



Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl

Erfahrungen aus der Praxis



**2. Dokumentation im Rahmen des
Projekts SpuK – Sprache und Kultur:
Grundlagen für eine
effektive Gesundheitsversorgung**



Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl

Erfahrungen aus der Praxis

**2. Dokumentation im Rahmen des
Projekts SpuK – Sprache und Kultur:
Grundlagen für eine
effektive Gesundheitsversorgung**



Impressum

Titel

FLÜCHTLINGSRAT

Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen

»Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis«

2. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung

Ausgabe

Heft Nr. 99, Sonderausgabe, Oktober 2004

Herausgeber, Verleger, Redaktionsanschrift

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23 B, 31137 Hildesheim

Tel. 05121 - 102686/87

Fax 05121 - 31609

gesundheit@nds-fluerat.org

<http://www.nds-fluerat.org>

Spenden

Postbank Hannover

BLZ: 250 100 30

Kto.-Nr.: 8402 - 306

Verantwortlich und V.i.S.d.P.

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Redaktion dieser Ausgabe

Karim Al Wasiti

Karin Loos

Sigmar Walbrecht

Satz, Gestaltung

Matthias Waselowsky

Druck

Druckerei J. Lühmann, Bockenem

I.–3. Tausend, Oktober 2004

ISSN 1433-4488

© Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Alle Rechte vorbehalten

Diese Veröffentlichung wurde mit finanzieller Unterstützung der EU erstellt. Die darin zum Ausdruck kommenden Ansichten geben nicht die offizielle Meinung der EU wieder.

Akteure von SPuK

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

Referat Migration/Ausländische Flüchtlinge
Johannisstraße 91 · D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-341-78 · Fax: 0541-341-991
eMail: Ngrehl-Schmitt@caritas-os.de



Universität Osnabrück

FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger-Tor-Wall 9 · D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-9694060 · Fax: 0541-9694561
Leitung: Prof. Dr. Carol Hagemann-White
eMail: birgit.behrensens@uni-osnabrueck.de



Verein Nds. Bildungsinitiativen

Fachbereich Interkulturelle und internationale Arbeit
Bahnhofsstraße 16 · D-49406 Barnstorf
Tel.: 05442-991417 · Fax: 05442-2241
eMail: egblomasse@vnb.de



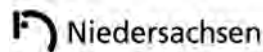
Förderverein Nds. Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23 B · D-31137 Hildesheim
Tel.: 05121-15605 · Fax: 05121-31609
eMail: gesundheit@nds-fluerat.org



Nds. Landesamt für zentrale soziale Aufgaben

Domhof 1 · D-31134 Hildesheim



Das Projekt wird u. a. unterstützt von

- BAG Pro Asyl e.V., Frankfurt a.M.
- Nds. Ärztekammer, Hannover
- Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover
- Arbeitsamt Osnabrück
- kommunalen Behörden, u. v. m.

Gesundheit

Die erste internationale WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa eine Charta verabschiedet, die zum aktiven Handeln für das Ziel »Gesundheit für alle« aufruft. Darin heißt es:

»Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.«¹

Der israelische Gesundheitsforscher Antonovsky hat das Konzept der Salutogenese begründet. Dabei wird in den Mittelpunkt gerückt, welche Ressourcen Menschen dabei helfen, mit belastenden Lebensereignissen fertig zu werden und »gesund zu bleiben«. Der zentrale Faktor dabei ist der sogenannte Kohärenzsinn. Dieser beinhaltet drei Komponenten:

- Verstehbarkeit der Welt
- Handhabbarkeit der verfügbaren Ressourcen und
- Sinnhaftigkeit des (Er-)Lebens

Vorwort · 8

Problemaufriss · 10

I Gesundheit braucht Information

1.1 Die Gesundheitsversorgung in den Zentralen Aufnahmestellen (ZASen) · 17

1.2 Interview mit Ingrid und Ronald Vogt, ehrenamtliche Mitarbeiter des Nds. Flüchtlingsrates · 29

1.3 zum Beispiel · 36

1.4 Von Schweden lernen: Stadt Malmö / Hyllie City District Verwaltung – Internationale Gesundheitsberater · 41

1.5 Anregungen und Beispiele für die Praxis – Nachahmung erwünscht · 47

2 Gesundheit braucht Kommunikation

2.1 Wenn die Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischen Fachkräften misslingt ... ■ *Gudrun Mane* · 52

2.2 Umfrage zu Sprachmittlung in den Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen ■ *Dorothee Gwinner* · 72

2.3 zum Beispiel · 75

2.4 Psychosoziale Versorgungsstruktur von Kurdinnen – schwierige Kommunikation? ■ *Cinur Ghaderi* · 78

2.5 »Aufgrund der Sprachverständigungsschwierigkeiten konzentrierten wir uns auf eine Psychopharmakotherapie ...« · 84

2.6 Von Holland lernen: TVCN – Tolk en Vertaal Centrum Nederland · 89

2.7 Ausbildung zu Sprach- und Kulturmittlern für Flüchtlinge – ein neues Tätigkeitsfeld · 94

3 Gesundheit braucht Sicherheit

3.1 Krankheit als Abschiebungshindernis · 101

3.1.1 Bleiberecht für kranke Flüchtlinge? Ausländerrechtliche Aspekte · 101

3.1.2 Verfahrensregeln in Niedersachsen · 114

3.1.3 Hoffnung durch das neue Zuwanderungsgesetz? · 129

3.2 Traumatisierte Flüchtlinge · 138

3.2.1 Was sind posttraumatische Belastungsstörungen? · 138

3.2.2 Psychoreaktive Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen ■ *Dr. Waltraud Wirtgen* · 142

3.2.3 Vermeidungsverhalten und Glaubwürdigkeit · 150

3.2.3.1 Vermeidungsstrategie · 150

3.2.3.2 Retraumatisierung ■ *Ronald Vogt* · 156

3.2.4	zum Beispiel · 158
3.2.5	Anforderungen an den Umfang der ärztlichen Feststellungen bei Traumatisierungen · 173
3.2.5.1	Standards für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen ■ <i>Dr. Hans Wolfgang Gierlichs</i> · 173
3.2.6	Aus der Arbeit eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge ■ <i>Eva Schaeffer</i> · 186
3.2.7	von Schleswig-Holstein lernen · 193
3.3	Wichtig ist nur, ob eine Überlebenschance besteht · 201
3.4	Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit – ein vielversprechender Ansatz · 212
4	Gesundheit braucht eine unterstützende soziale Umwelt
4.1	Gesundheitsverschlechterungen in Folge fremdbestimmter Unterbringungsbedingungen – oder: Warum Herr A. aus der Sammelunterkunft ausziehen möchte ■ <i>Birgit Behrensen/Verena Groß</i> · 215
4.2	»Ich wollte unabhängig leben« · 222
4.3	»Es entsteht keine lebensbedrohliche Situation« · 227
4.3.1	zum Beispiel · 227
4.3.2	Auswirkungen der Gesundheitsreform für Flüchtlinge · 237
4.3.3	Deutschland kein sicherer Drittstaat für Traumatisierte? · 243
4.4	Geduldet sein · 245
4.4.1	zum Beispiel · 245
4.4.2	Aufenthalt und traumatischer Prozess ■ <i>Dr. Ernst-Ludwig Iskenius</i> · 249
4.5	Vom Engagement Ehrenamtlicher lernen · 252
4.6	Vision eines Willkommenszentrums in Niedersachsen ■ <i>Dr. Gisela Penteker</i> · 254
5	Gesundheit braucht Lebensmut
5.1	Suizidalität bei Asylsuchenden und Flüchtlingen · 259
5.2	zum Beispiel · 265
5.3	Therapie während des Fluges? – Ärztliche Prüfung der »Abschiebefähigkeit« von Kranken ■ <i>Bernd Mesovic</i> · 273
5.4	Begutachtung der »Reisefähigkeit« ausländischer Flüchtlinge im Spannungsfeld von Innenpolitik, medizinisch/psychologischer Fachlichkeit und Berufsethik ■ <i>Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker</i> · 281
5.5	Stellungnahmen und Beschlüsse von Ärztekammern, Ärztetagen und Fachgesellschaften · 289
	Anhang · 303

Es ist ein Charakteristikum des Maschinenzeitalters, dass die meisten Menschen glauben, etwas Gutes geleistet zu haben, wenn sie etwas geleistet haben. Sind die Regeln erfüllt, so sind alle befriedigt. Der Arzt operiert, der Richter hat termingemäß ein Urteil gefällt, der Beamte hat das Gesuch geprüft. – Sie haben das Reglementmäßige getan. Was dabei heraus kommt, ist ihnen völlig gleichgültig. »Das ist nicht mehr meine Sache ...« Da keiner die Gesamtwirkung der kleinen Teilarbeiten übersieht und sie auch nicht übersehen will, so bleibt die Gesamtwirkung nur auf einem haften: auf dem Erleidenden. Die anderen haben ihre Pflicht getan.

Kurt Tucholsky, 1932

Vorwort

Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteressen und Patientenwohl – ein Spannungsfeld, in dem sich vor allem die handelnden Personen im Gesundheitswesen befinden.

Ein wesentliches Hindernis für die Erkennung und angemessene Behandlung von Krankheiten sind die Verständigungsschwierigkeiten. Sprachmittlung ist keine Kassenleistung und über kulturelle Missverständnisse fangen wir gerade an, nachzudenken.

Informationen über das Gesundheitssystem hier und seine realistischen Möglichkeiten fehlen den Flüchtlingen. Die Restriktionen in Hinblick auf alle elementaren Lebensinhalte wie Aufenthalt, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen, Zukunft und die damit verbundenen Folgen sind den BehandlerInnen oft nicht bekannt ebenso wenig wie die Möglichkeiten, dem entgegen zu wirken.

Wenn das Asylverfahren gescheitert ist, wenn die Verfolgungsgeschichte aus dem Heimatland nicht glaubhaft gemacht werden konnte, wenn die Abschiebung – oft nach Jahren der Ungewissheit – bevorsteht, dann könn-

nen Traumatisierungen, psychische oder schwere körperliche Erkrankungen eine Abschiebung verbieten, weil sonst das Leben des Asylbewerbers bedroht wäre.

Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Amtsärzte, Gutachter und Gerichte werden bemüht. Heraus kommt dann möglicherweise eine Aussetzung der Abschiebung. Die Asylbewerber bleiben grundsätzlich ausreisepflichtig. Das Warten und die Ungewissheit gehen weiter. Und sie dürfen nicht gesund werden, weil sie sonst ihren Abschiebeschutz verlieren und mit ihnen oft die ganze Familie.

Im Bericht der unabhängigen Kommission »Zuwanderung« hieß es:

»Den spezifischen Problemen von Folteropfern und anderen traumatisierten Personen sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass sie vor der Anhörung auf das Verwaltungsverfahren vorbereitet werden. Diese Personen sind häufig nicht in der Lage, von sich aus ihr Verfolgungsschicksal schlüssig und vollständig vorzutragen. Geeignete Maßnahmen müssen deshalb in einem frühen Stadium darauf gerichtet sein, traumatisierte Personen zu befähigen, ihre Belange im Verfahren wahrzunehmen. Im Übrigen sollten über diesen

Personenkreis hinaus die Antragsteller noch eingehender als bisher zu Beginn des Verfahrens über ihre rechtliche Situation und die Verfahrensbestimmungen aufgeklärt werden. Dabei ist vor allem zu berücksichtigen, dass die Asylbewerber mit den deutschen Lebensverhältnissen und dem deutschen Rechtssystem nicht vertraut und daher in besonderer Weise auf Orientierung und Hilfestellung im Asylverfahren angewiesen sind. Wohlfahrtsverbände, die hier schon bisher in gewissem Umfang tätig sind, könnten dazu verstärkt herangezogen werden.«

Für alle, die im skizzierten Spannungsfeld arbeiten, will die vorliegende Dokumentation Denkanstöße geben und Wege aufzeigen.

Problemaufriss

Die vorliegende Veröffentlichung ist die zweite Dokumentation des Niedersächsischen Flüchtlingsrates im Rahmen des EU-geförderten Equal-Projektes SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. In der ersten Dokumentation, die im November 2002 erschienen ist, wurde das Projekt bereits näher beschrieben. Akteure dieses Projektes sind der Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen (vNB), die Universität Osnabrück, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften, der Caritasverband für die Diözese Osnabrück, der Niedersächsische Flüchtlingsrat und das Niedersächsische Landesamt für zentrale soziale Aufgaben.

SPuK hat zum Ziel, durch die Qualifizierung von Flüchtlingen zu Sprach- und KulturmittlerInnen mit Schwerpunkt im Gesundheitsbereich, speziell AsylbewerberInnen auf Grund ihrer besonderen Eignung, die Möglichkeit der Erwerbsarbeit zu eröffnen und Arbeitsmarktbeschränkungen, die für sie gelten, zu überwinden. Hierzu werden Asylsuchende in Osnabrück in Trägerschaft des Caritasverbandes im Rahmen des Teilprojekts »Qualifizierung« ausgebildet

(siehe Kap.2.7). Gleichzeitig übernimmt der Caritasverband die Aufgabe, das Projekt in der Region bekannt zu machen und zu verankern. Durch eine Regionalanalyse zur Situation der Flüchtlinge im Raum Osnabrück unter besonderer Berücksichtigung des Lagers bzw. der Landesaufnahmestelle Bramsche-Hesepe untermauert die Universität Osnabrück das Projekt wissenschaftlich. Der vNB hat innerhalb des SPuK-Projektes v.a. die Aufgabe, MultiplikatorInnen-schulungen durchzuführen, an Weiterbildungsmaßnahmen mitzuarbeiten und auch teilzunehmen sowie in transnationalen Zusammenhängen mitzuarbeiten und nicht zuletzt eine Abschlussveranstaltung zu organisieren und dokumentieren.

Ein weiterer Schwerpunkt des SPuK-Projektes liegt darin, Mängel und Probleme, die sich in der Gesundheitssituation für Flüchtlinge durch ausländerrechtliche Beschränkungen und ihre besonderen Lebensumstände in Deutschland sowie ihren Fluchthintergrund ergeben, aufzuzeigen und Verbesserungsvorschläge für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen zu machen. Sprach- und KulturmittlerInnen können dabei, wie sich im Rahmen des

Projektes herausgestellt hat, einen wichtigen Beitrag leisten. So werden innerhalb des SPuK-Projektes auf der einen Seite die Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Flüchtlinge ermittelt und auf der anderen Seite die Lehrinhalte für Sprach- und KulturmittlerInnen und die Anforderungen an sie darauf abgestimmt.

Im Rahmen des Projektes wurde vom Flüchtlingsrat eine Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit (IdB) aufgebaut, in der Menschen unterschiedlicher Profession (ÄrztInnen, AnwältInnen, PädagogInnen, TherapeutInnen, ehrenamtliche UnterstützerInnen) zusammenwirken, um die Situation von Flüchtlingen zu verbessern. Für die hier vorliegende Dokumentation wurden die Unterlagen von 150 Flüchtlingen ausgewertet. Alle diese Flüchtlinge haben in irgendeiner Form gesundheitliche Probleme bzw. sind in ärztlicher Behandlung. Viele Problemkonstellationen treten dabei immer wieder auf. Diese wollen wir hiermit an Beispielen aufzeigen und Handlungsempfehlungen entwickeln, die die gesundheitlichen Rahmenbedingungen für Flüchtlinge im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO-Charta von Ottawa) verbessern können.

Im Zuge der Auswertung der Dokumente wurde deutlich, dass für die medizinische Versorgungssituation Beschränkungen durch die Sondergesetzgebung, wie Asylbewerberleistungsgesetz und Asylverfahrensgesetz, bestimmend sind. Diese Gesetze sind ein wesentlicher Grund für eine mangelhafte Gesundheitssituation von Flüchtlingen. Die Lebensumstände, in der sich v.a. Asylsuchende in Deutschland befinden, machen sie nicht selten krank bzw. verschlimmern Erkrankungen oder stehen einem Genesungsprozess im Wege, wie einige Beispiele in der Dokumentation zeigen werden.

So hat z.B. die Wohnsituation, besonders das Leben in Lagern und Gemeinschaftsunterkünften, negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Das Leben auf engem Raum mit vielen Menschen stellt eine psychische Belastung dar v.a. für Menschen, die eine traumatisierende Verfolgungsgeschichte hinter sich haben (siehe Kap. 3).

Das hiesige Gesundheitssystem ist nicht auf die Bedürfnisse und spezifischen Belange von Flüchtlingen eingestellt. Vor dem Hintergrund, dass Studien davon ausge-

hen, dass bis zu 50%² aller Flüchtlinge, die Deutschland erreichen, traumatisiert sind, ergibt sich eine dringende Notwendigkeit, eine entsprechende Versorgungsstruktur zur Behandlung psychischer Erkrankungen aus- bzw. aufzubauen. In Niedersachsen gibt es als psychosoziales Behandlungszentrum lediglich das Refugium in Stade, das einmal wöchentlich Sprechstunden anbietet und somit nur einen äußerst geringen Teil des Bedarfs abdecken kann. MedizinerInnen, die mit den spezifischen psychischen Belastungen von Flüchtlingen vertraut sind, gibt es kaum.

Hinzu kommt, dass für eine erfolgreiche Behandlung (gerade – aber nicht nur – in der Psychotherapie) eine gute Kommunikation und ein Wissen über den kulturellen Hintergrund grundlegende Voraussetzungen sind. Beim Fehlen von muttersprachlichen TherapeutInnen braucht man gut ausgebildete DolmetscherInnen, die Kenntnisse im Bereich psychischer Erkrankungen haben.

2 Flatten von der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie geht bei politischen und Kriegsflüchtlingen von einer Traumatisierung von 50–70 % aus (siehe auch Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: www.awmf.de).

Genau hier will das SPuK-Projekt ansetzen: Der Ausbau eines Netzwerkes von MedizinerInnen soll ineinandergreifen mit der Ausbildung von AsylbewerberInnen zu Sprach- und KulturmittlerInnen. Ergänzend ist eine Verbesserung der Erstberatung notwendig, die die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen besonders berücksichtigt (Kap. 1 + 2).

Häufig ist die Gesundheitssituation von Flüchtlingen im Aufenthaltsverfahren von Bedeutung. So kann eine Erkrankung ein zielstaatsbezogenes Abschiebehindernis sein, weil im Zielland keine adäquate Behandlung möglich ist und damit eine Abschiebung eine erhebliche Gesundheitsgefährdung bedeuten würde. Im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist das Zielland in der Regel Ort der Traumatisierung. Eine Erkrankung kann aber auch ein sog. inlandsbezogenes Abschiebehindernis sein, was bedeutet, dass die Menschen, die abgeschoben werden sollen, nicht »reisefähig« sind, da die Reise ihr Leben gefährdet oder sie suizidgefährdet sind und sie sich möglicherweise bei der Durchführung der Deportation das Leben nehmen.

In diesem Zusammenhang wurde als äußerst schwerwiegendes

Problem der Umgang von Ausländerbehörden, dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) sowie Verwaltungsgerichten mit Erkrankungen, insbesondere mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Zuge einer Traumatisierung, deutlich.

Mehrere Probleme treten dabei immer wieder auf:

1. Die Symptome der Krankheit sind offensichtlich nicht zu übersehen und wurden entsprechend ärztlich dokumentiert, aber der asylrelevante Gehalt der Ursachen der Traumatisierung wird bezweifelt bzw. bestritten. Das Gewalterlebnis (insbesondere bei Vergewaltigungen), das die Traumatisierung verursacht hat, wird in vielen Fällen nicht als staatliche Verfolgung gewertet, selbst wenn die Täter aus den Reihen der Polizei oder des Militärs stammen. Mit Verweis darauf, dass dies Exzesse einzelner »Amtswalter« seien, wird eine Bedrohung im Herkunftsland abgesprochen. Oft trifft das gerade Frauen, die von sogenannter nicht-staatlicher Verfolgung oder Miss-handlung betroffen sind.

2. Die Frage der Gesundheitsgefährdung wird reduziert auf die Überlebenschance.

3. Durch eine Aufteilung der

Entscheidungsverantwortung zwischen Bundesbehörde und kommunalen Behörden kann die Verantwortung für die Konsequenz der Ausweisung der jeweils anderen Behörde zugeschrieben werden. Während das Bundesamt die Situation im Herkunftsland prüft (zielstaatsbezogen), prüfen die Ausländerbehörden die Vollziehbarkeit der Abschiebung (inlandsbezogen). Sehen sowohl Bundesamt als auch Gericht keine zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse, werden in diesem Stadium ärztliche Stellungnahmen auf die Frage der Transportfähigkeit und das Überleben des Fluges reduziert. Liegt Suizidgefahr vor, wird geprüft wie dieser *während des Fluges* ärztlich begegnet werden kann (Kap. 5).

In zahlreichen Fällen stellt das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) bereits das Bestehen einer psychischen Erkrankung in Frage. Es zweifelt die Atteste oder sogar Gutachten an, die die Erkrankungen bescheinigen, bzw. unterstellt den ausstellenden Ärzten und Ärztinnen aus Gefälligkeit den Flüchtlingen gegenüber gehandelt zu haben oder aber es wird abgestritten, dass die bestätigte Traumatisierung aus Verfolgungserlebnissen im

Herkunftsland herrührt. Die Ausländerbehörden wiederum, die mit der Durchführung von Abschiebungen betraut sind, stellen in Frage, dass auf Grund von Erkrankungen ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis bestünde. In der Regel werden die Menschen, die abgeschoben werden sollen, dann zu einem Amtsarzt geschickt, der sie »reisefähig« erklären soll. Von den AmtsärztInnen wird erwartet, dass sie sich zu HandlangerInnen des Staatsinteresses machen und gegen das ärztliche Ethos und das Interesse der erkrankten Flüchtlinge handeln. Die Ursache der Suizidabsichten wird nicht mehr berücksichtigt. Es geht ausschließlich darum, sicherzustellen, dass jemand einen Flug überlebt. Hierzu befinden sich die psychologischen und medizinischen Fachverbände in Auseinandersetzung mit dem Innenministerium (siehe Kap. 5).

Auch die Verwaltungsgerichte zweifeln insbesondere bei traumatisierten Flüchtlingen immer wieder an deren Glaubhaftigkeit bzw. an vorgelegten Attesten und Stellungnahmen, die ihre Erkrankung belegen. AsylbewerberInnen werden dann weder als politisch Verfolgte anerkannt, noch bekommen sie wenigstens Abschiebungshin-

dernisse aus gesundheitlichen Gründen zugestanden. Dann müssen aufwendige, teure Gutachten erstellt werden, die z.B. eine Belastungsstörung in Folge einer Traumatisierung vor Gericht belegen. So wird eine Spirale in Gang gesetzt, in der immer aufwändigere medizinische Belege beigebracht werden müssen, um Zweifeln zu begegnen. Selbst Gutachten renommierter Fachinstitute werden immer wieder von Verwaltungsgerichten und Bundesamt nicht akzeptiert. Entweder entsprächen sie nicht den vom Gericht erwarteten Kriterien oder es wird entgegen der Aussagen in den Gutachten, die Glaubwürdigkeit der AsylbewerberInnen bestritten. Mitunter maßen sich Bundesamt oder Verwaltungsgerichte eigene Stellungnahmen zur gesundheitlichen Verfassung eines Menschen an.

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus und die ständige Angst vor einer Abschiebung kann gerade bei traumatisierten Flüchtlingen zu einer Verschlechterung ihrer Gesundheit führen oder zumindest eine Genesung verhindern. Das Leben mit Duldung bedeutet eine erhebliche psychische Belastung. Eine drohende Abschiebung führt nicht selten zu einer Retraumatisierung der Betroffenen. Besonders

dramatisch ist hierbei, dass sich diese verzweifelte Menschen mit Suizidgedanken tragen, die manche von ihnen auch umsetzen (Kap. 5).

Das Problem entsteht gleich zu Beginn des Asylverfahrens, wenn eine Traumatisierung gar nicht erst erkannt wird. Menschen, die eine aufreibende Flucht hinter sich haben und sich nun in Sicherheit wähen, neigen dazu, ihre Verfolgungsgeschichte zu verdrängen und sind bei der Asylanhörung gar nicht in der Lage, ihre asylrelevanten Erlebnisse zu schildern, oder sie tragen diese Erlebnisse unstrukturiert, zuweilen widersprüchlich vor. Etliche Flüchtlinge bringen zudem vor dem Hintergrund erfahrener Repressionen im Herkunftsland, ein gehöriges Misstrauen dem Bundesamt gegenüber mit.

Deshalb ist grundsätzlich eine Struktur notwendig, die zum einen das Erkennen von Traumatisierungen bei Flüchtlingen ermöglicht, um dies auch im Asyl- und Aufenthaltsverfahren rechtzeitig berücksichtigen zu können, zum anderen muss diese Struktur selbstverständlich auch eine angemessene Behandlung garantieren. Bei vielen der von uns dokumentierten Fälle beginnen Behandlungen sehr spät, eine Chronifizierung tritt ein. Ein Erfolg der Behandlung wird durch

die unsichere Aufenthaltssituation unmöglich gemacht. Schlimmstenfalls werden laufende Behandlungen und Therapien durch eine Abschiebung abgebrochen (Kap. 1).

Selbst wenn von Gerichten und Behörden eine Traumatisierung oder andere Erkrankungen als gegeben angesehen werden, so haben doch Bundesamt und etliche Verwaltungsgerichte Einschätzungen zur Gesundheits- und Versorgungssituation der Zielländer, die stark von denen der meisten Menschenrechtsorganisationen abweichen. Zwischen den verschiedenen Verwaltungsgerichten gibt es z.T. unterschiedliche Einschätzungen zur Situation in den Ländern. Ein Abschiebeschutz aus gesundheitlichen Gründen wird häufig verwehrt, weil davon ausgegangen wird, dass in den Ländern, in die abgeschoben wird, die Erkrankungen behandelt werden können. Dass diese Einschätzungen oftmals auf sehr beschönigenden Berichten des Auswärtigen Amtes beruhen und sehr theoretisch sind, da in der Realität die abgeschobenen Flüchtlinge z.B. aus finanziellen Gründen keinen Zugang zur medizinischen Versorgung haben (selbst wenn die notwendigen Strukturen bestehen), findet dabei wenig Berücksichtigung. Aber auch

die Erkenntnis, dass eine Behandlung im Land, in dem das traumatisierende Ereignis statt fand, wegen des fehlenden sicheren Umfeldes und der Retraumatisierungsgefahr i. d. R. nicht erfolgreich sein kann, wird ignoriert (Kap. 3).

In dieser Veröffentlichung werden die oben angerissenen Probleme mit Beispielen belegt und veranschaulicht. Den Beispielen liegt die Auswertung der beim Flüchtlingsrat dokumentierten Erfahrungen von Flüchtlingen zu Grunde. Das Ganze wird ergänzt durch Beiträge von PraktikerInnen, die ihre Erfahrungen und Stellungnahmen zu den verschiedenen Problemfeldern darlegen. Letzten Endes bildet dies alles die Grundlage von Verbesserungsvorschlägen im Bereich der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland und Niedersachsen im Speziellen. (Hier fließen auch die ausgewerteten, dokumentierten Erfahrungen der Flüchtlinge in die Forderungen und Vorschläge ein, um die medizinische Versorgung und den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern und nicht zuletzt, um die gesundheitliche Situation bei aufenthaltsrechtlichen Fragen stärker zu berücksichtigen.) Am Ende eines jeden Kapitels sind Beispiele guter

Praxis aufgeführt, deren Nachahmung wir für die Praxis in Niedersachsen empfehlen.

Als *Flüchtlinge* bezeichnen wir in dieser Dokumentation alle Menschen, die nach Deutschland geflohen sind, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus. *AsylbewerberInnen* nennen wir all diejenigen, die sich in einem nicht abgeschlossenen Asylverfahren befinden, während wir mit *Asylsuchende* zusätzlich auch diejenigen bezeichnen, die einen ungesicherten Aufenthaltsstatus nach dem Durchlaufen eines Asylverfahrens besitzen. Unter *MigrantInnen* wiederum verstehen wir Menschen, die nicht in Deutschland geboren sind, ihren Lebensmittelpunkt jetzt aber in diesem Land haben.

Um zu kennzeichnen, dass wir von Menschen beiderlei Geschlechts schreiben, verwenden wir das »Ik«. Dies beinhaltet sowohl die männliche wie auch die weibliche Schreibweise (z. B. AsylbewerberInnen).

Zum Schutz der Persönlichkeitsrechte sind alle Fälle anonymisiert dargestellt. Alle Unterlagen, die zitiert werden, liegen dem Niedersächsischen Flüchtlingsrat – Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit vor.

Die Gesundheitsversorgung in den Zentralen Aufnahmestellen (ZASTen)

I.1

Nach dem neuen Konzept der Landesregierung gibt es folgende Landesaufnahmeeinrichtungen in Niedersachsen:

- Zentrale Aufnahmestelle (ZAST) in Braunschweig
- Zentrale Aufnahmestelle ZAST in Oldenburg
- Landesaufnahmestelle (LAST) Bramsche
- Grenzdurchgangslager und LAST Friedland als bundeszentrale Aufnahmestelle für SpätaussiedlerInnen und als Aufnahmestelle für jüdische Kontingentflüchtlinge aus der ehemaligen Sowjetunion.

Die ZASTen fungieren als Erstaufnahmeeinrichtungen / Gemeinschaftsunterkünfte und als Ausreisezentren.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den reinen Erstaufnahmeeinrichtungen beträgt nach Angaben des Landesrechnungshofes rund 4 Wochen. Sie richtet sich nach Angaben des Leiters der Aufnahmeeinrichtung in Oldenburg je nach Zugangszahlen, wo-

bei eine bestimmte Auslastungszahl aus ökonomischen Gründen notwendig sei.

In den ZASTen angegliederten Gemeinschaftsunterkünften sind sie erheblich länger und in den Ausreisezentren mit rund 2 Jahren am längsten. Dabei ist die Schwankungsbreite nicht unerheblich.

In der ZAST Braunschweig haben die AsylbewerberInnen i. d. R. in einer Woche ihre Pflichttermine (im Wesentlichen Gesundheitsuntersuchung und Asylanhörung) durchlaufen, in Oldenburg meist sogar schon nach fünf Tagen. Das eigentliche Aufnahmeverfahren ist damit abgeschlossen, so dass die AsylbewerberInnen grundsätzlich in die Kommunen verteilt werden könnten.

Die Erstuntersuchung

Ein Unterschied im Ablauf liegt beim Zeitpunkt und Verfahren der Durchführung der Gesundheits-

untersuchung nach § 62 AsylVfG³ durch das Gesundheitsamt. In **Oldenburg** findet bereits am 2. Tag die Erstuntersuchung nach § 62 Asylverfahrensgesetz statt, durch eine Ärztin des Gesundheitsamtes, die fest in der ZAST angestellt ist. Dies beinhaltet eine Röntgenuntersuchung für Kinder ab 6–7 Jahren (TBC-Untersuchung), Blutentnahme zum Hepatitistest (HIV auf Wunsch) sowie einen allgemeinen Körpercheck (Augen, Ohren, Abhören). Dafür ist ein knappes Zeitkontingent eingeplant. Aus diesem Grund werden auch keine Sprachmittler eingesetzt. Für die Verständigung wird auf die Sprachkompetenz der Ärztin (Englisch, Französisch und Portugisisch) zurückgegriffen und z.T. auf die der Arzthelferinnen (türkisch, russisch) oder auf Zeichensprache.

3 AsylVfG § 62 Gesundheitsuntersuchung

(1) Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.

(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen.

Wer eine weitergehende Behandlung braucht, kann zur allgemeinen Sprechstunde kommen. Diese findet jeden Nachmittag ebenfalls in der Gesundheitsstation auf dem ZASTgelände statt. Hier können für spezielle Probleme auch Sprachmittler eingesetzt werden. Auf kulturelle / religiöse Belange oder individuelle Wünsche kann keine Rücksicht genommen werden. Als Beispiel wird der Wunsch genannt, von einem Mann untersucht zu werden oder direkten Körperkontakt durch das Tragen von Handschuhen zu vermeiden.

Traumatisierungen bei der Erstuntersuchung herauszufiltern sei schwer, da alle Flüchtlinge belastet und psychisch angespannt seien.

Es komme immer wieder vor, dass Menschen bei der Anhörung beim Bundesamt »zusammenklappen«, dann wird die Ärztin eingeschaltet. Für den Fall eines erkannten Traumas wird im Trauma-Dreieck aus Ärztin–Sozialdienst–Bundesamt gearbeitet, um die gesundheitliche Versorgung und eine mögliche Asylrelevanz zu berücksichtigen. Wenn eine therapeutische Behandlung erforderlich ist, wird mit Refugio Bremen zusammengearbeitet. In solchen Fällen wird versucht, eine Umvertei-

lung in das bremische Umland zu ermöglichen, was bei den betroffenen Gemeinden nicht unbedingt auf Gegenliebe stößt, weil diese die teuren Behandlungskosten fürchten.

Im Lauf der ersten Woche findet im Gesundheitsamt in **Braunschweig** die Eingangsuntersuchung statt. Die AsylbewerberInnen werden auf TBC untersucht, Blutabnahme, Hepatitisuntersuchung und ein allgemeiner Körpercheck, jedoch keine Zwangshiv-Untersuchung werden durchgeführt. Wenn TBC diagnostiziert wird, werden die Betroffenen in die Lungenfachklinik bei Hildesheim überwiesen. Die Erstuntersuchung ist nach Asylverfahrensgesetz verpflichtend. Im Falle der Verweigerung wird über das Taschengeld Druck ausgeübt. Das Gesundheitsamt informiert den Sozialdienst bei Verdacht auf Traumatisierung, evtl. auch den sozialpsychiatrischen Dienst. Bei Verdacht einer Traumatisierung wird die Außenstelle des Bundesamtes informiert, damit dies bei der Anhörung berücksichtigt wird. Bei asylrelevanten Krankheiten wird zwischen SozialarbeiterInnen und AsylbewerberInnen besprochen, ob das Bundesamt informiert werden soll.



*Ein Unbekannter, der uns schroff
empfängt, fragt uns: »Und die Gesundheit!«
Er untersucht uns. Seine Augen nahmen uns
wie Luchse unter die Lupe.*

*Er untersucht sehr gründlich
Die Augen und den Mund. Hätte er
unsere Herzen erforschen können
mit Sicherheit hätte er – unsere Wunde gesehen
Avrom Reisen, Die ersten Einwanderer*

In Oldenburg führt die Ärztin der Außenstelle des Gesundheitsamtes Oldenburg auf dem Gelände der ZASt nicht nur Untersuchungen nach § 62 AsylVfG durch, sondern versorgt die Asylbewerber auch allgemeinmedizinisch. Diese Behandlungen sind in einer ver-

traglich vereinbarten Pauschale an das Gesundheitsamt enthalten und werden nicht, wie bei niedergelassenen Ärzten einzeln abgerechnet. Die Ärztin entscheidet über weiterführende fachärztliche Behandlungen, die Krankenscheine dafür stellt das Sozialamt der ZASt

Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG

Die Krankenbehandlung von Asylsuchenden ist durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) eingeschränkt. In § 4 AsylbLG werden die Leistungen auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände reduziert.

§ 4 [Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt]

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

Sonstige Leistungen können gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG).

i.d.R. erst am nächsten Tag aus.

Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel zum Erreichen der niedergelassenen Ärzte in der Stadt werden nicht übernommen. Eine Fahrkarte mit dem Bus ins 5 km entfernte Oldenburg kostet 2,30 Euro (einfach). Im Notfall kann auch auf Dienstfahrzeuge zurückgegriffen werden.

Eine freie Arztwahl ist nicht möglich, da nur für den Besuch von Fachärzten, und auch nur dann, wenn es die zuständige Ärztin für erforderlich hält (bzw. das Sozialamt dem zustimmt) Krankenscheine ausgestellt werden. Wünsche z. B. nach einem männlichen Allgemeinarzt werden nicht berücksichtigt.

Es wurden in Oldenburg insgesamt deutlich weniger Krankenscheine ausgestellt als in Braunschweig. Nur 70 % der Asylbewerber, denen das Gesundheitsamt einen Facharztbesuch empfahl, ließen sich am nächsten Tag vom Sozialamt einen Krankenschein ausstellen. Auch diese wurden dann teilweise nicht eingelöst.

Zu den Leistungen der Krankenhilfe gehören unter den in § 4 AsylbLG genannten Voraussetzungen auch zahnärztliche Behandlungen. In Oldenburg werden

die von den Zahnärzten eingereichten Rechnungen daraufhin überprüft, ob die abgerechneten Leistungen mit einer akuten Erkrankung oder Schmerzbehandlung in Zusammenhang stehen. Die Abrechnung von Zahnsteinbehandlungen und Mundbehandlungen erkennt die zast Oldenburg z. B. grundsätzlich nicht an. Bei Zahnärzten, die dies nicht akzeptieren, vereinbart das Sozialamt keine Termine mehr.

Die Ausgaben für die sonstige Krankenhilfe werden zum größten Teil durch Krankenhausaufenthalte verursacht (in der zast Oldenburg zu 69 %). Die zasten müssen sich bei der Beurteilung von deren Erforderlichkeit und Dauer grundsätzlich auf ärztliche Einschätzungen verlassen. In der Außenstelle des Gesundheitsamtes Oldenburg werden dabei offensichtlich kritischere Maßstäbe angesetzt als von den niedergelassenen Ärzten in Braunschweig, so der Landesrechnungshof Niedersachsen. Eine langfristige Kostenrechnung, z. B. darüber, wie sich die Krankheitsverläufe durch reduzierte Behandlung langfristig auswirken oder ob es zu einer Kostenverlagerung auf die Kommunen kommt, dadurch dass nach einer Verteilung dann die hinausgezögerten Behand-

lungskosten auf die dortigen Sozialämter zukommen, wurde nicht vorgenommen (vgl. Kap. 2.1).

Der nächst größere Kostenfaktor sind die Gebühren von niedergelassenen Ärzten, die in den zasten nach Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet werden. Im Gegensatz zur zast Braunschweig entfallen in Oldenburg Abrechnungen von Allgemeinmedizinern ganz, da deren Aufgaben vollständig vom Gesundheitsamt abgedeckt werden.

»Offenbar vermögen eine kleine Krankenstation mit allgemeinärztlicher Betreuung und ein zurückhaltendes Verfahren bei der Vereinbarung von Arztterminen die Ausgaben für Krankenhilfe erheblich zu senken«, so der Landesrechnungshof.

Aus diesem Grunde ist in Braunschweig zum Januar 2004 eine Umstrukturierung vorgenommen worden. In Braunschweig arbeiteten bis Ende 2003 drei Krankenschwestern im so genannten Gesundheitsdienst der zast. Sie gaben nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus, vereinbarten Termine bei niedergelassenen Ärzten in Braunschweig und händigten den Asylbewerbern den Krankenschein **und Busfahrkar-**

ten aus. Termine erhielten die Asylbewerber i.d.R. noch am selben Tag.

Jetzt gibt es dort einen festen Vertragsarzt. Von drei Krankenschwestern ist eine übrig geblieben. Der Arzt ist »gut ausgelastet«. Die Sprechzeiten sind Mo–Fr von 9.00–12.00 Uhr. Es gibt einen Pool von SprachmittlerInnen im Sozialdienst, die vormittags anwesend sind. Sie arbeiten auf Honorarbasis.

Es gibt Kontakt mit dem ethnomedizinischen Zentrum oder dem IKK in Hannover. Weiterhin findet eine Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe (Aufklärungsarbeit über HIV und AIDS), mit der Drogenberatung und ortsansässigen ÄrztInnen unter Berücksichtigung ihrer Sprachkenntnisse statt. Bei Drogenabhängigkeit fehlen jedoch spezielle Therapieangebote.

Nach den Angaben der Sozialdienstleitung ist die medizinische Grundversorgung in der zast insgesamt ausreichend. Hingegen sei jedoch die Weiterversorgung v.a. bei psychischen Erkrankungen wegen Traumatisierungen ungenügend, da eine entsprechende Struktur, die die Versorgung sicherstellt, in Niedersachsen fehlt. Der Sozialdienst hat Zugriff auf Krankendaten. Durch den ansässigen Arzt



ZAST Oldenburg

gibt es einen engen Austausch mit dem Sozialdienst. Der Austausch zwischen Bundesamt und Sozialdienst sei gut.

Im Einzelfall wird schwer erkrankten AsylbewerberInnen erklärt, was zu tun ist und abgeklärt, welche Versorgung möglich ist. Die Betroffenen bekommen die Arztpapiere bei ihrer Umverteilung mit. Allerdings fehlt nach der Umverteilung zumeist jemand, der die weitere medizinische Versorgung (im Krankheitsfall) managed, da die dezentralen Strukturen der Flüchtlingssozialarbeit weitgehend ersatzlos zusammengebrochen sind. Suizide und Suizidversuche kommen in beiden ZASTen regelmäßig vor. (Als Größenordnung

benennt die ZAST Oldenburg etwa einmal alle 2 Monate, früher sei es häufiger gewesen). Dabei sei, so das Gesundheitsamt Oldenburg, zu differenzieren zwischen unterschiedlicher Intensität und Ernsthaftigkeit der Versuche, auch gäbe es verschiedene kulturelle Neigungen zu Suizidhandlungen.

Prävention

In Oldenburg sowie in Braunschweig wird Präventionsarbeit im Rahmen der eingeschränkten Möglichkeiten mit und durch den Sozialdienst v.a. im Hinblick auf HIV und sexuell übertragbare Krankheiten betrieben. Dabei erfolgt auch eine Kooperation z.B. mit den regionalen Aids-Hilfen. Eine generelle Aufklärung über das hiesige Gesundheitssystem – so betonen die Mitarbeiter in Oldenburg und Braunschweig – sei nicht leistbar bzw. nicht verständlich vermittelbar.

LAST/Grenzdurchgangslager Friedland

SpätaussiedlerInnen, ihre Ehegatten und Abkömmlinge nach § 7 Abs. 2 BVFG sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (§§ 10–13 BVFG). Sofern sie ärztliche oder zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, ist

hierfür die AOK kostenpflichtig. Sonstige Familienangehörige der SpätaussiedlerInnen nach § 8 Abs. 2 BVFG sind nicht krankenversichert. Ärztliche Leistungen werden ihnen persönlich in Rechnung gestellt bzw. sind von der Kommune, der sie zugewiesen wurden, im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen.

Nach Ausschreibung des Landes Niedersachsen ist der Malteser Hilfsdienst mit der Gesundheitsversorgung im Lager beauftragt worden. Eine Röntgenstation wird von einer privaten Firma betrieben, die ebenfalls über eine Ausschreibung durch das Land beauftragt wurde. TBC-Untersuchungen sind seit 2 bis 3 Jahren Pflicht, ausgenommen werden Schwangere und Kinder unter 14 Jahren. Die Angestellten in der Röntgenstation sind größtenteils ehemalige Aussiedler, wodurch eine Sprachvermittlung und kulturelle Vermittlung gewährleistet ist. Viele der Aussiedler, die im Lager ankommen, sprechen nur wenig oder gar nicht deutsch.

Die Aufenthaltszeit im Lager beträgt 3-5 Tage. 2500 Personen können im Lager aufgenommen werden. Bei der Ankunft der Busse mit Neuankömmlingen werden diese von MitarbeiterInnen der Gesundheitsabteilung in Augen-

schein genommen und auf Untersuchungs- oder Behandlungsbedarf angesprochen. Häufige Anlässe für gesundheitliche Versorgung sind Erschöpfungserscheinungen wegen langer Reise, besonders bei alten Leuten. Wenn jemand mit liegendem Transport ankommt, wird die Gesundheitsabteilung vorher durch den DRK-Suchdienst benachrichtigt. Nicht selten sind Krankheiten in den Herkunftsländern nicht oder schlecht behandelt, weil die Ausreise bevorsteht und daher keiner mehr behandeln will oder weil die Gesundheitsversorgung generell schlecht sei, so ein Mitarbeiter des Malteser Hilfsdienstes. Wenn auf Erschöpfung und verschleppte chronische Krankheiten Rücksicht genommen wird, macht dies die gravierenden Unterschiede im Umgang mit ankommenden Menschen in den verschiedenen Aufnahmelagern deutlich.

Es gibt ein Gebäude, in dem eine Gesundheitsstation mit Sprechzimmer sowie eine Bettenstation untergebracht sind. Die Bettenstation umfasst 13 Betten. Die Station ist 24 Stunden besetzt mit 7 hauptamtlichen Krankenschwestern, Altenpflegern mit Ausbildung sowie 2 Aushilfen. Das Problem geringer Russischkennt-

nisse wird durch dort arbeitende Aussiedler gelöst. Der Bedarf an SozialarbeiterInnen oder DolmetscherInnen wird über Rückgriff auf andere Sozialeinrichtungen / Sozialträger im Lager gedeckt.

Seit 1993 gibt es keinen festen Arzt auf der Gesundheitsstation. Statt dessen ist jeden Nachmittag Sprechstunde mit **wechselnden Ärzten** aus der Region, die auch für die Station generell zuständig sind. Die Abrechnung findet über die AOK statt. Außer ansteckenden Krankheiten werden alle Behandlungen, die ohne größere Geräteausstattung möglich sind, durchgeführt. Eine allgemeine Aufklärungsarbeit findet wegen der kurzen Verweildauer nicht statt, nur wenn dies auf Grund eines konkreten Falls nötig ist.

LASt Bramsche

Auf dem Gelände befindet sich eine Krankenstation. Sie verfügt über ca. 12 Krankenzimmer zuzüglich Behandlungsräume, Sanitärbereiche und weitere Funktionsräume und wird von der Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) auf der Grundlage eines Vertrages geführt. Tagsüber ist sie mit einer Krankenschwester besetzt, nachts und tagsüber am Wochenende mit Rettungssanitätern im Bereitschafts-

dienst. Die LASt zahlt monatlich pauschal für diese Leistungen (wobei der Landesrechnungshof empfiehlt – wie in den anderen Zasten –, auf den Bereitschaftsdienst zu verzichten). Zusätzlich übernimmt sie die Kosten für die auf der Krankenstation ausgegebenen Medikamente, stellt die Räumlichkeiten, die erforderlichen technischen Geräte sowie die Bettwäsche und Handtücher bereit.

Zweimal wöchentlich hält ein niedergelassener Arzt in der Krankenstation Sprechstunde ab. Dieser Arzt war bereits für die niederländischen Soldaten zuständig, als das Lager noch eine Kaserne war. Er spricht deutsch, französisch und englisch. Seine ärztlichen Leistungen werden der LASt zusätzlich über die KVN in Rechnung gestellt. Nicht berücksichtigt sind hierbei Beratungen und ambulante Behandlungen durch die Krankenschwester in der Krankenstation.

Auch in Bramsche wurde 2004 eine Umstrukturierung vorgenommen. Die LASt Bramsche wird zukünftig nur noch als Gemeinschaftsunterkunft für die Unterbringung von AsylbewerberInnen genutzt. (Es sollen keine jüdischen Kontingentflüchtlinge und keine AussiedlerInnen mehr aufgenommen werden, diese werden zu-

künftig alle in Friedland untergebracht werden.) In Bramsche werden die Personen untergebracht, die in einer der beiden nds. zentralen Anlaufstellen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber (Oldenburg oder Braunschweig) einen Asylantrag gestellt und aufgrund der Prognose des Bundesamtes keine Perspektive für einen dauerhaften Aufenthalt haben und die aus Staaten kommen, bei denen aufenthaltsbeendende Maßnahmen auch vollzogen werden können.

Ist erkennbar, dass aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können, weil diesen humanitäre, rechtliche oder persönliche Gründe oder das öffentliche Interesse entgegenstehen, so sind diese Personen grundsätzlich nicht in Bramsche unterzubringen. AsylbewerberInnen, deren Verfahren vermutlich länger dauern, werden auf die Gemeinden verteilt. Ziel ist es, in den Unterkunftsbauwerken 550 Personen unterzubringen. Bisher befinden sich bis 250 Personen in der LAST.

Die Asylsuchenden, die von der LAST Oldenburg umverteilt werden, kommen in Gruppen und werden als Gruppe im Gespräch eingewiesen. Die BewohnerInnen der LAST Bramsche haben Bewegungsfreiheit im gesamten Regierungsbezirk

Weser-Ems. In der LAST sind alle nötigen Einrichtungen untergebracht: Außenstelle Sozialamt und Außenstelle Ausländerbehörde sowie eine Krankenstation.

Offiziell ist in der LAST Bramsche kein »Ausreisezentrum« untergebracht. Es werden allerdings »Ausreisepflichtige« eingewiesen, die an ihrer Passbeschaffung mitwirken sollen. Als Druckmittel zur Mitarbeit werden Arbeitsentzug und Taschengeldstreichung eingesetzt. Die SozialarbeiterInnen sollen dabei die Konflikte puffern und mit sanfterem Druck die Weisungen der Ausländerbehörde durchsetzen (in vermittelnden Gesprächen mit »Ausreisepflichtigen« sollen diese überzeugt werden, an ihrer Passbeschaffung mitzuwirken).

Es gibt ein Fahrzeug in der LAST, mit dem Personen zum Arzt gefahren werden können. Krankenschwester und SozialarbeiterInnen entscheiden, wer mit dem Auto zum Arzt gefahren wird. Das sind i. d. R. ältere Menschen, Schwangere oder Menschen, die so krank sind, dass die Fahrt mit dem Fahrrad oder Bus nicht zumutbar wäre.

Wenn sich BewohnerInnen mit Beschwerden direkt an die Krankenschwester wenden, ohne den

Arzt vorher konsultiert zu haben, dann gibt sie i. d. R. nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus, wie z. B. Paracetamol. Die Krankenschwester sucht bei Überweisungen i. d. R. die Ärzte aus und macht die Termine mit ihnen. Es gibt Kontakt zu bestimmten Zahnärzten, die für die Behandlung der BewohnerInnen ansprechbar sind als andere. Die Krankenschwester entscheidet auch über die Ausgabe des Krankenscheins.

Theoretisch besteht auch die Möglichkeit für Asylsuchende, autonom zum Sozialamt zu gehen und unabhängig einen Arzt der eigenen Wahl aufzusuchen. Von dieser Möglichkeit wird aber – so die Befunde des Teilprojektes Regionalanalyse⁴ – kein Gebrauch gemacht. Das hat mit einer Reihe von Gründen zu tun. Erstens liegt Bramsche-Hesepe in einer ländlichen Region (ca. 10 km bis Bramsche), Fahrten in die Stadt sind mit für AsylbewerberInnen kaum leistbaren Kosten verbunden, wenn sie nicht das Fahrzeug der LAs nutzen können. Zweitens bietet die Einrichtung selbst eine ärztliche

Grundversorgung an, die einfacher zu erreichen ist. Drittens sind Asylsuchende nicht ausreichend informiert über die Struktur, Funktionsweise und den Zugang zum deutschen Gesundheitssystem. Viertens führen all die genannten Faktoren und die Lebensbedingungen insgesamt zu einer starken Einschränkung der Handlungsfähigkeit (vgl. Behrensen/Groß 2004).

Sprachschwierigkeiten sind ein andauerndes Problem. Die meisten derzeitigen BewohnerInnen kommen aus afrikanischen Ländern. Französisch und Englisch wird durch SozialarbeiterInnen abgedeckt. Ein Betreuer spricht russisch. Bei anderen Sprachen werden DolmetscherInnen eines Übersetzungsbüros angefordert. Dazu wird ein Termin vereinbart, an dem gebündelt für verschiedenen BewohnerInnen übersetzt wird. In der Realität müssen jedoch oftmals die BewohnerInnen aushelfen (z. B. musste ein kurdischer Junge beim Arzt für eine Frau übersetzen). Der Sprachbedarf in Kurdisch und Arabisch ist nur schwierig abzudecken.

Psychische Erkrankungen zu erkennen ist wegen der kurzen Behandlungszeiten, der Sprachschwierigkeiten sowie der fehlen-

4 Die Regionalanalyse über die Gesundheitssituation von Flüchtlingen in der Region Osnabrück ist ein Teilprojekt der Entwicklungspartnerschaft SPuK und angesiedelt bei der Universität Osnabrück (vgl. Kap. 4.1).

den Fachausbildung des Allgemeinarztes schwierig bzw. dem Zufall überlassen. Z.T. erhält er Hinweise von SozialarbeiterInnen oder Hausmeistern (die in jedem Haus vorhanden sind) über Auffälligkeiten der BewohnerInnen. »Grundsätzlich kann man aber aus diesen Gründen sagen, dass die medizinische Struktur vor Ort nicht geeignet ist, psychische Erkrankungen systematisch zu erkennen«, resümieren die Autorinnen einer Untersuchung zur LAST Bramsche (s. Kap.4.1, Behrensen / Groß 2004).

Quellen

Niedersächsischer Landesrechnungshof:

Prüfbericht »über die Organisations- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Aufnahmestellen des Landes

für Asylbewerber, Spätaussiedler und jüdische Emigranten, Hildesheim 08.08.2003

Besuch in der LAST/Grenzdurchgangslager Friedland: Gespräch mit dem Leiter der Gesundheitsstation

Besuch in der ZAST in Braunschweig: Gespräch mit der Sozialdienstleiterin

Besuch in der ZAST Oldenburg: Gespräch mit der Leitung, dem Sozialdienst, der Ärztin des Gesundheitsamtes und dem Sozialamt

Birgit Behrensen / Verena Groß: Auf dem Weg in ein »normales Leben«? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück (Teilprojekt Universität Osnabrück), Osnabrück 2004 (siehe Kap. 4.1)

Interview mit Ingrid und Ronald Vogt, ehrenamtliche MitarbeiterInnen des Nds. Flüchtlingsrates

Ingrid und Ronald Vogt unterstützen im Rahmen der Arbeit des Niedersächsischen Flüchtlingsrates seit 10 Jahren ehrenamtlich Flüchtlinge. Im Rahmen der interdisziplinären Gesundheitsberatungsstelle des SPuK-Projektes sind sie ebenfalls ehrenamtlich tätig und beraten Flüchtlinge in Gesundheitsfragen und führen Haus- und Klinikbesuche durch.

Von Beruf ist Ingrid Vogt Sonderschullehrerin und Ronald Vogt ist Diplompädagoge. Jetzt sind beide im (Un-)Ruhestand.

Wie seid ihr dazu gekommen, euch mit Flüchtlingen und für Flüchtlinge zu engagieren?

Ronald: Wir sind schon ziemlich lange politisch interessiert und engagiert und haben uns aufgrund unserer Arbeit mit Sonderschülern lange mit Randgruppen befasst. Uns hat besonders das Erstarken der Neonazis empört – was uns zur Antifa-Arbeit in Hameln / Pyrmont bewegt hat. Hier waren wir bei interkulturellen Begegnungen und beim Antifa-Café dabei. Außerdem haben wir uns Anfang der 90er Jahre mit einem Iraner befreundet, der uns für die Alltags-

probleme der Flüchtlinge sensibilisiert hat. Er ist heute noch unser Freund und vielfach unser Berater.

In dieser Anfangsphase haben wir zunächst den in Bad Pyrmont lebenden Vietnamesen versucht zu helfen. 1993 haben wir dann über die Initiative »Den Winter überleben« eine bosnische Flüchtlingsfamilie (zwei Omas, Vater, Mutter und siebenjähriges Kind) bei uns aufgenommen. Alle haben dank Petitionen heute einen gesicherten Aufenthaltsstatus.

Ingrid: Seither haben wir mitgeholfen, etwa 67 Familien erfolgreich in Deutschland zu integrieren, davon neben den vietnamesischen und bosnischen einige iranische Familien, ansonsten kurdische Familien, deren Asylverfahren gescheitert war, weil ihnen notwendige Hilfestellungen fehlten und sie nicht rechtzeitig in ihren eigentlichen Problemen erkannt und entsprechend behandelt werden konnten. Man stelle sich vor: Schwer gefolterte Männer und gefolterte und sexuell missbrauchte Frauen, bei denen Abschiebedrohung panische Ängste auslöst, in das Land der Folterer zurückge-

schickt zu werden. – Das geht so weit, dass es neben den bereits lange Jahre bestehenden psychosomatischen Beschwerden nunmehr zu Zusammenbrüchen und nicht selten zu suizidalen Handlungen kommt. Diesen Menschen konnten wir Hindernisse aus dem Weg räumen und sie in therapeutische Behandlung bringen, einige konnten wir sogar aus der Abschiebehafte herausholen – Menschen, die extrem traumatisiert waren.

Für etwa 50 Fälle konnten wir eine »Anschubberatung« machen und an andere Helfer abgeben, etwa 100 Familien betreuen wir noch bis auf Weiteres.

Ihr habt gerade von Hindernissen für Traumatisierte gesprochen – was meint ihr damit?

Wie sind Eure Erfahrungen im Umgang mit schwer belasteten Flüchtlingen beim Bundesamt, bei den Gerichten und Behörden?

Ingrid: Das erste Hindernis liegt für die Flüchtlinge in ihrer Angst, vor Behörden ihr wirkliches Folterschicksal zu erzählen. Viele fühlen sich wie in den Verhören, denen sie gerade entronnen sind. Besonders Frauen beziehen sich auf die Fluchtgründe der Männer und stellen aus Scham- und Ehrgefühl

ihre eigenen zurück oder sprechen gar nicht über ihre sexuellen Folterungen und Erniedrigungen.

Das zweite liegt in der Natur der Sache, oder genauer ausgedrückt, in den traumatischen Folgen der brutalen Erlebnisse der Flüchtlinge im Heimatland. Dazu gehören z.B. dissoziative Gedächtnislücken, ungenaue Zeiteinordnungen, Vermeidungsverhalten. Psychische Verdrängung als Schutzmechanismus vor einer Überflutung durch die Traumata verhindern oft, dass Flüchtlinge detailliert und substantiiert aussagen. Sie können es praktisch nicht, weil genau diese Symptomatik die erlebten Traumatisierungen ausmacht, d.h. sie berichten ungenau und undetailliert und verschweigen Vieles. Das genau führt jedoch zum negativen Verfahrensausgang

Ronald: Unsere Erfahrungen mit einzelnen Entscheidern oder bei Behörden sind sehr unterschiedlich. Bei der Begleitung von Flüchtlingen zu Bundesämtern nach Braunschweig, Bielefeld, Oldenburg, Halberstadt lernten wir einiges kennen, von sehr engagierten und offenen Entscheidern, bis hin zu strikter Ablehnung unserer Begleitung.

Ebenso unterscheiden sich die Ausländerämter sehr in der Ausübung ihrer Amtspflicht. Manche nutzen Ermessensspielräume, bei anderen nützen nicht einmal Dienstaufsichtsbeschwerden, um eine korrekte Behandlung und einen menschenwürdigen Umgang mit Flüchtlingen zu erwirken.

Es ist eben eher eine Glückssache, ob man in Deutschland als Flüchtling anerkannt wird und weniger eine Frage der Fluchtgründe.

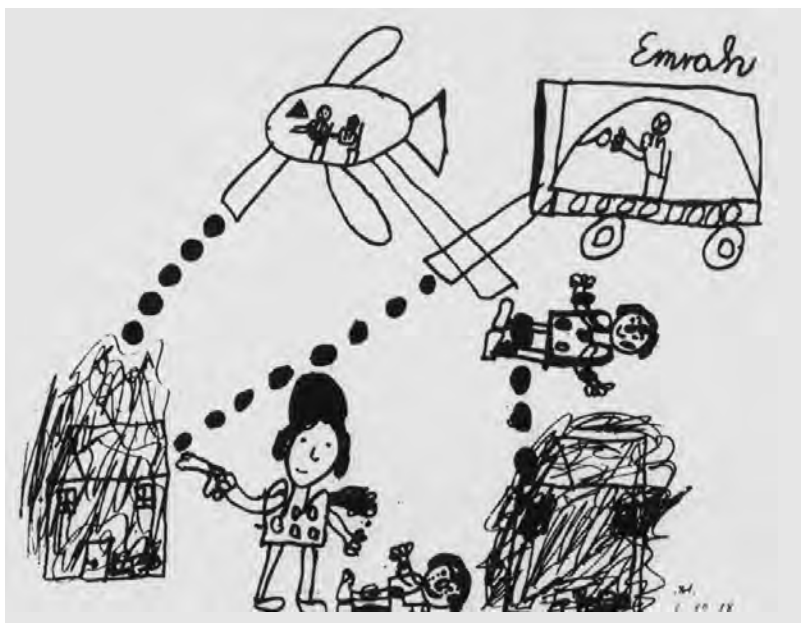
Und wie sind Eure Erfahrungen mit ÄrztInnen, mit niedergelassenen oder in Krankenhäusern?

Ingrid: Wir haben sehr viele aufgeschlossene Ärzte in Krankenhäusern und Landeskrankenhäusern kennen gelernt, die sich rührend um die Problematik der traumatisierten Menschen kümmern. Im außerklinischen Bereich finden sich ebenfalls Ärztinnen und Ärzte, die wir aufsuchen können und die Flüchtlinge behandeln. Es gibt leider auch Ärzte, die eine Behandlung von Flüchtlingen, bei denen Folter und Gewalterfahrungen im Hintergrund stehen, ablehnen, weil sie das als »politisch« einschätzen und nicht mittragen wollen.

Um mit anderen Menschen über Probleme zu sprechen, über oft intime Details persönlicher Erniedrigung, über Todesängste und Schuldgefühle, braucht es eine Menge Vertrauen. Wie schafft ihr es, eine solche Vertrauensbeziehung zu Menschen aufzubauen?

Ronald: Der persönliche Kontakt ist natürlich ganz wichtig. In der Regel fahren wir zu einem Treffpunkt, z.B. zu Bekannten der Betroffenen, wenn sie aus entfernten Gegenden Deutschlands kommen, oder wir besuchen die Menschen in ihrem Zuhause. Wir achten darauf, dass Frauen von Frauen gedolmetscht und interviewt werden und Männer eben von Männern. Das ist aus Gründen der Scham und Ehre sehr wichtig – außerdem sollten Kinder bei den Interviews nicht anwesend sein.

Ingrid: In der Regel genießen wir einen Vertrauensvorschuss, weil wir durch andere Flüchtlinge empfohlen wurden. Wir bemühen uns außerdem zu vermitteln, dass wir die Probleme der Flüchtlinge ernst nehmen und wissen natürlich auch nach den langen Jahren viel über die Hintergründe und Lebensgewohnheiten der Menschen. So wird man z.B. wenig erfahren, wenn man eine kurdische Frau



nach ihren Hobbys fragt – aber Fragen, ob sie gerne aus dem Hause oder zu Familienfesten geht, können z. B. aufdecken, ob sie evtl. inzwischen ein solches Vermeidungsverhalten an den Tag legt, dass sie sich sozial isoliert hat und aus panischer Angst das Haus nicht mehr als nötig verlässt.

Habt ihr Sprachprobleme?

Gibt es interkulturelle

Verständigungsprobleme?

Ronald: Wir haben inzwischen eine Anzahl sehr guter Dolmetscher und Dolmetscherinnen, die uns bei

den unterschiedlichen Gelegenheiten übersetzen und auch schriftliche Dokumente ins Deutsche übertragen. Das Problem stellt allerdings die Bezahlung dar, denn Dolmetschen ist schließlich eine schwere Arbeit und muss bezahlt werden!

Was war euer einschneidendstes Erlebnis?

