Screeningbogen zur Früherkennung besonderer Schutzbedarfe
bei der Aufnahme flüchtender Menschen in Deutschland

Der folgende Screeningbogen ist ein Leitfaden für ein kurzes Erstgespräch nach der Aufnahme. Im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie stellt er eine erste Möglichkeit dar, Vulnerabilität zu erkennen und besondere Schutzbedarfe zu dokumentieren und umzusetzen. Das Gespräch soll helfen, festzustellen, ob Personen besondere Unterstützung in Bezug auf Unterbringung oder gesundheitliche Versorgung benötigen oder ein Anrecht auf besondere Garantien im Rahmen ihres Asylverfahrens haben. Dies sollte zu Beginn der Befragung kommuniziert werden.

Die Fragen beziehen sich auf eine Reihe besonderer Bedarfe, die zum Teil in Folge schwerer Gewalt entstehen. Da es oft aus Angst oder Scham schwer ist, über diese Themen zu sprechen, kommt es bei einigen Fragen zu Dopplungen.
Dies soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Personen sich angesprochen fühlen und Mut fassen, zu antworten. Vermeintliche Dopplungen im Fragebogen sollten deshalb auf keinen Fall übersprungen werden. Volljährigen Personen (und wenn möglich auch Jugendlichen), die im Familienverbund reisen, sollte angeboten werden, die Fragen allein, also in einem vertraulichen Rahmen, zu beantworten.
In jedem Fall sollte für das Gespräch ein möglichst geschützter Rahmen (idealerweise ein ruhiger, geschlossener Raum) geschaffen werden.

Die Beantwortung der Fragen erfolgt freiwillig. Die Beantwortung der Fragen hat keine negativen Auswirkungen auf den Ausgang des Asylverfahrens. Dies sollte - zusammen mit einer Erläuterung zu Datenschutz und Informationsweitergabe - zu Beginn des Gesprächs klar kommuniziert werden.

Das Ziel der Befragung ist eine möglichst effiziente Verweisberatung. Um das Gespräch konstruktiv und handlungssicher zu führen, sollten Mitarbeitende die nötigen Informationen für den Verweis an eine bedarfsgerechte Beratung bereits vorliegen haben. Informationen zu zuständigen und qualifizierten Fachstellen können in einigen Bundesländern durch bereits bestehende Netzwerke zu besonderen Schutzbedarfen niedrigschwellig bereitgestellt werden. Es ist nicht nötig (und oft auch nicht hilfreich), die angesprochenen Themen im Erstgespräch weiter zu vertiefen. Der Fokus sollte auf einer empathischen Gesprächsführung und auf der Vermittlung von Informationen zu Beratungs- und Versorgungsmöglichkeiten liegen.

ALLGEMEINE DEMOGRAFISCHE FRAGEN

Wie alt sind Sie?

□ unter 18
□ 18-61 Jahre
□ älter als 61 Jahre
□ Ich möchte keine Angabe machen

→ wenn minderjährig oder über 61: Beratungsgespräch anbieten

wenn unter 18:
Ist eine erwachsene Person bei dir, die sich um dich kümmert?

□ mind. 1 Elternteil oder Erziehungsberechtigte*r ist bereits in [diesem Bundesland] oder in Deutschland und zwar in: _____
□ weder ein Elternteil, noch eine erziehungsberechtigte Person ist in [diesem Bundesland] oder Deutschland
□ sonstiges, und zwar:
□ Ich möchte keine Angabe machen

→ wenn ohne Elternteil/Erziehungsberechtigte: Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, ggfs. Inobhutname. Falls die minderjährige Person mit volljährigen Geschwistern oder anderen Verwandten reist, ist zu klären, ob sie für eine Vormundschaft in Frage kommen

Was ist Ihr Geschlecht?

□ männlich
□ weiblich
□ etwas anderes/ weder männlich noch weiblich
□ Ich möchte keine Angabe machen

→ wenn divers: Beratungsgespräch anbieten

Ist Ihr Geschlecht und Ihr Name korrekt in Ihrem Passdokument aufgeführt?

□ nein
□ ja
□ Ich möchte keine Angabe machen

→ **wenn Name und/oder Geschlecht von den Angaben im Pass abweichen, ist die Person evtl. trans- oder intergeschlechtlich: Beratungsgespräch anbieten**

Haben Sie Ausgrenzung oder Gewalt erfahren, weil Ihre Sexualität von gesellschaftlichen Normen abweicht?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angabe machen.

→ **wenn ja: Beratungsgespräch anbieten. Die Frage greift auch bei Personen, die noch keine Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung erfahren haben, dies aber fürchten**

Reisen Sie mit einem oder mehreren Kindern, für die Sie verantwortlich sind?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angabe machen

→ **wenn ja: Beratungsgespräch anbieten**
→ **Beratungen mit Jugendlichen ab 14 Jahre ohne Anwesenheit der Eltern anbieten**

MEDIZINISCHE BEDARFE

Medizinische Bedarfe - Gynäkologische Versorgung

Sind Sie schwanger?

□ Nein
□ Ja
□ Ich weiß nicht
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweis in spezialisierte Beratung und gynäkologische Anbindung
→ bei 'Ich weiß nicht' Abklärung durch einen Schwangerschaftstest anbieten

Haben Sie innerhalb der letzten drei Monate ein Kind geboren?

□ Nein
□ Ja
□ Angaben wann Geburt stattgefunden hat: _____
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweis an Gynäkologie und Pädiatrie

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden als Folge von Genitalbeschneidung?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen.

