

Früherkennung von besonders vulnerablen Geflüchteten in ANKER- und Erstaufnahmeeinrichtungen

Stand: 18.02.2025

Ein Konzept erstellt in Zusammenarbeit von:

- Dr. Joost Butenop, Regierung von Unterfranken
- Refugio München, Projekt SoulCare
- Erlörschwestern, Projekt SoulTalk in Geldersheim

Die neue EU-Aufnahmerichtlinie sowie die Asylverfahrens-Verordnung und die Screening-Verordnung des GEAS vom Mai 2024 sehen ein flächendeckendes Screening auf Vulnerabilitäten vor.¹ An den Außengrenzen (Flug- und Seehäfen) sind die Grenzbehörden (Bundespolizei) für die Feststellung von Vulnerabilitäten zuständig. Für die Prüfung von Vulnerabilitäten im Inland sind die Bundesländer zuständig (durch noch zu benennende Behörden). Zur Umsetzung des Screenings im Inland werden in diesem Vermerk Umsetzungsvorschläge vorgestellt. Diese wurden für das Screening auf psychische Vulnerabilitäten in Kooperation mit SoulTalk / Erlörschwestern in Geldersheim und Refugio München - SoulCare entwickelt. Für das Screening anderer Vulnerabilitäten wurden Hilfsorganisationen und Wohlfahrtsverbände (u.a. Handicap International / Crossroads, DRK, Caritas, Diakonie sowie das Berliner Netzwerk für Schutzbedarfe) sowie Kolleginnen aus Behördennetzwerken konsultiert.

Das Projekt zur Früherkennung besonders schutzbedürftiger Asylsuchender wird gefördert aus Fördermitteln der EU – AMIF (Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds) und des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration.



**Kofinanziert von der
Europäischen Union**



Gefördert durch

**Bayerisches Staatsministerium des
Innern, für Sport und Integration**

¹ Zur Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) wurde am 20. Dezember 2024 der Nationale Implementierungsplan (NIP) durch das BMI veröffentlicht: [Nationaler Umsetzungsplan \(NIP\) DE - FragDenStaat](#)

Annahmen:

- a) Die Behörden sind verpflichtet ein Screening anzubieten. Insofern ist die Form einer verpflichtenden Angebotsuntersuchung ausreichend.
- b) Die in Abb. 1 und Tab. 1 dargestellten Abläufe und Berechnungen basieren auf der Annahme von durchschnittlich ca. 30 Neuzugängen pro Tag in einer ANKER Einrichtung.
- c) Gemäß der EU-Verordnungen muss das Screening innerhalb von 72 Stunden nach Ankunft durchgeführt werden. Angesichts weitgehend sehr sensibler Themen für das Screening (psychische Gesundheit, FGM_C, Behinderungen, LGBTQ*, Opfer von Menschenhandel, Folteropfer, Schwangerschaft etc.) macht es aus fachlicher Sicht Sinn die Asylbewerber zunächst ankommen und ausruhen zu lassen und nach ein bzw. zwei Tagen des Vertrauensaufbaus das Angebot zum Screening zu machen.²
- d) Ein professionelles Screening kann so früh nach Ankunft aus fachlicher Sicht nur von Hilfsorganisationen (NGO) durchgeführt werden, um eine Akzeptanz des Angebotes zu ermöglichen und Verzerrungen zu vermeiden. Das Screening sollte in vertrauter und „sicherer“ Umgebung stattfinden.

Vorbemerkung:

Es ist grundsätzlich nicht möglich alle Bedarfe / Vulnerabilitäten bei Ankunft bzw. innerhalb von 72 Stunden erfassen.³ Es sollte daher Strukturen geben, Vulnerabilitäten zu späteren Zeitpunkten erfassen und melden zu können. Identifizierte Vulnerabilitäten sollten in den Anschlussunterbringungen weiter begleitet werden. Hierfür ist eine zentrale Koordinationsstelle erforderlich („Psych-Koordinator*in“, „Vulnerabilitätskoordinator*in“, ggf. Erweiterung des Portfolios der bereits existierenden Gewaltschutzkoordinator*innen bzw. Erweiterung um eine medizinisch-fachliche Expertise), bei der sämtliche Informationen aus einer Region zusammenlaufen. Dies könnte auch im Rahmen aufsuchender Sozialarbeit durch Landratsämter oder Hilfsorganisationen gewährleistet werden.