Ronald: Ich habe x-mal erlebt, dass das Schicksal des einzelnen Flüchtlings für viele Richter keine Rolle mehr spielt. Mit der Rechtfertigung, dass es Fluchtalternativen

und Behandlungsmöglichkeiten für Traumatisierte im Herkunftsfolterland gäbe, werden wider besseres Wissen die Menschen ihren Henkern ausgeliefert. Das trifft mich jedes Mal neu, besonders wenn ich an das Schicksal der Kinder denke.

Ingrid: Ich kann nicht ein Schicksal gegen das andere setzen und sagen, das betrifft mich mehr und das betrifft mich weniger. Ich kann – und das geht Ronald auch so – bald keine Kraft mehr aufbringen, um immer wieder in die Bresche zu springen und gegen die rassistische Asylpolitik anzurennen. Das macht mich oft wütend. Ich glaube, ich habe kein besonderes Erlebnis gebraucht. Es hat viel damit zu tun, dass ich selbst Flüchtling im Hitlerkrieg war.

Wenn wir uns jedoch zurück-erinnern, war ein ganz einschneidendes Erlebnis die Tatsache, dass wir gemeinsam mit dem Ausländerbeirat zum Tag der Menschenrechte 2000 mit drei Flüchtlings-schicksalen eine Feier in der Kirche mitgestalten durften. Dazu hatten wir das »Gemälde« eines 10-jährigen kurdischen Jungen mitgenommen, das uns sehr beeindruckt hat, weil es die Nachhaltigkeit von Kinderträumen dokumentiert (*siehe Abb. vorige Seite*).

Woran erkennt ihr, dass ein Mensch aufgrund traumatischer Erfahrungen erkrankt ist? Wie überprüft ihr die Angaben?

Ronald: Wir haben uns intensiv mit der Traumaforschung in Literatur und einigen Fortbildungen beschäftigt. Als erstes schreiben wir die individuelle Geschichte des Flüchtlings auf und beobachten gleichzeitig sein Verhalten. Dann hat sich das sogenannte »Strukturierte Klinische Interview für DSM IV« SKID als sehr hilfreich herausgestellt, das auch in der international standardisierten Diagnostik nach ICD 10 oder DSM IV⁵ angewandt wird. Anhand der Items zu der Symptomatik einer PTSD⁶ kann diese dann »mit hoher Wahrscheinlichkeit« diagnostiziert werden. Es gibt ebenfalls einige Paralleltests zu Befindlichkeiten traumatisch Erkrankter dazu.

5 American Psychiatric Association (1995): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV, Hofgrete, Göttingen.

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation (2000), 4. Durchgesehene Auflage, Verlag Hans Huber, Bern u.a.

6 Post-traumatic Stress Disorder – deutsch: Posttraumatische Belastungsstörung, vgl. Kap. 3.2

Selbstverständlich führen wir die Flüchtlinge zu Fachärzten, wir versuchen Therapien einzuleiten, sind aber zunächst auf eine Begutachtung und qualifizierte, fachärztliche Stellungnahmen oder Gutachten angewiesen, auch um die rechtlichen Rahmenbedingungen abzusichern.

Wird die gesundheitliche Situation im Asylverfahren ausreichend gewürdigt?

Ingrid: Wir meinen nein.

Nach unserer Meinung sollten allen Flüchtlingen für ihre physischen Probleme Ärzte zur Verfügung stehen und zwar *möglichst früh in ihrem Verfahren*. Nach dem heutigen Asylbewerberleistungsgesetz ist ja angesagt, nur das Allernotwendigste an ärztlicher Hilfe zu gewähren. So muss später fast um jeden Besuch bei einem Facharzt gekämpft werden – Dolmetscherkosten oder Therapiekosten werden in den wenigsten Fällen übernommen. Außerdem ist den Menschen gar nicht bewusst, dass ihre Leiden möglicherweise psychosomatischen Charakter haben und nicht mit Kopfschmerztabletten oder Schlafmitteln geheilt werden können. Z.B. wird in der kurdischen Kultur weitaus weniger über seelische Zustände gesprochen als

in westlichen Ländern – dennoch staunen wir oft über die blumenreiche Sprache, die einiges besser ausdrückt, als unser Fachchinesisch. Einmal beschrieb eine kurdische Frau ihren Zustand nach Folter und Vergewaltigung und dem vermeintlichen Verlust ihrer Ehre: »Seitdem ist meine Seele schwarz«. Kann man ein besseres Bild finden?

Was wäre aus eurer Sicht am dringendsten erforderlich, um die Gesundheitssituation von Flüchtlingen zu verbessern?

Ingrid: Es müsste dringend mehr traumatologisch ausgebildete Fachärzte geben – mehr Zentren zur Behandlung von Folteropfern – mehr Therapeuten – mehr muttersprachliche Therapeuten – mehr kostengünstige Dolmetscher – mehr Sozialbetreuung. Oft müssen wir Flüchtlinge aus Niedersachsen mit langen Wartezeiten (mindestens 6 Monate) nach Berlin oder Konstanz zur Behandlung bringen.

Es wäre wünschenswert, wenn sich mehr ÄrztInnen bereit erklärten, Stellungnahmen und auch Gutachten für Flüchtlinge zu schreiben. Viele lehnen das ab, weil sie es als zusätzliche Belastung empfinden. Eigentlich gehört es aber zur Aufgabe niedergelassener

Psychiater, auch Gutachten zu erstellen. Die Kliniken gehen dazu über, nur noch Gutachten aufgrund richterlicher Aufträge zu erstellen und in einigen Behandlungszentren für Folteropfer wird das auch favorisiert. Die Flüchtlinge sind in der Bringpflicht – sie haben die Beweislast zu tragen. Das ist ein Riesenproblem in der Praxis. Wir brauchen in Niedersachsen dringend ein Behandlungszentrum oder jedenfalls Therapeuten und Begutachter, die sich mit der besonderen Situation von Flüchtlingen auskennen und Fortbildung in Traumabehandlung haben.

Ronald: Wir könnten uns ein Behandlungszentrum für Folteropfer in Hannover vorstellen, das möglichst unabhängig arbeitet. Vorbildmodell könnte das Berliner Zentrum für Folteropfer sein. Es ist doch weder zumutbar noch bezahlbar, wenn Flüchtlinge aus Niedersachsen bis Berlin oder Köln oder Konstanz fahren müssen, um ihr traumatisches Schicksal über ein Gutachten beweisen zu können und um Behandlung zu erhalten.

Um noch einmal auf deine Frage zur Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation der Flüchtlinge zurückzukommen: Das

Wegsehen und Nichtberücksichtigen der gesundheitlichen Situation der Flüchtlinge stellt das eigentlich Problem im Asylverfahren dar. Die Menschen kommen ja nicht ohne Grund zu uns. Sie sind in aller Regel von schwerster Verfolgung gezeichnet, haben brutale Folter oder sexistische Misshandlungen erlebt, oder sie mussten diese bei Nachbarn oder nächsten Angehörigen mit ansehen, ihre Häuser / Dörfer sind zerstört worden, sie sind so oder auf andere Weise ihrer Lebensgrundlage beraubt worden.

Diese verfolgten Menschen brauchen natürlich unser Mitgefühl und unsere verständnisvolle Hilfe. Doch was geschieht? In aller Regel begegnet dem Flüchtling bei seiner Aufnahme und bei seiner ersten Anhörung Misstrauen und Ablehnung. Die Anhörung ähnelt in vielen Fällen einem Kreuzverhör. Manche Entscheider sind nur daran interessiert, den Flüchtling in Widersprüche zu verwickeln. Sie nutzen das durch die Traumatisierung entstandene Vermeidungsverhalten gezielt aus, um am Ende den Beweis zu haben, dass der Flüchtling »unsubstantiiert« vorgebracht hat und somit unglaublich ist. Tausende von Ablehnungsbescheiden des BA sind auf diese Weise produziert worden. Die Ver-

I.3

waltungsgerichte setzen z.T. diese Arbeit gegen den Flüchtling fort, bekräftigen die Bundesämter in ihrer Entscheidung und finden weitere Gründe, um das Asylbegehren abzulehnen. Todkranke und verzweifelte und von Ängsten zerrissene Menschen schicken deutsche Behörden in ihre Folterländer zu-

rück. Das nennen wir rassistische Politik.

Ingrid: Nur, wenn es uns gelingt, diese unselige Asylpraxis zu entlarven und wir die wahren Fluchtgründe der Flüchtlinge endlich ernst nehmen, haben sie eine Chance! Dazu brauchen wir eine andere Politik, die das Grundgesetz und das Menschenrecht wieder ernst nimmt.

1.3 zum Beispiel



Foto: Greenpeace Magazin 3/04

z. B. Familie U.

Die Familie U. ist Ende des Jahres 1998 aus dem Kosovo im ehemaligen Jugoslawien geflohen. Als Angehörige der Minderheit der Ashkali waren sie massiven Angriffen seitens AlbanerInnen und SerbInnen ausgesetzt. Im August 1998 wurde dann sogar ihr Haus durch Serben niedergebrannt, so dass sie sich zur Flucht entschlossen.

In Deutschland stellte die Familie einen Asylantrag, der jedoch für alle (»asylmündigen«) Familienmitglieder abgelehnt wurde, da es im Kosovo keine staatliche bzw. »quasistaatliche« Verfolgung gebe. Während die UNMIK schriftlich be-

zeugt hat, dass das Eigentum der Familie völlig zerstört wurde, eine Interessenvertretung von Ashkali im Kosovo die schlechte Lebenssituation für Minderheiten dort bescheinigt und ein Vertreter von Pax Christi, der sich vor Ort aufgehalten hatte, die anhaltende Verfolgung nunmehr v.a. durch Albaner beschreibt, kommt das Gericht zu dem Schluss, dass die Gefahren, denen die Ashkali dort ausgesetzt sind, eine allgemeine Gefahrenlage darstellten. Das wiederum heißt, dass sie im Asylverfahren nicht zu berücksichtigen sind. Es sei denn, der Einzelne würde »quasi sehenden Auges in den sicheren Tod« geschickt werden (vgl. Kap. 3.3)

Amtsärztliche Untersuchung von Frau U. im August 2003:

»An Fremdbefunden liegt hier vor:

1. Ein Bericht der Lungenfachärztin von 1999 mit der Diagnose: Ausschuß eines spezifischen Prozesses der Lunge [...]

2. Ein Kurzbericht des Krankenhauses vom 4.2.2002 mit der Diagnose: Migräneanfall

3. Ein fachärztlicher Bericht des Hautarztes [...] mit der Diagnose Urticaria

4. Ein Bericht des Krankenhauses G. vom Februar 2003 mit der Diagnose: Unterbauchschmerzen bei

Harnwegsinfekt, Colondivertikulose, arterieller Hypertonus

5. Ein Bericht des Krankenhauses G. vom April 2003 über einen stationären Aufenthalt dort mit der Diagnose »unklare Unterbauchschmerzen«

6. Ein Bericht einer Ärztin vom Juni 2003 mit der Diagnose: Bluthochdruck mit massiven vegetativen Begleiterscheinungen wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, abdominale Beschwerden ohne anatomischen Hintergrund, massiver Leidensdruck

7. Ein Attest des Facharztes für Allgemeinmedizin [...] vom Juli 2003 mit den Diagnosen: Arterieller Hypertonus, Migräne, chronische Gastritis, Sigmadivertikulose und der Bemerkung, es bestehe ein starker Leidensdruck, sodass eine zusätzliche psychische Belastung durch die Trennung von der Familie unzumutbar sei. [...]

Zur Vorgeschichte berichtet Frau U., sie stamme aus dem Kosovo, dort sei sie nicht krank gewesen, sie sei erst im Krieg durch die Kriegseinwirkungen erkrankt. Seit 4 Jahren sei sie in Deutschland, hier habe sie unter Kopfschmerzen, Unterleibschmerzen, rezidivierenden Blasenentzündungen, Bluthochdruck, Schlafstörungen und Schwindel gelitten. Sie sei im Krankenhaus gewe-

sen wegen Bauchschmerzen, Nierenschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen, Schwäche in den Beinen. Sie habe zwar Appetit, aber beim Essen einen Kloß im Hals, aber an Gewicht habe sie nicht verloren.

Sie habe 5 Kinder, alle erwachsen, die Schwiegertöchter helfen ihr bei der Hausarbeit, sie sei so vergeßlich, wenn es ihr gut gehe, gehe sie gern mit zum Einkaufen, sie habe Angst vor der Abschiebung.

Vor drei Wochen sei sie wegen Schwindel gefallen, habe sich an der Nase und am Oberkiefer gestoßen. [...]

Zusammenfassung und Beurteilung: Bei Frau U. bestehen folgende Erkrankungen: Hypertonus mit Kopfschmerzen, Migräne, Schlafstörungen, Harnwegsinfekt mit Nieren- und Bauchschmerzen, reaktive depressive Verstimmung.

Frau U. ist z. Zt. nicht reisefähig. [...]

Auf die Fragen der Ausländerbehörde: [...]

Nach Besserung der akuten gesundheitlichen Probleme wird Frau U. den Flug überleben.«

Im September 2003 schreibt die Ärztin im Gesundheitsamt bei der Wiedervorstellung:

»Bei Frau U. bestehen Restbeschwerden nach einer Bauchopera-

tion, ... ein Bluthochdruck, ein chronischer Harnwegsinfekt und eine deutliche psychische Überlagerung: Die medizinische Behandlung würde sich sicher besser gestalten lassen, wenn die Sprachbarriere zwischen Arzt und Patient entfällt [...]«

Anfang Oktober schreibt die Hausärztin:

»Seit ca. 2 Jahren leidet Frau U. an schwer zuordenbaren Bauchschmerzen, die als psychosomatisch eingestuft wurden. Eine akute Verschlechterung des Allgemeinbefindens führte zu einer erneuten Einweisung ins Krankenhaus im August 2003. Dort wurde Anfang September perforierter Darm entfernt. ...

Frau U. ist insgesamt verängstigt und nervös. Die neue Erkrankung ist hierbei sicherlich nur zum Teil auslösend [...]«

Als der erwachsene Sohn der Familie im Rahmen einer Veranstaltung der Interdisziplinären Beratungsstelle Gesundheit⁷ Ende 2003 von den Erlebnissen der Familie im Kosovo erzählt (u. a. wie sie bei der Flucht »über Leichen gestol-

7 Ein Projekt des Niedersächsischen Flüchtlingsrates im Rahmen des Equal-Gesamtprojektes, siehe dazu Kap. 3.6

pert« seien und welche Angst sie beim Verstecken hatten ...), wird durch einen anwesenden Diplompsychologen mit langjähriger Erfahrung in Psychotraumatologie ein Zusammenhang zwischen Erkrankung, massiven Schlafstörungen, niedergedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit und den realen Erlebnissen insbesondere bei seiner Mutter, aber auch bei seiner jüngeren Schwester, die zu dem Zeitpunkt gerade 15 Jahre alt war, hergestellt. Die Erkrankungen könnten unmittelbare Folge der belastenden Erlebnisse sein. Eine Untersuchung auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei angebracht.

Im anschließenden ausführlichen Gespräch fragt der Sohn, ob man denn sowas wirklich behandeln könne. Es ist ihm wichtig festzustellen: »Wir sind doch nicht verrückt. Wir haben nicht daran gedacht, in ein Krankenhaus für Verrückte zu gehen«. Aus diesem Zitat wird deutlich, was die Ärztin Frau Dr. Schlüter-Müller, die im Kosovo als Supervisorin in der Psychiatrie tätig ist, auf einer Veranstaltung der interdisziplinären Beratungsstelle beschrieben hat: Psychisch Kranke unterliegen einer starken Stigmatisierung, ähnlich der Situation in Deutschland in

nicht allzu ferner Vergangenheit. Außerdem seien mythologische Erklärungen von Krankheiten weit verbreitet.

Mit Hilfe eines ehrenamtlichen Unterstützers wird nach anfänglichem Unbehagen der Familie U. dann ein Psychiater aufgesucht. Im März 2004 begeht die Schwester einen Suizidversuch und wird stationär aufgenommen. Auch die Mutter begibt sich auf Grund ihrer zunehmenden Depression in stationäre Behandlung. Dennoch ist psychisch auch eine Entlastung eingetreten durch das Gefühl, in der Belastung und dem extremen Erleben endlich Ernst genommen zu werden, endlich einen Namen für das Leiden zu haben und sich dabei angenommen zu fühlen.

Der konstante Druck der Ausländerbehörde, in die Unsicherheit und Ungewissheit im Kosovo zurückzukehren, verstärkt jedoch andererseits die Symptomatik. Aktuell wird durch die Interdisziplinäre Beratungsstelle versucht, eine therapeutische Behandlung in albanischer Sprache oder mit Sprachmittlung einzuleiten.

Im Kosovo mangelt es sowohl an der Infrastruktur der Gesundheitsversorgung als auch an geschultem Personal, um eine entsprechende Psychotherapie durch-

führen zu können. Dies bestätigen Fachärzte vor Ort, Fachärzte aus Deutschland, die dort in der Ausbildung des psychiatrischen Personals tätig sind und auch der UNHCR.⁸ Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Behandlungen und Medikamente oftmals nicht bezahlt werden können, da vieles privat und bar gezahlt werden muss. Der Ehemann hat zudem schweres Asthma, das regelmäßige Behandlung und Einnahme von Medikamenten erfordert.

Weitere Mitglieder der Familie leiden ebenfalls an z. T. schweren Krankheiten. So ist Frau Ajmone U., mit 75 Jahren die älteste Familienangehörige, an einer chronischen Bronchitis sowie einer massiven Osteoporose erkrankt. Zusätzlich leidet sie unter psychischen Erscheinungen mit Todesängsten auf Grund schwerer Ge-

hirnverkalkung. Sie ist daher auf Unterstützung angewiesen. Die Behörden in der BRD allerdings halten eine Rückkehr in den Kosovo für die Familie trotz der vielseitigen Belastungen für zumutbar.

Derzeit (Juni 2004) hat die Übergangsverwaltung im Kosovo UNMIK wegen der systematischen Übergriffe von albanischen Nationalisten auf SerbInnen und andere Minderheiten im Kosovo weitere Abschiebungen dort hin vorerst unterbunden. Allerdings besteht auf längere Sicht die Gefahr, dass die Behörden auch im Fall der Familie U., wie bereits zuvor bei anderen Ashkali, rigoros Abschiebungen durchsetzen.

Schließlich hat die Bundesregierung ein Interesse daran, den Angriff auf Jugoslawien als erfolgreiche Mission im Kampf gegen ethnisierte Konflikte erscheinen zu lassen.

8 United Nations High Commissioner for Refugees – Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen

Von Schweden lernen: Stadt Malmö/Hyllie City District Verwaltung Internationale Gesundheitsberater

Im schwedischen Equal-Partnerprojekt werden Asylsuchende mit einschlägiger medizinischer Ausbildung und Berufsausübung in ihrem Herkunftsland zu internationalen Gesundheitsberatern ausgebildet. Ziele des Projektes sind die Verbesserung der Informationsstruktur für Flüchtlinge und AsylbewerberInnen über die schwedische Gesundheitsversorgung, die sprachliche Unterstützung der Zielgruppe in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Entwicklung von Beschäftigungschancen für Asylsuchende.

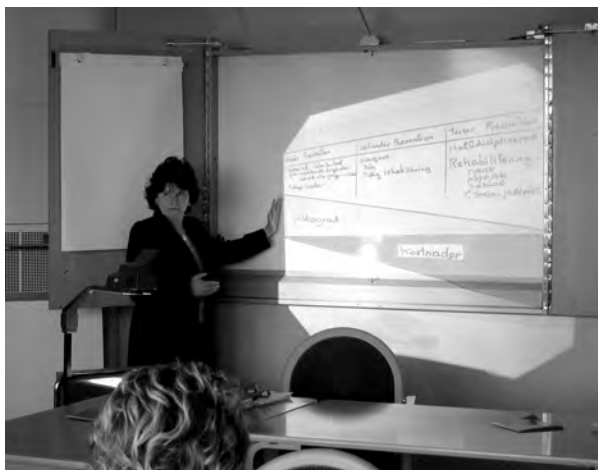
Ausbildung

Alle Gesundheitsberater nahmen an einer Ausbildung teil, bei der der Schwerpunkt darin lag, dass die Gesundheitsberater den Menschen, mit denen sie im Rahmen ihrer Arbeit zu tun haben würden, die gleichen Informationen vermitteln müssen wie die Mitarbeiter des regulären Gesundheitswesens. Die Ausbildung wurde u. a. durchgeführt von Mitarbeitern des Grundpflegedienstes, der Universität Malmö und der sozial-medizinischen Einheit. Die zwölf Ge-

sundheitsberater, die im Zeitraum 2002–2003 beschäftigt waren, hatten folgende Berufe: Krankenschwester, Zahnarzt, Psychologe, Zahnarzthelferin, Physiotherapeut und Pflegehelferin. Mit Ausnahme der Krankenschwester und der Pflegehelferin hatte keiner den erlernten Beruf in Schweden ausgeübt. Alle leben mittlerweile seit drei bis vierzehn Jahren in Schweden. Die Gesundheitsberater sprechen Polnisch, Kurdisch, Persisch, Albanisch, Serbokroatisch, Arabisch, Dari und Paschtu. Sie nahmen ihre Arbeit im Rahmen von EQUAL im September 2002 auf.

Die Ausbildung beinhaltete Besuche von und Informationen über Institutionen, die wichtige Ressourcen für die gemeinschaftlichen Aktionen darstellen. Der Lehrgangsplan, der in Zusammenarbeit mit der Universität Malmö erarbeitet wurde, schloss auch Themen wie öffentliche Gesundheit, weitverbreitete Krankheiten, Lebensstil, Umwelt und die Organisation der öffentlichen Gesundheitsarbeit ein.

Das Rote Kreuz trug zur Ausbildung der Gesundheitsberater



*Ausbildung zum
Health Adviser
in Malmö*

bei, indem es Kurse zu Themen wie Erste Hilfe, Kinderunfälle, Flüchtlingsfragen und psycho-soziale Reaktionen auf die Flucht und Traumata von Flüchtlingen durchführte.

Implementierung

Die Gesundheitsberater wurden aufgeteilt auf die vier Stadtbezirke Malmö mit den höchsten Migrantenanteilen: Fosie, Rosengård, Hyllie und Södra Innerstaden. Jedes Team mit jeweils zwei Gesundheitsberatern übernahm die Verantwortung für einen Stadtbezirk. In Rosengård und Fosie gab es bereits etablierte Beziehungen zu den Verantwortlichen für öffentliche Gesundheitsfragen, was die Fortführung der Arbeit erleichterte.

In Hyllie und Södra Innerstaden musste zusätzliche Hilfe geleistet werden bei der Kontaktaufnahme zu den zukünftigen Partnern und bei der Programmplanung.

Die Arbeitsschwerpunkte

In den einzelnen Stadtbezirken, in denen die Gesundheitsberater tätig wurden, entwickelten sich jeweils unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte.

In Zusammenarbeit mit den »Treffpunkten« des Stadtbezirks Hyllie hielten die Gesundheitsberater Fitness-Stunden für Frauen ab und führten Gespräche über Themen wie Körperpflege, Ernährung und Diäten, körperliche Fitness, Sex und Beziehungen, psy-

chische Gesundheit, Zahnpflege, Erste Hilfe und Kinderunfälle. Die Gespräche über Erste Hilfe und Kinderunfälle wurden durch praktische Übungen ergänzt.

In Zusammenarbeit mit den Schulen konnten die Gesundheitsberater verschiedene Gruppen in Arabisch, Dari, Paschtu, Albanisch und leicht verständlichem Schwedisch informieren. Die behandelten Themen waren die gleichen wie in den Treffpunkten. In der Vorschule in Holma informierten die Gesundheitsberater über Diäten und Ernährung, körperliche Fitness und die Wichtigkeit des Schlafes, wobei besonders Familien mit Kindern als Zielgruppe angesprochen wurden. Die Gesundheitsberater waren Teilnehmer verschiedener, kommunaler Netzwerke. Sie hielten Gesprächsrunden ab unter dem Motto »Tipps und Anregungen« und boten Informationen an über Diäten, Ernährung, körperliche Fitness und Kinderunfälle. In Bürgerberatungsstellen, örtlichen Medienzentren und Kinderkliniken diskutierten sie mögliche Formen der Zusammenarbeit.

In Rosengard informierten die Gesundheitsberater Frauennetzwerke und Frauenorganisationen, die städtische Schule für Erwach-

senenbildung (Komvux) und Info-tek. Die Gesundheitsberater nahmen an einer Ausstellung für Frauen teil. In Klassen der Erwachsenenbildung, im Fitness-Center »Tegelhuset« in Rosengard, in der Vorschule »Labolina« und in einem Café für Eltern mit Kindern informierten sie über verschiedene Gesundheitsthemen. Einmal pro Woche stehen die Gesundheitsberater in der Bürgerberatungsstelle für Besucherfragen zur Verfügung. Sie haben nunmehr auch die Arbeit im Gesundheitszentrum für Flüchtlinge aufgenommen. Ähnliche Projekte, auch für Selbstorganisationen für Migranten, wurden auch in den anderen Stadtteilen durchgeführt.

Die Gesundheitsberater nahmen Kontakt auf zu Migranten- und anderen Organisationen in Södra Innerstaden. Projekt-Initiativen wurden durchgeführt an der städtischen Schule für Erwachsenenbildung in Södervärn, der Sofielund-Schule, im Krisenzentrum für Frauen, bei der Internationalen Frauenvereinigung, der Frauen-Hotline »Terra Fem«, der Somalisch-Schwedischen Gesellschaft und im Sofielund-Gemeindezentrum. Die Gesundheitsberater arbeiteten auch am »Förderungsprojekt der

Gemeinde Seved« mit, einem kommunalen Förderprogramm in einem sozial benachteiligten Gebiet, und an »Kompassen«, einem sozialen und medizinischen Vor-sorgeprogramm.

Einmal pro Woche stand im Bürgerbüro Fosie ein Gesundheitsberater zur Verfügung, um über gesundheitsbezogene Fragen Auskunft zu erteilen. Für das Einführungsprogramm des Bezirks für neu angekommene Migranten wurden Informationen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt, ebenso für das Malva-Projekt. Auch der Serbischen und Somalischen Gesellschaft lieferten die Gesundheitsberater Informationen.

In drei von Malmö »Physiotheken« wurden Gesundheitsberater angestellt. Nach der Registrierung wurden die Patienten in einem Einführungsgespräch hingewiesen auf die Wichtigkeit körperlicher Betätigung in Bezug auf die Gesundheit, d.h. um Herz- und Gefäßstörungen, Osteoporose, Depressionen usw. vorzubeugen. Sinn des Gespräches war es, den Patienten zu motivieren, an den entsprechenden sportlichen Aktivitäten teilzunehmen. Nach dem Gespräch wurden die Patienten an Vereine oder Organisationen ver-

wiesen, die die empfohlenen Aktivitäten anbieten.

Die Partner der Gesundheitsberater sind der schwedische Migrationsausschuss, Medborgarskolan (eine Schule für Erwachsenenbildung), IIVIK (Schule für individuelle Einführungskurse von »Immigranten-Studenten«) und die Rooseum Jugendklinik. In der Periode September 2002 bis September 2003 nahmen die Gesundheitsberater in Kooperation mit dem Migranten-ausschuss Kontakt auf zu Asylbewerbern, die sich Studienkreisen an der Medborgarskolan angeschlossen hatten. Die Themen, an denen die Studenten Interesse hatten, betrafen u.a. Schlaf und Körperpflege, während die Lehrer Informationen über die Organisation des schwedische Gesundheitssystems und Erste Hilfe wünschten. Die Gesundheitsberater hielten Vorträge über die gewünschten Themen. Bei IIVIK informierten sie Asylbewerber. In Kooperation mit der Jugend-Klinik wurden Vorträge gehalten über Fragen von Sex und Beziehungen, wobei die Schwerpunkte auf der Verhütung von durch Geschlechtsverkehr übertragbaren Krankheiten und die Beratung zur Empfängnisverhütung lagen.



Health Care Center in Malmö

Das Gesundheitszentrum für Flüchtlinge

Die Gesundheitsberater arbeiteten einmal pro Woche im Gesundheitszentrum für Flüchtlinge, zum einen als Unterstützung, zum anderen als Ansprechpartner für das Personal. Sie sprachen Patienten im Warteraum an, informierten und berieten diese über unterschiedliche Fragen der Gesundheit. Ein Beispiel für die Arbeit eines Gesundheitsberaters: Eine Mutter verstand die Empfehlungen des Kinderarztes hinsichtlich der Diät des Kindes nicht vollständig. Die Mutter bat den Gesundheitsberater, während der Konsultation zugegen zu sein. Der Gesundheitsberater konnte die Empfehlungen umgehend in

verständlicher Form weitergeben und ermöglichte es der Mutter somit, diese zu verstehen und umzusetzen.

Alle Gesundheitsberater waren beteiligt an einem Seminar zum Thema »Einführung und Kooperation unter der Gesundheitsperspektive«. Sie organisierten sowohl die Planung als auch die Durchführung des Seminars.

Das Rosengard-Herrgard-Projekt

Die Internationalen Gesundheitsberater, das Grundpflegesystem und die Agenda 21 in Rosengard arbeiteten das ganze Jahr über eng zusammen. Die gemeinsame Aufgabe lag in der Gesundheitsvorsorgearbeit im Bereich Herrgard. Die Informationen wurden von den Gesundheitsberatern in den entsprechenden Muttersprachen in den Büros der Agenda 21 ausgearbeitet in Absprache mit den Zielgruppen, die ihre Bedürfnisse und Wünsche klar zum Ausdruck gebracht hatten. Thema der Informationen war ein Prozess, der gemeinsam mit Vertretern des Gesundheitssystems und den Zielgruppen erarbeitet wurde und auf den Bedürfnissen der letzteren basierte. Die Umsetzung der angebotenen Informationen basierte auf

eigenen Erfahrungen der Gesundheitsberater, der selbst durchlaufenen Ausbildung und gedrucktem Material des Gesundheitssystems. Es wurden Gruppen, Familien und Einzelpersonen informiert. Die Gesundheitsberater arbeiteten in Wartezimmern von Gesundheitszentren und nahmen dort Kontakt zu den Patienten auf. Es wurden Familien z. B. auch bei Fällen von Infektionen über Körperpflege aufgeklärt. Die Gesundheitsberater gaben auch spezielle Informationen an Einzelpersonen, wenn von einem Doktor oder einer Krankenschwester entsprechende schriftliche Unterlagen vorlagen. Die Gesundheitsberater waren auch beteiligt an Nachsorgeprogrammen für Patienten, die unter Übergewicht oder Diabetes litten.

Umsetzung der Ziele

Neun der elf Gesundheitsberater haben eine Stelle am regulären Arbeitsmarkt, begannen einen Studiengang, der anschließend zu einer Anstellung führen dürfte oder arbeiten noch immer innerhalb des Projekts mit anderen Institutionen zusammen, was für sie eine Festanstellung zu einem späteren Zeitpunkt bedeuten könnte. So hat beispielsweise die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum für

Kinder in Rosengard dazu geführt, dass dort Interesse an der Anstellung eines Gesundheitsberaters geweckt wurde.

Die Gesundheitsberater hatten Kontakte zu den sprachlichen Zielgruppen und konnten 6002 Personen Informationen zu verschiedenen Gesundheitsfragen geben. Verschiedene Schulen und Regierungsstellen fragen immer häufiger wegen fremdsprachlicher Gesundheitsinformationen an. Die Arbeit an den Schulen wurde erweitert, so dass nunmehr auch Schwedischlehrer für Migranten innerhalb ihres Unterrichts Gesundheitsinformationen verbreiten und die Schüler Aufsätze schreiben lassen über das, was man ihnen vermittelt hat. Das Ergebnis ist eine dauerhaftere Zusammenarbeit mit den Schulen.

Die Entwicklung neuer Methoden für die Gesundheitsvorsorge ist ein fortschreitender Prozess, der in den Kontakten zu Einzelpersonen, Familien und Personengruppen stattfindet. Der Wert des Projekts für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem basiert auf der Beteiligung an Seminaren und Informationsprogrammen innerhalb von UMAS, dem Grundpflegesystem und Konferenzen, an denen auch Vertreter des Gesund-

heitssystem teilnehmen. Die Internationalen Gesundheitsberater arbeiten mit dem Grundpflegesystem (Medizinische Zentren, Kindergesundheitszentren) zusammen, indem sie Informationen über Gesundheitsfragen anbieten, die auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten sind. Sie erleich-

tern so die Arbeit des Gesundheitssystem und seiner Mitarbeiter hinsichtlich elementarer Gesundheitsfragen.

Kontakt: IHA International Health Advisers, Sofielundswägen 4, 21425 Malmö, Ulrika af Sillen, Tel. 046-40 34 75 70, ulrika.af.sillen@malmo.se

Anregungen und Beispiele für die Praxis – Nachahmung erwünscht

I.5

z. B. MiMi – das Gesundheitsprojekt »Mit Migranten für Migranten«

Ein Projekt des ethno-medizinischen Zentrums e. V. Hannover im Auftrag des BKK Bundesverbandes

Das Projekt MiMi im Auftrag des BKK Bundesverbandes dient der interkulturellen Gesundheitsförderung und Prävention. Engagierte MigrantInnen werden als interkulturelle GesundheitsmediatorInnen ausgebildet. Diese sollen ihre eigenen Landsleute gemeinsam mit Akteuren des Gesundheitswesens mehrsprachig und kultursensibel über Gesundheitsmöglichkeiten informieren. Die MediatorInnen werden zu wichtigen Themen der Gesundheitsförderung und Prä-

vention geschult. Im Anschluss an die Schulung sollen sie selbständig Informationsveranstaltungen durchführen. Das Projekt wurde von August 2003 bis Juli 2004 in 2 Regionen durchgeführt: Bielefeld und Münster sowie Hannover und Landkreis Hildesheim.

Kontakt: Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Königstraße 6, 30175 Hannover, ethno@onlinehome.de, www.ethno-medizinisches-zentrum.de

z. B. Hamburger Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten

»Als die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales im vergangenen Jahr den ersten Hamburger

Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten herausbrachte, bestätigte die enorme Nachfrage den Bedarf an einer solchen Handreichung ebenso wie die große überregionale Abfrage der Zusammenstellung fremdsprachiger Materialien.

In der Fremde krank zu sein, hat für die meisten von uns etwas Bedrohliches, von dem wir uns wünschen, es möge nicht eintreten. So versuchen wir diesem möglichen Ausnahmefall bei Ferien im Ausland vorzubeugen, indem wir uns mit einer Reise-Apotheke und Adressen deutschsprachiger Ärztinnen und Ärzte im Urlaubsland ausrüsten. Kranksein bedeutet Schwäche, Einschränkung, Schmerz und damit oft, angewiesen sein auf fremde Hilfe. Diesen Zustand erleben wir selbst in vertrauter Umgebung als Verunsicherung. Wir müssen uns Personen mit Sachverstand anvertrauen und ihnen vertrauen, wenn wir wieder gesund werden wollen. Eine wichtige Voraussetzung für den Heilerfolg ist das gegenseitige Verstehen und Verständnis der an diesem Prozess Beteiligten. Neben unsicheren Kenntnissen über das hiesige Gesundheitswesen führen Sprachbarrieren und kulturell bedingte Hemmschwellen häufig zur Nicht-

behandlung und damit zur Verschlimmerung von Erkrankungen oder zu einer wahren Odyssee von Patientinnen und Patienten durch verschiedene Einrichtungen. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung von Informationen über muttersprachliche Gesundheitsangebote für Ausländerinnen und Ausländer deutlich.« (Aus dem Vorwort der 2. Auflage, Karin Roth (damalige d.V.) Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

*Kontakt: qwm.fbb.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit
(Gabriele Wessel-Neb,
Amt für Gesundheit,
Tesdorpfstraße 8, 20148 Hamburg,
Tel. 040/ 428 48 - 26 12)*

z. B. Gesundheitsberichterstattung

Mit dem Sonderbericht »Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen« wurde im Jahr 2000 zum ersten Mal auf Landesebene der Versuch unternommen die gesundheitliche Situation von Migranten systematisch zu erfassen und zu analysieren.

»Der Sonderbericht »Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen« weist – bei allen methodischen Problemen, die insbeson-

dere durch Unterschiede im Altersaufbau aber auch in der sozialen Lage sowie erhebliche Defizite in der Datenlage bedingt sind – nach, dass es in vielen Bereichen deutliche Unterschiede im Bezug auf Krankheit und Gesundheit als auch bei der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen durch Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur deutschen Bevölkerung gibt.« (Birgit Fischer im Vorwort des Berichtes). Auf eine politische Anfrage hin, hat auch Schleswig-Holstein sich Gedanken gemacht über die gesundheitliche Situation von Migranten und eine Dokumentation vorgelegt (siehe Literaturhinweise). Dabei wurde festgestellt, dass aufgrund fehlender kommunaler und regionaler Erhebungen keine umfassenden Angaben möglich sind.

Eine solche Berichterstattung wäre auch für Niedersachsen wünschenswert, allerdings nur dann sinnvoll, wenn daraus Konsequenzen gezogen werden. Eine regionale und kommunale Einbeziehung der Informations- und Gesundheitsbedarfe von MigrantInnen und insbesondere Flüchtlingen in die Berichte und Maßnahmen z. B. der Gesundheitsämter kann ein wesentlicher Baustein sein (vgl. Handbuch zur interkulturellen Ar-

beit im Gesundheitsamt, Hsg. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin 2000)

Herausgeber: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf, www.mfffg.nrw.de

z. B. Das Bremer Programm der Gesundheitserstuntersuchung

Während die Gesundheitserstuntersuchung nach dem Asylverfahrensgesetz und der Praxis im Bundesland Niedersachsen eine Untersuchung zur Gefahrenabwehr für die Einwohner der Bundesrepublik ist, ist das Bundesland Bremen einen darüber hinausweisenden Weg gegangen.

»Das Bremer Modell ist nicht zuletzt aus der Auseinandersetzung mit der als unzureichend empfundenen seuchenhygienischen Herangehensweise an die Gesundheit der Zuwanderer entstanden. Die kritische Bewertung der Auswirkungen erst des § 62 Asylverfahrensgesetz, später des § 36 Infektionsschutzgesetz und deren Umsetzungen in den Bundesländern ergab, daß dieser rechtliche Rahmen für einen qualifizierten gesundheitsversorgerischen Umgang mit der Zielgruppe nicht ausreicht. Die gesetzlichen Be-

stimmungen gehen nämlich von der tradierten Vorstellung aus, die eigentliche Risikogruppe sei die einheimische Bevölkerung, die es vor den sogenannten eingeschleppten Infektionen zu schützen gelte. ...« (Zahra Mohammadzadeh, Ibrahim Özkan u. a., 2003).

Das Bremer Programm betrachtet dahingegen die Flüchtlinge als die tatsächlichen Träger des Gesundheitsrisikos und definiert deren Versorgungsbedarf unter Einbindung bestimmter Qualifikationen und differenzierter, empirisch fundierter Sichtweisen. Damit wird versucht, auf dem Boden der bestehenden Versorgungsrechtslage, aber unter Ausnutzung von Handlungsspielräumen auf Länderebene und im Rahmen der vorhandenen Ressourcen darauf zu antworten.

Das Programm besteht im Wesentlichen aus einem ärztlichen Untersuchungsangebot in den Gemeinschaftsunterkünften und wird wissenschaftlich begleitet. Dies hat den Zweck, den public-health-Ansatz immer wieder anhand der Untersuchungsergebnisse zu überprüfen. Außerdem ermöglicht die kontinuierliche Evaluation auch, den Einspareffekt, den das Gesundheitsprogramm erzielt, gegenüber der Sozialbehörde und der Politik sichtbar zu machen.

Durch die Gestaltung des Programms konnten nämlich erhebliche Kosten eingespart werden, die den Sozialträgern sonst im niedergelassenen ambulanten und zum Teil auch stationären Bereich entstanden wären. Dies war insbesondere möglich durch:

- die frühzeitige medizinische Grundversorgung »primary health care«

- die gezielte Einleitung weiterer diagnostischer und erforderlicher therapeutischer Maßnahmen

- den Kontakt mit niedergelassenen Ärzten und gesundheitsamtlichen Abteilungen einschließlich eines feedback aus der Praxis, z. B. in Form von Berichten

- das besondere Eingehen auf die Probleme von Teilgruppen

- und die Einbeziehung der ... »anderen« gesundheitlichen und gesundheitsrelevanten Faktoren wie Unterkunftssituation des Patienten, Hygiene in den Unterkünften, Verfahren und Form der Ernährung usw.

Der Grundansatz besteht dabei auf Freiwilligkeit und Verbindlichkeit.

Zwischenzeitlich wurde das Programm sogar ausgeweitet.

Zu Beginn des Programms im Jahr 1993 wurden die Untersuchungen vom amtsärztlichen Personal

des Gesundheitsamtes mit erledigt. In einer zweiten Phase wurden Vertragsärzte auf Honorarbasis beschäftigt.

Aus der anfänglichen Untersuchung wurde inzwischen – nach Verhandlungen mit der Sozialbehörde und der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Nachweis der dadurch zu erbringenden Kostenersparnis – eine Basisversorgung. Aus der ursprünglichen reinen Erstuntersuchung ist inzwischen ein kombiniertes System aus Erst- und Folgeuntersuchungen geworden. Ursprünglich wurden nur Neu-Antragsteller in den Erstunterkünften der Bremer ZAST angesprochen. Mittlerweile sind Folgeunterkünfte einbezogen und die Zielgruppe ist auf Kriegsflüchtlinge und seit neuestem auf Aussiedler in Gemeinschaftsunterkünften erweitert.

Quellen

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit
(Koordination: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration):
»Gesunde Integration, Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin,« Berlin und Bonn, August 2003

Vortrag von Frau Dr. Zabrah Mohammadzadeh gehalten bei der Auftaktveranstaltung des Equal-Projektes SPuK am 23.10.2002 in Osnabrück

Fortbildung mit Frau Mohammadzadeh im Rahmen des Austausch mit den schwedischen Equal-Projektpartnern (vgl. 1.5)

Kontakt:

*Dr. Zabrah Mohammadzadeh,
Sachgebiet Medizinische Untersuchung
und Betreuung von Zuwanderern,
Gesundheitsamt Bremen,
Horner Straße 60/70,
28203 Bremen,
Tel: 0421 / 36 11 59 28*



*SPuK-Fortbildung mit
Dr. Zabrah Mohammadzadeh*

2 Gesundheit braucht Kommunikation

2.1 **Wenn die Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischen Fachkräften misslingt ...**

■ *Gudrun Mane*

Wenn ein Mensch eine Ärztin oder einen Arzt aufsucht, so erwartet er, dass diese oder dieser sich mit ihm und seinem Leiden befasst. Er erwartet, dass sie oder er ihn nach dem Grund seines Kommens befragt und ihn auffordert, seine Beschwerden zu schildern. Im Anschluss rechnet er damit, eingehend untersucht zu werden, ein Prozess, der ebenfalls wieder von Erklärungen und Rückfragen begleitet wird. Endlich möchte die Patientin / der Patient wissen, zu welcher Diagnose die Ärztin bzw. der Arzt gelangt ist und welche therapeutischen Maßnahmen sie oder er vorschlägt. Ein Arztbesuch ist also bei allen Fortschritten der Gerätemedizin noch immer ein kommunikativer Prozess und muss dies auch bleiben. Dass dies nicht von allen Mediziner:innen so gesehen und praktiziert wird, haben wahrscheinlich die meisten von uns schon am eigenen Leib erfahren müssen. Letztlich gilt auch für den

Bereich der Kommunikation zwischen Patient:innen und medizinischen Fachkräften, dass Mängel nicht nur in Bezug auf Migrant:innen bestehen, sondern dort nur deutlicher zu Tage treten und gravierende Folgen nach sich ziehen.

»Obwohl die Behandlung und Versorgung von Patienten/innen ausländischer Herkunft in fast allen Einrichtungen zum Alltag gehören, stellen Migranten/innen nach Aussagen aller befragten deutschen Mediziner:innen einen »Störfaktor« dar, durch den der »normale Ablauf« beeinträchtigt wird. Ihre Versorgung wird als anstrengender, lästiger und zeitaufwendiger beschrieben« (Borde 2001, S. 101 – Ergebnisse einer eigenen Untersuchung).

Denn vor allen Dingen steigt der Aufwand einer Verständigung, je stärker sich die Sprachen der miteinander Kommunizierenden in ihrer Begrifflichkeit und Symbolik sowie den dahinter liegenden

Vorstellungen voneinander unterscheiden. Ohne einen Mittler ist sie dann häufig gar nicht mehr möglich. Zwar betrifft dies alle MigrantInnen anderer Muttersprache, die Flüchtlinge unter ihnen jedoch in besonderem Maße:

Während sich in Bezug auf die Herkunftsländer der ArbeitsmigrantInnen besonders in den Ballungszentren bereits ein gewisses Maß an unterstützender Infrastruktur entwickelt hat, fehlt eine solche für viele der Herkunftsländer von Flüchtlingen fast völlig. Besonders schwierig stellt sich die Situation für Angehörige mit seltenen Muttersprachen dar. Insbesondere bei Flüchtlingsfrauen aus ehemaligen Kolonialländern, in denen die europäische Sprache Schul- und Amtssprache ist, gerade aber von Frauen häufig wegen deren partiellen oder völligen Ausschlusses von Bildung kaum beherrscht wird, kann es notwendig sein, Sprachmittler für den jeweilige lokalen »Dialekt« zu suchen, was einen besonderen Aufwand darstellt.

Gleichzeitig sind die Möglichkeiten zum Spracherwerb für Flüchtlinge stark eingeschränkt durch Isolation, Ausschluss von Erwerbstätigkeit, Perspektivlosigkeit, Mittellosigkeit, kurz eine Poli-

tik, die Integration nicht wünscht, zumindest nicht, solange keine Anerkennung des Asylgesuches erfolgt.

Vom ethischen Standpunkt her, ist die Frage der Notwendigkeit einer Verständigung zwischen medizinischem Personal und PatientInnen schnell beantwortet, denn nur wenn sie gelingt, hat der Patient/ die Patientin die Möglichkeit, den Behandlungsprozess mitzugestalten und sinnvolle Entscheidungen zu treffen. Da jedoch ethische Argumente alleine heutzutage offenbar nicht mehr ausreichen, werde ich im Folgenden hauptsächlich die ganz praktischen Konsequenzen der misslingenden Kommunikation beleuchten.

Um die Bedeutung der Kommunikation im Behandlungsprozess zu begreifen und mögliche Fehlerquellen auszumachen, erscheint es zunächst sinnvoll, die einzelnen Phasen des Behandlungsprozesses näher zu betrachten.

Anschließend werden die möglichen Konsequenzen einer missglückten Kommunikation für die betroffenen Interaktionspartner und die Gesellschaft in den Blick genommen.

Zuletzt soll noch der Frage nachgegangen werden, welche

Qualitätsanforderungen an Sprach- und Kulturmittler zu stellen sind, um eine erfolgreiche Kommunikation sicherzustellen, und ich werde auf die Frage der Finanzierung eingehen.

Die Bedeutung der Kommunikation in den einzelnen Phasen des Behandlungsprozesses

Anamnese und Diagnostik

Eine saubere und vollständige Anamnese bildet die Grundlage einer effektiven Therapie von Erkrankungen. Bereits in diesem Schritt zeigen sich Probleme in der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen, die zumindest teilweise auf Kommunikationsschwierigkeiten zurückzuführen sind.

Selbst bei einer Erkrankung, die rein organische Ursachen hat, benötigt der Mediziner zu den körperlichen Befunden ergänzende Informationen zu vorangegangenen Erkrankungen und Behandlungen, zu Art, Häufigkeit und dem Zentrum der Beschwerden, zu Auffälligkeiten in den Körperfunktionen im Alltag, Besonderheiten in den Ernährungs- und Lebensgewohnheiten etc. Dennoch wird es in diesem Fall trotz Wissenslücken noch häufig zu einer richtigen Diagnose und einem eini-

germaßen angemessenen Behandlungsplan kommen. Eine nonverbale Anamnese, so warf N.-J. Albrecht auf einer Konferenz zur Arbeit mit MigrantInnen im Gesundheitssystem ein, kenne man eigentlich höchstens aus der Veterinärmedizin (Loccum im Juli 1999).

Einen der Stolpersteine stellt hierbei jedoch auch bereits die Lokalisierung der Krankheit dar. So ergab beispielsweise eine Studie zu Unterschieden in der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, dass »... MigrantInnen und Migranten deutlich mehr Schmerzregionen angaben als deutsche Patienten« (Borde, T.; Braun, T.; David, M. 2003, S.69). Auch in Berichten von Praktikern ist häufig die Rede von eher diffusen Angaben zu den Schmerzregionen. Nicht selten kommt es bei Personen, die in einer Kultur mit ganzheitlicher Körperwahrnehmung aufgewachsen sind, sogar dazu, dass diese gar keine konkrete Region benennen; es schmerzt nach ihrem Empfinden der ganze Körper.

Hinzu kommt, dass PatientInnen aus anderen Kulturen oft »Organchiffren« benutzen, »... die nur in Kenntnis der Herkunftskultur der Patienten in ihrer Sinnhaftigkeit verstanden werden können«

(Gün, A. K. 2003, S.37). Gün führt hier verschiedene Beispiele an: So signalisiert im Türkischen die Formulierung »ich habe meinen Kopf erkältet« keine Kopfgrippe, sondern Zweifel an der eigenen geistigen Gesundheit. Schickt man jedoch eine türkische Patientin zur Psychiatrie, weil diese behauptet, jemand habe »ihren Kopf gegessen«, liegt man wiederum falsch. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wollte diese nur erklären, dass jemand sie »zugelabert« hat.

Werden solche Organchiffren missverstanden, kommt es in der Folge im günstigeren Fall zu Notizen wie: »Aus der somatischen Eigenanamnese sind unspezifische »Nierenprobleme« hervorzuheben« (aus dem Behandlungsprotokoll zum nachfolgenden Einzelfall). Im schlimmeren Fall kann es zu »Verlegenheitsdiagnosen« kommen, in deren Folge Behandlungen von Krankheiten eingeleitet werden, von deren Existenz keiner der Beteiligten überzeugt ist.

Der kommunikative Klärungsbedarf potenziert sich noch, sobald psychische Faktoren ins Spiel kommen. Psychosomatische oder psychische Erkrankungen sind ohne eine Verständigung mit den Betroffenen weder sicher zu diagnostizieren, noch gar zu behandeln.

Dass es genau in diesem Bereich gravierende Mängel in der Behandlung von MigrantInnen gibt, deutet sich darin an, dass diese nachweislich überzufällig häufig Medikamente verordnet bekommen, ohne dass ein organischer Befund auszumachen wäre. Diese Tendenz zu einer »Medikalisierung sozialer Problemlagen« wird uns in dem Abschnitt zu den Konsequenzen weiter beschäftigen (Brucks, U.; Wahl, W.-B. 2003).

Verschärfend kommt hinzu, dass MigrantInnen wesentlich stärkeren psychischen Belastungen ausgesetzt sind als der Durchschnitt der Bevölkerung, wodurch sie auch einem höheren Erkrankungsrisiko unterliegen. Im Einzelfall kann diesem noch eine kulturell bedingte Tendenz zur Somatisierung seelischen Leidens hinzutreten. Laut Collatz »... weisen Migranten gegenüber der deutschen Bevölkerung wesentlich mehr Risikozustände und Gesundheitsrisiken auf als die deutsche Bevölkerung. Gemessen an den »life events« ca. zomal mehr« (Collatz 2001, S.44).

Dies gilt insbesondere auch für Flüchtlinge, bei denen sowohl die fluchtauslösenden Ereignisse mit zum Teil traumatisierendem Charakter, als auch Erlebnisse wäh-

rend der Flucht und die Lebensbedingungen im Aufnahmeland Krankheiten auslösen oder fördern können. »So sind Abschiebeängste, Einreisverweigerungen, Bedrohung des Aufenthaltsstatus (auch für Familienangehörige) etc. bei Gesundheitsstörungen und Krankheitsverläufen der Migrant*innen oft von großer Bedeutung« (Collatz 2001, S. 44). Unsicherheiten bezüglich des Aufenthalts, Hilflosigkeit gegenüber behördlich verordneten Maßnahmen und erfahrene Gewalt im Aufnahmeland führen bei bereits bestehender Traumatisierung häufig zu einer gravierenden Verschlechterung des Gesundheitszustands. Auch die Politik der Isolation und erzwungenen Untätigkeit verschärfen die Situation.

Die Therapie

Die überwiegende Mehrzahl der Behandlungen setzt voraus, dass der Patient / die Patientin über einen gewissen Zeitraum bestimmte Handlungen ausführt und andere unterlässt. Sei es nun, dass ein Medikament eingenommen werden muss, Termine z.B. zur Kontrolle wahrgenommen werden sollen, eine Diät einzuhalten ist; in jedem Fall ist eine Mitwirkung der Betroffenen notwendig. Dies setzt zunächst einmal voraus, dass der

Patient / die Patientin verstanden haben muss, welches Verhalten von ihm / ihr erwartet wird.

Dass dieses Verständnis alleine jedoch nicht ausreicht, belegt die Fülle an Literatur zu dem Phänomen des »Compliance«. Wörtlich übersetzt bedeutet dies etwa Einverständnis. Im Zusammenhang mit der ärztlichen Therapie bedeutet Compliance »die Bereitschaft eines Patienten, bei therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken« (Sonnenmoser 2004).

Eine solche Bereitschaft kann im Einzelfall aus dem völligen (blinden) Vertrauen in die Medizin oder in die Fähigkeiten eines speziellen Mediziners resultieren. In diesem Fall nimmt sie die Form des »Over-compliance« an, indem jede kritische Distanz aufgegeben wird. Dies ist gerade bei Migrant*innen nicht selten der Fall (vgl. Brucks, U.; Wahl, W.- B. 2003). Neben dem Risiko, dass im Zuge dieser Haltung übersehen werden kann, dass eine Maßnahme nicht greift, oder inakzeptable Nebenwirkungen zeitigt, kann diese auch leicht ins Gegenteil umschlagen, wenn sich der erhoffte Heilerfolg nicht erwartungsgemäß einstellt.

Im Idealfall entsteht Compliance hingegen aus einem Verständnis

für den Sinn der therapeutischen Maßnahmen. Wobei das Vertrauen in die Fähigkeiten des Mediziners natürlich immer noch eine Rolle spielt, da die PatientInnen als medizinische Laien in der Regel die Zusammenhänge und Alternativen nicht bis ins letzte Detail kennen. Allgemein gilt jedoch, dass Compliance wahrscheinlicher wird, je besser es dem Mediziner gelingt, den Therapieplan und dessen Hintergründe zu vermitteln, im Idealfall zudem, dem Betroffenen Möglichkeiten zur eigenen Bewertung des Verlaufs und Erfolgs der Behandlung an die Hand zu geben.

Tatsächlich wenden Mediziner derzeit im Schnitt für compliance-bezogene Informationen bei der Verordnung von Medikamenten nur ca. 60 Sek. auf. Die Schäden, die der Volkswirtschaft durch Non-compliance entstehen belaufen sich nach Expertenschätzungen auf mehrere Milliarden Euro. »20 Prozent der Patienten lösen ihre Rezepte nicht ein. Von den verbleibenden 80 Prozent, an die Medikamente in der Apotheke abgegeben werden, wendet etwa die Hälfte oder mehr die verschriebenen Medikamente überhaupt nicht oder nicht vorschriftsmäßig an. Andere Schätzungen gehen davon

aus, dass ein Drittel der Patienten zuverlässig seine Medikamente einnimmt, sich also compliant verhält. Ein weiteres Drittel führt die verordnete Arzneimitteltherapie mehr oder weniger zuverlässig durch, ist also partiell compliant. Das letzte Drittel nimmt die Medikamente völlig unzuverlässig ein, ist also non-compliant. Etwa 30 Prozent aller verschriebenen Medikamente werden derart falsch angewandt, dass ernste Gesundheitsschäden entstehen. Schätzungsweise 25 Prozent aller Krankenhauseinweisungen sind direkt oder indirekt auf falsche Medikamenteneinnahme zurückzuführen« (vgl. Sonnenmoser 2004, S.14).

Reichen also die von ÄrztInnen üblicherweise gegebenen Informationen über die für angemessen erachtete Therapie offensichtlich auch bezüglich vieler PatientInnen mit deutscher Muttersprache bereits nicht aus, um Compliance herzustellen, so wäre in Bezug auf MigrantInnen hierzu in der Regel ein noch größerer Aufwand nötig. Dabei sind die Verständigungsprobleme keineswegs rein sprachlicher Natur. Der verordneten Behandlung liegen vielmehr grundlegende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, von Krankheitsursachen, von Körperlichkeit und der

Psyche zu Grunde, die nicht notwendigerweise von den PatientInnen geteilt werden. »Im Migrationskontext stoßen Drittperson- bzw. disease-orientierte Herangehensweisen noch offensichtlicher an Grenzen als bei anderen PatientInnen, da sich die Erstpersion-Perspektiven bzw. ihr symbolischer und sprachlicher Ausdruck aufgrund unterschiedlicher soziokultureller Hintergründe in noch verstärkterem Maße von der Perspektive der Fachperson unterscheiden können« (Domening, D. 2003, S.91). Ob die Vorstellungen der PatientInnen von ihrer Krankheit mit denen der medizinischen Experten überhaupt vereinbar sind, ist erst ersichtlich, wenn hierüber eine offene Kommunikation stattfindet, in der die Patientin/ der Patient das Gefühl vermittelt bekommt, dass ihre/ seine Sichtweise interessiert und grundsätzlich respektiert wird.

Weiterhin ist auch die Tatsache compliance-relevant, wie gut sich die verordnete Therapie in den Alltag der Patientin/ des Patienten integrieren lässt und ob sich das Umfeld unterstützend verhält. Auch in Bezug auf diese Fragen muss der Mediziner bei PatientInnen mit Migrationshintergrund mit einem höheren Klärungsbedarf

rechnen, da Lebensumstände (Wohnheim) und Lebensgewohnheiten und Regelwerke von dem abweichen können, was er als üblich annimmt.

»Auf der anderen Seite dieser als migrantentypisch beschriebenen »Übercompliance« werden aber auch Vermeidungs- und Umgehungsstrategien beobachtet, die immer dann einsetzen würden, wenn Anweisungen und Behandlungsformen nicht verstanden wurden, konträr zur gewohnten Lebensweise stehen oder mit kulturellen Werten nicht im Einklang stünden« (Borde, T. 2001, S.102).

Das Bedürfnis der PatientInnen nach Einbezug und Selbstkontrolle gilt es insgesamt also ebenfalls nicht nur aus ethischen Gründen zu respektieren, sondern schon alleine deswegen, weil ohne Compliance ein Therapieerfolg meist nicht zu erreichen ist.

Konsequenzen einer gescheiterten Kommunikation

»(...) Zeit, unnötiges zusätzliches Leiden der Patienten und Vergeudung von Ressourcen infolge falscher Diagnosen oder unangemessener Behandlung. Die Probleme, die sich aus den kulturell bedingten Missverständnissen ergeben, verdienen sowohl vom Standpunkt

der Rechte der Patienten als auch vom Standpunkt der effizienten Verwaltung von Gesundheitsdienst und öffentlichen Mitteln Ernst und Aufmerksamkeit (...) « zitiert Akbal eine Studie des Europarats (Akbal, S. 2001, S.117).

Ein Verzicht auf die Absicherung des Verständnisses auf beiden Seiten kann neben den negativen Konsequenzen für die betroffenen PatientInnen auch enorme gesellschaftliche Folgekosten verursachen und rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Dabei bewegen sich Ärztinnen und Ärzte im Spannungsfeld von fachlichen, rechtlichen, ethischen und finanziellen Anforderungen, letztere hauptsächlich in Gestalt der Gebührenordnung, die der Kommunikation im Behandlungsprozess leider keine große Bedeutung zumisst.

Die finanziellen Konsequenzen einer gescheiterten Kommunikation

Häufigere Untersuchungen, Verschreibung überflüssiger Medikamente, Wiederholungen von Therapien und längere Liegezeiten in Krankenhäusern sind mögliche Konsequenzen einer mangelnden Verständigung zwischen ÄrztInnen und Patientinnen (vgl. Albrecht 1999). Somit stehen die

Einsparungen durch den Verzicht auf das Hinzuziehen einer professionellen Dolmetscherin / eines professionellen Dolmetschers in keinem Verhältnis zu den teils enormen Folgekosten. Nicht selten steht am Ende verschiedener Behandlungsversuche ohne gesicherte Verständigungsgrundlage dann eine der Leiden und ein Sich-Einrichten der Betroffenen in der Krankheit (vgl. auch Borde 2003).

In Bezug auf die medizinische Versorgung von MigrantInnen und Migranten finden sich sowohl Belege der Unter- als auch Überversorgung sowie Fehlversorgung. Dabei fällt auf, dass sich *Unterversorgung* insbesondere in den Bereich von Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung ausmachen lässt, mit teils dramatischen Folgen. So stellt z.B. der Lübecker Kindergesundheitsbericht 2000 fest, dass bei Kindern ausländischer Herkunft mehr durch Vorsorge vermeidbare Befunde festgestellt wurden (Brucks, U.; Wahl, W.-B. 2003).

Dass einzelne Mediziner selbst bei drohenden Entwicklungsschäden nicht nach Möglichkeiten einer sprachlichen Verständigung suchen, belegt mindestens ein dem Flüchtlingsrat vorliegendes Schreiben. Dort stellt ein Facharzt für

Kinderheilkunde, Sport- und Baderarzt zur Entwicklung von D. (4 Jahre) fest: »Das schlechte Gedeihen ist eine Folge der Falsch-Ernährung – eine Ernährungsberatung war bisher weder mir noch der Kinderklinik Stade wegen Sprachschwierigkeiten möglich« (30.03.1999).

Dass Entwicklungsbeeinträchtigungen lebenslange Folgeschäden nach sich ziehen können, ist wohl hinlänglich bekannt ...

Die *Überversorgung* bezieht sich hauptsächlich auf die Verordnung nicht indizierter oder zu hoch dosierter Medikamente. Alarmierend in diesem Zusammenhang ist vor allen Dingen, wie viel hier auf der Grundlage vager Befunde nach dem »Try and Error«-Prinzip verordnet wird.

Dabei entstehen nicht nur Kosten für Behandlungen, die nicht geeignet sind, zur Genesung der PatientInnen beizutragen, gleichzeitig können die Medikamente noch Nebenwirkungen zeitigen und so neue medizinische Probleme verursachen. Zudem kommt es bezüglich der Erkrankung, wegen der die PatientInnen die Ärztin / den Arzt aufgesucht hatten, zu einer Verzögerung der Behandlung mit dem bekannten Risiko einer Chronifizierung.

