

IPP Arbeitspapier 14, ISSN 1614-3159

Franziska Behringer

Helga Dill

Melike Pusti

SoulCaRe. Ein Projekt von Refugio München zur Früherkennung in der Kurzaufnahme

Abschlussbericht der Evaluation

IPP-Arbeitspapiere 14

ISSN 1614-3159

Juni 2023

IPP München

Ringseisstr.8

80337 München

www.ipp-muenchen.de

Zusammenfassung

Bisher gibt es wenig Ansatzpunkte, besonders schutzbedürftige Geflüchtete nach Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie von 2013 bei der Ankunft in Deutschland zu erkennen, um ihren besonderen Bedarfen im Asylverfahren gerecht werden zu können. Das Pilotprojekt SoulCaRe von Refugio München will diese Lücke schließen. Erprobt wird das Konzept in der Kurzaufnahme für Asylsuchende in der Lotte-Branz-Straße in München.

Das dreistufige Konzept sieht vor, dass zunächst psychosoziale Peerberater*innen Kontakt zu den neu angekommenen Asylbewerber*innen aufnehmen und nach einem Kennenlerngespräch mit diesen einen Screening-Bogen ausfüllen. Die Diagnostik wird von Fachärzt*innen für Psychiatrie/psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. von psychologischen Psychotherapeut*innen vorgenommen, die auch die Empfehlungen für die Anschlussunterbringung, Anbindung an das Gesundheitssystem und die Anhörung erstellen. In einem dritten Schritt setzt das sozialpädagogische Case-Management ein. Hier geht es um Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der besonders vulnerablen Personen bei der Anschlussunterbringung, beim Asylverfahren und bei der medizinischen Betreuung. Ziel von SoulCaRe ist es, betroffene Personen aller Altersgruppen und Geschlechter zu unterstützen, durch eine frühzeitige medizinische und alltagsorientierte Unterstützung ein Beitrag für ihre Stabilisierung zu leisten. Dies erleichtert auch die Integration in Schule, Beruf und Gesellschaft in Deutschland, sofern die Geflüchteten eine Bleibeperspektive bekommen.

SoulCaRe wurde von Mai 2021 bis Juni 2022 vom IPP München wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Dabei standen unter anderem folgende Forschungsfragen im Fokus:

- Kann der Bedarf der Betroffenen erfüllt werden? Reichen die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten dafür aus?
- Wie werden die besonderen Bedarfe der Betroffenen in den aufnehmenden Einrichtungen wahrgenommen? Wie werden die Empfehlungen bei der Anhörung berücksichtigt?
- Werden durch das dreistufige Konzept die schutzbedürftigen Geflüchteten in ausreichendem Maße erreicht? Welche Belastungen/Krankheitsbilder werden diagnostiziert und werden die Empfehlungen in weiteren Verlauf des Asylverfahrens (Anhörung, Anschlussunterbringung) berücksichtigt?
- Welche Modifizierungen wurden im Projektverlauf vorgenommen und was kann die Verstetigung des Pilotprojektes unterstützen?

Dazu wurden mit den Mitarbeitenden von SoulCaRe und Vertreter*innen von Refugio München sowie der Aufnahmeeinrichtungen und zuständigen Behörden qualitative Interviews

geführt. Das SoulCaRe-Team wurde zu zwei verschiedenen Zeitpunkten interviewt. Weiter wurden gemeinsam mit dem SoulCaRe-Team Dokumentationsbögen für die jeweils betreuten Asylbewerber*innen entwickelt. Festgehalten wurden neben soziodemografischen Variablen und Fragen zur Fluchtgeschichte die Belastungen, Diagnosen, Screeningwerte und Empfehlungen. Dazu kamen sogenannte Nachsorgebögen, mit deren Hilfe die Asylbewerber*innen in den Aufnahmeeinrichtungen über den Verlauf der Anhörung und die Umsetzung der Empfehlungen befragt wurden.

Im Evaluationszeitraum wurde der Kontakt zu 158 erwachsenen Geflüchteten dokumentiert. Dazu kamen 21 Kinder bzw. Jugendliche. 93 Prozent der Asylsuchenden berichteten in den Gesprächen von Belastungen/Traumatisierungen vor und während ihrer Flucht, 75 Prozent erlebten Traumata selbst und 30 Prozent waren Zeug*innen von Gewalt bzw. traumatisierenden Szenen. Ein Großteil der Klient*innen erfüllte die ICD 10 Kriterien verschiedener psychischer Diagnosen (87 %). Weit mehr als die Hälfte wiesen zwei Diagnosen auf, ca. 15 Prozent drei oder mehr. Am häufigsten wurden posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und depressive Störungen diagnostiziert. Die Prävalenzraten in dieser Studie fallen mit 65,8 Prozent für PTBS und 64,6 Prozent für Depression im Vergleich zu anderen Studien sehr hoch aus. Während die Kapazitäten im SoulCaRe-Team weitgehend ausreichen, sind die Ressourcen in der weiteren Betreuung von Asylbewerber*innen stark begrenzt. Dies zeigt sich deutlich bei der Umsetzung der Empfehlungen, die das Diagnose-Team von SoulCaRe ausgesprochen hat. Während die Empfehlungen für die Anhörung weitgehend umgesetzt wurden, konnten die Empfehlungen für die Anschlussunterbringung und die medizinische bzw. psychotherapeutische Behandlung nur teilweise umgesetzt werden, wie die Nachbefragung ergeben hat.

Alles in allem hat sich das Konzept der Früherkennung besonders vulnerabler Gruppen in der Erstaufnahme bewährt. Gerade der Dreiklang aus psychosozialen Peerberater*innen, medizinisch-psychologischer Diagnostik und sozialpädagogischer Betreuung ist stimmig. Die Peerberater*innen können sowohl durch ihre Sprachkompetenz als auch durch ihr tieferes Verständnis kultureller Faktoren einen guten Zugang zu den Geflüchteten erschließen und so Vertrauen in die weiterführende Diagnostik erzielen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	7
2	Hintergründe.....	9
2.1	Gesellschaftliche und kontextuelle Aspekte	10
2.2	Psychische Belastungen im Asylverfahren	13
2.3	EU-Asylverfahren- und Aufnahmerichtlinie.....	15
3	Früherkennung in Deutschland	16
3.1	Spezifische Früherkennungsverfahren in Deutschland	17
3.2	Was ist SoulCaRe?	19
4	Evaluationskonzept	22
4.1	Ziele der Evaluation und Forschungsfragen.....	22
4.2	Methodisches Vorgehen und empirische Schritte	22
4.2.1	Recherche und Positionierung von SoulCaRe in der deutschen Diskussion.....	23
4.2.2	Interviews mit den Projektmitarbeiter*innen und Kooperationspartner*innen... ..	23
4.2.3	Empirische Analyse der dokumentierten Fallverläufe	24
4.2.4	Die Nacherhebung.....	25
4.2.5	Abstimmungstreffen und Berichterstellung	26
4.2.6	Informations- und Vernetzungsgespräche mit anderen Angeboten	26
5	Quantitative Ergebnisse.....	26
5.1	Schutzbedürftige erwachsene Geflüchtete bei SoulCaRe - soziodemographische Merkmale	27
5.1.1	Kontakt zu SoulCaRe.....	28
5.1.2	Beratung und Betreuungsumfang	29
5.1.3	Fluchtweg und Belastungen durch die Flucht	30
5.1.4	Diagnosen.....	32
5.1.5	Empfehlungen für das weitere Asylverfahren.....	33
5.2	Kinder und Jugendliche.....	35

5.2.1	Beratung bei Kindern und Jugendlichen	36
5.2.2	Empfehlungen für Kinder und Jugendliche	37
5.3	Die Nachsorge	38
5.3.1	Unterbringungssituation.....	39
5.3.2	Die Lebenssituation im Ankerzentrum	40
5.3.3	Medizinische Versorgung und psychosoziale/therapeutische Anbindung	41
5.3.4	Die Berücksichtigung der Empfehlungen	41
6	Interne und externe Perspektiven auf das Pilotprojekt.....	44
6.1	Ein fortlaufender sich entwickelnder Prozess	45
6.2	Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen	47
6.3	Situation der Geflüchteten in Bayern	50
6.4	Bedeutung des Projekts und Konzepts	57
6.5	Blick in die Zukunft	62
7	Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	63
7.1	Das Modell der Peerberater*innen und die Screening-Instrumente haben sich bewährt.....	64
7.2	Umsetzung der Empfehlungen scheitert häufig an fehlenden Kapazitäten..	64
7.3	Von SoulCaRe profitieren alle am Prozess beteiligten.	65
7.4	Empfehlungen versus Leistungsgarantie – ein Spannungsfeld	66
7.5	Empfehlungen für den weiteren Verlauf von SoulCaRe.....	66
8	Literaturverzeichnis.....	68

1 Ausgangslage

Bis Ende 2021 wurden um die 89,3 Millionen Menschen weltweit aufgrund von Verfolgung, Krieg, Gewalt, Menschenrechtsverletzungen oder anderen Ereignissen gewaltsam aus ihrer Heimat vertrieben (UNHCR, 2021). Die Zahl der gewaltsam Vertriebenen steigt von Jahr zu Jahr kontinuierlich an und durchbrach Anfang des Jahres 2022 die 100 Millionen-Marke. Durch die Invasion Russlands sind 23 Millionen Ukrainer*innen auf der Flucht. Weitere Konflikte und Folgen des Klimawandels zwingen Menschen, ihr Zuhause zu verlassen. Einer von 78 Menschen auf der Erde ist aktuell auf der Flucht (ebd.). Viele flüchten als Binnenvertriebene in andere Teile ihres Heimatlandes oder über die direkten Grenzen in die umliegenden Nachbarländer. Nur wenige Flüchtlinge machen sich auf den weiten Weg nach Europa. Neuankommende Asylsuchende in Deutschland stellen einen Bruchteil der Asylsuchenden weltweit sowie der Geflüchteten in Deutschland dar. In Deutschland lebten Ende 2021 1,3 (ebd.) bis 1,9 (Statistisches Bundesamt, 2022) Millionen Schutzsuchende und es wurden 148.200 Neuanträge auf internationalen Schutz gestellt (UNHCR, 2021), d.h. die Mehrheit lebte zuvor bereits in Deutschland. Personen, die es nach Deutschland schaffen, haben häufig Krieg und Verfolgung in der Heimat sowie steinige Fluchtwege hinter sich. Nicht selten sind ihre Geschichten geprägt von sexueller, physischer, psychischer oder sonstiger Gewalt. Viele der ankommenden Asylsuchenden leiden unter großen emotionalen und psychischen Belastungen.

Nach der Ankunft in Deutschland endet die belastende Reise für diese Menschen häufig nicht. Getrennt von der Familie und dem sozialen Umfeld müssen sie sich durch das deutsche Asylsystem schlagen, das sie nicht unbedingt mit offenen Armen empfängt. Es gibt oftmals Berichte von Geflüchteten mit psychischen Auffälligkeiten, denen im Asylsystem oder in der allgemeinen Gesundheitsversorgung keine angemessene Behandlung ermöglicht werden kann (Boettcher, Nowak, & Neuner, 2021, S. 7). Asylsuchenden mit Traumatisierungen ist es darüber hinaus häufig unmöglich, ihrer Mitwirkungspflicht während der Asylanhörng nachzukommen (Odenwald, Schmitt, Neuner, Ruf, & Schauer, 2006, S. 245), was zu Fehlentscheidungen führen kann. Eine frühzeitige Identifizierung von Asylsuchenden mit psychischen Störungen und/oder Traumatisierungen ist daher auf individueller Ebene wichtig, damit Betroffenen rechtzeitige Unterstützung und Stabilisierung zukommt und einer Chronifizierung von psychischen Symptomaten entgegengewirkt werden kann. Auf einer gesellschaftlichen Ebene könnte so auch die Qualität der Asylverfahren verbessert werden, um eine nachhaltigere Integration von Geflüchteten zu ermöglichen.

Mit der EU-Asylverfahrens- und Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/32/EU zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes, 2013; Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, 2013)¹ bietet die Europäische Union eine rechtliche Grundlage für die Früherkennung und angemessene Maßnahmen zur Versorgung, Unterbringung und Garantien im Asylprozess für ankommende Asylsuchende in Mitgliedstaaten. Bis Mitte 2015 war die Umsetzung dieser Richtlinie für die einzelnen Mitgliedsstaaten verpflichtend (Friele & Saborowski, 2015, S. 110).

Das Aufnahmeverfahren und die Umsetzung der Früherkennung im Rahmen der EU-Aufnahmerichtlinie werden gemäß §§ 44 Asyl-Gesetz (Asylgesetz, 1992) von den Bundesländern übernommen. Trotz der großen Anzahl an Asylsuchenden war in Bayern² noch 2020, fünf Jahre nach Umsetzung der Richtlinien in das nationale Recht, kein systematisches Konzept zur Früherkennung der besonderen Schutzbedürfnisse von ankommenden Asylsuchenden entwickelt und realisiert worden. In einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2018, S. 1–2) verweist das Bayerische Innenministerium auf den vom Bundesrecht vorgegebenen Rahmen zur Feststellung von besonderen Schutzbedarfen während der medizinischen Erstuntersuchung. Darüber hinaus sei es Aufgabe des Bundes, d.h. des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF), die besonderen Verfahrensgarantien, die aus den Schutzbedarfen resultieren, im Sinne der Verfahrensrichtlinie (2013/32/EU) zu erfassen und den Asylsuchenden Informationen darüber zugänglich und nutzbar zu machen. Mit dem Pilotprojekt SoulCaRe will Refugio München einen Beitrag dazu leisten, diese Lücke zu schließen.

SoulCaRe ist ein Konzept zur Früherkennung von Asylsuchenden mit besonderen Schutzbedürfnissen nach Ankunft in Oberbayern. In diesem Forschungsbericht werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Evaluation des Projekts vorgestellt. Zunächst werden die Hintergründe des Projekts beleuchtet. Dazu zählen die Folgen von (traumatischen) Erfahrungen in der Heimat, auf der Flucht und im Ankunftsland für die psychische Gesundheit von Geflüchteten sowie Auswirkungen auf das Aussage- und Mitwirkungsverhalten im Asylverfahren. Auf die EU-Asylverfahrens- und Aufnahmerichtlinien wird genauer eingegangen, da sie die Rechtsgrundlage des Projekts darstellt. Auf den Richtlinien aufbauende Früherkennungsverfahren werden exemplarisch

¹ im Folgenden abgekürzt als 2013/32/EU und 2013/33/EU

² Mit 219.175 Schutzsuchenden ist Bayern, nach NRW mit 519.310 Schutzsuchenden, das Bundesland, in dem die meisten Schutzsuchenden untergebracht werden (Statistisches Bundesamt, 2021).

dargestellt, um das Projekt SoulCaRe in seiner Bedeutung für Bayern einordnen zu können. Im vierten Kapitel des Berichts stellen wir unser Evaluationskonzept und die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Untersuchungsschritte vor. Abschließend werden Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den empirischen Ergebnissen abgeleitet.

2 Hintergründe

Geflüchtete gelten aufgrund ihrer vielfachen Gewalterfahrungen als besonders vulnerabel. Häufig erleben sie eine Reihe an pre-, peri- und postmigratorischen Stressoren, die die eigene psychische Gesundheit nachhaltig beeinflussen können. Dazu zählen Ereignisse vor der Flucht wie z.B. Verfolgung, Krieg oder Vertreibung. Menschenhandel, sexualisierte, körperliche oder psychische Gewalt werden während der Flucht nicht selten erlebt. Dabei ist auch die Fluchtroute von Bedeutung. Eine mehrjährige Reise mit etlichen Zwischenstopps in Ländern mit mangelnder Versorgung und Unterkunftssituation sowie unsicheren politischen Verhältnissen kann wiederum zu weiteren, hohen Belastungen führen. In Kombination mit situativen Umständen nach der Flucht, wie z.B. Unsicherheit über das Asylverfahren, (Abschiebe-)Haft oder reduzierte soziale Integration, sind die ohnehin schon besonders vulnerablen Geflüchteten zusätzlich psychisch und emotional belastet (Priebe, Giacco, & El-Nagib, 2016, S. 5–6). Aufgrund dieser Akkumulation verschiedener Stressoren und häufig traumatischen Erfahrungen in der Heimat oder auf der Flucht sind Flüchtlinge besonders gefährdet eine psychische Störung zu entwickeln, wie verschiedene Studien zeigen.

Fast alle Geflüchtete berichten von mindestens einer Art potenziell traumatisierender Erfahrungen vor oder während ihrer Flucht (Schweitzer, Melville, Steel, & Lacherez, 2006, S. 183). Im Schnitt berichten Geflüchtete von 5,6 verschiedenen Erfahrungen wie Folter, Krieg oder Vergewaltigung, die sie oder ihre Familie erlebt haben (ebd.). Diese widrigen Erfahrungen stellen einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit dar. Die Häufigkeit psychischer Störungen unter Geflüchteten variiert allerdings von Studie zu Studie stark. Blackmore und Kolleg*innen (2020, S. 15-16) fanden heraus, dass erwachsene Geflüchtete und Asylsuchende erhöhte und anhaltende Raten von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Depression aufweisen. Die Ergebnisse deuten auf 31 % für PTBS und 31,5 % für Depression hin. Im Vergleich zu Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung weisen Geflüchtete ein mehrfaches Mal so oft Symptome einer PTBS oder Depression auf. Die Prävalenz von PTBS und Depression scheint weiter noch viele Jahre nach der Vertreibung anzuhalten.

Die Häufigkeiten von Angststörungen und Psychosen hingegen sind eher mit den Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung vergleichbar. Für Deutschland gibt es deutliche empirische Belege dafür, dass die Prävalenzraten psychischer Störungen unter Geflüchteten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ebenfalls deutlich höher sind (Borho et al., 2020; Hoell et al., 2021; Y. Nesterko, Jäckle, Friedrich, Holzapfel, & Glaesmer, 2019; Richter, Lehfeld, & Niklewski, 2015). Eine Meta-Analyse zu Prävalenzen von psychischen Störungen bei Geflüchteten in Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass 29,9% der Geflüchteten die Symptome einer PTBS und 39,8% depressive Symptome aufwiesen (Hoell et al., 2021, S. 5–6). In einer Studie zu Prävalenzen bei Geflüchteten in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern von 2012 erfüllten 63,6% der untersuchten Asylsuchenden die Kriterien einer oder mehrerer Diagnosen, 32,3% einer PTBS sowie depressiver Episoden und 21,9 % einer Anpassungsstörung oder chronischen Insomnie (Richter et al., 2015, S. 836). Die Abweichungen in den Prävalenzen psychischer Störungen bei Geflüchteten in den Studien können teilweise auf methodologische Unterschiede zurückgeführt werden. Darüber hinaus spielen Unterschiede der Bedingungen in den Aufnahmeländern in Bezug auf die Unterbringungssituation sowie unterschiedliche Rechtsverfahren und Asylsysteme eine große Rolle (Hoell et al., 2021, S. 8). Die vorgestellten Studien verdeutlichen, wie wichtig eine frühzeitige und kontinuierliche psychosoziale Betreuung ist, die über den Zeitraum der Erstansiedlung hinausgeht, um die Gesundheit von Geflüchteten und Asylsuchenden zu fördern. Weiter zeigen sie auch, dass soziale und strukturelle Begebenheiten die psychische Belastung von Geflüchteten beeinflussen können.

2.1 Gesellschaftliche und kontextuelle Aspekte

Die Erfahrungen, die Geflüchtete in den Herkunftsländern, auf der Flucht und im Aufnahmeland machen, führen nicht deterministisch zu psychischen Störungen. Situative Umstände nach den Erlebnissen können die Entwicklung einer psychischen Symptomatik begünstigen. Potenziell traumatische Ereignisse wie Kampfsituationen, Todesgefahr, das direkte oder indirekte Konfrontieren mit Gewalt oder Inhaftierung werden häufig im Heimatland (60 %) und während der Migration (89 %) erlebt. Faktoren wie fehlende Aktivitäten, Sorgen um die Heimat, Einsamkeit und Angst vor Abschiebung/Rückführung erschweren die Ankunft und Erholung im Aufnahmeland (Crepet et al., 2017, S. 6) und können eine schon bestehende Belastung verstärken.

Das bedeutet, dass der Kontext nach der Flucht im Aufnahmeland und der Einfluss von Postmigrationsstressoren auf die psychische Belastung eine große Rolle spielen.

Stressoren im Aufnahmeland wie Unsicherheit hinsichtlich des Aufenthaltsrechts (Nickerson, Steel, Bryant, Brooks, & Silove, 2011, S. 270), Angst vor Abschiebung (Walther et al., 2020, 6; Winkler, Brandl, Bretz, Heinz, & Schouler-Ocak, 2019, S. 196) oder Unsicherheit im Anhörungsprozess (Schock, Rosner, & Knaevelsrud, 2015, S. 6) gehen z.B. mit einem Anstieg an PTBS-Symptomen einher. Postmigrationsstressoren wirken sich demnach auf den Schweregrad einer psychischen Belastung aus. So konnte gezeigt werden, dass mit unsicherem Aufenthaltsstatus die Intensität psychischer Belastungen zunimmt (Winkler et al., 2019, S. 196). Personen mit unsicherem Asylstatus, d.h. mit drohender Abschiebung oder ohne Aufenthaltstitel, sind besonders belastet (Walther et al., 2020, 6; Winkler et al., 2019, S. 196). Auch das Leben in einer Flüchtlingsunterkunft kann mit erhöhter psychischer Belastung in Verbindung gebracht werden (Walther et al., 2020, 6).

In einer Studie in der Schweiz konnte gezeigt werden, dass trotz einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von über zehn Jahren die Teilnehmenden eine hohe Anzahl von postmigratorischen Lebensschwierigkeiten (post-migrational living difficulties) sowie eine schlechte Integration etwa bei der Arbeitsmarktteilnahme und Sprachkenntnissen aufwiesen. Die Integrationsschwierigkeiten standen in engem Zusammenhang mit psychischen Symptomen (Schick et al., 2016, S. 5). Psychische Belastungen wirken sich so langfristig auf die Integration aus. Dabei wurden leichte geschlechtsspezifische Unterschiede beobachtet. Männliche Geflüchtete mit psychischer Belastung haben seltener eine Arbeit und nehmen seltener an Integrationskursen teil als Männer ohne Belastung; psychisch belastete, geflüchtete Frauen nehmen mit niedrigerer Wahrscheinlichkeit an Bildungsprogrammen teil also solche ohne psychischer Belastungen (Walther et al., 2020, 6). Andersherum scheint eine geringere Symptombelastung mit integrationsförderlichem Verhalten einherzugehen (Winkler et al., 2019, S. 196).

Demnach sind die Kontextbedingungen in den Aufnahmeländern ausschlaggebend für das psychische Wohlbefinden von Geflüchteten. Insbesondere die erste Zeit nach der Ankunft spielt hierbei eine Rolle (Schneck, 2020, S. 120), da etablierte psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme über die Dauer des Aufenthalts im Aufnahmeland und des Asylverfahrens relativ stabil sind. Studien deuten darauf hin, dass psychische Belastungen auch dann konstant hoch bleiben oder sich sogar noch weiter verschlechtern, wenn sich die Lebensbedingungen im Laufe der Zeit verbessern (Blackmore et al., 2020, 15; Giacco, Laxhman, & Priebe, 2018, S. 145–147; Kaltenbach, Schauer, Hermenau, Elbert, & Schalinski, 2018, S. 8). So wurde in einer Längsschnittstudie in Norwegen festgestellt, dass erhöhte Werte psychischer Symptome bei Ankunft auf ein langfristiges Risiko für psychische

Störungen hinweisen (Vaage et al., 2010, S. 124). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass traumatische Erlebnisse in der Heimat und auf der Flucht den Schweregrad einer PTBS beeinflussen. Postmigratorische Stressoren wie Unsicherheit über das Asylverfahren führen häufig zu einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik über die Zeit (Kaltenbach et al., 2018, S. 8). Eine angemessene und rechtzeitige Behandlung hingegen ist assoziiert mit einer dauerhaften Verbesserung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten und einer geringeren Inanspruchnahme der Notfallversorgung (Lamkaddem et al., 2014; Song, Kaplan, Tol, Subica, & de Jong, 2015; zit. nach Kaltenbach, Härdtner, Hermenau, Schauer, & Elbert, 2017b, S. 5).