Es ist essenziell, das Personal in Erstaufnahmeeinrichtungen und Anschlussunterbringungen mit Schulungen zu sensibilisieren und zu qualifizieren, um Vulnerabilitäten zu erkennen. Hierzu zählen neben den Mitarbeitenden von Behörden auch Hilfsorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Ehrenamtliche, Sicherheitsdienste und ggf. andere Dienstleister.

² Wie z.B. in den Niederlanden in der zentralen Erstaufnahme Ter Apel praktiziert.

³ Wie in der GEAS-Reform vorgesehen

1. Umsetzung Screening auf psychische und andere Vulnerabilitäten

Für die Umsetzung des Screenings auf mentale Gesundheitsprobleme wird ein zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen. In einem ersten Schritt muss allen Neuzugängen Information über das Screening zu kommen, gekoppelt mit dem Angebot teilzunehmen. Die Teilnahme am Screening erfolgt im Einverständnis, bevorzugt in einem geschützten Raum und vorherigem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, das eine offene Kommunikation erlaubt. Das Screening selbst wird mit einem Standardfragebogen durchgeführt, der im Einzelnen noch erarbeitet werden muss.⁴ Als Vorlage können bereits vorhandene verifizierte Fragebögen dienen, gegebenenfalls auch die Vorlage aus Unterfranken (s. M. Keklik, 2022⁵). Aus dem Fragebogen wird eine Punktzahl (Score) ermittelt, bei reichen eines Cut-off wird eine psychosoziale Vulnerabilität festgehalten und dokumentiert.

Das Screening auf andere Vulnerabilitäten lässt sich in das Screening auf psychische Vulnerabilitäten integrieren. Hierzu müssten die psychologischen Fragebogen um Fragen auf andere Vulnerabilitäten erweitert werden. Hierzu kann auf bereits existierende Leitfäden zurückgegriffen werden⁶. Die Form sollte ein leitfadengestütztes offenes Gespräch sein, das an das psychologische Screening anschließt und bei dem die unten genannten Schutzbedarfe Berücksichtigung finden. Denn es ist wichtig zu beachten, dass Schutzbedarfe vielschichtig sind und sich in einem intersektionalen Verständnis überlagern bzw. gleichzeitig auftreten können. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit ein Screening zu meist hochsensiblen Vulnerabilitäten, innerhalb von 72 Std unter Gesichtspunkten der Kultursensibilität und Würde durchgeführt werden kann. Das BAMF (2022) listet folgende Schutzbedarfe⁷:

- Unbegleitete Minderjährige
- Minderjährige im Familienverband
- Schwangere
- Alleinerziehende mit Kindern
- Geschlechtsspezifisch Verfolgte
- Folteropfer und Opfer von Gewalt
- Opfer von Menschenhandel
- Ältere Menschen

⁴ Es sind u.a. abzuwägen / zusammenzuführen: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Perceived Stress Scale-10 (PSS-10), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), PRO-TECT questionnaire, Harvard Scale

⁵ Masterarbeit der Abteilung Psychologie der Universität Würzburg im Auftrag des StMI

⁶ Hier seien genannt: „Be Safe - Leitfaden für die Erkennung besonderer Schutzbedarfe“, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren, 2022; „Leitfaden zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten in Berlin“, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales Berlin, 2018 für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

⁷ Gemäß BAMF 2022: „Die Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren“ (https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Asyl/Fluechtlingsschutz/konzept-identifizierung-vulnerable-personen.pdf?__blob=publicationFile&v=6); sowie: Art. 21 EU Aufn-RL 2013/33