Bei ausländischen PatientInnen mit multiplen somatischen Beschwerden sind häufig intensive invasive Maßnahmen seitens verschiedener voneinander unabhängig agierender ÄrztInnen und Ärzte zu verzeichnen, ohne dass sich eine organische Ursache für diese Beschwerden auffinden ließe (Schouler-Ocak, M. 2003). Häufig sind die organischen Beschwerden hierbei nur Ausdruck psychischer Belastungen, ohne deren Bearbeitung eine Heilung gar nicht möglich ist. Schouler-Ocak verdeutlicht dies am Fallbeispiel einer Türkin:

»1999 kam sie durch Mundpropaganda motiviert erstmals zu uns. Bei der Exploration in der Muttersprache brach sie in Tränen aus und berichtete, sehr erfreut darüber zu sein, all ihre Beschwerden und Probleme ungehindert schildern zu können. Bislang hätten ihre Kinder abwechselnd für sie gedolmetscht. (...) Frau A. teilte mit, dass sie sich von Anfang an in ihre Ehe gefügt habe. Anfangs sei das kein Problem gewesen, doch im Laufe der Jahre könne sie ihren Mann immer weniger ertragen. Seit sie ihre Beschwerden habe, lasse er sie mehr in Ruhe (...). Im Laufe der Behandlung bei uns konnten die sechs verschiedenen Medikamente, z.T. schwere

Schmerzmittel, abgesetzt werden. Frau A. kommt inzwischen mit einem Antidepressivum und einem Magenmittel relativ gut zurecht« (Schouler-Ocak, M. 2003, S.157).

Das Martyrium jener Patientin, die trotz der Aktivitäten verschiedener Ärztinnen und Ärzte über Jahrzehnte mit ihren Schmerzen leben musste, wodurch sie auch arbeitsunfähig wurde, ist kein Einzelfall. Vielmehr erscheint es symptomatisch für ein Gesundheitswesen, das sich vornehmlich auf somatisch ausgerichtete therapeutische Ansätze konzentriert. Hinzutretende Verständigungsschwierigkeiten tun ihr Übriges dazu, dass »handfeste« Lösungen bevorzugt werden. »Von der Seite der Ärztin / des Arztes stellt sich die »Medikalisierung sozialer Problemlagen« als zwar unbefriedigender, aber nahe liegender Lösungsversuch dar, dem auf der Seite der Patientin / des Patienten die »Somatisierung psychosozialer Probleme« entgegen kommt« (Brucks, U.; Wahl, W.-B. 2003, S.16 f). Erfolgt eine solche Symptombehandlung über einen längeren Zeitraum, so besteht die Gefahr, dass sich das Denken und Fühlen des Betroffenen immer mehr um das Kranksein dreht und letztlich eine »Krankheitskarriere« entsteht.

Glücklicherweise entscheiden sich nicht alle Ärztinnen und Ärzte für diese »naheliegende« Lösung, sondern setzen bei unklarer Befundlage zunächst die Untersuchung fort. Wegen der Probleme der Finanzierung eines Dolmetschereinsatzes, z.T. sicher auch, weil Verständigungsprobleme nicht als solche erkannt werden, wählen diese dann zusätzliche physische Methoden der Diagnostik.

So stellt z.B. pro asyl fest: »Im täglichen Praxisbetrieb bedeutet dies im Extremfall, durch völliges Fehlen der Verständigung keine Anamnese erheben zu können und auch sonst bar jeglicher Information zu sein. Folglich sieht man sich in Versuchung durch ausufernde, teure Diagnostik und Polypragmasie diese Defizite auszugleichen. Therapieerfolge gehören allerdings zu den Seltenheiten« (pro asyl 2004).

Auch Borde / Braun und David stellen bezugnehmend auf eine Untersuchung von Pette (1997) zu Unterschieden in der gynäkologischen Notfallversorgung fest: »Notfallpatientinnen nicht-deutscher Herkunft wurden nach einer unvollständigen Anamnese, die auf Kommunikationsprobleme zwischen Arzt/in und Patientin schließen lässt, dreimal häufiger statio-

när aufgenommen als deutsche Patientinnen – möglicherweise, um sprachliche Unsicherheiten durch »therapeutische Sicherheit« zu kompensieren und Zeit für diagnostische Maßnahmen zu gewinnen« (Borde, T.; Braun, T.; David, M. 2003, S. 45 f).

Auch für diese Strategien gilt, dass ihre Anwendung in der Regel höhere Kosten verursacht, als die Hinzuziehung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers und die Erfolgsaussichten gleichzeitig fraglich sind.

Die rechtlichen Konsequenzen einer gescheiterten Kommunikation

Die ärztliche Aufklärungspflicht bezieht sich auf das gesamte Feld ärztlicher Behandlungen. Nicht nur in den Bereichen, in denen dies im Rahmen spezieller Vorschriften geregelt ist und Aufklärung und Einwilligung schriftlich festgehalten werden – wie z.B. bei einer Operation – auch bei der simplen Verordnung von Medikamenten, Injektionen etc. gilt:

»Der Patient muss rechtzeitig wissen, was medizinisch mit ihm, mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll« (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2002, S.1).

Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Selbstbestimmungsrecht eines jeden Menschen, das in der Bundesrepublik durch den Art. 2 GG geschützt ist. Diese Rechtsauffassung wird von mehreren Urteilen oberer Gerichte bestätigt (vgl. <http://www.wernerschell.de> 2004, Landesärztekammer Baden-Württemberg 2002).

Wird eine Aufklärung versäumt, so kann dies zu Regressforderungen und sogar zu einer Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung führen – und dies selbst dann, wenn kein ärztlicher Kunstfehler vorlag.

Selbstverständlich variiert der Umfang der Aufklärungspflicht mit der Schwere des Eingriffs und den möglichen Risiken der Behandlung. Das Prinzip der Erfordernis einer Einwilligung besteht jedoch grundsätzlich und kann nur in Notfallsituationen zur Abwendung gravierender gesundheitlicher Schäden vernachlässigt werden.

Dabei obliegt es auch der Ärztin / dem Arzt bei PatientInnen anderer Muttersprache sicherzustellen, dass diese einen zutreffenden Eindruck von Schwere und Risiken erhalten. Die Beweislast hierfür liegt grundsätzlich bei ihr / ihm. Daher ist es im Zweifelsfall auch aus rechtlichen Gründen im

Interesse des Mediziners, eine Dolmetscherin / einen Dolmetscher hinzuzuziehen. Allerdings ist die Rechtsprechung insbesondere bezüglich der Frage, welche Anstrengungen zu unternehmen sind, um eine Verständigung sicherzustellen, uneinheitlich, so dass die Frage nach den Erfolgsaussichten einer Klage der Patientin / des Patienten nicht eindeutig zu beantworten ist.

Der hippokratische Eid verpflichtet die Mediziner zur Hilfe, das Grundgesetz verpflichtet sie zur Aufklärung über die angestrebte Behandlung. Wer nun meint, damit sei alles geklärt, irrt jedoch. So obliegt es zwar der Ärztin / dem Arzt zu entscheiden, wann die Hinzuziehung einer Dolmetscherin / eines Dolmetschers notwendig ist, doch gibt es keine Regelungen bezüglich deren Qualifikation (das OLG Karlsruhe hält beispielsweise auch die Übersetzung durch eine Reinigungskraft des Krankenhauses laut Urteil vom 02.08.1995 für ausreichend). Zudem müssen die Kosten grundsätzlich von der Patientin / dem Patienten getragen werden.

In dem Merkblatt der Ärztekammer Baden-Württemberg heißt es hierzu: **»Letztlich ist es aber nach Auffassung der Landesärztekammer / Bezirksärztekam-**

mern Baden-Württemberg Sache des Patienten, den Dolmetscher auf eigene Kosten zu besorgen. Gelingt dem Patienten dies nicht oder weigert er sich, für die Hinzuziehung eines Dolmetschers zu sorgen und ist auch sonst kein Dolmetscher im Krankenhaus verfügbar, sollte der Arzt die Vornahme des Eingriffs ablehnen«

(Landesärztekammer Baden-Württemberg 2002, S.4).

Verweigerungen der Behandlung sind dem Flüchtlingsrat insbesondere aus dem Bereich der Psychotherapie bekannt. Hier stellen einige der ExpertInnen lapidar fest, dass eine Therapie nur bei der Möglichkeit direkter sprachlicher Verständigung durchführbar sei. Natürlich stellt die Anwesenheit eines Dritten in der psychotherapeutischen Behandlungssituation einen erheblichen Störfaktor dar. Aber abgesehen davon, dass in den meisten Fällen nicht einmal der Versuch unternommen wurde, nach einer sprachkundigen Kollegin / einem sprachkundigen Kollegen zu recherchieren, bleiben die TherapeutInnen die Antwort auf die Frage schuldig, wie den PatientInnen zu helfen sei, deren Sprache keine der ansässigen TherapeutInnen beherrscht. Einzelne

TherapeutInnen stellen sich dieser Herausforderung mit Hilfe von speziell geschulten Sprachmittlern.

Nutzung von Sprach- und Kulturmittlern zur Sicherstellung der Kommunikation

In der Praxis führen die Verständigungsprobleme jedoch vielfach zu Abwehrreaktionen:

»Interessanterweise wird Migrant/innen meist unterschwellig oder auch direkt vorgeworfen, dass sie die lokale Sprache – v.a. bei einem jahrelangen Aufenthalt – nicht besser beherrschen. Auf diese Weise wird ihnen die Verantwortung für ihre »misslungene« Integration und somit auch für die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, zugeschoben. Dass mangelnde Sprachkenntnisse mit dem Bildungshintergrund, den hiesigen Arbeits- und Lebensbedingungen oder gar mit den Sprachkursangeboten selbst zusammenhängen könnten, wird bei der »Verurteilung« meist nicht berücksichtigt« (Domening, D. 2003, S.87/88).

Schulduweisungen und die Unterstellung eines mangelnden Integrationswillens gibt es auch in Bezug auf »mangelndes Gesundheitswissen«, welches ebenfalls einen Störfaktor darstellt, da in der Regel bei der gesundheitlichen

Versorgung bestimmte Vorstellungen von Körperfunktionen, Gesundheit und Krankheit als bekannt und geteilt vorausgesetzt werden (vgl. Borde, T. 2001, S.103).

Besonders unerträglich sind solche Schuldzuweisungen wieder in Bezug auf Flüchtlinge mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, denen eine Integration bewusst verweigert wird.

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es hingegen etliche Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von PatientInnen ausländischer Herkunft. Diese gehen z.T. sogar so weit, anzuregen, das Primat der Schulmedizin zu überdenken und vermehrt andere Behandlungsmethoden zuzulassen (vgl. Albrecht, Niels-Jens 1999). Abgesehen von den vielen sinnvollen Vorschlägen zur interkulturellen Öffnung muss jedoch mindestens, wie oben begründet, eine erfolgreiche Kommunikation zwischen medizinischem Personal und PatientInnen sichergestellt werden. Ein naheliegendes Mittel hierzu stellt der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern dar. Diese müssen neben der grundsätzlichen sprachlichen Kompetenz über ein medizinisches Basiswissen verfügen. Sie müssen in der Lage sein, nicht nur wörtlich zu

übersetzen, sondern im Einzelfall auch die kulturell gefärbte Bedeutung zu vermitteln (z.B. bei Organmetaphern), sie müssen, auch bei der Erörterung intimer Fragestellungen den richtigen Ton treffen. Zudem muss die vertrauliche Behandlung des Besprochenen gewährleistet sein.

Auch David stellt fest: »Es ist dabei zu betonen, dass die Übersetzungen im medizinischen Bereich eine besondere Ausbildung erfordern und somit fachlich nicht ausgebildete Übersetzer für die Arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich ungeeignet bzw. nicht ausreichend sind« (David, M. 2003, S.282).

Eine besondere Anforderung stellt die Dolmetschertätigkeit im psychiatrischen Bereich dar. Für diese Tätigkeit benötigen selbst professionelle Dolmetscher/Dolmetscherinnen eine spezielle Ausbildung, Supervision und Anleitung (vgl. Salman, R.; Collatz J. 1999).

Tatsächlich wird im medizinischen Bereich häufig auf Sprachmittler zurückgegriffen, doch, um Zeit und/oder zu Kosten zu sparen, in der Regel auf Personen, die zufällig und unentgeltlich zur Verfügung stehen. So kommt es in Kliniken nicht selten vor, dass das

Reinigungspersonal zum Dolmetschen herangezogen wird, noch häufiger jedoch übersetzen begleitende Familienangehörige und Bekannte.

Pammer geht unter Bezugnahme auf eine Studie des Wiener Integrationsfonds von 1997 in Zusammenarbeit mit der WHO auf die Frage dieser »ad hoc-Dolmetscher« intensiver ein (vgl. Pammer, Ch. 2000). Die Erkenntnisse dürften für die bundesdeutsche Praxis ebenfalls relevant sein, da sich auch hier nachweislich viele Ärztinnen und Ärzte dieser bedienen. Dabei bestätigt die überwiegende Mehrzahl der Befragten der Wiener Studie, dass die verwendeten DolmetscherInnen nicht über ausreichende Sachkenntnis verfügen und/oder das medizinische Vokabular nicht beherrschen.

Von 50–85% der Befragten der Wiener Studie werden »häufig« oder »fast immer« sogar Kinder als DolmetscherInnen genutzt (a.a.O.). Auch für den Bereich der Krankenhausversorgung in Deutschland vermerkt Kerkow-Weil: »So ist es z.B. nicht unüblich, dass kleine Kinder die gynäkologische Krankheit oder den Krebs der Mutter übersetzen sollen. Die unverantwortliche Umgangsweise löst deshalb zurecht bei Pflegen-

den ein »ungutes« Gefühl aus, das jedoch nicht zum Anlass für Veränderungen wird, sondern eher zu Distanzen führt, weil fehlende Informationen verunsichernd auf das nachfolgende Handeln wirken« (Kerkow-Weil, R. 1999 S.59).

Auch Schouler-Ocak stellt fest: »Häufig wird auf nicht-professionelle Dolmetscher zurückgegriffen, z.B. auf begleitende Familienangehörige oder Kinder, die mit den psychosomatischen und z.T. psychiatrischen Problemen völlig überfordert sind« (2003, S.157).

Auch dem Flüchtlingsrat liegen Dokumente vor, die belegen, dass selbst im Bereich der Psychotherapie auf Kinder und Jugendliche als Sprachmittler zurückgegriffen wird. So heißt es in der nervenärztlichen Bescheinigung eines Arztes für Neurologie / Psychiatrie und Psychotherapie über Herrn K.:

»Mit Dolmetscherhilfe des Sohnes ausreichende Verständigung möglich bei geringen eigenen aktiven Deutschkenntnissen. Berichtet wird so von ausgesprochen negativen Erfahrungen in der Türkei, dort in Armee gefoltert, auch inhaftiert. Laut Auskunft des Sohnes voller Ängste, besonders angespannt im Gespräch über die Türkei, drohe dann auch mit Selbstmord. Sei unberechenbar im Ver-

halten, habe vor einiger Zeit ohne äußerem Anlass gewissermaßen Angst in der eigenen Wohnung gewütet, gedroht aus dem Fenster springen zu wollen... « (13.05.2002).

»Der o.g. Patient steht seit Oktober 2000 in meiner regelmäßigen ärztlichen Behandlung. Anlass ist eine anhaltende depressive Belastungsreaktion vor dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Die jetzt konkret drohende Ausweisung hat bei ohnehin erheblich eingeschränkten Bewältigungsstrategien zu einer weiteren Verschlechterung mit psychischer Dekompensation geführt. Die lässt sich mit Hilfe des dolmetschenden Sohnes ausreichend sicher feststellen ... « (08.08.2002)

»Der o.g. Patient steht seit Oktober 2000 in meiner regelmäßigen nervenärztlichen Behandlung. ...

Aus sprachlichen Gründen ist eine direkte Verständigung mit dem Patienten nicht möglich, nach dem Gesamteindruck und mit Hilfe des dolmetschenden Sohnes lässt sich jedoch feststellen, dass hier weiterhin eine anhaltende depressive Symptomatik vorliegt. Insbesondere weist der Sohn auch auf die wiederholt geäußerten Selbstmordabsichten des Vaters hin ... « (21.09.2002).

Welche Belastung dies für die Kinder bedeutet, lässt sich bislang nur erahnen. Zwar finden sich in der Literatur zur Migration Hinweise auf eine dramatische Veränderung im Rollengefüge der Familie; wie die Kinder jedoch den unfreiwilligen Einblick in teils intime psychische und physische Problemlagen der Eltern verkraften, ist bislang noch nicht untersucht. Experten schließen jedoch im Einzelfall selbst eine Traumatisierung der betroffenen Kinder nicht aus. Diese Gefahr besteht insbesondere in Bezug auf Flüchtlingskinder, deren Eltern mit höherer Wahrscheinlichkeit selber traumatische Ereignisse erlebt haben, die im Rahmen der Behandlung zur Sprache kommen können.

Durch die Dynamik der Beziehung, durch Tabus oder Scham in Bezug auf das Sprechen über einzelne Körperfunktionen und die Tatsache, dass die besprochenen Sachverhalte leicht den Erfahrungshorizont der Kinder übersteigen, sind Filterungen, Auslassungen oder Verzerrungen bewusster und unbewusster Art zudem nie auszuschließen (vgl. Pammer, Ch. 2000).

Hinzu kommt, dass die Kinder, sofern sie überwiegend in Deutschland aufgewachsen sind, in der Re-

gel alleine schon deswegen über einen eingeschränkten Wortschatz verfügen, da sich dieser aus der alltäglichen familialen und freundschaftlichen Kommunikation konstituiert und somit nur die in dieser üblicherweise vorkommenden Wortfelder umfasst. Bezüglich komplizierter in der Regel schulisch vermittelter Sachverhalte, stehen Ihnen die Begriffe der Muttersprache häufig nicht zur Verfügung. So ist es z.B. eher unwahrscheinlich, dass die Kinder innere Organe in der Muttersprache benennen können.

Eine zuverlässige Anamnese ist daher auf diesem Weg nicht möglich.

Auch der Einsatz von Reinigungspersonal als DolmetscherInnen birgt Gefahren der Auslassung und Verzerrung. Zudem ist hier die notwendige Vertraulichkeit nicht sicherzustellen. Diese lange etablierte Praxis ist sowohl sachlich als auch rechtlich und ethisch bedenklich.

»Das Bundesministerium für Gesundheit fordert in seinen Empfehlungen zu »Migration und gesundheitlicher Versorgung« (2000) die Einrichtung von Dolmetscherdiensten. Auch der aktuelle Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländfr-

gen (jetzt Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration) (2002) betont nochmals die Notwendigkeit der Entwicklung effektiver Dolmetschsysteme neben dem Einsatz bilingualer Mitarbeiter/innen« (Papies-Winkler, I. 2003, S.232).

Das ethnomedizinische Zentrum in Hannover verfügt bereits über einen großen Pool von ca. 160 DolmetscherInnen, der 74 Sprachen und Dialekte abdecken kann und über das Zentrum vermittelt wird, so dass die diesbezügliche Infrastruktur in Niedersachsen als fortschrittlich angesehen werden kann (SPuK-Projekt/ Nutzung vgl. Umfragen). Eine Umfrage des SpuK-Projektes hat jedoch ergeben, dass der Bekanntheitsgrad und Nutzungsgrad noch gering ist (vgl. Umfrage Kap. 2.2). Dies bedeutet, dass hier eine größere öffentliche Aufmerksamkeit im Gesundheitswesen erforderlich ist.

Kostenübernahme bei Hinzuziehung von DolmetscherInnen

Das größte verbleibende Problem bleibt – neben der mangelnden Sensibilität einiger Mediziner bezüglich der Kommunikationsstörungen und ihren Folgen – vor allen Dingen die Frage der Finanzierung; zumindest was die ambulan-

te Behandlung angeht, denn bei stationärer Behandlung sind Dolmetscherkosten prinzipiell über den Pflegesatz abrechenbar. Allerdings ...

»Als unbefriedigend muss in diesem Zusammenhang gesehen werden, dass das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 10.05.1995 (1 RK 20/94 in BSG 76109) ausgeführt hat, dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die Kosten eines Gebärdendolmetschers für die ambulante Untersuchung eines Patienten zu übernehmen, der an einer (an) Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit leide. Dies gelte auch für die Kosten eines Dolmetschers generell« (Schouler-Ocak, M. 2003, S.160).

»Wenn die Krankenkassen die Übernahme dieser Kosten verweigern, so bleibt noch die Möglichkeit, diese beim Sozialamt zu beantragen. So stellt z. B. das ovg Lüneburg mit Beschluss vom 11.01.2002 folgenden Leitsatz auf: »Übernimmt die Krankenkasse die Kosten einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (hier: zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach erlittener Folter), kann der Träger der Sozialhilfe verpflichtet sein, Eingliederungshilfe oder Kranken-

hilfe durch Übernahmen der Kosten für einen (Fremdsprachen-Dolmetscher zu gewähren, der zur Durchführung der Psychotherapie herangezogen werden muss« (ovg Lüneburg 4 MA I/02 S.1).

Die Argumentation des ovg dürfte hierbei durchaus auf andere Behandlungen übertragbar sein. Zu den anderweitigen Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe heißt es im Urteil: »In Betracht kommen deshalb auch vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasste ergänzende Leistungen, die die tatsächliche Durchführung der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen erst ermöglichen« (a.a.O. S.3).

Zur Krankenhilfe führt das Gericht aus: »Dass nach §38 Abs.2 Satz 1 BSHG die Hilfen nach den Bestimmungen über die Sozialhilfe bei Krankheit den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen müssen, wenn die Krankenversicherung den Bedarf nicht vollständig deckt, bedeutet, dass die Leistungen der Sozialhilfe über den Leistungsrahmen der Krankenversicherung im Einzelfall hinaus gehen müssen ... « (a.a.O. S.4).

Entscheidend für die Erfolgsaussichten ist jedoch, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde

Arzt schlüssig darlegt, dass eine Behandlung ohne die Hinzuziehung **einer professionellen Dolmetscherin/eines professionellen Dolmetschers** nicht möglich ist und gleichzeitig die Krankenkasse zur Übernahme der üblichen Behandlungskosten bereit ist, wie dies im vor dem ovg verhandelten Fall zutraf.

Quellen:

- Akbal, Safile* (2001): Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2001) S. 115–120
- Albrecht, Niels-Jens* (1999): Sprach- und Kulturmittlung. Eine Hilfe beim ethischen, juristischen, qualitätssichernden und ökonomischen Handlungsbedarf. in: Loccumer Protokolle (27/99) S.21–33
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.) (2003): Gesunde Integration. Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bonn

- Borde, Theda* (2001): Versorgung von Immigrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2001)
- Borde, Theda; David, Matthias* (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main (Mabuse-Verlag)
- Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias* (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? in: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003) S. 43–81
- Brucks, Ursula; Wahl, Wulf-Bodo* (2003): Über-, Unter-, Fehlversorgung? Bedarfslücken und Strukturprobleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung für Migrantinnen und Migranten. in: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003) S. 15–33
- Collatz, Jürgen* (2001): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstrukturen und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert (Hrsg.) (2001)
- David, Matthias* (2003): Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland – notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003) S. 275–286
- David, Matthias; Borde, Theda; Kentenich, Heribert* (Hrsg.) (2001): Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main (Mabuse-Verlag)
- Domening, Dagmar* (2003): Anforderungen an einen transkulturellen Wandel in der stationären Pflege. in: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003) S. 85–103
- Gün, Ali Kemal* (2003): Therapie. in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.) (2003)
- Kerkow-Weil, Rosemarie* (1999): Das Fremde im Krankenhaus. Möglichkeiten und Behinderungen einer interkulturellen Verständigung. in: Loccumer Protokolle (27/99)

- Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern* (2002): Merkblatt über die Aufklärungspflichten des Arztes. Stand September 2002
- Loccumer Protokolle* (27/99): Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik.* (2002) Tagungsdokumentation des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover
- OVG Lüneburg* Beschluss vom 11.01.2002. 4 MA I/02
- Pammer, Christoph* (2000): Möglichkeiten für MigrantInnen zur gesundheitlichen Versorgung. Diplomarbeit an der Akademie für Sozialarbeit Steiermark. Auf: <http://www.zebra.or.at/doc/gesundheitsversorgung.htm> (25.05.04)
- Papies-Winkler, Ingrid* (2003): Dolmetschen in Gesundheits- und Sozialwesen – Projekt des Interkulturellen Gesundheitsnetzwerks Berlin. in: Borde, Theda; David, Matthias (Hrsg.) (2003) S. 229 – 234
- Salman, R.; Collatz, J.* (1999): Ein Service des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover. Der Einsatz von Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. in: *Niedersächsisches Ärzteblatt* 09/1999 (http://www.haeverlag.de/archiv/no999_9.htm)
- Schouler-Ocak, Meryam* (2003): Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von Migranten/innen. in: Borde, T., David, M. (Hrsg.) (2003), S.153–166
- Sonnenmoser, Dr. Dipl. Psy. Marion* (Stand Dez. 2002): ABDA-Referat. Compliance in der Arzneimitteltherapie. Auf: <http://www.lak-bw.de/service/referate/compliance.pdf> (25.05.04)
- <http://www.proasyl.de/lit/medizin/fessel2.htm> (08.06.2004)
- <http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Selbstbestimmung/aufklaerung.htm> (29.04.04)

2.2 **Umfrage zu Sprachmittlung in den Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen** ■ *Dorothee Gwinner*

Im Rahmen einer Umfrage zu Aktivitäten im Bereich der Sprachmittlung in Ländern und Kommunen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin wurden vom SPuK-Projekt 10 Landeskrankenhäuser und 13 psychiatrische Kliniken in Niedersachsen angeschrieben.

Leider haben nur 14 Kliniken der Angeschriebenen an der Umfrage teilgenommen. Die Frage, ob in ihren Einrichtungen speziell geschulte Dolmetscher / Sprachmittler eingesetzt werden, bejahten jedoch nur sieben der Befragten. Kleine Krankenhäuser gaben an selten ausländische Patienten zu haben, so dass sie auch dementsprechend selten Sprachmittler bräuchten, wie z.B. Caduceus Klinik in Bad Bevensen oder das Landeskrankenhaus in Tiefenbrunn. Die Henriettenstiftung in Hannover vertritt die Meinung Tiefenpsychologie und Gruppentherapie, welche wichtige Bestandteile der Behandlung sind, wären in einer anderen Sprache nicht möglich.

Das Ethno-medizinische Zentrum Hannover bildet als freier

Träger speziell geschulte Sprachmittler in über 60 Sprachen aus, die stundenweise auf Honorarbasis abgerufen werden könnten. Dies wird jedoch von wenigen Befragten genutzt, nur die Landeskrankenhäuser in Lüneburg und Hildesheim erwähnten dies als Möglichkeit. Letzteres nannte auch den Asyl e. V. in Hildesheim, während in Lüneburg Dolmetscher aus Übersetzungsbüros oder »teils [Personen] aus dem Haus« beansprucht werden. Jedoch haben sich Krankenhäuser aus der Region Hannover nicht an der Umfrage beteiligt. Wir wissen aber aus der Praxis, dass diese auf das Angebot zurückgreifen.

Das Albert-Schweitzer Therapeutikum in Holzminden hat »in der Vergangenheit bei Gerichten oder anderen Instituten nachgefragt, die häufiger mit Ausländern zu tun haben«.

Die Klinik der Georg-August-Universität in Göttingen setzt nicht systematisch Sprachmittler ein, es werden nach Verfügbarkeit Ärzte, Krankenschwestern oder -pfleger hinzugezogen, wenn sie die benötigten Sprachen sprechen.

So wurde zum Beispiel »ein kurdisch stämmiger Dipl. Psychologe, eine türkische Ärztin oder eine Praktikantin aus dem Iran« genannt. Die Sprachmittler sind derweil nur vom Hörensagen bekannt. Die am meist benötigten Sprachen seien fast ausschließlich kurdisch, türkisch und arabisch.

Der Ärztliche Direktor des LKH Göttingen erklärt, »für alle notwendigen Sprachen sind im Raum Göttingen Dolmetscher erreichbar«. Es stünden zudem für die gängigsten Sprachen muttersprachliche Therapeuten zur Verfügung, jedoch werden Sprachmittler nicht einheitlich eingesetzt.

Der Befragte im Landeskrankenhaus Osnabrück antwortet auf die Frage, welche Sprachen angeboten werden mit »Türkisch, Russisch, Polnisch und Englisch«. Außerdem bezieht er sich positiv auf das SPuK-Teilprojekt in Osnabrück wo Asylsuchende zu Sprach- und Kulturmittlern für das Gesundheitswesen ausgebildet werden (vgl. Kap. 2.6)

Das Reinhard-Nieter Krankenhaus in Wilhelmshaven berichtete, dass sie Sprachmittler aus eigenen Mitteln oder von der Ausländerpolizei bezögen und alle geforderten Sprachen bereitstellen, jedoch »keine exotischen«.

Eine weitere Frage, wann die Sprachmittler eingesetzt werden, ergab ebenfalls unterschiedliche Antworten. Zweimal »wenn eine Verständigung nicht möglich ist«, wobei die Befragte des LKH Hildesheim konkretisierte: »in Krisen- bzw. Notfallsituationen, in geplanten Gesprächen und bei fortlaufenden Therapien«. Das Elbestade Klinikum erwiderte nur, »bei Patienten ohne Deutschkenntnisse und ohne Begleitung«. Die Antwort von der Uni-Klinik Göttingen lautete: »wenn eine ausführliche Anamnese zur Diagnostik indiziert ist«.

Die Höhe der Honorare waren meist unbekannt, wobei die Landeskrankenhäuser die Kosten für Dolmetscher übernehmen. Dies erübrigt sich jedoch, wenn die Mitarbeiter übersetzten.

Die meisten Befragten erkannten angeblich keinen weiteren Bedarf und sind mit der jetzigen Situation zufrieden. Das LKH Osnabrück erwähnte jedoch, »es wäre aber gut, wenn man einen Sprach- und Kulturfundus hätte, auf den man zurückgreifen könnte«.

Die Befragte des LKH Hildesheim sieht außerdem einen Bedarf im ambulanten Bereich, wo es zum Teil sehr mühsam ist, die Kosten für die Dolmetscher genehmigt

und damit bezahlt zu bekommen. Die Krankenkassen übernehmen in den meisten Fällen nicht die Kosten, im Gegensatz zum stationären Bereich, wo die Dolmetscherkosten im Pflegesatz enthalten sind. Hier sei dringender Klärungsbedarf.

In der Antwort der Uni-Klinik Göttingen wird darauf hingewiesen, dass offizielle Dolmetscher, für die ein Etat bereitsteht, notwendig wären. Allerdings ist der Effekt in deren »Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie begrenzt, solange der Diagnostik keine Behandlung folgen können, da es keine der entsprechenden Sprache mächtigen und mit der Kultur vertrauten Ärzte gibt«. (Psychotherapie mit Übersetzern sei nicht möglich).

Eine telefonische Abfrage bei niedergelassenen Psychiatern / Psychotherapeuten in Hannover ergab, dass von 41 Therapeuten nur 7 bereit sind mit Sprachmittlern zu arbeiten.

Eine Umfrage der Landesregierung Schleswig-Holstein ergab ebenfalls Schwachstellen im Bereich der ärztlichen Behandlung von MigrantInnen. In ihrer in der Ärztezeitung vom 11.04.2002 zitierten Antwort auf eine große Anfrage von Bündnis 90 / Die Grünen

zur Gesundheitsversorgung von Migranten heißt es:

Aussagekräftige Daten über die Gesundheitssituation von Migranten im Norden (5,5 % der Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein) sind noch Mangelware, auch weil es wenig kommunale Gesundheitsberichte gibt.

Für ihre Antworten stützte sich die Regierung unter anderem auf die Ergebnisse einer Umfrage, an der sich im Jahr 2001 135 niedergelassene und angestellte Ärzte beteiligt hatten. Die Mediziner hatten bei Patienten mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig eine chronische Überforderung, die sich aus einer mangelnden Vorsorgeorientierung, einem schlechterem Allgemeinzustand, einer depressiven Stimmungslage sowie chronischen Schmerzen zusammensetzte, beobachtet.

Eine der größten Probleme für Migranten ist die Sprachbarriere. Der Einsatz qualifizierter Dolmetscher ist in Kliniken und Praxen nicht der Regelfall. Meist dolmetschen Freunde oder Bekannte der Patienten. Oft behelfen sich beide Seiten, indem sie über eine dritte Sprache, beziehungsweise mit Hilfsmitteln wie Wörterbüchern kommunizieren. Etwa die Hälfte der befragten Mediziner beurteilt

die Kommunikation als nicht ausreichend. Die Verständigungsprobleme haben nach ihren Erfahrungen zum Teil negative Folgen für die Patienten. So werden wichtige anamnestische Fakten verspätet erkannt, der diagnostische Aufwand erhöht sich, Wünsche und Ziele der Patienten sind schwer zu erkennen, die Aufklärung über die geplante Therapie leidet, therapeutische Maßnahmen werden vom Patienten oft falsch angewendet.

Ärzte, Pfleger und andere Mitarbeiter in den Einrichtungen fühlen sich in ihrem beruflichen Alltag häufig überfordert, die vorhandenen Sprachkenntnisse zu aktualisieren. Lobend erwähnt die Landesregierung in diesem Zusammenhang das Suchsystem ArztFindex der Ärztekammer Schleswig-Holstein, das eine gezielte Suche nach Sprachkenntnissen in den Praxen erlaubt. (Ärzte Zeitung online vom 11.04.2002)

zum Beispiel

2.3

zum Beispiel Frau D.

Ein ärztliches Attest im Februar 2004 verdeutlicht die Problematik, dass ein Arzt jahrelang eine ausländische Patientin aufgrund von Sprachschwierigkeiten erfolglos behandeln kann.

»Frau D. hat sich [...] bei mir regelmäßig vorgestellt. Sie hat große seelische Not mit immer wieder auftretenden präpsychotischen, decompensierenden Verstimmungszuständen: Sie hat Todesvisionen, benimmt sich auch gegenüber der Familie mitunter sehr belastend und anstren-

gend. Wiederholt sitzt sie vor mit versteinelter Mimik. Kleinigkeiten bringen sie aus der Fassung. [...] Alles in allem befindet sie sich mehr oder weniger beständig am Rande psychotischer Dekompensation, [...] Psychotherapieansätze erwiesen sich in der Vergangenheit als unergiebig, scheitern an Verständigungsschwierigkeiten, da sie der deutschen Sprache kaum mächtig ist. Behandelt wird sie mit Neuroleptika und Thy-moleptika«.

oder Frau B.

Aus dem Schreiben eines Facharztes für Psychiatrie:

»Diagnostisch liegt nach meiner Einschätzung aktuell eine schwere depressive Episode [...] vor. Ob darüber hinausgehend die Ereignisse vor der Übersiedlung nach Deutschland (der Sohn gibt an, die Mutter sei [...!!!]) zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt haben, bleibt aufgrund der Sprachbarriere und den hier nicht zu überblickenden zurückliegenden Vorgängen in der Türkei nicht beurteilbar. Allein aus dem Weg der Familie und ihrer ethnischen Zugehörigkeit ist aber nach bewusstem Verlassen des Landes bei einer Abschiebung von einer (Re-)Traumatisierung auszugehen. Es ist mir unvorstellbar, wie die Patientin etwaige mit Gewalt durchzusetzende Maßnahmen [...] ohne weitere Traumatisierung überstehen soll. [...]«

z. B. Herr K. (zitiert in Kap. 2.1)

Aus der nervenärztlichen Bescheinigung eines Arztes für Neurologie / Psychiatrie und Psychotherapie:

»Mit Dolmetscherhilfe des Sohnes ausreichende Verständigung möglich bei geringen eigenen aktiven

Deutschkenntnissen. Berichtet wird so von ausgesprochen negativen Erfahrungen in der Türkei, dort in Armee gefoltert, auch inhaftiert. Laut Auskunft des Sohnes voller Ängste, besonders angespannt im Gespräch über die Türkei, drohe dann auch mit Selbstmord. Sei unberechenbar im Verhalten, habe vor einiger Zeit ohne äußeren Anlass in der eigenen Wohnung gewütet, gedroht aus dem Fenster springen zu wollen [...].«

13.05.2002

»Der o.g. Patient steht seit Oktober 2000 in meiner regelmäßigen nervenärztlichen Behandlung. [...] Aus sprachlichen Gründen ist eine direkte Verständigung mit dem Patienten nicht möglich, nach dem Gesamteindruck und mit Hilfe des dolmetschenden Sohnes lässt sich jedoch feststellen, dass hier weiterhin eine anhaltende depressive Symptomatik vorliegt. Insbesondere weist der Sohn auch auf die wiederholt geäußerten Selbstmordabsichten des Vaters hin [...].« 21.09.2002

»[...] Derzeit erfolgt eine begleitende und stützende Psychotherapie in der Einrichtung »Refugium« in Bremen, wo auch eine bessere sprachliche Verständigung möglich ist.« 10.12.2002

Demgegenüber schreibt das Refugium noch im März 2003:

»Herr K. hat am 29.08.2002 für ein

psychotherapeutisches Gespräch unserer Zentrum aufgesucht. Herr K. steht in unserer Warteliste für weitere Behandlungen. Da wir bis zum heutigen Tag immer noch keinen freien Behandlungsplatz haben, konnten wir Hr. K. keinen weiteren Termin geben. Sobald ein Therapieplatz frei wird, werden wir Herrn K. sofort einen Termin zur weiteren psychotherapeutischen Behandlung geben.« 17.03.2003

z. B. Herr M.

»Nach Rücksprache mit der Neurologischen Abteilung unseres Klinikums übernahmen wir Herrn M.-K. am 14.03.2003 in unsere Neurochirurgische Abteilung.

Ein Anamnesegespräch war zum Aufnahmezeitpunkt nicht möglich, da der Patient weder englisch noch deutsch spricht. Der Patient war wach und schien vollständig orientiert. Keine Paresen nachweisbar, [...] soweit beurteilbar keine sensiblen Defizite [...] Hirnnervenstatus unauffällig. [...] Auch der übrige körperliche Untersuchungsbefund unauffällig.

Am 18.03. wurde zunächst die angiographische Untersuchung der Hirngefäße durchgeführt [...].

Am 25.03. erfolgte eine erneute MRT-Untersuchung des Schädels, die

noch einmal die massive Ausdehnung der Malformation zeigte. Auch hier ließ sich kein Hinweis auf eine stattgehabte Blutung finden.

Am 03.04.2003 [also nach ca. 3 Wochen; d. V.] führten wir mit Hilfe eines anwesenden Dolmetschers [...] ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten [auf französisch! d. V.], bei dem wir ihn über die Art seiner Erkrankung informierten. [...]

Auf Grund der Ausdehnung und Lokalisation des Angioms, bei fehlender neurologischen Ausfallerscheinungen besteht derzeit allenfalls eine relative Operationsindikation. Dabei wäre eine Angiomsexstirpation sicher mit dem hohen Risiko einer erheblichen psychomotorischen Störung verbunden. Darüber hinaus halten wir auch im Hinblick auf den unsicheren Status des Patienten, der hier ohne soziales Netzwerk bzw. Familie lebt und dessen Abschiebung kurz bevor steht, eine derartige chirurgische Therapie für nicht gerechtfertigt. Wir haben dies ausführlich auch dem Patienten erläutert.

Wir entlassen Herrn M. daher am heutigen Tag in seine Wohneinrichtung [...]

Psychosoziale Versorgungsstruktur von Kurdinnen – schwierige Kommunikation?

Referat zur Tagung »Kurdische Frauen – Ausweg Flucht?!«, Bremen

■ *Cinur Ghaderi*

Die Situation kurdischer Frauen ist zwar immer wieder mal Schwerpunkt einer Tagung verschiedener Organisationen, doch es sind eher punktuelle Fokussierungen. Insgesamt scheint es mir ein sehr vernachlässigtes Thema zu sein, daher freue ich mich, dass der IMK e.V. [Internationales Zentrum für Menschenrechte der Kurden e.V.; d.V.] es ermöglicht hat, dass wir uns an diesem Wochenende mit kurdischen Frauen beschäftigen.

Mir ist keine Erhebung oder wissenschaftliche Studie bekannt, die sich konkret mit der psychosozialen Versorgung von Kurdinnen beschäftigt. Ich möchte mich vortasten, indem ich die Begriffe zunächst einzeln betrachte.

Wenn ich den Begriff »psychosozial« in den Mund nehme, dann kann damit Sozialberatung gemeint sein, aber auch Therapie. Eigentlich gehört auch der Bereich der medizinischen Versorgung und der Begutachtung in dieses Feld. Denn das Erstellen von Gutachten kann bei kurdischen Flüchtlingsfrauen aufenthaltsrechtliche Kon-

sequenzen haben, wenn diese aufgrund von Traumatisierung »reiseunfähig« sind. Die Begutachtung kann auch eine Rolle spielen bei Arbeitsunfähigkeit und Berentung von beispielsweise älteren und kranken Frauen.

Vorhandene »Strukturen« sind in den Angeboten der Wohlfahrtsverbände – sprich der Caritas, des Diakonischen Werkes und der Arbeiterwohlfahrt –, der Kommunen und der migrationsspezifischen und kurdischen Selbstorganisationen zu finden. Das Landeszentrum für Zuwanderung in Solingen hat ein Adressverzeichnis der meisten Migrantenselbstorganisationen in NRW erstellt. Zu wichtigen Anlaufstellen besonders für Flüchtlingsfrauen sind die Psychosozialen Zentren und Therapiezentren für Folteropfer im gesamten Bundesgebiet geworden, Kliniken und psychotherapeutische Ambulanzen sind Möglichkeiten, die seltener genutzt werden.

Meistens sind diese Angebote, ob nun Sozialberatung oder Therapie erwünscht ist, nicht explizit für

kurdische Frauen, sondern für die Gruppe von Migranten, oder Flüchtlingen, oder für Frauen oder für Kurden.

Die bestehende Struktur der gesundheitlichen Versorgung hat Defizite, so ist die therapeutische Versorgungsstruktur ethnozentristisch organisiert, d.h. angepasst an deutsches und deutschsprachiges Klientel. Da Dolmetschen keine Kassenleistung ist, können Sprachprobleme immer nur im Einzelfall gelöst werden (Bekannter kommt mit, »Glück«, dass es einen Muttersprachler in der Einrichtung gibt, Kosten des Dolmetschers werden vom Sozialamt übernommen). Es gibt kein Finanzierungskonzept, das Dolmetscher in den Regeldiensten der Gesundheitsversorgung integriert. Daher gibt es derzeit keine ausreichende Zahl von qualifizierten Dolmetschern, die im sozialen und therapeutischen Bereich tätig sein könnten. Eher als eine Ausnahme ist die Errichtung eines Dolmetscherdienstes des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover zu sehen, das bisher ca. 200 Dolmetscher zu Kulturvermittlern geschult hat. In den meisten Ländern der europäischen Gemeinschaft gibt es öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste. [vgl. Kap. 2.6; d.V.]

Sprach- und Kulturbarrrieren erschweren die für den Heilungserfolg notwendige Compliance zwischen Therapeut und Klient und führen zu Kommunikationsstörungen, wenn der Therapeut nicht kultursensibel ist. Doch wenn die sprachliche Verständigung erst gar nicht möglich ist, da keine Deutschkenntnisse und keine Dolmetscher zur Verfügung stehen, ist die Inanspruchnahme der vorhandenen psychosozialen Versorgung schlicht nicht möglich, da nicht besprechbar.

Es gibt nur eine geringe Vernetzung des Gesundheitswesens zwischen Beratungseinrichtungen, ambulanten und stationären Bereichen. Für Klienten mit einer Somatisierungsstörung ist dieses System einladend für das so genannte »doctor-hopping«, das viele Kosten verursacht und ineffektiv ist.

Es herrscht eine ausgesprochene Komm-Struktur der Versorgungsdienste, d.h. das bestehende System ist darauf angelegt, dass die Klienten fit genug sind, sich über vorhandene Strukturen zu informieren und das Passende aufzusuchen. Damit sind viele Klienten schlicht überfordert.

Kommen wir zu dem Wort Kurdinnen in dem Titel. Es gibt natürlich nicht die kurdische Frau

mit den Problemen, sondern ihre Lage ist abhängig u.a. von:

- Aufenthaltsstatus (Spektrum reicht von Illegalität bis zur Einbürgerung)
- der Dauer des Aufenthalts (neu, seit 30 Jahren hier, hier geboren, 1. bis 3. Generation)
- der familiären Situation (verheiratet, geschieden, ledig, mit/ ohne Kinder)
- dem Herkunftsland
- Bildungsgrad (Analphabetin bis zu Akademikerin)
- der gesellschaftlichen Stellung
- Religion (Muslimin, Yezidi, Alevitin, Atheistin,)
- Wirtschaftlicher Situation (Sozialhilfebezug, Selbstverdien, ...)
- der Form der Zuwanderung (Asylzuwanderung, Ehegatten- und Familien-Nachzug, Arbeitsmigration)

Grundsätzlich stehen Kurdinnen die gleichen Versorgungsstrukturen zur Verfügung wie auch anderen parallelen Gruppen mit gleichem Aufenthaltsstatus. Denn vor allem vom Status hängt der Anspruch auf bestimmte Versorgungsstrukturen ab.

Eine eingebürgerte Kurdin mit deutschen Sprachkenntnisse hat demnach geringe Hürden im Vergleich zu einer traumatisierten, allein stehenden Kurdin mit einer

Duldung ohne Deutschkenntnisse.

Gehen wir doch einmal auf den Begriff »Kurdinnen« ein. Dieses Wort impliziert eine kurdische Identität. Die Frage drängt sich auf, ist eine solche ethnische Differenzierung notwendig bei der Betrachtung der psychosozialen Versorgung? Ich denke: ja.

Der Berater oder Therapeut muss nicht eingehende Kenntnisse über Kurdistan und die Kurden haben, aber wissen um die Unterdrückung der kurdischen Identität in den Herkunftsländern, Fortsetzung der Nichtakzeptanz der Kurden als eigenständiges Volk in Deutschland (Ansätze »institutionalisierten Rassismus'«). Gerade aus diesen Gründen ist es wichtig, die ethnische Selbstwahrnehmung ernst zu nehmen und für sie ebenso sensibel sein.

Kommen wir zum letzten Begriff in der Überschrift, nämlich »Versorgung«. Wenn ich beurteilen soll, wie die Versorgung ist, müsste ich wissen, wie das Verhältnis zwischen Bedarf und Inanspruchnahme ist.

Barrieren, vorhandene Strukturen zu nutzen, sind:

- Sprache
- Generelle Informationsmängel über Möglichkeiten

- Voraussetzungen (z.B. für Therapie: Kosten, Einschränkungen des Leistungsspektrums z.B. bei Asylbewerbern)

- Familiäre Rahmenbedingungen

Tatsache ist, dass die Datenlage bzgl. Bedarf und Inanspruchnahme psychosozialer und psychiatrischer Versorgung von Migranten insgesamt rar ist und nach meinem Informationen für kurdische Frauen überhaupt nicht vorliegt. Selbst wenn es Daten dazu gäbe, wie die beobachtete Inanspruchnahme des vorhandenen Versorgungssystems ist, gibt das keine Auskunft über den tatsächlichen Versorgungsbedarf. Von dem Schritt kurdische Frau mit psychischem Problem bis zu der zufrieden stellenden Inanspruchnahme gibt es einige zu berücksichtigende Aspekte:

- Der eigene Wunsch nach einer Therapie muss vorhanden sein.

- Die Informationen über die Therapiemöglichkeiten müssen vorhanden sein.

- Die sprachliche Verständigung mit der Therapeutin muss gewährleistet sein. Ggf. kann es wichtig sein, dass eine weibliche Therapeutin oder Ärztin und eine weibliche Dolmetscherin zur Verfügung steht.

- Die Behandlerin sollte kultursensibel sein.

- Die Behandlerin sollte Kenntnisse über die Situation der Migranten / Flüchtlinge / Kurden haben.

- Der Ort muss erreichbar sein.

- Die Finanzierung muss gesichert werden.

- Der Behandler muss einen freien Therapieplatz haben.

Indikatoren für die Bedarfsanalyse bietet die Stressforschung. Nach den Ergebnissen der Stressforschung wirken sich vor allem »life-events«, d.h. plötzlich auftretende, überraschende und einschneidende Lebensereignisse und Verluste und chronische Stressoren auf die Gesundheit der Menschen aus, da diese Ereignisse erhöhte Anpassungsleistungen des Individuums fordern. Besonders belastend wirken sich unerwünschte, unüberschaubare und unkontrollierbare Ereignisse mit negativen Folgen aus.

Nach derzeitigen Forschungsergebnissen sind MigrantInnen 30mal mehr belastet durch life-events, als die einheimische Bevölkerung.

Wir können davon ausgehen, dass der Bedarf an Beratung und Therapie bei kurdischen Frauen relativ hoch ist. Denn die Vorgeschichte und Lebensbedingungen von Kurdinnen gegenüber der ein-

heimischen Bevölkerung sind von stark erhöhten Risiken für die Entstehung psychischer Störungen und Erkrankungen geprägt.

Kurdische Frauen erleben Krieg, Haft, Folter, sexuelle Gewalt, Verlust von nahen Angehörigen oder gar eigener Kinder und Männer, wirtschaftliche Abhängigkeit, sozialen Druck durch Religion und Tradition, Flucht, Erniedrigung, usw. Wenn sie flüchten, beispielsweise nach Deutschland, dann stehen sie vor einem Berg an Problemen, nicht nur aufenthaltsrechtlich, sondern auch in Folge von Entwurzelung und Isolation.

Die meisten dieser Ereignisse sind für kurdische Frauen zunächst einmal wenig oder gar nicht kontrollierbar:

- die Willkür des Staatsapparates in den Herkunftsländern
- die politischen Aktivitäten des Mannes, die Auswirkungen auf ihr Leben haben
- die einengenden gesellschaftlichen Strukturen in Deutschland: die Auswirkungen des Ausländerrechts, selektive Strukturen des Gesundheitswesens

Nun gibt es die These, dass es nicht nur von der Art und der Anzahl der Stressoren abhängt, ob jemand physische oder psychische Störungen entwickelt, sondern

auch von den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten, den sogenannten »Coping-Strategien«. Je stärker sich diese Lebensereignisse häufen und je intensiver und länger sie einwirken, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für eine Überforderung, d. h. die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen reichen nicht mehr aus. Selbst besonders stabile, flexible, vielseitige Persönlichkeiten mit hohen sozialen und kulturellen Kompetenzen halten einem dauerhaften Druck nicht stand.

Der soziale Druck, Erwartungshaltungen, Ängste und Anpassungsleistungen in der Migration schränken die vorhandenen Ressourcen ein.

Als Folge können emotionale Spannungszustände, psychosomatische Störungen, Depression, Angst und Schmerzzustände auftreten. Nimmt die Betroffene oder kann die Betroffene die vorhandene Versorgungsstruktur nicht in Anspruch nehmen (siehe o. g. Barrieren) besteht die Gefahr der Chronifizierung durch einen späteren Behandlungsbeginn.

Insbesondere Personen mit niedrigem Bildungsniveau und aus unteren sozialen Schichten reagieren auf Stresserleben mit

Somatisierung, und haben wenig Zugang zu psychotherapeutischen Erklärungsansätzen.

Coping-Strategien allein reichen, wie gesagt, nicht aus, um gesundheitlich stabil zu bleiben, die gesellschaftlichen Bedingungen und das unmittelbare Umfeld der kurdischen Frau ist wichtig. Das gilt insbesondere für traumatisierte kurdische Frauen. Werden diese Kurdinnen, nachdem sie in Beratung und Therapie gestärkt werden, die aufgebaute Stabilität halten können? Für die therapeutische Behandlung ist immens wichtig, wie das traumatische Ereignis von der Gesellschaft und für die Klientin als Teil dieser Gesellschaft bewertet wird: Wird eine sexuell gefolterte kurdische Frau als Märtyrerin oder Schandfleck und Symbol der Schwäche gesehen?

Die jetzige gesellschaftliche Situation ermöglicht sexuell gefolterten kurdischen Frauen keinen Lebensraum, weder psychisch noch physisch. Soziale Unterstützung gibt es unter Kurden, solange Fragen der Sexualität und Ehre außen vor bleiben. Denn eine »saubere« Frau, die sich mit einer »schmutzigen« Frau befasst, ist am Ende wohlmöglich selbst »beschmutzt«. Es ist einfacher, bei der Traumatisierten eine »Ausnahme« zu ma-

chen, sie als arme Opfer der feindlichen Gewalt anzusehen und im Schutz des Exils diese Frauen in die kurdischen Gemeinden zu reintegrieren.

Doch die grundsätzliche Frage bleibt: wie tolerant ist die kurdische Gesellschaft und wie geht sie mit Frauen und Mädchen um, die neue Lebenskonzepte kurdischer Frauen entwerfen? Wie geht sie um mit Kurdinnen, die an die Grenze des gesellschaftlich akzeptierten Rahmens gekommen sind, weil sie Fragen der Sexualität und männlicher Dominanz anders gelöst haben? Bisher wurden diese Frauen in der Regel ausgeschlossen oder zumindest mit Verachtung gestraft. Noch hat die kurdische Frau nur den Weg der Tradition, dazu gehört auch, sich über Bildung und politische Arbeit einen nahezu männlichen Status zu erkämpfen.

Noch gibt es nur wenige gesellschaftlich akzeptierte Wege aus diesem engen religiös und traditionell gebundenen Korsett zeitweise zu entfliehen und in dieser Gesellschaft »aufzusteigen«, und zwar über politische oder religiöse Bildung und Engagement, in letzter Zeit auch durch die Unterstützung der Erhaltung der kurdischen Kultur und Sprache (sozusagen als

Bestandteile des nationalen Kampfes). Ein Weg außerhalb dieses Korsetts oder der traditionell vorgeschriebenen Frauenrolle bedeutet Ächtung und Ausschluss aus der kurdischen Gesellschaft.

Fassen wir zusammen:

Für traumatisierte kurdische Flüchtlingsfrauen, die in der Regel kaum über Deutschkenntnisse verfügen, ist der Bedarf an psychosozialer Unterstützung groß. Die vorhandenen Möglichkeiten rei-

chen bei weitem nicht aus: die psychosozialen Zentren haben derzeit so gut wie keine freien Aufnahmekapazitäten, über private Ambulanzen kann die Versorgung aufgrund der Sprachbarrieren und der schwierigen Kostenübernahme nicht geleistet werden.

Das heißt: Diejenigen kurdischen Frauen, die den meisten Bedarf haben, haben den geringsten Zugang zu der vorhandenen Versorgungsstruktur.

2.5 »Aufgrund der Sprachverständigungsschwierigkeiten konzentrierten wir uns auf eine Psychopharmakotherapie...«

Im Winter 1996 gelang dem kurdischen Iraker H.A. die Flucht in die Bundesrepublik Deutschland.

Vom Regime Sadams verfolgt und gefoltert träumte er vermutlich wie die meisten Flüchtlinge von einem Leben in Sicherheit und Freiheit in Europa, doch es sollte anders kommen ...

Dort gefoltert, hier verprügelt

Nach der Antragstellung und einer ersten Anhörung, wurde Herr A.

in eine kleine Stadt auf dem Lande verteilt. Dort sieht er sich häufig Beschimpfungen ausgesetzt. Im Sommer des folgenden Jahres kommt es dann zum ersten Mal bei einer Zugfahrt auch zu einem gewalttätigen rechtsextremen Übergriff, bei dem er mitbetroffen ist. Einige Monate später begegnet er denselben Jugendlichen erneut im Zug. Diese bedrohen ihn zunächst verbal, woraufhin er in Panik aus dem Zug aussteigt und da-

bei seine Jacke mit Geld und Papieren zurücklässt.

Ein weiteres Jahr später wird sein Asylantrag vom VG anerkannt, doch der Bundesbeauftragte klagt gegen die gerichtliche Entscheidung. Herr A. fühlt sich nicht mehr sicher und entschließt sich erneut zur Flucht. Ziel seines Hoffens ist diesmal ein anderes europäisches Land, wo er einen neuen Asylantrag stellt. Von dort wird er jedoch gemäß des Dubliner Abkommens wieder in die Bundesrepublik überstellt und findet sich erneut in der Aufnahmeeinrichtung in der kleinen Stadt auf dem Lande wieder ...

Nun setzt er seine Hoffnung auf eine Umverteilung zu seinem Bruder in Niedersachsen. Das Umfeld dort erscheint ihm weniger feindlich und er könnte dort zudem auf die Unterstützung seines Bruders und dessen Familie zurückgreifen. Er stellt einen entsprechenden Antrag, den er mit den Übergriffen begründet. Dieser wird jedoch abgelehnt. »Einer Umverteilung nach Niedersachsen, insbesondere in *die* Stadt, in der Ihr Bruder mit seiner Familie lebt, bedarf es zur Gewährleistung Ihrer persönlichen Sicherheit nicht«, begründet die Zast ihren abschlägigen Bescheid: »Bei derartigen Pro-

blemen hat gegebenenfalls die zuständige Gemeinde bzw. Ausländerbehörde Abhilfe zu schaffen.«

»Keine schwereren Verletzungen«

Während er noch auf eine Entscheidung über seinen Aufenthalt wartet, wird Herr A. ein Jahr später erneut Opfer eines Übergriffs. Die Amtsärztin stellt Kopfschmerzen, eine Platzwunde an der Unterlippe, Thoraxprellung, multiple Haematome (z. T. handflächengroß), Hautabschürfungen und »deutlich psychotische Beeinträchtigung durch das körperliche Trauma« fest, als Folge von Faust- und Kabelschlägen. Auf die Idee, den genauen Ursachen der psychischen Erkrankung nachzugehen, oder gar zu untersuchen, ob diese der Behandlung bedarf, kommt sie – soweit uns das bekannt ist – nicht.

Auch für die örtlichen Strafverfolgungsbehörden ist der Fall schnell ad acta gelegt. »Mehr, als dass es hier keine schweren Verletzungen gab, spuckt der Polizeicomputer laut Pressesprecher nicht mehr aus«, heißt es zu dem Vorfall später gegenüber einer Zeitung. Das Ermittlungsverfahren gegen die Täter wurde rasch eingestellt, Hinweise auf einen rechts-

extremen Hintergrund der Tat hat es laut Polizeiangaben nicht gegeben.

Wiederholung eines solchen Vorfalls unwahrscheinlich?

Der erneute Antrag auf Wohnsitznahme in der Nähe des Bruders, den der mittlerweile nur noch geduldete Herr A. kurz nach dem Übergriff stellt, wird mit der Begründung abgelehnt, dass aus dem Sachverhalt nicht ersichtlich sei, »dass der Angriff gezielt gegen die Person des Herrn A. erfolgt, so dass auch nicht davon ausgegangen werden muss, dass sich ein solcher Vorfall wiederholt. Im Übrigen«, heißt es weiter, »liegt es an den örtlich zuständigen Ordnungsbehörden, dafür Sorge zu tragen, dass den dort wohnhaften ausländischen Staatsangehörigen keine Gefahr für Leib und Leben droht.«

Inzwischen ist Herr A. so verzweifelt, dass er im Juli 2000 wegen akuter Selbstmordgefährdung in die Klinik eingewiesen wird. Zu den weiteren Symptomen zählen: Schlafstörungen, Appetitverlust und Gewichtsabnahme, Alpträume, Vermeidungsverhalten, erhöhte Schreckhaftigkeit und sozialer Rückzug, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Angst-

zustände, Affektlabilität, Antriebsminderung etc.

Die Diagnosen: Depressive Episode mit Suizidalität, posttraumatische Belastungsstörung und schädlicher Gebrauch von Alkohol. Vermutlich hatte es bereits zuvor Selbstmordversuche gegeben, stellen die Mediziner fest, auf die jedoch keine stationäre Einweisung folgte.

»... eine differenzierte psychopathologische Exploration nicht möglich ...«

Die Ärzte untersuchen ihn von Kopf bis Fuß körperlich-neurologisch, erfragen die Biographie und erhalten hierbei auch Hinweise auf erlittene Folter, was jedoch den psychopathologischen Befund angeht, so müssen sie passen. »Der Patient war wach, bewussteinklar und voll orientiert; aufgrund der großen Verständigungsschwierigkeiten war eine differenzierte psychopathologische Exploration nicht möglich ...«, stellen die Ärzte fest und finden sich hiermit ab. Ein Dolmetscher wird nicht hinzugezogen.

Was nun tun, mit diesem Menschen, der offensichtlich der ärztlichen Hilfe bedarf, auch wenn man nicht genau weiß, warum und in welcher Weise? »Aufgrund der

Sprachverständigungsschwierigkeiten konzentrierten wir uns auf eine Psychopharmakotherapie und einen milieutherapeutischen Ansatz«, heißt es hierzu im Behandlungsbericht. Zwischen den Zeilen gelesen bedeutet dies wohl, dass die Ärzte schon davon ausgingen, dass das Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der vorgefundenen Störungen eine psychotherapeutische Behandlung gewesen wäre. Der Frage, wie dies zu erreichen wäre, gehen sie indes nicht weiter nach, sondern begnügen sich mit einer Behandlung der Symptome. Hinter der hübschen Formulierung des »milieutherapeutischen Ansatzes« verbirgt sich vermutlich schlicht die Beobachtung, dass es dem Patienten schon deswegen schlagartig besser ging, weil er sich in der Klinik vor neuen Übergriffen sicher fühlte. Sprich, er wurde mit Antidepressiva behandelt und aufbewahrt.

»Möglichkeit einer Wiederaufnahme bei Exazerbation«

Eine Weile ging dies gut und Herr A. konnte sich ein wenig erholen. »Am zweiten Wochenende seines Klinkaufenthaltes trank der Patient jedoch Alkohol auf der Station (Atemalkohol 1,2 Promilles), beschimpft in diesem Zusammen-

hang Angehörige von Mitpatienten und Pflegepersonal und verbarriadierte sich nachts in seinem Zimmer.« Angesichts der eingangs erstellten Diagnose dürfte dies kaum überraschen. Die Ärzte entschieden sich jedoch dafür, das gezeigte Verhalten nicht als Symptom der Grunderkrankung zu behandeln, sondern als reines Zeichen der »non-compliance«.

»Nach kontrollierter Ausnüchterung erfolgte dann bei fehlender Suizidalität die Entlassung, da eine Fortsetzung der Therapie unter diesen Bedingungen nicht möglich erschien«, folgern sie. »Dies wurde ausführlich mit Herrn A. besprochen, auch boten wir ihm die Möglichkeit einer Wiederaufnahme bei einer Exazerbation der Symptomatik bzw. Suizidalität an.« Wie es nun angesichts der zuvor so deutlich hervorgehobenen Verständigungsschwierigkeiten – natürlich wieder ohne Hinzuziehung eines Dolmetschers – möglich war, diesen komplizierten Sachverhalt so »ausführlich« mit Herrn A. zu besprechen, bleibt offen. Die wichtigste Botschaft hingegen wird er schon verstanden haben: Solange er sich nicht wieder mit konkreten Selbstmordabsichten trägt, soll er der Klinik besser fernbleiben.

Dass dieser Zustand sich mit großer Wahrscheinlichkeit wieder einstellen wird, muss den Ärzten auf dem Hintergrund der Erkenntnisse aus dem Erstgespräch deutlich gewesen sein. So scheint dann auch ein Rest schlechten Gewissens auf: »Auch über seine Entlassung hinaus werden wir seinen Übersiedlungsantrag unterstützen, wofür er dankbar schien.« Welche Anstrengungen seitens der Klinik in dieser Sache unternommen wurden, ist uns nicht bekannt. Fest steht jedoch, dass sich Herr A. Ende des Jahres noch immer in der kleinen Stadt auf dem Lande befindet, wo er erneut angegriffen wird. Bei dieser Gelegenheit verliert er einen Zahn.