Psychische Belastungen wirken sich negativ auf die Wahrnehmung von Asylverfahren, Institutionen, Hilfsangeboten und Umwelt sowie Nutzung des Asylverfahrens aus (Winkler et al., 2019, S. 196). Diese Ergebnisse bestätigen die Bedeutung therapeutischer Interventionen und unterstreichen die Bedeutung eines Screenings auf psychische Belastungen nach Ankunft sowie einer angemessenen Versorgung. Dabei treffen Geflüchtete auf erhebliche Einschränkungen. Der Zugang zu Gesundheitsdiensten in Deutschland bleibt ihnen fast ausschließlich verwehrt (Wenner, Bozorgmehr, Duwendag, Rolke, & Razum, 2020, S. 4–7). Vor allem Personen mit laufendem Asylverfahren können in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes ohne vorherige Einwilligung einer nicht medizinisch ausgebildeten Mitarbeiter*in der Sozial- und Einwanderungsbehörden keine medizinische Behandlung einfordern. Die Berechtigung zu einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete und dadurch zu einer Inanspruchnahme der regulären Gesundheitsversorgung (abhängig vom Bundesland) hingegen verbessert nachweislich das psychische Wohlbefinden und die subjektive Gesundheitseinschätzung von Geflüchteten (Jaschke & Kosyakova, 2021, S. 829–833). Darüber hinaus weisen Geflüchtete mit eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung 40 % höhere Gesundheitskosten auf als solche ohne Einschränkungen (Bozorgmehr & Razum, 2015, 17). Eine Identifizierung psychischer Belastungen nach Ankunft in Deutschland ist somit essentiell, um Geflüchtete frühzeitig zu stabilisieren und eine mögliche Chronifizierung psychischer Symptome sowie hohe Kosten für das Gesundheitssystem zu verhindern.

Früherkennung kann darüber hinaus z.B. die Qualität von Asylverfahren verbessern und Fehlentscheidungen aufgrund unzureichender Darstellungen der Erlebnisse minimieren. Anforderungen an Geflüchtete im deutschen Asylverfahren sowie mögliche Auswirkungen von psychischen Belastungen darauf, möchten wir im nächsten Abschnitt genauer beleuchten.

2.2 Psychische Belastungen im Asylverfahren

Asylantragstellende sind in Deutschland im Laufe ihres Verfahrens zur Mitwirkung bei der Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet, ob aus „begründeter Furcht vor Verfolgung wegen der Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe“ (Asylgesetz, 1992, §3, Abs. 1) ein Recht auf Schutz vorliegt. Das bedeutet, die Asylbewerber*innen müssen ihren Pass sowie weitere Unterlagen und Urkunden bereitstellen. Außerdem müssen sie schriftlich und mündlich Angaben etwa zu Fluchtgründen, insbesondere Art und Intensität der Verfolgung im Heimatland und Fluchtrouten machen (Asylgesetz, 1992, § 15). Die erforderlichen mündlichen Angaben sind in Form eines persönlichen Vortrags im Rahmen einer Asylanhörung gefordert (Asylgesetz, 1992, § 25, Abs. 1). Den Aussagen der Antragsteller*innen kommt dadurch eine besondere Rolle im Asylverfahren zu. Häufig beurteilen die Anhörer*innen die Aussagen der Antragstellenden auf Basis von Kriterien wie den Realkennzeichen (Köhnken, 2003, S. 323). Eine Erzählung wird dann für wahr gehalten, wenn sie logisch konsistent, widerspruchsfrei und detailreich dargeboten wird.

Die Einschätzung der Glaubwürdigkeit nach diesen Standards ist bei Geflüchteten mit Traumafolgen kritisch zu betrachten. Traumatische Erlebnisse, ausgelöst durch physische und psychische Gewalteinwirkungen, können zu neuronalen Veränderungen führen, welche die Wahrnehmung und das Erinnern daran beeinflussen. Aussagen zu traumatischen Ereignissen müssen im Asylverfahren daher differenziert betrachtet werden (Birck, 2002a, S. 42). Die Forderung nach einer vollständigen Darstellung während der Anhörung kann von Asylsuchenden mit Traumatisierungen aufgrund der psychischen Belastung nur eingeschränkt erfüllt werden (Odenwald et al., 2006, S. 241). Darüber hinaus können vermehrt Unstimmigkeiten, in Abhängigkeit von der Schwere der posttraumatischen Belastung und der Länge des Asylverfahrens in den Erzählungen auftreten und daher nicht als Hinweise auf eine absichtlich falsche Darstellung gewertet werden (Herlihy, Scragg, & Turner, 2002, S. 326). Bei Geflüchteten, die ein hohes Maß an posttraumatischem Stress aufweisen, kann sich die Dauer des Asylverfahrens so auf die Anzahl der Unstimmigkeiten auswirken. Die Annahme, dass Unstimmigkeiten in der Erinnerung bedeuten, dass die Berichte wenig glaubwürdig sind, kann also für fragwürdig angesehen werden, da ein Auftreten bei wiederholten Befragungen sowie höherer posttraumatischer Belastung wahrscheinlich ist.

Unabhängig von Traumatisierungen oder einer PTBS kann das Asylverfahren und die damit verbundene Mitwirkungspflicht für Geflüchtete mit psychischen Belastungen eine große Hürde darstellen. In Studien, die sich mit Folgen psychischer Störungen im Allgemeinen befassen, konnte gezeigt werden, dass vielfältige Einschränkungen des alltäglichen Lebens mit psychischen Störungen einhergehen (Mayer, Alves, Yamauti, Silva, & Lopes, 2021; Pan et al., 2019). Für das Asylverfahren relevant sind dabei etwa kognitive Einschränkungen, vor allem in den Teilbereichen Lernen und Gedächtnis, exekutive Funktionen, Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie Aufmerksamkeit und Konzentration. Die Einschränkungen der Aktivitäten und der gesellschaftlichen Teilhabe korrespondieren häufig mit einer geringen Lebensqualität (Defar et al., 2023, S. 4-5; Mayer et al., 2021, S. 9). Geflüchtete bewerten ihre Lebensqualität im Vergleich zur Normalbevölkerung niedriger (van der Boor, Amos, Nevitt, Dowrick, & White, 2020, S. 18), insbesondere in Bezug auf soziale Beziehungen und psychologische Aspekte (Al Masri et al., 2021, S. 11). Dies trifft in besonderem Maße für Geflüchtete mit psychischen Belastungen zu (Gagliardi, Brettschneider, & König, 2021). So fanden Schick und Kolleg*innen (Schick et al., 2016, S. 5) einen Zusammenhang zwischen anhaltender psychischer Beeinträchtigung und überfordernden Lebensbedingungen im Aufnahmeland wie Kommunikationsschwierigkeiten, Diskriminierung oder Schwierigkeiten in der Anhörung mit Beamten der Einwanderungsbehörde. Basierend auf diesen Befunden können wir also davon ausgehen, dass die mit psychischen Erkrankungen assoziierten kognitiven Dysfunktionen in Gedächtnis, Aufmerksamkeit oder Konzentration das Asylverfahren mit seinen Pflichten und Verantwortungen zu einem großen Hindernis für diese Personengruppe werden lassen.

Die Identifizierung von Asylsuchenden mit Traumatisierungen und psychischen Belastungen ist somit aus vielerlei Hinsicht notwendig. Auf individueller Ebene ermöglicht die Früherkennung von stark belasteten Asylsuchenden, dass diese frühzeitig unterstützt, stabilisiert und dadurch langfristige Folgen sowie Chronifizierungen von psychischen Belastungen verhindert werden können. Auf einer gesellschaftlichen Ebene kann dies zu einer Förderung der Integration führen und nicht zuletzt zu einer Senkung von Gesundheitskosten. Zudem kann Früherkennung von psychischen Belastungen auch die Qualität des Asylverfahrens verbessern, indem z.B. Fehlentscheidungen auf Basis einer vermeintlichen Unglaubwürdigkeit oder nicht erbrachter Mitwirkungspflichten verhindert werden können. Oft findet im Asylverfahren schon eine vorschnelle, nicht-fachliche Einschätzung von psychischen Belastungen bzw. die Einschätzung von Glaubwürdigkeit bei traumatisierten Menschen durch psychologische Laien statt. Psychische Belastungen können allerdings von

nicht klinisch geschultem Personal häufig nicht sachgemäß erkannt, eingeschätzt und beurteilt werden (Birck, 2005, S. 94). Eine systematische Identifizierung dieser Individuen durch klinisch ausgebildete Fachkräfte ist unumgänglich. Ein Screening auf psychische Belastungen der in Deutschland ankommenden Geflüchteten sowie umfassendere Konzepte der Früherkennung sind nötig, um den Bedarfen der Betroffenen gerecht zu werden. Eine Identifizierung und bedürfnisgerechte Versorgung wird nach europäischem Recht von allen Mitgliedstaaten gefordert.

2.3 EU-Asylverfahren- und Aufnahmerichtlinie

Seit der EU-Asylverfahrens- und Aufnahmerichtlinie (2013/32/EU; 2013/33/EU) sind alle Mitgliedsstaaten zu einer frühzeitigen Identifizierung von Asylsuchenden mit einem Anspruch auf besondere Verfahrensgarantien bzw. mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme verpflichtet. *Antragstellende mit besonderen Verfahrensgarantien und besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme* sind Personen, die in ihrer Fähigkeit ihre Rechte einzufordern und Pflichten nachzukommen aufgrund individueller Umstände eingeschränkt sind (2013/32/EU, Art. 2, d) und daher auf besondere Garantien angewiesen sind, um ihre Rechte in Anspruch nehmen und ihren Pflichten nachkommen zu können (2013/33/EU, Art. 2, k). Die besonderen Bedürfnisse sowie besonderen Verfahrensgarantien basieren unter anderem auf dem Alter (Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, ältere Menschen), der Geschlechtsidentität sowie sexuellen Orientierung, einer Schwangerschaft, einem Alleinerziehenden-Status bei minderjährigen Kindern, einer Behinderung, einer schweren Erkrankung, einer psychischen Störung oder Erfahrungen von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt. Um diese schutzbedürftigen Personengruppen vor einer erstinstanzlichen Entscheidung angemessen unterstützen zu können, soll eine Prüfung auf besondere Verfahrensgarantien und Bedürfnisse daher innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Eingang eines Antrages auf internationalen Schutz stattfinden (2013/32/EU, Art. 24, Abs. 1; 2013/33/EU, Art. 22, Abs. 1). Während der ganzen Dauer des Asylverfahrens sollen die festgestellten Bedürfnisse berücksichtigt und eine Unterstützung im Sinne der Identifizierung verfolgt werden (2013/33/EU, Art. 22, Abs. 1).

Die Aufnahmebedingungen von besonders schutzbedürftigen Personen sollen so bei der Aufnahme „ein vorrangiges Anliegen für einzelstaatliche Behörden sein, damit gewährleistet ist, dass bei dieser Aufnahme ihren speziellen Aufnahmebedürfnissen Rechnung getragen wird“ (2013/33/EU, Abs. 14). Mitgliedstaaten müssen gewährleisten, dass die

zugesicherte materielle Versorgung einem angemessenen Lebensstandard entspricht, der einen Lebensunterhalt und psychische sowie physische Gesundheit garantiert (ebd., Art 17, Abs. 2). Das bedeutet auch, dass eine erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich einer geeigneten psychologischen Betreuung zur Verfügung gestellt werden muss (ebd., Art 19, Abs. 2). Eine Prüfung auf besondere Verfahrensgarantien kann dabei in vorhandene nationale Verfahren eingebunden und/oder im Rahmen der Identifizierung der besonderen Schutzbedürfnisse anstatt in Form eines Verwaltungsaktes erfolgen (2013/32/EU, Art. 24, Abs. 2).

Auf Basis der Prüfung auf besondere Verfahrensgarantien und Bedürfnisse können die Mitgliedstaaten sicherstellen, „dass diese Antragsteller[*innen] angemessene Unterstützung erhalten, damit sie während der Dauer des Asylverfahrens die Rechte aus diese[n] Richtlinie[n] in Anspruch nehmen und den sich aus diese[n] Richtlinie[n] ergebenden Pflichten nachkommen können“ (ebd., Art. 24, Abs. 3).

Durch eine frühzeitige Identifizierung können für vulnerable Geflüchtete Rahmenbedingungen sichergestellt werden, damit sie ihren Pflichten während des Asylverfahrens nachkommen können. Dadurch verbessert Früherkennung die Qualität der Asylverfahren und reduziert damit verbundene Fehlentscheidungen. Früherkennung von besonderen Schutzbedürfnissen und eine daran angepasste Versorgung führen darüber hinaus zu einer frühzeitigen Unterstützung und Stabilisierung besonders vulnerabler Geflüchteter nach Ankunft in Deutschland und erleichtern nachhaltig den Integrationsprozess. Auf dieser Basis wurden verschiedene Verfahren zur Früherkennung konzipiert, die im Folgenden betrachtet werden. Das Pilotprojekt SoulCaRe kann so in die verschiedenen Ansätze eingeordnet werden.

3 Früherkennung in Deutschland

Die Umsetzung der EU Aufnahme richtlinie sowie die Versorgung von Geflüchteten in Deutschland ist laut AsylG Aufgabe der einzelnen Bundesländer, die Umsetzung der EU-Asylverfahrensrichtlinie wiederum Aufgabe des Bundes. Theoretisch können die Verfahren zur Identifizierung von besonderen Verfahrensgarantien im Rahmen der Früherkennung der Schutzbedürftigkeit stattfinden (EU/32/2013, Art. 24, Abs. 2). Die Umsetzungen und verwendeten Verfahren zur Früherkennung variieren allerdings stark von Bundesland zu Bundesland. Laut vom Felde, Flory, and Baron (2020, S. 24) können die jeweiligen Ansätze in vier Gruppen unterteilt werden. Es gibt Bundesländer mit strukturierten Verfahren und klaren Zuständigkeiten, darunter zählen Berlin mit dem *Berliner Netzwerk für besonders*

schutzbedürftige Flüchtlinge, Brandenburg und Niedersachsen mit dem *Friedländer Modell*. In der zweiten und dritten Gruppe finden sich insgesamt acht Bundesländer, deren System durch Delegation gekennzeichnet ist. Da wird beispielsweise auf Sprechstunden von psychosozialen Initiativen verwiesen oder auf die externe Versorgung im allgemeinen Gesundheitssystem. Die restlichen fünf Bundesländer, dazu zählt u.a. auch Bayern, weisen keine spezifische Methode zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden auf (vom Felde et al., 2020, S. 24). Diese Bundesländer verlassen sich auf bestehende Strukturen und Verfahren im Asylprozess, wie die medizinische Erstuntersuchung oder die Fähigkeiten der Anhörenden, in der Anhörung die besonderen Schutzbedürfnisse der betroffenen Asylsuchenden festzustellen. Das beinhaltet aber die oben genannten Problematiken (s. Kapitel 2.2). Dadurch entsteht eine Versorgungslücke, die Refugio München im Bezirk Oberbayern schließt. Das Projekt SoulCaRe stellt ein Angebot zur Früherkennung in der Kurzaufnahme in München bereit. Bevor das Konzept von SoulCaRe genauer vorgestellt wird, werden wir im Folgenden bestehende Verfahren beschreiben und Erfolgskriterien sowie Kritik der Systeme vorstellen.

3.1 Spezifische Früherkennungsverfahren in Deutschland

Das *Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS)* ist ein Zusammenschluss von mehreren Fachstellen. Bei Hinweisen auf psychische Belastungen oder Traumatisierungen melden die (nicht-)staatlichen Erstanlaufstellen dies an die entsprechenden Fachstellen des BNS. Daraufhin erfolgt eine fachliche Diagnostik mit Feststellung des Versorgungsbedarfs. Die Schutzbedürftigkeit laut der EU-Aufnahmerichtlinie wird auf dieser Grundlage bescheinigt. Im Netzwerk arbeiten die vorhandenen qualifizierten Fachstellen zusammen. Ein Leitfaden zur Identifizierung einer besonderen Schutzbedürftigkeit wurde entwickelt, der Sozialarbeiter*innen ein standardisiertes Verfahren ermöglicht, um auf Betroffene aufmerksam zu werden. Aus der Identifizierung der schutzbedürftigen Personen entsteht allerdings kein unmittelbar durchsetzungsfähiger Leistungsanspruch, da es eine klare Trennung zwischen Sozialdienst, Identifikation, und Leistungsbehörde besteht. Die Entscheidungen über die Umsetzung der identifizierten Bedürfnisse trifft alleine die Leistungsbehörde. Weiter stellt die geringe Kapazität des BNS ein Problem dar: Ob Geflüchtete über ihre Rechte als besonders schutzbedürftige Personen ausreichend informiert werden hängt von der jeweiligen Unterkunft beziehungsweise der Personallage im Sozialdienst des Ankunftsentrums ab (vom Felde et al., 2020, S. 25–26).

Das Verfahren in *Brandenburg* ist durch ein Screening aller ankommenden Asylsuchenden mit anschließendem Gespräch mit Psycholog*innen für die so identifizierten Schutzbedürftigen gekennzeichnet. Bei der Registrierung werden den Geflüchteten Fragebögen zu körperlichen und psychischen Krankheiten, Gewalterfahrungen und Behinderungen vorgelegt. Bei Auffälligkeiten wird der psychosoziale Dienst der Zentralen Ausländerbehörde eingeschaltet, der für die Betreuung der Erstaufnahme zuständig ist. Nach zwei bis vier Wochen findet dann ein circa 20-minütiges Gespräch zur Ermittlung des Hilfebedarfs statt. Im Anschluss daran erstellen die psychologischen Fachkräfte eine schriftliche Stellungnahme auf Basis von Anamnese, Diagnose und festgestellten Bedarfen. Bei Feststellung eines besonderen Schutzbedürfnisses können die Betroffenen in das Schutzhaus für besonders Schutzbedürftige verlegt werden. Darüber hinaus können betroffene Asylsuchende nachträglich durch die medizinische Erstuntersuchung oder die Grundversorgung identifiziert und bei Bedarf an die psychiatrischen Sprechstunden überwiesen werden, die in einer der Unterkünfte angeboten werden. Kritisch am Brandenburger System ist, dass Früherkennung und weitere Versorgung hauptsächlich auf Selbstauskunft basieren. Die Bereitschaft über psychische Belastungen Auskunft zu geben, ist stark kulturell abhängig und vor allem dann eingeschränkt, wenn die Thematik in der Herkunftskultur stark stigmatisiert ist und die Betroffenen nicht wissen, dass eine besondere Schutzbedürftigkeit im deutschen Asylverfahren hilfreich sein kann. Die offenen Sprechstunden des psychologischen Dienstes sind darüber hinaus von der Ausländerbehörde nicht ausreichend unabhängig, da sie z.B. die gleichen Sprachmittler*innen nutzen. Letztlich stellt der psychologische Dienst Bedarfe fest und unterstützt bei der Durchsetzung, kann allerdings keine angemessenen und langfristigen psychiatrischen und therapeutischen Angebote organisieren, da eine Behandlung erst nach der Verteilung auf die Kommunen angedacht und der psychiatrische Dienst nur in einer der Unterkünfte angesiedelt ist. Dies bedeutet eine lange Anreise für die Bewohner*innen der anderen Unterkünfte (vom Felde et al., 2020, S. 27–29).

Das *Friedländer Modell* in Niedersachsen ist als Antwort auf die EU-Aufnahmerichtlinie in der Erstaufnahmeeinrichtung in Friedland entstanden und anschließend in weiteren Aufnahmeeinrichtungen etabliert worden³. Im Zentrum steht der Sozialdienst der Einrichtungen. Dieser führt mit allen Schutzsuchenden Erstgespräche, eventuell unterstützend mit dem PROTECT-Fragebogen (siehe 5.3.1). Bei Hinweisen auf psychische Belastungen

³ Die Ausführungen hier basieren auf einer Evaluation des Konzepts durch das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. (Thomsen, 2019).

werden die Betroffenen an die kooperierenden psychiatrischen Diagnostikstellen weitergeleitet. Es erfolgen drei Diagnosetermine, auf Basis derer ein Bericht mit Empfehlungen erstellt und zurück an den Sozialdienst geschickt wird. Der Sozialdienst steht mit der Verteilungsstelle im Kontakt, was größtenteils zur Berücksichtigung und Umsetzung der Empfehlungen führt. Die Empfehlungen beziehen sich auf Behandlungsbedürftigkeit, Unterkunft, Umverteilung, zum Ort der Verteilung, psychosoziale Maßnahmen und/oder zur Zusammenführung mit Angehörigen. Der Sozialdienst ist - bei einer Schweigepflichtsentbindung - für eine Weiterleitung der Empfehlungen an das BAMF sowie eine Weitervermittlung der Geflüchteten in die ambulante Versorgung zuständig. In dem Evaluationsbericht wurden der gute Austausch zwischen allen beteiligten Stellen sowie das klare Verfahren mit festgelegten Zuständigkeiten und der Nutzung eines Screening-Fragenbogens zur Vergleichbarkeit hervorgehoben. Allerdings wird der Screeningbogen nur bei Verdacht eingesetzt. Auch das Friedländer Modell leidet unter mangelnden Kapazitäten der Diagnosestellen. Das führt dazu, dass im Vergleich zur geschätzten Prävalenz von psychischen Störungen bei Asylsuchenden nur wenige Menschen weitergeleitet werden können (Thomsen, 2019, S. 51–59; vom Felde et al., 2020, S. 30–31).

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich ein standardisiertes Vorgehen mit Leitfaden und Screening aller ankommenden Geflüchteten, das auf aufsuchendem Kontakt basiert, bewährt. Eine gute Vernetzung und Kooperation mit allen wesentlichen Stellen sowie die Inanspruchnahme schon vorhandener Ressourcen ist für die Implementierung von großer Bedeutung. Gleichzeitig ist eine tatsächliche und wahrgenommene Trennung der für die Früherkennung zuständigen Stellen und den behördlichen Ansprechpersonen ausschlaggebend. Eine große Problematik stellen die geringen Kapazitäten im tatsächlichen Früherkennungsprozess sowie in der Versorgung im Anschluss an die Identifizierung von besonderen Schutzbedürfnissen dar, was sich auch in den nicht direkt durchsetzbaren Leistungsansprüchen ausdrückt. Das Konzept von SoulCaRe versucht, diese Punkte zu berücksichtigen.

3.2 Was ist SoulCaRe?

Das Pilotprojekt *SoulCaRe* von *Refugio München* hat zum Ziel, eine Früherkennung psychisch erkrankter und/oder traumatisierter Asylsuchender in der Kurzaufnahme in München zu ermöglichen (Refugio München, 2022). Das Konzept von SoulCaRe sieht eine Bestimmung der besonderen Bedarfe der traumatisierten und/oder psychisch erkrankten Asylsuchenden sowie die Empfehlung von angemessenen Maßnahmen für die Unterbringung,

die psychische Versorgung und das Asylverfahren an die zuständigen Stellen der Regierung Oberbayern (ROB) und des BAMF vor. Dafür ist in der Kurzaufnahme in der Lotte-Branz-Straße in München seit Anfang 2021 ein Team aus psychosozialen Peerberater*innen, Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen für Psychiatrie/psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Sozialpädagoge*innen tätig. Die Kurzaufnahmeeinrichtung ist eine besondere Form der Unterkunft von Asylsuchenden des Bezirks Oberbayern. Sie ist dem Ankunftszentrum der Erstaufnahmeeinrichtung, wo die Registrierung erfolgt, und den Aufnahmeeinrichtungen, den Zentren für „Ankunft, Entscheidung, Rückführung“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2022) (im Folgenden Ankerzentren) zwischengestellt. Die Geflüchteten verbringen in der Regel zwei bis vier Wochen in der Kurzaufnahme, in welcher die medizinische Erstuntersuchung stattfindet, bevor sie auf Basis der Zuständigkeiten des BAMF für die jeweiligen Herkunftsländer auf die Ankerzentren verteilt werden (Stadt München, 2022).