- Menschen mit Behinderungen (oft sind dies Seh- oder Hörstörungen bei Kindern, die nicht offensichtlich sind – hierfür ist entsprechendes Untersuchungsmaterial vorzuhalten)
- Personen mit schweren Erkrankungen
- [Personen mit psychischen Erkrankungen (s.o.)]
- FGM_C Betroffene

Für die Durchführung des in Informationsangebotes sowie des Screenings werden geschulte Peerberater*innen eingesetzt, die selbst einen Fluchthintergrund haben und in Deutschland über einen Aufenthaltstitel verfügen. Um die zu erwartete Anzahl von 30 Screenings pro Tag zu schaffen, werden neben einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) für das Informationsangebot drei weitere Peers (VZÄ) benötigt. Aus den Erfahrungen der bereits jetzt durchgeführten Screenings lässt sich ableiten, dass ein Peer Berater 3-4 Screenings inkl. Dokumentation pro Tag durchführen kann.

Für den Fall, dass durch das Screening ein krisenhafter Trauma-Prozess ausgelöst wird, ist ein professionelles Backup für die Krisenintervention nötig, die hier mit ½ VZÄ einer approbierten Psychologin abgedeckt ist (die gleichzeitig eine Projektleitungsfunktion haben könnte / sollte).

Der Raumbedarf für die erste Stufe des Screenings liegt bei fünf Räumen, 1x mind. 25m² für die Informationsveranstaltungen aller Neuzugänge, 3x für die individuellen Screenings (je 12m²), und ein Raum für die Krisenintervention bzw. Projektleitung (12m²). Die Ergebnisse der Screenings müssen täglich sorgfältig dokumentiert werden. Die Art und Weise der Dokumentation sowie die Kommunikation der gesammelten personenbezogenen Informationen im Rahmen der Patientenrechte und behördlichen Datenschutzrichtlinien ist noch im Detail zu klären.⁸ Bei dem zu wählenden Format der Dokumentation ist auch die Meldung eines besonderen Schutzbedarfs an das BAMF gemäß § 8 AsylG oder § 12a (3) (AsylG) zu berücksichtigen, damit ggf. Sonderbeauftragte rechtzeitig hinzugezogen werden können.

Nach Feststellung einer psychischen Vulnerabilität wird in einer zweiten Stufe eine Diagnostik angeschlossen. Diese kann - und aus fachlicher Sicht sollte! - ebenfalls in der ANKER Einrichtung unter möglichst innerhalb von 72 Stunden durchgeführt werden im Sinne der zeitnahen Meldung besonderer Schutzbedarfe. Es ist auch denkbar, dass die Diagnostik außerhalb der ANKER Einrichtung stattfinden kann, zum Beispiel in den Räumlichkeiten einer Fachstelle / Klinik / Hilfsorganisation. Die entsprechende Transport-Logistik ist dann vorzuhalten. Sobald

⁸ Hier gibt es u.a. eine Initiative der Uni Heidelberg i.R. des Projektes PROTECT-ING, die in mehreren Seminaren mit breiter Beteiligung von Akteuren Ende 2024 in mehreren Bundesländern Dokumentationsverfahren diskutiert hat. <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/protect-ing/>

die Diagnostik abgeschlossen ist, besteht erneut der Bedarf an Dokumentation und Meldung von Schutzbedarfen, die für das weitere Asylverfahren genutzt werden kann.

Personal: Vor dem Hintergrund, dass eine VZÄ Psychologin in der Woche ca. zehn Diagnosen stellen kann, sollten zwei VZÄ Psychologinnen geplant werden, sowie mind. zwei Dolmetscher (je 75% VZÄ) bzw. ggf. mehr Personen im gleichen Zeitumfang, um das Spektrum der Sprachen in der ANKER Einrichtung abdecken zu können. Für die Dokumentation und Meldungen in beiden Stufen des Verfahrens sollten zwei VZÄ Assistentinnen geplant werden, unter anderem wegen erwarteter Arbeitslast sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretung. Der Raumbedarf für die Diagnostik und die Dokumentation beträgt insgesamt vier Räume (2x 16m² für die Diagnostik und 2x12m² für die Dokumentation).