Hinweise auf Medikamentenabusus

Als Herr A. dort ein halbes Jahr später einen Psychotherapeuten aufsucht, hat sich sein psychischer Zustand eher verschlechtert als gebessert. Eine wiederkehrende depressive Störung mit somatischen Syndrom, gegenwärtig mittelgradige Episode und posttraumatische Belastungsstörung wird diagnostiziert. Neben Hinweisen auf Alkohol- werden mittlerweile auch Anzeichen für Medikamentenmissbrauch festgestellt. Unwillkürlich

fallen einem hierbei die ohne flankierende Maßnahmen verordneten Antidepressiva ein ...

»Veränderung des aufrechterhaltenden Bedingungsgefüges«

Auch der nun aufgesuchte Therapeut erkennt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, sieht sich selber hierzu jedoch außer Stande. »Die Voraussetzungen für eine Psychotherapie sind bei mir aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten nicht gegeben.« Er bemüht sich jedoch immerhin tatsächlich um eine »Veränderung des aufrechterhaltenden Bedingungsgefüges«, nimmt Kontakt mit einer Beratungsstelle für Migranten in der Region L. auf, in der ein weiterer Verwandter lebt. Im selben Monat stellt Herr A. einen Antrag auf Wohnsitznahme in L. Anlässlich einer stationären Behandlung im Landeskrankenhaus im Januar 02, stellt endlich ein Arzt eindeutig fest: »Er leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, die durch Folter in seinem Heimatland verursacht wurde. Aktuell lebt er in einer kleinen Stadt auf dem Lande, wo er mehrfach auf der Straße von Neonazis überfallen und verprügelt worden sei. Dies führte zu Retraumatisierung und

damit zur Aufrechterhaltung und Verschlimmerung seiner Grunderkrankung.« und »Bei Rückgang nach dort besteht kaum Aussicht auf Heilung.«

Zur Genesung, so wird jetzt erneut festgestellt, bedarf es einer therapeutischen Behandlung und eines Umgebungswechsels.

Happy End mit Schönheitsfehler

Im Frühjahr 2002 entschließt sich die Stadt L., Herrn A. zu dulden, kann sich jedoch mit der eigentlich zuständigen Stadt auf dem Lande nicht über die Kostenübernahme

einigen. Die Verwandten schaffen es, ihn mit dem Allernötigsten zu versorgen, doch schließt die privat abgeschlossene Krankenversicherung die Übernahme von Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung aus. Eine Arbeitserlaubnis, die ihm ermöglichen würde, im Unternehmen seines Verwandten zu arbeiten und sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, wird jedoch nur erteilt, wenn per Attest bestätigt wird, dass diese notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sei.

Von Holland lernen: TVCN – Tolk en Vertaal Centrum Nederland

2.6

Gegründet wurde tvcn Mitte der 70er Jahre. Zuerst kümmerte sich der tvcn-Service um Übersetzungen in der Gesundheitspflege und auf dem Gebiet der Sozialeinrichtungen.

Die ungefähr 130 Angestellten von tvcn sitzen in drei verschiedenen Einrichtungen: Utrecht, Ende Gerichte und Hengelo. Das

Hauptbüro ist in Utrecht untergebracht. Gearbeitet wird mit einem festen Stamm selbständiger Übersetzer. Für die Hauptsprachen wie z.B. arabische Sprachen aus dem Maghreb und Türkisch gibt es auch festangestellte Dolmetscher und Übersetzer.

Angeboten wird ein telefonischer Dolmetscherdienst, dieser

kann vorbestellt werden, aber »das ist nicht notwendig. Auch wenn ad-hoc eine Dolmetscheraufgabe für eine gangbare Sprache entsteht, dann kann tvcn durchschnittlich innerhalb von zwei Minuten mit einem Telefoninterpreten verbinden.« (tvcn-Homepage).

Der persönliche Dolmetscherdienst kann ein einzelnes Gespräch sein, aber auch eine längere Sequenz oder ein therapeutisches Gespräch.

Schriftliche Übersetzungen können nicht nur für Personaldokumente sondern auch für Hefte, Zeitungsartikel, Vorbereitungen, Broschüren und Rundschreiben erstellt werden. Auf Antrag kann ein Revisor die Übersetzung überprüfen.

Angeboten werden 100 Sprachen von häufigen Sprachen bis zu seltenen Minderheitensprachen. tvcn wird durch öffentliche Mittel finanziert.

Eine wichtige argumentative Grundlage dabei ist auch das Antidiskriminierungsgesetz. Das Gesetz lässt sich derart auslegen, dass eine Diskriminierung vorliegt, wenn ohne Dolmetscher die Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen in Frage gestellt ist, denn Migranten ohne

ausreichende Sprachkenntnisse können sich im Krankheitsfall nicht ausreichend an Ärzte, Pflegepersonal und Berater wenden. Für Stadtbezirke, Provinzen im Falle von Rechtsschutzangelegenheiten, öffentliches Gesundheitswesen, Sozialangelegenheiten, Arbeitsverwaltung und weitere Einrichtungen steht der Dienst kostenlos zur Verfügung; andere Organisationen und Personen sind von der Subventionierung durch Bundesmittel ausgeschlossen. Diese können die Dienste gegen Bezahlung abrufen. Genauere Informationen dazu gibt ein Kundendienst:

Tel. (030) 291 35 25, E-Mail: klantenwijzer@tvcn.nl

Durch die Finanzierung unterscheidet sich das niederländische Modell zentral von regional vorhandenen Gemeindedolmetscherdiensten (wie dem ethno-medizinischen Zentrum in Hannover). Im öffentlichen Gesundheitswesen kann kostenlos auf Dolmetscher zurückgegriffen werden. Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt in dem Angebot des telefonischen Übersetzungsservices. Damit ist eine rasche und unmittelbare Verfügbarkeit auch bspw. in Notfällen gewährleistet.

Verhaltenscode Dolmetscher und Übersetzer

Sie haben nach einem Dolmetscher gefragt ...

Was können sie von einer TVCN-Übersetzung erwarten?

Wir, die Dolmetscher, die über TVCN vermittelt werden, wollen Ihnen in dieser Broschüre gerne ein Bild vermitteln, von dem, was Sie von unserem Dienst erwarten könnten. Dabei verfolgen wir den Verlauf eines Dolmetschergesprächs.

Der Anfang ...

Wenn Sie ein persönliches Dolmetschergespräch nachgefragt haben, sollen sich Dolmetscher und Klient zum abgesprochenen Zeitpunkt einfinden.

Von diesem Moment an, sind Sie derjenige, der die Gesprächsleitung hat. Es kann passieren, dass Dolmetscher und Klient auf Sie warten müssen und Sie die beiden im Gespräch im Warteraum antreffen: Dies ist dann lediglich ein »soziales Gespräch«. In nahen Kulturen ist es üblich, sich zu unterhalten, wenn man gemeinsam wartet.

Wir sprechen in diesen Wartezeiten nichts, was das Gespräch mit Ihnen betreffen könnte. Wir sprechen auch nicht mit Ihnen über den Kopf des Klienten hinweg.

Vorbereitung des Gesprächs:

Eine gute Vorbereitung ist die Hälfte der Arbeit.

Für den guten Verlauf eines Gesprächs ist es wichtig, dass Sie den Dolmetscher zu Beginn des Gesprächs über Ihre Vorgehensweise und Ihre Gesprächsmethode informieren, gerade, wenn es um die Weitergabe »schlechter Nachrichten« geht.

Es ist auch wichtig, dass Sie Ihre Arbeitsweise auf den Klienten ausrichten.

Z.B.: Wenn der Klient gern weit ausholt und Sie nur sehr wenig umschreiben, oder nur wenige kurze Fragen haben und nur kurze Antworten wollen, kann eine gute Vorbereitung Missverständnissen vorbeugen und verhindern, dass das Unverständnis des Klienten sich auf den Dolmetscher überträgt.

Unparteilichkeit

Wir sind ein unparteiliches Element in der Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren Klienten.

Die Unparteilichkeit bewahren wir sorgfältig. Wenn zu Beginn des Gesprächs deutlich wird, dass wir in irgendeiner Weise persönlich betroffen sind, was Ihren Klienten oder seine Angelegenheiten angeht, wer-

den wir das angeben und unseren gemeinsamen Termin beenden.

Dies geschieht beispielsweise wenn ...

- der Klient ein Verwandter, Bekannter oder Freund ist
- wir selbst oder unsere Nächsten betroffen sind
- wir in irgendeiner Weise in Abhängigkeit stehen zu einer der betroffenen Parteien
- andere Dinge unsere Unparteilichkeit in Frage stellen

Neutralität und Vollständigkeit

Sie haben einen Dolmetscher bestellt, um die Kommunikation zwischen sich und dem Klient zu vereinfachen/ermöglichen.

Wir übersetzen das, was gesagt wird, ohne zu beurteilen, ob das Gesagte interessant oder wahr ist. Dies liegt in der Verantwortlichkeit der Gesprächsleitung.

I + I = 3

Unsere Rolle ermöglicht das Zwiegespräch zwischen 3. Wir werden nicht parteilich sein für eine Seite. Wir übersetzen in der Ich-Form, was gesagt wurde.

Dies bedeutet nicht, dass wir verantwortlich sind für das Gesagte.

Consecutief übersetzen

Wir sind Gesprächsdolmetscher und übersetzen Gesagtes in Passagen.

Nur wenn Sie es ausdrücklich wünschen, übersetzen wir auch simultan. Dies kann z. B. in Gerichtsverhandlungen nötig sein, sonst eigentlich nicht.

Um die Vollständigkeit der Wiedergabe zu gewährleisten, müssen wir u.U. einen Sprecher unterbrechen, sofern dessen Passagen zu lang werden.

Es ist möglich, dass wir während des Gesprächs mitschreiben. Dies dient der Gedächtnisstütze. Die Aufzeichnungen werden nach dem Gespräch vernichtet. Es ist wichtig, dass der Klient darüber informiert ist.

Kulturspezifische Informationen

Dolmetscher sind nicht per Definition Spezialisten für Kulturen.

Sofern wir dazu in der Lage sind, können wir im Gespräch kulturspezifische Informationen geben, wenn dies für den positiven Verlauf des Gesprächs erforderlich ist. Es ist allerdings nicht unsere Aufgabe, Fragen zur Lebenssituation ihres Klienten in seinem Heimatland zu beantworten

Sprachegebrauch

Sprichwörter, Redensarten, Sprichwitz usw. lassen sich kaum wörtlich übersetzen. Dadurch würde der Inhalt des Gesagten eher undeutlich.

Wir umschreiben solche Äußerungen, um den Inhalt des Gesagten zu übertragen, dadurch kann die Übersetzung deutlich länger sein, als das Gesagte.

Grober Sprachgebrauch

Bei Verwendung von grobem Sprachgebrauch oder Dingen, die gegen unser Gewissen angehen, werden wir deutlich machen, dass es sich um groben Sprachgebrauch handelt. In der Übersetzung werden wir das umschreiben. Sobald wir persönlich beleidigt werden oder die Regeln des guten Anstandes überschritten werden, werden wir unsere Tätigkeit beenden

Geheimhaltung

Unsere Dienste unterliegen der Schweigepflicht.

Schriftliche Übersetzungen

➔ Übersetzungsabteilung des TVCN
Unter Umständen kann der Klient oder Sie während eines Dolmetschergesprächs eine mündliche

Zusammenfassung geben, die dann übersetzt wird.

Anmerkungen und Klagen

Falls sie nach Beendigung eines Gesprächs Anmerkungen haben, besprechen wir dies gerne.

In regelmäßigen Abständen wird der TVCN die Erfahrungen und die Kritik am Dolmetscherdienst abfragen.

Sollten Sie völlig unzufrieden gewesen sein und es war Ihnen nicht möglich, mit den Dolmetschern darüber zu sprechen

➔ richten sie ihre Klagen an den TVCN

Wenn sie mit einem bestimmten Dolmetscher nicht arbeiten wollen, können wir ihrem Wunsch entgegen kommen, sofern sie gute Gründe aufführen.

Telefonische Dolmetscher-Gespräche

➔ sind schwieriger ➔ non-verbale Kommunikation geht verloren

Optimale Bedingungen für »Telefon-Dolmetschung«:

■ Moderne Telefonanlage: Lautsprechtaste

■ Gute Verständlichkeit: ruhiges Sprechtempo, langsames Sprechen,

Vermeidung von Hintergrundgeräuschen (z. B. Papiergeraschel)

- Pausen machen in Gesprächen länger als 1 Stunde

Hohe Qualität

Dolmetscher haben Prüfungen abgelegt und sind sehr motiviert

- Regelmäßige Schulungen
- 90 % der Dolmetscher nehmen oder nahmen teil an Zertifizierungskursen des Justizministeriums

TVCN

Landesweites Servicezentrum bietet Übersetzung und Dolmetscherdienst

für das Gesundheitswesen, juristische Angelegenheiten, Asylverfahren, Sozialarbeit und das Bildungswesen. Das Angebot ist einfach zugängliche Kommunikationsunterstützung, um Ihre Arbeit mit nicht-niederländisch-sprachigen Menschen schneller, effektiver und besser werden zu lassen.

- Adresse:
Tolk- en Vertaalcentrum Nederland
Postbus 1565, 5602 BN Eindhoven
t (040) 219 70 50
f (040) 219 70 51
e vertaalafdeling@tvcn.nl
■ Homepage: www.tvcn.nl

2.7 Ausbildung zu Sprach- und Kulturmittlern für Flüchtlinge – ein neues Tätigkeitsfeld

Im Rahmen des Equal Projektes SPUK wird in einem Teilprojekt eine Qualifizierungsmaßnahme für Asylsuchende als Sprach- und KulturmittlerInnen für das Gesundheitswesen durchgeführt, die wir hier als Anregung zur Nachahmung vorstellen wollen und die einen Anstoß geben will für ein neues lohnenswertes Tätigkeitsfeld für Flüchtlinge.

Am 02.01.03 begannen 24 Teilnehmer (TN) das erste Modul der Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler, den 6-monatigen Sprachfachlehrgang mit dem thematischen Schwerpunkt »Deutsch in der Gesundheitsversorgung«. Die TN bildeten eine bunt gemischte Gruppe von 13 Männern und 11 Frauen aus 12 Nationen mit extrem heterogenen Voraussetzungen. Der jüngste Teilnehmer war

24, der älteste 48 Jahre alt. Ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland betrug von 8 Monaten bis zu ca. 10 Jahren. Ebenso variierte die berufliche Vorbildung vom LKW-Fahrer bis zum Universitätsdozenten, lediglich eine Person hatte als Krankenschwester Vorerfahrungen im Gesundheitsbereich. Auch hinsichtlich der Erfahrungen im Erlernen einer Fremdsprache gab es deutliche Unterschiede.

Nach den Deutsch-Vorkenntnissen wurden zwei Sprachfachlehrgänge mit unterschiedlichem Niveau eingerichtet, ein Anfängerkurs (13 TN) und ein Fortgeschrittenenkurs (11 TN). Der Unterricht fand täglich von Montag bis Freitag von 9:00 bis 13:00 Uhr statt. Abzüglich der Ferien vom 07.–21. April erhielten die TN insgesamt 452 Stunden Sprachunterricht, den zwei Lehrkräfte im Wechsel durchführten. Nach einem Vierteljahr übernahm zusätzlich eine Honorarkraft ein begrenztes Stundenkontingent.

Den Inhalt beider Kurse bildete eine Einführung in die deutsche Sprache mit Schwerpunkt im Gesundheitsbereich, einmal in grundlegender, einmal in vertiefter Form. Besonderer Wert gelegt wurde auf das Einüben einer korrekten Verwendung grammatischer

Regeln von der Deklination von Substantiven und Adjektiven, (Possessiv-) Pronomen, der Konjugation der Verben in allen Zeiten, der Verwendung von Aktiv und Passiv, Indikativ und Konjunktiv, dem Gebrauch verschiedener Präpositionen bis zum Erlernen der Satzstellung in Haupt- und verschiedenen Nebensätzen und Partizipialkonstruktionen. Vermittelt wurde weiterhin ein Basiswortschatz aus allen Alltagsbereichen und ein Fachwortschatz aus dem medizinischen Bedeutungsfeld einschließlich feststehender Redewendungen mit gesundheitlichem semantischem Gehalt. Ein besonderer Akzent lag auf der Schulung des Hörverständnisses und des eigenen Sprechens und dem Lesen/Verstehen von Texten. Das Unterrichtsmaterial bestand ausschließlich aus von den Lehrkräften selbst entworfenen grammatischen Übungen und Texten überwiegend mit Gesundheitsthematik, zugeschnitten auf das jeweilige Leistungsvermögen und die speziellen Bedürfnisse der Kurse. Verwendung fanden auch Zeitungsartikel aus der örtlichen Presse zu aktuellen Gesundheitsthemen (z. B. SARS, Drogen, spezielle Krankheitsbilder und vieles mehr).

Komplettiert wurde der tägliche



Künftige Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler im Unterricht

Unterricht im Mai durch drei Besuche in örtlichen Krankenhäusern, in denen die TN einen ersten Einblick in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens erhielten. Im zweiten Modul sollten dort Hospitationen angeschlossen werden.

Die Leistungsunterschiede innerhalb der beiden Kurse waren recht groß. Der Anfängerkurs lernte im Durchschnitt langsamer, mehr Wiederholungen als gedacht waren nötig, um das Gelernte zu verfestigen. Mit wachsenden Anforderungen war bei einigen eine gewisse Lernunlust nicht zu leug-

nen, dokumentiert etwa in einem Anstieg der Fehlstunden. Ein spezielles Problem im Fortgeschrittenenkurs bestand darin, dass die meisten TN durch ihre irgendwo erworbenen Vorkenntnisse sehr viele Fehler gelernt haben, die erst entsprechend »verlernt« werden mussten. Die Lernbereitschaft war hier aber insgesamt größer, Fehlzeiten und Verspätungen deutlich geringer.

Trotz dieser komplizierten Gruppenzusammensetzungen gab nur eine TN nach vier Wochen von sich aus auf, zwei TN schieden aus aufenthaltsrechtlichen Gründen aus. Abgesehen von einigen schwierigen (Motivations-)Phasen kamen die TN generell gern zu den Kursen. Bei einer Befragung Ende Mai äußerten 19 TN den Wunsch im Modul 2 weiterzumachen, 2 TN sagten definitiv »nein«. Am 30.06.03 endete das 1. Modul, und 21 TN erhielten ein Abschlusszertifikat.

14 TN (7 Frauen, 7 Männer) wurden für geeignet gehalten, ins 2. Modul zu wechseln, 8 TN kamen aus dem Fortgeschrittenenkurs, 6 aus dem Anfängerkurs. Da für das zweite Modul 15 Teilnehmer vorgesehen waren, musste ein neuer Teilnehmer gesucht werden. Zum Abschluss des ersten Moduls wur-

de ein Pressegespräch durchgeführt, an dem zwei TN von ihren Erfahrungen mit der Qualifizierung berichteten.

Planung der Unterrichtsphase zur Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler – Erstellung der Curricula der Unterrichtsphase

Besonders im Hinblick auf ihre Übersetzungskompetenz sollten die deutschen Sprachkenntnisse der TN im 2. Modul vertieft und vervollständigt werden. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf die Auseinandersetzung mit Informationen aus dem Gesundheitsbereich gelegt. Folgende Themengebiete sind Inhalt des Curriculums:

A *Einüben in die Tätigkeit als Kultur- und Sprachmittler*

- Vertiefung der Deutschkenntnisse (Grammatik / Wortschatz)
- Einführung und Training von Übersetzen in Rollenspielen
- Training von Selbstbeobachtung und genauem Zuhören
- Vermittlung kommunikationstheoretischer Grundlagen / Körpersprache
- Reflexion der Rolle des Übersetzers in verschiedenen settings (Abgrenzungsproblem, Neutralität)



Überreichung der Abschlusszertifikate

B *Anatomie und Krankheitslehre*

- Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers
- Chronische Krankheiten, Zivilisationskrankheiten, Infektionskrankheiten
- Suchterkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Trauma

C *Behandlungsmethoden*

- Unterschiedliche Therapiemaßnahmen
- Medikamente
- Psychotherapien
- Physiotherapie / Ergotherapie

D *Das deutsche Gesundheitssystem*

- Krankenversicherungssystem
- Einrichtungen der deutschen Gesundheitsversorgung
- Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Rehabilitations-einrichtungen

E *Rechtliche Grundlagen*

- Asyl- und Ausländerrecht
- Sozialrecht
- Datenschutz / Schweigepflicht

F *Gesundheitsbildung / Kulturelle Vergleiche*

- Gesundheit und Krankheit im Kulturellen Vergleich
- Erste Hilfe Kurs
- Schwangerschaft / Geburt
- Ernährung / Bewegung
- Alter / Tod

G *EDV*

- Einführung in das Betriebssystem Windows, Word
- Internet

Grundsätzlich sollte die Wissensvermittlung immer gekoppelt sein mit der Reflexion kulturell geprägter (Vor-)Erfahrungen und der Auseinandersetzung mit eigenen (Vor-)Urteilen, Wertmaßstäben und (Vor-)Annahmen. Das Curriculum war gleichzeitig offen für Ergänzungen nach Interessen der TN.

Einen weiteren wichtigen neuen Bereich stellt die Hospitation der TN in einem Krankenhaus dar. Folgende Zielsetzungen waren maßgeblich:

- Die Teilnehmer sollten
 - einen wichtigen Bereich des deutschen Gesundheitssystems kennen lernen.
 - Aufbau und Funktionsweise eines Krankenhauses beschreiben können
 - Arbeitsabläufe in einem Teilbereich des Krankenhauses kennen lernen
 - medizinische Fachvokabularkenntnisse erweitern
 - krankenhausspezifische Formulare kennen und übersetzen können
 - Einblick in den deutschen Berufsalltag gewinnen
 - Kontakt zu Patienten und Mitarbeitern aufbauen
 - Kenntnisse der deutschen Sprache anwenden und erweitern
 - das Projekt SPuK und seine Zielsetzungen erklären können
 - als Übersetzer aktiv werden

Durchführung der Qualifizierung zum Sprach- und Kulturmittler

Am 01.09.03 begann das zweite Modul der Qualifizierung für zunächst 14 TN. Gleich zu Beginn

schied ein Teilnehmer, der eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt gefunden hatte, aus. Für Ersatz konnte schon im September gesorgt werden. Ab November kam ein weiterer neuer TN hinzu, der sich ebenfalls schnell und problemlos in die Gruppe einfügte.

Wie bereits im ersten Modul wurde der theoretische Unterricht von Montag bis Freitag in der Zeit von 9:00 bis 13:00 Uhr erteilt. Der Vielfältigkeit der geplanten Unterrichtsthemen wegen wurde der verstärkte Einsatz von Fremddozenten notwendig. Um den TN das Neue des zweiten Moduls zu verdeutlichen, erhielten sie gleich in der zweiten Woche einen Kompaktkurs in Erster Hilfe, wie er auch für die Führerscheinprüfung erforderlich ist. Als Dozenten konnten bis Jahresende u. a. der Leiter der Krankenpflegeschule eines Krankenhauses für den Themenkomplex »Anatomie und Krankheitslehre«, ein Mitarbeiter des Sozialamtes Osnabrück für das Themengebiet »Sozialrecht« und der Leiter der Ausländerbehörde Osnabrück für das Thema »Asylrecht« gewonnen werden. Mit der Wahl dieser Dozenten wurde gleichzeitig eine größere Einbindung der Kooperationspartner in das Gesamtprojekt angestrebt.



Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler in Ausbildung »on tour«

Einen weiteren Schwerpunkt bildete der Unterricht in Sprach- und Kulturmittlung, weiterhin getragen von den bekannten Lehrkräften aus dem ersten Modul. Hier ging es neben der Wiederholung, Ergänzung und Vertiefung der Deutschkenntnisse zunächst um intensive Schulung des Hörverständnisses. Die Leistungskapazität der Gruppe, die sich überhaupt erst einmal finden musste, variierte anfangs beträchtlich. Dennoch bestätigten alle Dozenten dem Kurs eine hohe Motivation und Lernbereitschaft.

Ergänzt wurde der Unterricht ab Oktober 2003 durch einen Hospitationstag (4 Stunden) in der Woche. Als Kooperationspartner gewonnen werden konnten hier 5 Krankenhäuser in Osnabrück. Die TN hospitierten in unterschiedlichen Bereichen der jeweiligen Krankenhäuser und haben dort jeweils einen für sie zuständigen Ansprechpartner. Das Angebot einer intensiven Besprechung des Hospitationsalltags in der Reflexion am darauf folgenden Tag eröffnete die Möglichkeit einer intensiven Auseinandersetzung mit den Erlebnissen. Dass sich einzelne TN in der Hospitation erst zurechtfinden mussten, zeigte auch eine während der Reflexion durchgeführte schriftliche Befragung der TN. Das hier entstandene Stimmungsbild zeigte in der Benotung des theoretischen Unterrichts bis auf ein »befriedigend« nur die Noten »gut« und »sehr gut«, während der Hospitationstag von der Hälfte der TN mit »sehr gut« oder »gut bewertet wurde. Viermal gab es die Note »befriedigend« oder »ausreichend«, dreimal die Note »mangelhaft« und »ungenügend«. In Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern wur-

de bei den unterschiedlichen Schwierigkeiten nach individuellen Lösungen gesucht. Insgesamt hat sich die Kooperation als sehr gut erwiesen.

Ergänzend wurden für Interessierte weitere Sprachkurse angeboten, die zahlreich in Anspruch genommen wurden.

Im Juni 2004 startete das 3. Modul. Dank einer gelungenen Kooperation mit Stadt und Landkreis Osnabrück und der Agentur für Arbeit haben im 3. Modul 10 Teilnehmer eine einjährige Arbeitserlaubnis erhalten und entsprechende BSHG-Stellen bewilligt bekommen. Durch diesen Erfolg und das Engagement der Beteiligten vor Ort kann das letzte Modul intensiv genutzt werden, die TN weiterzuqualifizieren, die Sprach- und Kulturmittlung zu etablieren und eine zukünftige Organisationsform, die für möglichst viele der TN eine Einkommensmöglichkeit eröffnet, zu entwickeln.

*Kontakt: DiCV Osnabrück,
Equal-Projekt SPuK,
TP Qualifizierungsmaßnahme
Annette Listl,
Johannisstraße 91, 49074 Osnabrück,
info@spuke.info*

Krankheit als Abschiebungshindernis

3.1

Bleiberecht für kranke Flüchtlinge? Ausländerrechtliche Aspekte

3.1.1

Der folgende Text geht zurück auf einen Vortrag von Dr. Heiner Hofmann (zu der Zeit Fachanwalt für Verwaltungsrecht, jetzt Professor an der Hochschule in Bielefeld) bei einer Tagung des AWO-Bezirksverbandes in Stade am 30. Mai 2001, abgedruckt in Flüchtlingsrat Ausgabe 7/8 2001, Oktober 2001. Ergänzt wurde der Vortrag durch Stellungnahmen des Kölner Rechtsanwaltes Wolfgang Schild, in seiner Ausarbeitung »Chancen und Grenzen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren« und um aktuelle Entwicklungen (Rechtssprechungsbeispiele, Verfahrensregelungen, Erlasse).

Zunächst soll Begriffsklarheit versucht werden: Was ist ein Abschiebungshindernis?

Als »Merkposten« ist wichtig, dass Ausländer, deren Abschiebung ansteht, bereits kein Aufenthaltsrecht in Deutschland mehr haben, d.h. ein Gericht oder eine

Behörde hat »unanfechtbar« / rechtskräftig festgestellt, dass die betroffene Person ausgewiesen und zur Ausreise verpflichtet ist. Diese Ausreisepflicht muss vollziehbar und ihre freiwillige Erfüllung darf nicht gesichert sein.

Bei der Frage nach einem »Abschiebungshindernis« geht es immer nur darum, ob die örtlich zuständige Ausländerbehörde bei einem unanfechtbar ausreisepflichtigen Ausländer vorübergehend darauf verzichtet, ihn zwangsweise in seinen Heimatstaat zurückzuführen.

Ein solcher Verzicht kann darauf beruhen, dass die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist oder aus bestimmten humanitären Gründen nicht durchgesetzt werden soll. Während dieser Zeit hat der betroffene Ausländer einen Anspruch darauf, eine schriftliche Duldung ausgestellt zu erhalten. Die Ausreisepflicht bleibt jedoch

Artikel 16 a GG

(1) Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.

(2) Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, wer aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder aus einem anderen Drittstaat einreist, in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist. Die Staaten außerhalb der europäischen Gemeinschaften, auf die die Voraussetzungen des Satzes 1 zutreffen, werden durch Gesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, bestimmt. In den Fällen des Satzes 1 können aufenthaltsbeendende Maßnahmen unabhängig von einem hiergegen eingelegten Rechtsbehelf vollzogen werden.

(3) Durch Gesetz, das der Zustimmung des Bundesrates bedarf, können Staaten bestimmt werden, bei denen auf Grund der Rechtslage, der Rechtsanwendung und der allgemeinen politischen Verhältnisse gewährleistet erscheint, dass dort weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet. Es wird vermutet, dass ein Ausländer aus einem solchen Staat nicht verfolgt wird, solange er nicht Tatsachen vorträgt, die die Annahme begründen, dass er entgegen dieser Vermutung politisch verfolgt wird.

bestehen. Der geduldete Aufenthalt gilt juristisch als »nicht legaler«, d.h. nicht genehmigter Aufenthalt. Grundsätzlich ergibt sich daher nicht die Möglichkeit, ein längerfristiges »gesichertes«/ legales Aufenthaltsrecht noch zu erhalten.

Die *Duldung* ist befristet. Sie soll nicht länger als ein Jahr erteilt werden. Die Ausländerbehörde kann jeden Zeitraum zwischen einem Tag und einem Jahr wählen. Regelmäßig werden Duldungen für drei bis sechs Monate erteilt. Gesetzlich vorgeschrieben ist dies nicht, entspricht aber üblicher Verwaltungspraxis beinahe aller Ausländerbehörden in Deutschland.

Ein *tatsächliches Abschiebungshindernis* ist beispielsweise gegeben, wenn der Flughafen des Heimatstaates nicht erreichbar ist (militärische Auseinandersetzungen o. ä.) oder die Verkehrsverbindungen allgemein unterbrochen sind, wenn kein Pass oder andere Identitätspapiere vorliegen oder wenn wegen Reiseunfähigkeit (z.B. 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt) die Durchführung der Abschiebung unmöglich ist.

Aus *Rechtsgründen ausgeschlossen* ist die Abschiebung, wenn eines der Abschiebungsverbote oder Abschiebungshindernisse gemäß

§§ 51, 52, 53 Abs. 1, 2 oder 4 AuslG vorliegt oder eine Abschiebungssperre während eines Auslieferungsverfahrens besteht (§ 53 Abs. 3 S. 1 AuslG).¹⁰

Wenn beispielsweise durch ein verwaltungsgerichtliches Urteil rechtskräftig im Rahmen des Asylverfahrens entschieden wurde, dass die Abschiebung zulässig ist, darf eine Duldung nur erteilt werden, wenn die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist oder aufgrund einer bestimmten Erlassregelung, für die die Innenministerien der jeweiligen Bundesländer zuständig sind, ausgesetzt werden soll (§ 55 Abs. 4 AuslG).¹¹

Krankheit kann ein Abschiebungshindernis sein

Bei der Frage, ob Krankheit ein Abschiebungshindernis ist, geht es in der Regel darum, ob eine bereits in Deutschland bestehende Erkrankung eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat wegen der dort unzureichenden

¹⁰ bzw. nach dem zum 1.1.2005 in Kraft tretenden Aufenthaltsgesetz dann § 60

¹¹ Im neuen Aufenthaltsgesetz gibt es für innenministerielle Regelungen den § 60 a, außerdem wird unter besonderen Umständen ein weiterer Aufenthalt aus Härtegründen zugelassen (vgl. Abschnitt 3.1.2)

Die folgenden Kästen enthalten die relevanten Paragraphen des bis Ende 2004 gültigen Ausländergesetzes (AuslG)

§ 51 AuslG

Verbot der Abschiebung politisch Verfolgter

(1) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem sein Leben oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht ist.

(2) Die Voraussetzung des Absatzes 1 liegen vor bei

- Asylberechtigten und
- sonstigen Ausländern, die im Bundesgebiet die Rechtsstellung ausländischer Flüchtlinge genießen oder die außerhalb des Bundesgebietes als ausländische Flüchtlinge im Sinne des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge anerkannt sind.

Behandlungsmöglichkeiten sich verschlimmert und zu einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben (im Sinne von § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG) führt. Für die Prüfung dieser sogenannten »zielstaatsbezogenen Abschiebehindernisse« ist das Bundesamt zuständig (nicht die lokale Ausländerbehörde).

Nach der Rechtssprechung des Bundesverwaltungsgerichts kann

§ 53 AuslG

Abschiebungshindernisse

(1) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem für diesen Ausländer die konkrete Gefahr besteht, der Folter unterworfen zu werden.

(2) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, wenn dieser Staat den Ausländer wegen einer Straftat sucht und die Gefahr der Todesstrafe besteht. In diesen Fällen finden die Vorschriften über die Auslieferung entsprechende Anwendung.

(3) [...]

(4) Ein Ausländer darf nicht abgeschoben werden, soweit sich aus der Anwendung der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (BGBl. 1952 II S. 686) ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist.

(5) [...]

(6) Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat kann abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Gefahren in diesem Staat, denen die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, werden bei Entscheidungen nach § 54 berücksichtigt.

die Gefahr, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlimmert, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, **ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG** darstellen (vgl. Urteil vom 21.09.1999 – NVwZ 2000, Heft 2, Seite 206 ff – mit weiteren Nachweisen). Erheblich ist die Gefahr, wenn sich der Gesundheitszustand aufgrund des rückführungsbedingten Abbruchs einer notwendigen (auch in Anspruch genommenen) medizinischen Behandlung wegen einer unzureichenden oder nicht zugänglichen Behandlungsmöglichkeit im Heimatland wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde.

Bei der Prüfung ist die Sperrwirkung des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG zu berücksichtigen, wonach Gefahren, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, im Zielstaat allgemein ausgesetzt ist, wie z. B. ein allgemein schlechteres Niveau des Gesundheitssystems als in Deutschland, allein bei einer Entscheidung der Obersten Landesbehörde nach § 54 AuslG über einen generellen Abschiebestopp berücksichtigt werden dürfen. Diese Sperrwirkung bei allgemeinen,

also nicht allein individuellen, personenbezogenen Gesundheitsgefahren¹² besteht nach der Rechtsprechung nur dann ausnahmsweise nicht, wenn wegen fehlender Entscheidung nach § 54 AuslG durch die Oberste Landesbehörde die vorgesehene Abschiebung den betroffenen Ausländer in eine extreme Gefahrenlage bringen würde. Als extrem ist eine Gefahrenlage dann zu beschreiben, wenn eine Abschiebung in diesem Einzelfall bedeuten würde, den Ausländer in der konkret gegebenen Situation einer notwendigen und auch in Anspruch genommenen Behandlung der Erkrankung in Deutschland zu entziehen und ihn im Heimatland wegen der Verhältnisse dort mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit einem Risiko von Tod oder schwersten Verletzungen bzw. schwersten Beeinträchtigungen seiner körperlichen Unversehrtheit auszusetzen. Dem sind schwerste psychische Beeinträchtigungen gleichzustellen. Die Prüfung von Risiken für den Einzelnen kann sich damit nur auf individuell kon-

12 z.B. hohe Säuglingssterblichkeit, Malaria-risiko, Mangelversorgung im Alter, nicht aber individuelle Erkrankung wie etwa PTBS, für einige Länder wird auch Aids als landestypische Gefahr angenommen vgl. Kap. 3.3)

§ 54 AuslG

Aussetzung von Abschiebungen

Die oberste Landesbehörde kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein oder in bestimmte Staaten für die Dauer von längstens sechs Monaten ausgesetzt wird. Zur Wahrung der Bundeseinheitlichkeit bedarf die Anordnung des Einvernehmens mit dem Bundesministerium des Innern, wenn die Abschiebung länger als sechs Monate ausgesetzt werden soll.

krete Gefahren beziehen. (vgl. Kap. 3.3)

Konkret ist eine erhebliche Gefahr, wenn der Ausländer alsbald¹³ nach der Rückkehr in diese Lage gerate, weil er auf die unzureichenden Möglichkeiten zur Behandlung seines Leidens im Heimatland verwiesen sei und keine wirksame Hilfe dort in Anspruch

13 Anm. d. Red.: Das Bundesamt und auch die Rechtssprechung gehen i. d. R. davon aus, dass dies innerhalb von 2 Jahren sein muss. Daher gehen Ausländerbehörden dazu über, für den Zeitraum von 2 Jahren fragwürdige Behandlungsgarantien im Herkunftsland zu übernehmen.

§55 Abs. 4 AuslG

Die oberste Landesbehörde kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik anordnen, das die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein oder in bestimmten Staaten für die Dauer von längstens sechs Monaten ausgesetzt wird. Zur Wahrung der Bundeseinheitlichkeit bedarf die Anordnung des Einvernehmens mit dem Bundesministerium

nehmen könne (BverwG 25.II.1997 – 9 c 58/96 – und 29.07.1999 – 9 c 2/99 –). Diese Gefahr kann in einer drohenden Verschlimmerung einer Krankheit wegen ihrer unzureichenden medizinischen Behandlungsmöglichkeit im Zielstaat angenommen werden. Die Verschlimmerung muss »wesentlich« oder »lebensbedrohlich« sein und »alsbald« eintreten (BVerwG, Urteil vom 25.II.1997).

Fehlende finanzielle Leistungsfähigkeit bei objektiv bestehender Behandlungsmöglichkeit im Heimatstaat begründet nach Auffassung einiger Verwaltungsgerichte kein Abschiebungshindernis. Formuliert wird, es sei Aufgabe des je-

weiligen Staates, dafür zu sorgen, dass seine Staatsangehörigen die für sie notwendige und mögliche medizinische Versorgung auch dann erhalten, wenn sie nur über ein geringes oder gar kein Einkommen verfügen. Diese sozialpolitische Aufgabe könne nicht über die Annahme eines Abschiebungshindernisses auf die Bundesrepublik Deutschland »abgewälzt« werden (z.B. VG Augsburg – Urteil vom 25.02.1999 – AU 7 K 98.30453).

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 29. Oktober 2002 jedoch entschieden, dass eine krankheitsbedingte zielstaatsbezogene Gefahr im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG sich im Einzelfall auch daraus ergeben kann, dass der erkrankte Ausländer eine an sich im Zielstaat verfügbare medizinische Behandlung individuell aus finanziellen oder sonstigen Umständen **tatsächlich nicht erlangen kann** (hier: wegen fehlender Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung und fehlender Betreuung durch Bezugspersonen oder Betreuungseinrichtungen bei hebephrener Psychose) (BVerwG 1 c 1.02).

Traumatisierung als Abschiebehindernis

In der Rechtsprechung der Obergerichtsverwaltungsgerichte wird eine ärztlich attestierte posttraumatische Belastungsstörung als Abschiebungshindernis im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG seit längerer Zeit anerkannt (vgl. OVG NRW – Beschluss vom 12.04.99 – 17 B 2232/98; OVG Niedersachsen – Beschluss vom 22.01.99 – 13 M 246/99 und Beschluss vom 27.07.99 – II M 2854/99 und Beschluss vom 28.03.00 – 12 L 4205/97; OVG Saarland – Beschluss vom 20.09.99 – 9 Q 286/98.A und Urteil vom 25.03.98 – R 275/95).

Ferner hat beispielsweise das OVG Niedersachsen im Beschluss vom 28.03.2000 (der eine Frau aus dem Kosovo betraf, die dort vergewaltigt worden war) den Rechtsgrundsatz aufgestellt, dass dann, wenn sich eine bestehende Krankheit (hier Traumatisierung aufgrund einer Vergewaltigung) in dem Heimatstaat lebensbedrohend verschlimmern würde, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend seien, Abschiebungsschutz gemäß § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG zu gewähren sei.

Außerdem kann es durch die Rückkehr in eine Umgebung, in

der die traumatische Erfahrung stattgefunden hat, zur Retraumatisierung mit einer Aktualisierung des erlittenen Traumas und damit einhergehenden schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zur Gefahr des Suizids kommen. Diese Gefahr droht insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass der Flüchtling in eine Umgebung zurückkehren muss, in der erneut gewalttätige Übergriffe drohen.

Vereinzelte ist in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte daher ein Anspruch auf therapeutische Behandlung in sicherer Umgebung herausgearbeitet worden, weil eine traumatisierte Person vor weiterer Traumatisierung durch Rückkehr in die Umgebung, in der die traumatische Erfahrung stattgefunden hat, ausländerrechtlich geschützt werden müsse (vgl. OVG Berlin – Beschluss vom 27.06.99 – OVG 8 s 23,98 und VG Neustadt – Urteil vom 06.12.99 – II K 1618/NW).

Das behördliche Ermessen sei in einem derartigen Fall auf Null reduziert, wenn psychotherapeutische Gutachten ergäben, dass eine Rückkehr in das Herkunftsland die nach wie vor bestehende posttraumatische Störung akut verstärken und insbesondere zu Angstanfällen und Depressivität führen würde.

Allerdings gibt es in der neueren Rechtssprechung auch andere Bescheide und Urteile.

Der Doktor der Jurisprudenz, und nicht etwa der Psychiatrie, van Krieken schrieb in Informationsbrief Ausländerrecht 11/12 2000: »Ganz wichtig ist, zu erkennen, wie dies Experten der Psychosozialogie seit längerer Zeit bereits tun, dass meist posttraumatische Störungen im Herkunftsland die größten Heilungschancen haben (Europa leidet hin und wieder an einem gewissen Maß Megalomanie¹⁴)«. Leider erwähnt er nicht, auf welche Experten er sich dabei bezieht.

Auf van Krieken bezieht sich jedoch das Bundesamt gerne in Bescheiden, in denen es dann u. a. heißt: »Eine eventuell erforderliche Therapie des Antragstellers in Sri Lanka hätte darüber hinaus den Vorteil, dass sie in seiner Muttersprache stattfinden könnte. In diesem Zusammenhang sollte nicht unerwähnt bleiben, dass u. a. auch die Ansicht vertreten wird, dass posttraumatische Belastungsstörungen meist im Herkunftsland die größten Heilungschancen haben.

14 Anm.d.Red: van Krieken erklärt das selbst in einer Fußnote: »am europäischen Wesen soll die Welt genesen«

(vgl. van Krieken InfAuslR2000, S. 518, 520)«

Das OVG in Hamburg vertritt die gleiche Auffassung und schreibt z. B. in einem Urteil vom 02.04.2003:

»Die Erwägung der Antragsgegnerin, die Krankheit des Antragstellers könne auch in seinem Heimatland behandelt werden, erscheint sachgerecht. Es ist nicht ersichtlich, dass die ihm in Serbien / Montenegro gebotene medizinische Behandlung qualitativ schlechter wäre, als sie im Bundesgebiet ist. Selbst wenn sich dies aber so verhalten sollte, wäre dies kein Grund, die Abschiebung für unzulässig zu erklären, so lange dort ärztliche Bemühungen stattfinden, die den Namen Therapie verdienen. [...]

Soweit die Antragsteller ausführen, der Antragsteller dürfe nicht dorthin gebracht werden, wo sich seine Peiniger befänden, ist dem entgegenzuhalten, dass die Antragsteller nicht gezwungen sind, sich gerade nach Novi Pazar zu begeben. Es ist nicht zu erkennen, dass seine posttraumatische Belastungsstörung es dem Antragsteller unmöglich machen würde, sich überhaupt an irgendeinem beliebigen Ort in Serbien / Montenegro niederzulassen [...].

Sofern der Antragsteller durch den Vorgang der Abschiebung retraumatisiert werden sollte, wird dies den Heilungsprozess verzögern aber letztlich nicht in Frage stellen.

Dabei unterstellt das Gericht schon, dass er infolge seiner Krankheit nicht in der Lage sein könnte, die Notwendigkeit der Rückkehr in sein Heimatland einzusehen und sich mit seiner Abschiebung abzufinden, und deshalb der Anwendung körperlichen Zwanges seitens der Vollzugsbeamten ausgesetzt sein könnte [...]« (aus OVG Hamburg vom 02.04. 2003).

Das VG Kassel meint sogar, dass auch in Deutschland keine vernünftige Behandlung stattfinden könne und daher auch die Nichtbehandelbarkeit im Herkunftsland nicht zu berücksichtigen sei. Das Urteil wird im Einzelentscheiderbrief des Bundesamtes vom November 2003 zitiert (AZ des Urteils: 6 E 166/02 A): »In einer Vielzahl von Verfahren wird das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vorgetragen, die in der Türkei nicht hinreichend behandelt werden könne. Von der fehlenden Behandlungsmöglichkeit ist damit eine ganze Personengruppe betroffen.«

Ein individuelles Abschiebungshindernis könne ohne politische Leitentscheidung nach § 54 AuslG wegen der Sperrwirkung von § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG nicht gewährt werden. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Betroffene durch die Rückkehr dem sicheren Tod oder vergleichbaren schweren Verletzungen ausgeliefert würde. Die in einer ärztlichen Stellungnahme des Behandlungszentrums für Folteropfer diagnostizierte Suizidalität könne im Rahmen einer psychiatrischen Akutbehandlung in der Türkei behandelt werden. Eine Gesprächsbehandlung in Deutschland könne der Betroffene aufgrund seiner mangelnden deutschen Sprachkenntnisse und des Fehlens muttersprachlicher Therapeuten, die wohl auch nicht zu bezahlen seien, kaum finden. Eine langfristig angelegte Psychotherapie werde aufgrund der Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht zu finanzieren sein, da dieses nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände vorsehe. Nach den ärztlichen Stellungnahmen sei für die Genesung ein gesichertes Aufenthaltsrecht bedeutsam. Dieses könne der Kranke aber mit der gesetzlich vorgeschriebenen Dreimonatsduldung über § 53 Abs. 6 Satz 1 nicht erlan-

gen. Selbst mit der Zuerkennung eines Abschiebehindernisses seien damit die Voraussetzungen für eine erforderliche Therapie nicht zu schaffen. **Falls Therapiemöglichkeiten in der Türkei nicht vorhanden seien, ergebe sich daraus gegenüber der geschilderten Konstellation keine günstigere Situation.**

Demgegenüber meint das OVG Rheinland Pfalz am 23.09.2003:

»Eine solche erhebliche konkrete Gefahr für Leib und Leben besteht im Fall des Klägers wegen der festzustellenden seelischen Erkrankung einer posttraumatischen Belastungsstörung und der Folgen, die sich im Iran nach einer Abschiebung für ihn ergeben würden. Nach den Erkenntnissen von Sachverständigengutachten, die in die mündliche Verhandlung eingeführt worden sind, handelt es sich bei der PTBS um einen anerkannten Krankheitsbegriff [...]. Bei einer mittleren oder schweren PTBS werden als Langzeitfolgen allgemein beschrieben die Gefahren einer Chronifizierung einer schweren Persönlichkeitsstörung. Es kommt zu flash backs, d.h. immer wiederkehrenden Bildern des Erlebten, Alpträumen, körperlichem Erleben der traumatischen Ereignisse, Panikattacken, einer phobischen

Vermeidung angstauslösender Stimuli z.B. von Orten die an das Geschehen erinnern, Trancezuständen als Schutzmechanismus, dissoziativen Zuständen, d.h. Erleben von unrealen Zuständen, dem Gefühl im Bewusstsein gespalten zu sein, sich selbst von außen zu beobachten, als Person auseinander zu fallen, einem sozialen Rückzug, psychosomatischen Beschwerden aller Art, Angstzuständen, Depressionen, einer erhöhten Suizidrate, der Gefahr eines Substanzmissbrauches als Selbstmedikation, auch in Form von Drogen und Alkohol zur Betäubung, pathologischen Trauerreaktionen. Die Chronifizierung dieses Leidens stellt damit eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und Leben dar. [...] Daraus ergibt sich als sog. C-Kriterium¹⁵ das bewusste Vermeiden von Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen können. Das Kernproblem der Traumatisierung ist die erlebte Hilflosigkeit. Es ist in internationalen Studien übereinstimmend anerkannt, dass medikamentöse Behandlung nur mit zusätzlicher Psychotherapie langfristig erfolgreich sein kann und eine solche Therapie nur unter

15 Anm.d.Red.: Zur Diagnostik von PTBS siehe auch Kapitel 3.2.1

gleichsam geschützten Bedingungen, d.h. ohne die Gefahr des Wiederaufkeimens der Befürchtungen möglich sein kann. Es ist offenkundig, dass gerade die Abschiebung in den Verfolgerstaat einer solchen Zielsetzung diametral zuwider läuft [...].«

Letztlich ist nicht zu übersehen, dass die Frage, ob Traumatisierung als Abschiebungshindernis akzeptiert wird, auch und gerade vom »guten Willen« der handelnden Sachbearbeiter bei den Ausländerbehörden oder der in Rechtschutzverfahren entscheidenden Verwaltungsrichter abhängt. Wie diese »Entscheidungssträger« sich verhalten, hängt wiederum nicht zuletzt davon ab, welchen Informationsstand sowohl zur medizinischen Diagnostik und Therapie, als auch zu den Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsstaat sie haben. Hieraus folgt, dass es sich jedenfalls lohnt, argumentativ »zu kämpfen«. Bloße Gefälligkeitsatteste ohne klare Diagnostik und Therapievorschläge, die auch eine zeitliche Dimension der Behandlung benennen, sind dabei selten hilfreich. Hingewiesen sei auf die »Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen« zur Begutachtung von Migranten nach § 53 Abs. 6 AuslG (vgl. Kap. 5.4).

Gemäß der niedersächsischen Erlasslage (Erlass des Nds. Innenministeriums vom 31.01.2002) ist dann, wenn die Ausländerbehörde, das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge oder ein Verwaltungsgericht das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses nach § 53 AuslG festgestellt haben, auf der Grundlage des § 30 Abs. 3 AuslG eine Aufenthaltsbefugnis zu erteilen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und innerhalb der nächsten sechs Monate voraussichtlich nicht von einem Wegfall des Abschiebungshindernisses ausgegangen werden kann.

Allerdings ist nach diesem Erlass weitere Voraussetzung, dass der betroffene Ausländer einen gültigen Pass besitzt oder wenigstens »zumutbare Bemühungen« unternimmt, um einen Pass zu beschaffen.

Außerdem müssen nachhaltige Bemühungen um die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nachgewiesen werden oder es muss eine Erwerbsunfähigkeit vorliegen oder kleine Kinder machen eine Erwerbsaufnahme derzeit nicht möglich.

Dann ist die Aufenthaltsbefugnis auch zu erteilen, wenn der Lebensunterhalt nicht durch eigene

Mittel gesichert ist, da ein festgestelltes Abschiebungsverbot als besonderer Umstand angesehen werden kann, der ein Abweichen vom Regelversagungsgrund des § 7 Abs. 2 Nr. 2 AuslG rechtfertigt.

Inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis

Doch auch im Falle einer Ablehnung des Schutzbedürfnisses durch Bundesamt und Verwaltungsgericht darf die Ausländerbehörde nicht ohne Prüfung des Einzelfalles eine Abschiebung einleiten, wenn ihr Sachverhalte bekannt gegeben werden, die einer Abschiebung entgegenstehen können.

Wirken sich eine Ausreise bzw. die Vollstreckungsmaßnahme »Abschiebung« unmittelbar auf das Leben oder die Gesundheit eines Ausreisepflichtigen aus, stellen das Ausreiseverlangen bzw. die Abschiebung belastende hoheitliche Maßnahmen dar, die das Grundrecht des Pflichtigen aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG¹⁶ auf Leben und körperliche Unversehrtheit tangieren. In solchen Fällen kann eine Ausreise nur dann verlangt bzw. die Ausreisepflicht mittels Ab-

schiebung nur dann durchgesetzt werden, wenn dies nicht gegen das Grundgesetz verstößt oder anders ausgedrückt: wenn dies nicht durch Art. 2 Abs. 2 S. 1 des Grundgesetzes untersagt ist.

Dies wird bisher mit dem Begriff »Reiseunfähigkeit« umschrieben. Das heißt: »Eine Abschiebung hat zu unterbleiben, wenn eine beachtliche Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Vollzugsmaßnahme »Abschiebung« dergestalt auswirkt, dass sich der Gesundheitszustand des Pflichtigen wesentlich (oder gar lebensbedrohlich) verschlechtert (also zu einem Gesundheitsschaden führt oder einen vorhandenen Gesundheitsschaden weiter verfestigt)« (vgl. VGH Ba-Wü., Beschluss vom 07.05.2001 II S. 389/01). Das gleiche gilt für die Zumutbarkeit der freiwilligen Ausreise.

»Reiseunfähigkeit« ist demnach, so Rechtsanwalt Schild, »kein tatsächliches Abschiebehindernis (etwa i. S. e. Transportfähigkeit) sondern ein Abschiebungshindernis, das sich aus einem aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz resultierenden Abschiebungsverbot ergibt – also ein rechtliches Abschiebehindernis. Reiseunfähigkeit ist schließlich nicht zwingend ein vorübergehendes Abschiebehindernis

¹⁶ Anm. d. Red.: GG Artikel 2, Absatz 2, Satz 1 »Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit«



Foto aus IPPNW: »Zuwendung hilft heilen. Für ein Bleiberecht traumatisierter Flüchtlinge«

(oder Ausreisehindernis). Die Dauer des Bestandes dieses Hindernisses hängt vielmehr ausschließlich von der gesundheitlichen Konstitution eines Pflichtigen ab. Ist nicht abzusehen, wann die gesundheitliche Konstitution eines Pflichtigen eine Abschiebung oder freiwillige Ausreise zulässt, liegt ein dauerhaftes Abschiebungs/ Ausreisehindernis vor. In Anlehnung an Ziff. 30.3.7. der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Ausländergesetz kann davon ausgegangen werden, dass, wenn nicht feststeht, dass die Abschiebung/ Ausreise binnen 6 Monaten erfolgen kann, ein Abschiebungs/ Ausreisehindernis von unabsehbarer Dauer vorliegt. In diesen Fällen ist

es sachwidrig, einen Betroffenen ausschließlich auf eine bloße Duldung zu beschränken.

Wird durch ärztliche oder psychologische Gutachten bestätigt, dass eine der vorgenannten Gefahren droht, liegt ein Abschiebungshindernis vor, welches nicht nur fakultativ ist gem. § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG und damit eine (positive) Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde ermöglicht.«

3.1.2 Verfahrensregeln in Niedersachsen

Im Folgenden zitieren wir aus den derzeit für niedersächsische Ausländerbehörden gültigen Verfahrensregeln des Innenministeriums in Niedersachsen:

»Verfahren zur Feststellung zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse bzw. inlandsbezogener Vollstreckungshindernisse bei geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

I. Zuständigkeit der Ausländerbehörden

1. In allen Fällen, in denen die rückzuführende Person zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse geltend macht, ist das Bundesamt für die Entscheidung, ob ein solches Abschiebungshindernis vorliegt, zuständig. (Ausnahme u. a. bestimmte Altfallkonstellationen) und nicht die lokale Ausländerbehörde.

Hat das Bundesamt bereits einmal das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses nach § 53 AuslG verneint, kann auch ein jetzt neu vorgetragenes Abschiebungshindernis, das durchaus auf völlig andere Gründe gestützt sein kann als der alte Vortrag, ausschließlich gegenüber dem Bundesamt geltend gemacht werden, und zwar entweder im Rahmen ei-

nes Asylfolgeantrages oder aber als isolierter Antrag auf Wiederaufgreifen des Verfahrens zu § 53 AuslG.

2. Für die Prüfung, ob ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis nach § 55 Abs. 2 AuslG vorliegt, sind in allen Fällen die Ausländerbehörden zuständig.

II. Definition und Erläuterungen

Die mit dem Vollzug der Abschiebung betrauten Stellen sind auch von Amts wegen zur Beachtung solcher tatsächlicher Abschiebungshindernisse in jedem Stadium der Durchführung der Abschiebung verpflichtet und haben ggf. durch ein vorübergehendes Absehen von der Abschiebung oder durch eine entsprechende tatsächliche Gestaltung der Abschiebung die notwendigen Vorkehrungen zu treffen.

1. Krankheitsbedingte zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse

Ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis kann nur vorliegen bei Gefahren, die der rückzuführenden Person nach der Abschiebung in einem anderen Staat drohen. Liegt ein Abschiebungshindernis nach den Absätzen 1, 2 oder 4 des § 53 AuslG nicht vor und ist lediglich zu prüfen,

ob die Abschiebung nach § 53 Abs. 6 AuslG ausgesetzt werden kann, gilt Folgendes:

Nach der Rechtssprechung des Bundesverwaltungsgerichts kann die Gefahr, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlimmert, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, ein Abschiebungshindernis, nach § 53 Abs. 6 Abs. 1 AuslG darstellen (vgl. Urteil vom 21.09.1999 – NVwZ 2000, Heft 2, Seite 206 ff – mit weiteren Nachweisen). Erheblich ist die Gefahr, wenn sich der Gesundheitszustand aufgrund des rückführungsbedingten Abbruchs einer notwendigen (auch in Anspruch genommenen) medizinischen Behandlung wegen einer unzureichenden oder nicht zugänglichen Behandlungsmöglichkeit im Heimatland wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde.

Bei der Prüfung ist die Sperrwirkung des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG zu berücksichtigen, wonach Gefahren wie z. B. ein allgemein schlechteres Niveau des Gesundheitssystems als in Deutschland, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, im Zielstaat allgemein ausgesetzt ist, allein bei einer Entscheidung der Obersten Landesbehörde nach § 54 AuslG

über einen generellen Abschiebestopp berücksichtigt werden dürfen. Diese Sperrwirkung bei allgemeinen, also nicht allein individuellen, personenbezogenen Gesundheitsfragen (z. B. hohe Säuglingssterblichkeit, Malariaisiko, nicht aber individuelle Erkrankung wie etwa PTBS) besteht, nach der Rechtssprechung nur dann ausnahmsweise nicht, wenn wegen fehlender Entscheidung nach § 54 AuslG durch die Oberste Landesbehörde die vorgesehene Abschiebung den betroffenen Ausländer in eine extreme Gefahrenlage bringen würde. Als extrem ist eine Gefahrenlage dann zu beschreiben, wenn eine Abschiebung in diesem Einzelfall bedeuten würde, den Ausländer in der konkret gegebenen Situation einer notwendigen und auch in Anspruch genommenen Behandlung der Erkrankung in Deutschland zu entziehen und ihm im Heimatland wegen der Verhältnisse dort mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit einem Risiko von Tod oder schwersten Verletzungen auszusetzen. Die Prüfung von Risiken für den Einzelnen kann sich damit auf individuell konkrete Gefahren beziehen.

Erforderlich für die Bejahung eines Schutzbedürfnisses ist, dass die Betroffenen alsbald nach der Rückkehr in das Heimatland wegen der dortigen unzureichenden Möglich-

keiten die zur Vermeidung einer wesentlichen oder sogar lebensbedrohlichen Verschlimmerung notwendige Behandlung ihres Leidens nicht erfahren und auch anderswo keine wirksame Hilfe in Anspruch nehmen können. Erst wenn diese Umstände glaubhaft und nachvollziehbar dargelegt sind und einer Überprüfung standhalten, kann eine konkrete Gefahr angenommen werden. Eine Verantwortlichkeit des Aufnahmestaates für eine lebenslange medizinische Versorgung und eine Schutzpflicht vor den im Zielstaat bestehenden allgemeinen Lebensrisiken bestehen nach der Rechtssprechung nicht.

2. Reiseunfähigkeit infolge Krankheit, schwerer Depression und Suizidgefahr als Inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis

Nach ständiger Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. zuletzt Beschluss vom 16.04.2002 – InfAsylR 9/2002, S.415 ff) ist die vorläufige Reiseunfähigkeit oder Suizidalität eines zur Ausreise verpflichteten früheren Asylbewerbers asylrechtlich und auch als »zielstaatsbezogenes« Abschiebungshindernis irrelevant. Es ist Sache der für die Aufenthaltsbeendigung zuständigen Behörden, erhebliche Gesundheitsgefährdungen angemessen zu berücksichtigen, die durch den Vollzug der Rückführung

selbst konkret drohen. Die mit dem Vollzug der Abschiebung betrauten Stellen sind auch von Amts wegen zur Beachtung solcher tatsächlicher Abschiebungshindernisse in jedem Stadium der Durchführung der Abschiebung verpflichtet und haben ggf. durch ein vorübergehendes Absehen von der Abschiebung oder durch eine entsprechende tatsächliche Gestaltung der Abschiebung die notwendigen Vorkehrungen zu treffen.

Diese verfassungsrechtlich begründete Pflicht ist aber auf den eigentlichen Vorgang der Abschiebung beschränkt und kann allenfalls Vorkehrungen erfordern, die den Übergang in eine ärztliche Versorgung im Zielstaat ermöglichen, nicht aber solche, die auf eine dauernde ärztliche Versorgung im Zielstaat gerichtet sind. Erscheint letztere mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit nicht als gewährleistet, ist dies allein bei der Prüfung eines zielstaatsbezogenen – Abschiebungshindernisses nach §53 Abs.6 Satz I AuslG zu berücksichtigen (Beschluss des VGH Baden-Württemberg vom 02.05.2000 – InfAuslR 10/2000, S.435 ff).

Regelmäßig ist ohne konkrete Anhaltspunkte, die Bedenken überhaupt rechtfertigen könnten, von einer Reisetauglichkeit auszugehen. Schlüssig vorgetragene oder bekannte Indizien für eine mögliche Reiseunfähig-

keit sind zu prüfen und zu bewerten. Ist ein der Rückführung entgegenstehender Vortrag zum Gesundheitszustand zumindest beachtlich, wird zur Überprüfung regelmäßig eine ergänzende ärztliche Stellungnahme notwendig sein, wenn das beigebrachte ärztliche Zeugnis nicht bereits die Reiseunfähigkeit mit allen notwendigen Begründungen nachvollziehbar und ohne jeden Zweifel belegt.

Zweifel sind insbesondere dann gerechtfertigt, wenn Reiseunfähigkeit erst im Stadium der Abschiebung geltend gemacht wird. In diesem Zusammenhang ist gleichzeitig stets die Frage zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen trotz der bestehenden Erkrankung die Möglichkeit besteht, durch geeignete Maßnahmen die vorgesehene (Flug-) Reise ohne erhebliche Gesundheitsgefährdung durchzuführen.

In diesem Zusammenhang muss einem gerade unter Ärzten weit verbreiteten Missverständnis entgegengetreten werden:

Der Deutsche Ärztetag hat 1999 eine Entschließung verabschiedet, in der es heißt: »Ausstellung einer ›Reisefähigkeitsbescheinigung‹ unter Missachtung fachärztlicher festgestellter Abschiebehindernisse wie z. B. Traumatisierungen ist mit den in den ärztlichen Berufsordnungen verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar«. Dr.