Das Vorgehen von SoulCaRe ist so aufgebaut, dass zunächst die psychosozialen Peerberater*innen einen niedrigschwelligen Zugang durch einen aufsuchenden Kontakt ermöglichen. Die Mitarbeitenden dieses Fachbereichs sind selbst Personen mit Flucht oder Migrationshintergrund und können durch einen kultursensiblen sowie auf der Muttersprache basierenden Zugang eine vertrauensvolle Beziehung herstellen. Normalerweise werden die psychosozialen Peerberater*innen auf die bedürftigen Asylsuchenden aufmerksam, indem sie von Tür zu Tür gehen, sich kurz vorstellen und mit den Geflüchteten ins Gespräch kommen. In diesen informellen Gesprächen erfolgt auch eine Aufklärung über das Angebot sowie eine mögliche Vereinbarung eines formalen Gespräches mit den psychosozialen Peerberater*innen, um detaillierter über das Projekt, den Mehrwert einer Früherkennung für das Asylverfahren sowie mögliche Belastungen der Geflüchteten zu sprechen. Die Peerberater*innen schätzen im Anschluss daran ab, ob eine Aufnahme in das Projekt sowie eine Weiterleitung an das Diagnostik-Team angebracht ist. Sollten sie sich nach dem zweiten Gespräch über die Notwendigkeit einer Weiterleitung immer noch unsicher sein, berücksichtigen sie das Ergebnis des Refugee Health Screeners 15 (RHS-15). Die Aufnahme in das Projekt wird an die Leitung der Kurzaufnahmeeinrichtung gemeldet, um einen vorzeitigen Transfer in die Anschlussunterkünfte zu verhindern. Die Transferpausierung dauert idealerweise an, bis alle Gespräche mit den Diagnostiker*innen und dem Case-Management stattfanden.

Die Diagnostik wird durch psychologische Psychotherapeut*innen und Fachärzt*innen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene durchgeführt und erfolgt in drei

Sitzungen meist mit einem*einer Sprach- und Kulturmittler*in. Für das Erstgespräch können die jeweils zuständigen psychosozialen Peerberater*innen als Begleitung hinzugezogen werden. Bei Bedarf erstellen die Diagnostiker*innen die nötigen Dokumente hinsichtlich der Unterkunft und der psychotherapeutischen, medizinischen oder psychosozialen Versorgung für ROB und hinsichtlich des Asylverfahrens für das BAMF. Diese Dokumente enthalten die jeweiligen Empfehlungen für angemessene Maßnahmen. Zu den Hinweisen an die ROB zählen Empfehlungen für die Unterbringung u.a. Einzelzimmer, eine Unterkunft mit geringer Belegung, Rückzugsmöglichkeiten, tagesstrukturierende Angebote oder eine besondere Unterstützung durch den Sozialdienst. Für die Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens kann zum Beispiel ein*eine Sonderanhörer*in für Menschen mit psychischen Belastungen, eine Interviewerin und Dolmetscherin für Frauen sowie das Ermöglichen von Pausen empfohlen werden.

Die Sozialpädagog*innen des Case-Managements übernehmen die individuelle Betreuung und kümmern sich um die Bedürfnisse der Betroffenen. So sind die Casemanager*innen schon im Anschluss an die Aufnahme in das Projekt SoulCaRe für ein erstes Gespräch zuständig, in dem das Vorgehen des Projekts erklärt und auf die diagnostischen Gespräche vorbereitet wird. Im Anschluss an die Diagnostik erfolgt in einem weiteren Gespräch die Erklärung der diagnostischen Befunde und der Empfehlungen an die jeweiligen Stellen sowie eine Aushändigung dieser Dokumente. Darüber hinaus ist das Case-Management auch für die Weiterleitung der Befunde an die betroffenen Stellen zuständig.

Ein besonderes Modul des Projekts SoulCaRe stellt die Nachsorge durch die psychosozialen Peerberater*innen dar. Nach einer Weiterverlegung der Asylsuchenden in die Anschlussunterbringungen versuchen die Peerberater*innen anhand der hinterlegten Telefonnummern oder über die Ankerzentren mit den Betroffenen nochmals in Kontakt zu kommen. In Telefongesprächen nach ein paar Wochen beziehungsweise nach der Asylanhörung werden die Geflüchteten nach ihrem aktuellen Wohlbefinden sowie nach der Umsetzung der Empfehlungen befragt. Die Nachsorge war ursprünglich als Evaluationsschritt eingeführt worden, um zu überprüfen, ob die Empfehlungen umgesetzt und noch weitere Bedarfe offensichtlich wurden. Das Team von SoulCaRe hat sich im Verlauf des Pilotprojekts dazu entschieden, diesen Schritt beizubehalten, um eine bessere Versorgung der Betroffenen zu ermöglichen.

4 Evaluationskonzept

Das Pilotprojekt SoulCaRe wurde 2021/2022 vom IPP München wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

4.1 Ziele der Evaluation und Forschungsfragen

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von SoulCaRe hatte zum Ziel, den Verlauf des Pilotprojektes zu dokumentieren, Impulse für die Weiterentwicklung der Diagnoseinstrumente zu generieren, die Arbeit der Peerberater*innen und der Casemanager*innen zu begleiten und durch kritische Reflexion weiterzuentwickeln. Zudem sollten die Passgenauigkeit der Folgemaßnahmen für die Betroffenen hinterfragt und Empfehlungen für die Verstetigung des Projektes entwickelt werden.

Forschungsfragen waren:

- Wie gehen die psychosozialen Peerberater*innen bei der Kontaktaufnahme mit und der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen vor?
- Wie viele und welche Personen werden so erreicht/nicht erreicht?
- Welche Belastungen/Krankheitsbilder werden diagnostiziert?
- Welche Unterstützungsmaßnahmen stehen den Casemanager*innen zur Verfügung? Welche Maßnahmen werden empfohlen?
- Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus der Einbettung von SoulCaRe in den institutionell-organisatorischen Rahmen der Kurzaufnahme Lotte-Branz-Straße in München?
- Wie gestaltet sich der weitere Weg der Betroffenen durch das Asylverfahren?
- Wie werden die besonderen Bedarfe der Betroffenen in den aufnehmenden Einrichtungen wahrgenommen?
- Welche konzeptionellen, methodischen und ggf. personellen Anpassungen werden durch die Erfahrung der Arbeit im Prozessverlauf notwendig?
- Wie kann das Pilotprojekt verstetigt werden?

4.2 Methodisches Vorgehen und empirische Schritte

Zur Umsetzung der Fragen wurde eine Verknüpfung von qualitativen und quantitativen Methoden der Sozialforschung gewählt.

4.2.1 Recherche und Positionierung von SoulCaRe in der deutschen Diskussion

Am Anfang (Schritt 1) stand eine Recherche zum Stand der bundesweiten Diskussion um eine „Früherkennung besonders vulnerabler Asylsuchender in einer Erstaufnahmeeinrichtung“. Das Ergebnis dieser Recherche ist bereits in Kapitel 2 und 3 dieses Berichts eingeflossen und dient im Folgenden dazu, das Projekt SoulCaRe in der bundesdeutschen Landschaft im Rahmen der Früherkennung zu positionieren. Darüber hinaus können mit Hilfe der Kapitel 2 und 3 die empirischen Ergebnisse der Evaluation eingeordnet werden.

4.2.2 Interviews mit den Projektmitarbeiter*innen und Kooperationspartner*innen.

Die Interviews fanden zu verschiedenen Zeitpunkten und zum Teil mit unterschiedlichen Zielgruppen statt. Aufgrund von Personalengpässen und Personalfuktuation konnte das ursprünglich angedachte Design von Wiederholungsinterviews nach ca. 6 Monaten bei den Kooperationspartner*innen nicht umgesetzt werden. Die Kooperationspartner*innen wurden einmal interviewt. Die Kontaktaufnahme mit diesen war teilweise sehr langwierig. Einige Kooperationspartner*innen, vor allem in den Anschlussunterbringungen (Ankerzentren) konnten auch gar nicht erreicht werden.

Insgesamt wurden 18 Interviews mit 21 Personen durchgeführt. Die ersten Interviews mit den Mitarbeiter*innen von SoulCaRe in der Kurzaufnahme fanden im Herbst/Winter 2021 statt und wurden im Frühjahr 2022 wiederholt. So konnten Entwicklungen im Pilotprojekt dokumentiert werden. Im Einzelnen wurden die Interviews mit folgenden Personengruppen geführt.

Tabelle 1: Interviewpartner*innen nach Personengruppen

Personengruppe	Anzahl	Wiederholungsinterviews	Mit N Personen
Mitarbeiter*innen von SoulCaRe	10	ja	9
Refugio München Leitung	2	nein	
Mitarbeiter*innen Kurzaufnahme ROB	1	nein	
Mitarbeiter*innen Kurzaufnahme	3	nein	
Mitarbeiter*innen BAMF	2	nein	

Mitarbeiter*innen Anschlussunterbringung	2	nein	
Gesamt	20		9

Für alle Interviews wurden dem Funktionsbereich angepasste Leitfäden entwickelt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch mit Hilfe der Auswertungssoftware MAXQDA ausgewertet.

In diesem Bericht verwenden wir Zitate aus den Interviews, die aber nicht den Personen zugeordnet werden, sondern den Funktionsbereichen. Entsprechend werden die Quellenangaben zu den Interviews ausgewiesen. Die Zahlen beziehen sich auf die laufende Nummer des Interviews (z.B. REFUGIO_6). Die Zitate sind in der Regel wortgetreu aus dem Transkript übernommen. In seltenen Fällen wurden zur besseren Verständlichkeit einzelne Sätze grammatikalisch geglättet.

4.2.3 Empirische Analyse der dokumentierten Fallverläufe

Dazu wurden drei Dokumentationsraster partizipativ gemeinsam mit dem Team von Refugio München entwickelt. Der erste Entwurf für die Dokumentationsbögen wurde im April 2021 vom IPP vorgeschlagen und mit den Mitarbeitern*innen von SoulCaRe weiterentwickelt. Von Mai bis Juni 2021 wurden die Bögen auf ihre Praxistauglichkeit getestet und aufgrund der von SoulCaRe rückgemeldeten Erfahrungen noch einmal angepasst. Im Laufe des Projekts wurden immer wieder kleinere organisatorische und/oder inhaltliche Veränderungen vorgenommen. So konnte die Dokumentation dem Projektverlauf gerecht werden und der sich entwickelnden Arbeit vor Ort entsprechen. Das führte allerdings in der Auswertung der Daten immer wieder zu fehlenden Werten (Missings), da nicht alle Variablen im Projektverlauf beibehalten wurden bzw. neue Variablen aufgenommen wurden. Von Anfang an bestand Einigkeit darüber, dass für Erwachsene und Kinder bzw. Jugendliche, die in das SoulCaRe-Projekt aufgenommen wurden, unterschiedliche Dokumentationsinstrumente entwickelt werden. Die Unterscheidung in Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche war notwendig, weil für die verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Informationen interessant sind sowie verschiedene Screening Instrumente zum Einsatz kommen. Um den spezifischen Belastungen und Bedarfen der Kinder und Jugendlichen gerecht werden zu können, sind im Team auch Psychotherapeut*innen für Kinder und Jugendliche bzw. Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie eingebunden.

So entstanden im engen Austausch mit dem gesamten Team von SoulCaRe in der Kurzaufnahme zwei unterschiedliche Dokumentationsbögen für den Verlauf in der Kurzaufnahme und ein Nachsorgebogen für die Follow-Up-Befragung:

- der Dokumentationsbogen für erwachsene Geflüchtete (ab 18 Jahre)
- der Dokumentationsbogen für geflüchtete Kinder und Jugendliche
- der Nachsorgebogen für die Befragung der diagnostizierten Geflüchteten in der Anschlussunterbringung durch die psychosozialen Peerberater*innen.

In den Bögen wurden fallbezogen die Kontakte zu SoulCaRe, die Diagnosen und die Folgemaßnahmen dokumentiert. Außerdem enthalten die Dokumentationsbögen soziodemografische Angaben zu den Personen, Fragen zu Fluchtgrund und Fluchtweg und zu besonderen Belastungen.

Die Dokumentationsbögen wurden vom SoulCaRe-Team bis Mai 2022 für die Evaluation geführt. Die Bögen wurden in das Statistikprogramm SPSS eingegeben und überwiegend deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 dargestellt.

4.2.4 Die Nacherhebung

Um die Lebenssituation der Geflüchteten nach der Verlegung aus der Kurzaufnahme in ein Ankerzentrum zu erfragen und vor allem überprüfen zu können, ob die Empfehlungen des SoulCaRe-Teams umgesetzt wurden, sollten die Geflüchteten aus dem Pilotprojekt nach mindestens vier Wochen interviewt werden. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Interviews von der wissenschaftlichen Begleitung durchgeführt werden. Dies war aber voraussetzungsreich: Zum einen waren die Wissenschaftler*innen den Asylsuchenden nicht bekannt. Vertrauen musste erst hergestellt werden. Dazu kam das Thema Sprache. Gleichzeitig hatten die Projektmitarbeitenden von SoulCaRe ebenfalls über eine Nachbefragung nachgedacht. Im Prozess ergab sich so als praktikable Lösung, dass die Mitarbeitenden von SoulCaRe die Nachbefragung durchführen und als Gesprächsleitfaden den Nachsorgebogen der Evaluation nutzen.

Auch für das Team von SoulCaRe war es nicht ganz leicht, die Geflüchteten nach dem Transfer in die Ankerzentren wieder zu erreichen. Fehlende oder wechselnde Handynummern waren die erste Hürde, sodass nur ein Drittel der Betreuten aus der Kurzaufnahme wieder erreicht werden konnte. Die Nachbefragung wurde von den Casemanager*innen und den psychosozialen Peerberater*innen in Kooperation durchgeführt.

4.2.5 Abstimmungstreffen und Berichterstellung

Mit den Projektmitarbeiter*innen von SoulCaRe fanden regelmäßige Abstimmungsgespräche statt. Dazu kamen kurzfristige Abstimmungsgespräche - vor allem in der Anfangsphase - in denen Fragen zu den Dokumentationen informell und unkompliziert geklärt werden konnten. Im ersten Quartal 2022 wurden Zwischenergebnisse in Form einer PowerPoint Präsentation vorgestellt. Die Abschlussveranstaltung mit der Präsentation der qualitativen und quantitativen Evaluationsergebnisse fand im Juni 2022 statt.

4.2.6 Informations- und Vernetzungsgespräche mit anderen Angeboten

Ein fachlicher Austausch ergab sich mit Kolleg*innen der Alice-Salomon-Hochschule, die dort das Projekt TraM (Traumatisierte minderjährige Geflüchtete verstehen und unterstützen. Entwicklung eines niederschweligen Screening- und Unterstützungsportals als Grundlage eines umfassenden psychosozialen Diagnostikmodells) durchführen. Das Projekt TraM wird in Kooperation mit der Rheinischen Fachhochschule, Hochschule Niederrhein, Hochschule für Medien Kommunikation, Wirtschaft umgesetzt und aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert. Aufgrund dieser Vernetzungskontakte konnte sich das IPP an der Tagung des Netzwerks Fluchtforschung im Oktober 2022 in Chemnitz beteiligen. Eine Fachdiskussion ergab sich auch mit dem Verein Soul Support im Landkreis Starnberg.

5 Quantitative Ergebnisse

Ein wesentliches Erkenntnisinteresse der Evaluation war die Frage, in welcher Form und in welchem Ausmaß die Zielgruppe erreicht werden kann, welche Belastungen bei den Geflüchteten festgestellt werden und welche Bedarfe/Empfehlungen sich daraus für die Betroffenen ergeben. Für die Evaluation wurden die Kontakte zu den Geflüchteten 10 Monate lang dokumentiert. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 158 erwachsene Geflüchtete und 21 Kinder und Jugendliche beraten und betreut. Da die Kontaktmöglichkeiten zu den Geflüchteten nach der Verlegung aus der Kurzaufnahme häufig eingeschränkt sind, z.B., weil die Handynummern oft wechseln, konnten nur noch 58 Personen/Familien mit dem Nachsorgegespräch erreicht werden. Im Folgenden stellen wir die quantitativen Ergebnisse aus dem Dokumentationssystem ein.

5.1 Schutzbedürftige erwachsene Geflüchtete bei SoulCaRe - soziodemographische Merkmale

Wie bereits erwähnt, wurden im Projektverlauf insgesamt 158 erwachsene Geflüchtete dokumentiert. Darunter sind etwas mehr Männer als Frauen. Die Asylsuchenden sind im Durchschnitt 30 Jahre alt (Minimum 18 Jahre, Maximum 56 Jahre). Mehr als die Hälfte der Geflüchteten sind ledig, etwa jede*r Dritte ist verheiratet.

Tabelle 2: Soziodemographische Angaben

	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
männlich	87	55,1
weiblich	71	44,9
Gesamt	158	100
Alter		
18-25 Jahre	39	25,3
26-30 Jahre	45	29,2
31-40 Jahre	57	37,0
+ 41 Jahre	13	8,4
Gesamt	154	100
Familienstand		
ledig	82	53,2
verheiratet	55	35,7
verwitwet	6	3,9
geschieden	6	3,9
in Partnerschaft lebend	5	3,2
Gesamt	154	100

Unter den Ledigen überwiegen die Männer (72%). Entsprechend ist bei ihnen auch der Anteil der Kinderlosen höher (80% der Männer haben keine Kinder) als bei den Frauen (33%). Zwei Drittel der Frauen sind verheiratet.

Bei der Frage nach dem Familienstand vermischen sich verschiedene Kategorien. Zum einen der rechtliche Status (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden), zum anderen die aktuelle reale Lebenssituation (in Partnerschaft lebend). Für etliche der Geflüchteten in der Kurzaufnahme, die von SoulCaRe betreut wurden, verbergen sich hinter dieser Kategorie teilweise dramatische Lebensgeschichten, die in den Dokumentationsbögen nur knapp zusammengefasst werden.

„Zwangsverheiratet. Ehemann ist in Afghanistan.“

„In Uganda verschwunden.“

„In DR Kongo verschwunden.“

„Seit 2,5 Jahren getrennt von Frau und Sohn. Weiß nicht genau, wo sie sind.“

„War im Herkunftsland mit einer Frau zusammen, die von ihm schwanger war. Weiß nicht, ob sie noch lebt.“

Von 67 Personen gibt es Angaben zu den Partner*innen. 22 leben aktuell in der Kurzaufnahme mit dem*der Partner*in. 32 geben an, dass der*die Partner*in zurzeit woanders lebt: Teilweise sind sie in der Heimat geblieben, teilweise in einem anderen Land, teilweise leben sie an anderen Orten in Deutschland. Bei 13 Personen lautet die Angabe „in Deutschland“, ohne genauere Bezeichnung des Ortes.

Vier von zehn Asylsuchenden haben mindestens ein Kind. Etwa 9% der Geflüchteten haben zwei Kinder, sowie 11% drei oder mehr Kinder. Die meisten Kinder sind zusammen mit ihren Eltern nach Deutschland geflüchtet. Nur ein kleiner Teil der Kinder wurde im Heimatland zurückgelassen. Die Kinder, die mit mindestens einem Elternteil in der Kurzaufnahme untergekommen sind, sind im Durchschnitt 8,4 Jahre alt (jüngste 1 Jahr; älteste 28 Jahre).

Die Geflüchteten stammen aus diversen Herkunftsländern. Ein größerer Teil floh aus Afghanistan, etwa ein Fünftel aus der Demokratischen Republik Kongo, etwa ein Fünftel aus dem Jemen, gefolgt von Jordanien und Palästina⁴.

5.1.1 Kontakt zu SoulCaRe

Ca. 70% der Geflüchteten wurden von den psychosozialen Peerberater*innen angesprochen und über das Angebot informiert, 12% kamen über den Sozialdienst oder den medizinischen Dienst vor Ort⁵. Auf der anderen Seite hat sich das Angebot auch unter den Bewohner*innen der Kurzaufnahme herumgesprochen. Bei 14% erfolgte der erste Kontakt aus eigener Initiative oder durch Empfehlung anderer Bewohner*innen. Drei Asylsuchende wurden direkt durch die Regierung Oberbayern auf das Projekt hingewiesen.

In der Kurzaufnahme bleiben die Geflüchteten etwa zwei bis vier Wochen. Das bedeutet, dass die Neuankommenden möglichst zügig angesprochen werden müssen, um psychisch belastete/erkrankte und/oder traumatisierte Menschen möglichst früh zu erkennen. Das ist weitgehend gelungen. Der Erstkontakt erfolgte bei mehr als zwei Drittel der Fälle in der ersten Woche nach der Ankunft in der Kurzaufnahme. Rund 20% wurden in der zweiten

⁴ Weitere Herkunftsländer sind; Albanien, Brasilien, Irak, Nord-Mazedonien, Peru, Saudi-Arabien, Syrien, Tansania, Uganda und Ukraine. Für eine Person liegt keine Information über ein Herkunftsland vor

⁵ Über 12 Geflüchtete liegt keine Information darüber vor, wie sie auf das Angebot aufmerksam geworden sind.

oder dritten Woche ihres Aufenthaltes in der Lotte-Branz-Straße erreicht. Nur bei 10% der Fälle ist die Kontaktaufnahme erst nach der dritten Woche erfolgt.

Abbildung 1: Zeit bis zum Erstkontakt mit SoulCaRe, N=126



Die Behandlungsbedürftigkeit wurde zumeist in Kombination von mehreren diagnostischen Schritten festgestellt. Bei etwa sechs von zehn Geflüchteten (rund 60%) führten die psychosozialen Peerberater*innen ein Screening mit dem RHS-15 durch. Das Screening bestätigte, dass die psychosozialen Peerberater*innen tatsächlich besonders belastete Geflüchtete in den Erstgesprächen identifizieren konnten. Beim Screening wurde im Durchschnitt eine Punktzahl von 33,7 erreicht (Minimum 12; Maximum 55). Ab einer Punktzahl von 12 geht man von einer psychischen Auffälligkeit aus. Das sogenannte Thermometer, ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Situation durch die Geflüchteten ergab durchschnittlich den Wert 7,1 (Minimum 2; Maximum 10). Der Schwellenwert für ein auffälliges Ergebnis liegt hier bei 5. Der RHS-15 fällt positiv aus, sobald einer der zwei Schwellenwerte erreicht wurde. Zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit wurden bei 60% der Klient*innen diagnostische Gespräche mit den Fachärzt*innen/Psycholog*innen geführt. Sozialpädagogische Diagnostik kam in knapp der Hälfte der Fälle zum Einsatz (46%). Bei 10% wurden außerdem Instrumente aus der Testpsychologie angewendet, um festzustellen, ob eine Aufnahme in das Projekt angebracht ist. Anders als zunächst im Konzept gedacht wurden die verschiedenen diagnostischen Schritte kombiniert. De facto erfolgte dadurch eine Validierung der Diagnosen durch ein multiprofessionelles Verfahren.

5.1.2 Beratung und Betreuungsumfang

Auf die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit folgen im Konzept von SoulCaRe die Diagnostik und die Betreuung durch das Case-Management. Allerdings konnten rund 10 Prozent der durch die psychosozialen Peerberater*innen identifizierten Geflüchteten keine weitere Betreuung in Anspruch nehmen. Grund dafür war vor allem, dass keine Transferpausierung erfolgte. In wenigen Fällen waren Personalengpässe dafür verantwortlich.

Die Beratungen fanden zumeist auf Arabisch oder Dari statt. Weitere Sprachen waren Englisch, Lingala und Französisch. Bei 80% der Beratungen wurde ein*e Dolmetscher*in einbezogen. Für einige wenige Geflüchtete wurde ein Familienmitglied als Unterstützung (12 Fälle) und/oder als weitere*r Betroffene*r (14 Fälle) in die Beratung aufgenommen.

Die Projektmitarbeiter*innen betreuten die Geflüchteten, die in das Projekt aufgenommen wurden, bis sie in ein Ankerzentrum verlegt wurden. Die Diagnostiker*innen haben insgesamt 30 Fälle allein betreut, für weitere 107 Geflüchtete haben sie die Betreuung gemeinsam mit den Peerberater*innen und/oder Casemanager*innen durchgeführt. Die Peerberater*innen, die für die Bekanntmachung des Angebots in der Kurzaufnahme und für die Aufnahme der Geflüchteten in das Projekt eine entscheidende Rolle spielen, haben 27 Fälle gemeinsam mit anderen Projektmitwirkenden begleitet, sowie 13 Fälle nur mit Diagnostiker*innen. Etwas weniger persönliche Kontakte weisen die Casemanager*innen auf. Dies verwundert nicht, haben sie doch die Aufgabe, die Betreuung rund um die Geflüchteten zu organisieren. Die Casemanager*innen haben 67 Geflüchtete gemeinsam mit den Diagnostiker*innen und 27 Geflüchtete mit Diagnostiker*innen und Peer-Berater*innen betreut. Insgesamt drei Asylsuchende haben sie alleine begleitet.