In Abb. 1 sind die möglichen Abläufe eines zweistufigen Vorgehens dargestellt.

Es ist unabdingbar, für Asylbewerber*innen, die nach dem Screening als behandlungsbedürftig aufgefallen sind, eine Anschluss-Versorgung zu gewährleisten, ggf. noch während des Aufenthalts in der ANKER Einrichtung, vornehmlich in der Anschlussunterbringung.

Dies können Anbindungen an die folgenden Strukturen sein:

- a) **Niederschwelliges psychosoziales Gesprächsangebot** in der ANKER Einrichtung (als Beispiel sei SoulTalk im ANKER Unterfranken genannt)
- b) **Follow up / Case Management** durch behördliche Strukturen wie z.B. Gewaltschutzkoordinatoren (in der Regel Sozialpädagogen) oder noch zu schaffende Positionen der „Psych-Koordination / Vulnerabilitätskoordination“ bzw. weiterer fachlicher Expertise. Auch eine aufsuchende Sozialarbeit sollte hier erwogen werden. Hierbei stehen folgende Zielsetzungen im Vordergrund: Sicherstellung einer sich anschließenden medizinischen / psychologischen Versorgung und Sicherstellung der Wahrnehmung dieser Angebote. Eine nicht in jedem Fall eingerichtete gesetzliche Betreuung hat sich nicht durchgehend bewährt als ausreichende Maßnahme.
- c) **Medikamentöse Versorgung / fachärztliche Anbindung**: Bei relevanten Diagnosen ist unter Umständen eine medikamentöse Versorgung nötig. Diese muss auch in Anschlussunterbringungen gewährleistet werden und eine entsprechende hausärztliche / fachärztliche Anbindung ist unerlässlich und sollte nachgehalten werden, z.B. durch die oben erwähnte Case Management-Struktur.
- d) **Psychotherapeutische Versorgung**: Vereinzelt sind bei entsprechend diagnostizierten Asylbewerbern Psychotherapien nötig und zielführend. Diese sollten ermöglicht werden.

- e) **Psychosoziale Zentren** bieten die Möglichkeit, viele der hier genannten Optionen zu vereinen, wie Beispiele in München/Augsburg/Landshut (Refugio München)⁹, Nürnberg¹⁰ und (noch in Anfängen) Neu-Ulm¹¹ zeigen. Von bundesweit 50 PSZ befinden sich drei in Bayern (bei einer Aufnahmequote von rund 15% nach Königsteiner Schlüssel).
- f) **Gesonderte Unterbringung:** Für Einzelfälle sollte bei der Unterbringung auf die psychischen Konditionen Rücksicht genommen werden, sei es in Form von Einzelzimmern oder Sonder-Unterbringungen.¹²

Mit dem Beginn einer verpflichtenden Angebotsuntersuchung / flächendeckenden Screenings werden die bisher identifizierten Versorgungsbedarfe absehbar steigen. Hierfür sollten rechtzeitig Vorkehrungen getroffen werden und Strukturen wie unter a) – f) (S.4) gelistet aufgebaut werden. Erfahrungswerte können hierbei aus Regionen gewonnen werden, wo diese Versorgungsstrukturen bereits bestehen bzw. aus vorliegenden, eigenen Studien (s. Tab 2).