Gierlichs schreibt dazu im Sonderheft des Fördervereins Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V. »Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge«:

»... bei evtl. traumatisierten Personen wird oft nicht danach gefragt, ob Hilfe zur Gesundung nötig ist, sondern es wird Hilfestellung bei der Abschiebung verlangt. So wurde früher häufig nach ›Suizidalität‹ gefragt. Dies bedeutete, Stellung zu der Frage nehmen, ob während des erzwungenen Transportes die Gefahr der Selbsttötung bestehen könnte und wie groß das Risiko sei. Da viele Ärzte trotz des oben beschriebenen Druckes nicht bereit waren, dieses Risiko bei den so offensichtlich verzweifelten zu begutachtenden Menschen auszuschließen, wurde die Fragestellung in ›Reisefähigkeit‹ geändert, ein völlig sinnloser Auftrag in einer Zeit, in der selbst Intensivpatienten mit Flugzeugen transportiert werden können. Tatsächlich wiederholt diese ›Fragestellung‹ den alten Auftrag, zu klären, ob die abzuschiebende Person ohne größeres Risiko ›Ärger‹ zu bekommen, in ihr Ursprungsland transportiert werden kann. Sie interessiert sich nicht für das Wohl des Flüchtlings.«

Derartige Aussagen zeigen, dass der Unterschied zwischen zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen und Vollstreckungshindernissen, wie das Ausländergesetz sie vorgibt,

nicht verstanden worden ist. Wenn ein anerkanntes Abschiebungshindernis im Sinne des § 53 AuslG vorliegt, findet eine Abschiebung nicht statt. Nur dann, wenn die vorgetragenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unterhalb der Schwelle liegen, jenseits derer ein Abschiebungshindernis anerkannt wird, kommt eine Abschiebung überhaupt in Betracht. In diesem Fall allerdings kann es entsprechend der dargestellten ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur noch darauf ankommen, die Abschiebung so zu gestalten, dass sie nicht zu gesundheitlichen Gefährdungen oder Beeinträchtigungen führt. Ist dies nicht möglich – und die Ausführungen des Arztes belegen, dass es sich hier nur um absolute Ausnahmefälle handeln kann –, muss eine Duldung nach § 55 Abs. 2 AuslG erteilt werden. Die vom Bundesgrenzschutz regelmäßig verlangte (Flug)Reisetauglichkeitsbescheinigung sollte nach dem Muster in Anlage 7 erstellt werden.

3. Geltendmachung sowohl zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse als auch inlandbezogener Vollstreckungshindernisse

Häufig werden sowohl zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse, für die das Bundesamt für die Anerken-

nung ausländischer Flüchtlinge gem. § 42 i. V. m. § 24 Abs. 2 AsylVfG zuständig ist, als auch inlandbezogene Vollstreckungshindernisse geltend gemacht, oder aber die Ausländerbehörde hat beide Vorbringen zu prüfen, wenn ein Asylverfahren nicht durchgeführt worden ist.

Zu prüfen ist dann zunächst, ob ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis vorliegt. Ist für diese Prüfung das Bundesamt zuständig, hat die Ausländerbehörde insoweit auf dessen Zuständigkeit zu verweisen und im konkreten Fall eine Frist zu setzen, bis zu deren Ablauf ein entsprechender Antrag beim Bundesamt zu stellen ist. Macht der Ausländer von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch, ist die Ausländerbehörde an die bereits getroffenen Feststellungen des Bundesamtes und ggf. der Verwaltungsgerichte an das Nichtvorliegen eines Abschiebungshindernisses nach § 53 AuslG gebunden. Ihre Prüfung beschränkt sich in diesem Falle auf das Vorliegen eines Vollstreckungshindernisses.

Wird ein Antrag beim Bundesamt gestellt, entscheidet die Ausländerbehörde über das Vorliegen eines inlandbezogenen Vollstreckungshindernisses nur dann bereits vor der Entscheidung des Bundesamtes, wenn das Abschiebungshindernis nicht im Rahmen eines Asylfolgean-

trages geltend gemacht wird, sondern lediglich im Rahmen eines isolierten Wiederaufgreifensantrages zu der Entscheidung des Bundesamtes nach § 53 AuslG, der ohne entsprechende Anordnung nach § 123 VwGO nicht zur Aussetzung der Abschiebung führt. Auch in diesem Falle wird es sich jedoch regelmäßig empfehlen, vor einer Prüfung von Vollstreckungshindernissen und Terminierung der Rückführung mit dem Bundesamt Kontakt aufzunehmen, zu klären, wann mit einer Entscheidung über das Vorliegen eines zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses zu rechnen ist, und diese Entscheidung abzuwarten, obwohl hierfür keine Rechtspflicht besteht. Die Wahrscheinlichkeit ist aber groß, dass andernfalls ein Verwaltungsgericht vorläufigen Rechtsschutz bis zur Entscheidung des Bundesamtes gewähren würde.

III. Bewertung und Überprüfung vorgelegter ärztlicher Atteste und Stellungnahmen

Nach § 67 Abs. 1 AuslG entscheidet die Ausländerbehörde über das Vorliegen der in § 53 bezeichneten Abschiebungshindernisse auf der Grundlage der ihr vorliegenden und im Bundesgebiet zugänglichen Erkenntnisse und, soweit es im Einzelfall erforderlich ist, der den Behör-

den des Bundes außerhalb des Bundesgebietes zugänglichen Erkenntnisse. Nach § 70 Abs. 1 AuslG obliegt es dem Ausländer, seine Belange und für ihn günstige Umstände, soweit sie nicht offenkundig oder bekannt sind, unter Angabe nachprüfbarer Umstände unverzüglich geltend zu machen und die erforderlichen Nachweise, die er erbringen kann, unverzüglich beizubringen. Die Ausländerbehörde kann ihm dafür eine angemessene Frist setzen. Nach Ablauf der Frist geltend gemachte Umstände und beigebrachte Nachweise können unberücksichtigt bleiben; der Ausländer soll auf seine Verpflichtungen und die Folgen einer Fristversäumnis hingewiesen werden.

Die in § 70 Abs. 3 AuslG festgelegte Verpflichtung bzw. eröffnete Möglichkeit, in bestimmten Fällen Umstände, die einer Abschiebung entgegen stehen könnten, unberücksichtigt zu lassen, kann bei der verfassungskonformer Auslegung für Fälle schwerster Gesundheitsgefährdung bis hin zur Lebensgefahr keine Anwendung finden.

Es obliegt aber den Betroffenen, durch ein ärztliches Attest oder eine ärztliche Stellungnahme des behandelnden Arztes die bestehenden Erkrankungen, die ein Abschiebungshindernis oder ein Vollstreckungshin-

dernis darstellen könnten, zur Überzeugung der Ausländerbehörde zu belegen.

Welche Anforderungen an derartige Bescheinigungen zu stellen sind, ergibt sich zunächst aus der Art der geltend gemachten Erkrankung:

Akute körperliche Erkrankungen wie z. B. eine Infektionskrankheit bei Kindern, eine kurz bevorstehende Operation oder Zustand nach einer durchgeführten Operation können ohne weiteren Aufwand durch ein Attest des behandelnden Arztes bescheinigt werden und bedürfen in der Regel keiner weiteren Überprüfung, solange mit ihnen lediglich ein vorübergehendes Vollstreckungshindernis geltend gemacht wird.

Atteste und Stellungnahme zu psychischen Erkrankungen (PTBS, Depressionen und Suizidgefahr) sollen vielfach sowohl Reiseunfähigkeit als Vollstreckungshindernis als auch ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis belegen. Häufig handelt es sich dabei um Fälle, in denen – auch und gerade bei Geltendmachung einer PTBS – diese Umstände erstmals kurz vor einer bevorstehenden Abschiebung vorgetragen werden, nachdem bereits ein oder mehrere Asylverfahren erfolglos durchlaufen worden sind.

Es ist aus psychologischer Sicht nicht ausgeschlossen, dass ein Aus-

länder erst unter dem Druck einer aktuell bevorstehenden Abschiebung in der Lage ist, über seine Traumatisierung und die zugrunde liegenden Umstände zu sprechen.

Obliegt die Überprüfung des Vorbringens dem Bundesamt, wird dort ein durch Schulungen sensibilisierter Einzelentscheider im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung auch die Frage zu klären versuchen, warum die Traumatisierung in den Vorverfahren nicht vorgetragen wurde und ob ein Zusammenhang mit der bisherigen Verfolgungsgeschichte besteht. Insoweit ist für die Entscheidungserheblichkeit solcher ärztlicher Atteste oder Stellungnahmen deren inhaltliche Nachvollziehbarkeit für den Einzelentscheider, also eine Glaubwürdigkeitsprüfung, von wesentlicher Bedeutung. Sodann wird zu prüfen sein, ob im Falle der Rückführung ins Herkunftsland die Gefahr einer wesentlichen oder lebensbedrohlichen Gesundheitsbeeinträchtigung besteht, wobei das Bundesamt hierbei eine Abgrenzung zum allein durch den Abschiebevorgang verursachten Vollstreckungshindernis vornehmen muss.

Weiter wird geprüft, ob die attestierte Erkrankung wirklich vorliegt und welche konkreten wesentlichen oder lebensbedrohlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (z. B. Retrau-

omatisierung) im Falle der Rückkehr drohen.

Dabei sind die Anforderungen an Atteste und Stellungnahmen gegenüber den Qualitätsstandards für Gutachten eingeschränkt; die unter Nr.3.3 meines Rd.Erl. vom 15.12.2000 – Nds. MBI. S.267 verlangten Mindestanforderungen müssen erfüllt sein. Darüber hinaus sollten auch weitere sachdienliche Fragen, ggf. im Rahmen einer ergänzenden Äußerung gestellt und beantwortet werden.

Nur wenn durch die ergänzende Stellungnahme eine ausreichende Sachverhaltsaufklärung nicht erreicht werden konnte (wobei Voraussetzung ist, dass Aussagen zu psychischen Erkrankungen von einem Facharzt/Psychotherapeuten gemacht worden sind), ist eine Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter zu veranlassen.

Als Gutachter kommen in der Regel nur approbierte Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Rechtspsychologen und forensische Psychiater in Betracht, wenn sie Kenntnisse in Psychotraumatologie, Gutachtenerstellung sowie in der asylrechtlichen und interkulturellen Problematik besitzen.

Der Gutachtauftrag enthält zur Klarstellung gegenüber dem Gutach-

ter die Definition des gewünschten Gutachtens in Abgrenzung zu anderen ärztlichen oder fachpsychologischen Äußerungen. Gutachter und behandelnder Arzt oder Psychologe dürfen nicht identisch sein. Der Betroffene muss sein Einverständnis zu der Begutachtung erklären.

Soweit es im Wesentlichen um die Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch traumatisierter Personen geht, kann dies nach Auffassung von Dr. Haenel (s. o.) am besten mit den Methoden der forensischen Aussagepsychologie geprüft werden. Die Erstellung derartiger aussagepsychologischer Gutachten liege jedoch außerhalb des Kompetenzbereichs eines Facharztes oder klinischen, psychotherapeutisch ausgerichteten Psychologen, wie auch ein in aussagepsychologischen Gutachten versierter forensischer Psychologe nicht in der Lage sei, klinische Gutachten zu erstellen. Darüber hinaus seien auch die Untersuchungsmethoden grundverschieden, so dass nicht beide Untersuchungen zugleich durchgeführt werden könnten.

Bei der Auswahl entsprechend qualifizierter Gutachter kann bislang noch keine Hilfe angeboten werden. Bestrebungen, dies künftig möglich zu machen, laufen, sind aber wegen der relativ geringen Zahl geeigneter

und zur Mitarbeit bereiter Fachleute skeptisch zu beurteilen. Von besonderer Wichtigkeit für eine qualifizierte Diagnose und Begutachtung ist die problemlose Verständigung zwischen Arzt und Patient. Die Dolmetschertätigkeit durch Bekannte oder Familienangehörige ist keine geeignete Lösung, da sie hinsichtlich der Schweigepflicht, bestimmter ethischer Fragen und auch hinsichtlich der Qualität der Übersetzung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist.

In Niedersachsen ist vor neun Jahren in Hannover, finanziert durch die niedersächsische Ausländerbeauftragte, ein öffentlicher medizinischer Dolmetscherservice entwickelt worden. Der Dolmetscherdienst des ethnomedizinischen Zentrums e. V. Hannover deckt mit über 200 Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein Spektrum von über 50 Sprachen ab. Der Dolmetscherdienst richtet sich an die Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitsdienste, besonders an Kliniken im Großraum Hannover. Ein Aufruf in der Servicestelle genügt, um einen qualifizierten Dolmetscher zu erhalten. Es ist lediglich notwendig, mitzuteilen, wann der Dolmetscher benötigt wird, welche Sprache und welches Geschlecht gewünscht ist und ob spezielle thematische Kenntnisse hilfreich sind.

Den Einrichtungen wird eine verlässliche Kostenregelung bereit gestellt. Die stationären psychiatrischen Einrichtungen zählen bereits zu den regelmäßigen Benutzern dieses Dolmetscherdienstes. Schwierigkeiten, in Niedersachsen professionelle Dolmetscher in medizinischen Fragen zu bekommen, dürften daher nicht bestehen.

Soweit der Ausländerbehörde die Überprüfung eines geltend gemachten zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses obliegt, ist das dargestellte Verfahren beim Bundesamt entsprechend anzuwenden.

IV. Weiteres Vorgehen nach Abschluss der Überprüfung

Hat die Überprüfung zu dem Ergebnis geführt, dass ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG vorliegt, ist – bei Anerkennung des Abschiebungshindernisses durch das Bundesamt oder ein Verwaltungsgericht – die Abschiebung in den betreffenden Staat kraft Gesetzes für die Dauer von drei Monaten ausgesetzt.

Nach Ablauf dieses Zeitraums – in den Fällen, in denen die Ausländerbehörde selbst das Abschiebungshindernis anerkannt hat, bereits unmittelbar nach der Anerkennung – entscheidet die Ausländerbehörde über die Erteilung einer

Duldung nach Ablauf der drei Monate sowie nach Maßgabe der Nr. 3 meines Runderlasses vom 21.01.2002 – Nds. MBl. S. 95 ff. – über die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis für den betroffenen Ausländer selbst sowie seinen Ehegatten oder Lebenspartner und seine minderjährigen ledigen Kinder.

Bei der Entscheidung ist zu berücksichtigen, dass die Anerkennung eines Abschiebungshindernisses aus gesundheitlichen Gründen noch kein Daueraufenthaltsrecht begründet. Zum einen kann die erforderliche medizinische Behandlung dazu führen, dass die Krankheitssymptome soweit abklingen, dass eine Rückführung vertretbar ist, zum anderen können sich die Umstände im Herkunftsstaat so verändern, dass eine Rückführung ohne die zunächst befürchteten Gesundheitsgefährdungen möglich wird. Bei der Verlängerung der Aufenthaltsbefugnis ist daher stets § 34 Abs. 2 AuslG zu beachten. In den Fällen, in denen das Abschiebungshindernis vom Bundesamt oder von einem Verwaltungsgericht anerkannt worden ist, ist daher vor einer Verlängerung der Befugnis stets das Bundesamt zu beteiligen.

So lange das Abschiebungshindernis fortbesteht, werden die Ehe- oder Lebenspartner sowie die minderjährigen Kinder der Betroffenen

bereits gem. Art. 6 GG/Art. 8 EMRK in der Regel zumindest zu dulden sein. Die Erteilung der Aufenthaltsbefugnis für sie steht im Ermessen der Ausländerbehörde, wobei eine Aufenthaltsbefugnis jedenfalls (so weit keine sonstigen Regelversagungsgründe vorliegen), dann zugesichert werden sollte, wenn dies Voraussetzung für die Aufnahme einer konkret angebotenen Erwerbstätigkeit ist.

Der Aufenthalt von Kindern kann nur für die Dauer ihrer Minderjährigkeit geduldet bzw. ihnen kann nur für die Dauer der Minderjährigkeit eine Aufenthaltsbefugnis erteilt werden.

Wenn es nicht gelingt, bis zum Erreichen der Volljährigkeit die Voraussetzungen für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 35 AuslG zu schaffen, kann der weitere Aufenthalt volljährig gewordener Kinder nur bei rechtzeitiger Antragsstellung auf die Grundlage des § 30 Abs. 2 AuslG ermöglicht werden. Bei der Beurteilung, ob das Verlassen des Bundesgebietes im Einzelfall eine außergewöhnliche Härte bedeuten würde, sind die Kriterien des § 16 AuslG heranzuziehen.

Liegt ein Abschiebungshindernis nach § 53 AuslG nicht vor, ist anhand der vorgelegten ärztlichen Atteste und ggf. ergänzenden Stellungnah-

men lediglich zu beurteilen, ob ein krankheitsbedingtes Hindernis der Durchführung der Abschiebung als solcher entgegensteht. Wie unter II.1 bereits dargestellt, kann es sich hierbei nur um absolute Ausnahmefälle handeln, in denen eine derart schwere Depression mit akuter Suizidgefahr besteht, dass die Aufenthaltsbeendigung hinausgeschoben werden muss, bis sich der gesundheitliche Zustand stabilisiert hat.

Das OVG Mecklenburg-Vorpommern hat mit Beschluss vom 26.01.1998 – InfAulG 7/8 98, S. 343 ff – aus Anlass des Erlasses einer einstweiligen Anordnung zugunsten einer schwer depressiven und suizidalen rumänischen Staatsangehörigen dazu ausgeführt, dass diese einstweilige Anordnung gerade nicht besage, dass die Betroffene sich darauf einrichten könne, auf Dauer in Deutschland bleiben zu können. Sie solle lediglich einer gegenwärtigen Notlage, die das Gericht als glaubhaft ansah, Rechnung tragen.

In diesem Einzelfall war auch über den Aufenthalt des Ehemannes und der beiden volljährigen Kinder zu entscheiden. Dazu hat das Gericht klargestellt, dass entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts weder aus den in Art. 6 Abs. 1 und 2 GG verbürgten Grundrechten von Ehepartnern und Famili-

enmitgliedern noch aus der darin enthaltenen Institutsgarantie bei einem Ausländer, der im Bundesgebiet lebt, ein Anspruch seiner Angehörigen auf Nachzug oder Aufenthalt im Bundesgebiet hergeleitet werden kann.

Das gelte erst recht, wenn niemand aus der ausländischen Familie ein Aufenthaltsrecht habe, sondern lediglich bei einer Person aus der Familie trotz bestehender Ausreisepflicht ausnahmsweise von der Abschiebung abgesehen wird. Dennoch seien die zuständigen Behörden und Gerichte verpflichtet, bei der Entscheidung über ein Aufenthaltsbegehren die bestehenden ehelichen und familiären Bindungen an im Bundesgebiet lebende Personen in einer Weise zu berücksichtigen, die der großen Bedeutung entspreche, welche das Grundgesetz dem Schutz von Ehe und Familie beimesse.

Jedenfalls in einer Lage, wie sie in dem zu entscheidenden Einzelfall durch die psychische Krankheit der Ehefrau und Mutter gegeben sei, müssen aber der Umstand, dass Ehe und Familie eine Beistandsgemeinschaft bilden, in der die Mitglieder sich gegenseitig stützen, in die Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an der konsequenten Durchsetzung von Ausreisepflichten mit einbezogen werden.

Da nach der Einschätzung des Arztes allein die Familie der Ehefrau und Mutter einen Rest von Halt gebe, respektiere das Gericht für den Augenblick diesen Zusammenhalt der Familie mit der Folge, dass ihre sämtlichen Mitglieder vorläufig nicht abgeschoben werden dürften. Allerdings solle diese Entscheidung den Weg für die notwendige Einsicht öffnen, dass eine Rückkehr in den Herkunftsstaat nicht zu vermeiden sei. Die Familie müsse sich mit dieser Tatsache auseinandersetzen und ins Auge fassen, die Familieneinheit nur im Ausland bewahren zu können. Die Ausreisepflicht aller Familienangehöriger sei auf Durchsetzung angelegt. Auch wenn es ihren Mitgliedern schwer falle, sei es wünschenswert, dass die Familie einnehmlich zu der Einsicht gelange, dass eine baldige Ausreise aller sie weniger belastete als die Gefahr, getrennt zu werden. Dies erfordere das Bemühen, bei allen Verständnis dafür zu wecken, dass jeder von ihnen das Schicksal der Rückkehr ertragen müsse. Die Gelegenheit dazu werde ihnen durch den ergangenen Beschluss eingeräumt, der ihnen – allerdings nur für eine kurze Zeit – Sicherheit gebe.

Sollte künftig noch eine Erneuerung der Duldung der Ehefrau erforderlich sein, könnten die volljährigen Kinder keinesfalls, der Ehemann je-

denfalls nicht automatisch ebenfalls mit einer Erneuerung der Duldung rechnen.

Diese Überlegungen sollten bei der Prüfung der Aussetzung von Abschiebungen aus Krankheitsgründen auch hinsichtlich der engen Familienangehörigen berücksichtigt werden.

Zunehmend wird bei der Durchführung von Abschiebungen trotz bestehender Depression oder Suizidgefahr zum Problem, dass Ärzte sich zunehmend weigern, die nach den Bestimmungen der Best.-Rück Luft bei begleiteten Abschiebungen erforderliche Flugtauglichkeitsbescheinigung auszustellen.

Bereits deshalb, um hier Erpressungsversuchen durch einen für den Fall der Ankündigung oder Durchführung der Abschiebung auch nur eines Familienangehörigen angekündigten Suizid zu begegnen, muss hier durch geeignete Maßnahmen konsequent sichergestellt werden, dass eine derartige Drohung nicht in die Tat umgesetzt werden kann. In einem solchen Fall darf daher die Abschiebung, die stets nur begleitet und ggf. mit ärztlicher Unterstützung erfolgen darf, nicht vorher angekündigt werden.

Für die ärztliche Bescheinigung der Reisefähigkeit ist, sofern der behandelnde Arzt nicht zur Ausstellung einer Bescheinigung der Reisefähig-

keit bereits ist, der Amtsarzt um die Beantwortung der Fragen aus dem in Anlage 7 beigelegten Vordruck zur Flugreisetauglichkeit zu bitten.

Anzustreben ist, dass die Best.-Rück Luft dahingehend geändert wird, dass bei vorgetragenen psychischen Erkrankungen, die nicht zur Anerkennung eines Abschiebungshindernisses nach § 53 Abs. 6 AuslG geführt haben, im Falle der Rückführung mit ärztlicher Begleitung auf die Bescheinigung der Reisefähigkeit verzichtet wird.

Haunschild

Referat 45 im Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport Hannover, 07.03.2003«

Zu diesem Papier nimmt Dr. Gierlichs,¹⁷ der in dem Schreiben auch persönlich erwähnt wird, in einem Schreiben Stellung:

»Zum Papier des Innenministeriums Niedersachsen Referat 45 vom 07.03.03 ›Verfahren zur Feststellung zielstaatsbezogener Abschiebehindernisse bzw. inlandsbezogener Vollstreckungshindernisse bei geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen«

Es handelt sich hierbei um ein älteres Papier, das durch verschiedene Umstände inzwischen nicht mehr aktuell sein dürfte.

Die Problematik der Untersuchungen vor der Abschiebung kann nur im Gesamtzusammenhang des Asylverfahrens betrachtet werden. Diese Untersuchungen wurden nach Zwischen- und Todesfällen während der Abschiebemaßnahme auf Betreiben des BGS eingeführt, um durch die Abschiebung selbst ausgelöste Gesundheitsgefahren zu erkennen. Sie erhielten verschiedene Bezeichnungen, zuletzt Flugreisetauglichkeitsuntersuchung.

¹⁷ Dr. Hans Wolfgang Gierlichs ist Arzt für Inneres und Psychotherapeutische Medizin sowie Psychoanalytiker und arbeitet mit in der Projektgruppe »Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen«

Sie erscheinen zunächst als Vorsorgemaßnahme bei insgesamt gesunden Personen durchaus sinnvoll, um einige wenige akute Störungen wie z. B. akute Mittelohrentzündungen, Thrombosen etc. auszuschließen, die die Flugreisetauglichkeit einschränken würden. Allerdings leiden gerade Flüchtlinge sehr selten an Erkrankungen, die zu Flugreisetauglichkeitseinschränkungen führen. Auch können heute selbst Intensivpatienten in Flugzeugen transportiert werden.

Die Einschränkung der Untersuchungen auf Flugreisetauglichkeit geht davon aus, dass alle Flüchtlinge, die abgeschoben werden sollen, zuvor im Asylverfahren ausreichend auf Gesundheitsstörungen untersucht wurden und daher nur noch abschließend sicherheitshalber auf eine gezielte Fragestellung eingeschränkt untersucht werden müssen.

Diese Voraussetzung trifft nur eingeschränkt zu.

Eine wichtige Flüchtlingsgruppe wird im Asylverfahren systematisch unzureichend erkannt. Es handelt sich um psychisch traumatisierte Menschen, die aufgrund ihrer traumabedingten Symptome, ihrer Gedächtnis- und Mitteilungsstörungen sowie kulturbedingter Tabus bei den Anhörungen im

Asylverfahren oft nicht auffallen, obwohl sie schwer krank sind.

Bei dieser Gruppe werden aufgrund des Ablaufs des Asylverfahrens schwerwiegende Störungen übersehen. Diese Personen gelten bis zur Abschiebung häufig als gesund.

Diese Gruppe macht nach internationalen wissenschaftlichen Untersuchungen 20–50% der Flüchtlinge aus. Trotz dieser enorm hohen zu erwartenden Zahl an erkrankten Personen enthält das Asylverfahren keine wirksamen Erkennungsmethoden für sie.

Das Verfahren setzt eine normale Mitteilungs- und Gedächtnisfähigkeit voraus und fordert beispielsweise eine frühe vollständige Darlegung der Verfolgungsgeschichte.

Ihm fehlt eine frühe routinemäßige ärztlich-psychologische Untersuchung.

Diese Verfahrensfehler führen dazu, dass traumatisierte Flüchtlinge nicht erkannt werden.

Sie melden sich aus vielen verschiedenen Gründen erst spät im Verfahren (Gierlichs 2003), oft erst kurz vor oder bei der Abschiebung.

Aus diesem Grund kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass alle abzuschiebenden Flüchtlinge ausreichend untersucht und gesund sind.

Es ist aus fachlicher Sicht zunächst notwendig, vor der Abschiebung eine gründlichere Untersuchung vorzusehen, die psychisch traumatisierte Personen erkennt. Dies wäre allerdings aus medizinisch-psychologischer Sicht immer noch eine Späterkennungsmaßnahme bzw. Sekundärprävention, die teuer und wenig wirksam wäre.

Im Sinne einer vernünftigen Primärprävention ist eine frühzeitige Untersuchung zu fordern.

Ein solcher Untersuchungsfilter wäre möglich und wirksam, weil ausgebildete Fachleute psychoreaktive Traumafolgen mit ausreichender Sicherheit erkennen und von vorgetäuschten Bildern unterscheiden können.

Traumatisierte Personen sollten danach frühzeitig eine längeres Bleiberecht erhalten. **Das Gefühl von Sicherheit, Anerkennung erlittenen Leides und Unterstützung führt bei ihnen zu einer erheblichen Stabilisierung. Es ist das wirksamste Heilmittel für sie.** Dies würde zu einer frühzeitigeren Aktivierung, einer früheren Arbeitsaufnahme etc. führen und neben dem humanitären Aspekt auch erhebliche Kosten sparen. Da Deutschland auf Einwanderer angewiesen ist und viele politisch verfolgte und traumatisierte Personen starke Per-

sönlichkeiten aufweisen, wäre diese Regelung auch im Interesse Deutschlands. Deutsche Erfahrungen mit diesem Vorgehen z. B. bei politischen Flüchtlingen aus Chile sind positiv.

Das jetzige System lässt traumatisierte Flüchtlinge verelenden. Sie erholen sich kurzzeitig in der Hoffnung auf Schutz. Nach der Ablehnung ihres Asylantrags nehmen ihre Beschwerden zu, sie chronifizieren. Die aktiveren versuchen, in ein anderes Land auszuwandern. Auf diese Weise entsteht ein Kollektiv aus chronisch kranken, leidenden und oft zerstörten Menschen, die Sozialhilfefälle darstellen und kaum noch integriert werden können.

Zusammenfassend geht das Papier irrtümlich davon aus, dass vom Bundesamt alle vorliegenden Abschiebungshindernisse nach § 53.6 erkannt werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass einer international wissenschaftlich anerkannten Zahl von 20 bis 50 Prozent Traumatisierungen bei Flüchtlingen eine Anerkennungsquote von unter drei Prozent entgegensteht. Dies spricht dafür, dass das vom Bundesamt angewandte Verfahren insuffizient ist, zunächst durch eine abschließende gründlichere Untersuchung in seiner Fehlerhaftigkeit abgemildert und längerfristig grundlegend geändert werden muss. *Dr. Gierlichs*«

Hoffnung durch das neue Zuwanderungsgesetz?

3.1.3

Das neue Zuwanderungsgesetz, das zum 01.01.2005 in Kraft treten soll, ersetzt das Ausländergesetz durch ein Aufenthaltsgesetz. Die im vorangegangenen beschriebenen einschlägigen Abschiebehindernisse nach § 53 werden zukünftig im § 60, Absatz 7 geregelt. Dabei ist erfreulicherweise eine »Kann-Bestimmung« zu einer »Soll-Bestimmung« verändert worden: Nunmehr soll von einer Abschiebung abgesehen werden, wenn für den Betroffenen »eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht«. Ob es dadurch zu verbindlicheren Entscheidungen kommt, ist abzuwarten. Es bleibt dabei, dass »allgemeine Gefahren« in Sonderregelungen durch die Innenminister gefasst werden sollen. Neu ist, dass es die Möglichkeit gibt, aus »dringenden humanitären oder persönlichen Gründen« (§ 25 Abs. 4) eine vorübergehende Aufenthaltserlaubnis zu erteilen. Es gibt dazu jedoch keine verbindlichen Regelungen. Auf Länderebene können (!) entsprechende Härtefallkommissionen eingerichtet werden. Das Land Niedersachsen wird keine Kommission einrichten.

Die für die Frage des ausländerrechtlichen Umgangs mit kranken Flüchtlingen relevanten §§ sind im Folgenden dokumentiert. Viele Detailfragen werden noch durch Verfahrensregelungen und letztlich durch die Rechtssprechung präzisiert werden. Insgesamt ist das neue Gesetz enttäuschend. Grundlegende Verbesserungen der Asylrechtssprechung sind nicht zu erwarten, ob Härtefallkommissionen eingerichtet werden ist ungewiss, welche Menschen als Härtefälle akzeptiert werden, bleibt fraglich, eine Bleiberechtsregelung für Menschen, die schon lange Zeit hier leben, ist ausgeblieben.

§ 23 a Aufenthaltsgewährung in Härtefällen

(1) Die oberste Landesbehörde darf anordnen, dass einem Ausländer, der vollziehbar ausreisepflichtig ist, abweichend von den in diesem Gesetz festgelegten Erteilungs- und Verlängerungsvoraussetzungen für einen Aufenthaltstitel eine Aufenthaltserlaubnis erteilt wird, wenn eine von der Landesregierung durch Rechtsverordnung eingerichtete Härtefallkommission darum ersucht (Härtefallersuchen). Die Anordnung kann

im Einzelfall unter Berücksichtigung des Umstandes erfolgen, ob der Lebensunterhalt des Ausländers gesichert ist oder eine Verpflichtungserklärung nach § 68 abgegeben wird. Die Annahme eines Härtefalls ist in der Regel ausgeschlossen, wenn der Ausländer Straftaten von erheblichem Gewicht begangen hat. Die Befugnis zur Aufenthaltsgewährung steht ausschließlich im öffentlichen Interesse und begründet keine eigenen Rechte des Ausländers.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung eine Härtefallkommission nach Absatz 1 einzurichten, das Verfahren, Ausschlussgründe und qualifizierte Anforderungen an eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 1 Satz 2 einschließlich vom Verpflichtungsgeber zu erfüllender Voraussetzungen zu bestimmen, sowie die Anordnungsbefugnis nach Absatz 1 Satz 1 auf andere Stellen zu übertragen. Die Härtefallkommissionen werden ausschließlich im Wege der Selbstbefassung tätig. Dritte können nicht verlangen, dass eine Härtefallkommission sich mit einem bestimmten Einzelfall befasst oder eine bestimmte Entscheidung trifft. Die Entscheidung für ein Härtefallersuchen setzt voraus, dass nach Feststellungen der Härtefallkommission dringende humanitäre oder persönliche Gründe

die weitere Anwesenheit des Ausländers im Bundesgebiet rechtfertigen.

(3) Verzieht ein sozialhilfebedürftiger Ausländer, dem eine Aufenthaltserlaubnis nach Abs. 1 erteilt wurde, in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Leistungsträgers, ist der Träger der Sozialhilfe, in dessen Zuständigkeitsbereich eine Ausländerbehörde die Aufenthaltserlaubnis erteilt hat, längstens für die Dauer von 3 Jahren ab Erteilung der Aufenthaltserlaubnis dem nunmehr zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe zur Kostenerstattung verpflichtet. Dies gilt entsprechend für die in § 6 Nr. 2 Zweites Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

§ 25 Aufenthaltsgesetz

Aufenthalt aus humanitären Gründen

(1) Einem Ausländer ist eine Aufenthaltserlaubnis zu erteilen, wenn er unanfechtbar als Asylberechtigter anerkannt ist. Dies gilt nicht, wenn der Ausländer aus schwerwiegenden Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgewiesen worden ist. Bis zur Erteilung der Aufenthaltserlaubnis gilt der Aufenthalt als erlaubt. Die Aufenthaltserlaubnis berechtigt zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit.

(2) Einem Ausländer ist eine Aufenthaltserlaubnis zu erteilen, wenn das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge unanfechtbar das Vorliegen der Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 festgestellt hat. Absatz 1 Satz 2 ist 4 gilt entsprechend.

(3) Einem Ausländer soll eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, wenn die Voraussetzungen für die Aussetzung der Abschiebung nach § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 vorliegen. **Die Aufenthaltserlaubnis wird nicht erteilt, wenn** die Ausreise in einen anderen Staat möglich und zumutbar ist, der Ausländer wiederholt oder **gröblich gegen entsprechende Mitwirkungspflichten verstößt** oder schwerwiegende Gründe die Annahme rechtfertigen, dass der Ausländer:

a) **ein Verbrechen gegen den Frieden, ein Kriegsverbrechen oder ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit** im Sinne der internationalen Vertragswerke begangen hat, die ausgearbeitet worden sind, um Bestimmungen bezüglich dieser Verbrechen festzulegen,

b) eine **Straftat von erheblicher Bedeutung** begangen hat,

c) sich **Handlungen** zuschulden kommen ließ, die den **Zielen und Grundsätzen der Vereinten Nationen**, wie sie in der Präambel und den Artikeln 1 und 2 der Charta der

Vereinten Nationen verankert sind, zuwiderlaufen,

oder

d) eine **Gefahr für die Allgemeinheit** oder eine **Gefahr für die Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland** darstellt.

(4) Einem Ausländer kann für einen vorübergehenden Aufenthalt eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, solange dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentliche Interessen seine vorübergehende weitere Anwesenheit im Bundesgebiet erfordern. Eine Aufenthaltserlaubnis kann abweichend von § 8 Abs. 1 und 2 verlängert werden, wenn auf Grund besonderer Umstände des Einzelfalles das Verlassen des Bundesgebiets für den Ausländer eine außergewöhnliche Härte bedeuten würde.

(5) Einem Ausländer, der vollziehbar ausreisepflichtig ist, kann abweichend von § 11 Abs. 1 eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, wenn seine Ausreise aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist und mit dem Wegfall der Ausreisehindernisse in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist. Die Aufenthaltserlaubnis soll erteilt werden, wenn die Abschiebung seit achtzehn Monaten ausgesetzt ist. Eine Aufenthaltserlaubnis darf nur erteilt werden, wenn der Ausländer unverschuldet an der

Ausreise gehindert ist. Ein Verschulden des Ausländers liegt insbesondere vor, wenn er falsche Angaben macht oder über seine Identität oder Staatsangehörigkeit täuscht, oder zumutbare Anforderungen zur Beseitigung der Ausreisehindernisse nicht erfüllt.

§ 60 Aufenthaltsgesetz Verbot der Abschiebung

(1) In Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 (BGBl. 1953 II S. 559) darf ein Ausländer nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem sein Leben oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht ist. Dies gilt auch für Ausländer, die im Bundesgebiet die Rechtsstellung ausländischer Flüchtlinge genießen oder die außerhalb des Bundesgebiets als ausländische Flüchtlinge im Sinne des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge anerkannt sind. **Eine Verfolgung wegen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe kann auch dann vorliegen, wenn die Bedrohung des Lebens, der körperlichen Unversehrtheit oder der Frei-**

heit allein an das Geschlecht anknüpft. Eine Verfolgung im Sinne des Satzes 1 kann ausgehen von a) dem Staat, b) **Parteien oder Organisationen**, die den Staat oder wesentliche Teile des Staatsgebietes beherrschen oder c) **nichtstaatlichen Akteuren**, sofern die unter Buchstabe a) und b) genannten Akteure einschließlich internationaler Organisationen erwiesenermaßen nicht in der Lage oder nicht willens sind, Schutz vor der Verfolgung zu bieten, und dies **unabhängig davon, ob in dem Land eine staatliche Herrschaftsmacht vorhanden ist oder nicht**, es sei denn, es besteht eine innerstaatliche Fluchtalternative.

Wenn der Ausländer sich auf ein Abschiebungshindernis nach diesem Absatz beruft, stellt außer in den Fällen des Satzes 2 das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in einem Asylverfahren nach den Vorschriften des Asylverfahrensgesetzes fest, ob dessen Voraussetzungen vorliegen. Die Entscheidung des Bundesamtes kann nur nach den Vorschriften des Asylverfahrensgesetzes angefochten werden.

(2) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem für diesen Ausländer die konkrete Gefahr besteht, der Folter unterworfen zu werden.

(3) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, wenn dieser Staat den Ausländer wegen einer Straftat sucht und die Gefahr der Todesstrafe besteht. In diesen Fällen finden die Vorschriften über die Auslieferung entsprechende Anwendung.

(4) Liegt ein förmliches Auslieferungsgesuchen oder ein mit der Ankündigung eines Auslieferungsgesuchens verbundenes Festnahmegesuchen eines anderen Staates vor, kann der Ausländer bis zur Entscheidung über die Auslieferung nur mit Zustimmung der Behörde, die nach §47 des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen für die Bewilligung der Auslieferung zuständig ist, in diesen Staat abgeschoben werden.

(5) Ein Ausländer darf nicht abgeschoben werden, soweit sich aus der Anwendung der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (BGBl. 1952 II S. 685) ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist.

(6) Die allgemeine Gefahr, dass einem Ausländer in einem anderen Staat Strafverfolgung und Bestrafung drohen können und, soweit sich aus den Absätzen 2–5 nicht etwas anderes ergibt, die konkrete Gefahr einer nach der Rechtsordnung eines anderen Staates gesetzmäßigen Bestra-

fung stehen der Abschiebung nicht entgegen.

(7) **Von der Abschiebung** eines Ausländers in einen anderen Staat **soll abgesehen werden**, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Gefahren in diesem Staat, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, werden bei Entscheidungen nach §60a Abs. I Satz I berücksichtigt.

(8) Absatz I findet keine Anwendung, wenn der Ausländer aus schwerwiegenden Gründen als eine Gefahr für die Sicherheit der Bundesrepublik Deutschland anzusehen ist oder eine Gefahr für die Allgemeinheit bedeutet, weil er wegen eines Verbrechens oder besonders schweren Vergehens rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe von mindestens drei Jahren verurteilt worden ist. Das Gleiche gilt, wenn aus schwerwiegenden Gründen die Annahme gerechtfertigt ist, dass der Ausländer ein Verbrechen gegen den Frieden, ein Kriegsverbrechen oder ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit im Sinne der internationalen Verträge, die ausgearbeitet worden sind, um Bestimmungen bezüglich dieser Verbrechen zu treffen, begangen hat oder dass er vor seiner Auf-

nahme als Flüchtling ein schweres nichtpolitisches Verbrechen außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland begangen hat oder sich hat Handlungen zuschulden kommen lassen, die den Zielen und Grundsätzen der Vereinten Nationen zuwiderlaufen.

(9) In den Fällen des Absatzes 8 kann einem Ausländer, der einen Asylantrag gestellt hat, abweichend von den Vorschriften des Asylverfahrensgesetzes die Abschiebung angedroht und diese durchgeführt werden.

(10) Soll ein Ausländer abgeschoben werden, bei dem die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen, kann nicht davon abgesehen werden, die Abschiebung anzudrohen und eine angemessene Ausreisefrist zu setzen. In der Androhung sind die Staaten zu bezeichnen, in die der Ausländer nicht abgeschoben werden darf.

§ 60 a Aufenthaltsgesetz Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)

(1) Die oberste Landesbehörde kann aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in

sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein oder in bestimmte Staaten für längstens sechs Monate ausgesetzt wird. Für einen Zeitraum von länger als sechs Monaten gilt § 23 Abs. 1.

(2) Die Abschiebung eines Ausländers ist auszusetzen, solange die Abschiebung aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen unmöglich ist und keine Aufenthaltserlaubnis erteilt wird.

(3) Die Ausreisepflicht eines Ausländers, dessen Abschiebung ausgesetzt ist, bleibt unberührt.

(4) Über die Aussetzung der Abschiebung ist dem Ausländer eine Bescheinigung auszustellen.

(5) Die Aussetzung der Abschiebung erlischt mit der Ausreise des Ausländers. Sie wird widerrufen, wenn die der Abschiebung entgegenstehenden Gründe entfallen. Der Ausländer wird unverzüglich nach dem Erlöschen ohne erneute Androhung und Fristsetzung abgeschoben, es sei denn, die Aussetzung wird erneuert. Ist die Abschiebung länger als ein Jahr ausgesetzt, ist die für den Fall des Erlöschens durch Ablauf der Geltungsdauer oder durch Widerruf vorgesehene Abschiebung mindestens einen Monat vorher anzukündigen; die Ankündigung ist zu wiederholen, wenn die Aussetzung für mehr als ein Jahr erneuert wird.

Traumatisierte Flüchtlinge

3.2

Als ein zentrales Problem trat bei der Auswertung der dokumentierten Fälle immer wieder zu Tage, dass Flüchtlingen ihre vorgebrachten Erlebnisse, die sie zur Flucht getrieben haben, vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) oder auch von Verwaltungsgerichten nicht geglaubt werden. Entsprechend werden ihre Anträge auf Asyl immer wieder abgelehnt.

Den AsylbewerberInnen wird zudem oftmals vorgehalten, dass sie »nicht substantiiert vorgetragen« hätten, sie also keine ausreichend schwerwiegenden Gründe genannt hätten, die eine Bedrohung und Verfolgung im Herkunftsland belegen würden.

Weiterhin wird ihnen sowohl vom Bundesamt als auch von Verwaltungsgerichten häufig vorgeworfen, widersprüchliche Aussagen zu machen, was sie in den Augen der EinzelentscheiderInnen des Bundesamt und RichterInnen unglaublich macht.

Ein Hintergrund ist die Tatsache, dass je nach Studie 20–50 %¹⁸ der Flüchtlinge, die Deutschland erreichen auf Grund ihrer Erlebnisse, die sie zur Flucht getrieben haben, traumatisiert sind. Sie haben meist schreckliche Erfahrungen von Verfolgung und Demütigung, Folter und Vergewaltigung gemacht, die ihre Wunden (Trauma) in der Psyche dieser Menschen hinterlassen haben. Wenn sie endlich nach geglückter Flucht ein vermeintlich sicheres Land wie die Bundesrepublik erreicht haben, sind sie oft nicht in der Lage, ihre Verfolgungserlebnisse zu schildern. – Wie in dem Abschnitt über »Vermeidungsverhalten und Glaubwürdigkeit« (Kap. 3.2.3.1) erläutert wird, ist es ein Symptom posttraumatischer Erkrankungen, dass die traumatisierenden Erlebnisse verdrängt werden und gar nicht in Erinnerung gerufen wer-

18 vgl. z.B. Flatten (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) geht bei politischen und kriegstraumatisierten Flüchtlingen von 50–70 % aus; siehe auch Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik www.awmf.de. Angelika Birck rechnet damit, dass etwa 55 % der Opfer einer Vergewaltigung und 39 % derjenigen die Krieg erleben mussten traumatisiert sind (ZAR 1 Zeitschrift für Ausländerrecht, 2002)

den können oder aber nur sehr fragmentarisch und zuweilen widersprüchlich wiedergegeben werden. Hinzu kommt, dass viele Flüchtlinge auf Grund ihrer Repressionserfahrungen im Herkunftsland ein verständliches Misstrauen Behörden gegenüber mitbringen. Während der Anhörung beim Bundesamt kommen sie dann wieder in eine Situation, die sie mitunter an Verhöre durch ihre Unterdrücker erinnert. Unter diesen Bedingungen dann Aussagen zu machen, die mit schrecklichen Erinnerungen verbunden sind und möglicherweise eine weitere Erniedrigung bedeuten, kann durchaus unmöglich sein.

Ein weiterer Grund für allgemeine und wenig ausführliche Aussagen vor dem Bundesamt besteht nicht selten darin, dass den AsylbewerberInnen die Bedeutung der Anhörung für die Entscheidung über ihr Asylverfahren nicht bewusst ist, eine zusätzliche Verunsicherung wird durch die umfangreiche Befragung zum Reiseweg erzeugt, die zu Beginn erfolgt und breiten Raum einnimmt.

Auch Scham vor fremden unbekannten Menschen spielt eine nicht unerhebliche Rolle, wenn es um das detaillierte Darlegen intimer Details geht.

Oftmals werden die traumatisierenden Erlebnisse erstmals im Zuge einer psychiatrischen Behandlung erwähnt. Dazu muss aber erst einmal ein Arzt oder eine Ärztin wegen psychischer Probleme aufgesucht werden. Schon allein den Zusammenhang körperlicher Erkrankungen, als die sich Traumatisierungen häufig äußern, auf einen psychischen Hintergrund zurückzuführen, ist nicht selbstverständlich. Oft finden sich Hinweise auf ständige Kopfschmerzen, Magen-Darm-Erkrankungen, Schlafstörungen, Körperschmerzen allgemein, Lustlosigkeit und Antriebsschwäche, wenn überhaupt; wird mit den Problemen ein Allgemeinarzt aufgesucht. Einen Schritt zum / zur FachärztIn zu wagen und sich als psychisch krank wahrzunehmen, ist ein weiteres Hindernis, dass Traumatisierungen und daraus resultierende posttraumatische Belastungsstörungen überhaupt erkannt werden. Die Furcht vor dem »Verrückt-sein« oder »Verrückt-werden« ist groß und hindert den Weg zu einem »Nervenarzt«, wenn diese Möglichkeit überhaupt bekannt ist.

Die Folge ist, dass notwendige Therapien erst spät einsetzen, nicht selten über Notaufnahme in psychiatrischen Krankenhäusern.

Viele Flüchtlinge finden erst nach Jahren und aufgrund von Hinweisen Dritter (Unterstützer, Bekannte, Anwälte) Zugang zu Psychiatern und Psychologen.

Traumatisierung und Belastungsstörungen werden auch deswegen oft nicht geglaubt, da sie oft erst bei drohender Abschiebung geltend gemacht werden. So wird unterstellt, die Betroffenen würden ihr Leiden geschickt simulieren. Gerade die drohende Beendigung des als halbwegs sicher erlebten Lebensgefüges kann jedoch Ursache der Retraumatisierung und damit einer erneut verstärkten psychischen und physischen Symptomatik, bei zugrunde liegender posttraumatischer Belastungsstörung oder komorbider Erkrankung, sein.

Bundesamt und auch VGs zweifeln jedoch an der Glaubwürdigkeit von ärztlichen oder psychologischen Attesten und Stellungnahmen. Es wird nicht selten unterstellt, dass mittels Gefällig-

keitsgutachten Abschiebungen verhindert werden sollen. Folge ist eine Spirale von Gutachten. Die Kriterien werden immer strenger gefasst. Dies hat zur Folge, dass einerseits Stellungnahmen, die diese Kriterien nicht erfüllen, als nicht glaubwürdig gelten, andererseits werden die Ansprüche immer höher – wie die Kosten, die von den Flüchtlingen selbst zu bezahlen sind, gerade wenn die Stellungnahmen als Parteigutachten eingebracht werden. Eine Entwicklung, bei der vor Gericht zunehmend an Aussagen von ÄrztInnen / Fachleuten gezweifelt wird, was in anderen Bereichen vor Gericht normalerweise nicht in dem Umfang stattfindet. Dabei verweigern sich die Gerichte, eigenständig psychiatrische Fachgutachten einzuholen.

Viele schwer belastete Flüchtlinge müssen so langwierige und extrem belastende und damit symptomverstärkende Verfahren durchlaufen, bevor ihre Krankheit ernst genommen wird.

3.2.1 Was sind posttraumatische Belastungsstörungen?

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), deutsch: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Der englische Begriff ist gebräuchlich und seit 1980 im Diagnostic Statistical Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA) als Diagnose klassifiziert.

PTSD – Kriterien nach dem DSM (APA 1994)

A. Der betroffene Mensch war einem o. mehreren traumatischen Erlebnissen ausgesetzt, die

1. sein oder das Leben anderer akut bzw. durch Drohungen gefährdeten oder die ihn / andere körperlich gravierend verletzten bzw. seine körperliche Gesundheit ernsthaft bedrohten und

2. in ihm intensive Angst / Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken hervorriefen.

B. Das oder die traumatischen Ereignisse werden überdauernd

»wiedererlebt« (psychisch abgebildet) auf mindestens eine (oder mehrere) der folgenden Weisen:

1. Wiederholte und sich aufdrängende schmerzhaftes Erinnerungen des bzw. der traumatischen Ereignisse. Dazu gehören auch »innere« Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen.

2. Wiederholte Albträume über das oder die traumatischen Ereignisse.

3. Eine Art psychisches »Wiedererleben« der traumatischen Erfahrungen, Illusionen, Halluzinationen und abspaltende Flashbacks, d.h. Teile des Traumas drängen sich überfallartig auf und werden so erlebt, als würden sie tatsächlich stattfinden; entsprechend empfindet und verhält sich der betroffene Mensch.

4. Intensives psychisches Leid, wenn alltägliche Reize bzw. Gedanken auftreten, die eine Ähnlichkeit mit traumatischen Aspekten haben bzw. die Traumaereignisse symbolisieren.

5. Physiologische Erregung bei inneren (Gedanken, Empfindungen) oder äußeren Reizen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder diesem irgendwie ähnlich sind.

C. Überdauernde **Vermeidungsverhalten** gegenüber Reizen, die direkt oder indirekt mit dem Trauma verbunden sind, und erst nach dem Trauma auftretende Verminderung bzw. »Erstarrung« allgemeiner Reaktions- bzw. Handlungsfähigkeit. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein.

1. Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma verbunden sind.
2. Vermeidung von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen.
3. Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern.
4. Gravierende Verminderung des Interesses, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen.
5. Gefühle von Bindungslosigkeit oder der Entfremdung von anderen Menschen.
6. Eingeschränktes Gefühlsleben (z.B. Verlust von Liebesgefühlen).
7. Verlust von Zukunftsperspektiven (bezüglich Beruf, Heirat, Kinder haben, Führen eines »normalen« Lebens).

D. Überdauernde Symptome von Erregung (engl. arousal), die vor dem Trauma nicht auftraten.

Es müssen mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Einschlaf- und Durchschlafstörungen
2. Wut- bzw. Aggressionsdurchbrüche, Irritierbarkeit
3. Konzentrationsschwierigkeiten
4. Hypervigilanz (Überwachtheit, überzogene Achtsamkeit bzw. Reaktionsbereitschaft)
5. Überzogene Schreckreaktion.

E. Die Beeinträchtigungen sind als klinisch bedeutsame Störungen einzuordnen, bzw. sie führen für den betroffenen Menschen zu gravierenden Verschlechterungen im sozialen und beruflichen Leben oder in anderen bedeutsamen Bereichen des Lebens.

Unterscheidungen: Dauern die Symptome weniger als drei Monate an, wird von Acute Stress Disorder (akute Stressbelastungsstörung) gesprochen.

Complex PTSD (umfassende PTBS)

Für Menschen, die andauernd und wiederholt einer totalitären Unterwerfung und Kontrolle ausgesetzt waren, hat J. Hermann (1992) ein Profil entwickelt, das sie als Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Belastungsstörung durch extremen Stress, der anderweitig nicht einzuordnen ist) beschreibt. Die Beispiele beinhalten Folteropfer, Opfer von Geiselnahme, Kriegsgefangene, Insassen von Konzentrationslagern, Mitglieder kultisch-religiöser Sekten, Opfer von Vergewaltigung in Familien, von organisierter sexueller Ausbeutung. Diese überdauernden und wiederholten Traumata im Rahmen zwischenmenschlicher Beziehungen (man-made) können

in folgenden Bereichen zu gravierenden Veränderungen bei den Betroffenen führen:

A. Affekt-(Gefühls-) Regulierung, z.B. überdauernde depressive Stimmungen, extremer Stau von Wut und Aggression, der sich bei einigen Betroffenen abwechselt mit übertriebenem oder unangemessenem und provozierendem Sexualverhalten.

B. Bewusstsein, z.B. Erinnerungsverlust (Amnesie), Abspaltung von Erleben, Gefühlen und Empfindungen (Dissoziation), Selbstentfremdung (Depersonalisation), Grübeln.

C. Selbstwahrnehmung, z.B.: Gefühle von Hilflosigkeit, Scham, Schuld, Selbstbeschuldigung, Stigmatisierung, Einsamkeit und Absonderung.

D. Wahrnehmung des oder der Täter, z.B.: dauernde Rachegeanken, paradoxe Dankbarkeit gegenüber Tätern, Übernahme des Wertesystems und der Glaubensgrundsätze der Täter.

E. Beziehungen zu anderen, z.B.: Isolation und Rückzug, Zerstörung von Partner- und Familienbeziehungen, überdauerndes Misstrauen, Verlust der Fähigkeit sich selbst zu schützen, Suche nach einem Retter.

F. Bedeutungs- und Sinnkonzept, z.B. Verlust von Glauben und Vertrauen, Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

DES (Disorders of Extreme Stress) – Störung durch extreme Belastung

Van der Kolk et al. (1993) haben mit dem DES-Profil eine Ergänzung zum PTSD-Konzept vorgeschlagen, da die Symptome der überdauernden und wiederholten Traumatisierung durch Menschenhand nicht durch PTSD abgedeckt sind. Sie haben Hermanns Complex PTSD erweitert und in ein besonderes diagnostisches Profil (DES) der PTSD übersetzt.

Hervorzuheben sind besonders folgende Erweiterungen der PTSD für Folteropfer u.ä.:

- Schwierigkeiten im Umgang mit Wut und Ärger,
- Selbstzerstörendes und suizidales Verhalten,
- Impulsives Risikoverhalten,
- Chronische Schmerzzustände (psychosomatische Schmerzen),
- Idealisierung der Täter,
- Übernahme von Werten und Teilen der Weltanschauung der Täter,
- Unfähigkeit sich selbst und anderen zu vertrauen

- Tendenz, erneut Opfer zu werden,
- Neigung andere Menschen zu Opfern zu machen.

Es ist hervorzuheben, dass die Opfer, die lange und wiederholt durch Menschenhand traumatisiert wurden, oft eine Reihe von klinisch bedeutsamen Reaktionen und Erkrankungen entwickeln, die durch das PTSD-Konzept nicht abgedeckt sind, z. B.:

- anhaltende Depression,
- Panikanfälle,
- Zwangsverhalten,

- Psychogene Essstörungen,
- Suizidrisiko,
- Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Suchtverhalten allgemein,
- Somatisierung (Übersetzung von nicht gelebten Gefühlen und Empfindungen in körperliche Beschwerden, Schmerzzustände und psychosomatische Erkrankungen)

Das klinische Bild bei Folteropfern rechtfertigt somit, von Multimorbidität (Mehrfach-Erkrankung) zu sprechen. Zumindest treten neben PTSD zumeist weitere klinische Auffälligkeiten bezüglich der Morbidität auf.

3.2.2 Psychoreaktive Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen* ■ Dr. Waltraud Wirtgen

Florija

Florija aus dem Kosovo war 8 Jahre alt, als sie, monatelang mit ihrer Familie im Wald versteckt, mehrfach Zeugin wurde von Massakern an Frauen und Kindern.

Zu Beginn der Kinder-Therapie bei REFUGIO München, leidet die jetzt 11-Jährige an Intrusionen, d.h. sie sieht ständig die Bilder der Massaker, chaotisch gemischt, in rasanter Abfolge, oft hört sie auch Schüsse, Schreie, Panzergeräusche. Den Kontakt zur Umwelt kann sie halten, in dem sie sich mit ihren Sinnen mühsam einen Tunnel durch die Bilderflut bahnt (sie zeigt dies in Gesten), durch den sie sehen und hören kann. So kann sie dem Schulunterricht folgen und mit Mitschülerinnen sprechen, aber die »Bilder« sind immer da.

»Ich halte das nicht mehr aus, manchmal will ich nicht mehr leben.«

Florija verliert den Appetit, magert ab, verbringt die Nachmittage weinend auf ihrem Bett. Kleine

Auslöser genügen, um den ohnedies fragilen Kontakt zur Gegenwart zeitweise abreißen zu lassen und sie gefühlsmäßig wie vollends in den Krieg zu versetzen, z.B. ein Staubsaugermotor vor dem Therapiezimmer weckt Assoziationen an Panzer:

Florija erstarrt, ihr Blick entgleitet, ihre Sprache versagt, sie reagiert nicht mehr auf Worte, erst starke Berührungen, z.B. eine Massage mit dem Igelball, bringen sie wieder zurück in ihr Körpergefühl und zu ihrer Sprache. (Gisela Framheim, Dipl. Psych. Kindertherapeutin in REFUGIO München).

Der Krieg im Kosovo liegt jetzt mehr als 5 Jahre zurück, die Zeit scheint für die Überlebenden still zu stehen, wie eine Schallplattenrille, die die gleiche Passage wiederholt, den Zustand erhält, die Gefahr ist allgegenwärtig.

Diese Narben werden nie wieder ganz verheilen und prägen das Leben der Kinder auf lange Zeit.

Florija ist eines von vielen Kindern und Jugendlichen, die fluchtartig ihr Land und alles verlassen haben. In Deutschland sind sie aber nur wie auf der Durchreise,

* aus IPPNWforum 87/88, 2004:
Traumatisierte Kinder und Jugendliche als
Flüchtlinge in Deutschland



Zuwendung hilft heilen.

Für ein Bleiberecht traumatisierter Flüchtlinge.

im Gastland haben sie keine Zukunft, sie sollen baldmöglichst dahin zurückkehren, woher sie in Todesangst und aus Todesgefahr geflüchtet sind. Ihre Chance ist, überlebt zu haben.

Kinder in Krisen und Krieg

Mit unverminderter Grausamkeit werden Kriege geführt, werden Menschen vertrieben, verfolgt, misshandelt, getötet; und dies im allgemeinen aufgrund ihres Glaubens, ihres Wunsches nach Freiheit und eigener Kultur, nach Selbstbestimmung oder wegen ihrer politischen Überzeugung. Und im allge-

meinen sind Menschen an all dem beteiligt, die an Waffen und Vernichtungswerkzeugen verdienen.

Kinder werden Zeuge von Hass und Zerstörung. Nicht selten mussten sie miterleben, wie der Vater erniedrigt, misshandelt und abgeholt wurde und nicht wieder kam. Kinder erleben mit, wie ihre Mutter bedroht, erniedrigt und gequält wurde. Sie geraten in Panik, niemand schützt sie.

Die Folgen von oft jahrelang anhaltender Bedrohung, Terror, die Zerstörung ihres Dorfes, ihres Hauses, ihrer Tiere, vielleicht sogar die Tötung ihrer Eltern und näch-

sten Freunde bringt Flüchtlingskinder heutzutage in vergleichbare Situationen wie wir sie von Kindern kennen, die durch den Terror der Vernichtung des Nationalsozialismus bedroht waren. Gemeinsam ist auch, dass diese schrecklichen Geschehnisse das ahnungslose Kind überfallen.

Die Auswirkungen von Krisen und Kriegen auf die Bevölkerung, insbesondere Frauen und Kinder, sind zutiefst zerstörerisch, komplex und Generationen übergreifend.

Von all den Flüchtlingen, die sich weltweit auf der Flucht befinden, sind etwa 80 % Frauen und Kinder, nur ein Bruchteil von ihnen schafft es, nach Europa und Deutschland zu fliehen.

Einige Zahlen von Unicef

In den letzten 10 Jahren, d. h. in einem relativ kurzen Zeitabschnitt, wurden insgesamt rund 2 Millionen Kinder getötet, sechs Millionen verletzt und zwanzig Millionen aus ihrer Heimat vertrieben. Mindestens zehn Millionen Kinder müssen mit langfristigen psychischen Leiden fertig werden.

Derzeit kämpfen etwa dreihunderttausend Kinder als Kindersoldaten. Noch lange nach den Krie-

gen werden Kinder von Landminen verstümmelt.

Länder, in denen Kinder unsägliche Leiden und Verluste durch Kriege erlitten haben und weiter erleiden:

Kinder in vielen Ländern Afrikas wie z. B. Ruanda, Uganda, Sierra Leone, Ghana, Togo, z. Zt. im Sudan und Irak; in »Konflikten« (eigentlich sind es Kriege!) wie Israel-Palästina, Nordirland, Tschetschenien, Afghanistan und nicht zuletzt ganz in unserer Nähe in Bosnien / im Kosovo, wie auch in der Türkei im Zusammenhang in den langjährigen Auseinandersetzungen zwischen türkischem Staat und der PKK.

Kinder auf der Flucht und im Exil in Deutschland

Doch die Schrecken gehen weiter. Lange Perioden der Wanderung, des Versteckens und auf der Flucht und das Fehlen von echtem sozialen Bezug, von Erziehung und Schule bedeuten körperliche und seelische Vernachlässigung und führen zusätzlich zu weitreichenden Behinderungen der kindlichen Entwicklung.

Es bleibt keine Zeit zur Erholung, Druck und Stress gehen weiter, niemand heißt sie willkommen:

■ vom ersten Tag an ist alles

fremd, die Umgebung, die Sprache, das Essen,

- sie müssen auf engstem Raum zusammen mit vielen anderen, oft sie beängstigenden Fremden leben, unter z.T. primitivsten hygienischen Verhältnissen, ohne Privatraum und ohne jede Intimität,

- oft werden die Kinder in eine sie überfordernde Elternrolle gedrängt,

- die Eltern sind krank und oft für die Kinder emotional nicht erreichbar,

- es beginnt für sie der Weg durch die Behörden, durch das Asylverfahren, unter Demütigung und mit dem Gefühl, unerwünscht zu sein und meistens auch diskriminiert zu werden,

- Kinder müssen sehr bald als Dolmetscher fungieren, sie lernen die neue Sprache im allgemeinen schneller als die Eltern.

Flüchtlingskinder im Familienverbund

Kinder haben seismographische Fähigkeiten, d.h. sie können alles, was geschieht, ganz genau erspüren und erleben dadurch eine besonders schwere und spannungsgeladene Zeit.