Für die Versorgung eines Falles brauchten die Fachärzt*innen/Psycholog*innen im Durchschnitt 173 Minuten (2,53 h) und 2,4 persönliche Kontakte mit jeder geflüchteten Person, die ins Projekt aufgenommen wurde. Die Zahl der Kontakte pro betreuter Person unterscheidet sich kaum zwischen den verschiedenen Aufgabenbereichen. Eine Betreuung durch das Case-Management dauerte im Mittel 113 Minuten (1,53 h) in 1,9 Kontakten. Die psychosozialen Peerberater*innen waren im Durchschnitt 137 Minuten (1,77 h) mit einem Fall beschäftigt und hatten 2,5 Kontakte zu den betreuten Personen.

5.1.3 Fluchtweg und Belastungen durch die Flucht

Für die meisten Geflüchteten waren bereits die Lebensumstände in der Heimat belastend. Sie berichten von lebensbedrohlichen Situationen, politischer und religiöser Verfolgung sowie rassistisch oder homophob motivierter Gewalt im Herkunftsland. Dazu kommen die Belastungen aus der Flucht selbst. Auf dem Seeweg oder auf der Balkanroute erlebten sie körperliche und/oder sexualisierte Gewalt. Etliche Geflüchtete berichten von traumatischen Erlebnissen in Griechenland, v.a. in Moria.

Die meisten Geflüchteten sind über Griechenland in der Europäischen Union angekommen (63%). Jede*r Fünfte kam direkt nach Deutschland. Einige wenige Menschen

führte die Fluchtroute über Bulgarien, Italien, Polen, Spanien oder andere EU-Länder⁶. Diejenigen, die direkt nach Deutschland kommen konnten, hatten den kürzesten Fluchtweg. Sie waren weniger als ein Jahr unterwegs.

Mehr als die Hälfte der Asylsuchenden war alleine auf der Flucht. Ungefähr 40% sind mit mindestens einem*einer Familienangehörigen gemeinsam geflüchtet, wenige mit Freund*innen oder Verwandten.

Abbildung 2: Dauer der Flucht (N=101)



Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Dauer der Flucht und der Anzahl der berichteten Belastungen. Die meisten besonderen Belastungen während der Fluchtsituation wurden von denjenigen Geflüchteten berichtet, die mehr als ein Jahr auf der Flucht waren. Die häufig genannten Belastungen sind körperliche und sexualisierte Gewalt. Berichtet wird auch von Bedrohungen und Polizeigewalt. Belastend wirken auch die schlechten Lebensumstände während der Flucht, wie Kälte, Hunger und Obdachlosigkeit.

Tabelle 3: Schutzbedürftige Personengruppe, Mehrfachangabe möglich, N=126

Schutzbedürftige Personengruppe	Häufigkeit (Prozent)
Traumatisierung	117 (92,9)
Opfer von Gewalt	94 (74,6)
Zeug*in von Gewalt	38 (30,2)
LSBTTIQ	12 (9,5)
Alleinerziehend	11 (8,7)
Opfer von Menschenhandel	7 (5,6)
Schwangere	5 (4,0)
Unbegleitete Minderjährige	1 (0,8)

⁶ Für 23 Geflüchtete liegt keine Information vor.

Bei der Frage nach den schutzbedürftigen Personengruppen hatten wir uns in den Dokumentationsbögen an der EU-Aufnahmerichtlinie orientiert (Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU). Demnach weist der überwiegende Teil der Geflüchteten im SoulCaRe-Projekt eine Traumatisierung auf (93%). Drei Viertel der erfassten Personen waren Opfer von Folter, Vergewaltigung und/oder sonstigen Formen von psychischer und sexueller Gewalt. Etwa ein Drittel war auch Zeuge oder Zeugin von Gewalt. Dies spiegelt auch die Ergebnisse verschiedener Studien wider (vgl. Kapitel 2).

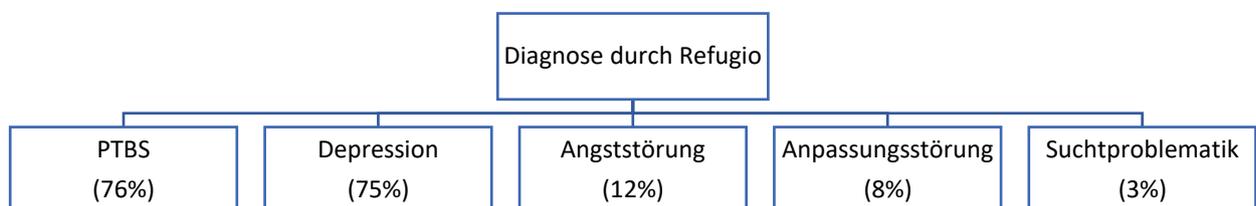
Die Geflüchteten in der Kurzaufnahme weisen häufig mehrere Merkmale der besonderen Schutzbedürftigkeit auf. Auch dieser Befund der multiplen Belastungen findet sich in diversen Studien wie in Kapitel 2 dargestellt.

5.1.4 Diagnosen

Ein kleiner Teil der Asylsuchenden hatte bereits bei der Ankunft in der Kurzaufnahme einen Befund vorliegen. Bei 13 Geflüchteten war eine Depression, bei neun eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und bei vier Personen eine psychische Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis festgestellt worden. Bei zwei Personen lag eine Angststörung vor.

Bei 137 Personen wurden durch SoulCaRe Diagnosen gestellt. Aufgrund des kurzen Diagnostikzeitraums handelte es sich in den meisten Fällen um Verdachtsdiagnosen. Die meisten Asylsuchenden weisen demnach eine PTBS und/oder Depression auf. Bei weit mehr als der Hälfte der untersuchten Geflüchteten liegen zwei Diagnosen vor; ca. 15 % haben drei oder mehr Diagnosen.

Abbildung 3: Diagnose durch Refugio, Mehrfachangabe möglich, N=137



Bei 2 % der untersuchten Personen wurde eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis festgestellt. Die meisten Geflüchteten leiden schon seit einer langen Zeit unter ihrer Symptomatik. Bei der Mehrheit der Geflüchteten in der Kurzaufnahme liegt die

Symptomatik zwischen einem und fünf Jahren vor, bei jede*r Vierte*n seit mehr als 6 Jahren. Nur sechs Geflüchtete weisen die Symptomatik seit weniger als drei Monaten auf.

Es zeigt sich, dass fast alle in das Projekt aufgenommenen Geflüchteten psychisch und/oder physisch hoch belastet sind. Bei einer Skala von null (sehr niedrige Belastung) bis zehn (sehr hohe Belastung) liegt die Beurteilung der psychischen Belastung für die Untersuchten durchschnittlich bei 7,8. Der Grad der körperlichen Beeinträchtigung beträgt im Durchschnitt 4,9. Die häufig genannten körperlichen Symptome sind Schmerzphänomene, - überwiegend Kopfschmerzen, aber auch Magen-, Rücken-, Bauch- und Beinschmerzen, Schlafstörungen und psychosomatische Beschwerden. Die Einschätzung der psychischen und körperlichen Belastungen der Asylsuchenden nahmen die Diagnostiker*innen vor. Die besonderen Schutzbedarfe der Asylsuchenden wurden größtenteils durch diagnostische Gespräche (96%) festgestellt. Auch wurden sie mithilfe von testpsychologischen Instrumenten, (40%), sozialpädagogischer Diagnostik und durch die psychosozialen Peerberater*innen (jeweils 27%) erfasst.

Die Einschätzungen bezüglich der Belastungen unterscheiden sich wesentlich voneinander, wenn die Familien- und Fluchtsituation miteinbezogen wird. Diejenigen, die mit einem oder mehreren Kindern geflüchtet sind, weisen höhere psychische und körperliche Belastungen auf als diejenigen ohne Kinder. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass die Sorge um Angehörige zusätzliche Belastungen mit sich bringen kann.

Durch die Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten können frühzeitig Maßnahmen zur Behandlung ergriffen werden. Außerdem können den Schutzsuchenden Erleichterungen beim weiteren Asylverfahren ermöglicht werden.

5.1.5 Empfehlungen für das weitere Asylverfahren

Auf Basis der diagnostischen Gespräche sprachen die Mitarbeiter*innen von SoulCaRe Empfehlungen an die Regierung von Oberbayern (ROB) und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) aus. Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Unterbringung nach der Kurzaufnahme, die weitere medizinische Versorgung und die Anhörung. Abgesehen von fünf Fällen wurde für alle Asylsuchenden mindestens eine Empfehlung ausgesprochen.

Empfehlungen zur Unterbringung

Nach einem langen und belastenden Fluchtweg nach Deutschland benötigen die meisten Asylsuchenden einen Platz, wo sie in Sicherheit und Ruhe leben können – zumindest

in der Zeit, in der das Asylverfahren läuft. Entsprechend wurden für einen Großteil der belasteten Personen Rückzugsmöglichkeiten und/oder eine Anschlussunterkunft mit geringer Belegung empfohlen. Einem Fünftel der identifizierten Geflüchteten wurde ein Einzelzimmer empfohlen. Private Sanitärräume wurden etwas seltener für nötig befunden. In 30 Fällen wurde eine Unterbringung in einem Frauenhaus bzw. einer Frauenetage empfohlen, 32 Mal eine geeignete Unterkunft für Kinder und Jugendliche. Dies zeigt, dass die Mitarbeitenden von SoulCaRe die begrenzten Ressourcen bei der Unterbringung von Geflüchteten in Deutschland mitdenken und entsprechend sorgsam mit den Empfehlungen umgehen.

Empfehlungen zur Alltagsbewältigung

Alltagsstrukturierende Maßnahmen werden für rund jede*n zweite*n Geflüchtete*n empfohlen. Das Leben im Ankerzentrum ist für alle Asylsuchenden eine Herausforderung, für besonders belastete Menschen sind das Warten auf die Anhörung und das Warten auf den Bescheid vielleicht noch schwerer auszuhalten. Alltagsstrukturierende Angebote können eine Erleichterung darstellen, ebenso wie eine besondere Unterstützung durch den jeweiligen Sozialdienst vor Ort. Diese Unterstützung wird für gut ein Drittel der als besonders schutzbedürftig erkannten Geflüchteten ausgesprochen.

Empfehlungen zur medizinisch/therapeutischen Unterstützung

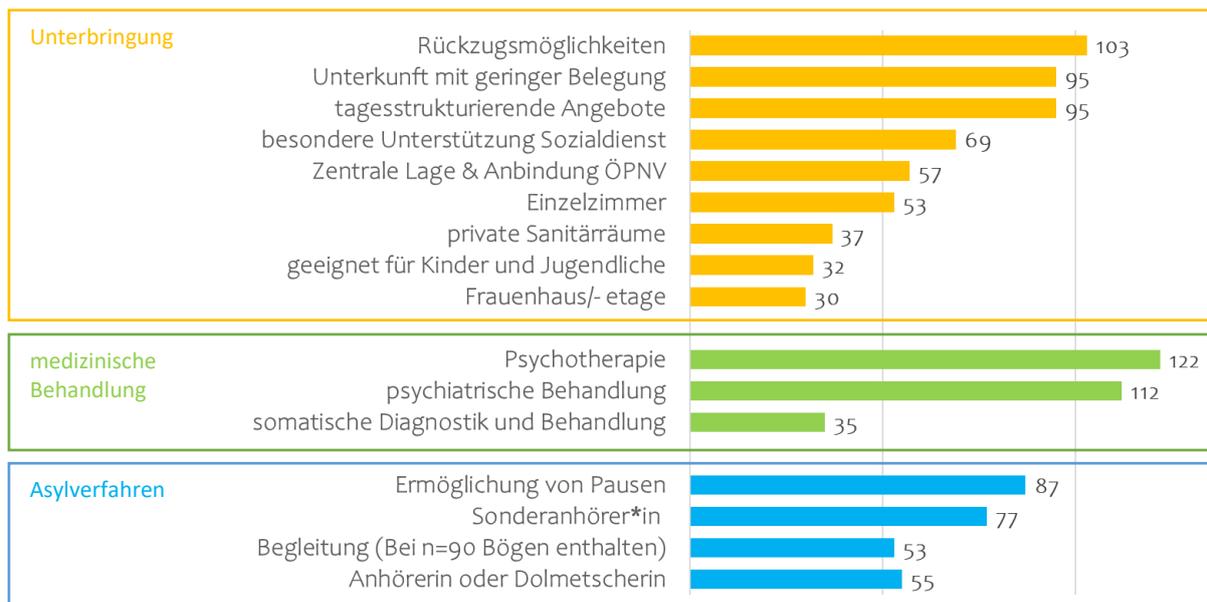
Die von SoulCaRe betreuten Geflüchteten sind psychisch stark belastet bzw. erkrankt, wie die oben dargestellten Diagnosen zeigen. Entsprechend wird für rund zwei Drittel der identifizierten Geflüchteten eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen. Für fast 60 Prozent wird eine psychiatrische Behandlung angeraten. Jede*r Fünfte sollte Zugang zu einer somatischen Diagnostik und Behandlung bekommen. Mehr als die Hälfte der Asylsuchenden war schon an eine psychiatrische Ambulanz angebunden und erhielt Medikamente. Die erste Anbindung erfolgte durch SoulCaRe. Gerade für diese Personen wäre die Fortsetzung der medizinisch-therapeutischen Behandlung wichtig.

Empfehlungen für die Anhörung

Die besondere Schutzbedürftigkeit der Geflüchteten soll im Asylverfahrensprozess berücksichtigt werden. Dementsprechend wurden für die Geflüchteten die Ermöglichung von Pausen, der Einsatz von Sonderanhörer*innen, besonders geschulte Dolmetscher*innen und/oder die Möglichkeit einer Begleitung empfohlen. Darüber hinaus wird die für die Anhörungssituation relevante Symptomatik beschrieben und wie sich diese auf die Erzählung

auswirken kann. Erweiternd zur Früherkennung und Empfehlung von Maßnahmen im Sinne der Aufnahme richtlinie (2013/33/EU) ermöglicht das Team von SoulCaRe die Identifizierung von Asylsuchenden, für die laut Verfahrensrichtlinie⁷ besondere Verfahrensgarantien vorgesehen sind. In der folgenden Abbildung ist die Häufigkeit der ausgesprochenen Empfehlungen zusammengefasst für alle Bereiche dargestellt.

Abbildung 4: Empfehlungen bezüglich Unterbringung, medizinischer Versorgung, Asylverfahren, Mehrfachangaben möglich, absolute Zahlen



5.2 Kinder und Jugendliche

Das Dokumentationsblatt für Kinder und Jugendliche enthält ähnliche Informationen wie der Bogen für Erwachsene. Im Laufe des Projektes wurden insgesamt 21 Kinder und Jugendliche dokumentiert⁸. Darunter sind etwas mehr Jungen als Mädchen. Die Mehrheit ist zwischen sieben und 14 Jahre alt, nur wenige sind jünger als sechs Jahre. In der Kurzaufnahme werden keine unbegleiteten Minderjährigen untergebracht. Folglich sind alle erfassten Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Elternteil geflüchtet, die meisten mit beiden Eltern. Die Minderjährigen haben bis zu vier Geschwister bei sich, die Geschwisteranzahl ist unterschiedlich verteilt (siehe Tabelle 4). Auch unter diesen nüchternen

⁷ „Die Mitgliedstaaten sollten bestrebt sein, Antragsteller, die besondere Verfahrensgarantien benötigen, als solche zu erkennen, bevor eine erstinstanzliche Entscheidung ergeht“ Richtlinie 2013/32/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung). Verfügbar unter <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0060:0095:DE:PDF>. Geprüft am 15.10.22

⁸ Aufgrund der geringen Fallzahl werden im Folgenden nur die absoluten Zahlen präsentiert.

Zahlen verbergen sich dramatische Ereignisse während der Flucht. Ein*e Jugendliche*r hat die Mutter und zwei Geschwister auf dem Fluchtweg verloren, ein Geschwister eines Jugendlichen ist auf der Flucht verstorben.

Tabelle 4: soziodemographische Angaben der Kinder und Jugendliche, N=21

Geschlecht	Alter	Eltern	Geschwister
<ul style="list-style-type: none"> • 12 Jungen • 9 Mädchen 	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 Jahre :4 • 7 - 14 Jahre: 13 • 15 - 18 Jahre: 4 	<ul style="list-style-type: none"> • mit Eltern: 14 • mit Mutter: 5 • mit Vater: 2 	<ul style="list-style-type: none"> • ohne Geschw. : 6 • 1 Geschwister: 5 • 2 Geschwister: 3 • > 2 Geschwister: 7

Alle minderjährigen Geflüchteten waren überwiegend zwischen einem und fünf Jahre auf der Flucht. Ein Großteil kam ursprünglich aus Afghanistan, jede*r Fünfte stammt aus der Demokratischen Republik Kongo. Weitere Herkunftsländer sind Pakistan (N=2), Irak (N=1) und Albanien (N=1). Bis auf wenige Ausnahmen erreichten die minderjährigen Geflüchteten mit ihren Familien zunächst Griechenland, nur drei kamen direkt nach Deutschland.

5.2.1 Beratung bei Kindern und Jugendlichen

Nach der Ankunft in der Kurzaufnahme haben fast alle Kinder und Jugendlichen innerhalb von zwei Wochen durch die psychosozialen Peerberater*innen vom SoulCaRe-Angebot erfahren⁹. Zwei Jugendliche kamen auf Empfehlung des/der Diagnostiker*in von einem Elternteil in das Projektangebot.

Als Diagnoseinstrument nutzen die Mitarbeitenden von SoulCaRe dabei einen modifizierten Fragenbogen in Anlehnung an PROTECT (Process of Recognition and Orientation of torture victims in European Countries to facilitate Care and Treatment¹⁰). Das Instrument enthält Fragen an die Eltern und Fragen an die Kinder, die auf den SDQ aufbauen¹¹. Die Ergebnisse des Screenings deuten darauf hin, dass die minderjährigen Geflüchteten häufig mindestens mittlere - aber nicht selten hohe - Belastungswerte aufweisen¹². Im Durchschnitt weisen die Kinder und Jugendlichen eine Punktzahl von 6,8

⁹ Nur bei vier Identifizierten hat es länger als drei Wochen gedauert.

¹⁰ <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-global-german.pdf>

¹¹ Der Strengths and Difficulties Questionnaire wird weltweit eingesetzt und kombiniert die Selbst- und Fremdeinschätzung für verschiedene Subskalen Goodman (2006)

¹² N=14, 1 „geringe Wahrscheinlichkeit“ bis 10 „hohe Wahrscheinlichkeit“

(Minimum 5, Maximum 8) auf. Für die Entscheidung zur Aufnahme in das Projekt wurden auch mit den Kindern und Jugendlichen Facharztgespräche (N=10) und/oder sozialpädagogische (N=8) Diagnostik durchgeführt.

Die meisten Kinder und Jugendlichen sind traumatisiert (N=10). Sie erlebten auf der Flucht Folter, Vergewaltigung oder sonstige Gewaltformen als Opfer (N=8) und/oder als Zeug*in (N=6). Die Erfahrung von Obdachlosigkeit, Vernachlässigung, Abschiebungen aus anderen Ländern und die schwierigen Lebensumstände während der Flucht beeinträchtigen die Minderjährigen auch nach der Flucht. Bei den Kindern bzw. Jugendlichen wurden am häufigsten posttraumatische Belastungsstörungen (N=7) und Anpassungsstörungen (N=7), gefolgt von Traumafolgestörungen (N=3) und/oder Sprachstörungen (N=4) diagnostiziert. Die Symptomatik lag bei den meisten Kindern und Jugendlichen seit bis zu fünf Jahren vor.

Das Diagnosteteam schätzte den Grad der psychischen Belastungen auf einer 10er-Skala im Durchschnitt bei 6,6 ein. Demgegenüber zeigen die Kinder und Jugendlichen keine starken körperlichen Beeinträchtigungen (durchschnittlich 2,5). Als körperliche Symptome werden Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Hör- und Sehstörungen, Synkope unklarer Genese und Einnässen genannt.

Nach der Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit wurden alle Kinder und Jugendlichen in die Beratung aufgenommen. Zur Unterstützung wurde immer ein Elternteil in die Beratung einbezogen. In sieben Fällen wurde auch ein Elternteil sowie bei vier Fällen ein Geschwister als besonders belastet diagnostiziert und in das SoulCaRe-Projekt aufgenommen. Die Beratung fand in allen Fällen mit einem*einer Dolmetscher*in statt, die Sprachen der Kinder waren überwiegend Dari, seltener Lingala.

Bis auf zwei Minderjährige waren die Diagnostiker*innen bei allen Betreuungsprozessen der jungen Geflüchteten mitbeteiligt. Für die Betreuung brauchten sie - wie bei den Erwachsenen - durchschnittlich 2,3 Kontakte. Die Casemanager*innen und Peerberater*innen haben jeden ihrer Fälle ein bis zwei Mal kontaktiert. Im Vergleich zu den Erwachsenen wurde für die Kinder und Jugendlichen etwas weniger Zeit eingesetzt. Die Diagnostiker*innen waren im Durchschnitt 128 Minuten mit den Kindern und Jugendlichen im Kontakt, die Peerberater*innen 66 Minuten und die Casemanager*innen 44 Minuten.

5.2.2 Empfehlungen für Kinder und Jugendliche

Wie bei den erwachsenen Geflüchteten wurden auch für Kinder und Jugendliche Empfehlungen für die weitere Unterbringung und die medizinische Versorgung ausgesprochen. Da für minderjährige Geflüchtete kein Asylverfahren durchgeführt wird,

gingen keine Empfehlungen an das BAMF. Am häufigsten wurde ein Ankerzentrum empfohlen, das für Kinder und Jugendliche angemessen ist und Kinderbetreuung anbietet, verbunden mit besonderer Unterstützung durch den Sozialdienst und Angeboten für eine Tagesstruktur. Die Kinder und Jugendlichen sind meistens traumatisiert, daher wurde für sie auch nicht selten eine Therapie empfohlen. Ein Junge wurde an eine psychiatrische Ambulanz angebunden und eine Medikation verordnet.

Abbildung 5: Empfehlungen bezüglich weiterer Unterbringung und medizinischer Behandlung, Mehrfachangabe ist möglich, N=15-17



5.3 Die Nachsorge

Ziel von SoulCaRe ist es, betroffene Personen aller Altersgruppen und Geschlechter frühzeitig zu unterstützen, eine Chronifizierung der Krankheit zu verhindern und dadurch die Integration zu erleichtern. Die Gewährleistung einer weiteren Versorgung in der neuen Unterkunft hilft bei der Stabilisierung der Geflüchteten mit einer Schutzbedürftigkeit. Die Follow-Up Befragung, hier Nachsorge genannt, dient der Beantwortung der Frage, ob die ausgesprochenen Empfehlungen berücksichtigt wurden.

Die Nachsorge übernahmen die psychosozialen Peerberater*innen und/oder die Mitarbeitenden im Case-Management. Die betreffenden Personen wurden nach ca. zwei Wochen in der Anschlussunterbringung telefonisch kontaktiert und zu ihrer neuen Lebenssituation interviewt. Grundlage für das Interview war der Nachsorgebogen, den die Evaluation zusammen mit dem SoulCaRe Team entwickelt hat. Konzeptionell war ein

weiterer Gesprächstermin nach der Anhörung vorgesehen. Bei Bedarf konnten auch weitere Gesprächstermine stattfinden.

Die Projektmitarbeiter*innen haben insgesamt 58 Erwachsene für das Follow-Up Gespräch erreicht. 15 davon wurden zweimal interviewt. Die Kinder und Jugendlichen wurden von der Nachbefragung ausgenommen. Erreicht wurden 35 Männer (60%) und 23 Frauen (40%). 49% in der Nachbefragungsstichprobe waren ledig, 38% verheiratet, 5% verwitwet, 5% geschieden und 4% in Partnerschaft lebend. Im Durchschnitt waren sie 31 Jahre alt.

