. (Hg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*, Stuttgart.
- Thomsen, Jenny (2018), *Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen*, Berlin.
- vom Felde, Lisa/Flory, Lea/Baron, Jenny (2020), *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*, Berlin.