Traumatisierte Eltern können aus ihrer eigenen Not den Kindern zumeist nicht die erforderliche

Aufmerksamkeit geben und sich ihnen nicht emotional zuwenden, vielmehr reagieren sie oft mit abrupten Wutausbrüchen, manchmal auch emotional betäubt. So wachsen die Kinder in einer Atmosphäre emotionaler Leere auf. »Ich schaue mein Kind an, aber ich fühle nichts dabei« (eine Mutter aus Kosova).

Die Persönlichkeitsstruktur der Kinder ist, je nach Alter, noch wenig ausgebildet. So sind sie in ihrer Entwicklung besonders verletzlich.

Die UN-Kinderrechtskonvention: Menschenrechte für Kinder

Am 20. November 1989 verabschiedeten die Vereinten Nationen das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, die UN-Kinderrechtskonvention (KRK). Mit der Ratifizierung am 5. April 1992 gelten die Bestimmungen der KRK auch in Deutschland. Nach Art. 3, Abs. 1 KRK ist bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, »das Wohl der Kinder ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist«.

Nach der UN-Kinderrechtskonvention haben auch Flüchtlingskinder und Jugendliche umfassende Rechte. Die Praxis in Deutschland sieht anders aus. Deutschland

hat 1992 die KKK unterzeichnet, jedoch mit Vorbehalt. Keine Bestimmung der KKK soll so ausgelegt werden, dass sie die Rechte der Bundesrepublik Deutschland beschränkt. So werden z. B. unter dem Hinweis auf den angeblichen Vorrang der Asyl- und Ausländergesetze sowohl zwingende gesetzliche Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) als auch das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und das Haager Minderjährigenschutzabkommen nicht oder nur unzureichend angewendet.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF's)

Schon bei der grundlegenden Frage, wer als Kind gilt, weicht Deutschland von der internationalen Vereinbarung: Hier werden Kinderflüchtlinge und Kinder ohne deutschen Pass ab einem Alter von 16 Jahren im Sinne der asyl- und ausländerrechtlichen Vorschriften aus »handlungsfähig« und damit voll verantwortlich angesehen. In der Folge werden sie wie Erwachsene behandelt und bleiben in der Regel ohne persönlichen Beistand.

Aus der Gesamtheit des Schreckens reagieren Kinder sehr unterschiedlich:

- sie verstummen,

- sie können kaum mehr spielen,
- entwickeln Verhaltensstörungen, sie nässen wieder ein, verweigern die Nahrung,
- sie bekommen Angstzustände, können nicht mehr schlafen,
- sie schreien aus dem Schlaf,
- sie werden krank, sie verstecken sich,
- sie bleiben in der Schule zurück, können nicht lernen, sich nicht konzentrieren,
- oft scheint es, als wollten sie sich »auflösen«, nicht mehr da sein. Sie bleiben in ihrer Entwicklung einfach stehen.
- Sie werden »Kämpfer«, »Sieger«. Nur in der Aggression und in der Bewegung können sie ihre Angst betäuben.
- Sie reagieren mit Schuldgefühlen,
- es kann auch sein, dass sie nur noch schreien, heftige Aggressionen gegenüber den Eltern entwickeln und auf diese Weise sich noch mehr ins Abseits bringen und unbewusst zu Sündenböcken werden.

Die 3. und 4. traumatische Sequenz nach Hans Keilson (1979)

Hans Keilson hat die Auswirkungen des Holocaust bei holländischen Kriegswaisen untersucht

und festgestellt: Kinder, die extreme Kriegserlebnisse oder auch den Aufenthalt im KZ miterlebt haben und danach in eine wohlbehütete soziale Umgebung kamen (3. traumatische Sequenz, sog. Nachfluchtphase), litten weniger an den Spätfolgen ihrer extremen Traumatisierung als jene, die zwar weniger schlimme Erfahrungen gemacht hatten, aber in der Folge kein schützendes Umfeld vorfanden.

Die Ablehnung des Asylantrags und die drohende oder durchgeführte zwangsweise Abschiebung heißt, sie finden hier keine Bleibe, trauen sich aber auch nicht mehr zurück in die Heimat, die für sie Gewalt und Horror bedeuten. Die Zeit der bedrohlichen Ungewissheit bis zur befürchteten Abschiebung wird für alle zur Tortur. Nach Hans Keilson bedeutet die zwangsweise Abschiebung eine 4. traumatische Sequenz, deren weitreichende gesundheitliche Folgen bei traumatisierten Menschen noch durch keine Studie untersucht wurde.

Notwendigkeiten und Schutz für Flüchtlinge als Kinder und Jugendliche

Kinder brauchen es, sich beschützt und geborgen zu fühlen um gene-

sen zu können. Bei einem Kind wie Florija, die vollkommen verängstigt und angespannt in eine für sie fremde Umgebung gekommen ist, geht es darum, dass es wieder Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen gewinnen kann. Dies kann ihm die Möglichkeit geben, seine Erlebnisse immer und immer wieder symbolisch durchzuspielen, zu malen, zu gestalten, sonst bleibt sein Schrecken und seine Not wie ein Stein in ihm verschlossen.

In einer professionellen Therapie mit Kindern und Jugendlichen geht es vor allem darum, ihnen im Spiel, in der Entwicklung von Imaginationsfähigkeit und in der Aktivierung von Ressourcen ein Gefühl von Sicherheit zu verschaffen. Erst zu einem viel späteren Zeitpunkt sind die Kinder bereit, ihre Erlebnisse immer konkreter zu symbolisieren. Spiel und Gestaltung sind ein sicherer Rahmen, in dem sie das Ausmaß ihrer Mitteilungen dosieren können. Im Vordergrund steht weniger das Aufdecken als das nährend Stabilisieren.

Es sollte staatliche und kommunale Aufgabe sein, traumatisierten Flüchtlingen, Kindern und Erwachsenen ein würdevolles Leben, Schutz und adäquate medizinische

und psychologische Therapie zukommen zu lassen. Dies ist nicht der Fall. Für eine Gleichbehandlung und ein Recht auf Menschenrechte für Kinder ist die Aufhebung des Vorbehalts der UN-Kinderrechtskonvention.

Professionelle Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge gibt es in Deutschland bisher nur sehr wenige, sie sind im allgemeinen auf die Großstädte begrenzt. Anlaufstellen sind Behandlungszentren für Flüchtlinge und Flüchtlingsorganisationen, die aus privater Initiative aufgebaut wurden und z.T. durch Wohlfahrtsverbände, EU und UNO-Flüchtlingshilfe unterstützt werden, die Hauptfinanzierung muss jedoch durch Spenden eingebracht werden.

Grundvoraussetzung für eine gelungene Rehabilitation für Kinder und das Aufholen der traumatisch bedingten Entwicklungsverzögerungen ist ein sicheres und stabiles soziales Umfeld, ein Platz im Kindergarten, eine fördernde Kindergruppe (z.B. Sport, Spiel, Musik) und die Stabilisierung der Eltern und Familie. Nur mit einer gewissen Stabilisierung können sie möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt freiwillig in ihre traumatisierte Gesellschaften und ihr zerstörtes Heimatland zurückkehren.

Literaturhinweise

- BECKER, D. 1992: Ohne Hass keine Versöhnung – Das Trauma der Verfolgten. Freiburg: Kore-Verlag,
- BECKER, D. 1995: Psychotherapie bei Extremtraumatisierten. In »Gewalt und Trauma« Frankfurt a. M.: Iko-Verlag. 98–125.
- BECKER/ CALDERON 1992: Extremtraumatisierungen – soziale Reparationsprozesse. In Riquelme, H. (Hrsg.), Zeitlandschaft im Nebel. Vervuert-Verlag. 57–65.
- BERGMANN, M. S., JUCOVY, M. & KESTENBERG, J. S. (Hrsg.) 1990, Kinder der Opfer – Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt a.M.: Fischer.
- BOHLEBER, W. 2001: »Trauma, Trauer und Geschichte« in »Trauer und Geschichte«, Liebsch, B. und Rüsen, J., (Hrg.) Böhlau Verlag, Weimar, Wien
- GAMPEL, J. 1995, S. 147: Eine Tochter des Schweigens. In Kinder der Opfer – Kinder der Täter, Bergmann, Jucovy, Kestenberg (Hrsg.), Frankfurt / M. S. Fischer.
- FRANK, A. 2001, 3. Auflage: Tagebuch, Fischer.

- GÖPFERT, R. 1997: Ich kam allein. Die Rettung von zehntausend jüdischen Kindern, dtv
- GUBRICH – SIMITIS, I. 1979: Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma
In: Psyche, 33, 991–1023,
- HERMAN, J. L. 1993: Narben der Gewalt, Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler: München
- HERZKA, H. S. / von SCHUMACHER, A. / TYRANGIEL, S. 1989,: Die Kinder der Verfolgten. Die Nachkommen der Naziopfer und Flüchtlingskinder heute. Göttingen. Vandenhoeck & Rupprecht,
- KEILSON, H. 1979: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke
- KOGAN, I. 1995: Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer, Frankfurt / M, S. Fischer
- MUSAYIDIRE, E. 1999: Mein Stein spricht, Horlemann Verlag
- NOSSAK, H. E. 1948: Der Untergang, Hamburg 1943,
- RADEBOLD, H. 2000: Abwesende Väter, Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen, Vandenhoeck & Rupprecht
- ROSENSTRAUCH, H. 1988, Hrg.: Aus Nachbarn wurden Juden, Transit Verlag
- ROSENTHAL, G. (Hrsg.) 1997: Der Holocaust im Leben von drei Generationen: Familien von Überlebenden der Shoa und von Nazi-Tätern. Giessen, Psychosozial
- SEBALD, W. G. 1999: Luftkrieg und Literatur, Fischer, München
- SPITZ, R. A. 1983: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, Klett-Cotta
- WIRTGEN, W. (Hrsg.) 2002, 3. Aufl.: Überlebende von Folter in der Asylgesetzgebung von 1996. REFUGIO München als Brücke zwischen menschlichem Einzelschicksal und politischer Realität. In »Wahrnehmen des Unsagbaren – Psychopathologie und Handlungsbedarf«. Heidelberg, Asanger
- WOLFFHEIM, N. 1973: Psychoanalyse und Kindergarten. München, Reinhardt
- ZANDER, W. 1993: »Kinder und Jugendliche als Opfer« in Benz, W. und U., Sozialisation und Traumatisierung, Geschichte, Fischer.

3.2.3 Vermeidungsverhalten und Glaubwürdigkeit

3.2.3.1 Vermeidungsstrategie

Das Anhörungsgespräch beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAfI) soll im Sinne des Asylverfahrens die hauptsächliche Grundlage für Entscheidungen über die Anträge von AsylbewerberInnen sein. Bei diesem Gespräch sollen alle asylrelevanten Erlebnisse, alle Verfolgungen und Repressionen, die ein Mensch zur Flucht getrieben haben, genannt werden. Es wird vom Bundesamt erwartet, dass alle Fakten schlüssig und widerspruchsfrei und möglichst in allen Einzelheiten von der/ dem AsylbewerberIn vorgetragen werden. Die EntscheiderInnen des Bundesamtes fragen entsprechend nach, um Ereignisse und Zeitabläufe zu rekonstruieren und ggf. Widersprüche aufzudecken oder auch aufzulösen. Die EntscheiderInnen treffen letztlich also auf Grund dieses einen Gesprächs ihre Entscheidung darüber, ob jemandem Asyl zugestanden wird oder eben nicht, oder ob vielleicht ein Abschiebungshindernis vorliegt. Es wird also erwartet, dass ein Flüchtling in diesem einen Gespräch vollständig, widerspruchs-

frei und »substantiiert«, wie es in den Bescheiden des Bundesamt oft heißt, seine Asylgründe darlegt. Spätere Gerichtsverfahren im Rahmen des Rechtsweges beziehen sich wiederum auf diese Anhörung.

Nun gibt es aber zahlreiche FachärztInnen und PsychologInnen, die ausführlich darstellen, warum AsylbewerberInnen diesen Anforderungen i. d. R. nicht gerecht werden können. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich v. a. auf Materialien der Psychologin Angelika Birck, die sich seit langem mit Traumatisierung bei Flüchtlingen auseinandersetzt. Wie Angelika Birck ausführt, sind etwa 55 % der Opfer einer Vergewaltigung und rund 39 % der Menschen, die Krieg erlebt haben, derart traumatisiert, dass sie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln. In verschiedenen Studien ist untersucht worden, wie häufig PTBS bei Flüchtlingen vorkommt. Die Studien kommen zwar zu sehr abweichenden Ergebnissen – es wird davon ausgegangen, dass 10 %–50 %

aller Flüchtlinge an PTBS leiden¹⁹ –, es wird aber deutlich, dass diese Erkrankung bei AsylbewerberInnen äußerst relevant ist.

Anzeichen einer PTBS treten nach Angaben des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) in der Regel innerhalb von drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne sich jedoch laut BDP auch nach einer langen symptomfreien Zeit entwickeln. Auch der Neurologe Dr. Jatzko (der Angehörige und Helfer der Flugzeugkatastrophe von Ramstein betreut) betont, dass es kein festes Schema traumatischer Symptome gibt (vgl. www.bdp-verband.org). Die Schwierigkeit besteht also darin, bei AsylbewerberInnen überhaupt erst einmal eine PTBS zu erkennen und Symptome, die damit verbunden sind als solche wahrzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass eine beträchtliche Zahl von AsylbewerberInnen traumatisiert sind, weisen Fachleute z. B. der verschiede-

nen Behandlungszentren für Folteropfer darauf hin, dass von Flüchtlingen nicht erwartet werden kann, dass sie in ihrem Anhörungsgespräch all ihre Verfolgungserlebnisse vollständig, stringent und widerspruchsfrei darstellen können.

Die Psychologin Birck erläutert, dass ein Gedächtnis nicht wie eine Videokassette funktioniere. Vielmehr werden Gedächtnisinformationen bei jedem Erinnern neu konstruiert und interpretiert und unterliegen ständigen Veränderungen, die wesentlich von Vorerfahrungen und dem aktuellen situativen Kontext beeinflusst werden. Man kann sich dann z. B. an einige Dinge erinnern, jedoch nicht zum gewünschten Zeitpunkt. Um sich vor Belastungen zu schützen, werden Erinnerungen an die traumatisierenden Erlebnisse verdrängt und sind somit nicht ohne weiteres abrufbar. Traumatisierte Menschen können dadurch manchmal scheinbar problemlos im Alltag zurechtkommen, solange ihre Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse nicht aktiviert werden. Schlüsselreize können dabei der Auslöser sein, der die Erinnerungen aktiviert. Traumatisierte reagieren nach Angelika Birck »besonders vulnerabel auf erneute Belastungssituationen oder auf Reize,

19 Flatten von der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie geht bei politischen und Kriegsflüchtlingen von einer Traumatisierungsrate von 50–70 % aus (siehe auch Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik: www.awmf.de).

die mit dem ursprünglichen Trauma assoziativ verknüpft sind (Geräusche, Gerüche). Gespeicherte Informationen werden dann besonders gut erinnert, wenn die Person sich bei der Reproduktion der Information aus dem Gedächtnis in einem ähnlichen emotionalen Zustand befindet wie bei der »Speicherung«. In solchen Situationen werden Traumatisierte dann oftmals von ihren Erinnerungen überflutet. Es kommt zu einer sog. Intrusion: Ist die Situation oder der emotionale Zustand jedoch dann, wenn die Erinnerung abgerufen werden soll ganz anders, als zu dem Zeitpunkt, als das Ereignis in das Gedächtnis aufgenommen worden ist – wie dies z. B. in der Anhörungssituation der Fall sein kann –, dann ist die Erinnerung beeinträchtigt.

Manchmal sind traumatisierte Menschen, wenn sie von Erinnerungen überflutet werden, nicht in der Lage zu unterscheiden, ob sie sich an Vergangenes erinnern oder ob sie dies gegenwärtig erneut erleben. Um sich nicht solch einer belastenden und erschreckenden Situation auszusetzen, versuchen sie, diese Erinnerungen zu vermeiden. Was ein weiterer Grund sein kann, warum AsylbewerberInnen es vermeiden, über bestimmte Er-

lebnisse, die aber von großer Bedeutung für das Asylverfahren sein können, bei der Anhörung zu sprechen.

Angelika Birck weist zudem darauf hin, dass ähnliche Ereignisse, die wiederholt erlebt werden, vom Gedächtnis generalisiert und nicht als Einzelereignis sondern in »Form eines verschmolzenen Ganzen« gespeichert werden. Die einzelnen Ereignisse können nicht mehr eindeutig voneinander getrennt werden, somit ist es nur selbstverständlich, wenn es zu Widersprüchen kommt, während über diese Erlebnisse bei der Anhörung berichtet wird. Korrekturen und Ergänzungen seitens der AsylbewerberInnen zu ihren berichteten Erlebnissen werden vom Bundesamt oftmals als übersteigertes oder widersprüchliches Vorbringen gewertet und als Beleg für die Unglaubwürdigkeit ihrer Darstellungen gesehen. Dabei gilt es als besonderer Hinweis für die Glaubhaftigkeit einer Aussage, wenn sie spontan korrigiert und verbessert wird.

Ein weiterer Aspekt, der zur Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens führen kann, sind die Folgen von Folter. Zum einen können durch Verletzungen physische Schädigungen des Hirns ent-

standen sein. Zum anderen können sowohl Reizüberflutung als auch eine dauerhaft erniedrigte Stimulation des zentralen Nervensystems (z. B. durch Isolationshaft) zu schweren dauerhaften Beeinträchtigungen des Gedächtnisses führen. Psychische Folter kann fundamentale Orientierungslosigkeit und Ohnmacht bewirken, die »beim Opfer bis zur Auflösung innerer Bezugssysteme, zur Zerstörung des Erlebens von Identität und zum psychischen Zusammenbruch führen kann«, wie Angelika Birck berichtet. Dies führt schließlich dazu, dass sich Desorientierung und Verwirrung in den Ausführungen von AsylbewerberInnen bei ihren Anhörungsgesprächen niederschlagen und so Angaben widersprüchlich erscheinen können.

Störungen der Gedächtnisfunktion gehören unabhängig von der Ursache der Traumatisierung zu den Hauptsymptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die traumatische Situation wird oft mit einem veränderten Empfinden für Raum und Zeit und für die eigene Person erlebt. Die Sinneswahrnehmungen sind in solchen Situationen häufig verändert. »Diese dissoziativen Prozesse behindern die kognitive Abspeiche-

rung von Informationen. Dies kann zu widersprüchlichen Angaben führen, häufig sind Raum- und Zeitangaben davon betroffen«, beschreibt Angelika Birck die Zusammenhänge.

Weiterhin tritt bei traumatisierten Menschen oftmals das Problem auf, dass sie die traumatisierenden Erinnerungen nicht chronologisch in der richtigen Reihenfolge erinnern. Das Trauma setzt dem bisherigen Leben ein abruptes Ende und trennt den betroffenen Menschen von seiner vergangenen Lebensgeschichte, wobei gleichzeitig seine Zukunftsperspektiven zerstört werden. Dies führt wiederum zu einer psychischen Fragmentierung. Entsprechend haben Traumatisierte die Schwierigkeit, Erinnerungen chronologisch zusammenhängend wiederzugeben. Vielmehr geben sie sie nur als Fragmente wieder. Dieses Problem steigt mit zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten, die bei belastenden Situationen wie der der Befragung beim Bundesamt, auftreten. Angelika Birck weist daher darauf hin, dass die Chronologie einer Aussage kein zuverlässiger Hinweis für Glaubwürdigkeit sei. Der Sinn verschiedener Aussagebruchstücke ergebe sich oft erst am Ende einer

Befragung bei einer integrativen Gesamtbeurteilung. »Wenn sich nicht zusammenhängend vorgetragene Aussageteile nachträglich zu einem folgerichtigen, plausiblen und einheitlichen Ganzen fügen lassen, spricht das in hohem Maße für die Glaubhaftigkeit« betont Angelika Birck.

Widersprüche und neue, ergänzende Aussageinhalte sind bei traumatischen Erinnerungen sehr wahrscheinlich. AsylbewerberInnen sind in der Stresssituation der Anhörung beim Bundesamt oftmals nicht in der Lage, alle Erinnerungen wiederzugeben, können aber mitunter zu einem späteren Zeitpunkt darüber berichten und weitere Angaben machen. Widersprüche oder zuvor anders oder überhaupt nicht geschilderte Details können so auftreten. Laut Angelika Birck seien traumatisierte Personen manchmal selbst erstaunt über unlogische, unverstandene Details oder Widersprüche, die sie nicht auflösen können. Dieses Erstaunen und das Festhalten an Widersprüchen gelten gerade als Hinweis für die Glaubhaftigkeit einer traumabezogenen Aussage.

Als weiteres Indiz für die Glaubhaftigkeit einer Aussage gilt sowohl der Detailreichtum als auch die Schilderung von ver-

meintlichen Nebensächlichkeiten. Eine Falschaussage mit etlichen Details zu erfinden sei für die meisten Menschen auf Grund der beschränkten Möglichkeiten kognitiver Informationsverarbeitung laut Angelika Birck unmöglich. Gleichzeitig könnten andere Aspekte des traumatischen Geschehens nur äußerst bruchstückhaft oder gar nicht erinnert werden. Im Verlauf der allmählichen Verarbeitung der traumatischen Ereignisse oder bei der Konfrontation mit Reizen, die mit dem Trauma assoziiert werden, könnten Erinnerungen manchmal wieder zugänglich werden. Die Mischung aus detailreichen Schilderungen und nur vagen, verschwommenen Erinnerungen seien daher typisch für traumatisierte Gedächtnisinhalte und ein Hinweis auf die Glaubhaftigkeit, so Angelika Birck weiter.

In der folgenden Grafik werden anschaulich die Symptome der PTSD in Beziehung gesetzt zu den Glaubwürdigkeitskriterien, wie sie vom Bundesamt in der Anhörung i. d. R. angewandt werden. (Quelle: Birck, Angelika: »Traumatisierte Flüchtlinge – wie glaubhaft sind ihre Aussagen?«, Heidelberg und Kröning 2002)

Glaubhaftigkeit von Aussagen

Kriterium	BAFI-Anforderungen	Psychologische Erkenntnisse
Vollständigkeit	Vollständige Darstellung der Asylgründe gesetzlich gefordert (§ 25 Abs. 2 AsylVfG)	■ Erinnern: = (Re-) Konstruktion von Gedächtnisinhalten, = Abruf unveränderter Informationen (»Video«). ■ Erinnerungen haben Auslöser, Schwankungen sind normal ■ Nachträglich sinnvolle Ergänzungen = Hinweis für Glaubhaftigkeit. ■ Gedächtnisstörungen z. T. krankheitsbedingt (PTBS u. a.)
Detailreichtum	Glaubhafte Aussagen sind immer sehr detailliert	■ Tatsächliche Erlebnisse: Details meist auch bei Nebensächlichkeiten, aber nicht immer! ■ Kulturelle Unterschiede im Detailreichtum: Nennen bereits bekannter oder unangenehmer Details gilt z. T. als beleidigend ■ Erinnerungen zu traumatischen Ereignissen: manche Aspekte überdeutlich detailliert, andere gar nicht oder nur vage erinnerbar. Ungleichmäßige Detailliertheit = glaubhaft.
Chronologie	Die Schilderung der Asylgründe sollte chronologisch erfolgen	■ Chronologie der Aussage ist kein Hinweis auf Glaubhaftigkeit. ■ Zeitliche Vor- und Rückgriffe, umgekehrte Chronologie, Unstrukturiiertheit als Hinweis für Glaubhaftigkeit, wenn der Zuhörer verschiedenen Aussagefragmente nachträglich sinnvoll integrieren kann. ■ Traumatische Ereignisse beinhalten einen Bruch in der Lebensgeschichte, Fragmentierung ist traumatypisch und Zeichen der Glaubhaftigkeit.
Widerspruchsfreiheit	Vollständige Widerspruchsfreiheit, unbedingte Konstanz verschiedener Aussagen	■ Tatsächliche Erlebnisse werden differenziert konstant berichtet: Kerngeschehen (eigenes Handeln, globale Körperpositionen) wird konstant erinnert, Randgeschehen, Schätzungen (Datum, Zeit), Sinngehalt und Wortlaut von Gesprächen, unangenehme Körperempfindungen (Schmerz) werden schnell vergessen. ■ Traumatische Ereignisse: zunächst nur fragmentiert erinnert, Festhalten an Erinnerungslücken und Widersprüchen als Hinweis auf tatsächliches Erleben!

3.2.3.2 **Retraumatisierung** ■ *Ronald Vogt*

Menschen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkrankt sind, unterliegen einer Gesetzmäßigkeit, nach der sich die Erkrankung entwickelt. In dem Standardwerk »Lehrbuch der Psychotraumatologie« (Fischer/ Riedesser s.u.) wird dieser Prozess eines entstehenden Traumas in 5 Phasen beschrieben. Die Autoren beschreiben zunächst die sogenannte peritraumatische Expositionsphase, den Beginn des traumatischen Erlebens, wo als normale Reaktion bei den Betroffenen Aufschrei, Angst, Trauer und Wutreaktionen entstehen, z.B. bei erlittener Folter. Dieser pathologische Erlebniszustand ist gekennzeichnet durch Überflutung von den überwältigenden Eindrücken. In einer zweiten Phase wehren sich die Opfer gegen das Eindringen von Erinnerungen an die traumatische Situation. Bei Folter und anderen extremen Erlebnissen folgt als ganze Kraft darauf, jede Erinnerung zu vermeiden und dies insbesondere aus dem Grunde, um in der 3. Phase nicht ständig von Flashbacks (Intrusionen) oder Erinnerungsbildern überflutet zu werden.

In der 4. Phase wird im günstigsten Fall mit Hilfe von Thera-

peuten und Ärzten eine Aufarbeitung des Traumas beginnen können. Dazu sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich, wie z.B. eine solidarische patientengerechte Atmosphäre, ein sicherer Behandlungsort, wo eine Begegnung mit den potentiellen Tätern ausgeschlossen bleibt, ein tolerantes Umfeld. Unter diesen positiven Rahmenbedingungen kann es in einer 5. Phase zur Fähigkeit kommen, die »traumatische Situation in ihren wichtigsten Bestandteilen erinnern zu können, ohne zwanghaft daran denken zu müssen«.

Treten jedoch im Verlauf der Erkrankung neue traumatische Anschläge auf – sogenannte Stressoren – führt dieses zu einer Verschlimmerung der Erkrankung.

Dr. Graessner und Dr. Wenk-Ansohn, Ärzte im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, beschreiben diesen Vorgang. Die Traumatologen sprechen in einem solchen Fall von einer Re-Traumatisierung, also einem erneuten Auftreten der Symptome durch neue traumatische Erlebnisse: »Durch Retraumatisierung kann es über eine akute Verstärkung der Symptomatik hinaus zu einer anhaltenden Verschlimmerung des

Krankheitsbildes kommen. Von Retraumatisierung sprechen wir, wenn ein neuerliches Trauma, das Aspekte der ursprünglichen Gewalt- und Ohnmachtserfahrung trägt, eine Vertiefung der traumatischen psychischen Reaktionen bewirkt hat. Objektiv kann die re-traumatische Situation sehr viel weniger bedrohend sein als das ursprüngliche traumatische Erlebnis. Eine vorgeschädigte Person empfindet und reagiert in anderer Weise als ein gesunder Mensch. Vor dem Hintergrund der vorangehenden Traumatisierung wird eine Situation als potentielle Bedrohung bewertet. Die Bewertung der Situation und die ausgelösten Reaktionen sind nicht willentlich steuerbar, es handelt sich vielmehr um ein krankheitsbedingtes psychobiologisches Reaktionsmuster« (vgl. Graessner/Wenk-Ansohn, S. 78 f.).

Halten wir zunächst fest:

- Die Retraumatisierung ist ein weiteres prozesshaftes Geschehen, das auf der Grundlage einer bereits vorhandenen Traumatisierung zu einer Vertiefung des psychobiologischen Krankheitsgeschehen führt.
- Eine vorgeschädigte Person reagiert auf neuerliche Trauma-Situation anders als eine gesunde. Was

uns im Hinblick auf das inlandsbezogene Geschehen nun interessiert, ist die Frage, kommt es aufgrund neuer Stressoren, also neuer traumatischer Anlässe, zu einer tatsächlichen Verschlimmerung der Erkrankung. Hierzu die Autoren: »Retraumatisierungen beobachten wir bei unseren Patienten z. B. in Fällen von drohender Abschiebung oder ausländerfeindlichen Übergriffen. Zuweilen kann alleine eine Verletzung der Schamgrenzen in einer Befragungssituation re-traumatisierenden Effekt haben. Den re-traumatisierenden Effekt von Untersuchungen unter äußerem Druck und in einer für die Traumatisierten bedrohlichen Situation mussten wir in letzter Zeit mehrfach bei Patienten beobachten, die dem Polizeiärztlichen Dienst vorgeführt wurden, um die Attestierung einer Traumatisierung zu überprüfen. Reaktualisierungen, z. B. durch die Konfrontation mit dem Ort des Traumas oder Personen, die zum Kreis der Täter gehören könnten, können über eine vorübergehende Verstärkung der Symptomatik hinaus mit einer andauernden Vertiefung der traumatischen Reaktion einhergehen (sich re-traumatisierend auswirken). Durch eine solche Konfrontation wird die Vermeidung unterbro-

chen, die den Traumatisierten vor Reizen schützt, die Wiedererinnerung und Angst auslösen. Befindet sich der Betroffene bei einer solchen Durchbrechung der Vermeidung in einer von ihm als schutzlos und unkontrollierbar wahrgenommenen Situation, so besteht ein erhebliches Risiko, dass eine Retraumatisierung eintritt. Retraumatisierungen führen zu akuten Krisensituationen und verschlechtern insgesamt die Prognose. Die weitere Chronifizierung der Symptome wird gefördert. Bei latent suicidalen Personen kann es im Zuge der Retraumatisierung zum Suizid

(-versuch) kommen« (Graessner / Wenk-Ansohn, a. a. O., S. 79 f.).

■ Es wird deutlich, dass sich die Symptomatik der PTSD durch neue vom Patienten als Bedrohung empfundene Tatbestände (Abschiebung, Begegnung mit dem Kreis der Täter etc.) verstärken und andauernd vertiefen kann (eine Chronifizierung droht).

Quellen:

Fischer / Riedesser »Lehrbuch der Psychotraumatologie«, Basel 1999
Graessner / Wenk-Ansohn
 Die Spuren von Folter, Berlin 2000, S. 78 f.

3.2.4 zum Beispiel

zum Beispiel Frau A.

Frau A. kam mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern im Juni 1995 in die Bundesrepublik. Sie und ihr Mann waren wegen des Vorwurfs der Unterstützung der PKK mehrfach festgenommen und misshandelt worden. Frau A. ist von Soldaten auf der Wache mehrmals gefoltert und vergewaltigt worden. In Folge der Schläge und Tritte erlitt

sie sogar eine Fehlgeburt. Auch ihr Ehemann ist im Zuge der Festnahmen durch türkische Sicherheitskräfte öfter misshandelt worden. Ein Asylantrag der Familie hatte jedoch vor dem Bundesamt keinen Erfolg. Die Ablehnung wurde rechtskräftig mit Urteil vom 21.09.01 vom Verwaltungsgericht bestätigt. Dabei hielt das Gericht Frau A. wegen unzusammenhän-

gender Aussagen und Ausweichens auf Fragen bei der Anhörung vor dem Bundesamt für unglaubwürdig. So heißt es in dem Urteil: »... auf die Frage, wann ihr Mann nach der letzten Festnahme wieder zu Hause gewesen sei, [hat Frau A.] geantwortet, sie sei durch die ganzen Erlebnisse so durcheinander, dass sie es nicht wisse. Auf weitergehende Fragen hat sie zusammenhanglos geantwortet. Daraus ergibt sich für das Gericht, dass Verfolgungsschicksale durch die Kläger konstruiert wurden.«

Die Familie stellt am 14.03.02 einen Asylfolgeantrag, für den sie neue Belege ihrer Verfolgung in der Türkei einbringen. Zudem wird auf den Verdacht auf Bestehen einer PTSD bei Frau A. hingewiesen, der durch eine Verdachtsdiagnose durch ein psychosoziales Zentrum belegt wird. Ein fachärztliches Gutachten, dass den Verdacht bestätigen soll, wird dem Bundesamt bereits zu diesem Zeitpunkt angekündigt. Wiederum lehnt das Bundesamt den Asylantrag ab. Gegen diesen Bescheid ist erneut geklagt worden. Nichtsdestotrotz folgt das Gericht jedoch der Argumentation des Bundesamts und weist die Klage ab. Schon in einem Beschluss des zuständigen Verwaltungsgerichtes, der die Ge-

währung von Rechtsschutz ablehnt, wird deutlich, dass der Richter grundsätzlich von der Unglaubwürdigkeit von Frau und Herrn A. ausgeht. Eine Stellungnahme des Frau A. behandelnden Hausarztes, in der von einer Traumatisierung mit Gewalterfahrung ausgegangen wird, wertet das Gericht als »Gefälligkeitsäußerung«. Das Gericht ist der Ansicht, dass Frau A., wenn sie denn tatsächlich unter einer psychischen Erkrankung leide, sich schon sehr viel früher in fachärztliche Behandlung begeben hätte.

Zu Beginn der Verhandlung des Klageverfahrens lässt der Richter in der Verhandlung verlauten, dass das eingebrachte Gutachten allein schon auf Grund des Namens des psychosozialen Zentrums, der die Unterstützung von Flüchtlingen zum Ausdruck bringt, als parteiisch zu werten sei. Ein daraufhin vom Anwalt eingebrachter Befangenheitsantrag gegen den Richter wird abgelehnt, bewegt jedoch den Richter dazu anzukündigen, ein zweites Gutachten einzuholen. Dies tut er allerdings nicht und fällt sein Urteil nach einem zweiten Verhandlungstermin.

In seinem Urteil zum Klageverfahren hält das Gericht die Belege, die die Verfolgung der Familie in der Türkei beweisen sollen, u. a.

wegen des späten Vorbringens für unglaublich. Insbesondere die psychische Erkrankung von Frau A. hält der Richter nicht für glaubhaft, da sie diese erst nach sieben Jahren geltend gemacht habe. Im Urteil wird deutlich, wie wenig Verständnis beim Richter für die psychische Erkrankung mit all ihren Symptomen und die Unfähigkeit, Dinge u. a. aus Scham nicht äußern zu können, besteht: »Nicht nachvollziehbar ist für das Gericht, dass die Klägerin sich erst nach sieben Jahren Krankheit in die Betreuung [eines psychosozialen Zentrums] begeben hat [...]. Es hätte sich vielmehr aufdrängen müssen, sich schon weit früher mit ihrem Ehemann vertrauensvoll auszutauschen und weitere Wege zur Heilung der behaupteten Krankheit zu suchen.« Auch die Notwendigkeit einer unmissverständlichen Kommunikation für die Erkennung und Behandlung einer psychischen Erkrankung scheint dem Gericht nicht bekannt zu sein: »Das Gericht vermag auch den Angaben der Klägerin nicht zu folgen, soweit sie am zweiten Verhandlungstag vorgebracht hat, sie hätte sich zwar den zahlreichen Ärzten anvertrauen wollen, mit denen sie u. a. während der beiden Schwangerschaften und Entbindungen Kontakt hatte, dies

aber nicht können, weil diese ihre Sprache nicht verstanden hätten.« Weiterhin meint der Richter auf Grund äußerer Eindrücke von Fotos entgegen den Diagnosen von FachärztInnen beurteilen zu können, dass Frau A. nicht traumatisiert sei: »Es ist aus zahlreichen Verfahren gerichtsbekannt, dass Asylsuchende auch durch den gekünstelten Eindruck, nervlich völlig am Boden zu sein, eine günstige Beeinflussung des Asylverfahrens anstreben. Das Gericht ist der Überzeugung, dass es mit der Gestik und Mimik der Klägerin ebenfalls so liegt. So erscheint sie auf den zahlreichen Fotos, die in der regionalen Presse abgedruckt sind, völlig anders, in keiner Weise von psychischen Problemen oder Traumatisierung gezeichnet, vielmehr als selbstbewusste und gesunde Frau. Es spricht auch daher dafür, dass die Krankheitsgeschichte frei erfunden ist.«.

Familie A. begibt sich nach diesem Urteil von Mai bis Dezember 2002 in Kirchenasyl, da sie nicht mehr vor Abschiebung geschützt ist.

Gegen das Urteil wird Berufung beim Niedersächsischen Obergericht (OvG) eingelegt. Die Berufung wird bezüglich der Feststellung von PTSD als Abschiebehindernis zugelassen und die

Einholung eines zweiten Gutachten angeordnet. Dieses Gutachten bestätigt, dass Frau A. in Folge von Misshandlungen durch türkische Sicherheitskräfte traumatisiert ist und eine starke PTSD vorliegt. Das Bundesamt wird daraufhin verpflichtet, bei Frau A. Abschiebehindernisse wegen gesundheitlicher Gründe festzustellen.

Gleichzeitig reichen UnterstützerInnen der Familie A. eine Petition beim Bundestag ein, um Fehler im Asylverfahren, insbesondere bei den Anhörungen von Frau A., wo ihr keine Gelegenheit gegeben wurde, ihre Asylgründe ausführlich darzustellen, zu korrigieren und der Familie ein Bleiberecht zu gewähren.

Da nun durch das Urteil des Gerichtes eine PTSD von Frau A. anerkannt ist, hat sie einen Asylfolgeantrag gestellt, der ein Aufenthaltsgesuch auf Grund erlittener Verfolgung feststellen soll. Als Beweismittel ist das Gutachten eingebracht worden. Das Bundesamt stellt jedoch den Zusammenhang von Traumatisierung und erlittener Verfolgung durch staatliche Kräfte in der Türkei in Frage und lehnt den Asylfolgeantrag ab. Das Bundesamt hält trotz gegenteiliger Aussage des Gutachtens an der Behauptung fest, dass die Angaben

von Frau A. bzgl. ihrer Verfolgungsgeschichte unglaublich seien. Gegen diesen Bescheid des Bundesamtes läuft derzeit eine Klage, über die noch nicht entschieden wurde.

Die Ausländerbehörde hat die Ausstellung einer Aufenthaltsbewilligung für Familie A. in Aussicht gestellt, falls sie die Klage gegen den Bescheid des Bundesamtes zurückzieht. Frau A. hat im Laufe des Verfahrens wegen des Drucks durch drohende Abschiebungen, dem Leben im Kirchenasyl und anschließend mit dem unsicheren Status einer Duldung mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich und ist generell psychisch und körperlich enorm belastet. Eine erfolgreiche Therapie ist unter solchen Bedingungen undenkbar. Angesichts dieses Druckes zieht die Familie in Betracht, ihre Klage gegen den Bescheid des Bundesamtes zurückzuziehen und sich mit einem Abschiebeschutz auf Grund gesundheitlicher Umstände zu begnügen.

z.B. Frau R.

Gemeinsam mit ihrem Ehemann kam Frau R. 1990 aus der Türkei nach Deutschland und stellte einen Asylantrag. Da Herr R. wegen

Unterstützung der PKK vom türkischen Militär verfolgt wurde, ist auch Frau R. mehrfach von den Militärs festgenommen worden. Auf der Wache wurde sie von Soldaten gefoltert und vergewaltigt.

Da sie jedoch nicht in der Lage war, ihre Verfolgungserlebnisse während der Anhörung beim Bundesamt zu schildern, ist ihr Antrag abgelehnt worden. Erst im Rahmen einer Psychotherapie ist Frau R. im Februar 2002 erstmalig in der Lage von den Folterungen und Vergewaltigungen durch die Soldaten zu berichten. Im Februar 2002 werden sowohl von einem Amtsarzt als auch von der behandelnden Therapeutin eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in Folge dieser traumatisierenden Erlebnisse diagnostiziert. So versucht Frau R. im zweiten Asylfolgeantrag vom 03.05.02 das erste Mal, ihre erlittenen Misshandlungen im Asylverfahren geltend zu machen.

Das Bundesamt stellt jedoch das Bestehen einer PTBS in Frage, da diese nicht ausreichend belegt sei. Im Übrigen berufe sich Frau R. mit der »vorgetragenen Vergewaltigung [...] auf Vorgänge, die sie bereits im Verlauf früherer Verfahren hätte darlegen können«, heißt es im Bescheid des Bundesamt (BAFl-Bescheid, S. 3). Und selbst wenn das

Bundesamt davon ausgehen würde, dass Frau R. durch Soldaten des türkischen Militärs tatsächlich misshandelt worden ist, würde es sich dann nach Ansicht des Bundesamtes nicht um eine »dem türkischen Staat zurechenbare politische Verfolgungsmaßnahme« handeln. »Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich – unterstellt, es habe sich so zugetragen – um einen exzessiven Übergriff einzelner Sicherheitskräfte gehandelt hat [...]«²⁰ (Bescheid des BAFl). Überdies ist das Bundesamt der Ansicht, dass es in der Türkei die Möglichkeit gäbe, eine PTBS angemessen zu behandeln. Die Tatsache, dass eine Behandlung in der Türkei, in einem Umfeld, das Ausgangslage der traumatisierenden Misshandlungen war, in der Regel wenig erfolgreich ist, statt dessen eher eine Retraumatisierung und

20 Dieser »exzessive Übergriff einzelner Sicherheitskräfte« firmiert auch häufig unter dem Begriff »Amtswalterexzess«. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu in einem Beschluss vom 14.5.03 bemerkt: »Der bloße Umstand, dass bestimmte Maßnahmen der Rechtsordnung des Herkunftsstaates widersprechen, berechtigt aber noch nicht dazu, sie als Amtswalterexzesse einzustufen. Vielmehr bedarf es entsprechender verlässlicher tatsächlicher Feststellungen, die auf bloße Einzelexzesse hindeuten. Andernfalls bleibt das Handeln der Sicherheitsorgane dem Staat zurechenbar« (BverfG vom 14.5.03 – 2 BVR 134/01).

Verschlimmerung des Zustandes von Frau R. zu erwarten sind, spielt bei der Beurteilung durch das Bundesamt keine Rolle.

Frau R. klagt daraufhin gegen den ablehnenden Bescheid des Bundesamtes mit dem Ziel auf Anerkennung als Asylberechtigte nach § 51 Ausländergesetz (AuslG) und Abschiebehindernissen nach § 53 AuslG.

In einem Beschluss des Verwaltungsgerichts vom 19.08.02, der den Antrag der Klage auf die aufschiebende Wirkung ablehnt, wird Frau R. ebenfalls vorgeworfen, ihr Anliegen nicht **»glaubhaft und substantiiert vorgetragen«** zu haben. Dabei spräche der **»außerordentlich späte Zeitpunkt der Darlegung«** der sexuellen Misshandlungen durch die türkischen Soldaten gegen eine Glaubhaftigkeit. Das Gericht glaubt auch nicht, dass Frau R. an einer PTBS leidet, da sie bereits zwölf Jahre ohne therapeutische Behandlung **»normal«** gelebt habe, berufstätig und Mutter von vier Kindern sei. Und wie das Bundesamt kommt das Gericht zu der Erkenntnis, dass, selbst wenn Frau R. die von ihr geschilderten Misshandlungen tatsächlich erlitten hätte, sie in der Türkei eine inländische Fluchtalternative gehabt hätte. Auch der Einschätzung, dass

es bei einer PTBS eine angemessene Behandlungsmöglichkeit in der Türkei gäbe, schließt sich das Gericht mit Bezug auf einen Lagebericht des Auswärtigen Amtes an. Im übrigen ist das Gericht der Ansicht, **»dass Mängel der Gesundheitsversorgung im Herkunftsstaat zu den allgemeinen Gefahren [...] gehören«** (VG-Beschluss, S.7).

Das Bestehen einer PTBS ist mittlerweile sowohl vom Landeskrankenhaus Lüneburg als auch vom Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer Refugio Bremen bestätigt worden. Eine Entscheidung des Verwaltungsgericht Lüneburg über die Klage steht noch aus. Frau R. lebt bisher weiterhin mit dem unsicheren Zustand kurzfristige Duldungen von der Ausländerbehörde ausgestellt zu bekommen.

z.B. Herr C.

Im Dezember 1997 kam Herr C. nach Deutschland. Er war aus Kamerun geflohen, wo er sich politisch engagierte und sich als Journalist in einer von ihm gegründeten Zeitung kritisch gegenüber dem Regime äußerte. Auf Grund seiner politischen Aktivitäten ist er mehrmals inhaftiert und dabei gefoltert sowie misshandelt worden.

Das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) lehnt seinen Asylantrag jedoch am 29.01.98 als unbegründet ab. Bereits zu dieser Zeit bescheinigt ihm ein Attest vom 28.01.98 eine »floride Psychose wie eine depressive Episode«, und ein weiteres Schreiben seiner Ärztin vom 03.02.98 belegt ein schweres Verfolgungstrauma. Seitdem befindet sich Herr C. in regelmäßiger ambulanter psychiatrischer Behandlung.

Eine Klage gegen den ablehnenden Bescheid des Bundesamt wird vom Verwaltungsgericht Oldenburg am 24.01.02 wegen angeblich widersprüchlicher Aussagen abgewiesen. Auch ein Abschiebungsschutz auf Grund seines Gesundheitszustandes wird nicht zugestanden, da das Gericht der Ansicht ist, dass seine psychische Erkrankung auch in Kamerun behandelt werden könne. Ein Antrag auf Berufung gegen dieses Urteil wurde vom Oberverwaltungsgericht am 04.09.02 abgelehnt, da die »krankheitsbedingten Schwierigkeiten lediglich die Annahme einer allgemeinen Gefahr im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz AuslG zuließen« (Beschluss, 04.09.02).

Daraufhin stellte Herr C. am 02.10.02 einen Asylfolgeantrag, u. a. da sich sein Gesundheitszustand

gravierend verschlechtert hat und er deshalb Abschiebeschutz erhalten müsse. Mit der Begründung, dass er seine Erkrankung schon im ersten Asylverfahren geltend gemacht habe, lehnt das Bundesamt die Durchführung eines weiteren Asylverfahrens ab.

Gegen diesen Bescheid erhebt Herr C. ebenfalls Klage, diesmal mit Erfolg: Das Verwaltungsgericht verpflichtet auf Grund ärztlicher Stellungnahmen des Niedersächsischen Landeskrankenhauses und eines Facharztes für Psychiatrie und Psychologie das Bundesamt, Abschiebehindernisse wegen seines psychischen Zustandes festzustellen.

Gleichzeitig stellt Herr C. vor dem Hintergrund, dass die ärztlichen Stellungnahmen widersprüchliche Aussagen bei den ersten Asylanörungen aufklären und davon ausgehen, dass die psychische Erkrankung von tatsächlich erlittener Folter in Kamerun herrühren, einen weiteren Asylfolgeantrag, mit dem Ziel als politisch Verfolgter anerkannt zu werden. Das Bundesamt lehnt jedoch mit Bescheid vom 07.05.03 die Durchführung eines weiteren Asylverfahrens ab. Begründet wurde dies damit, dass aus den ärztlichen Stellungnahmen nicht hervorgehe,

dass die Ärzte das geschilderte Verfolgungsschicksal als wahr ansähen (obgleich dies in einer der Stellungnahmen ausdrücklich als Ursache der Erkrankung angenommen wird). Zudem seien die Angaben von Herrn C. vage und unsubstantiiert gewesen.

Herr C. klagt nun gegen diesen Bescheid und bekommt abermals Recht. Das Verwaltungsgericht Hannover weist das Bundesamt in einem Urteil vom 04.12.03 an, ihm Abschiebungsschutz nach § 51 Abs. 1 AuslG zu gewähren. Das Gericht hat zuvor als Beweismittel ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Dieses Gutachten bestätigt erneut, dass Herr C. auf Grund der erlittenen Folter und Verfolgung in Kamerun psychisch erkrankt ist, seine widersprüchlichen Aussagen bei der Asylananhörung auf die Krankheit zurückzuführen sind und seine Schilderungen zu den erlebten Misshandlungen und Repressionen glaubwürdig sind. Hinzu kommt, dass auch das Gericht bereits in einer der vorherigen ärztlichen Stellungnahmen eines sozialpsychiatrischen Dienstes die Tatsache bestätigt sieht, dass Herr C. wegen erlittener Folter in Kamerun erkrankt ist.

Am Fall von Herrn C. wird deutlich, wie sehr der erfolgreiche

Ausgang eines Asylverfahrens davon abhängt, dass eine psychische Erkrankung erkannt wird, um dann zu erklären, warum Aussagen zur Verfolgungsgeschichte bei der Asylananhörung widersprüchlich oder »unsubstantiiert« sein können und die Glaubwürdigkeit einer/eines AsylbewerberIn keineswegs in Frage stellen. Gleichzeitig wird deutlich, wie Herr C. 6 Jahre lang einen großen Teil seiner Lebensenergie an den Kampf um sein Aufenthaltsrecht verschwenden musste. Inzwischen ist er dabei, über eine BSHG-Stelle auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

z.B. Herr M.

Einen ebenso erfreulichen Ausgang hat das Asylverfahren der Familie M. genommen. Dies jedoch auch erst nach einem langwierigen und beschwerlichen Gang durch die (Justiz-) Behörden.

Die kurdische Familie war im November 1994, bzw. Herr M. im Oktober 1995 aus der Türkei in die Bundesrepublik geflohen, da Herr M. von türkischen Sicherheitskräften unter Druck gesetzt und misshandelt wurde, damit er sog. »Dorfschützer« werde. Außerdem wurde ihm vorgeworfen, die PKK zu unterstützen. Vor diesem

Hintergrund stellte die Familie Antrag auf Asyl. Das Bundesamt lehnt diesen jedoch im Dezember 1995 ab. Woraufhin die Familie gegen diesen Bescheid klagt. Mit Urteil vom 06.12.96 lehnt das VG Braunschweig die Klage jedoch ab. Dabei wird Herrn M. vorgeworfen, widersprüchliche Angaben bei der Anhörung und bei der schriftlichen Niederlegung seiner Verfolgungsgeschichte gemacht zu haben, die zudem noch im Widerspruch zu den Aussagen seines Sohnes vor dem Bundesamt stünden. Außerdem ist das Gericht der Ansicht, dass in der Westtürkei ausreichend Schutz vor Verfolgung gegeben wäre, da weder gegen Herrn M. noch gegen ein anderes Familienmitglied von Seiten der türkischen Sicherheitsbehörden ein konkreter Verdacht bestünde, die PKK unterstützt zu haben.

Herr M. stellt mit Hilfe seines Anwalts am 15.02.02 einen Asylfolgeantrag. Ein psychotraumatologisches Gutachten, das inzwischen erstellt worden ist, belegt sowohl seine Traumatisierung und daraus resultierend eine chronifizierte PTBS als auch die Glaubwürdigkeit seiner Aussagen zu seinen erlittenen Verfolgungen durch türkische Sicherheitskräfte. Zudem bescheinigt das Gutachten, dass Herr M.

unter dem typischen Symptom der Vermeidung von Auslösereizen (Triggern) leidet, er also das wiederholte Durchleben der erfahrenen Misshandlungen vermeidet. Dies ist gerade angesichts der vorgeworfenen widersprüchlichen Angaben während der ersten Anhörung beim Bundesamt von besonderer Bedeutung. Zudem weist der Anwalt im Asylfolgeantrag darauf hin, dass Herr M. bei der Einreise in die Türkei Gefahr läuft, von den Sicherheitsbehörden wegen seiner Weigerung »Dorfschützer« zu werden sowie des Vorwurfs der Unterstützung der PKK, festgenommen zu werden.

Das Bundesamt lehnt den Folgeantrag allerdings ab. Zum einen ist das Bundesamt der Ansicht, dass Herr M. bei einer Einreise in die Türkei nicht gefährdet sei, da nach den Feststellungen aus dem ersten Asylverfahren Herr M. nicht als Unterstützer der PKK anzusehen sei. Zum anderen hält das Bundesamt die Angaben über seine Traumatisierung nicht für glaubhaft. U. a. wird Herrn M. absurder Weise vorgeworfen, dass das Gutachten ein Privatgutachten und nicht von Amts wegen – also durch das Bundesamt bzw. in einem Klageverfahren durch ein Gericht – in Auftrag gegeben wurde (im Widerspruch

dazu siehe z. B. AZ: 264 6946 -163). Herrn M. bleibt jedoch nichts anderes übrig, als von sich aus ein Gutachten (das er auch noch selbst bezahlen muss) als neuen Beweis einzubringen, wenn nicht die zuständige Behörde es als notwendig betrachtet, selber aufklärendes Material beizusteuern.²¹ Abgesehen davon überzeugt das Gutachten das Bundesamt nicht, denn, so ist im Bescheid zu lesen: **»Der Antragsteller, der sich bereits seit mehr als sechs Jahren im Bundesgebiet aufhält, hatte bisher weder die Traumatisierung noch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen fachärztlichen Behandlung geltend gemacht. Dass er dies kurz vor der für den 28.02.2002 geplanten Abschiebung tut, führt zu der Vermutung, dass hier das Attest ausschließlich erlangt bzw. vorgelegt wurde, um auf Grund der attestierten gesundheitlichen Probleme Rechtsvorteile im Asylverfahren zu erlangen, wobei es nicht unerhebliche Zweifel am tatsächlichen Vorliegen entsprechender Beeinträchtigung**

gen aus dem Nichtdurchführen einer kontinuierlichen Behandlung ergeben [grammatikalische Fehler im Original; Anm.d.Red.]«. Zudem gäbe es adäquate Behandlungsmöglichkeiten in der Türkei.

Gegen diesen Bescheid klagt Herr M. am 25.02.02. Der Anwalt weist darauf hin, dass nach Angaben des Institutes, dass das Gutachten erstellt hat, die Erkennung einer psychischen Erkrankung in Folge eines Traumas nicht ohne weiteres möglich ist, die Erkrankung deshalb nicht vorher erkannt und geltend gemacht wurde. Weiterhin bestätigt das Institut erneut die Glaubwürdigkeit des Herrn M. Das zuständige Verwaltungsgericht hat letztlich mit Urteil vom 13.05.03 das Bundesamt verpflichtet, bei Herrn M. festzustellen, dass er politisch verfolgt ist und ihm somit Abschiebeschutz zu gewähren. Auf Grund des Gutachtens ist das Gericht der Überzeugung, dass die Angaben von Herrn M. zu seiner Verfolgung wegen der Weigerung »Dorfschützer« zu werden und wegen des Vorwurfs der Unterstützung der PKK zutreffen. Daher sei eine asylrechtlich relevante Gefährdung bei einer Rückkehr in die Türkei bei Herrn M. gegeben. Darüber hinaus kommt das Gericht zu dem

21 Hier wird deutlich, in welcher ausweglosen Situation AsylbewerberInnen oftmals gebracht werden: Sieht das Gericht keine Veranlassung, ein Gutachten in Auftrag zu geben (was meist der Fall ist), muss die/der Asylsuchende auf eigene Kosten ein Parteigutachten einbringen, wobei dann wiederum seitens des Gerichts nicht selten der Vorwurf vorgebracht wird, dass das Gutachten parteilich sei.

Schluss, dass wegen der drohenden Verfolgung auch die anderen Familienmitglieder bei einer Wiedereinreise in die Türkei gefährdet seien.

Auch wenn der Fall der Familie M. zu einem guten Abschluss gelangt ist, so wird doch deutlich, welch Unverständnis und auch Willkür im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen beim Bundesamt und z.T. auch bei den Gerichten besteht. Und auch in diesem Beispiel sind sieben mühevollen ungesunden Jahre vergangen.

z.B. Herr T.

Herr T. reiste am 29.04.97 nach Deutschland ein, um einen Antrag auf Asyl zu stellen. Er war als Kurde aus der Türkei vor Repression, die er dort erlitten hatte, geflohen. Sein Asylantrag wurde jedoch abgelehnt. Die Ablehnung wurde durch ein Urteil des Verwaltungsgerichts am 04.01.04 bestätigt. Auch ein am 02.03.00 gestellter Asylfolgeantrag war nicht erfolgreich und wurde ebenfalls rechtskräftig am 31.01.01 durch das Verwaltungsgericht abgelehnt. Daraufhin stellt Herr T. einen zweiten Asylfolgeantrag, in dem er erstmalig eine posttraumatische Belastungsstörung auf Grund erlittener

Folter durch türkische Sicherheitskräfte als auch exilpolitische Tätigkeiten, die sog. Nachfluchtgründe darstellen, angibt. Das Bundesamt lehnt aber auch diesen Antrag ab, da es zum einen die Erkrankung nicht für glaubwürdig hält und somit auch die von Herrn T. geschilderten Misshandlungen nicht für wahr hält, zum anderen seien die exilpolitischen Aktivitäten derart unbedeutend, dass bei einer Rückkehr in der Türkei keine Gefahr der Verfolgung durch die Behörden bestünde.

Gegen diesen Bescheid des Bundesamtes legt Herr T. Klage ein. Das Gericht schließt sich jedoch der Ansicht des Bundesamtes an und lehnt mit Urteil vom 22.04.03 die Klage ab. Das Gericht hält trotz einer Stellungnahme einer Psychologin, die von einer psychischen Erkrankung auf Grund der von Herrn T. geschilderten Folter ausgeht, die Angaben von Herrn T. nicht für glaubwürdig. Insbesondere moniert das Gericht, dass Herr T. erst rund vier Jahre nach den Verfolgungserlebnissen eine psychiatrische Behandlung begonnen hat und seine Erkrankung und die auslösenden Misshandlungen erst im zweiten Asylfolgeverfahren eingebracht hat. Denn: »wenn er tatsächlich unter einer

posttraumatischen Belastungsstörung leiden würde, wäre zu erwarten gewesen, dass er zumindest nach einer ›Eingewöhnungsphase‹ in Deutschland und einer Zeitspanne für die erste ›Verarbeitung‹ der traumatischen Erlebnisse [...] die Behandlung begonnen und diesen für das Asyl- und Abschiebeschutzbegehren offensichtlich wichtigen Umstand auch umgehend in das Verfahren eingeführt hätte«, so das Verwaltungsgericht im Urteil.

Der Richter unterstellt, dass Herr T. das Krankheitsbild simulieren würde: »Es erscheint jedoch zum einen bei dem oft hohen ›Informationsstand‹ von Asylbewerbern über psychische Krankheiten ohne weiteres möglich, dass ein Asylbewerber sich auf derartige Fragen ›vorbereitet‹ und dann in der ›erwarteten‹ Weise antwortet«. Zynisch erscheint der Richterspruch jedoch angesichts der Tatsache, dass er die von Herrn T. beschriebene Folter – unabhängig davon, ob das Gericht den Angaben glaubt – relativiert. Die vermeintlich geringe Schwere und die Art der Folter sei demnach kein Grund, sie aus Scham nicht zu erwähnen. Im Urteil liest sich dies so: »Auch die Art [...] der Folter (Stromstöße u.a. im Genitalbereich) ist kein solcher Grund. Denn die

vom Kläger behauptete Folter ist hinsichtlich des (in jedem Falle von Folter) erniedrigenden Charakters der Gewaltausübung und der Auswirkungen auf die eigene Stellung der Familie und in der kurdischen Gesellschaft nicht vergleichbar mit der besonderen Situation vergewaltigter Frauen und ist auch nicht derart erniedrigend wie manche auch bei Männern angewandte Foltermethoden (im Bereich des Unterleibs)«.

Im Übrigen ist das Gericht der Ansicht, dass inländische Fluchtalternativen in der Türkei bestünden und dass es überdies für traumatisierte Flüchtlinge angemessene Behandlungsmöglichkeiten in der Türkei gäbe. Dass es dazu sowohl von Nichtregierungsorganisationen wie der IPPNW (Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs, Ärzte in sozialer Verantwortung) als auch mittlerweile sogar vom Auswärtigen Amt eine vollkommen andere Einschätzung gibt, scheint das Gericht nicht zu beeindrucken.

z. B. Herr Th.

Zusammen mit seiner Frau ist Herr Th. im Februar 1997 nach Deutschland gekommen. Sie waren als Tamilen aus Sri Lanka geflohen, wo sie mehrfach Miss-

handlungen und Folter erlitten hatten. Zum einen war Herr Th. von der LTTE (Liberation Tigers of Tamil Eelam) mit Gewaltanwendung unter Druck gesetzt worden, Mitglied der LTTE zu werden, zum anderen wurde er von der srilankischen Armee zwei Mal festgenommen und gefoltert, da ihm vorgeworfen wurde, Angehöriger der tamilischen Guerilla zu sein. Auch seine Frau ist in diesem Zusammenhang festgenommen und misshandelt worden.

Der Asylantrag, den Herr Th. in der Bundesrepublik gestellt hat, wird im Oktober 1997 abgelehnt. Auch ein erneuter Antrag an das Bundesamt, Abschiebungshindernisse festzustellen, wird im November 2002 abgelehnt. Gegen diesen Bescheid reicht Herr Th. Klage ein. Mit einem psychiatrischen Gutachten belegt er die Glaubwürdigkeit seiner geschilderten Misshandlungen und Folterungen. Gleichzeitig bescheinigt ihm das Gutachten, dass er an einer posttraumatischen Belastungsstörung als Folge der erlittenen Verfolgungserlebnisse in Sri Lanka leidet. Das zuständige Verwaltungsgericht gibt jedoch dem Bundesamt Recht und weist die Klage im März 2003 ab. Das Gericht hält das eingebrachte Gutachten nicht

für tauglich, da es sich auf widersprüchliche und unglaubwürdige Aussagen von Herrn Th. bei der Anhörung vor dem Bundesamt stütze und zudem die Erkenntnisse eines behandelnden Psychologen missachte. Dieser hat in einer Stellungnahme festgestellt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung **»sehr schwer – wenn nicht gar unmöglich – festzustellen«** sei, da die Depressionen und die Angst vor einer Abschiebung seinen psychischen Zustand beherrschen würden. Bundesamt und Gericht schließen daraus, es läge keine PTSB vor und interpretieren die Stellungnahme sehr »frei«, indem sie behaupten, die »psychische Krise« von Herrn Th. resultiere allein aus der Angst vor einer Abschiebung. Die Tatsache, dass eine sinnvolle Diagnose und Therapie nur in einem sicheren Umfeld, also auch einem sicheren Aufenthaltsstatus möglich ist, wird Herrn Th. nun zum Nachteil ausgelegt.

Eine weitere Folge dieser sehr »freien« Interpretation der ärztlichen Stellungnahme und der In-Frage-Stellung des psychiatrischen Gutachtens ist die, dass das Sozialamt die Behandlungskosten einer Therapie nicht übernehmen will, da ja eine PTSB nicht bescheinigt und die Notwendigkeit einer Be-

handlung somit nicht gegeben sei. Wenn nun aber keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, so könne eine Behandlung der »**übrigen Erkrankungen**« auch in Sri Lanka erfolgen, so die Einschätzung des Gerichtes.

Die Ausländerbehörde drängt nun seitdem auf eine Ausreise von Herrn und Frau Th. sowie ihrer zwei – inzwischen in der Bundesrepublik geborenen – Töchter. Der gesundheitliche Zustand von Herrn Th. hat aber eine kontinuierliche Therapie notwendig gemacht, die durch eine Ausreise abgebrochen werden würde. Ob eine Behandlung in Sri Lanka sowohl von der Versorgungsstruktur als auch aus Gründen der Gefahr einer Retraumatisierung überhaupt möglich ist, ist dabei noch gar nicht berücksichtigt worden. Während im Falle einer drohenden Abschiebung sowohl der behandelnde Arzt auf die Gefahr von Rückfällen und (auto)aggressiven Impulsdurchbrüchen hinweist, als auch in der oben genannten ärztlichen Stellungnahme »**suizidale Handlungen**« befürchtet werden, so dass für stabilisierende und schützende Bedingungen ein Verbleib in Deutschland vordringlich sei, ist der von der Ausländerbehörde beauftragte Amtsarzt der Meinung, dass

eine »**sofortige Ausreisefähigkeit ohne Einschränkungen**« gegeben sei.