5.3.1 Unterbringungssituation

Bis auf wenige Ausnahmen wurden alle schutzbedürftigen Geflüchteten in einem Ankerzentrum untergebracht¹³. Die Mehrheit wohnt in München am Moosfeld, weitere sieben in Fürstenfeldbruck Fliegerhorst. Die übrigen verteilten sich auf die weiteren Ankerzentren und Dependancen in Oberbayern.

Abbildung 6: In welchem Ankerzentrum ist die*der Asylsuchende untergebracht? Absolute Zahlen, N=56



Die Mehrheit der durch die Nachsorge erreichten Geflüchteten lebt ohne Familie in Deutschland (N=39; ca. 70%). Nur neun davon wohnen allein in einem Zimmer. Die Übrigen teilen sich das Zimmer mit einer oder zwei weiteren Personen. Das Badezimmer nutzen sie meistens mit vier oder mehr weiteren Personen (55%), ganz selten allein (N=5) oder mit einer anderen Person (N=7). Die Asylsuchenden, die mit ihrer Familie leben, bewohnen das Zimmer allein oder teilen es mit einem anderen Familienmitglied (90%). Das Badezimmer nutzen sie meistens mit vier oder mehr anderen Familien. Fünf Befragte gaben an, einen privaten Sanitärraum zur Verfügung zu haben. 70% der Geflüchteten haben das Empfehlungsschreiben von SoulCaRe der Leitung des Ankerzentrums vorgelegt. Ein Großteil

¹³ Für einen Fall liegt keine Information über seine Unterkunft. Ein Fall wurde in der Anker-Dependance in der Musenbergstraße in München untergebracht.

der restlichen 30% hat das Schreiben nicht als relevant empfunden oder vergessen. Bei einigen wenigen Geflüchteten wurde keine Empfehlung ausgesprochen – zumeist, weil sie vorzeitig verlegt wurden und der Fall noch nicht abgeschlossen war. Die Empfehlungen wurden laut einem Drittel der Befragten vollständig umgesetzt. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass die Empfehlungen teilweise berücksichtigt wurden. Zwei Personen berichteten, dass die Empfehlungen überhaupt nicht umgesetzt wurden.

5.3.2 Die Lebenssituation im Ankerzentrum

Unabhängig von den Empfehlungen berichtet mehr als die Hälfte der schutzbedürftigen Geflüchteten von Rückzugsmöglichkeiten in der Unterkunft. Insgesamt 23 der Befragten halten die Rückzugsmöglichkeiten in den Ankerzentren für „teilweise ausreichend“. Acht beurteilen diese als gut ausreichend und weitere acht finden sie überhaupt nicht ausreichend. Als störend wird Kinderlärm empfunden, aber auch das Zusammenleben mit so vielen Menschen auf engem Raum sowie Streit und Auseinandersetzungen. Die Hälfte der befragten Geflüchteten gibt an, sich in der neuen Unterkunft sicher zu fühlen.

Abbildung 7: Sicherheitsgefühl, N=55

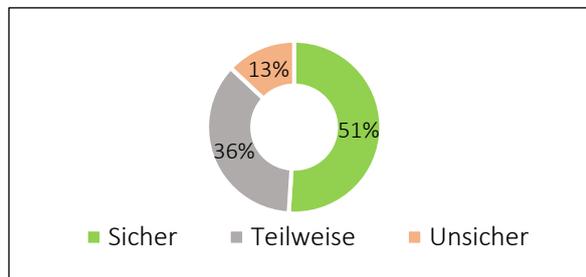
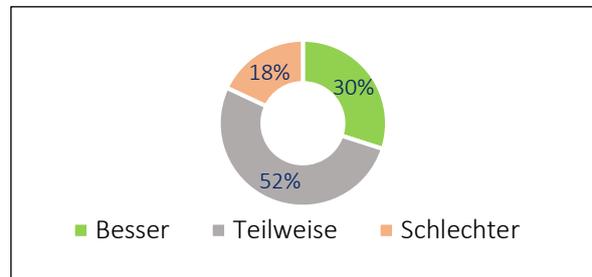


Abbildung 8: Wohlbefinden, N=54



Die Casemanager*innen haben die Geflüchteten gefragt, wie es ihnen im Ankerzentrum im Vergleich zur Kurzaufnahme geht. Die Mehrheit ist hier ambivalent. 30% der Geflüchteten geben an, sich im Ankerzentrum insgesamt besser zu fühlen. Hingegen fühlt sich fast jede*r Fünfte schlechter. Fluchtweg bzw. -dauer, Schutzbedürftigkeit, Krankheiten oder andere persönlichen Merkmale haben keinen Effekt auf das aktuelle Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl. Dies deutet darauf hin, dass diese Gefühle hauptsächlich mit der Lage im jeweiligen Ankerzentrum zusammenhängen.

In den Ankerzentren werden unterschiedliche Angebote für die Geflüchteten zur Verfügung gestellt. Etwa die Hälfte der als schutzbedürftig identifizierten Asylsuchenden (N=31) nehmen an den Deutschkursen vor Ort teil. Einige Geflüchtete berichten von einer Anbindung an administrative (N=13) oder psychosoziale Unterstützungsangebote (N=12).

Weiter werden tagesstrukturierende Programme (N=10), Freizeitaktivitäten oder ehrenamtliche Angebote (N=12) angegeben.

Bei 33 Geflüchteten wurde das Screening-Instrument ein zweites Mal eingesetzt. Nur vier Asylsuchende zeigten hier schlechtere Werte. Alle anderen haben ein leicht verbessertes oder gleiches Ergebnis. Die durchschnittliche Punktzahl des zweiten Screenings liegt bei 30,1 (R= 9 - 48), das Thermometer bei 6,5 (R= 3 - 10).¹⁴

5.3.3 Medizinische Versorgung und psychosoziale/therapeutische Anbindung

Bis auf einige Ausnahmen sind die meisten der Nachbefragten an einen Sozialdienst vor Ort angebunden. 17 Geflüchtete geben an, psychosoziale und/oder psychologische Beratung in Anspruch nehmen zu können. Jeweils ein Viertel der Befragten gibt an, medizinisch somatische (N=13) bzw. psychiatrische Versorgung (N=12) zu erhalten. Neun Personen berichten von psychotherapeutischen Angeboten. Die Fortführung der Medikation ist weitgehend gegeben (N=35). Die medizinische, psychotherapeutische und sozialpädagogische Versorgung der Geflüchteten erfolgt überwiegend durch Ambulanzen (N=17) oder interne Versorgung, also den medizinischen oder Sozialdienst in der Unterbringung (N=11). 10 Personen berichten, dass sie eine Arzt- oder psychotherapeutische Praxis aufsuchen können.

5.3.4 Die Berücksichtigung der Empfehlungen

Ein wesentliches Ziel der Evaluation war es, die Umsetzung der Empfehlungen zu überprüfen. Dies konnte aufgrund der Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit der Asylsuchenden in der Anschlussunterbringung nur für einen kleinen Teil geschehen. Auch weil die Dokumentationsbögen im Projektverlauf mehrere Male an die Praxis angepasst wurden, ergeben sich bei den einzelnen Items unterschiedliche Ausgangszahlen.

¹⁴ Zur Erinnerung: Beim ersten Screening in der Kurzaufnahme lag der Mittelwert bei 33,68; der Thermometer-Wert bei 7,17.

Abbildung 9: Berücksichtigung der Empfehlungen bezüglich der Unterbringung, absolute Zahlen, N=58

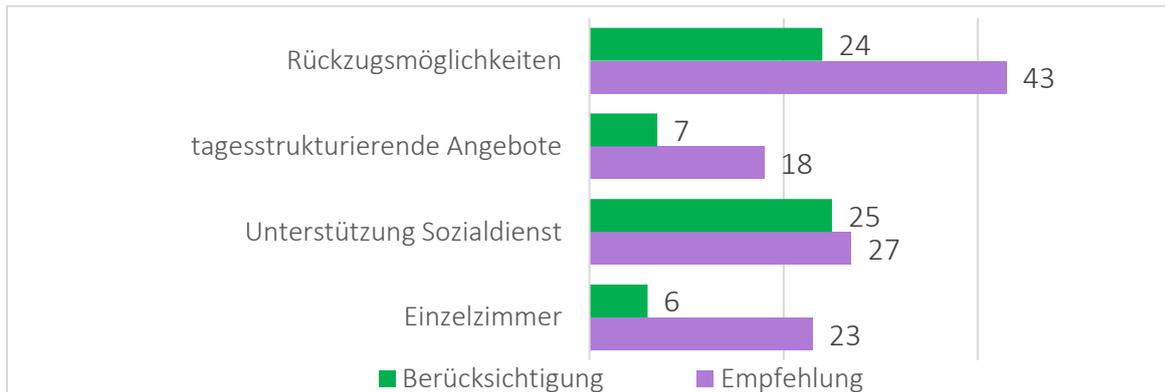
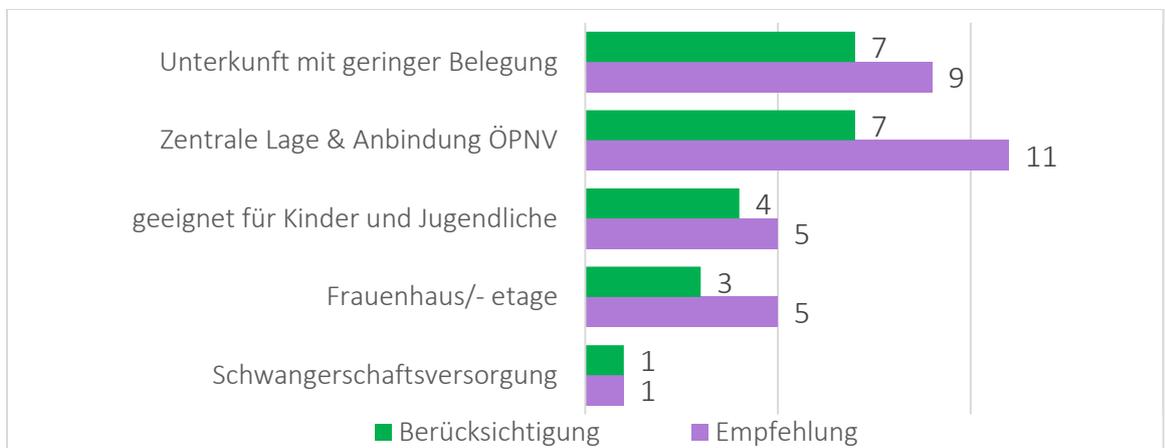


Abbildung 10: Berücksichtigung der Empfehlungen bezüglich der Unterbringung, absolute Zahlen, N=18

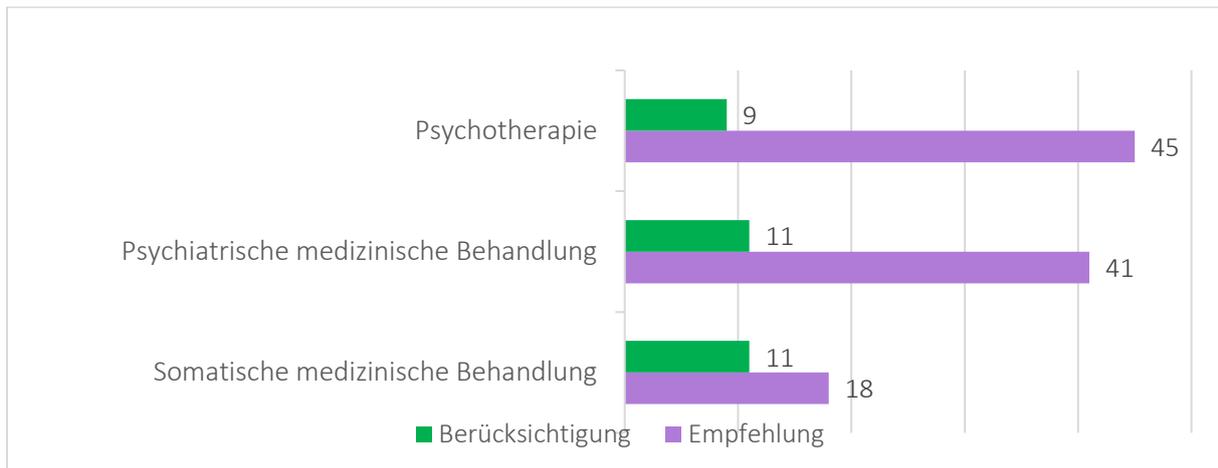


Insgesamt 43 der nachbefragten Geflüchteten hatten eine Empfehlung für Rückzugsmöglichkeiten erhalten. 24 davon geben an, dass die Empfehlung umgesetzt wurde. Ähnlich ist die Situation bei den tagesstrukturierenden Angeboten. Diese wurden für 18 Personen empfohlen - sieben berichten, dass ihnen diese angeboten wurden. Anders sieht es bei den Einzelzimmern aus. Ein solches wurde für 23 Personen empfohlen, sechs davon haben eines erhalten. Die Unterstützung durch den Sozialdienst erhalten dagegen fast alle derjenigen, die diese Empfehlung bekamen. Allerdings können wir an diesen Zahlen nicht ablesen, ob die Unterstützung auch als ausreichend empfunden wurde. Auch die Empfehlung für eine Unterkunft mit geringer Belegung wurde weitgehend berücksichtigt. Hier zeigt sich exemplarisch, dass die Umsetzung der Empfehlungen oftmals an den vorgehaltenen Ressourcen scheitert. Es gibt für die Geflüchteten keine Versorgungsgarantie, auch dann nicht, wenn sie als besonders schutzbedürftig eingestuft wurden.

Dieser Widerspruch zwischen Bedarf und Kapazitäten zeigt sich besonders drastisch bei den Empfehlungen zur medizinisch-therapeutischen Versorgung. Eine Psychotherapie

wurde für 45 erkrankte Geflüchtete für nötig befunden, konnte aber zum Zeitpunkt der Nachbefragung nur bei neun Personen umgesetzt werden. Psychiatrisch-medizinische Versorgung erhielten 11 von 41.

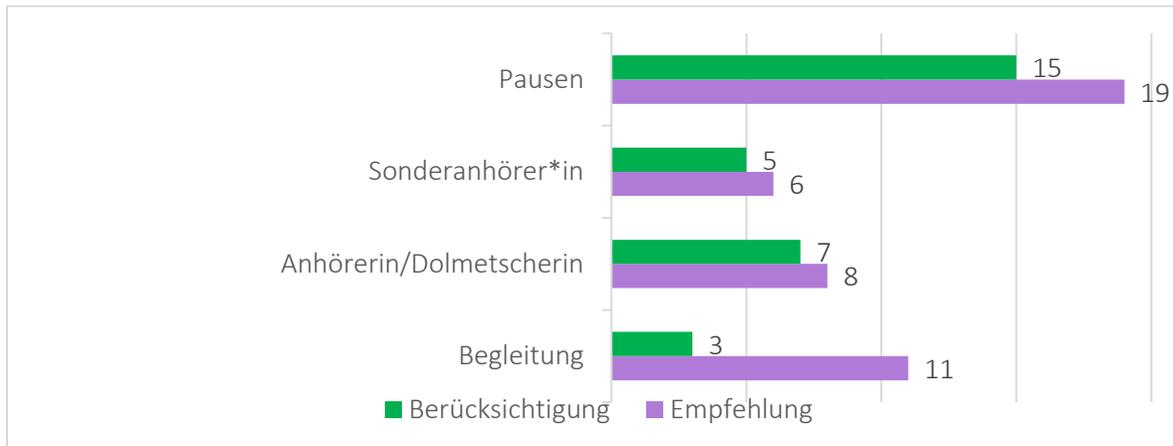
Abbildung 11: Berücksichtigung der Empfehlungen bezüglich der medizinischen Versorgung, absolute Zahlen, N=58



Dies verweist einerseits auf grundsätzliche Defizite in der psychiatrischen-therapeutischen Versorgung in Deutschland – und hier vor allem in ländlichen Gebieten – zeigt aber andererseits zugleich, um wieviel mehr bei der Versorgung von Asylsuchenden gespart wird.

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung hatte bei 23 Geflüchteten die Anhörung stattgefunden. Die Empfehlungen dazu konnten also nur für diese 23 Personen überprüft werden. Die Abbildung 12 zeigt, dass die Empfehlungen zur Anhörung weitgehend berücksichtigt wurden. Problematisch ist hier die Begleitung. Nach den Verfahrensrichtlinien müssen sich die Asylsuchenden selbst um eine Begleitung kümmern, die aber nicht selbst im Asylprozess stehen darf. Für Asylsuchende ist damit die Organisation einer Begleitung sehr voraussetzungsreich. Es bedarf einer guten sozialen Einbindung des*der Asylsuchenden, um eine passende Begleitung ausfindig zu machen. Dazu zählen, neben der Bedingung selber nicht im Asylprozess zu stehen, auch gute Kenntnisse über den*die Asylsuchende*n sowie das Asylsystem.

Abbildung 12: Berücksichtigung der Empfehlungen bezüglich des Asylverfahren, absolute Zahlen, N=23



Asylberatung haben 13 der nachbefragten Geflüchteten erhalten, davon fünf durch den Sozialdienst vor Ort, vier durch das SUB (Schwules Kommunikations- und Kulturzentrum München e.V.) und drei durch einen Info-Bus. Eine Person gab Asylrechtsberatung durch das BAMF an. Lediglich drei Personen beurteilen diese Beratung als hilfreich. Zehn Personen haben immerhin teilweise von der Beratung profitiert. Für sieben Personen hat diese nach eigenen Angaben nichts gebracht.

Die Nachbefragung zeigt exemplarisch, dass fehlende Kapazitäten eine angemessene Versorgung von Geflüchteten mit (und ohne) besonderer Schutzbedürftigkeit erschweren. Die Berücksichtigung der Empfehlungen ist stark abhängig von den zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowohl bei der Regierung von Oberbayern (ROB) als auch beim BAMF sowie dem medizinischen Versorgungssystem.

6 Interne und externe Perspektiven auf das Pilotprojekt

In den Interviews mit den Mitarbeiter*innen von SoulCaRe sowie den wichtigen Kooperationsstellen wurden fünf Themenfelder identifiziert, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im bzw. mit dem Projekt eine wichtige Rolle spielen. Diese werden im Folgenden kursiv dargestellt. Das Projekt ist von einem Wandel in vielerlei Hinsicht gekennzeichnet und die Arbeit im Team ist daher *Ein fortlaufender, sich entwickelnder Prozess*. Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts umfasst die *Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner*innen*, die durch die Zuständigkeiten der kooperierenden Stellen sowie die tatsächliche Kooperation bestimmt ist. Weiter beeinflusst die durch fehlende Kapazitäten gekennzeichnete *Situation der Geflüchteten in Bayern* die Tätigkeit immens, was eine angemessene Versorgung von Geflüchteten allgemein und insbesondere derer mit besonderen Schutzbedürfnissen erschwert. Für die Asylsuchenden und Mitarbeitenden von SoulCaRe

sowie die Kooperationspartner*innen hat das Projekt auch daher eine große Relevanz, was in dem Themenfeld *Bedeutung des Projekts und Konzepts* ausgedrückt wird. Schließlich steht für eine weitere erfolgreiche Praxis ein *Blick in die Zukunft* im Fokus, um ein verstetigtes Angebot und eine verbesserte Situation von Geflüchteten möglich zu machen.

6.1 Ein fortlaufender sich entwickelnder Prozess

Dieses Themenfeld drückt die internen Perspektiven auf die Entwicklung des Projekts und die Zusammenarbeit im Team aus. Dabei geht es gleichermaßen um die inhaltliche Arbeit, die äußeren Rahmenbedingungen und die persönliche Motivation für die Arbeit. Dem sich fortlaufend entwickelnden Prozess entsprechend mischen sich diese Faktoren in den Interviews. Um diesem Prozess gerecht zu werden, trennen wir im Folgenden die Bereiche nicht. Der Entwicklungsprozess hat positive und negative Seiten, denn „es wird nicht langweilig hier, es ist eben immer am Entstehen, Sich-Weiterentwickeln, es passiert ganz viel“ (REFUGIO_3:16). Die Mitarbeiter*innen beschreiben einen Wandel im Rahmen der Entwicklung des Projekts allgemein, der bereits vor dem Projekt-Zeitraum in der Planungsphase beginnt. Dazu zählen die Hintergründe des Projekts im Sinne der EU-Richtlinien oder des immer wiederkehrenden Phänomens, dass psychische Belastungen im Asylverfahren nicht angesprochen und berücksichtigt werden. Das Problem ist, dass

„die Menschen [von ihrer Belastung] nicht [erzählen], weil keiner drauf vorbereitet ist, dass [die Anerkennung als Geflüchteter] nicht so einfach ist. Und wenn sie es nicht erzählen, dann kriegen sie natürlich auch keine Anerkennung“ (REFUGIO_7:18).

Der tatsächliche Beginn ist durch einige Stolpersteine erschwert, da „einfach alles neu [war], das war einfach ins kalte Wasser, und da musste man erst mal kucken, wie behandelt man so einen Fall“ (REFUGIO_3:17). Die fordernden Arbeitsbedingungen vor Ort erschweren die Findungsphase, vor allem die technische und räumliche Situation sticht hierbei hervor. Die Mitarbeiter*innen

„haben wenig Spielraum. Wir kriegen einfach nicht mehr Räume hier von der Regierung. Und für mich ist es ziemlich schwer, mich zu konzentrieren, wenn nebenbei so viele Leute im Raum sind und reden“ (REFUGIO_3:101).

Aber auch die Kooperation im Team sowie die partizipative Entwicklung und wiederholte Anpassung der Dokumentationsbögen ist „ein [anspruchsvoller] Prozess noch mal, weil es natürlich viel Wechsel auch gab“ (REFUGIO_3/2:31). Gleichzeitig bietet der Entstehungsprozess den Mitarbeiter*innen die Gelegenheit das Projekt maßgeblich mitzugestalten. Für die Mitarbeiter*innen ist es „einfach spannend, bei so einem Neubeginn auch dabei zu sein und so was Neues halt auch auf die Beine zu stellen“ (REFUGIO_3:111).

Ausschlaggebend ist die kollektive Entwicklung von Strukturen, damit die anfänglichen Schwierigkeiten überwunden werden können. Die Frage nach der Verantwortung für die einzelnen Fälle und Aufgaben steht immer wieder im Raum, denn „manchmal ist vielleicht nicht ganz klar, wer für was zuständig ist“ (REFUGIO_5:185). Unklare Verantwortlichkeiten und fehlende Kommunikation verzerren Abläufe und

„im Nachklang könnte man sagen, wenn da mehr Zeit gewesen wär oder wenn man sich am Anfang mehr Zeit genommen hätte, um in Ruhe ein paar Dinge vorzubereiten, wäre es weniger chaotisch [...] gewesen“ (REFUGIO_3:18).

Kommunikation und Kooperation ist Basis und das A und O für eine fruchtbare Zusammenarbeit, welche von Interdisziplinarität und unterstützendem Austausch profitiert. Als

*„Besonderes [beschreibt ein*e Mitarbeiter*in]: Jeden Mittwoch wir haben ganze Teambesprechung eine Stunde. Und das ist gut. Wir hören von alle unsere Arbeit extra, zum Beispiel, wenn durch die Woche ist irgendwas, eine Punkt passiert [...], das kann [...] in dem Mittwoch alle zusammen verteilen, und dann jede kann [...] helfen oder die Wege zeigen, die besseren Wege, oder eine Lösung“ (REFUGIO_4:110).*

Daher ist es wesentlich, den gleichwertigen Einbezug aller Gruppen zu fördern und „gemeinsam immer wieder auch so Arbeitsabläufe und Aufgaben der einzelnen Professionen [...] im Team [zu besprechen]“ (REFUGIO_3/2:21). Es zeigt sich, dass der Prozess der gemeinsamen Erarbeitung in verschiedenen Settings wichtig ist, um die Frage nach der Verantwortung für die Fälle und verschiedenen Aufgaben im Projekt zu eruieren und Verzögerungen zu verhindern. Eine große Rolle spielt hier die Supervision oder der „Konzepttag [...], wo wir noch mal Strukturen besprochen und reflektiert haben und Sachen noch mal geändert haben“ (REFUGIO_3/2:22). Es wird immer wieder deutlich, dass Strukturen und Kommunikation wichtig für ein kollegiales und unterstützendes Miteinander sind. Gleichzeitig ist

„das Team auch so die große Stärke [...], was wir tatsächlich auch letzten Endes dann haben, die uns diese Arbeit auch in der Form machen lässt, wie wir sie tun. Ja, also ich spür im Team wahnsinnig viel Rückhalt, ich erleb einen sehr wertschätzenden Umgang miteinander und relativ viel Möglichkeit, sich einzubringen mit Ideen, und flachen Hierarchien“ (REFUGIO_3/2:30).