Tabelle 1: Anzeichen psychischer Belastungen bei Asylbewerbern (%), internationale und nationale Studien (eigene Untersuchung: Keklik,, 2022)

	Internationale Studien			Studien aus Deutschland		
	Blackmore (2020)	Lindert (2018)	Steel (2009)	Hajak (2021)	Nesterko (2019) Renner (2021) Winkler (2019)	Keklik (2022) (eigene Studie im ANKER Unterfranken)
	Metaanalyse (26 Studien)	Metaanalyse (15 Studien)	Metaanalyse (161 Studien)	Systematisches Review (13 Studien)		
PTBS	31%	32%	31%	15-61%	-	45%
Depression	31%	35%	12%	11-47%	-	30%
Somatische Symptome	-	-	-	-	31-48%	40%

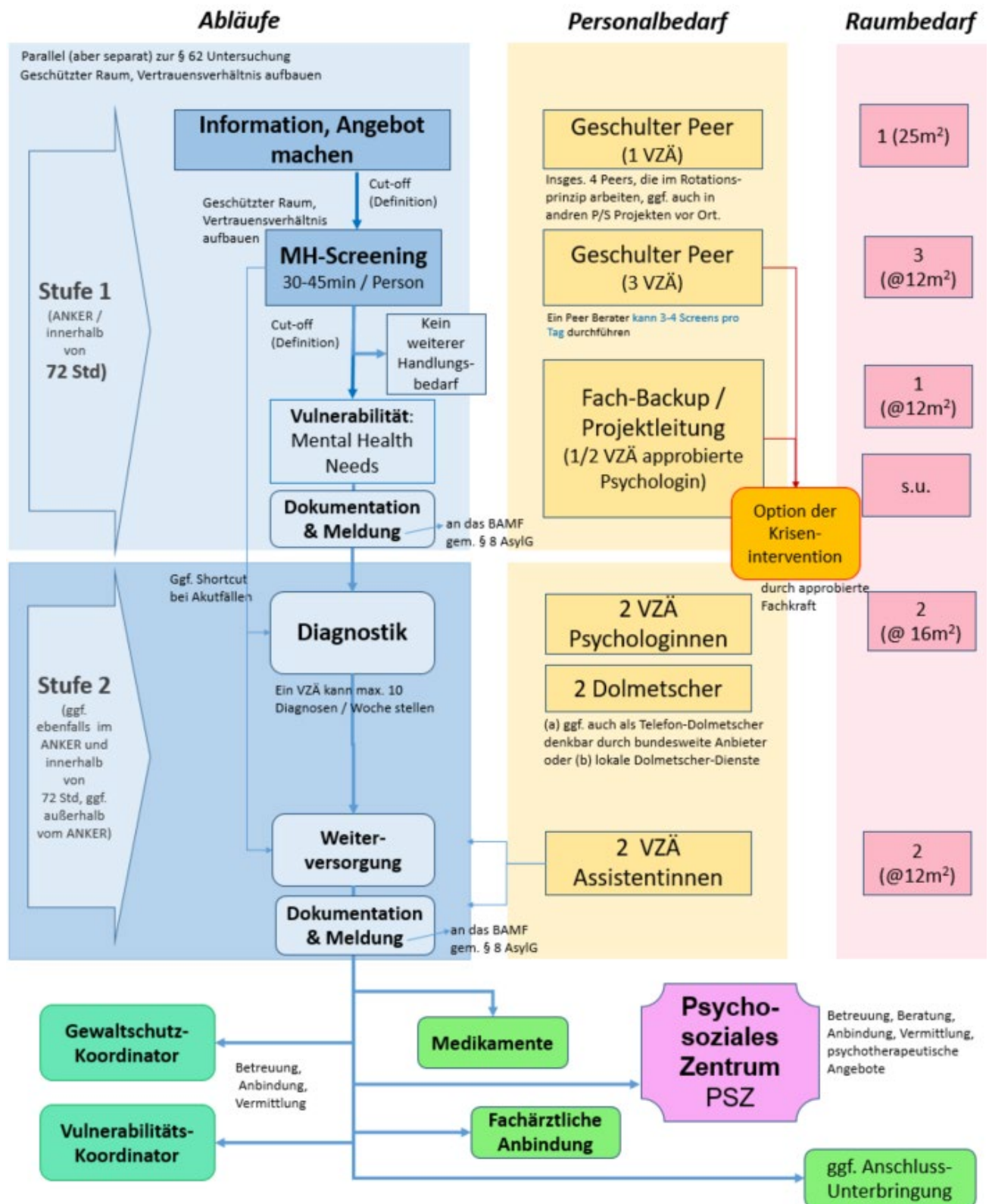
⁹ <https://www.refugio-muenchen.de/>

¹⁰ <https://www.rummelsberger-diakonie.de/das-psychosoziale-zentrum-fuer-gefluechtete-psz>

¹¹ <https://psz-neu-ulm.com/>

¹² Beispiele: LGBTQ*-GU in Nürnberg (<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/nuernberg-erste-unterkunft-fuer-homosexuelle-fluechtlinge-a-1075019.html>), Sonder-GU für Vulnerable in Würzburg, Betreutes Wohnen für psychisch Kranke in Frankfurt (<https://www.diakonie-frankfurt-offenbach.de/ich-suche-hilfe/leben-mit-behinderung/martinus-wohnen-fuer-fluechtlinge/>)

Abb. 1: Darstellung von Abläufen und personellem und räumlichen Bedarfen für ein Screening auf psychische Vulnerabilitäten in einer ANKER Einrichtung



2. Umsetzung Screening auf andere Vulnerabilitäten

Für die Umsetzung des Screenings auf andere Vulnerabilitäten lässt sich ebenfalls ein zweistufiges Vorgehen überlegen. Das Prozedere ließe sich in den Abläufen mit dem oben vorgestellten grob vergleichen und in Teilen (räumliche Nähe, ggf. personell) in das Screening auf psychische Vulnerabilitäten integrieren. Allerdings sind Vulnerabilitäten vielschichtig und es stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit ein Screening zu meist hochsensiblen Vulnerabilitäten innerhalb von 72 Std unter Gesichtspunkten der Kultursensibilität und Würde durchgeführt werden kann. Es gilt daher vorab verbindlich zu klären, welche Vulnerabilitäten untersucht werden sollen; das BAMF (2022) listet¹³:

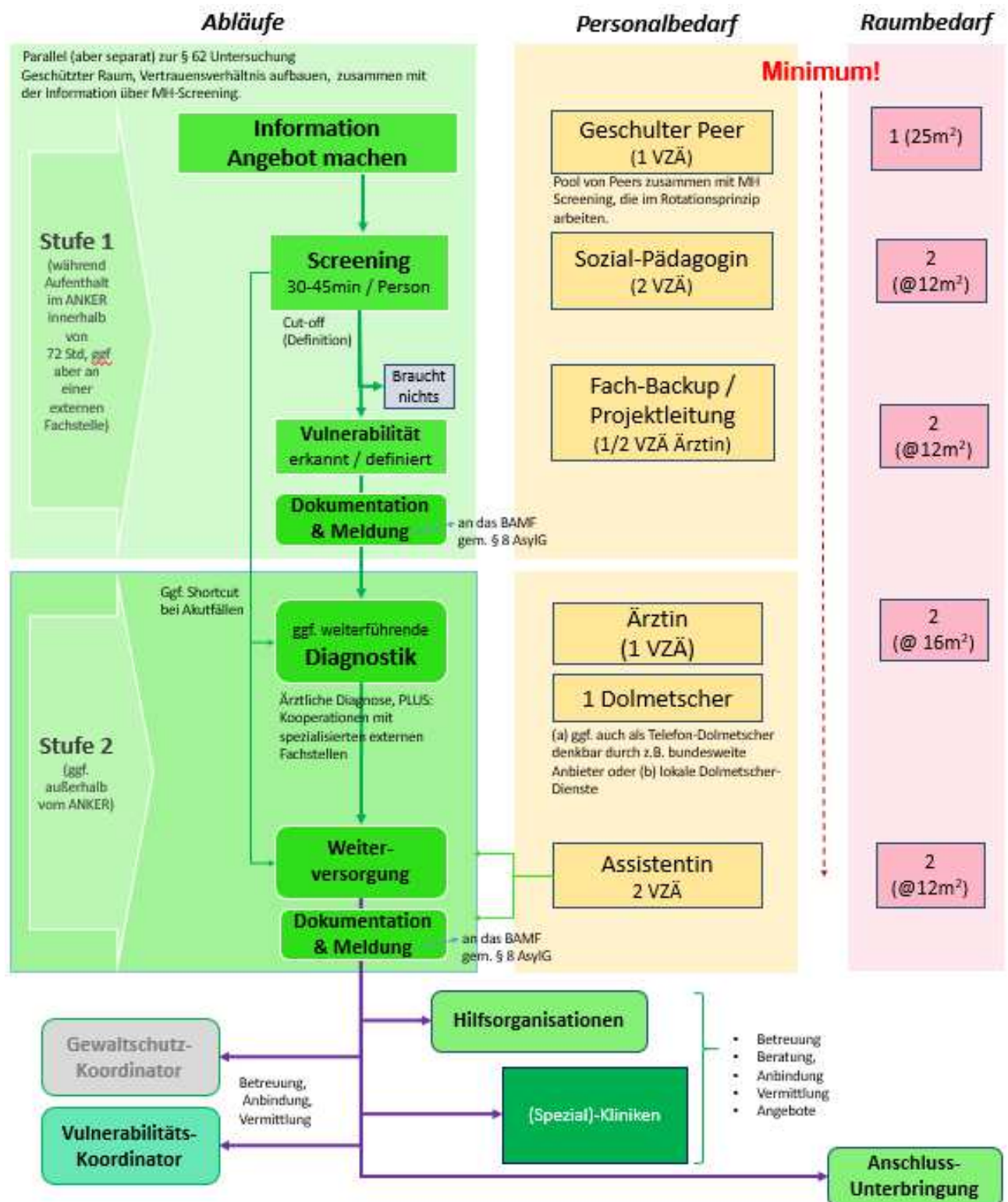
- Unbegleitete Minderjährige
- Minderjährige im Familienverband
- Schwangere
- Alleinerziehende mit Kindern
- Geschlechtsspezifisch Verfolgte
- Folteropfer und Opfer von Gewalt
- Opfer von Menschenhandel
- Ältere Menschen
- Menschen mit Behinderungen (oft sind dies Seh- oder Hörstörungen bei Kindern, die nicht offensichtlich sind – hierfür ist entsprechendes Untersuchungsmaterial vorzuhalten)
- Personen mit schweren Erkrankungen
- [Personen mit psychischen Erkrankungen (s.o.)]
- FGM_C Betroffene

Zu diesen Screenings bedarf es weiterer ausführlicher Konsultationen, die im Rahmen dieses Vermerkes nicht abgebildet werden können.¹⁴

¹³ Gemäß BAMF 2022: „Die Identifizierung vulnerabler Personen im Asylverfahren“ (https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Asyl/Fluechtlingsschutz/konzept-identifizierung-vulnerable-personen.pdf?__blob=publicationFile&v=6); sowie: Art. 21 EU Aufn-RL 2013/33

¹⁴ Es sei auf die Gründung eines bundesweiten Arbeitskreises zur Identifizierung von Vulnerabilitäten bei der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Berlin im März 2025 hingewiesen, der Fachempfehlungen formulieren wird.

Abb. 2: Darstellung von Abläufen und personellem und räumlichen Bedarfen für ein Screening auf Vulnerabilitäten in einer ANKER Einrichtung (Personal- und Raumbedarf hängt vom Untersuchungsspektrum ab und ist hier nur indikativ und als Minimum angegeben!)



Annex 1: Versorgungskaskade für psychisch auffällige Schutzsuchende