Hinzu kommt, dass bei einer der Töchter eine Reisekrankheit vorliegt, die nach Aussage der Kinderärztin nicht ausreichend medikamentös zu behandeln ist, so dass sie eine längere Reise nicht durchhalten kann.

Die Ausländerbehörde hält jedoch nach wie vor eine Ausreise der Familie für zumutbar. In einem Schreiben der Behörde an den Anwalt heißt es dazu: »**Als Ausländerbehörde habe ich daher nur noch zu prüfen, ob ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis vorliegt. Da heute selbst Intensivpatienten mittels eines Flugzeuges transportiert werden, ist auch im Falle Ihres Mandanten eine adäquate Rückführung auf dem Luftwege möglich**«. Zum einen wird aus diesem Zitat die gesamte Behördenlogik deutlich: Die Ausländerbehörde zieht sich gänzlich auf ihren Zuständigkeitsbereich zurück und versucht, sich so der weiteren Verantwortung für das Schicksal von Menschen, deren Abschiebung sie organisiert, entledigen zu wollen. Zum anderen wird aber mit der Aussage der Ausländerbehörde auch auf den Punkt gebracht, was die Bescheinigung von sog. »Reisefähigkeit«

letztlich bedeutet: Nämlich ausschließlich die Frage, ob ein Mensch, der abgeschoben wird, die Reise überlebt.

Inzwischen ist ein zweites Gutachten bei einem Professor der Medizinischen Hochschule erstellt worden, das die Ergebnisse des ersten Gutachten bestätigt und davon ausgeht, dass eine PTSB vorliegt, deren Ursache in den von Herrn Th. geschilderten Verfolgungserlebnissen liegt. Dabei sei es durch die seit längerer Zeit drohende Abschiebung zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen. Eine erzwungene Ausreise würde laut Gutachten sicher zu einer Retraumatisierung führen. Die Gutachter kommen zu der Feststellung, dass die Angaben von Herrn Th. glaub-

würdig seien. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang der folgende Hinweis im Gutachten: »Die in der juristischen Literatur und in der Rechtsprechung regelhaft vollkommene Einschätzung, dass die wahrheitsgemäße Schilderung eines realen Vorganges durch Konkretheit, Anschaulichkeit und Detailreichtum gekennzeichnet seien, lässt sich nach heutigen psychologischen und neuropsychologischen Forschungserkenntnissen nicht halten. Traumatisierte Personen mit klinisch relevanter Pathologie lassen sich im Gegenteil dazu eher daran erkennen, dass sie vermeiden, über ihre Erlebnisse zu berichten und, wenn sie darüber sprechen, dann unzusammenhängend und fragmentiert; mehr in sensorischen Eindrücken als in kohärenten Schilderungen«.

Anforderungen an den Umfang der ärztlichen Feststellungen bei Traumatisierungen

3.2.5

Häufige Auseinandersetzungen um die Anerkennung von Gutachten über traumatisierte Menschen drehen sich um die Frage der Standards und damit der Aussagefähigkeit sowie wissenschaftlichen Korrektheit, nach denen Gutachten erstellt werden. Um Klarheit zu haben, hat die Projektgruppe »Standards zur Begutachtung traumatisierter Menschen« (SBPM), bestehend aus ÄrztInnen und PsychologInnen, eben solche Standards²² entwickelt, nach denen Gutachten möglichst erstellt werden sollten. Im nachfolgenden

Beitrag von Dr. Gierlichs, der Mitinitiator der Projektgruppe SBPM ist, wird der Hintergrund und die Aufgabe der Projektgruppe erläutert.

In Ergänzung dazu dokumentieren wir einen Artikel aus »Der Einzelentscheider« von Januar 2004, der sich auf ein Urteil bezieht, aus dem deutlich wird, wie schnell der Vorwurf der Parteilichkeit seitens der/des GutachterIn entstehen kann. Die Einhaltung gewisser Standards gibt daher die Möglichkeit, diesem Vorwurf zu begegnen.

Standards für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen bei Flüchtlingen

3.2.5.1

■ *Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs*

Zum Hintergrund

Nach der Verschärfung des Asylrechts 1993 wurden Asylanträge vermehrt abgelehnt. Eine im Verlauf der Jahre erheblich zunehmende Anzahl verfolgter und häufig traumatisierter Flüchtlinge versuchte daraufhin, über die Fest-

stellung gesundheitlicher Abschiebehindernisse Abschiebeschutz zu erreichen. Da Ärzte- und Psychologenkreise allmählich für psychische Traumatisierungen und ihre Folgen sensibilisiert worden waren, kam es vermehrt zu Attesten über Traumastörungen. Die auffällige Zunahme von Anträgen und Bescheinigungen missfiel den Behörden, die von Simulation und Ge-

²² Im Internet als PDF-Datei u. a. unter: www.nds-fluerat.org/projekt/gesund/

fälligkeitsattesten ausgingen. Die Anforderungen an den Nachweis von Traumatisierungen wurden schon seit Mitte der 90er Jahre allmählich hochgeschraubt, während Reisefähigkeitsgutachten, die kurz und auf eine eingeschränkte Fragestellung fokussiert sind, nicht nur akzeptiert, sondern sogar zunehmend gefördert wurden.

In dieser Situation begann die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Behandlungszentren für Folteropfer BAFF 1995/96 mit Kontakten zu Behörden, 1996/97 mit der Fortbildung von Einzelentscheidern und Behördenmitarbeitern und 1999/2000 mit der Ausarbeitung von »Richtlinien für die Untersuchung von Flüchtlingen«. 2000/01 erschien als Band 7 der Schriftenreihe »Asylpraxis« des Bundesamtes der Versuch einer Annäherung der Standpunkte zum Thema Traumatisierung. Lösel und Bender sowie Lindstedt legten ihre unterschiedlichen Überlegungen zu Anforderungen an Gutachten ausführlich dar. Im April 2001 fand eine Fachtagung in Nürnberg zum Thema Traumatisierte Flüchtlinge statt, deren Ergebnis im Band 9 der Asylpraxis zusammengefasst und interessanterweise nicht gedruckt, sondern nur im Internet veröffentlicht wurden.

Bundesamt, Gerichte und Behörden schränkten bald darauf die sich einige Zeit lang andeutende Kooperation mit den Behandlungszentren aus Angst vor »Missbrauch« wieder zunehmend ein. Man suchte »objektive« Nachweismethoden für Traumatisierungen, betrachtete »subjektive« Atteste und Stellungnahmen als unzuverlässig und nicht nachprüfbar, akzeptierte aber andererseits weiterhin unzureichende Abschiebegutachten.

Um dieser Entwicklung unterschiedlicher Maßstäbe entgegenzutreten, stellte im Dezember 2001 die Arbeitsgruppe SBPM einen Entwurf von allgemeingültigen Standards für die Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren fertig. Dieser wurde bis April 2002 mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Bundesärztekammer abgestimmt, die Standards wurden im Mai 2002 veröffentlicht.

Gegenwart

Die Standards wurden nur für Gutachten erstellt, und sind für die als »Gutachten« bezeichneten oft unzureichenden Reisefähigkeits- bzw. Flugreisetauglichkeitsbescheinigungen und für Partei- und Gerichtsgutachten in ausländerrechtlichen Verfahren gedacht. Sie sind

nicht für fachärztliche oder psychologische Atteste, Bescheinigungen und Stellungnahmen von niedergelassenen KollegInnen gedacht, deren Aufgabe eine ganz andere ist als die der Gutachten: sie sollen fundierte Hinweise liefern, die Gerichte und Behörden im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht bei Zweifel ggf. mit Gutachten zu überprüfen haben.

Die Standards weisen darauf hin,

- dass psychische Traumatisierungen mit einer ausreichenden Zuverlässigkeit gutachterlich verifiziert (oder ausgeschlossen) werden können,

- dass hierzu aber eine entsprechende Qualifikation der Untersucher notwendig ist. Ihr Erscheinen regte die Diskussion an und bewirkte eine erhebliche weitere Sensibilisierung für das Thema politisch bedingter psychischer Traumatisierung.

Die Standards sind keineswegs Ausgangspunkt oder Ursache zunehmend erhöhter Anforderungen an Stellungnahmen. Die Entwicklung hierzu begann lange zuvor. Natürlich wurden sie im Rahmen dieser vorbestehenden Entwicklung auch instrumentalisiert. Dies schränkt ihren Wert nicht ein.

Wir, die Mitglieder der Arbeitsgruppe SBPM, versuchen, in der

aufgeheizten Diskussion der Asyl- und Ausländerpolitik, deren Medialisierung wir als hochproblematisch erleben, den jetzt betroffenen Flüchtlinge zu helfen, indem wir dem Misstrauen vieler Politiker und Richter als Fachleute entgegenreten mit dem Ziel, sie entweder zu überzeugen oder zumindest ihre Begründungen zu erschweren.

Wir haben die fachlich fundierte Argumentation auf dem Boden wissenschaftlicher Recherche zum Thema gewählt als einen Versuch zur Versachlichung des Themas.

Wir suchen & sichten Material

- Zur Häufigkeit von Traumatisierungen bei Flüchtlingen
- Zur Methodik der Diagnostik und Abgrenzung von Traumatisierungen (forensisch aussagepsychologisch oder klinisch)
- Zu notwendigen Faktoren für die Stabilisierung von Traumastörungen
- Zur Frage der Behandelbarkeit von Traumatisierungen im Heimatland
- Zu den Ursachen für späte Aussage, langes Schweigen, Gedächtnisphänomene
- Zu Auswirkungen des Asylverfahrensablaufs für die Erkennung von Traumatisierungen

Wir veröffentlichen und vernetzen uns mit Wissenschaft-

lern, zur Frage der Auswirkungen einer Abschiebung wurde eine Stellungnahme der wichtigsten wissenschaftlichen psychotherapeutischen Fachgesellschaften erreicht.

Wir betreiben Fortbildung für KollegInnen, die auch im Interesse der Flüchtlinge notwendig ist. Es gibt viele unzureichende kontraproduktive Atteste und Bescheinigungen. Eine psychoreaktive Traumastörung, die ja PTSD weit überschreiten kann und bei den meist chronifizierten Störungen der Flüchtlinge in der Regel überschreitet, zu erkennen, bedarf einiger Kenntnisse. Sie für Behörden und Gerichte nachvollziehbar zu diagnostizieren und zu beschreiben, bedarf weiterer Kenntnisse. Eine vernünftige Bescheinigung ist nicht sehr aufwendig, sie muss nur nachvollziehbar sein. Wir haben relativ einfache Mindestanforderungen für Stellungnahmen und Bescheinigungen ins Internet gestellt über Flüchtlingsratseiten.

Wir referieren auf interdisziplinären Tagungen mit Richtern, Behörden etc., wohl wissend, wie schwierig es ist, Vorurteile zu überwinden.

Wir arbeiten in politischen Gremien und fordern Änderungen im Asylverfahren, u.a. eine

frühzeitige ärztlich-psychologische Untersuchung durch fortgebildete Kollegen. Wir weisen darauf hin, dass die Prognose von Traumastörungen nur nach frühzeitiger Stabilisierung günstig ist, dass hierzu äußere Sicherheit, Akzeptanz, Arbeit und die Möglichkeit einer sinnvollen Lebensplanung wichtiger sind als isolierte Psychotherapie. Wir betonen immer wieder, dass die jetzige Asylgesetzgebung und -praxis die Flüchtlinge kränker macht und weiter traumatisiert, wohl wissend, dass wir oft auf taube Ohren stoßen.

Ein Mitglied unserer Arbeitsgruppe arbeitet in der **AG Rückführung** von IMK / Bundesärztekammer mit, die einen Kompromiss in der Untersuchung auf Flugreisetauglichkeit sucht.

Wir haben in Berlin eine **Anerkennung** der nach unseren Standards fortgebildeten Gutachter in einer Vereinbarung Senat-Kammern (Ärzte und Psychologen) erreicht. Insgesamt betreiben wir eine mühsame, aber auch lohnende Arbeit.

*Kontakt: Dr. H. W. Gierlichs
Facharzt für innere Medizin, Facharzt
für Psychotherapeutische Medizin,
Psychoanalyse,
Habner Str. 29, 52076 Aachen*

Rechtsprechung zu Traumatisierung als Abschiebungshindernis

»Erstmals im Berufungsverfahren betrieß sich ein 1994 eingereister türkischer Folgeantragsteller auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Hierzu legte er eine aktuelle ärztliche Stellungnahme eines Psychotherapeuten vor. Das OVG²³ NW hörte diesen Psychotherapeuten als sachverständigen Zeugen.

Auch unter Berücksichtigung der ärztlichen Stellungnahme verneinte das Gericht das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses nach § 53 VI AuslG²⁴. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine PTBS des Klägers. Das Gutachten des sachverständigen Zeugen belege dies jedenfalls nicht. Aus ihm ergebe sich lediglich, dass der Kläger den Zeugen aufgesucht und über Angst und Depression geklagt sowie dies auf entsprechende Fragen des Zeugen hin mit seinem angeblichen Verfolgungsschicksal begründet habe, dem im Asylverfahren kein Glaube geschenkt worden sei. Die Feststellungen des Zeugen unter den Punkten »psychischer Befund«,



»Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)« und »Beurteilung« beruhen auf den von ihm nicht weiter überprüften und möglicherweise auch nicht überprüfbaren Angaben des Klägers. Einer solchen Bewertung stehe nicht die Behauptung des Zeugen entgegen, man könne ihm als gerade in Fragen posttraumatischer Belastungsstörungen erfahrenem Arzt nichts vorspielen. Es möge sein, dass das vom Zeugen während der Gespräche beobachtete Verhalten (Konzentrationschwäche, dissoziatives Verhalten, eingekauertes Sitzen und Ähnliches) sich mit den Angaben des Klägers zu einer Angst- und Depressionssymptomatik decke. Daraus folge aber keineswegs, selbst wenn es kein vorgespieltes Verhalten gewesen sei, dass der Kläger an einer

23 OVG: Oberverwaltungsgericht

24 Urteil vom 04.11.2003 – 15 A 5193/00.A.

psychischen Erkrankung leide. Allenfalls ergebe sich, er sei traurig, pessimistisch, interessen- und lustlos, verspüre ein Freudlosigkeit und leide an Antriebsminderung. Dies seien psychische Zustände, die ohne krankhafter Natur sein könnten, etwa wegen der drohenden Abschiebung nach der Erfolglosigkeit seines Asylbegehrens.

Eine PTBS habe der Zeuge nur deshalb attestieren können, weil er jenseits des beobachteten Verhaltens des Klägers dessen Angaben über traumatisierende Erlebnisse und Krankheitssymptome, die in Form der Darstellung und Eigenanamnese des Befundes und der Beurteilung den allergrößten Teil des Gutachtens ausmachten, unkritisch geglaubt habe. Der Zeuge habe ausgeführt, er müsse sich auf das verlassen, was der Patient ihm mitteile. Als Arzt gehe er davon aus, dass der Patient ihm die Wahrheit sage, bis das Gegenteil bewiesen sei. Er gehe anders als ein Richter an diese Fragen heran. Wenn man einen Patienten nicht glauben wolle, wäre die Praxis am nächsten Tag leer. Es bestehe ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt; ohne Vertrauen könne man diesen Beruf nicht ausüben. Eine solche Herangehensweise, so das OVG

NW, möge aus Sicht eines Arztes richtig sein, zu dem ein Patient mit der Bitte um Behandlung komme. Sie sei aber schon vom Ansatz her untauglich, um eine Krankheit objektiv festzustellen. Es könne nicht außer Acht gelassen werden, dass der Kläger ein Interesse an deren Feststellung habe, um die Abschiebung zu verhindern. Für denjenigen, der das Vorhandensein einer psychischen Krankheit objektiv festzustellen habe, dürfe es deshalb das bedingungslose Vertrauen in die Angaben des Patienten bis zur Feststellung des Gegenteils gerade nicht geben. Erschwerend komme hinzu, dass sich der Kläger erst nach acht Jahren nach dem Verlassen der Türkei in ärztliche Behandlung begeben habe und zwar erst als ein Asylbegehren endgültig erfolglos geblieben, sein Folgeantrag abgelehnt und die Klage dagegen erstinstanzlich abgewiesen worden sei.

Hans-Dieter Zunker, 413

Helmut Neuen, M. 35«

*Aus: Der Einzelentscheider-Brief,
Jan. 04 (regelmäßig erscheinende
Veröffentlichung, die sich v. a. an die
EinzelentscheiderInnen im Bundesamt
für Migration und Flüchtlinge richtet;
Anm. d. Red.)*

»Die vorliegenden ärztlichen Bescheinigungen entsprechen nicht den Kriterien des ICD-10. Ein geeignetes Gutachten hat im methodischen Vorgehen und in der Darstellung den Prinzipien der Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gehorchen. Die Befundtatsachen müssen zunächst getrennt von ihrer Interpretation dargestellt werden. Erforderlich ist dabei auch eine Verschriftlichung des Explorationstextes, da nur auf dieser Grundlage eine sorgfältige inhaltsanalytische Bearbeitung möglich ist. Ein bloß zusammenfassender Bericht reicht nicht aus. Wesentlicher Bestandteil der Begutachtung ist die inhaltliche Analyse der vom Arzt selbst erhobenen Aussage in Bezug auf das Vorliegen und den Ausprägungsgrad von Glaubhaftigkeitsmerkmalen. Diese Aussageanalyse darf nicht schematisch erfolgen, etwa in dem Sinne, dass eine bestimmte Anzahl festgestellter Glaubhaftigkeitsmerkmale schon den Schluss auf eine glaubhafte Aussage zulasse. Vielmehr muss die Ausprägung der Glaubhaftigkeitsmerkmale in einer Aussage in Bezug gesetzt werden zu den individuellen Fähigkeiten und Eigenarten eines Patienten.

Im ärztlichen Gutachten ist eine Konstanzanalyse, eine Kompetenz-

analyse und eine Motivationsanalyse vorzunehmen und in einem detaillierten Gutachten darzulegen.

Diesen Vorgaben wurden die vorgelegten ärztlichen Aussagen in keiner Weise gerecht. Damit gilt es weiterhin festzustellen:

- dass nicht zu erkennen ist, auf welche Grundlage die Ärzte zu dem Ergebnis gekommen sind, dass bei dem Antragsteller eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt
- dass selbst wenn jedoch von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen sein sollte, sich auch daraus noch kein Grund zum Wiederaufgreifen des Verfahrens ergibt, da die vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen auch hinsichtlich des zwingenden Erfordernisses gemäß einer Entscheidung nach § 53 Abs. 6 AuslG. unzureichend sind.
- Auch wird nicht deutlich – wie ebenfalls erforderlich – warum sich bei dem Antragsteller, der sich seit Februar 1997 in Deutschland aufhält, erst nach Jahren eine entsprechende traumatische Belastungsstörung entwickelt haben soll.

Soweit fachärztlicherseits erwartet wird, dass man der Behörde doch noch einmal eine verlässlichere Abklärung abverlangt, vermag diese nicht nachvollzogen werden. Wer,

wenn nicht ein den Patienten seit Jahren mitbehandelnder Facharzt sollte in der Lage sein, die tatsächlichen Grundlagen für die Entscheidungskraft dank besonderer Sachkunde zu vermitteln?

Daneben ist aber auch anzumerken, dass nach hier vorliegenden Erkenntnissen für den Fall der Notwendigkeit von einer weiterführenden Behandlung des Antragstellers in seinem Heimatland ausgegangen werden kann. Da es erst nach Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts unerheblich ist, welche Ursache der im Herkunftsland bestehenden Gefahr zu Grunde liegt (BverwG, Urteil vom 25.11.1997; Az.: 9 C 58, 96 m. w. N., BverwGE 105, 383–388). Im Fall des Antragstellers läge daher nur dann eine konkrete Gefahr vor, wenn der Antragsteller dartun könnte, dass in seinem Fall die Nichtbehandlung der psychischen Erkrankung dazu führen würde, ihn gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen auszuliefern. Denn in diesen Fällen ist von Verfassung wegen (vgl. Art. 1 Abs. 1, 2 Abs. 2 Satz 1 GG) eine Einzelfallentscheidung geboten und Abschiebungsschutz nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG zu gewähren (vgl. BverwG, Urteil vom 25.11.1997,

Az.: 9 C 58.96, EZAR 043 Nr. 27). Bezogen etwa auf posttraumatische Belastungsstörungen bedeutet dies, dass sich aus dem fachärztlichen Gutachten ergeben müsste, dass die Nichtbehandlung zur Zerstörung der Persönlichkeit oder zur Suizidgefahr führt. Hierfür ist jedoch aus den vom Antragsteller vorgelegten Unterlagen nichts ersichtlich.«

VG Sigmaringen, Urteil v. 8.10.2003 – A 7 K 12635/02 – (7 S., M 4578)

»Nach § 55 Abs. 4 AuslG ist unter dem Gesichtspunkt der rechtlichen Unmöglichkeit der Abschiebung in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ein Duldungsgrund anzunehmen, wenn die Abschiebung als solche bei dem von der Zwangsmaßnahme betroffenen Ausländer mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit zu einem Gesundheitsschaden führt bzw. einen vorhandenen Gesundheitsschaden weiter verfestigt. Denn aus dem Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, wonach jeder das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat, folgt eine umfassende Schutzpflicht des Staates, die in Bezug auf eine beabsichtigte Abschiebung zu beachten ist. Zwar muss einerseits die Ausreisepflicht des Ausländers durchgesetzt werden, doch ist andererseits

gesundheitlicher Schaden von dem Ausländer abzuwenden (vgl. zur Schutzpflicht bei Abschiebungen BverfG, Kammerbeschluss v. 26.02.1998, InfAuslR 1998, 241; VGH Bad.-Württ., Beschluss v. 07.05.2001 – II S 389/01–, AuAs 2001, 174ff). Eine Abschiebung, die als solche eine erhebliche konkrete Gefahr für den Gesundheitszustand des Ausländers bedeutet, hat zu unterbleiben. Es muss das ernsthafte Risiko bestehen, dass unmittelbar durch die Abschiebung der Gesundheitszustand des Ausländers wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtert wird. Die Abschiebung muss den Ausländer krank oder kränker machen (vgl. Beschluss VGH Bad.-Württ. a. a. O.)

Insoweit macht der Antragsteller geltend, er könnte derzeit aufgrund seiner gesundheitlichen Situationen nicht in sein Heimatland zurückkehren. Mit einem ›Psychiatrisches Gutachten‹ überschriebenen Schreiben vom 22.04.2004 wird dem Antragsteller durch Herrn Dr. med. K. Xxxxx nach ›neuropsychiatrisch wiederholter erfolgter Exploration‹ bescheinigt, dass er an einer ›posttraumatischen Belastungsstörung (ICD F 43.1) als Folge seiner militärischen Konflikte‹ leide. Daneben bestehe eine psychoreaktive abnorme Persön-

lichkeitsentwicklung (ICD F 62.0), die durch Depressivität und Ängstlichkeit (ICD F 43.0) zusätzlich verstärkt werde. Er gehöre zu jenen traumatisierten und depressiv-ängstlich Erkrankten, welche ›neuropsychiatrischerseits‹ einer besonders intensiven und langfristigen Behandlung mindestens noch für die Dauer der nächsten zwei bis drei Jahre bedürfen. Der Behandlungsplan sehe vor, dass der Antragsteller neben der eingeleiteten allmonatlich Pharmakotherapie sich zu eingehenden therapeutischen Gesprächen vorstelle. Der Antragsteller sei psychisch derart destabilisiert, dass eine erzwungene Rückkehr nicht ohne gesundheitliche Folgen beachtlichen Ausmaßes bleiben würde. Es müsse eine Erlebnisreaktion, ja Suizidimpulse, befürchtet werden. Wegen der Zuspitzung der seelischen Dekompensation bis hin zu abnormen psychopathologischen Phänomenen sei er reiseunfähig. Mit gleichlautenden weiteren ›gutachterlichen Äußerungen‹ vom 27.09.2002, 10.01.2003 und 12.03.2003 des Dr. K. Xxxxx wird dargelegt, dass sich der Zustand des Antragstellers nicht wesentlich gebessert habe. Es müsse weiterhin mit den bereits beschriebenen Phänomenen gerechnet werden. Auch sei er weiterhin ›reise-

und fluguntauglich. Diese Ausführungen sind nicht geeignet, die Voraussetzungen einer Duldung gemäß § 55 Abs. 4 AuslG zu begründen.

Die Abschiebung des Antragstellers ist weder aus tatsächlichen noch aus rechtlichen Gründen i. S. d. § 55 Abs. 4 AuslG unmöglich. Der Antragsteller ist bestandskräftig ausreisepflichtig. Denn weder aus dem Vortrag des Antragstellers noch aus den gutachterlichen Äußerungen des Dr. K. Xxxxx ist erkennbar geworden, dass bereits der Vorgang der Abschiebung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem gesundheitlichen Schaden des Antragstellers in Form einer weiteren Verfestigung der Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung führen wird, denn das tatsächliche Vorliegen der Erkrankung ist bereits nicht nachvollziehbar glaubhaft gemacht worden. Das Gericht kann in der Regel mangels hinreichender eigener Sachkunde ärztliche Atteste bzw. Gutachten nicht von sich aus als nicht aussagefähig einstufen. Hier liegt allerdings eine Situation vor, die eine solche Schlussfolgerung rechtfertigt.

Bei der ›posttraumatischen Belastungsstörung‹ handelt es sich um ein komplexes psychisches Krankheitsbild, in dessen Mittelpunkt ein inner-

psychisches Erleben steht, das einer objektiven Befunderhebung in den meisten Fällen nicht zugänglich ist. Es kommt nach Ansicht des Gerichtes deshalb entscheidend auf die Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit eines geschilderten inneren Erlebens und der zu Grunde liegenden faktischen äußeren Erlebnistatsachen an, die sich mit dem objektiv gezeigten Verhalten des Betroffenen nach der Einreise in das Bundesgebiet nicht in einen eklatanten Widerspruch stellen dürfen. Der Eigenart der geltend gemachten posttraumatischen Belastungsstörung entsprechend, müssen bestimmte Anforderungen an das ärztliche Vorgehen, die ärztliche Diagnostik und die ärztliche Therapie, welche von vornherein nur Fachärzte für Psychiatrie oder psychotherapeutischen Medizin erfüllen können, gefordert sein. Auch erfordert die Komplexität des Krankheitsbildes einen längeren Zeitraum der Befassung des Arztes mit dem Patienten, so dass regelmäßig erst nach mehreren Sitzungen über einen längeren Zeitraum eine tragfähige Aussage zur Traumatisierung möglich erscheint. (vgl. VG Osnabrück, Urteil v. 02.12.2002 – 5 A 179/02 –, S. 5).«

VG Frankfurt / Main, Urteil v. 05.06.2003 – 2 G 1982/03

Aktuell wird ein Streit darüber ausgetragen ob denn Psychiater überhaupt in der Lage seien PTBS zu diagnostizieren. So schreibt die Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung aus Braunschweig unter Bezugnahme auf einen Artikel von Kindt und Ebert »Die posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren« in den Verwaltungsblättern für Baden-Württemberg (2004, S. 41–45): »Für die Diagnose einer PTB muss ein Trauma nachgewiesen sein, d.h. keine PTB ohne Trauma. Anders ausgedrückt heißt dies, dass auch beim Vorliegen aller Symptome einer PTB eine solche nur dann diagnostiziert werden kann, wenn auch ein entsprechendes Trauma vorhanden war, bzw. nachgewiesen ist. Aus den Symptomen kann nicht rückgeschlossen werden, dass ein Trauma stattgefunden hat. Die Symptome einer PTB können auch ohne stattgehabtes Trauma oder im Rahmen einer anderen Erkrankung geäußert werden. Aus dem Nachweis einer Folge, in diesem Fall der PTB-Symptomatik, kann nicht auf die Existenz der Ursache, in diesem Fall des Traumas, geschlossen werden. Für den Gutachter bedeutet dies, dass er nur eine PTB diagnosti-

zieren kann, wenn auch ein Trauma nachgewiesen ist. Da gerade dies in Asylverfahren oft strittig ist, muss in jedem Gutachten die Einschränkung ersichtlich sein, dass die Diagnose einer PTB nur gilt, wenn vom Gericht o.ä. (nicht vom Gutachter) nachgewiesen bzw. wahrscheinlich gemacht werden kann, dass das behauptete Trauma stattgefunden hat« (BAfI Az - 26 43 7 16 - 163).

Dem entgegen Dr. Ferdinand Haenel und Dr. Angelika Birk vom Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin in einer ausführlichen Stellungnahme, die wir ebenfalls in Ausschnitten zitieren:²⁵

»Dabei wird übersehen, dass das Fehlen von Beweisen oft ein Charakteristikum von traumatischer Gewalt ist (sexuelle Übergriffe in der Kindheit und Folter geschehen in der Regel heimlich und ohne die Möglichkeit, sie anhand eines Außenkriteriums nachzuweisen). In diesem Kontext für die Diagnostik den Nachweis eines traumatischen Ereignisses zu fordern, verkennt klinische Mög-

²⁵ Wie andere von uns genannte Dokumente kann auch diese Entgegnung im Volltext bei der Interdisziplinären Beratungsstelle Gesundheit angefordert werden.

lichkeiten und birgt weitreichende Konsequenzen in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren für Antragsteller oder Kläger.

[...] können Symptome der Kriterien B bis F der PTBS nach DSM IV immerhin ein Indiz dafür bieten, dass in der Vorgeschichte ein traumatisches Ereignis stattgefunden haben kann. Wenn nun die betroffenen Personen neben diesen Symptomen dazu noch über traumatische Erfahrungen berichten, so hat doch der Kliniker anhand der Art und Weise, wie darüber berichtet wird und anhand des sich während der Begutachtung möglicherweise an bestimmten Stellen verändernden psychopathologischen Befundes weitere Indizien dafür, inwieweit die Symptomatik mit der vorgeblichen Vorgeschichte in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden kann oder nicht. Hinweise hierfür liefern einmal die affektiven Konnotationen und/oder Vermeidungen unter der Schilderung traumatischer Erfahrungen (sehr schön beschrieben bei Leonhard & Foerster, 2004)

[...] die aktuelle wissenschaftliche Diskussion [erstreckt sich vielmehr, d. V.] über mögliche organische Korrelate dieser klinischen Beobachtungen. So wurden bei Patienten mit

chronischer PTBS Durchblutungsänderungen in bestimmten Hirnregionen, wie des die Affektlage bestimmenden Mandelkerns (Amygdala) und die zentralen Gedächtnisregion (Hippocampus) sowie auch Veränderungen bestimmter hormoneller Regelkreise bei Patienten mit chronischer PTBS festgestellt. Eine schöne und kurze Übersicht über den aktuellen Forschungsstand und Literaturnachweis bietet der Beitrag von M. Berger und J. Angenendt in der Fortbildungsreihe der Bundesärztekammer Band 27, 2003 [...]«

»Glaubwürdigkeitsbeurteilung bei traumatisierten Flüchtlingen

■ *RAin Theresia Wolff*

[...]

Auswirkungen einer Traumatisierung auf das Aussageverhalten

Bezüglich der Auswirkungen einer Traumatisierung auf das Aussageverhalten greifen die Gerichte häufig auf einschlägige fachwissenschaftliche Veröffentlichung zurück.

Das VG München fasste die entsprechenden Erkenntnisse dahingehend zusammen, dass es vielen Folteropfern aufgrund der erlittenen Traumatisierungen nicht möglich sei, in jedem Fall einen widerspruchs-

freien, in sich schlüssigen und folgerichtigen Vortrag über das Geschehene zu geben. Bekannt sei, dass viele Folteropfer überhaupt nichts aussagen könnten oder wollten, weil das Bestreben das Erlittene im Sinne einer totalen Verdrängung zu bewältigen, übermächtig sei. Bekannt sei weiterhin, dass viele Opfer von unmenschlichen Misshandlungen, insbesondere von Vergewaltigungen, eine ungeheure Scham empfinden und auch deshalb ihre Möglichkeiten, das Geschehene darzustellen, begrenzt oder beschränkt sehen. (VG München, Urteil vom 05.05.1998 – M 21 K 96.53206 –)

[...]

Ein Beispiel für die Berücksichtigung der besonderen Belastung, die speziell die Anhörungssituation vor dem Bundesamt für einen traumatisierten Asylbewerber bedeuten kann, gibt ein Urteil des VG Hannover, das im Falle eines jungen Sri Lankers als nachvollziehbar ansah, dass es zu ›Ausfällen‹ bei der Anhörung kam, weil ihn die Situation an die Verhöre in Sri Lanka und die dort erlittenen Misshandlungen erinnern mussten. Diese Erinnerung hätte nur bei einer sensiblen Befragung vermieden werden können. Das Gericht legte – gestützt auf die Zeugenaussa-

gen zweier Personen, die den Kläger zur Anhörung begleitet hatten – dar, die Realität bei der Anhörung habe anders ausgesehen. Der Kläger habe zunächst keine Gelegenheit erhalten, seine Erlebnisse zusammenhängend darzulegen. Außerdem sei er auch nicht zuerst nach den Ereignissen in Sri Lanka befragt worden, sondern über seinen Aufenthalt in Moskau. Seinem Bruder sei, als er intervenieren wollte, angedroht worden, er müsse den Raum verlassen. Dies stellte zur Überzeugung des Gerichts eine nicht nachvollziehbare und auch nicht entschuld bare Vorgehensweise bei der Anhörung dar, die bei einem jungen Menschen, der in seinem Heimatland gefoltert worden sei, zu starken psychischen Belastungen führen müsse, die die ›Ausfälle‹ des Klägers erklärlich machten (VG Hannover, Urteil vom 01.02.2001 – 4 A 6306/98 –, 13 S., M0425; vgl. hierzu auch VG Magdeburg, Urteil vom 27.03.2001 – 7 A 142/00 –, 9 S., M0842: ›panische Angst vor Uniformen und Behörden‹). [...]

*Aus: Asylmagazin 7-8/2002,
S. 11 ff.*

Aus der Arbeit eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge

Beitrag zum Fachgespräch der GRÜNEN im Landtag NRW zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen am 15.04.2002

■ *Dipl. Psychologin Eva Schaeffer, Düsseldorf*

Der Begriff »Trauma« ist in den letzten Jahren zunehmend bekannt geworden – eine Entwicklung, die von den psychosozialen Zentren in Deutschland mitgetragen wurde. Inzwischen aber finden wir uns in einer Situation wieder, in der geschulte Einzelentscheider dem Begriff der »Posttraumatischen Belastungsstörung« wahrscheinlich öfter begegnen als niedergelassene deutsche Psychiater mit »mitteldeutscher Klientel«. Und beide missverstehen sich oft genug – der Sachbearbeiter der Behörde versteht die kurzen Atteste der Ärzte genauso wenig wie die praktisch arbeitende Klinikerin die amtliche Fragestellungen wie z.B. die nach der »Reisefähigkeit«. Und der betroffene Flüchtling? Findet in der Regel sowieso keinen Therapieplatz. Der aber wiederum vorausgesetzt wird, wenn denn der Flüchtling so schwer erkrankt ist, dass ein Abschiebehindernis vorliegt. Alleine im vergangenen Monat erreichten das psz Düsseldorf ca. 100 dringende Anfragen von

Flüchtlingen, die nach erstem klärenden Eindruck in der telefonischen oder direkten Beratung einen Therapieplatz benötigen. Aber die Kapazitäten sind erschöpft. In den 14 anderen deutschlandweit verteilten psz's sieht die Lage nicht viel anders aus.

Ich möchte aus klinischer Sicht kurz die Sicht der Behörden darstellen, wie sie von den Mitarbeiterinnen der psz's oft – Ausnahmen bestätigen die Regel! – wahrgenommen wird. Ich bitte um Verständnis, dies in einem provokativen Ton zu tun – dadurch wird es einfach plastischer:

»Menschen sind übersichtlich und homogen konstruiert. Passiert ein traumatisches Ereignis, dann entsteht unverzüglich eine einzige Erkrankung, die Posttraumatische Belastungsstörung. Die kann von jedem Arzt / Therapeuten innerhalb von einer Viertelstunde, auch ohne Dolmetscher, zweifelsfrei festgestellt werden. Falls nicht, liegt keine »PTB« vor und niemand ist traumatisiert. Falls ja, kann schnell und einfach mittels einer überall verfüg-

baren Therapie Reparatur geleistet werden. Sobald der Schaden behoben ist, kann Mensch zurück in die Heimat.»

Natürlich werden nicht alle Juristen, Entscheider, Sachbearbeiter etc. diese Perspektive einnehmen. Aber in der Regel treten zumindest einzelne Aspekte dieses Modells in den Vordergrund und prägen den juristischen Umgang mit dem Thema. Denn beim Thema »traumatisierte Flüchtlinge« verzahnen sich asylrechtliche und gesundheitlich-klinische Aspekte zu einer oft fatalen Mixtur für den Betroffenen. Zwischen Denk- und Sprachwelt eines / er Kliniklers / in und der juristischen Konzepte bestehen so große Unterschiede, dass in der Tat eine Übersetzungsarbeit zwischen diesen Denkwelten geleistet werden muss. Aus klinischer Sicht bestehen im oben dargestellten Denkmodell folgende Missverständnisse.

Nicht jede traumatisierte Person reagiert mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung! Menschen reagieren individuell unterschiedlich auf extreme Belastungen. Diese Diagnose wird inzwischen von Sachbearbeitern, Juristen und anderen so dankbar aufgenommen und verstanden, dass es zu leicht zu einer inhaltlich nicht haltbaren Abgrenzung kommt – was den in-

flationären Umgang mit dem Begriff eher fördert. Es gibt jedoch hoch politische Personen, die trotz jahrelanger Inhaftierung und Gewalterfahrung zwar Alpträume und Schreckhaftigkeit entwickeln, aber ihr Leben gut im Griff haben und sich nicht beeinträchtigt fühlen. Es gibt orientalische Frauen, die ausschließlich auf einer körperlichen Ebene auf extreme Gewalterfahrungen reagieren und schwere somatoforme Störungen entwickeln. Bei einer vorhandenen »Verletzbarkeit« mag bei dem einen oder anderen durch Gewalterfahrungen eine Psychose und schizophrene Symptome ausgelöst werden. Kurzes Beispiel aus der psz-Arbeit: Eine bosnische Klientin, die sich aufgrund ihrer massiven Gewalterlebnisse seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung befindet, hat weiterhin Schwierigkeiten mit dem Erhalt einer Befugnis – ihr Psychiater hatte ihr vor einiger Zeit die Diagnose einer »reaktiven Depression« attestiert, was für die Sachbearbeiterin der Ausländerbehörde bedeutet – »nicht traumatisiert«.

Es gibt bedauerlicherweise viel zu wenig Fachleute, die sich a) mit Formen extremer Traumatisierung und b) mit interkulturellem Umgang und dem Einsatz von Dol-

metschern auskennen. Es ist leider keineswegs so, dass jeder niedergelassene Psychiater, geschweige denn jeder/r MedizinIn sich mit den Symptomen einer Traumatisierung auskennt. Oft genug musste ich z.B. bei notfallmäßigen psychiatrischen Einweisungen suizidaler Klientinnen den aufnehmenden Ärzten die Diagnose nochmals erläutern (»wie hieß das noch, sagen Sie ...«) Um nochmals kurz darauf hinzuweisen, ich spreche nicht von »Therapie«, lediglich von dem Erkennen einer vorliegenden Traumatisierung. Woran liegt dieser Missstand? Zum einen ganz simpel an der Tatsache, dass »Trauma« erst seit ca. acht Jahren in der klinischen Ausbildung thematisiert wird. Und in der deutschen Alltagspraxis werden wesentlich öfter Störungen der Affekte (z.B. Depression), Suchtstörungen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, so dass viele KlinikerInnen mit relativ wenigen Diagnosen regelmäßig hantieren. Das gilt übrigens gleichermaßen für deutsche und fremdsprachige PatientInnen. Hierzu kommt bei Flüchtlingen die Sprachbarriere – wenn der Sohn übersetzen muss, da niemand sonst anwesend ist und für professionelle Dolmetscher keine Krankenkasse auf-

kommt, dann wird die kurdische Mutter ihre mögliche Traumatisierung nicht erwähnen. Abgesehen von dem anderen Vorgehen mit Setting mit Dolmetschern und weiteren Übersetzungsfehlern kommen kulturelle Barrieren hinzu. Ein freundlich lächelnder Tamilé könnte aufgrund seiner kulturspezifischen Äußerungen leicht als »stabil« oder im besten Fall als »dyssimulierend« eingestuft werden. Und zu guter Letzt fühlen sich viele Vertreter des deutschen Gesundheitssystems nicht wirklich zuständig und versuchen lieber, solche »fremden« und komplizierten Klienten weiter zu verweisen oder möglichst zeitsparend zu behandeln. Das Gefühl der direkten Verantwortlichkeit besteht in der Regel nicht – daher musste sich sozusagen ein paralleles Gesundheitssystem der Psychosozialen Zentren etablieren.

Gehen wir jetzt mal von dem positivsten Fall aus: Traumatisierter Flüchtling trifft auf erfahrenen Kliniker, der trotz aller Schwierigkeiten in der Tat die zutreffende Diagnose stellt. Dieser Kliniker wird von den Behörden gebeten, seine Eindrücke in einer Bescheinigung z.B. dem Bundesamt mitzuteilen. Und da haben wir das nächste Missverständnis, eingangs

schon erwähnt – die sprachlichen Welten von JuristInnen und HeilberuflerInnen. Aus juristischer Sicht wird Beweis erhoben – eine logische, unvoreingenommene, objektive Argumentation und die Erwägung möglicher Alternativen in möglichst großer persönlicher Distanz. Mediziner kennen aber oft nur die Auflistung der explorierten Beschwerden, die einer Diagnose zugeordnet und der Krankenkasse einfach mitgeteilt werden. Niedergelassene Psychotherapeuten kennen die Gutachten an die Krankenkassen, in denen in der Regel die Anamnese im Indikativ formuliert wird. Und sofort wird aus juristischer Sicht Parteilichkeit gewittert – wieso schreibt die Therapeutin »das Haus in der Heimat wurde abgebrannt und der Schwager vor den Augen des Pat. ermordet«, wenn die Therapeutin doch gar nicht dabei war? Das ist logisch und nachvollziehbar, aber es gibt im klinischen Bereich schlichtweg andere Traditionen und sprachliche Wendungen als im juristischen Bereich. TherapeutInnen müssen erst lernen, was mit dem »gesteigerten Vorbringen« gemeint und warum der Konjunktiv »Gesetz« ist. Und JuristInnen müssen die sprachlichen Traditionen in Heilberufen kennen, um nicht vor-

schnell eine/n erfahrenen KlinikerrIn als »parteilich« und damit »disqualifiziert« abzutun. Allerdings scheint dieser Umgang zumindest teilweise flüchtlings- und traumaspezifisch zu sein – bei einer zahnärztlichen Untersuchung wäre wahrscheinlich auch jede Behördenmitarbeiterin erstaunt, wenn der Zahnarzt zunächst die Identität kritisch prüft und anschließend möglichst unbeteiligt nach Beweisen für die vorgetragenen Backenzahnschmerzen fragt.

Kurzer Exkurs zum Thema Gutachten:

Nachdem die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psz's (Psychosoziale Zentren), die »BAFF«, im Jahr 2000 Richtlinien zu inhaltlichen und formalen Aspekten der Begutachtung herausgegeben hat, haben sich nun im Rahmen der Arbeitsgruppe »SBPM« (»Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen«) niedergelassene Fachleute gemeinsam mit MitarbeiterInnen der Psychosozialen Zentren zusammengetan. Es hat sich, initiiert vom Aachener Appell und koordiniert durch den Aachener Arzt und Psychotherapeuten Hans Wolfgang Gierlichs, eine bundesweite Plattform von vielen Hundert UnterstützerInnen gebildet. Die wesentlichen Berufsver-

bände, viele Ausbildungsinstitute und Einzelpersonen befürworten mit ihrer Unterschrift diese Entwicklung. Hierbei geht es erstens um die Frage »Wer sollte in aufenthaltsrechtlichen Verfahren begutachten – welche qualitativen und formalen Kriterien sollten erfüllt sein«, zweitens um die Qualifizierung von Ärzten und Psychotherapeuten, und drittens um die formale Gestaltung eines Gutachtens zur Vorlage in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. In diesem Jahr werden ab September erstmals Seminare durchgeführt, im Auftrag der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, in denen grundlegende gutachterliche Kompetenzen vermittelt werden. Bisher sind diese Inhalte keine festen Bestandteile ärztlicher und psychologischer Ausbildung, weshalb diese Entwicklung einen längst fälligen Vorstoß in die richtige Richtung darstellt. (Lit.: BAFF, »Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern«, BDP Verlag, 3. Ausgabe 2001; Artikel von H.W. Gierlichs und der Arbeitsgruppe »Psychologische Gutachten: Wissen über Traumata mangelhaft«, »Deutsches Ärzteblatt«, erscheint Aug. 2002, Jg. 99, Heft 33, B1824/25)

Und nun zu den Therapieplätzen, den »Reparaturwerkstätten« aus dem oben beschriebenen Denkmodell: Es herrscht in Deutschland aktuell eine kritische Unterversorgung in der Psychotherapie. Jeder deutschsprachige Patient muss mit monatelangen ambulanten Wartezeiten rechnen. Traumatisierte Patienten um ein Vielfaches mehr – bei der Vermittlung einer traumatisierten deutschen Patientin aus der Klinik, meinem zweiten Arbeitsbereich, wurde ich in Düsseldorf mit Wartezeiten von »Warteliste lohnt nicht, ist für die nächsten zwei Jahre ausgebucht« bis hin zu 6 bzw. 8 Monaten Wartezeit konfrontiert. Wie die Versorgungslage aussieht bei traumatisierten fremdsprachigen Klienten aus anderen Herkunftsländern, bei ungeklärter Kostenübernahme der nicht vorhandenen DolmetscherInnen und mit dem auf eine Akutversorgung eingeschränkten Anspruch auf Kostenübernahme durch das Sozialamt, lässt sich leicht vorstellen. Es gibt nicht annähernd eine ausreichende Versorgungsstruktur für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland.

Das tragische ist – dieser Umstand ist den Behörden oft völlig unbekannt. Kurzes Beispiel aus der

Arbeit des psz: Eine kosovarische Klientin wurde begutachtet und wollte anschließend gerne weiterhin zur Psychotherapie kommen. Es waren keine Therapieplätze frei, der nächste albanischsprachige Psychiater befand sich nach unserem Kenntnisstand in einer Klinik in Hemer. Einige Zeit später meldete sich die Familie wieder – sie hätten jetzt nur noch eine wöchentliche Verlängerung der Duldung und die betroffene Frau drohe zu dekompensieren. Bei telefonischer Rücksprache mit der zuständigen Behörde erklärte die durchaus kooperative Sachbearbeiterin, sie habe mit der Stellungnahme viel anfangen können, und die Frau sei ja wirklich schwer betroffen. Daher müsse sie ihr jetzt wirklich mal Druck machen, damit sie sich endlich einen Therapieplatz besorge. Als die aktuelle Versorgungslage dargelegt wurde, konnte ein Kompromiss gefunden werden. Das ist allerdings bereits einige Monate her – inzwischen gibt es in anderen Fällen offizielle Entscheidungen in der Art: »Wenn hier auch keine Behandlung erfolgen kann, na, dann Heimatland, zurückkehren, da gibt es ja auch keine Therapie.« Es ist fragwürdig, auf welchen Rücken hier Versorgungsmängel im deutschen Ge-

sundheitswesen ausgetragen werden.

Und ein weiterer Aspekt wird oft vernachlässigt: **Nicht jeder Mensch, der traumatisiert wurde, möchte sich in Therapie begeben. Die Vermeidung der Konfrontation mit angstbesetzten Inhalten ist gerade ein Kernsymptom der Traumatisierung, und genau das wird in der Psychotherapie befürchtet. Eine zwangsweise verordnete Therapie hat in den seltensten Fällen eine langfristige Wirkung und ist zudem ethisch bedenklich. Psychotherapie stellt kein Allheilmittel dar, sie ist eben nicht mit der Werkstatt für mechanische Reparaturen zu wechseln. Viel wesentlicher für alle traumatisierten Personen sind die Lebensbedingungen und das subjektive Gefühl von Sicherheit. Wenn Sie hierbei an Überlebende von Naturkatastrophen, Unfällen und Entführungen denken, ist es sofort für jeden Westeuropäer nachvollziehbar. Und für traumatisierte Flüchtlinge sieht es nicht anders aus. Intakte familiäre Verhältnisse, Sicherheit, Wohnsituation, Arbeitserlaubnis, Spracherwerb, soziale Kontakte ermöglichen eine psychische Sta-**

bilisierung oder forcieren, falls diese Bedingungen in der Lebenssituation fehlen, eine Chronifizierung. Erfreulich hat sich die erleichterte Arbeitsaufnahme für traumatisierte Flüchtlinge mit abgeschlossenen Asylverfahren und einer Duldung in unserer Praxis ausgewirkt. Aber es gibt auch kritische Beispiele – eine kurdische Ehefrau und Mutter sollte in Deutschland alleine im Wohnheim bleiben, damit sie weiterhin Therapie machen könnte – während Ehemann und Kinder derweil schon abgeschoben werden sollten, denn die sind ja keine »Therapie im Sinne der Reparaturwerkstatt«

Zum letzten »Missverständnis«: Die Psychotherapie mit traumatisierten Menschen, die Gewalt in einer Heimat erfahren haben, in die sie daher nicht zurückkehren wollen, wird nicht erfolgreich sein können, wenn sie drauf hinauslaufen soll, dass bei einer möglichen Genesung die Abschiebung erfolgen wird. Um es deutlich zu sagen: Natürlich sollten in einer guten Psychotherapie verschiedene Zukunftsperspektiven besprochen werden. Die Rückkehr kann bei extremem Heimweh und fehlendem sozialen Netz in Deutschland eine gute Perspektive sein; aber im Rahmen einer psychotherapeuti-

schen Behandlung ausschließlich auf der Basis der Freiwilligkeit. Viele unserer bosnischen Klientinnen kamen von den Orientierungsreisen mit einem tiefen psychischen Rückschlag zurück, der für sie selbst überraschend war, z.T. mit der veränderten Einstellung »da setze ich keinen Fuß mehr hin«. Der Anblick der Orte ihrer traumatisierten Erlebnisse hatte die belastenden Erinnerungen wieder wachgerufen [...].

Eine besonders stringente Fortsetzung des eingangs karikierten Denkmodells besteht aus dem Umgang mit »Reisefähigkeit« und Suizidalität«. Wenn suizidale Flüchtlinge bei der Abschiebung begleitet und »gesichert« werden, ist das aus juristischer Sicht zwar logisch, aus dem klinischen Kontext der Suizidalität ist diese, so sie denn vorliegt, immer als eine Reaktion auf eine subjektiv ausweglose Situation anzusehen und nicht als ein körperlicher Defekt.

Zum Abschluss möchte ich nochmals die Forderungen der Psychosozialen Zentren zusammenfassen, die aufgrund der begrenzten Zeit keineswegs vollständig sind, sondern sich aus den genannten Punkten ergeben.

Öffnung des deutschen Gesundheitssystems für diese Klien-

tel! Wenn nicht aus humanitären, so doch aus ökonomischen Gründen sollten beispielsweise die Dolmetscherkosten übernommen werden. Die Tatsache, dass wir im Alltag mit Patientinnen unterschiedlicher Herkunft zu tun haben, sollte sich in den Ausbildungen verankern, so wie es die Amerikaner mit ihrem »diversity training« seit langem bereits vormachen. Flüchtlinge sollten nicht nur als »Problemgruppe« wahrgenommen werden, sondern es sollte eine differenzierte Wahrnehmung auf Sei-

ten des Gesundheitssystems und insbesondere eine direkte Zuständigkeit auch im psychotherapeutischen Bereich etabliert werden.

Diagnosen sollten nicht für eine aufenthaltsrechtliche »Selektion« missbraucht werden. Klinische Herangehensweisen können politische Entscheidung nicht ersetzen. Eine aufenthaltsrechtliche Absicherung und die psychosozialen Lebensbedingungen traumatisierter Flüchtlinge sind für eine Genesung wesentlich – u. U. wesentlicher als eine noch so spezifische Therapie. [...].

von Schleswig-Holstein lernen

3.2.7

Das Beispiel des Netzwerkes für traumatisierte Flüchtlinge in Schleswig-Holstein, aufgebaut durch Refugio Kiel, zeigt wie mit wenig Ressourcen eine Menge erreicht werden kann. Für das Flächenland Niedersachsen ein mögliches Modell.

Zusammenfassung der Studie

»Rehabilitation von Opfern von Folter und politische organisierter Gewalt. Leitlinie für eine gute Praxis und Annäherung auf beteiligten psychosozialen, klinischen und juristischen Ebenen in Schleswig-Holstein«, Hrsg. Refugio Schleswig-Holstein, 2003

Da das Wissen um Traumatisierungen als solches noch relativ neu ist, befindet sich die Praxis auf diesem Feld insgesamt in einer Umbruchsphase. Bundesweit ist bei traumatisierten Flüchtlingen

vorläufig eine breite Spanne in der Qualität des Umgangs mit der Problematik zu verzeichnen, in Verbindung mit notorischen Kapazitätsproblemen sämtlicher Behandlungszentren. Auch in Schleswig-

Holstein kommen auf jede bei Refugio aufgenommene KlientIn zwei mangels Mitteln abgewiesene Fälle und wahrscheinlich noch mal so viele überhaupt nicht erkannte.

Die vorliegende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Praxis in Schleswig-Holstein und Darlegung des aktuellen Diskussionsstandes konnte und sollte vor diesem Hintergrund Prozesscharakter haben, d.h. keine fertigen Rezepte liefern, sondern helfen, weiterführende Perspektiven zu entwickeln. Zudem sind Untersuchungen wie die vorliegende eine notwendige Voraussetzung, um in Zukunft im Vergleich mit anderswo unter anderen Bedingung bewährten Lösungen und vorliegenden Erfahrungen *Best Practice*-Strategien zu erarbeiten.

Seit Eröffnung seiner Anlaufstelle Mitte 1997 war der Alltag von Refugio von der pragmatischen Suche nach Mitteln und Wegen geprägt, den Nöten traumatisierter Flüchtlinge von Fall zu Fall so gut wie unter den gegebenen Bedingungen möglich gerecht zu werden. Dass Mittel zur Beschäftigung fest angestellter PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen gänzlich fehlten, zwang dabei zu kreativen Lösungen und einer ausgeprägt dezentralisierten Arbeits-

teilung mit allen, die im Einzelfall zur Rehabilitation beitragen konnten. Dem kam zu der Zeit die Sensibilisierung breiter Kreise für das Thema Traumatisierung und ein relativ liberales, flüchtlingspolitisches Klima in Schleswig-Holstein entgegen. Anfang 2002 war so ein psychotherapeutisches Netzwerk und komplexes Kooperationssystem unter Einbeziehung der verschiedensten Nichtregierungs- und Regierungsorganisationen (NRO und RO) entstanden, in dessen Rahmen Refugio mit zwei MitarbeiterInnen jedes Jahr neu 80–90 KlientInnen aufnehmen und psychosoziale und -therapeutische Hilfe vermitteln konnte.

Dieses psychotherapeutische Netzwerk war ein Novum. Die Möglichkeit, Kapazitätsengpässe durch Einbindung niedergelassener PsychotherapeutInnen und eine insgesamt weitergehende Verzahnung mit der gesundheitlichen Regelversorgung zu überbrücken, lag zwar auf der Hand und wurde ansatzweise auch von anderen Zentren bereits praktiziert und bundesweit diskutiert, aber nirgends in der Ausschließlichkeit wie in Schleswig-Holstein. Tatsächlich war auf diesem Sonderweg einerseits relativ viel zu erreichen, andererseits erforderte der Ansatz auch

neue methodische Lösungen. Kooperation und Fortbildung in dieser Breite und Konsequenz zu bewerkstelligen, erwies sich als nicht trivial, ebenso wenig wie die Übernahme von Dolmetscherkosten auf einem solchen Niveau zu bestreiten.

In diesem Stadium wurde es Zeit zur Bestandsaufnahme und Reflexion des bisher Erreichten. Welche Probleme brannten den so sehr verschiedenen Beteiligten derzeit auf den Nägeln? Was »klappte« in der Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen, was nicht und warum? Wo gab es welche Defizite? Welche Lösungsvorschläge waren dazu in Sicht? Wo lagen die wichtigsten Engpässe? Wie war in Zukunft einer tatsächlich bedarfs- und fachgerechten Rehabilitation näher zu kommen? Wo musste Refugio selber bei begrenzten Mitteln dazu intelligenterweise strategische Prioritäten setzen?

Methodische Herangehensweise

Diese und ähnliche im Raum stehende Fragen wurden zunächst mit Vertretern aller beteiligten Richtungen vorrangig anhand von Fallbeispielen veranschaulicht und interdisziplinär diskutiert, und zwar im Rahmen zweier »Arbeits-

treffen« (05.06. und 18.10.02) für die Themenkreise »Erkennung und Anerkennung« sowie »Psychosoziales und Psychotherapie«. Aus dem ersten Arbeitstreffen heraus ergab sich die Zweckmäßigkeit fachlicher Vertiefung. Gemeinsam mit dem Obergerverwaltungsgericht und Flüchtlingsbeauftragten des Landes wurde daraufhin ein Seminar zum Thema »Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?« (13.12.02) veranstaltet. Die soweit auf Ebene aller Beteiligten erkennbaren Herangehensweisen, Kooperationspotentiale, Defizite und Lösungsvorschläge fasste Refugio zusammen und stellte den Text erneut interdisziplinär zur Diskussion. Die Textvorlage wurde im Rahmen eines Workshops (31.01.–01.02.03.) auf ihre Haltbarkeit untersucht, Defizite und Lösungsansätze wurden von den Teilnehmern gewichtet. Die Workshop-Anregungen wurden anschließend in den Text eingearbeitet.

Da die tägliche Praxis maßgeblich davon geprägt wurde, dass die Nachfrage die psychosozialen und -therapeutischen Kapazitäten immer noch bei weitem überstieg, waren als nächstes quantitative Erfahrungen mit Potentialen und Kosten aufzuarbeiten und Betrachtungen zur Arbeit mit begrenzten Mitteln

anzustellen. Von besonderem Interesse war dabei, Potentiale des Sonderweges, den Refugio aufgrund seiner Geschichte eingeschlagen hatte, in Bezug zu Potentialen konventioneller Behandlungszentren zu setzen und das eigene Rollenverständnis in diesem Vergleich weiter zu entwickeln.

Im Verlauf des Projektes erwies sich, dass es bei allen Unterschieden in den Herangehensweisen auf den verschiedenen Kooperations-ebenen z.T. überraschend ähnliche, grundsätzliche Schwierigkeiten gab, mit Traumatisierungen von Flüchtlingen umzugehen. Für solche immer wieder auftauchenden Probleme mit fachlichem Hintergrund bot sich durchgehend der Bezug auf den Stand des Wissens an. Immer wieder zeigte sich auch, dass Lösungen für vorhandene Probleme an sich in Anlehnung an entsprechende Verfahrensweisen bei Nicht-Flüchtlingen mit Belastungsstörungen durch *Man Made Disaster* (wie z.B. Kindesmissbrauch, Vergewaltigung, Traumatisierungen bei Soldaten nach Einsätzen in Krisengebieten, Geiseldramen, ...) auf der Hand lagen, wesentliche Voraussetzungen für einen so selbstverständlichen Umgang mit dem Thema bislang aber weder ins Ausländer-

recht Eingang gefunden haben, noch in die gesundheitliche Regelversorgung.

Diese Beobachtung bewog Refugio, die gesamtgesellschaftlichen Voraussetzungen der Rehabilitation traumatisierter Flüchtlinge zu thematisieren und das humanitär und fachlich Gebotene in Form einer Leitlinie voranzustellen und systematisch von der eigentlichen Momentaufnahme des derzeit Mach- und Denkbaren zu trennen.

Parallel zu der Bestandsaufnahme und Reflexion war Refugio auch im Projektjahr bestrebt, seine Arbeitsrichtung weiter auszubauen. Die wichtigste methodische Neuerung war die Einrichtung von Gruppensupervision für aktive PsychotherapeutInnen und DolmetscherInnen.

Grundlegende Ergebnisse der Diskussion um eine fachgerechte Kooperation

Im Verlauf des Projektes taten sich zwar mindestens eben so viele Fragen neu auf, wie beantwortet werden konnten. Dabei schärfte sich gleichzeitig aber auch das Verständnis für die Problematik der Überwindungen traumabedingter Handicaps, sowie für vorhandene Kooperationspotentiale und Grenzen. Als Schlüssel zur besseren Lö-

sung anliegender Probleme ergab sich neben Fortbildung und Aufklärung immer wieder ein ressortübergreifender Erfahrungsaustausch und Lernprozess bis hin zu supervisionsartigen gegenseitigen Hilfestellungen zum Verständnis schwieriger Einzelfälle. Gängige Rezepte relativierten sich dagegen bei Einzelfallbetrachtungen. Bestand hatten nur wenige elementare Regeln im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen (zugewandtes und verlässliches Verhalten, Achtung vor der Menschenwürde und eigenen Stärke jedes einzelnen, Aushalten der Ungeheuerlichkeit angetaner Menschenrechtsverletzungen in Verbindung mit entschiedenem Unrechtsbewusstsein).

Im Verfahren war von Fall zu Fall als allererstes die Frage zu klären, ob überhaupt Schutzwürdigkeit vorlag, und damit Skepsis geboten. Dass zur Beurteilung Fakten gebraucht wurden, die traumabedingt selten klar auf der Hand lagen und mit letzter Sicherheit auch von Fachleuten nicht zu ermitteln waren, war ein zentrales Dilemma der Entscheidungsträger auf Seiten des Bundesamtes für die Anerkennung traumatisierter Flüchtlinge (BAFL), der Verwaltungsgerichte (VG und OVG) und Ausländerbehörden.

Einhellig problematisch wurde dabei von allen Beteiligten das Misstrauen gegenüber dem in jüngster Zeit steilen Zuwachs an Fällen gewertet, in denen eine Posttraumatische Belastungsstörung geltend gemacht wurde, wenn auch aus unterschiedlichen Perspektiven. Dass eine Zunahme bei neuen Diagnosen aus klinischer Sicht an sich normal war, konnte dem Verdacht der juristischen Seite nicht recht abhelfen, dass sich die Brauchbarkeit des Vorbringens schlicht herumgesprochen haben könnte, zumal das Vorliegen einer Traumatisierung auffallend häufig auch erst bei bereits drohender Abschiebung erstmalig ins Verfahren eingebracht wurde. Da besonders letzteres mit »gesundem« Menschenverstand nicht ohne weiteres nachvollziehbar war und im praktischen Verfahren auch nicht vorgesehen, waren diese Fälle äußerst strittig und schwierig zu handhaben. Dabei waren solche »5 vor 12« Fälle nach dem klinischen Stand des Wissens über krankheitswertige Folgen von *Man Made Disaster* und extremen Traumatisierungen geradezu zwangsläufig. Dies war eine von den Erkenntnissen der gemeinsamen Diskussion, deren praktische Umsetzung zukünftigen Entwicklungen anheim zu stellen war.