Das Team stellt so das größte Vermögen für die Arbeit im Projekt dar.

Es wird deutlich, dass Wandel ein bestimmendes Kennzeichen des Pilotprojektes ist. Entwicklungen wie die EU-Aufnahme- und Asylverfahrensrichtlinie vor Beginn des Projekt-Zeitraums prägen die Planung. Mit tatsächlichem Beginn wird immer wieder deutlich, dass große Flexibilität notwendig ist, um anfängliche Schwierigkeiten und Probleme zu bearbeiten und Abläufe zu verbessern, sowie den hohen personellen Wechsel zu bewältigen. Letztlich

wird hier deutlich, dass das fortlaufende Lernen und gemeinsame Erarbeiten von Veränderungen unterstützt durch Supervision, Klausurtage oder Weiterbildungen das größte Gewicht auf eine positive Zusammenarbeit und Entwicklung hat.

6.2 Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen

Über die Etablierung von Abläufen und Strukturen im Team hinaus sind die Mitarbeiter*innen von SoulCaRe „beschäftigt mit der Zusammenarbeit außerhalb, so mit diesen ganzen Schnittstellen. Das ist schon irgendwie nach wie vor immer wieder Thema“ (REFUGIO_1&5/2:70). In der Zusammenarbeit spielt auf der Seite der Kooperationspartner*innen die Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für psychische Belastungen bei Geflüchteten eine besondere Rolle. Wesentlich ist die Motivation der Mitarbeiter*innen der kooperierenden Institutionen für die Arbeit mit Geflüchteten insbesondere dieser Personengruppe. Zusammenfassend berichten die meisten Kooperationspartner*innen als wichtigen motivierenden Faktor

„helfen [zu können], weil irgendwann braucht jeder Mensch diese Hilfe. Und jemand helfen, das bringt dir etwas, also mit Gefühl ist es ganz, man fühlt sich ganz voll“ (SICHERHEIT_1:24).

Die Frage ist aber auch, welche Vorerfahrungen vorhanden sind und wie der Wissensstand zu besonderen Schutzbedürfnissen ist. Werden unterstützend Supervisionen angeboten und welche Weiterbildungen wie „interkulturelle Schulung[en] usw. [sind nötig], dass die da letztendlich, sage ich mal, so ein Mindestmaß an Informationen haben“ (ROB_2:72). Das Personal, das mit Opfern von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten in Kontakt kommt, und in den Unterkünften eingesetzt wird muss laut der EU-Aufnahmerichtlinie „im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet [und geschult] sein und sich angemessen fortbilden“ (2013/33/EU, Art. 25, Abs. 2). In der Praxis zeigt sich, dass die Ausbildung von Fachkräften für die Arbeit mit verschiedenen Migrant*innengruppen stark variiert. Damit einhergehen Unterschiede in den Einstellungen gegenüber diesen Personengruppen und Abweichungen hinsichtlich des Bewusstseins für die Hindernisse, mit denen Migrant*innen beim Zugang zur psychischen Versorgung konfrontiert sind (Priebe et al., 2016, S. 18). Unterschiedliche kulturelle Überzeugungen und Erwartungen zwischen Personal und Betroffenen kann zu Konflikten führen und das Umfeld beeinträchtigen. Schulungen und Supervision können das Bewusstsein der psychosozialen Fachkräfte und des weiteren Personals in den Unterkünften für die unterschiedlichen Überzeugungen und Erwartungen von Asylsuchenden sensibilisieren. So kann das Personal

beispielsweise dafür sensibilisiert werden, dass einige Personen möglicherweise aus Angst vor Diskriminierung aufgrund psychischer Belastungen oder wegen mangelnden Vertrauens aufgrund früherer schwieriger Beziehungen zu Behörden und Organisationen Schwierigkeiten mit den Strukturen vor Ort haben können. Daher plädieren viele Expert*innen für die Schulung der Fachkräfte und des Personals in den Unterkünften in interkulturellem Bewusstsein, damit sie kompetent im Umgang mit einer Vielzahl von Personengruppen sind (Priebe et al., 2016, S. 18).

Gleichzeitig werden in den Interviews immer wieder strukturelle Probleme angesprochen, die einer guten Versorgung von Geflüchteten im Weg stehen. So werden der Umgang und das Vorgehen bei der Umsetzung der Empfehlungen immer wieder thematisiert. Ein*e Mitarbeiter*in der ROB in einer der Anschlussunterbringungen beschreibt, dass die besondere Schutzbedürftigkeit

„bei den Verlegungen [...] mit eingegeben [wird]. Dann schaut man sich das an und dann wird es letztendlich umgesetzt. Also ich habe ja gesagt, das ist ein Bereich, bis jetzt immer im Bereich dessen gewesen, was man auch umsetzen kann“ (ROB_2:36).

Gleichzeitig ist die Umsetzung der Empfehlungen in den Anschlussunterkünften stark abhängig von den Kapazitäten im Asylsystem und der allgemeinen Gesundheitsversorgung – und die sind sehr begrenzt. Darüber hinaus wird

„zum Teil die Erfahrung gemacht, dass der [Empfehlungsbogen] bei der Verteilungsstelle von der Regierung, also wenn es um Weiterumverlegung [vom Ankerzentrum] aus [geht], dass der dann teilweise gar nicht dort im System hochgeladen sei“ (DIAKONIE_2:46)

und dadurch auch nicht berücksichtigt werden kann. Empfehlungen werden in den Ankerzentren zwar ernst genommen, eine vollständige Umsetzung kann aber aufgrund struktureller Probleme im System nicht immer erfolgen. Diese Problematik wird im Kapitel zur *Situation der Geflüchteten in Bayern* nochmal deutlicher veranschaulicht.

In der Reflexion zur tatsächlichen Zusammenarbeit wird deutlich, dass es für das Projekt und die Umsetzung der Ziele wichtig ist gemeinsam am gleichen Strang zu ziehen. In manchen Punkten und mit einigen Partner*innen klappt das gut und eine konstruktive Zusammenarbeit ist beobachtbar. Die Stellen „kommunizieren miteinander auch gut“ (ROB_1:28) und „ein fachlicher, freundlicher, kompetenter Austausch“ (DIAKONIE_2:20) ist möglich. Die Kommunikation untereinander wird als signifikantes Mittel für die konstruktive Zusammenarbeit gesehen, denn „Kommunikation ist alles in dieser Situation“ (DIAKONIE_1:58). Aufklärung über Vorgehensweisen und Ziele, regelmäßiger Austausch und stetiger Informationsfluss sind essentielle Aspekte einer Kooperation auf Augenhöhe, in

der sich alle Stellen als gleichberechtigt beteiligt fühlen. Entscheidend ist, dass von allen Seiten „dieses Projekt auch [als sinnvoll empfunden und] ernst genommen und auch Ressourcen dafür abgestellt“ (BAMF_1:66) werden. Hin und wieder werden in diesem Zusammenhang Unterstützungswünsche von allen Seiten ausgesprochen, die eine gewisse Flexibilität in den Abläufen beinhalten. Erfolgreiche Kooperationen gestalten sich also durch intensiven Austausch, in dem Kommunikation als wichtiges Instrument hervorgehoben und das Projekt als sinnvoll anerkannt wird. Andere Beziehungen sind wiederum von Hindernissen und Schwierigkeiten geprägt. Probleme treten aufgrund fehlender Kommunikation auf, auch weil der Kontakt teilweise stark von der Person abhängt oder es bisher wenig bis kaum Kontakt gibt. So könnte zum Beispiel

„zwischen dem Sozialdienst und Refugio, das Angebot [...] noch besser, also [...] die Kommunikation noch besser sein. [...] die wichtige Sache bei so einem Projekt ist, dass wir alle da sind für die Klienten und dass wir alle zusammenarbeiten und nicht parallel“ (DIAKONIE_1:48).

Spannungen entstehen auch immer wieder aufgrund von unterschiedlichen Zielen und „andere[n] Intentionen als die Regierung“ (DIAKONIE_3:55) oder das BAMF. Eine gute Vernetzung und Kooperation mit allen wesentlichen Stellen ist auch ein Erfolgsfaktor in anderen Früherkennungs-Konzepten (vom Felde et al., 2020, S. 32). Das bedeutet, das Sicherstellen einer Koordination der häufig stark fragmentierten, beteiligten Stellen ist für ein inklusives Angebot notwendig. Der Bedarf an multidisziplinären Teams in solchen Diensten ist besonders groß. Fachleute für psychische Gesundheit, die neben Kliniker*innen der Primärversorgung in diesen Unterkünften zusammenarbeiten, könnten die rasche Erkennung psychischer Störungen erleichtern, eine weitere Verschlechterung und unerwünschte Ereignisse verhindern und eine angemessene Behandlung ermöglichen (Priebe et al., 2016, S. 15). Eine intensive und gute Kooperation von Personal und Fachkräften der verschiedenen Stellen ermöglicht somit eine frühe Identifizierung von psychischen Störungen, Prävention einer Verschlechterung oder Chronifizierung, sowie eine Versorgung mit angemessener Behandlung.

In der Zusammenarbeit mit den kooperierenden Stellen ist eine weitere Sensibilisierung für die besondere Schutzbedürftigkeit bestimmter Personengruppen sowie die Umsetzung der Empfehlungen auf Seiten der Partner*innen wichtig. Es erfolgt teilweise viel Austausch und konstruktive Zusammenarbeit, andererseits gibt es auch Reibungen aufgrund unterschiedlicher Ziele, was die Notwendigkeit von verstärkter und lösungsorientierter Kommunikation deutlich macht.

6.3 Situation der Geflüchteten in Bayern

Die Thematisierung der Situation von Geflüchteten in Bayern weist drei Tendenzen auf. Zu beachten ist, dass der hier beschriebene Blickwinkel sehr regional ist. Das bedeutet, dass in den Aussagen nur mit Bezug auf das System im Regierungsbezirk Oberbayern Stellung genommen wird. In den Beschreibungen bildet sich eine Kritik am Umgang der Regierung mit Geflüchteten ab. Allgemein ist

„die Situation im rechtlichen Rahmen [...] ja klar, denn die wird ja befriedet, ja? Und was Sie meinen ist ja wahrscheinlich eher die Situation, in der sich ein Individuum befindet, wenn es letztendlich aus welchen Gründen auch immer in Bayern aufschlägt und da Unterstützung sucht, ja. [...] Ob es eine schöne Zeit ist, das weiß ich nicht“ (ROB_2:60).

Ein zentraler Kritikpunkt drückt sich in den Lebensbedingungen für Asylsuchende in den Unterkünften und während des Asylverfahrens aus. Oft leben sie gemeinsam mit vielen weiteren hoch belasteten Menschen in kleinen Zimmern und haben aufgrund des Erwerbstätigkeitsverbots keine Beschäftigung. Wir wissen aus einer Meta-Analyse internationaler Daten, dass materielle Sicherheit im Sinne einer stabilen, individuellen Unterbringungssituation und ökonomischer Möglichkeiten die psychische Gesundheit von Geflüchteten fördert (Porter & Haslam, 2005, S. 608). In der Studie fanden Porter und Haslam (ebd.), dass Geflüchtete, die in Heimen untergebracht und/oder deren wirtschaftliche Möglichkeiten eingeschränkt sind, eine deutlich schlechtere psychische Gesundheit aufweisen als diejenigen, die in dauerhafte Privatunterkünfte umgesiedelt wurden und/oder sich wirtschaftlich entfalten konnten. Das bedeutet, dass psychische Belastungen unter Geflüchteten keine unvermeidliche, postmigratorische Folge von akutem Fluchtstress ist, sondern vielmehr die vorliegenden kontextuellen Faktoren spiegelt.

„Manche Ankunftsze[n]tr[en haben] [...] schlimme Bedingungen [...]. Zum Beispiel Fürstenfeldbruck [...] findet sich neben einem militärischen Flughafen. Und das finde ich persönlich komisch: Also die Leute kommen [...] aus dem Krieg [...] Wenn sie vor die Augen das sehen [...] dieses Flugzeug oder dieses Auto, die haben immer so schlechte Erinnerungen“ (REFUGIO_2:74-79).

Die Geräuschkulisse der Schießübungen können traumatische Erinnerungen triggern. Frustration und Konflikte sind hierin vorprogrammiert. So kommt es aufgrund der fragwürdigen Verhältnisse, in denen sich Asylsuchende während des Asylverfahrens befinden, immer wieder zu schwierigen und belastenden Situationen. Eine Mitarbeiter*in erzählt, dass im Gespräch mit einer Klientin die Geschichten über Traumatisierungen kaum aushaltbar waren. „Wenn sie hat erzählt, ich hab so total belastet geworden, und ich konnte nicht weiter hören von dieser Frau (REFUGIO_4:55). Manchmal „gibt’s dann Gewalt

innerhalb der Bewohner“ (REFUGIO_1&5/2, Pos. 85) oder es kommt zu Situationen, in denen sich am Projekt beteiligte Personen „nicht sicher [sind], [ob] die [Klient*innen] potenziell gefährlich“ (REFUGIO_5, Pos. 154) werden. Die Erzählungen über die traumatischen Schicksale oder das Gefühl aufgrund ungenügender Kapazitäten nicht ausreichend leisten und erreichen zu können nagen an den emotionalen Ressourcen der Mitarbeiter*innen von SoulCaRe. Ähnliches berichten auch die Kolleg*innen der Sozial- und psychologischen Dienste in den Unterkünften, welche

*„als Belastung empfinde[n], dass der Bedarf größer ist als [die] Kapazität und [sie] deswegen eben priorisieren [müssen] und teilweise auch sehr stark, dass [sie] eben bei Weitem nicht das leisten [können], [was] [...] gebraucht würde“
(DIAKONIE_2:8).*

Es zeigen sich nicht nur hinsichtlich der erschwerten Lebensverhältnisse Defizite im Asylsystem. Das „Problem liegt [am] ganze[n] System, man kann nicht selber in einem Team von zehn oder zwanzig Leute das ganze System schon verändern“ (REFUGIO_2&4/2:93). Das System fokussiere auf die Verbesserung der Versorgung von Wenigen, anstatt die Situation aller nach Deutschland kommenden Geflüchteten menschenwürdiger zu gestalten. Gleichzeitig, „bloß, weil Refugio da in der Kurzaufnahme ist, heißt das noch lange nicht, dass die psychosoziale Versorgung [dieser Wenigen] sichergestellt ist“ (REFUGIO_7:20), denn „dass [...] die Versorgungslage katastrophal ist, das ist ein Fakt“ (REFUGIO_7:28). Medizinische und psychologische Angebote für Asylsuchende sind mangelhaft und durch Engpässe gekennzeichnet. Die vorhandenen „Kapazitäten [von SoulCaRe] decken nicht den Bedarf, den es im Haus gibt. Es gäbe immer noch mehr Klient*innen“ (REFUGIO_5:361). Die Frage ist wohin mit den Geflüchteten, denn „wenn das Haus voll ist, kann es problematisch werden, weil wir sind ja die Kurzaufnahme, die Leute sollen ja kurz bleiben, das muss schnell gehen“ (ROB_1:22). Immer wieder wird die geringe Kapazität in der Versorgung und Unterbringung von Geflüchteten in vielerlei Hinsicht angesprochen und kritisiert. Die Problematik mangelnder Kapazitäten im tatsächlichen Früherkennungsprozess sowie in der Versorgung im Anschluss an die Identifizierung von besonderen Schutzbedürfnissen ist auch aus anderen Früherkennungs-Modellen bekannt (vom Felde et al., 2020, S. 32). Knappe Kapazitäten stehen der erfolgreichen Implementierung des Friedländer Modells im Weg. In der Evaluation wurde sichtbar, dass die kooperierenden Kliniken keine ausreichenden Ressourcen für die nötige Diagnostik aufweisen (Thomsen, 2019, S. 58–59). Auch wird beschrieben, dass für die Möglichkeit einer Behandlung die Verteilung auf die einzelnen Kommunen maßgebend ist. So kann in strukturschwachen Gebieten die Behandlungsempfehlung häufig nicht umgesetzt werden. Sozialdienstmitarbeitende haben in

sehr schwerwiegenden Fällen zwar Einfluss auf die Verteilung. Trotzdem kommt es dazu, dass besonders Schutzbedürftige nicht selten in Regionen ohne Behandlungsangebote oder Dolmetscher*innen verlegt werden (Thomsen, 2019, S. 55). Ähnliche Barrieren kommen im Verfahren des *Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge* (BNS) auf. Manche Maßnahmen, wie z.B. eine besondere Unterbringung, können nur in Einzelfällen unter großem Aufwand umgesetzt werden. Das bedeutet, dass kein unmittelbar durchsetzbarer Leistungsanspruch aus der Identifizierung erfolgt (vom Felde et al., 2020, S. 32). Hier wird nochmal deutlich, dass das deutsche Asylsystem darauf abzielt, die Bedingungen für Asylsuchende nur bei extrem schwerwiegenden Umständen für einige Individuen zu optimieren. Anstatt einer Orientierung an der menschenwürdigen Aufnahme, Unterbringung und Versorgung aller steht eine stark differenzierende Behandlung von wenigen Asylsuchenden im Mittelpunkt. Die Ungleichheit wird durch die mangelnden Ressourcen noch weiter verstärkt und eine angemessene Bereitstellung von Maßnahmen für hochbelastete Individuen ist nur eingeschränkt, häufig nur mit großem Aufwand möglich.

Die mangelnden Kapazitäten können auch im Projekt SoulCaRe erklären, wieso die Empfehlungen keine Leistungsgarantien darstellen und daher nicht immer umgesetzt werden. Die Berücksichtigung der Empfehlungen „häng[en stark vom] Ankerzentrum ab. Manche berücksichtigen, was wir empfehlen, und [andere] nicht“ (REFUGIO_2&4/2:53). Ungenügende Ressourcen im Asyl- aber auch im allgemeinen Gesundheitssystem behindern die angemessene Umsetzung der Empfehlungen zur Versorgung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten, was sich in der quantitativen Auswertung der Dokumentationsbögen ebenfalls abbildet. Laut einer Mitarbeiter*in von SoulCaRe manifestiert sich dies sehr gut am Beispiel der Psychotherapieempfehlung. Das Diagnostik-Team sieht

„viele Leute, die eigentlich viel kranker sind als viele andere Leute mit deutschem Pass, die in Praxen rumlaufen. [...] wir wissen trotzdem, dass es oft sehr utopisch ist, den Leuten eine Therapie zu empfehlen. Aber wir tun es trotzdem. [...] das sind halt so Systemgrenzen (REFUGIO_5:286).

Die Berücksichtigung der Empfehlungen ist so stark von den Möglichkeiten und der Kooperationsbereitschaft der ROB und des BAMF abhängig, welche nicht immer gegeben ist. Ein*e Kooperationspartner*in in einer der Anschlussunterbringungen berichtet zum Beispiel, dass

„[das] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [...] die Berichte von Refugio in die Hand [nimmt] und [...] den Geflüchteten [sagt]: Ja, das bringt nichts. Du musst ein psychiatrisches Attest bringen“ (DIAKONIE_2:72).

Hier bildet sich eine Vermischung von Interessen ab. Rein rechtlich ist ein Asylsuchender dazu verpflichtet „eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft [zu] machen“ (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz), 2004, § 60a, Abs. 2c). Eine Abschiebungsandrohung erfolgt allerdings nur dann, wenn „der Ausländer nicht als Asylberechtigter anerkannt [...], die Flüchtlingseigenschaft zuerkannt [oder] kein subsidiärer Schutz gewährt wird“ (Asylgesetz, 1992, § 34, Abs. 1). Die Empfehlungen hinsichtlich der Anhörung dienen allerdings nicht einer Abschiebungsverhinderung. Sie sollen vielmehr den Antragsteller*innen, die aufgrund von z.B. Traumatisierungen besondere Verfahrensgarantien benötigen, eine angemessene Unterstützung ermöglichen, damit sie „die zur Begründung ihres Antrags auf internationalen Schutz erforderlichen Angaben machen können“ (2013/32/EU, Abs. 29). Es kommt zu einer Verstrickung der Bereitstellung von Bedingungen und Unterstützungsmaßnahmen, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienen, ob eine Asylberechtigung vorliegt, und der Beweispflicht einer schwerwiegenden Krankheit zur Abwendung einer Abschiebung nach erfolgter negativer Entscheidung hinsichtlich der Asylberechtigung.

Im Bereich der Attest-Anforderung kommen Mängel zu Tage, die ein Paradox aufzeigen. Bei Abschiebungsandrohung stellt

„auf der einen Seite [...] das Gesetz diese hohen Anforderungen, auf der anderen Seite sind eben kaum Ressourcen, ärztliche Ressourcen vorhanden, die das dann eben auch entsprechend abliefern können“ (BAMF_1:48).

Das münde darin, dass

„das Ganze [...] irrwitzig [sei], [...] [weil] die Atteste nie gut genug [sind] [...]. Das heißt, es ist schon mal schwierig auch, einen Arzt zu finden, der ein Attest so schreibt, wie es das Bundesamt gerne hätte“ (DIAKONIE_2:72).

Auch hier lohnt es sich in das Aufenthaltsgesetz zu schauen. Ein Abschiebungsverbot ist seit 2016 „aus gesundheitlichen Gründen [...] nur bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen [zulässig], die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden“ (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz), 2004, § 60, Abs. 7).

Bei einer PTBS wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass keine schwerwiegende Krankheit vorliegt und daher auch kein Abschiebeverbot erteilt werden kann. Hingegen ist „in Fällen einer PTBS [...] die Abschiebung regelmäßig möglich“ (Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, 2016). Nur in höchst seltenen Ausnahmefällen ist ein Abschiebeverbot möglich, nämlich, wenn von einer „wesentlichen

Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung“ (ebd.) durch die Abschiebung ausgegangen werden kann. Die Begründung basiert auf der Verzögerung einer beschleunigten Abschiebung aufgrund der mutmaßlichen schweren Diagnostizierbarkeit einer PTBS (Hager, 2016, S. 161). Dabei handelt es sich vielmehr um die Konstruktion von Begründungen, da die humanitäre Versorgung von psychisch belasteten Individuen ein Hindernis für die schnelle Abfertigung im Verwaltungsapparat bedeutet (Mosser, 2019, S. 4). Die Bedeutung einer schwerwiegenden psychischen Symptomatik wie eine PTBS für die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Personen wird kleingeredet und die Kompetenz und Expertise psychiatrisch-psychologischer Professioneller angezweifelt (Mosser, 2019, S. 4).

In dieser Angelegenheit offenbart sich ebenfalls die Orientierung der verschiedenen Stellen an abweichenden Intentionen.

„Behörde[n], [...] Vollzugsbehörde[n], [wie die ROB] müssen einfach bestimmte Dinge umsetzen. Die achten natürlich sehr stark drauf, dass der Verwaltungsablauf effektiv ist“ (REFUGIO_3:73).

Die Mitarbeiter*innen von SoulCaRe andererseits „definieren [ihre] Arbeit hier als eine solidarische Arbeit an Klienten“ (ebd.). Dadurch kommt es dazu, dass beim Ausfüllen der

„Meldebögen [...] Empfehlung[en] an[ge]pass[t werden] schon an die Gegebenheiten, die es überhaupt gibt. Also eine Empfehlung, die [...] rein fachlich [ge]geben würde, [müsste] für jede Person ein Einzelzimmer [beinhalten] und eine ruhige Umgebung und eine kleine Unterkunft und tagesstrukturierende Angebote [usw.] [...]. Wenn [...] das aber bei jeder Person [gemacht würde], wird der Meldebogen ja in der Situation wertlos, weil er nicht mehr differenziert und dann keine Aussagekraft mehr hat. Das heißt, [...] dass [...] viele Dinge gar nicht aus einer fachlichen Perspektive heraus beurteil[t] und [empfohlen werden], sondern angepasst an das, welche Möglichkeiten [es gibt]“ (REFUGIO_5:282).