→ **Personen können nicht immer ihre Symptome klar der Ursache FGM/C zuordnen. Es kann helfen, Beispiele für häufige Symptome zu nennen: Inkontinenz, Schmerzen beim Wasserlassen oder bei der Menstruation, Probleme mit Narbenbildung. Wenn ja: Verweis in gynäkologische Beratung**

Allgemeine Medizinische Bedarfe

Sind Sie krank? Haben Sie Schmerzen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich war oder bin in medizinscher Behandlung
□ Ich möchte keine Angaben machen.

→ **wenn ja: Verweis an medizinischen Dienst**
→ **falls die Diagnose einer schweren Erkrankung vorliegt (z.B. Krebs), kann dies auf Wunsch der Person vermerkt werden**

Nehmen Sie Medikamente ein oder haben Sie bisher regelmäßig Medikamente eingenommen?

□ Nein
□ Ja, und ich habe die Medikamente bei mir
□ Ja und ich benötige Medikamente: _____
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ **wenn ja: Angebot der Anbindung an medizinische Versorgung, evtl. Notfallmedikamente noch am selben Tag, wenn nötig**

HILFSMITTEL, PFLEGE, EINGLIEDERUNGSHILFEN

Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen, selbst wenn Sie Ihre Brille (oder Kontaktlinsen) tragen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen.

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Benötigen Sie aufgrund Ihres eingeschränkten Sehvermögens Unterstützung oder Hilfsmittel?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Haben Sie Schwierigkeiten beim Hören, selbst wenn Sie ein Hörgerät tragen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Haben Sie Schwierigkeiten beim Sprechen in Ihrer Sprache, z.B. Schwierigkeiten, von anderen verstanden zu werden?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Haben Sie Schwierigkeiten sich zu erinnern oder zu konzentrieren?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Haben Sie Schwierigkeiten bei der Körperpflege (z.B. sich zu Waschen, Anziehen) oder Nahrungsaufnahme?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Mobilität? Also z.B. beim Gehen oder Stufensteigen, Aufstehen oder Hinsetzen, Greifen oder Heben von Gegenständen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Angebot eines Beratungsgesprächs, evtl. medizinische Anbindung

PSYCHISCHE BELASTUNG (PROTECT FRAGEBOGEN)

Hinweis zu Abschnitt 4: Die Fragen beschreiben typische Symptome psychischer Belastung. Viele dieser Symptome kommen häufig bei Menschen vor, die z.B. in Gemeinschaftsunterkünften leben.
Die Symptome können auf eine psychische oder physische Erkrankung hinweisen, müssen dies aber nicht. Sie sind als Anzeichen starker Belastung unabhängig davon ernst zu nehmen.

→ Ergebnis größer/gleich 4 = Angebot eines Beratungsgesprächs.
Je höher das Ergebnis, desto dringender der Interventionsbedarf.

Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?
□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Haben Sie häufig Albträume?
□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?
□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?
□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Haben Sie das Interesse an der Umwelt verloren?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhaften Ereignisse?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Haben Sie häufig Angst?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Werden Sie schnell wütend?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

Vergessen Sie häufig Dinge im Alltag?

□ **Nein**
□ **Ja**
□ **Ich möchte keine Angaben machen**

Haben Sie häufig Probleme sich zu konzentrieren?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

WEITERE SCHUTZBEDARFE

Müssen Sie Schulden, die durch Ihre Flucht nach Europa entstanden sind zurückzahlen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweisangebot zu Fachberatungsstelle gegen Menschenhandel

Mögliche zusätzliche Frage:
Werden Sie oder Ihre Familie in diesem Zusammenhang bedroht?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweisangebot zu Fachberatungsstelle gegen Menschenhandel

Mussten Sie (gegen Ihren Willen) für sehr wenig Lohn oder völlig unbezahlt arbeiten?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweisangebot zu Fachberatungsstelle gegen Menschenhandel

Sind Sie in Zusammenhang mit Ihrer Flucht oder auf Ihrem Fluchtweg in Haft gewesen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Möglicher Hinweis auf Folter, Verweisangebot an Psychosoziales Zentrum

Haben Sie in Haft körperliche oder seelische Verletzungen erlitten, deren Folgen andauern?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ mögliche Erläuterung zur Frage: Dies können z.B. Albträume, wiederkehrende starke Ängste, Narben oder eingeschränkte Mobilität sein
→ wenn ja: Möglicher Hinweis auf Folter, Verweisangebot an Psychosoziales Zentrum, ggfs. medizinische Versorgung

Hatten Sie Probleme mit Milizen oder nichtstaatlichen Gruppen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Möglicher Hinweis auf Folter, Verweisangebot an Psychosoziales Zentrum

Wurden oder werden Sie bedroht oder unter Druck gesetzt?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Kann sowohl auf Gewaltsituationen in der Unterkunft, oder auf Ausbeutung hinweisen. Verweisangebot an Beratungsstelle, oder Gewaltschutzbeauftragte in der Unterkunft

Erleben Sie Kontrolle, Bedrohung oder Gewalt von einer mitreisenden Person?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Kann sowohl auf Gewaltsituationen in der Unterkunft, oder auf Ausbeutung hinweisen. Verweisangebot an Beratungsstelle, oder Gewaltschutzbeauftragte in der Unterkunft

Möchten Sie uns noch etwas über Ihre gesundheitliche, psychische oder familiäre Situation mittteilen?

□ Nein
□ Ja
□ Ich möchte keine Angaben machen

→ wenn ja: Verweisangebot an entsprechende Stelle