Dadurch können auch keine wirklichen Aussagen über die Höhe des Bedarfs getroffen werden,

„der ja tatsächlich auch so ein bisschen verfälscht ist dadurch, dass wir Empfehlungen nicht nach tatsächlichem Bedarf aussprechen, sondern schon angepasst an das [behördliche] System“ (REFUGIO_5:290).

Eine Diagnose im Rahmen der Früherkennung soll der Feststellung und Legitimation einer besonderen Schutzbedürftigkeit dienen. Wir sehen allerdings, dass die Diagnosen nicht immer zu angemessenen Empfehlungen durch die Psychotherapeut*innen sowie Fachärzt*innen und einer angemessenen Versorgung, Unterbringung und Verfahrensgarantien führen.

Diagnosen können ganz unabhängig davon negative Folgen nach sich ziehen. Aus der Forschung zu sozialen Faktoren im Zusammenhang mit psychischen Störungen ist bekannt, dass eine Diagnose ein Aufhänger für „Labelling“-Prozesse sein kann. Hierbei werden den

Betroffenen aufgrund ihres abweichenden Verhaltens bestimmte Charakteristika zugeschrieben. Die Zuschreibungen können sich dann auf das Verhalten der betroffenen Person rückwirken (Angermeyer & Matschinger, 2003, S. 308). Im Kontext von Asylsuchenden nach Ankunft im Aufnahmeland können die Betroffenen durch Peers, Beamte, Mitarbeiter*innen anderer Stellen in den Unterkünften, wie dem Sicherheitsdienst, Reinigungspersonal, Sozialdienst oder ärztlichen Dienste, Labelling und sich daraus ergebende negative Konsequenzen erfahren. Dazu zählen gesellschaftliche Ausgrenzung und Stigmatisierung sowie Selbststigmatisierung. Die öffentliche Stigmatisierung umfasst die Reaktionen der allgemeinen Öffentlichkeit gegenüber einer Gruppe, die auf der Stigmatisierung dieser Gruppe beruht. Stereotypisierung, Vorurteile und Diskriminierung sind zentrale Reaktionen. Selbststigmatisierung bezieht sich auf die Reaktionen von Personen, die einer stigmatisierten Gruppe angehören und die stigmatisierenden Einstellungen gegen sich selbst richten (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005, S. 530–531). Verinnerlichte Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung wirkt sich wiederum negativ auf eine Reihe an psychosozialen Aspekten aus, wie z.B. Hoffnung, Selbstwertgefühl und Empowerment, und ist positiv mit der Schwere psychischer Symptome verbunden (Livingston & Boyd, 2010, S. 2155-2156). Unabhängig von einer Diagnose erleben die Asylsuchenden laut den Gesprächspartner*innen teilweise Diskriminierung bis hin zu Grenzverletzungen durch angestelltes Personal in den Unterkünften. Laut einer Mitarbeiter*in

„häufen sich einfach die Fälle, wo wir inakzeptables und unprofessionelles bis hin zu schockierende[s] Verhalten beobachten. [...] da gibt's schon Probleme, wo wir wirklich uns Sorgen machen um Personen, die diesem Securities ausgeliefert sind, und wo wir wirklich Machtmissbrauch beobachten“ (REFUGIO_3:75).

Insgesamt sei der Umgang mit den Bewohner*innen von manchem Personal aufgrund verschiedener Ursachen oftmals etwas barsch. Dazu zählen nach Ansicht der Mitarbeiter*innen Sprachbarrieren oder eigene Arbeits- oder psychische Belastung. Vor allem spielen aber Vorurteile im Sinne von „wenig Verständnis [...] für die Symptomatik und für die Besonderheiten, die vielleicht die Personen hier im Haus auch so mit sich bringen“ (REFUGIO_5:216), eine Rolle. Es ist daher von großer Bedeutung, dass in der Implementierung von Früherkennungsverfahren mögliche benachteiligende Folgen von Diagnosen basierend auf Prozessen des Labellings mitgedacht werden und ihnen durch Sensibilisierung entgegengewirkt wird, insbesondere, wenn auf die Identifikation keine angemessene Versorgung erfolgt.

Auf der anderen Seite beobachten die Interview-Partner*innen in der generellen Bevölkerung eine Veränderung bei der Wahrnehmung von psychischen Belastungen unter

Geflüchteten. Dies kann allgemein auf ein gesteigertes Verständnis von psychischen Belastungen und Traumatisierungen zurückgeführt werden sowie auf eine erhöhte Sensibilisierung aufgrund der Berichterstattung aus der Ukraine. Diese Veränderung ist allerdings beschränkt auf ukrainische Staatsbürger*innen und „einfach Unrecht, was passiert jetzt momentan“ (REFUGIO_2&3/2:21). Die daraus resultierende ungleiche Behandlung der nicht ukrainisch-stämmigen Geflüchteten ist eine zusätzliche Belastung für diese Personengruppe, die schon auf der Fluchtroute beginnt. Beispielhaft wird die Geschichte von

„zwei Frauen [erzählt], die aus verschiedenen afrikanischen Ländern in der Ukraine waren. [...] Also konkret ging es da drum, dass aus der bombardierten Region eben zuerst ukrainische Menschen flüchten durften und die Person dann mehrere Tage am Bahnhof ausgeharrt ist, bis sie dann den Zug nehmen durfte. Und von einer anderen Person, die ganz lange irgendwie in so einem Grenzstreifen unterwegs war, auch irgendwie gerade noch schwanger bzw. eben das Kind verloren frisch und irgendwie nicht in einem Zustand, wo sie das gut aushalten konnte, genau. Und da kamen dann schon auch so, ja, so Fragen nach dem: Sind wir denn jetzt gerade die Geflüchteten zweiter Klasse?“ (REFUGIO_1&5/2:31).

Psychische Belastungen, Stigmatisierungen und Ausgrenzung sind allerdings nicht nur Folge von Flucht, sondern häufig auch Fluchtgrund selbst. Weltweit sehen wir große kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Akzeptanz und Erklärung von psychischen Auffälligkeiten. In manchen Kulturen werden hauptsächlich übernatürliche Erklärungen für psychische Störungen herangezogen oder Symptome werden als rein körperliche Probleme betrachtet. Darüber hinaus kann es in diesen Gesellschaften ein allgemeiner Mangel an Wissen über psychische Störungen sein, der wiederum negative Ansichten und daraus entstehende Stigmatisierungsprozesse verschärft. Negative Ansichten über psychische Gesundheit können weiter dazu führen, dass viele zögern, sich behandeln zu lassen (Priebe et al., 2016, S. 12). Geflüchtete, Asylsuchende und Migrant*innen im Allgemeinen sind heterogene Gruppen mit womöglich unterschiedlichen kulturellen Überzeugungen, die die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme einer Behandlung und die Erkennung psychischer Störungen sowie die Einstellung zur Behandlung beeinflussen können. Dazu kommt häufig ein Mangel an Vertrauen in öffentliche Organisationen aufgrund von Verfolgungserfahrungen vor der Flucht und/oder aus Angst, den Behörden gemeldet zu werden. Solche Erfahrungen vor der Migration können es diesen Gruppen schwierig machen, einem fremden Gesundheitssystem zu vertrauen und sensible Informationen über psychische Probleme mitzuteilen (Priebe et al., 2016, S. 12). Vom Misstrauen gegenüber staatlichen Behörden und von Stigmatisierung psychischer Symptomatiken unter Asylsuchenden berichten auch die Mitarbeiter*innen des Projekts. Bei vielen Asylsuchenden sei erst Psychoedukation und eine

Aufklärung hinsichtlich des Mehrwerts der Identifizierung für das Asylverfahren, die Unterbringung und psychologische Versorgung nötig. So führen die psychosozialen Peerberater*innen

„Gespräche [mit Neuankömmlingen] als Initiativgruppe [...]. Wir sammeln die Leute in der Initiativgruppe, und wir geben ihnen Informationen, wie ein [...] Vortrag, kann man sagen. Wir geben ihnen Informationen über die Asylverfahren, [...] und aktuelle Tipps, Psychoedukation“ (REFUGIO_2&4/2:2).

Die Frage, die sich stellt, ist: Was bringt den Geflüchteten eine Identifizierung, wenn darauf keine angemessenen Maßnahmen folgen? Der Erfolg von SoulCaRe stößt bei der fehlenden Infrastruktur sowie beim Asylverfahrenssystem an seine Grenzen. Eine von den Mitarbeiter*innen gewünschte Ressourcenorientierung ist nicht möglich, da Defizite einen Vorteil im Asylverfahren darstellen. Darüber hinaus können die festgestellten Defizite für die Betroffenen aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und Ausgrenzung allerdings auch einen großen Nachteil darstellen.

Die *Situation der Geflüchteten in Bayern* drückt aus, dass fehlende Kapazitäten die angemessene Versorgung von Geflüchteten allgemein und mit besonderen Schutzbedürfnissen insbesondere erschweren. Aufgrund der Verhältnisse kommt es immer wieder zu schwierigen und belastenden Situationen mit Geflüchteten, aber auch darüber hinaus. Trotz der Andeutung einer größeren Sensibilität gegenüber psychischen Belastungen bei Geflüchteten kommt es im Zuge der Ukraine-Krise zu einer Unterscheidung der nach Deutschland kommenden Asylsuchenden in zwei Klassen.

6.4 Bedeutung des Projekts und Konzepts

Das Projekt und das Konzept spielen in vielerlei Hinsicht eine wichtige Rolle. Dies zeigt sich in direkten Rückmeldungen an das Team von SoulCaRe sowie in differenzierteren Aussagen. Allgemein wird von den Betroffenen anerkannt, dass alle Beteiligten von dem Projekt profitieren. Relevant ist,

„dass Maßnahmen ergriffen werden was die Unterbringung angeht und vor allen Dingen eben was das Asylverfahren und die Anhörung angeht, dass das beinhaltet ist bei so einer Früherkennung“ (REFUGIO_7:26).

Das Projekt gleicht dadurch einem „Schatz“ für Geflüchtete. Ein Beispiel ist

„[...] ein sehr positiver Fall [...], wo ein Jugendlicher in SoulCaRe aufgefallen ist, wo sich dann ein schlimmer Missbrauch rausgestellt hat; und das dann mithilfe auch von den Therapeuten aus dem Kinder- und Jugendbereich letztlich auch thematisieren konnte, beim Bundesamt so vortragen konnte und dann am Ende auch den besten Schutz bekommen hat, den man bekommen kann“ (REFUGIO_3/2:118).

Die Erfahrungen, die zu einer Flucht geführt haben, sowie die Fluchtsituation selbst werden von vielen ankommenden Asylsuchenden als traumatisch erlebt. Schon vorhandene psychische Belastungen können dadurch noch weiter verstärkt werden. So sind häufig

„die, die aufgrund ihrer schweren psychischen Belastung oder auch wegen ihrer Traumatisierung das Land verlassen mussten und dann noch die Flucht erlebt haben, [...] die besonders Betroffenen“ (REFUGIO_1:52).

Diese Erlebnisse rufen Bedürfnisse nach Stabilisierung und Halt sowie geregelten und sicheren Lebensbedingungen hervor. Die „neue[n] Ankömmlinge am Anfang [...] sind nicht so stark stabil [...]. Sie sind einfach, sie suchen nach einer Information. Sie wollen sich beruhigen“ (REFUGIO_2&4/2:93). Betreuung und Begleitung ist auch für psychische und physische Gesundheitsoutcomes relevant. Ein subjektiver Bedarf an verstärkter Unterstützung durchs Gesundheitssystem sagt Störungen bei Geflüchteten vorher (Nesterko, Jäckle, Holzapfel & Glaesmer, 2020, S. 6). Umgekehrt bedeutet das, dass eine subjektiv ausreichende Betreuung durch das Gesundheitssystem sich fördernd auf die psychische Gesundheit auswirkt und für die Geflüchteten eine Ressource darstellt.

So sehen die Interviewten auch, dass viele der Asylsuchenden eine unheimliche Stärke und Mut an den Tag legen, weil sie trotz der widrigen Erfahrungen und Bedingungen sich an ihren Ressourcen orientieren und versuchen ihre aussichtslos scheinende Situation zu wandeln. Die Studie von Vaage et al. (2010) zeigt, dass die Kombination aus Trauma und Herausforderungen nach der Ankunft einen Hauptstressor darstellt. Bei stabilen Bedingungen hingegen sind die meisten Geflüchteten in der Lage, ihre Symptome längerfristig zu verbessern. Ein kleiner Teil der Studienteilnehmer*innen blieb über Jahre psychisch beeinträchtigt, wobei das Ausmaß und der Verlauf der psychischen Symptome in der ersten Zeit nach Ankunft im Aufnahmeland ein wichtiger Prädiktor ist (Vaage et al., 2010, S. 124). Ein frühzeitiges Eingreifen ist daher essentiell. Das Projekt SoulCaRe kann die Betroffenen in gewissem Maße dabei unterstützen und die Bedürfnisse befriedigen.

Darüber hinaus gibt das Konzept auch den Kolleg*innen von SoulCaRe im Kontakt mit den Geflüchteten viel mit an die Hand, um eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Besonders wichtig ist hier, dass der ähnliche kulturelle Hintergrund der psychosozialen Peerberater*innen den Zugang und Kontakt erleichtert und eine vertrauensvolleren Atmosphäre hervorruft. Sie „haben diese Fähigkeit, damit die Person sich beruhigt.“ (REFUGIO_2:31). Vergleichbare Erfahrungen vor, während und nach der Übersiedlung nach Deutschland ermöglichen ein anderes Verständnis für die Herausforderungen, denen Asylsuchende in Bayern begegnen. Von besonderer Bedeutung ist dabei

„diese Muttersprache einfach, wenn man hat, das beruhigt sofort auch“, weil „mit dem Security manchmal, die verstehen sich nicht, keine gute Deutsch oder so. Aber wenn hast du jemand da, er kann deine Sprache, dann ist schon, ja, ein Plus“ (REFUGIO_2:32-34).

Eine Vertrauensbasis ist auch im Friedländer Modell ein ausschlaggebender Aspekt. Erst durch ein gesteigertes Vertrauen ist eine Öffnung für die Asylsuchenden möglich und sie können über ihre Erlebnisse erzählen. Wichtige Faktoren sind Empathie sowie das Sprechen derselben Sprache und der gleiche kulturelle Background (Thomsen, 2019, S. 23–24). So zeigt sich auch, dass das größte Problem des Friedländer Modells auf den nötigen Selbstberichten durch Geflüchtete oder auf dem Erkennen von Belastungen durch Sozialmitarbeiter*innen beruht (Thomsen, 2019, S. 51). Wie schon beschrieben, ist die Wahrnehmung von Angeboten kulturell bedingt, da unterschiedliche Vorstellungen über psychische Belastungen vorliegen können. Weiter können psychische Belastungen, wie PTBS, Depressionen oder belastende Lebensumstände, sich anderweitig ausdrücken, z.B. durch Rückzug. Diese Personen können durch das Raster fallen, weil sie einfach nicht auffallen. Die psychosozialen Peerberater*innen von SoulCaRe können wiederum den entscheidenden kultursensiblen Zugang verwirklichen. Das Erkennen von weniger offensichtlichen Anzeichen wie Rückzug ist durch die Präsenz der Peerberater*innen in der Unterkunft, das Gehen von Raum zu Raum und den aufsuchenden Kontakt möglich.

Schließlich bietet das Projekt auch Unterstützung in den Abläufen und Verwaltungswegen der Kooperationspartner*innen. So gab es

„ein paar Fall bei uns und die waren sehr aggressiv. Und dann, nachdem die mit „Refugio“ waren ein paar Mal und dann ein bisschen beruhigen und dann war alles gut gelaufen“ (SICHERHEIT_1:36).

Eine Versorgung durch die Mitarbeiter*innen des Projekts hilft so nicht nur den Geflüchteten, sondern erleichtert auch die Arbeit der kooperierenden Dienste. Zur gleichen Zeit wirkt sich das auch wieder positiv auf die Asylsuchenden aus. Das Wissen um psychische Belastungen bei bestimmten Personen ist „sehr hilfreich, weil [...] das hilft [...] natürlich noch mehr vielleicht, die Leute aufzusuchen, die selber den Weg hierher nicht schaffen oder sich nicht trauen“ (DIAKONIE_2:58). Durch das Vorgehen ist so eine Unterstützung von Geflüchteten, der Arbeit des Teams und der kooperierenden Stellen möglich.

Die direkten Rückmeldungen hinsichtlich der Bedeutung des Projekts und des Konzepts von und an die Mitarbeiter*innen von SoulCaRe spiegeln das eben Beschriebene wider. Diese betreffen u.a. den Sinn einer Identifizierung von besonderen Schutzbedarfen, wobei teilweise ein Herunterspielen der Bedeutung beobachtet werden kann. Vor allem im

Hinblick auf die Einschätzung der Schutzbedürfnisse für die Gewährung besonderer Verfahrensgarantien betont das BAMF, dass sie

„Sonderbeauftragte zum Beispiel haben, die besonders geschult werden, die eben gerade darauf schauen, [...] ob der einzelne eben vulnerabel ist und das eben auch versuchen in den Anhörungen zu erfragen“ (BAMF_1:96).

Der Standpunkt ist, dass die Vulnerabilität selber erfasst werden kann. Dem gegenüber stehen die Forderungen nach Attesten, die eine psychische Belastung belegen, was weiter oben im Thema *Situation der Geflüchteten in Bayern* angesprochen wird. Gleichwohl sind sich die am Projekt Beteiligten sicher,

„dass die Briefe von Refugio trotz allem wichtig sind, auch wenn sie vielleicht jetzt nicht so die Anerkennung beim Bundesamt finden, die wir uns wünschen würden. Ich glaube, sie haben trotzdem eben ihre Funktion“ (DIAKONIE_2:72).

Mit *Blick in die Zukunft* ist diese Problematik eine Baustelle, die für eine Verstetigung und ein nachhaltiges Angebot gemeinsam angegangen werden muss.

Weitere Rückmeldungen betreffen das Vorgehen im Identifizierungsprozess. Im Konzept habe sich vor allem das psychosoziale Peer-Modell und die Nachsorge bewährt. Durch die Nachsorge gab „es schon positive Änderung, wir haben es bemerkt“ (REFUGIO_2&4/2:47). Stabile Bedingungen im Aufnahmeland wirken unterstützend für Geflüchtete, um die Kombination aus traumatischen Erlebnissen und einer an sich stressigen Neuansiedlungssituation zu bewältigen (Vaage et al., 2010, S. 124). Verschiedene Studien zeigen, dass unsichere Lebenssituationen nach Ankunft im Aufnahmeland sich nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken können. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus ist so assoziiert mit einer höheren Intensität (Winkler et al., 2019, S. 196) und längeren Persistenz (Kaltenbach et al., 2018, S. 8) psychischer Symptome. Bei drohender Abschiebung oder fehlendem Aufenthaltstitel sind Betroffene höchst belastet (Winkler et al., 2019, S. 196; Walther et al., 2020, S. 6). Psychische Belastungen nehmen auch durch die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft (Walther et al., 2020, 6) oder durch postmigratorische Lebensschwierigkeiten wie Einsamkeit, Langeweile, Isolation oder Sorge um die Familie in der Heimat (Schick et al., 2016, S. 5) zu. Eine angemessene und rechtzeitige Behandlung andererseits kann eine dauerhafte Verbesserungen der psychischen Gesundheit zur Folge haben (Kaltenbach et al., 2017b, S. 6). Eine längerfristige Begleitung durch wiederholte Anrufe oder sogar einem Besuch der Betroffenen in den Anschlussunterkünften kann so die positiven Resultate einer anfänglichen Unterstützung aufrechterhalten. Das bedeutet, dass durch diesen Schritt die Asylsuchenden längerfristig begleitet werden können und eine angemessene Versorgung sichergestellt werden kann.

Der aufsuchende Zugang und das erste Screening der ankommenden Bewohner*innen durch die psychosozialen Peerberater*innen ist auch für die nachfolgenden Schritte relevant. Dadurch, dass

*„die Bewohner*innen zuerst durch die Peers angesprochen werden und die auch so eine erste Vorsortierung vornehmen, eine erste Einschätzung vornehmen: Wer ist jetzt psychisch krank, und wer ist belastet, ohne aber psychisch erkrankt zu sein? da haben wir schon sehr gute Erfahrungen gemacht“ (REFUGIO_3/2:64).*

Die Funktionalität des aufsuchenden Vorgehens drückt sich auch in den quantitativen Daten aus. Die höhere Häufigkeit von psychischen Belastungen in der dokumentierten Personengruppe im Vergleich zu Stichproben anderer Studien (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005, S. 1310–1312; Steel et al., 2009, S. 540) weist auf eine gute Vorauswahl der belasteten Asylsuchenden hin. Ein standardisiertes Vorgehen basierend auf aufsuchendem Kontakt anstatt auf Selbstauskunft ist auch ein wichtiger Aspekt für den Erfolg anderer Früherkennungsprojekte (vom Felde et al., 2020, S. 32).

Studien zeigen, dass ein Screening der psychischen Gesundheit anhand des RHS-15 auch von Laien durchgeführt werden kann (Kaltenbach, Härdtner, Hermenau, Schauer, & Elbert, 2017a, S. 9; Söndergaard, Ekblad, & Theorell, 2003, S. 185). Wichtig ist allerdings, dass die Anwender*innen darin geschult werden, auf kulturell sensible Weise ein Screening der psychischen Gesundheit durchzuführen, denjenigen mit einem positiven Screening-Ergebnis Psychoedukation anzubieten und die Geflüchteten auf Wunsch an psychiatrische Einrichtungen zu überweisen (Kaltenbach et al., 2017a, S. 9). Die Verfügbarkeit von Diensten, die informelle und emotionale Unterstützung sowie Unterstützung beim Aufsuchen von Unterstützungsangeboten bereitstellen und darüber hinaus Personen mit psychischen Belastungen innerhalb von Gruppen identifizieren können, ist daher wichtig für eine gute Praxis (Priebe et al., 2016, S. 13–18). Diese Dienste sollten aufsuchend arbeiten, um alle Geflüchteten über vorhandene Anlaufstellen und über Ansprüche aufklären zu können. Vorzugsweise sollen diesbezügliche Angebote durch NGOs erfolgen, da Asylsuchende oft ein hohes Misstrauen gegenüber staatliche Institutionen zeigen (Priebe et al., 2016, S. 14). Die Bereitstellung ausreichender Informationen über Ansprüche und verfügbare Leistungen für Geflüchtete ermöglicht einen besseren Zugang und bessere Nutzung der Dienste. Menschen aus diesen Bevölkerungsgruppen benötigen Informationen darüber, wie sie Zugang zu den Diensten haben und welche Art von Unterstützung sie erhalten können (Priebe et al., 2016, S. 15). Im Rahmen von SoulCaRe verwirklichen die psychosozialen Peerberater*innen diese Anforderungen. Sie haben einen kultursensiblen Zugang aufgrund des ähnlichen

biographischen und kulturellen Hintergrunds, sie bieten Psychoedukation an und verweisen falls gewünscht an das Diagnostik-Team.

Die *Bedeutung des Konzepts und Projekts* wird vielfach angesprochen und betont. Im Vorgehen haben sich vor allem das Peer-Modell und die Nachsorge bewährt. Allgemein ist es anerkannt, dass alle Beteiligten von SoulCaRe in gewisser Weise profitieren. Die spezifische Bedeutung der Früherkennung in den einzelnen Abläufen des Asylsystems ist eine Thematik, die an einigen Stellen noch genauer ausgehandelt werden muss. Durch das interdisziplinäre Team in der Lotte-Branz-Straße ist eine Unterstützung der betroffenen Asylsuchenden sowie eine Verbesserung der Abläufe und Kooperationen mit den Partnerdiensten und von Verwaltungswegen möglich.

6.5 Blick in die Zukunft

Der Blick in die Zukunft beinhaltet einige Themen, die sich vor allem darum drehen, „wie es dann [nach dem Projekt-Zeitraum] weitergeht, weil [...] wir schon auch sehen, dass da vielleicht noch mal Veränderungen anstehen würden“ (REFUGIO_1&5/2:14). Einerseits ist und bleibt das Ziel des Projekts auch in Zukunft eine frühzeitige Stabilisierung von Geflüchteten. Der Sinn der Evaluation liegt daher in der Validierung des Konzepts, um notwendige konzeptionelle und methodische Anpassungen aufzuzeigen. Letztendlich war nämlich „die Idee [...] eine wissenschaftliche Evaluation auch zu machen, um dann bei der Politik lobbyieren zu können, sofern [die Auswertung] erfolgreich“ (REFUGIO_6:80) ist.

Um dieses Ziel umsetzen zu können, zeigt sich immer wieder, dass eine weitere Sensibilisierung für die Thematik der psychischen Belastungen bei Geflüchteten und die Auswirkungen auf die Gesundheit, den Asylprozess und die Integration in die Gesellschaft notwendig ist. So bemerken die Mitarbeiter*innen von SoulCaRe

„auch immer wieder, dass tatsächlich da manchmal einfach das Verständnis [für psychisch belastete Geflüchtete] überhaupt nicht da ist, also, dass die noch gar nicht auf die Idee gekommen sind, dass das schädlich sein könnte, wenn [Geflüchtete in Unterkünften untergebracht werden, wo] direkt nebenan geschossen wird. Also dann gibt's da auch mal Aussagen wie ‚Naja, die kommen aus dem Krieg, die kennen das doch‘“ (REFUGIO_7:30).

Im obigen Zitat wird auf die Situation in einem der Anschlussunterkünfte hingewiesen, welches neben einem militärischen Schießübungsgelände liegt. Für Personen mit PTBS, die aus Kriegsgebieten geflohen sind, kann eine solche Geräuschkulisse traumatisierende Erinnerungen triggern und sie in einen Dauerzustand von Stress und Angst versetzen. An diesem Beispiel lässt sich erkennen, wie wichtig Aufklärung der verantwortlichen Stellen

über Traumatisierungen im Speziellen und psychische Störungen im Allgemeinen ist, um die nach Deutschland ankommenden Geflüchteten ihren Bedürfnissen angemessen versorgen und unterbringen zu können.

In diesem Zusammenhang erhoffen sich viele Beteiligte eine Signalwirkung durch das Projekt, um die Missstände im Asylsystem in Bayern aufzuzeigen. Eine Möglichkeit

„einfach diese Diskrepanz anzusprechen zwischen: hier ist der Bedarf, und das ist das, wie die Leute versorgt werden; dass das so klargemacht wird, in Zahlen [...] präsentiert werden kann auch den entsprechenden Stellen der Regierung und so weiter, dass wir sagen: Es gibt so und so viele schwer Betroffene, und vielleicht nur 20 Prozent haben da eine Weiterbehandlung bekommen“ (REFUGIO_1:80).

Besonders ausschlaggebend ist in diesem Zusammenhang die Bereitschaft der Behörden, das Projekt zu finanzieren und auch mit SoulCaRe zusammenzuarbeiten. Für die nachhaltige Etablierung sowie eventuelle breitflächigere Bereitstellung eines solchen Konzeptes braucht es „dann von einer entscheidenden Stelle auch eine Entscheidung [...], dass es diese Form von Konzept ist, die es geben muss“ (REFUGIO_6:92). In Zukunft werden daher Unterstützung und Zuwendungen wichtig, die von der Politik gefordert werden, um ein nachhaltiges Angebot über den Projektzeitraum hinaus anbieten und ein breitflächigeres Angebot etablieren zu können.

Die Evaluation ist für die Validierung und Anpassung des Konzepts der Früherkennung notwendig. Die Unterstützung aus der Politik sowie die weitere Sensibilisierung für diese besondere Thematik ist darüber hinaus für ein nachhaltiges Angebot notwendig.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wie die qualitativen und quantitativen Daten der Evaluation zeigen, hat SoulCaRe die gesteckten Ziele erreicht: Aufgrund psychischer Belastungen bzw. Erkrankungen besonders vulnerable Geflüchtete konnten bereits in der Erstaufnahme identifiziert und diagnostiziert werden. Damit konnten sowohl für die Unterbringung als auch für die Anhörung Empfehlungen ausgesprochen werden. Die Berücksichtigung der Empfehlungen hängt allerdings stark von den Kapazitäten und Ressourcen in den aufnehmenden Ankerzentren, also bei der Regierung von Oberbayern und beim BAMF ab.

7.1 Das Modell der Peerberater*innen und die Screening-Instrumente haben sich bewährt

Besonders bewährt hat sich das Modell der psychosozialen Peerberater*innen, die den Erstkontakt zu den Neuankömmlingen in der Kurzaufnahme herstellen. Die Peerberater*innen, die selbst einen Migrations- und/oder Fluchthintergrund haben, können die Geflüchteten häufig in deren Muttersprachen ansprechen, verfügen aber in jedem Fall über die sozio-kulturellen Codes (Jäggi, 2009), die gegenseitiges Verständnis schon im ersten Kontakt fördern können. Bewährt haben sich auch die eingesetzten Screening-Instrumente. Die weiterführenden Diagnosen durch das Team der Fachärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen bestätigen in der Regel, dass mit den Screening-Instrumenten die besonders belasteten Personen identifiziert werden konnten. Dies trifft sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder und Jugendlichen im SoulCaRe Projekt zu.

Für die diagnostischen Untersuchungen, die medizinische Behandlung und die Empfehlungen reichen die Kapazitäten im SoulCaRe-Team weitgehend aus. Nur wenige Geflüchtete konnten wegen mangelnder Kapazitäten bei SoulCaRe nicht in das Projekt aufgenommen werden. Schwieriger ist es, die notwendige Transferpausierung für diesen Zeitraum zu erwirken. Zehn Personen konnten aufgrund der nicht gewährten Transferpausierung nicht tiefgehender beraten und behandelt werden. Vier Personen mussten aus Kapazitätsgründen abgelehnt werden. Noch schwieriger wird es, nimmt man die bereits gestellten Kapazitäten in den Aufnahmeeinrichtungen in den Blick:

7.2 Umsetzung der Empfehlungen scheitert häufig an fehlenden Kapazitäten

Die fehlenden räumlichen und personellen Kapazitäten sind auch bei der Umsetzung der Empfehlungen in den Ankerzentren das entscheidende Moment. Während die empfohlene Anbindung an den Sozialdienst in den meisten Fällen berücksichtigt werden kann, scheitern Empfehlungen zur Unterbringung (Einzelzimmer, Rückzugsmöglichkeiten, private Sanitärräume) an den räumlichen Ressourcen. Das verweist aber auch darauf, dass das Konzept der Ankerzentren besondere Bedarfe kaum im Blick hat. Die Einrichtungen dienen laut Koalitionsvertrag der großen Koalition von 2018 vielmehr der schnellen, umfassenden und rechtssicheren Bearbeitung von Asylverfahren. Ganz unabhängig von der vielfach und aus verschiedenen Perspektiven gesellschaftlicher Akteure geäußerten Kritik am Ankerzentrumskonzept zeigt sich, dass die Ausstattung der Ankerzentren schon konzeptionell nicht auf die besonderen Bedarfe vulnerabler Menschen ausgerichtet ist. Dies gilt umso mehr für die Empfehlungen zur medizinisch-therapeutischen Behandlung der psychisch belasteten

Personen. Reichen hier die stationären und ambulanten Hilfen vor allem in ländlichen Bereichen schon kaum für die ansässige Bevölkerung aus, ist es umso schwerer für die asylsuchenden Menschen, Anbindung an ein fachärztliches bzw. therapeutisches Angebot zu finden.

Anders sieht es bei den Empfehlungen für die Anhörung aus. Hier liegt uns zwar nur eine kleine Stichprobe vor, aber es lässt sich daraus ableiten, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge die Empfehlungen weitgehend umsetzt. Allerdings sind diese Empfehlungen auch in der EU-Asylverfahrens- und Aufnahmerichtlinie festgehalten, sodass die Empfehlungen von SoulCaRe erinnernden Charakter haben. Diejenigen aus der Follow-Up-Befragung, die die Anhörung bereits hinter sich hatten, berichten, dass sie Dolmetscher*innen bzw. Sonderanhörer*innen gestellt bekommen haben. Weniger stringent wurden die Pausen eingehalten. Problematisch in der Umsetzung ist hier vor allem das Recht auf Begleitung. Da die Begleitpersonen nicht selbst im Asylverfahren stehen dürfen, sind die Voraussetzungen überhaupt eine Begleitung zu finden anspruchsvoll. Durch die Unterbringung in den Ankerzentren und die damit verbundene de facto Isolierung von der Bevölkerung können die Geflüchteten kaum Kontakte knüpfen, um eine solche Begleitperson zu finden. Sie müssten entweder Familienangehörige oder Bekannte in Deutschland haben, die den Asylprozess bereits (erfolgreich) durchlaufen haben und auch möglichst in der Nähe wohnen, um Unterstützung zu finden. Oder sie müssten an eine ehrenamtliche Struktur angedockt haben, was bei einem schnellen Asylverfahren oft nicht möglich ist. So verwundert es kaum, dass die Empfehlung zur Begleitperson nicht umgesetzt wird. Hier müsste auf politischer Ebene gehandelt werden, um beispielsweise einen ehrenamtlichen „Begleitservice“ zu ermöglichen.

7.3 Von SoulCaRe profitieren alle am Prozess beteiligten.

Die Geflüchteten profitieren in jedem Fall von SoulCaRe. Sowohl durch die Empfehlungen für den weiteren Asylprozess als auch – und das ist ein wichtiges Argument – durch die Aufmerksamkeit, die sie vom SoulCaRe-Team in der Erstaufnahme erleben. Sie erleben Aufmerksamkeit für ihre Geschichte, Unterstützung bei Behandlungs- und Hilfsbedürftigkeit und medizinische Behandlung. Die Kooperationspartner*innen in der Kurzaufnahme profitieren durch zusätzliche personelle Kapazitäten, die sich noch dazu um besonders schutzbedürftige Geflüchtete kümmern. Das erweitert knappe Ressourcen. Der Verwaltungsblick richtet sich zunächst auf das Verwaltungshandeln, das durch die zusätzlichen Ressourcen erleichtert wird. So können auch Richtlinien zur besonderen

Behandlung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter eingehalten werden. Je näher die Interviewten an den Geflüchteten sind, desto klarer wird in den Interviews die positive Wirkung für die Geflüchteten thematisiert. Für sie können Erleichterungen bewirkt werden – unter der Voraussetzung, dass die Kapazitäten dafür da sind.

Alle Interviewten betonen, dass sich die gute Kommunikation zwischen Refugio und den Beteiligten bewährt hat und anfängliche Schwierigkeiten behoben werden konnten. Eine Herausforderung ist für das Projekt allerdings die hohe Fluktuation bei den Mitarbeitenden in der Kurzaufnahme (und den Ankerzentren). Dadurch müssen immer wieder neue Kooperationsbeziehungen hergestellt werden. Das bedeutet für das Team von SoulCaRe zusätzlich Zeit, die für ein gelingendes Projekt aber investiert werden muss.

7.4 Empfehlungen versus Leistungsgarantie – ein Spannungsfeld

Unabhängig vom Themenfeld Flucht und Migration ist bekannt, dass psychische bzw. psychiatrische Diagnosen Aufhänger für Prozesse des Labelling und der Stigmatisierung sein können (vgl. etwa Gaebel, Zäske, & Baumann, 2004). Dazu kommen kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Akzeptanz von psychischen Auffälligkeiten. So können psychische Krankheiten zu Bedrohung und Verfolgung führen und zum Fluchtgrund werden. Dieser Komplex wurde auch von Mitarbeiter*innen von SoulCaRe angesprochen. Sie berichten, dass bei Asylsuchenden im Projekt immer wieder eine Aufklärung darüber nötig ist, welchen Mehrwert die Identifizierung von besonderer Schutzbedürftigkeit für Asylverfahren, Unterbringung und Versorgung mit sich bringen kann. Die Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung ist groß, zumal sie auch zu Selbststigmatisierung neigen können, in dem Sinn, dass sie die Zuschreibungen, Vorurteile und Diskriminierungen der Mehrheitsgesellschaft internalisiert haben und auf sich selbst anwenden.

Diese möglichen Prozesse sollten mitgedacht werden, vor allem dann, wenn das Labelling als „psychisch belastet/psychisch krank“ nicht zu den erwarteten Erleichterungen führt, weil die Kapazitäten für die Umsetzung der Empfehlungen nicht ausreichen.

7.5 Empfehlungen für den weiteren Verlauf von SoulCaRe

- Früherkennung in der Erstaufnahme hat sich bewährt. Das Angebot von SoulCaRe sollte in jedem Fall mit der vorgehaltenen Personalausstattung weitergeführt werden.
- Das psychosoziale Peer-Modell erscheint aufwendig, ist aber das Herzstück von SoulCaRe und sollte auf jeden Fall beibehalten werden. Was sind seine Stärken?

- Vertrauensaufbau ist möglich durch muttersprachlichen und kulturell vertrauten Zugang.
- Geflüchtete haben Ansprechpersonen.
- Nachsorge wird dadurch eher umsetzbar.

Gleichzeitig werden die Peerberater*innen aber Tag für Tag mit der Gewalt konfrontiert, die die Geflüchteten erlebt haben. Das macht es notwendig, Entlastungs- und Schulungsangebote für Peerberater*innen regelmäßig anzubieten.

- Nachsorge bleibt auch jenseits von externen Evaluationsbedürfnissen wichtig. Mit den Follow-Up-Gesprächen wird die Verantwortung für besonders vulnerable Geflüchtete wahrgenommen. Die Übergabe in die Anschlussunterbringung kann so überprüft werden, ebenso wie die medizinisch-therapeutische Anbindung. Gegebenenfalls könnten auch Interventionen erfolgen, um die Asylsuchenden zu unterstützen, wenn Empfehlungen nicht umsetzbar scheinen.
- In diesem Sinne wären Übergabegespräche mit z.B. Sozialdienst oder medizinischem Dienst der Anschlussunterbringung optimal. Dies würde auch die Asylsuchenden unterstützen, die mit der Übergabe der Empfehlungsschreiben an die Verantwortlichen im Ankerzentrum mitunter überfordert sind.
- Ein zweites Nachsorgegespräch nach der Anhörung mit Geflüchteten empfiehlt sich weiterhin.
- Intensive, fallbezogene und fallübergreifende Kooperationen mit den anderen Diensten in der Erstaufnahme bzw. mit BAMF und Regierung von Oberbayern als Qualitätsmerkmal sollten beibehalten werden. Das bedeutet aber auch, dass die Zeit dafür im Stellenplan eingeplant werden muss. Dies gilt auch für den Mehraufwand an Vernetzungsarbeit, der durch die hohe Fluktuation beim Personal in der Kurzaufnahme und in den Ankerzentren immer wieder neu notwendig wird.
- Wie kann es weitergehen, wenn ein Aufenthaltsstatus erreicht wurde?
Eine wichtige Voraussetzung wäre der politische und gesellschaftliche Wille, Betreuungsangebote für psychisch belastete Geflüchtete als Prävention zu begreifen. Dies wäre sowohl eine individuelle Prävention im Sinne einer Vorbeugung von

Selbstgefährdung, aber auch eine gesellschaftliche Prävention, weil durch die Behandlung und Medikation auch einer Fremdgefährdung vorgebeugt werden kann. Nicht zuletzt können durch SoulCaRe hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem abgewendet werden, die sich durch die Chronifizierung von Beschwerden ergeben können.

Optimal wäre eine Begleitung der Übergabe ins medizinische System durch ein Case-Management, da die Geflüchteten mit dem individualisierten, deutschen Gesundheitssystem oft überfordert sind.

Als präventive Maßnahme sollte ein Case-Management als eigenes Angebot für psychisch labile/psychisch kranke Geflüchtete regional eingerichtet werden.

Diese Empfehlungen setzen natürlich eine politische und gesellschaftliche Konstellation voraus, die der Integration von Geflüchteten Priorität gibt.

8 Literaturverzeichnis

- Al Masri, F., Müller, M., Nebl, J., Greupner, T., Hahn, A., & Straka, D. (2021). Quality of life among Syrian refugees in Germany: a cross-sectional pilot study. *Archives of Public Health*, 79(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00745-7>
- Angermeyer, M. C. [M. C.], & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304–309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Birck, A. (2002a). *Traumatisierte Flüchtlinge: Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Heidelberg, Kröning: Asanger.
- Birck, A. (2002b). Zur Erfüllbarkeit der Anforderung der Asylanhörung für traumatisierte Flüchtlinge aus psychologischer Sicht, 22(1), 28–33.
- Birck, A. (2005). Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen. In F. Haenel & M. Wenk-Ansohn (Eds.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (pp. 76–97). Weinheim: Beltz.
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., . . . Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>

- Boettcher, V. S., Nowak, A. C., & Neuner, F. (2021). Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1910407. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1910407>
- Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim, Y. (2020). The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: A register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 362.
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLOS ONE*, *10*(7), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2022). Ankunftszentren und AnKER-Einrichtungen. Retrieved from <https://www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/Ankunftszentren/ankunftszentren-node.html>
- Asylgesetz (1992).
- Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz) (2004).
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., . . . Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: A descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, *11*(1), 1.
- Defar, S., Abraham, Y., Reta, Y., Deribe, B., Jisso, M., Yeheyis, T., . . . Ayalew, M. (2023). Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1134032. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1134032>
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (2018). *Auswertung Befragung der Landesministerien*. Retrieved from https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Fachausschuesse/18-10-30_Auswertung_Befragung.pdf
- Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (2016).
- Richtlinie 2013/32/EU zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (2013).

- Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (2013).
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Friele, B., & Saborowski, N. (2015). Zur frühzeitigen Erkennung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender: Der PROTECT-Fragebogen zur Aufnahme von Hinweisen auf psychische Belastungen. *Asylmagazin*. (4), 110–114.
- Gaebel, W., Zäske, H., & Baumann, A. (2004). Psychisch Kranke: Stigma erschwert Behandlung und Integration. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(48), 3253–3255. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/archiv/44732/Psychisch-Kranke-Stigma-erschwert-Behandlung-und-Integration>
- Gagliardi, J., Brettschneider, C., & König, H.-H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Conflict and Health*, 15(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13031-021-00378-1>
- Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 77, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030>
- Goodman, R. (2006). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Hager, N. (2016). Abschiebung trotz schwerer Krankheit? Die gesetzlichen Neuregelungen zu Abschiebungshindernissen aus gesundheitlichen Gründen. *Asylmagazin*. (6), 160–166. Retrieved from https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/08/Asylmagazin_Nina-Hager_2016.pdf
- Herlihy, J., Scragg, P., & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories--implications for the assessment of asylum seekers: Repeated interviews study. *BMJ*, 324(7333), 324–327. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7333.324>
- Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., & Habel, U. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: systematic ... *BJPsych Open*, 7(e93), 1–12.

- Jäggi, C. J. (2009). *Sozio-kultureller Code, Rituale und Management*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jaschke, P., & Kosyakova, Y. (2021). Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. *International Migration Review*, 55(3), 812–842.
<https://doi.org/10.1177/0197918320980413>
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017a). Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup2), 1389205.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1389205>
- Kaltenbach, E., Härdtner, E., Hermenau, K., Schauer, M., & Elbert, T. (2017b). Mental health screening in refugees-Assessing the needs of the vulnerable seeking asylum. Retrieved from https://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/institutter/psykologi/videnscenter+for+psykotraumatologi/estss2017/e_lisa+kaltenbach++s21/kaltenbach17_rhs_estss.pdf
- Kaltenbach, E., Schauer, M., Hermenau, K., Elbert, T., & Schalinski, I. (2018). Course of Mental Health in Refugees-A One Year Panel Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
- Köhnken, G. (2003). Glaubwürdigkeit. In R. Lempp, G. Schütze, & G. Köhnken (Eds.), *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 318–341). Steinkopff, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-57383-5_29
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Mayer, R. C. F., Alves, M. R., Yamauti, S. M., Silva, M. T., & Lopes, L. C. (2021). Quality of Life and Functioning of People With Mental Disorders Who Underwent Deinstitutionalization Using Assisted Living Facilities: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 12. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.622973>
- Mosser, P. (2019). Flucht - Trauma - Abschiebung: Der Umgang mit geflüchteten Menschen als Manifestation verschränkter Disziplinlogiken. *Forum Gemeindepsychologie*, 24(1). Retrieved from <http://www.gemeindepsychologie.de/169.html>
- Nesterko, Y. [Y.], Jäckle, D. [D.], Friedrich, M. [M.], Holzapfel, L. [L.], & Glaesmer, H. [H.] (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in

- recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e40. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- Nesterko, Y. [Yuriy], Jäckle, D. [David], Friedrich, M. [Michael], Holzapfel, L. [Laura], & Glaesmer, H. [Heide] (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health*, 14(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- Nickerson, A., Steel, Z., Bryant, R., Brooks, R., & Silove, D. (2011). Change in visa status amongst Mandaean refugees: Relationship to psychological symptoms and living difficulties. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 267–274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.015>
- Odenwald, M., Schmitt, T., Neuner, F., Ruf, M., & Schauer, M. (2006). Aussageverhalten von traumatisierten Flüchtlingen : eine Untersuchung zum Vorbringen des eigenen Verfolgungsschicksals im Rahmen des Asylverfahrens. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 14(1/2), 225–253. Retrieved from <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/10206>
- Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R. B., . . . McIntyre, R. S. (2019). Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS Spectrums*, 24(1), 22–29. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001207>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. 2227-4316.
- Refugio München (2022). SoulCaRe: Früherkennung traumatisierter und/oder psychisch erkrankter Asylsuchender, psychosoziale Beratung und psychiatrische Diagnostik für Asylsuchende in der Kurzaufnahme. Retrieved from https://www.refugio-muenchen.de/wp-content/uploads/media/infoblatt-soulcare-refugio-muenchen_dienste_220321.pdf
- Richter, K., Lehfeld, H., & Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern [Waiting for Asylum: Psychiatric

- Diagnosis in Bavarian Admission Center]. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 834–838.
<https://doi.org/10.1055/s-0035-1564075>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. [Matthias C.], & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., . . . Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057>
- Schneck, U. (2020). Flucht und Trauma: Relevante Aspekte zum sensiblen Umgang mit psychischer Belastung. In H. Schirovsky, J. Schmidtke, & J. Volkert (Eds.), *Nicht nur über, auch mit Geflüchteten reden: Verwirklichungschancen, Einschränkungen und Integration aus der Sicht Geflüchteter* (pp. 109–120). Tübingen: Tübingen Library Publishing.
- Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 26286. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286>
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179–187.
- Söndergaard, H. P., Ekblad, S., & Theorell, T. (2003). Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(3), 185–189. <https://doi.org/10.1080/08039480310001328>
- Stadt München (2022). Flüchtlingsunterkünfte in München: Definitionen, Übersicht und Daten zu in München untergebrachten Flüchtlingen. Retrieved from <https://stadt.muenchen.de/infos/fluechtlingsunterkuenfte-in-muenchen.html>
- Statistisches Bundesamt (2021). Schutz-suchende nach Schutz-status und Bundesländern. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-bundeslaender.html>

- Statistisches Bundesamt (2022). Schutzsuchende nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/auslaenderstatistik-schutzsuchende.html>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *302*(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Thomsen, J. (2019). *Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren.: Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen.*
- UNHCR (2021). Global Trends Report. Retrieved from <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>
- Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Silove, D., Wentzel-Larsen, T., van Ta, T., & Hauff, E. (2010). Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(2), 122–125. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.059139>
- Van der Boor, C. F., Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C., & White, R. G. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health*, *14*(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00292-y>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, NY, US: Viking.
- Vom Felde, L., Flory, L., & Baron, J. (2020). *Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen: Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen.* Berlin: BAfF e.V.
- Walther, L., Kröger, H., Tibubos, A. N., Ta, T. M. T., Scheve, C. von, Schupp, J., . . . Bajbouj, M. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: A cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. *BMJ Open*, *10*(8), 1-10.
- Wenner, J., Bozorgmehr, K., Duwendag, S., Rolke, K., & Razum, O. (2020). Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: Results from a

natural quasi-experiment. *BMC Public Health*, 20(1), 846. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08981-2>

Winkler, J. G., Brandl, E. J., Bretz, H. J., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus [The Influence of Residence Status on Psychiatric Symptom Load of Asylum Seekers in Germany]. *Psychiatrische Praxis*, 46(4), 191–199. <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>