Ein besonderes Interesse bestand an der Weichenstellung bei der Erkennung von Traumatisierungen im Bereich der Erstaufnahme (EAE). Dank einer bereits länger bestehenden Zusammenarbeit, in die das BUNDESAMT und Landesamt der EAE Lüneburg die Verfahrensberatung vor Ort und Refugio aktiv eingebunden hatten, bestanden auch gute Voraussetzungen für die nähere Beleuchtung, zumal die Sonderbeauftragten bereits sensibel, kundig und erfahren mit dem Thema umgingen.

Tatsächlich war die Erkennung von Anzeichen von Traumatisierungen, Befragung nach Traumata Ursachen und richtige Einordnung von Reaktionen wie Aussageblockaden und Retraumatisierungen für sämtliche irgendwie mit Flüchtlingen befasste Instanzen (Einzelentscheider, Rechtsanwälte, Berater und Betreuer, Richter, Hausärzte, Ausländerbehörden ...) ein mit vielen Unsicherheiten behaftetes Thema.

Da von sachgerechten Entscheidungen auf der juristischen Ebene Schutz und Sicherheit abhingen und damit die wichtigsten Grundvoraussetzungen jeder Traumatherapie und Rehabilitation standen und fielen, war die klinische Seite zwar generell bereit, ihr pro-

fessionelles Wissen zur Sachverhaltsaufklärung zur Verfügung zu stellen, musste dabei aber auf der Respektierung ihrer professionellen Grenzen bestehen. Zum einen war die Exploration von Traumata Ursachen ohne vorige Stabilisierung fachlich bedenklich und selbst angesichts einer sonst mangels Vorbringens drohenden Ablehnung nur im Einvernehmen mit PatientInnen überhaupt vertretbar. Zum anderen waren juristisch relevante Fragen wie die nach dem Realitätsgehalt geschilderter Verfolgung aus psychotherapeutischer Sicht auch nicht zu beantworten.

Die zweite Säule der Rehabilitation, psychosoziale Sicherheit und Perspektiven, war oft wenig tragfähig, da Lebensbedingungen des Exils allgemein schwierig sind und der Alltag Schutzsuchender oft eher menschenunwürdig ist. Psychotherapie kam unter solchen Voraussetzungen aus dem Stadium der Stabilisierung selten hinaus und geriet regelmäßig zur Sysiphusarbeit gegen die Verhältnisse an. An Traumataaufarbeitung war nach Angaben von PsychotherapeutInnen deswegen derzeit allenfalls in 10 % der Fälle zu denken. Von daher bestand auf dem gegenwärtigen Entwicklungsstand wenig Interesse an der breiten Diskussion der letz-

ten Stadien der Rehabilitation, also traumazentrierter Verfahren und Chancen, den Prozess der Integration von Traumata in die persönliche Biographie von Überlebenden zu fördern. Viel relevanter war vorläufig offenbar der Brückenschlag zum psychosozialen Umfeld.

Eine hinreichend enge Absprache und Zusammenarbeit zwischen Vertrauenspersonen aus dem Umfeld und PsychotherapeutInnen gab es nur vereinzelt und meist auch nur dort, wo die Voraussetzungen dafür aufgrund einer größeren Dichte betreuender Institutionen und anderer potentieller Ansprechpartner günstig war, wie etwa im Bereich der Stadt Kiel. Manche PsychotherapeutInnen beklagten, dass sie sich genötigt sahen, hilfsweise selbst elementare Sozialarbeit zu leisten, und regten an, sonst in der Psychotherapie übliche arbeitsteilige Verfahrenswesen des begleitenden *Case Managements* auch für traumatisierte Flüchtlinge anzuwenden, und begannen eine Grundsatzdiskussion darüber, worauf zukünftige Helfersysteme und Hilfepläne ausgerichtet werden müssten, um speziell traumatisierten Flüchtlingen gerecht zu werden.

Klar war, dass eine Organisation

wie Refugio in dem flächendeckenden Maßstab, um den es ging, ein fehlendes soziales Umfeld niemals würde ersetzen können. Mit den Refugio zur Verfügung stehenden Mitteln war nicht einmal aufsuchende Betreuung zu leisten, sondern nur möglich, die wichtigsten Rahmenbedingungen auszuhandeln und von Fall zu Fall *ad hoc* weitergehende Hilfe zu organisieren. Am Ende der Diskussion stand die Frage, ob sich das noch weiter systematisieren ließ und es eine Möglichkeit gab, *quasi* parallel zu dem psychotherapeutischen Netzwerk ein ergänzendes psychosoziales Netzwerk aufzubauen.

Perspektiven der fach- und bedarfsgerechten Rehabilitation bei begrenzten Mitteln

Eine anfängliche Hauptschwierigkeit war, die Dynamik der Dolmetscherkosten im Zuge der kontinuierlichen Entwicklung des psychotherapeutischen Netzwerkes zu verstehen und vor auszuplanen. Ein Zusammenhang bestand mit der Aufnahme rate, die ab einem gewissen Punkt auch deswegen begrenzt werden musste, weil das gegebene Personal nicht beliebig viele laufende Psychotherapien psychosozial begleiten konnte. Gleichzeitig wurde ein Teil der

Personalzeit für strukturelle Aufgaben (Fortbildung usw.) gebraucht, für die je nach Dringlichkeit Prioritäten zu setzen waren.

Die bis 2002 etablierten Relationen waren als *Working Compromise* (arbeitsfähiger Kompromiss) interessant. Das Ergebnis der Analysen bisheriger Entwicklungen lief darauf hinaus, dass ein Niveau von 80 bis 90 Aufnahmen im Jahr bei einer mittleren Therapiezeit von 2 Jahren und entsprechend etwa doppelt so vielen gleichzeitig laufenden und psychosozial zu unterstützenden Therapien mit 2 vollen Stellen bewältigt wurde, wobei Refugio die Beteiligung von DolmetscherInnen bei etwa jeder 2. vermittelten Therapie übernahm und damit rund 65 000 Euro an Dolmetscherkosten anfielen. Gleichzeitig wurde das nötigste an strukturellen Aufgaben wie Fortbildung, Supervision, Veranstaltungen und Veröffentlichungen mit einem Betrag von 15 000 Euro bestritten.

Für die Zukunft ist das erste Problem, den zur Aufrechterhaltung dieses Niveaus mindestens erforderlichen Etat langfristig überhaupt zu sichern. Das zweite Problem ist, wie darüber hinausgehende Mittel (oder an Dolmetscherkosten bei verstärkter Übernahme durch andere eingesparte Mit-

tel) im Sinne einer weitergehenden Annäherung an eine bedarfs- und fachgerechte Praxis optimal einzusetzen wären.

Nachdem sich abzeichnet, dass der Bedarf zur Rehabilitation von Opfern von Folter und politischer Gewalt in Schleswig-Holstein allenfalls zu einem Drittel mit den Mitteln von Refugio abgedeckt werden kann, bietet sich als nächster Schwerpunkt an, zu versuchen, über verstärkten fachlichen Austausch im Sinne eines Fachverbundes mit Beratungsstellen und über weitergehende Vernetzung im Betreuungsbereich eine noch größere Multiplikationswirkung zu erzielen. Exemplarisch zu erproben wäre, wie weit es z.B. mit Mitteln für eine weitere Stelle und mehr Supervision tatsächlich gelingen könnte, andere in die Lage zu versetzen, mehr traumatisierten Flüchtlingen zu helfen, als Refugio selbst mit denselben Mitteln in Fortsetzung der bisherigen Arbeitsweise möglich wäre.

Generell wäre zweckmäßig, die Rolle von Refugio als spezialisierte Einrichtung und Ansprechpartner für landesweit auf dem Gebiet Tätige weiter auszubauen. Ein ganz wichtiger, nächster Schritt dazu wäre auch die Einrichtung einer TherapeutInnenstelle. Damit wäre

quantitativ zwar nur etwa halb soviel KlientInnen zu helfen, wie bei Nutzung derselben Mittel für rein dezentrale Arbeit im bisherigen Stil. Dafür ermöglichte die feste Anstellung von PsychotherapeutInnen aber einen qualitativen Sprung.

Insgesamt laufen die aus der Praxis heraus soweit entwickelten Zielvorstellungen auf ein Behandlungszentrum mit einem breiten

Angebot fachlicher Unterstützung für alle in Schleswig-Holstein mit traumatisierten Flüchtlingen Befassten hinaus.

*Kontakt: Refugio – Zentrum
für Behandlung, Beratung
und Psychotherapie von
Folter-, Flucht- und Gewaltopfern
in Schleswig-Holstein e.V.,
Königsweg 20, 24103 Kiel,
Tel.: 0431-733 313,
refugio@t-online.de*

Wichtig ist nur, ob eine Überlebenschance besteht

3.3

Im jetzigen Ausländergesetz (AuslG) §53 (neu §60 Aufenthaltsgesetz) wird in Absatz 6 ein sogenanntes »fakultatives Abschiebeverbot« begründet. Dort heißt es:

»Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat kann abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Gefahren in diesem Staat, denen die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, werden bei Entscheidungen nach §54 berücksichtigt.«

Leiden Flüchtlinge an chronischen Krankheiten, so können diese ein Abschiebungshindernis nach §53, Abs.6 »Gefahr für Leib, Leben und Freiheit« darstellen. Allerdings greift dieser Schutz nur dann, wenn die Gefahr konkret und individuell ist und es sich nicht um Gefahren handelt, denen die Bevölkerung allgemein ausgesetzt ist. Dabei können auch häufige Krankheiten zu den allgemeinen Gefahren gehören oder aber die besondere Situation pflegebedürftiger (alter) Menschen.

Regelungen nach §54 AuslG (allgemeiner Abschiebestopp für

ein bestimmtes Land) bedürfen der Einigkeit aller Länderinnenminister und kommen daher praktisch kaum zum Tragen. Nur wenn ein Flüchtling mangels eines allgemeinen Abschiebestopps für sein Herkunftsland durch die Abschiebung »sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde« (Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes) wird er durch den § 53 Abs. 6 geschützt.

Das folgende – mit einigen Auslassungen und Sinnzusammenfassungen – abgedruckte Urteil des Niedersächsischen Oberverwaltungsgerichtes (ovg) zu Angola macht deutlich, welche Auswirkungen dieses Rechtsverständnis auf die Entscheidungspraxis hat – »Quasi sehenden Auges in den sicheren Tod« bedeutet nicht, dass das Überleben gesichert sein muss, die Frage ist nur ob eine theoretische Überlebenschance besteht.

Die beiden minderjährigen Betroffenen stellten am 16.06.1999 einen Asylfolgeantrag, den sie im Wesentlichen mit der dramatisch verschlechterten Versorgungslage in Angola begründeten.²⁶ Diesen

lehnte das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge durch den Bescheid vom 27.07.1999 ab, mit dem Argument, sie hätten nicht ausreichende Gründe für eine Wiederaufnahme des Verfahrens geltend gemacht. Der neueste Lagebericht des Auswärtigen Amtes belege zwar Kampfhandlungen des Bürgerkrieges, welche eine hohe Binnenmigration namentlich zur Küste hin verursacht hätten. In Luanda sei jedoch ein Überleben möglich. Daraufhin haben sie Klage erhoben, die jedoch nach der mündlichen Verhandlung vom 12.12.2002 durch das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht abgelehnt wurde.

In dem Urteil (AZ: 1 LB 1209/01 und AZ: 3 A 1306/99 – vgl. ab S. 6 bis S. 25) heißt es:

»Besondere konkrete Gefahren, welche nur in Bezug auf ihre Personen bestehen (sollen), haben die Kläger nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich. Haben die obersten Landesbehörden nicht angeordnet, dass Abschiebungen gemäß § 54 AuslG auszusetzen sind, kommt die Gewährung von **Abschiebungsschutz aufgrund allgemeiner im Zielstaat bestehender Gefahren nach nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen in**

26 Die Minderjährigen waren allerdings nicht allein, sondern im Familienverband hier und sollten auch im »sich gegenseitig stützenden« Familienverband ausreisen.

Betracht, nämlich wenn der Ausländer im Fall seiner Abschiebung gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde.

Dieser Schutz ist bei Bürgerkriegsgefahren dann zu gewähren, wenn dieser Krieg gewissermaßen für jeden Betroffenen mit so erheblichen Gefährdungen verbunden ist, dass dem einzelnen Ausländer eine Abschiebung in dieses Land nicht zugemutet werden kann. Dazu muss eine extreme Gefahrenlage bestehen, die praktisch für jeden, der in diesen Staat abgeschoben werden soll, Gefahren für Leib, Leben oder Freiheit in so erhöhtem Maße mit sich bringt, dass sich bei objektiver Betrachtung für den Ausländer die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise ein Opfer der extremen allgemeinen Gefahrenlage zu werden. **Zumutbar ist die Abschiebung daher dann, wenn die extreme allgemeine Gefahrenlage nicht landesweit besteht und der Ausländer bei seiner Abschiebung die vergleichsweise sicheren Landesteile erreichen und sich dort aufhalten kann.**

Der Senat hat in seiner Grundsatzentscheidung vom 01.03.2001 (vgl. AZ: I L 593/00) ausgeführt:

Die Zahl der Binnenflüchtlinge in Angola hat sich auf etwa 3,8 (AA, Lagebericht v. 15.11.2000) bzw. etwa 4,0 Mio. (UNHCR v. 07.07.2000, Asylmagazin 2000, 24) erhöht. Die Lebensmittelversorgung geschieht im Wesentlichen durch Importe internationaler Hilfsorganisationen.

Die Versorgungslage ist dennoch nicht gesichert, sondern »prekär« (vgl. z. B. AA Lagebericht v. 15.11.2000 und 08.12.1999 sowie ergänzenden Bericht vom 08.11.1999 und Lagebericht v. 22.12.1998). In den vom Bürgerkrieg nicht betroffenen Landesteilen ist nach Einschätzungen des Auswärtigen Amtes **noch eine Grundversorgung auf niedrigstem Niveau** gewährleistet. **Zuweilen hängt das Überleben sehr von der Durchsetzungskraft der Einzelnen sowie der Improvisationskraft** der handelnden Person ab (vgl. Institut für Afrikakunde v. 15.10.1998 an das VG München).

Insgesamt ergibt sich für die breite Masse der Bevölkerung ein erhebliches Defizit, das Kalorienerfordernis zu decken. **Die schwere Krise bei den Nahrungsmittelversorgungen hat gesundheitliche Anfälligkeit und damit die Ausbreitung von Malaria und sonstigen Infektionskrankheiten zur Folge** (vgl. Institut für Afrikakunde v. 15.10.

1998; Außenministerium der Niederlande v. 06.12.1999). Diese können eine erhebliche Gefahr für die Bevölkerung darstellen, weil die medizinische Versorgung nach allen Auskünften kaum noch richtig funktioniert. (vgl. UNHCR Positionspapier v. September 1999; ai v. 30.07.1997 an das OVG Magdeburg; Lagebericht des AA v. 15.11.2000). **Häufig fehlen Medikamente, Instrumente und Energie.**

UNHCR rät in seinen Stellungnahmen (u.a. Positionspapier v. September 1999) stets ab, angolanische Staatsbürger nach Angola abzuschicken. **Der Maßstab, den der UNHCR anlegt ist indes ein anderer als derjenige, welcher allein für die zu § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG, vom Bundesverwaltungsgericht entwickelten Grundsätze, reichen kann.** Denn der UNHCR lässt sich von der Erwägung leiten, Abschiebungen sollten erst dann vorgenommen werden dürfen, wenn die Rückkehr als sicher anzusehen sei.

Das ist nicht die Sichtweise, welche die Anwendung des § 53 Abs. 6 AuslG regiert. Es kommt dafür nicht darauf an, ob die Ausländer in ihrem Heimatstaat sozusagen 100%-ig sicher überleben werden. **Maßgeblich ist vielmehr, ob (bei Anerkennung aller Schwierigkeiten,**

die sich dort einem Überleben in den Weg stellen) jedenfalls so weit noch Überlebenschancen bestehen, dass Flüchtlinge durch ihre Rückkehr nicht gleichsam sehenden Auges und mit erhöhtem Grad an Wahrscheinlichkeit in eine extreme Gefahrenlage gestellt werden.

Die vorstehende Einschätzung des Gerichts wird durch die Äußerungen anderer Stellen nicht entscheidend in Zweifel gezogen. Das gilt auch/gerade angesichts der Aussage des Instituts für Afrikakunde (v. 10.07.2001 an das VG Oldenburg, Ausführungen v. 05.07.2002 an das VG München). Dieses berichtet, die allgemeinen Lebensbedingungen für die Masse der Bevölkerung sei miserabel. **Eine ausreichende Versorgung mit dem Existenzminimum sei nicht gewährleistet. Es herrsche ein erheblicher Mangel an Lebensmitteln und ausreichend sauberem Wasser.** Auch die Hilfsorganisationen könnten nicht für die Masse der bereits dort Lebenden die Versorgung und das Überleben sichern. Jeder Rückkehrer verschärfe angesichts dessen die Situation. Eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation werde nur sehr allmählich auftreten.

Auch das etwas düstere Bild des Institutes für Afrikakunde rechtfertigt indes noch nicht die Einschätzung, ein rückkehrender Angolaner habe keine ins Gewicht fallende Überlebenschancen. Ganz ohne Zweifel sind die Lebensbedingungen dort überaus prekär und ein harter Kontrast zu den Lebensbedingungen, welche sie hier vorgefunden haben und nunmehr gewöhnt sind. **Viele Rückkehrer werden dort möglicherweise »unter die Räder kommen«, d. h. sie schaffen es nicht zu überleben.**

In dem Urteil des Senats (s. o.) wurde auch die Kriminalität erwähnt, die zuweilen beängstigende Ausmaße annimmt, so dass Raubüberfälle und Vergewaltigung an der Tagesordnung sind (AA v. 26.06.1998 an das VG Schleswig). Es fehlen indes Hinweise, dass sozusagen jeder Angolaner aus diesem Grund in seinem Heimatland mit dem Tod oder schwersten Rechtsgutbeeinträchtigungen zu rechnen hat.

Die vor allem das Landesinnere und die Landwirtschaft bedrohenden Minen bedeuten zwar insbesondere für die Kinder, Witwen und Schwangere eine erhebliche Gefahr (vgl. u. a. Schweizerische Flüchtlingshilfe v. 29.09.2000 als Anlage der Äußerung v. 17.07.2001 an das VG Oldenburg)

und verhindern die Bestellung der Felder (vgl. FR 12.08.2002). Sie sind andererseits nicht so verbreitet, dass ganz Angola ein einziges Minenfeld darstellte, in das jeder Rückkehrer sehenden Auges und mit der unausweichlichen Aussicht gestellt würde, alsbald von einer Mine zerrissen oder verstümmelt zu werden.

Zwar besteht angesichts der schlechten hygienischen Bedingungen und wegen mangelnder (mangelhafter) Ernährung deutlich erhöhten Umfangs das Risiko, in Angola zu erkranken und dann im Falle fehlender finanzieller Mittel und damit angewiesen auf die staatliche Gesundheitsfürsorge dort nicht ausreichend behandelt zu werden. Diese Aussicht verdichtet sich indes nicht in einem Maße zur Gewissheit, dass sozusagen kaum ein Rückkehrender aus diesem Grunde eine echte Überlebenschance nicht hätte und daher für jeden rückkehrenden Angolaner angenommen werden könnte/müsste, er würde Opfer dieses Teufelskreises werden und daher alsbald oder über längere Sicht sterben oder schwerem Siechtum verfallen.

Das ergibt sich auch aus den Zahlen, welche Dr. Junghanss in seinen Ausführungen vom 5. April 2001 und vom 15. Oktober 2001 an den

BWVG²⁷ mitgeteilt hat. Danach bestehen folgende Mortalitätsraten für die häufigsten Todesursachen: Lungenentzündung: 170/100 000 Personen; Malaria: 168/100 000, HIV: 160/100 000; Diarrhoe: 129/100 000; Blutarmut: 49/100 000; Mangelernährung: 30/100 000; Protein- und Kalorienarmut: 18/100 000.

Danach ist sicherlich als Zwischenergebnis festzuhalten, dass Angolaner im Falle einer Rückkehr in ihr Heimatland einer z. T. ganz erheblichen Steigerung ihres gesundheitlichen Risikos ausgesetzt werden.

Es ist auch nicht möglich aus einer ›Gesamtschau mehrerer für sich nicht ausreichender Gründe‹ doch zur Annahme zu gelangen, § 53 Abs. 6 Satz I AuslG greife zum Vorteil des Klägers. Denn hier ist ein gesteigerter Maßstab anzulegen. Diesen Anforderungen wird man nicht gerecht, wenn man je für sich nicht ausreichende Gesichtspunkte schlicht addiert und meint, aus verschiedenen nicht tragfähigen Gesichtspunkten könne dann doch abgeleitet werden, der Ausländer werde im Heimatland sehendes Auges dem sicheren Tod ausgeliefert sein (vgl. auch BVerwG, Urt. v. 27.06.1989)«.

Auch die Rechtsprechung für Menschen mit HIV-Erkrankung zeigt die Folgen dieser juristischen Spitzfindigkeit.

z. B. Uganda

»Die Klägerin trug vor, ihre Familie habe mit der Rebellengruppe ADF (Allied Democratic Forces) zu tun. Sie sei 1998 und 1999 Opfer von Gewalt geworden. Erst in der Klageinstanz konkretisierte sie, vergewaltigt worden zu sein und wegen AIDS behandelt zu werden.

Das Gericht wies die Klage ab. Die Klägerin habe die ADF nur geringfügig unterstützt. Deshalb werde sie bei Rückkehr nicht das Interesse der Behörden auf sich ziehen. Sie möge schwere Misshandlung und Vergewaltigung erlitten haben, doch bestehe keine Wiederholungsgefahr. Die Klägerin könne sich unter den Schutz der Amnestieregelung stellen und in befriedete Gebiete Ugandas zurückkehren. HIV-Krankheiten seien in Uganda behandelbar. Zwar seien Medikamente teuer. Jedoch würde sie an Arme durch die Gute Samariter-Stiftung kostenlos abgegeben.«

*aus: Einzelentscheider-Brief
März 2003*

²⁷ Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg

z. B. Ghana

»OVG Niedersachsen: Gefahren wegen HIV-Infektion sind in Ghana allgemeine Gefahren gem. §§ 53 Abs. 6 S. 2, 54 AuslG; eine extreme Gefährdung i. S. d. verfassungskonformen Auslegung des § 53 Abs. 6 AuslG liegt nach Ausbruch der AIDS-Erkrankung sowie im Falle des Abbruchs einer notwendigen medikamentösen Therapie, nicht jedoch im Stadium I (A2) der Infektion vor.«

*Beschluss vom 20.03.2003
– 10 LA 30/03 – (7 S., M3709)*

z. B. Togo

»[...] hat der Kläger keinen Anspruch auf Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des § 53 Abs. 6 AuslG in Bezug auf Togo wegen Vorliegens einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib und Leben.

Diese Gefahr, wegen seiner HIV-Infizierung und Herz-Kreislaufkrankung bei Rückkehr nach Togo in eine akut gefährliche Situation zu geraten, entfällt, da sie einer Bevölkerungsgruppe insgesamt und somit allgemein droht.

[...] Ausweislich des amtsärztlichen Gutachtens vom 30. August 2001 (vergleiche Blatt 24 ff der Beilagen 1) befindet sich die HIV-Infektion des Klägers noch nicht im Sta-

dium der Erkrankung oder der Behandlungsbedürftigkeit mit Virustatika. Da nicht bekannt ist, wann die Infektion erfolgte, können keine Aussagen zur Dauer des symptomfreien Stadiums getroffen werden. Des Weiteren leidet der Kläger unter Bluthochdruck. Diesbezüglich ist eine medikamentöse Einstellung erfolgt. Werden die Medikamente abgesetzt oder nicht richtig eingenommen, kann es zur Blutdruckentgleisungen kommen, mit ähnlichen Beschwerden, wie beim letzten stationären Aufenthalt. Die Medikamente sind als Dauertherapie gedacht. Wegen seiner Probleme mit dem Blutdruck befand sich der Kläger vom 16. Juni 2001 bis zum 20. Juni 2001 im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main in Behandlung. Hierbei klagte er über anhaltenden Schwindel, Druckgefühle und Kopfschmerzen. An diesen ärztlichen Befunden hat sich bis zur Durchführung der mündlichen Verhandlung am 9. September 2002 nichts geändert. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung auf Nachfrage des Gerichts ausdrücklich bestätigt, dass ihm sein Arzt bislang immer wieder gesagt habe, dass die HIV-Erkrankung noch nicht zum Ausbruch gekommen sei. Wegen seines Bluthochdrucks nimmt der Kläger seit zwei Jahren Medikamente.

Angesichts dieses festgestellten Krankheitsbildes kann nicht davon ausgegangen werden, dass dem Kläger bei Rückkehr nach Togo eine lebensbedrohliche Situation droht.

[...] Bezüglich des Klägers ist jedoch zu beachten, dass sich eine HIV-Erkrankung noch in einem Stadium befindet, wo eine medikamentöse Therapie nicht erforderlich ist. Da auch ärztlicherseits nicht abgeschätzt werden kann, wann seine HIV-Infektion derart zum Ausbruch kommt, dass eine medikamentöse Therapie mit antiretroviralen Medikamenten erforderlich wird, kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass dem Kläger bei einer Rückkehr nach Togo mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eine lebensbedrohliche Situation wegen eingeschränkter Behandlungsmöglichkeiten seiner Aids-Erkrankung droht. Das Risiko, dass der Kläger eines Tages in Togo das Vollbild von Aids entwickelt, unterfällt nicht § 53 Abs. 6 AuslG. Unter Zugrundelegung des derzeitigen Gesundheitszustandes **liegen diese gesundheitlichen Risiken in unbestimmter zeitlicher Ferne**, so dass die strengen Voraussetzungen für die ausnahmsweise Gewährung von Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung von § 53 Abs. 6 Satz 1, 2 AuslG nicht erfüllt sind.

[...] Letztlich ist noch darauf hinzuweisen, dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Kläger bei Abbruch der Bluthochdruckbehandlung (für eine Übergangszeit könnten dem Kläger jedenfalls die erforderlichen Medikamente aus Deutschland mitgegeben werden) in eine lebensgefährliche Situation geraten wird. Insoweit stellt das amtsärztliche Gutachten darauf ab, dass in einem solchen Fall Beschwerden wie Schwindel und dergleichen auftreten könnten. Dies stellt jedoch keine extreme Gefahrenlage im Sinne von § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG dar. Abschließend ist in diesem Zusammenhang noch darauf hinzuweisen, dass es in der Hauptstadt Kliniken gibt, die von den Kirchen finanziert werden und dass in diesen Krankenhäusern bei Bedarf überlebensnotwendige Eingriffe durchgeführt werden können. Das heißt für den Fall, dass der Kläger aufgrund finanzieller Probleme bei der Beschaffung der erforderlichen Medikamente zur Behandlung seines Bluthochdrucks in eine kritische Situation kommen sollte, kann er sich an diese Kliniken in Lomé wenden.

Das Urteil ist gemäß § 78 Abs. 1 Satz Asylverfahrensgesetz unanfechtbar.«

4 K 20426/01 GE VG Gera

»Gefahren, die sich aus dem Auftreten von HIV-Infektionen und deren – unterstellt – unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten in Togo ergeben, sind indessen im Sinne von § 53 Abs. 6 Abs. 2 AuslG allgemein, weil sie eine große Zahl der in Togo lebenden Personen und somit eine Bevölkerungsgruppe betreffen. Zu dieser Einschätzung gelangt das Gericht aufgrund der vorliegenden Erkenntnisquellen, die – in Bezug auf HIV-Infektionen in Togo – einen hohen Durchseuchungsgrad annehmen (Auswärtiges Amt, Lagebericht vom 02.10.2001. Nach zitierten Schätzungen des togoischen AIDS-Bekämpfungsprogramms sind in Togo 3,3% der Gesamtbevölkerung und 6% der Bevölkerung zwischen 14 und 18 Jahren mit dem HIV-Virus infiziert [Stand: Dezember 1999]). Inoffizielle Quellen gingen von einer etwa dreimal so hohen Infektionsrate aus. Dies rechtfertigt die Annahme einer weit verbreiteten Erkrankung und damit einer allgemeinen Gefahr im Sinne von § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG, die eine ausländerpolitische Leitentscheidung nach § 54 AuslG erfordert (vgl. BVerwG, Urteil vom 27.04.1998 – 9 C 13.97 –, InfAuslR 1998, 409; in Bezug auf Togo; ebenso: VG Augsburg, Urteil vom 25.02.1999, NVwZ-Beilage I 2000, 7). Da eine Entscheidung der obersten

Landesbehörde nach § 54 AuslG zugunsten HIV-Infizierter togoischer Staatsangehöriger nicht ergangen ist, hat dies zur Folge, dass trotz – unterstellt – bestehender erheblicher konkreter Gefahr für Leib und Leben die Anwendbarkeit des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG im Verfahren des einzelnen Ausländers gesperrt ist. Solchen Ausländern darf – ausnahmsweise – nur dann der Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Anwendung des § 53 Abs. 6 AuslG zugesprochen werden, wenn keine anderen Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG gegeben sind, eine Abschiebung aber Verfassungsrecht verletzen würde. Dies ist dann der Fall, wenn der Ausländer in seinem Heimatstaat einer extremen Gefahrenlage dergestalt ausgesetzt wäre, dass er im Falle seiner Abschiebung dorthin gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert sein würde. Damit sind nicht nur die Art und Intensität der drohenden Rechtsgutverletzungen, sondern auch die Unmittelbarkeit der Gefahr und ihr hoher Wahrscheinlichkeitsgrad angesprochen (BVerwG, Urteil vom 17.10.1995 – 9 C 9.995 –, BVerwGE 99, 324; Beschluss vom 26.01.1999 – 9 B 617.98 –, InfAuslR 1999, 265).«

*Az: A 9 K 10232/03
Verwaltungsgericht Karlsruhe*

Erhebliche Probleme können sich auch für Menschen mit Behinderungen ergeben:

z. B. Fatma

Jahrgang 93, Kind kurdisch-arabischer Eltern aus dem Südosten der Türkei nahe der syrischen Grenze. Der betreuende Kinderarzt beschreibt: »Fatma leidet unter einer Lissenzephalie (seltene Form einer Gehirnefehlbildung) mit der Folge einer schweren cerebralen Schädigung, globalen Entwicklungsstörungen und Epilepsie. Sie ist vollständig rollstuhlabhängig und hat täglich Krampfanfälle trotz einer antikonvulsiven Behandlung mit Valporat. Sie kann wegen schwerer Kau- und Schluckstörungen nur passierte Kost zu sich nehmen und muss gefüttert werden. Sie ist bei allen Lebensverrichtungen auf Hilfe angewiesen [...]«

Für Fatmas medizinische Betreuung ist eine funktionierende kinderneurologische medizinische Infrastruktur sowie eine Versorgung mit Hilfsmitteln (z. B. Rollstuhl) erforderlich. Die laufende Behandlung kann von einem Kinderarzt oder einem in der Betreuung von Kindern erfahrenen Allgemeinarzt durchgeführt werden. Ein Kinderneurologe oder ein mit der Behandlung von epileptischen

Kindern erfahrener Neurologe muss erreichbar sein. Trotz der schweren Behinderung besucht Fatma eine Behindertenschule. Aufgrund der ärztlichen Atteste und eines Gutachtens über die Behandlungssituation für Kurden in der Türkei wurde der Familie zunächst für 2 Jahre eine Duldung erteilt, die jetzt nicht weiter verlängert werden soll.

Die Familie soll abgeschoben werden, obwohl sich an Fatmas Behinderung nichts geändert hat. In der Familie herrscht Verzweiflung, wieder werden ärztliche Atteste und Gutachten beigebracht, die hoffentlich auch wieder zu einer weiteren Duldung und schließlich Aufenthaltsbefugnis für die Familie führen.

z. B. Firat

Kurde aus der Türkei, jetzt 20 Jahre alt. Als er sechs Jahre alt war, wurde das Haus seiner Familie vom türkischen Militär angegriffen. Seine Eltern und Geschwister kamen um, er wurde schwer verletzt aus den Trümmern des Hauses geborgen. Beide Arme mussten in der Folge im Oberarmbereich amputiert werden. Ein Onkel nahm ihn auf, konnte aber wenig für den Jungen tun, der allen Le-

bensmut verloren hatte. Es gelang ihm, den Jungen zu Verwandten nach Deutschland zu schicken. Firat hatte Glück, kam in eine liebevolle Pflegefamilie, fand einen engagierten Orthopäden und wurde in ein der Orthopädischen Klinik angegliedertes Internat aufgenommen. Er bekam zunächst einfache Armprothesen, fand langsam wieder Sinn und Freude am Leben, wurde ein guter Schüler mit der Aussicht, das Abitur machen zu können. Danach wollte er Jura studieren. Als er 17 war, passierten viele Dinge gleichzeitig. Er wurde mit einer myoelektrischen Armprothese versorgt. Diese Prothese war viel schwerer als die alte und schwierig zu bedienen. Firat macht

sich aber unverzagt daran, den Gebrauch zu lernen. Dann trennten sich seine Pflegeeltern und die Pflegemutter zog in ein anderes Bundesland. Firat erhielt einen Brief von der Ausländerbehörde, dass er mit Erreichen der Volljährigkeit in die Türkei zurückkehren müsse. Der Junge geriet in eine schwere Krise und wollte sich das Leben nehmen. Den vereinten Anstrengungen der Pflegefamilie, der behandelnden Ärzte, der Ärztin des sozialpsychiatrischen Dienstes und des Anwalts war es schließlich zu danken, dass Firat in Deutschland bleiben konnte und in das Bundesland seiner Pflegemutter »umverteilt« wurde, wo er auch wieder einfühlsame Ärzte und Lehrer gefunden hat.

3.4 Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit – ein vielversprechender Ansatz

Im Rahmen des Equal-SPuK-Projektes baut der Flüchtlingsrat Niedersachsen eine interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit, kurz IdB, auf.

Die Interdisziplinäre Beratungsstelle IdB hat das Ziel, durch eine kompetente, komplexe und umfassende Beratung die psychische Belastung der Flüchtlinge auf ihrem Weg durch das Asylverfahren zu mindern, ÄrztInnen, TherapeutInnen, Ehrenamtliche und AnwältInnen zu entlasten. Die Beratungsstelle berät Menschen, die ihrerseits kranke Flüchtlinge (oft mit ausländerrechtlichen Schwierigkeiten) betreuen, behandeln, beraten oder vertreten. Weitere Aufgaben sind der Aufbau einer Adressen- und Informationsdatei, die Dokumentation und Aufarbeitung der Beratungsfälle, die Förderung des Problembewusstseins und des interdisziplinären Verständnisses bei den beteiligten Berufsgruppen sowie die Erarbeitung von Vorschlägen für eine Verbesserung der Verfahren.

Die Adressen- und Informationsdatei enthält zum Beispiel Angaben über ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen mit Sprachkompetenzen, Psychosoziale Be-

handlungszentren für Flüchtlinge und deren aktuelle Wartezeiten, Therapeuten, die bereit sind mit qualifizierten SprachmittlerInnen zu arbeiten, Ausbildungen in Traumatherapie, Kliniken mit sprachkompetentem Fachpersonal usw. Außerdem wurde eine Datei mit Länderinformationen über Gesundheitswesen und -versorgung in verschiedenen Herkunftsländern erstellt.

Förderung des Problembewusstseins geschieht beispielsweise durch Kontakte mit der Kassenärztlichen Vereinigung kvn (Aufruf Sprachkompetenzen als freiwillige Angabe in das Internet-suchangebot der kvn einzubinden) und der Ärztekammer (Aufruf an ÄrztInnen, die im Notfall auch bereit sind, anonym und kostenlos zu behandeln, bzw. an TherapeutInnen, die Interesse haben, mit der Zielgruppe zu arbeiten), der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen oder aber auch durch Multiplikatorentreffen, bei denen fremdsprachige Gesund-

heitsinfos bekannt gemacht und deren Einsatz beworben wird.

Interdisziplinäre Vernetzungstreffen finden regelmäßig statt zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen, z. B. Vorstellung von Präventivprojekten der Aids-Hilfen oder aber Gutachtenpraxis von Fachärzten (hier ist insbesondere der Austausch mit AnwältInnen sinnvoll, um rechtliche Rahmenbedingungen kennen zu lernen – andererseits ist es für AnwältInnen sinnvoll, die ärztliche Sichtweise nachzuvollziehen).

Die Teilnehmenden profitieren von den Treffen, fühlen sich durch den Erfahrungsaustausch entlastet und ermutigt und verbessern ihre Beratungstätigkeit. Ein Netzwerk ist entstanden, auf das die Beratungsstelle bei Anfragen zurückgreifen kann.

In regelmäßigen Fortbildungen und Multiplikatorenschulungen in Zusammenarbeit mit dem Projektpartner VNB werden wichtige Themen in Seminaren u. a. in der Ärztekammer angeboten: z. B. »Muslimische PatientInnen im Gesundheitssystem«, »Traumatisierungen erkennen«, »Gesundheitssituation von Kosovo-Flüchtlingen«, um nur einige Beispiele zu nennen.

Ein dominierendes Problem ist das Fehlen eines psychosozialen

Zentrums in Niedersachsen oder anderer Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge. Das bei der AWO in Stade angesiedelte Refugio, das ohne jede Bundes- oder Landesförderung auskommen muss, ist bei einem Angebot von Sprechstunden ein Mal wöchentlich nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Die EU-Richtlinie zu Aufnahmebedingungen, die im Februar 2003 beschlossen wurde und bis zum 6. Februar 2005 in nationales Recht übernommen werden muss, nimmt explizit Bezug auf den Behandlungsbedarf von Folteropfern, so heißt es in Kapitel IV:

»BESTIMMUNGEN BETREFFEND BESONDERS BEDÜRFTIGE PERSONEN

Artikel 17

Allgemeiner Grundsatz

(1) Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in den nationalen Rechtsvorschriften zur Durchführung des Kapitels II betreffend die materiellen Aufnahmebedingungen sowie die medizinische Versorgung die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Perso-

nen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

(2) Absatz 1 gilt ausschließlich für Personen, die nach einer Einzelprüfung ihrer Situation als besonders hilfebedürftig anerkannt werden.

Artikel 20

Opfer von Folter und Gewalt

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für

Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist.«

Vielleicht ergibt sich mit dieser Richtlinie ein Handlungsdruck für eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen auch in Niedersachsen.

Eine Fortführung und Weiterentwicklung der IdB und der begonnenen Vernetzung erscheint auch von daher sinnvoll. Ein Konzept für psychosoziale Versorgung von AsylbewerberInnen im Flächenland Niedersachsen soll entwickelt und umgesetzt werden.



»Auf einem Bahnhof lachte mir das Gesicht eines ungefähr sechsjährigen Jungen mit Zahnücke entgegen. Der Junge, wahrscheinlich aus dem Nahen oder Mittleren Osten, rief fröhlich aus einem Plakat der neuen Serie zum Einbürgerungsgesetz ab Januar 2000 heraus: »Ich werde Berliner«. Auf das Kinn dieses Kindes war mit Filzstift geschrieben: »Nie!« Auch das ist Migrationsbiographie. Das ist der tägliche Schmerz, der erlebt wird und während der jahrelangen Suche nach einem neuen Zuhause prägt.«

Dr. med. Thomas Junghanss, Universitätsklinikum Heidelberg
auf der 2. Fachtagung »Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft«, Nov. 1999

Gesundheitsverschlechterungen in Folge fremdbestimmter Unterbringungsbedingungen – oder: Warum Herr A. aus der Sammelunterkunft ausziehen möchte

4.1

■ Birgit Behrensen / Verena Groß, Universität Osnabrück
Spuk-Teilprojekt Regionalanalyse

Der folgende Fall entstammt nicht der Sammlung von Krankheitsfällen, die der Niedersächsische Flüchtlingsrat ausgewertet hat. Vielmehr ist uns Herr A. begegnet, als wir im Zuge unserer Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück unterwegs waren, um Asylsuchende, MitarbeiterInnen von Einrichtungen, die mit den Belangen von Asylsuchenden zu

tun haben, sowie RechtsanwältInnen und UnterstützerInnen nach ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen zu befragen. Diese Regionalanalyse ist ebenfalls Bestandteil des EQUAL-Projektes SPuK (Sprache und Kultur – Grundlagen einer effektiven Gesundheitsversorgung), in dessen Kontext die Dokumentenanalyse des Niedersächsischen Flüchtlingsrates entstanden ist. Die Ergebnisse des



*Fernsehraum eines deutschen
»Ausreisezentrums« (Foto: res publica)*

Teilprojektes Regionalanalyse werden unter dem Titel »Auf dem Weg in ein »normales Leben«? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück« im Herbst 2004 veröffentlicht.

Der hier ausgewählte Fall von Herrn A. deutet darauf hin, dass

beengtes Wohnen und zentralisierte Versorgung negative Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation eines psychisch stark belasteten Menschen haben können. Aus Gründen der Anonymitätssicherung soll die Unterkunft, in der Herr A. wohnt, nicht näher beschrieben werden. Betrachtet werden sollen statt dessen die Faktoren unter den dort vorgefundenen Bedingungen, die zu einer Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustandes beitragen sowie die Verhaltensfaktoren der dort tätigen MitarbeiterInnen, die sein gesundheitliches Befinden verbessern. Zusätzlich soll herausgearbeitet werden, wie sich diese Faktoren gegenseitig bedingen.

Der Fall des Herrn A.

Herr A. ist ein Mann mittleren Alters, der seit vielen Monaten in der hier nicht näher beschriebenen Unterkunft lebt. Seit einiger Zeit teilt er sein Zimmer mit einem anderen Mann. Zu Beginn des zweistündigen Interviews, das mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt wird, erzählt Herr A., dass er nach einer freiwilligen Rückkehr in sein Herkunftsland mehrere Monate in Einzelhaft verbracht hat. Undeutlich bleibt, in wie weit es in dieser Zeit zu einem ordentlichen Ge-

richtsverfahren gekommen ist. Un-
deutlich bleibt auch, ob und wenn
ja, von wem er gefoltert worden
ist. Deutlich wird für unseren Fall,
dass er nach seiner erneuten
Flucht nach Deutschland »nicht
mehr wusste, was mit ihm war«.²⁸
Herr A. berichtet im Verlauf des
Interviews mehrfach von extre-
men Angstzuständen, von De-
pressionen, von starker innerer
Unruhe, die ihm kontinuierliche
Tätigkeiten unmöglich macht, so-
wie von Schlafstörungen. Auf-
grund dieser Symptome hat er
mehrere Wochen in der Psychiatrie
verbracht. Dort wurde er medika-
mentös behandelt. Nach Verlassen
der Psychiatrie setzte er die Medi-
kamente ohne Rücksprache mit
einem Arzt ab. Daraufhin ver-
schlimmerten sich die Symptome
erneut. Schließlich wies sein An-
walt auf einen Psychiater in der
Region hin, der seine Erstsprache
spricht. Durch die Unterstützung
des Psychiaters beginnt Herr A. er-
neut mit der Einnahme der Medi-
kamente, deren Dosierung nun ge-
nauer kontrolliert wird. In wie weit
eine zusätzliche therapeutische Un-
terstützung stattfindet, die über die
Medikamenteneinstellung hinaus-

geht, lässt sich anhand des erhobe-
nen Materials nicht genau klären.
Eine Nebenwirkung der Medika-
mente ist, dass Herr A. unter aus-
geprägter Appetitlosigkeit leidet.
Nach eigener Aussage nimmt er in
erster Linie schwarzen Tee mit Zu-
cker zu sich. Er ist sehr dünn und
raucht viel.

Bedingungen in der Unterbringung

In der psychiatrischen Anstalt hat
Herr A. nach eigenen Angaben ge-
essen. Das Essen, das in seiner
Unterbringung zentral zubereitet
wird, verderbe ihm dagegen den
Appetit. Das Essen in der Unter-
kunft bezeichnet Herr A. als ein-
tönig. Da er sowieso keinen Appe-
tit hat, kann er sich nicht überwin-
den, es regelmäßig zu essen. Für
Alternativen fehlt ihm das Geld. In
der Unterkunft wird nur ein Ta-
schengeld gezahlt, da alle Leistun-
gen über Sachleistungen ausgege-
ben werden. Eine Folge ist nicht
nur der oben angedeutete Ge-
wichtsverlust, sondern auch eine
Zunahme seiner ebenfalls vor-
handenen Antriebsschwäche. So
kommt zu der psychisch bedingten
Arbeitsunfähigkeit und der damit
verbundenen Unmöglichkeit durch
gemeinnützige Arbeit ein geringes
Zusatzeinkommen zu verdienen,

²⁸ Alle wörtlichen Zitate aus Interviews sind in
kursiver Schreibweise gekennzeichnet.

das ihm ein gewisses Eingehen auf seine individuellen Bedürfnisse ermöglichen könnte, eine weitere körperliche Verschlechterung hinzu. Herr A. gerät dadurch in eine Negativspirale, die auch seine eigene Handlungsfähigkeit und die damit verbundene Verbesserung seines Gesundheitszustandes beeinträchtigt.

Herr A. möchte gerne in eine eigene Wohnung ziehen und äußert den Wunsch arbeitsfähig zu werden, um ein »normales« Leben führen zu können. Er möchte nicht gezwungen sein, sich erzwungenermaßen mit anderen auseinandersetzen zu müssen. Er hat bereits zweimal in der Unterkunft die Zimmer getauscht. Im letzten Zimmer hatte er mit mehreren Männern gewohnt, die laut waren und Drogen konsumierten. Als er es nicht mehr aushielt, hat er sich an einen Mitarbeiter gewandt, der für die Verteilung der Zimmer nicht zuständig ist. Dieser Mitarbeiter ermöglichte ihm den Zugang zu einem Zimmer, das zu der Zeit leer stand, weil die angemeldeten BewohnerInnen abwesend waren. Als der Verantwortliche für die Zimmerverteilung davon erfuhr, hat er diesen Umzug im nachhinein genehmigt. Später wurde ein zweiter Bewohner in dieses

Zimmer eingewiesen. Obwohl dieser Bewohner sehr viel Rücksicht auf Herrn A. nimmt, der nachts schlaflos durch das Zimmer läuft, stören Herrn A. die Geräusche jenseits der Zimmertür, wo spät in der Nacht BewohnerInnen das Haus betreten, Musik hören oder laut auf dem Flur streiten.

Im Zuge unserer Befragungen wies uns eine Mitarbeiterin darauf hin, dass der Wunsch, in eine eigene Wohnung zu ziehen, häufig mit der Annahme verbunden sei, dies ginge automatisch mit einer Verbesserung des Aufenthaltsstatus einher. In einigen wenigen Fällen ist uns diese Annahme in den Interviews auch begegnet. Herr A. hatte dagegen wie die meisten anderen Befragten eine sehr klare Vorstellung davon, dass sein Verbleib in Deutschland von dem gerichtlichen Bescheid abhängt, auf den er zur Zeit des Interviews wartet und vor dessen Eintreffen er zugleich Angst hat. Sein Wunsch, in eine eigene Wohnung zu ziehen, hängt sehr deutlich mit seinen Erfahrungen räumlicher und sozialer Enge und den dadurch entstehenden Auseinandersetzungen zusammen. Zu dieser Lebenssituation sieht er sich aufgrund seines psychischen Zustandes nicht in der Lage. Die damit einhergehenden

Konflikte ist er momentan nicht in der Lage auszutragen.

Darüber hinaus befällt ihn eine lähmende Angst, wenn plötzlich die Polizei in der Unterkunft erscheint. Dies geschieht öfters, weil bei Delikten in der Umgebung schnell der Verdacht auf die BewohnerInnen fällt. Mitunter werden BewohnerInnen bei kleineren Delikten gefasst und dann von der Polizei in die Unterkunft begleitet. Wie in Interviews mit anderen Asylsuchenden auch anderer Sammelunterkünfte hören wir von Herrn A., dass er jedes Mal Angst vor einer Abschiebung hat. Diese Angst ist so schlimm, dass er Stunden braucht, um sich nach einem solchen Vorfall zu beruhigen.

Nachteilig ist die zugewiesene Unterkunft auch im Hinblick auf die Entfernung von dem Psychiater, der die Sprache von Herrn A. spricht und zu dem er Vertrauen gefasst hat. Wäre er auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen, dann wäre er für einen Weg zum Psychiater etwa zwei Stunden unterwegs. Im Gegensatz zu vielen anderen BewohnerInnen seiner Unterkunft hat Herr A. das Glück, von den MitarbeiterInnen unterstützt zu werden. So wird er zu den vierzehntägigen Terminen mit einem Auto gefahren, das für sol-

che Fahrten zur Verfügung steht. Die Fahrtzeit reduziert sich dadurch auf 45 Minuten. Außerdem braucht Herr A. sein geringes Taschengeld deshalb nicht für die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu verwenden. Statt diese besondere Unterstützung entgegen zu nehmen, würde Herr A. es vorziehen, in einen Ort in der Nähe des Psychiaters zu ziehen. Bei akuten Krisen wäre es dann vielleicht möglich, schneller dort einen Termin zu bekommen.

Da die Arbeit des Psychiaters auf vierzehntägige Sitzungen beschränkt ist, braucht Herr A. weitere Unterstützung. Etwa zweimal wöchentlich besucht er einen der Sozialarbeiter, der für die Belange der in der Unterkunft lebenden Asylsuchenden zuständig ist. Auch hier hat Herr A. im Gegensatz zu vielen Bewohnern seiner Unterkunft besonderes Glück. Der Mitarbeiter spricht seine Sprache. So ruft er ihn bei Bedarf auch als Dolmetscher hinzu. Bei dem Interview, das wir mit Herrn A. führen, ist auch der Sozialarbeiter als Dolmetscher anwesend. Wir spüren, welches Vertrauen er bei Herrn A. genießt. Seine »väterliche Strenge«, die wir während des Interviews beobachten, tut ihm gut. Hier bekommt er den Halt, den er so drin-

gend braucht. Schnell wird jedoch deutlich, dass diese besondere Aufmerksamkeit einen hohen Preis hat. Der Sozialarbeiter berichtet im Anschluss an das Interview, dass er regelmäßig Kopfschmerzen hat, wenn Herr A. bei ihm war.

Bei der Analyse des von uns erhobenen Materials erkannten wir, dass die beschriebenen Faktoren räumliche Enge, Auseinandersetzungen mit nicht frei gewählten MitbewohnerInnen, häufiges Miterleben polizeilicher Präsenz / Ermittlungen, Fremdbestimmung durch zentralisierte Versorgungsleistungen bei entsprechender persönlicher Vorbelastung der Asylsuchenden sich in dem Maße negativ auswirken, in dem die Unterbringungseinrichtungen größer werden. Die Größe der Einrichtung bedingt, dass sich hier erwartungsgemäß immer mehr Menschen einfinden, die wie Herr A. belastet sind. Hinzu kommen BewohnerInnen, die anders als Herr A. ihre Probleme gewaltförmig austragen und somit zu einer Belastung für andere BewohnerInnen werden. Eine solche Zusammensetzung von BewohnerInnen stellt Anforderungen an die MitarbeiterInnen, die diese rein quantitativ nicht lösen können. Die im Vergleich kleine Gruppe von MitarbeiterInnen

unterschiedlichster Professionalität muss daher auswählen, wem sie eine ähnliche Aufmerksamkeit wie Herrn A. schenkt. Andere, die ebenfalls Unterstützung brauchen, fallen durch das Raster des Mitgefühls. Hier greift in der Regel ein Bewältigungsmuster, das Goffman in den 1970er Jahren im Zusammenhang mit »Totalen Institutionen« beschrieben hat²⁹. Die BewohnerInnen einer Einrichtung werden von den MitarbeiterInnen entsubjektiviert und in Gute und Schlechte unterteilt. Ruhiges, sozial gewünschtes Verhalten wird als gut befunden. Wehrt sich jemand gegen die hier angebotene Unterstützung und nimmt diese als Fremdbestimmung wahr, dann wird dieses Verhalten als schlecht bewertet und sanktioniert. Eine Unterstützung entfällt hier. So wissen wir von einem anderen Bewohner, dass er keine so unbürokratische Unterstützung wie Herr A. bekam, als er aufgrund von Streitigkeiten mit einem Nachbar umziehen wollte. Hier dauerte der Prozess wesentlich länger.

Gleichzeitig geht aus Gründen einer effektiven Verwaltung mit

29 Goffman, Erving (1977): Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.

der zunehmenden Größe der Einrichtung eine Zunahme zentralisierter Versorgungseinrichtungen einher. Herr A. bekommt kein Geld und hat keine räumlichen Möglichkeiten, um sich selbst ein Essen nach seinen Bedürfnissen zuzubereiten. Es wird vielmehr ein Großauftrag an einen privaten Unternehmer vergeben, der kostengünstig die Menschen in der Unterkunft versorgt. Je mehr Versorgungsleistungen nach außen vergeben werden, um so mehr wird das Leben fremdbestimmt. Auch dies trägt dazu bei, dass das Leben – wie es einige junge Asylsuchende formulieren – aus »Schlafen, Essen, Schlafen« und »Warten« besteht.

Fazit

Der Fall von Herrn A. zeigt die Notwendigkeit einer zuverlässigen und kontinuierlichen psychosozialen Unterstützung. Deutlich wird aber auch, dass eine Unterbringung in Sammelunterkünften neue

psychosoziale Probleme schafft beziehungsweise bestehende verschlimmert und einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation, um die die MitarbeiterInnen sich bemühen, entgegen wirkt.

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass eine dauerhafte Unterbringung von Asylsuchenden in zentralen Unterkünften ebenso wie eine Standardisierung dieser Unterbringungsform der gesundheitlichen Stabilisierung von Asylsuchenden deutlich entgegenwirkt. Wer diese Unterbringungsform unterstützt oder gar für ihre Ausweitung plädiert, muss sich seiner Mitverantwortung für die entstehenden gesundheitlichen Folgen bei den einzelnen Menschen bewusst sein.

*Kontakt: Universität Osnabrück,
FB Erziehungs- und
Kulturwissenschaften,
Heger-Tor-Wall 9, 49074 Osnabrück,
Tel.: 0541 - 969 40 60,
birgit.behrens@uni-osnabrueck.de*

4.2 »Ich wollte unabhängig leben« Interview mit Axel

Guten Tag. Also, ich bin Bürger der Demokratischen Republik Kongo, ehemals Zaire. Ich war gezwungen mein Land zu verlassen, wegen der politischen Verfolgung. Ich bin im April 1992 angekommen und habe dann einen Asylantrag gestellt. Nach einem Jahr wurde ich abgelehnt. Und ich musste ein neues Gesuch stellen, in Hannover. Und das Urteil war auch negativ. Danach, das war in 1993, hab ich mich in der Volkshochschule eingeschrieben, um die deutsche Sprache zu lernen, für eine besseren Integration. Da hab ich während einem Jahr die Sprache gelernt. Ich habe auch eine Sprachprüfung gemacht. Ich habe ein Zertifikat »Deutsch als Fremdsprache«. Und anschließend musste ich mir etwas zu tun suchen. Also hab ich Arbeitsanfragen gemacht. Man hat mich dann am 01. September 1994 eingestellt. Ich war bei einem Grand Hotel beschäftigt. Da hab ich acht Jahre gearbeitet, also bis 2002.

Hat das Sprachdiplom Ihnen geholfen, Arbeit zu finden?

Es hat mir sehr geholfen, schnell Arbeit zu finden. Weil mit der

Sprache weißt du, wie du dich ausdrücken kannst. Und du hast einfacher Kontakte. Also ist die Sprache sehr wichtig für Ausländer. Und für mich persönlich.

Ich hatte keine Papiere, besaß keine Aufenthaltsberechtigung, ich hatte nur eine Duldung, die ich seit 1993 habe. Da die Arbeitserlaubnis mit dem Aufenthaltsstatus zusammenhängt, gab es oft Probleme mit dem Arbeitsamt. Es musste jedesmal wieder eine Arbeitserlaubnis beantragt werden und das hat oft Probleme verursacht. Des öfteren wollte das Arbeitsamt die Arbeitserlaubnis nicht erteilen. Wegen der Duldung sollte der Arbeitsplatz erst Deutschen überlassen werden. Danach sollte der Arbeitsplatz Europäern abgegeben werden. Schließlich solchen mit Aufenthaltserlaubnis und denen, die mit Deutschen verheiratet sind. Jedesmal, wenn es ein Problem mit meiner Duldung gab, brachte das Schwierigkeiten mit meiner Arbeitserlaubnis mit sich.

Ihr Arbeitgeber hat sie aber trotzdem gerne weiter beschäftigt?

In jedem Fall wollte mein Chef



mich bei der Arbeit behalten. Er hat bei der Stadt N. gefragt, ob sie mir eine Aufenthaltserlaubnis geben könnten. Und auch beim Arbeitsamt hat er gebeten, mir eine Arbeitserlaubnis zu geben. Aber das Ausländeramt und das Arbeitsamt haben es schließlich verweigert. Deshalb hatte ich eine schlimme Depression und bin immer noch krank. Es hat mich auch ins Landeskrankenhaus gebracht. Zweimal wurde ich für je einen Monat stationär behandelt. Und bis heute bin ich in einer Therapie. Alle zwei Wochen gehe ich zu Psychotherapeuten. Und ich habe auch eine Behandlung beim Arzt.

Am Anfang hatte ich nur Ärzte, die kein französisch gesprochen haben. Darüber wurde auch disku-

tiert und jetzt eine Psychotherapeutin gefunden, wo ich eine Psychotherapie in französisch mache. Also, es ist sehr wichtig für die Ausländer, die kein Deutsch sprechen, auch eine (Psycho-)Therapie in ihrer Sprache zu machen. Obwohl ich mich sehr gut in Deutsch unterhalten kann, ist es auch für mich eine wesentliche Erleichterung, die Therapie in Französisch machen zu können. Das hilft mir ein wenig, die Behandlung fortzuführen.

Es ist schwierig, solche Ärzte zu finden, aber der Flüchtlingsrat hat mir geholfen, auch beim Kontakt aufnehmen mit einem Ärzteverein. Der Flüchtlingsrat hat auch einen Termin gemacht mit einer deutschen Ärztin, die französisch spricht. Das macht jetzt zwei oder drei Monate, dass ich da bin.

Seit ich im April 1992 nach Deutschland gekommen bin, das ist jetzt zwölf Jahre her, seitdem bin ich im Asylbewohnerheim. Und es ist nicht leicht. Also, für mich ist es schwer mit all diesem Druck der deutschen Autoritäten, wie der Ausländerbehörde. Das verursacht Kopfschmerzen. All das sind Gründe für Depression. Man weiß nicht mehr, was man macht im Leben. Die beste Lösung die bleibt, ist vielleicht zu sterben.

Und aus dieser Welt zu gehen. Weil nachdem ich Opfer von Unterdrückung wurde im ehemaligen Zaire, wurde ich auch in Deutschland Opfer von Unterdrückung wegen dem Asylantrag.

Wurde es Ihnen nicht möglich, in einer eigenen Wohnung zu wohnen?

Wenn man einen Asylantrag stellt und besonders, wenn dieser abgelehnt wird, muss man in dem Asylbewerberheim bleiben. Ich habe Anträge gestellt, damit ich eine Chance bekomme, eine Wohnung zu finden. Sie haben mir keine Gründe genannt, sondern gesagt, es ist das Gesetz, dass ich dort bleiben muss. Und man verlangt von mir, dass ich dafür bezahle. Damals als es noch die DM gab, hatte ich 365 DM zu bezahlen. Und jetzt verlangt man von mir, dass ich 186 Euro im Monat bezahle. Früher gab es nur Gemeinschaftszimmer, wo es viele Nationalitäten in einem Raum gab. Und das fand ich katastrophal, weil all die Leute da nicht arbeiteten und umsonst dort bleiben durften. Während ich gearbeitet habe und dafür zahlen musste. Wenn ich von der Arbeit komme, dann will ich schlafen und die anderen haben noch Lust zu reden. Und manchmal musste ich

abends arbeiten und dann komme ich nachts oder morgens müde von der Arbeit und die Leute werden wach, während ich schlafen will. Und ich kann ihnen nicht verbieten zu reden. Es ist ein hartes Leben. Zudem sind die Toiletten sehr dreckig und die Küche musste mit mehr als zwanzig Leute geteilt werden. Und der Schmutz. Und die Toiletten sind überfüllt mit Wasser, das ist alles unmöglich.

Haben Sie auch gedacht, dass die Gesetze in Deutschland unmöglich sind?

Die Gesetze in Deutschland sind für uns Ausländer sehr schwierig zu verstehen. Ohne Organisationen wie der Flüchtlingsrat, Asyl e.V. und amnesty international sind wir schlecht informiert. Wir verstehen nicht, was genau die Autoritäten wollen. Was sie brauchen von uns und was wir tun sollen. Sie sagen nur, du musst in diesem Asylbewerberheim bleiben. Und du hast kein Recht, dich fortzubewegen. Im Prinzip, wenn du verreisen willst, musst du zur Ausländerbehörde und um Erlaubnis bitten, um die Stadt verlassen zu dürfen. Aber es kommen Momente, wo sie dir sagen, dass du nicht aus der Stadt gehen darfst. Schließlich werden wir wie Gefangene behan-

delt, so wie Sklaven. Und ich weiß nicht mal, was ich dagegen noch machen kann.

Hatten Sie einen Anwalt, der Ihnen geholfen hat, die Gesetze zu verstehen?

Ja, aber ich hab zwei oder drei Mal meinen Anwalt gewechselt, weil der eine dir sagt, du sollst das und das so machen, und ein anderer sagt, solange du arbeitest, gibt es keine Probleme, und wieder ein anderer behauptet, weil du schon lange da warst, stört es mich nicht.

Ich habe von der Diktatur Mobutus geredet und zu der damaligen Zeit hat mir niemand geglaubt. Letztendlich wunderte es mich, als im Fernsehen und im Radio alle sagten, Mobutu ist ein Diktator, und als ich das gesagt habe, wollte mir niemand glauben, sei es beim Bundesamt oder vor den Gerichten. Es ist hart. Dann, als Kabila gekommen ist, war es das gleiche. Es ist, als ob sie den Lokomotivführer gewechselt haben, aber es ist noch der gleiche Zug, der in die gleiche Richtung weiterfährt. Nur die Person, die lenkt, ist ausgetauscht worden. Und jetzt wo das Leben im Kongo so katastrophal ist, habe ich Angst um meine Gesundheit. Weil ich keine Möglichkeiten habe, die Me-

dikamente zu bezahlen. Die Krankenhäuser funktionieren nicht. Alles ist k.o. und wenigstens habe ich hier die Möglichkeit, meine Behandlung fortzusetzen. Und in Kongo habe ich niemanden, der die Behandlung bezahlt. Und hier habe ich gearbeitet und in die Krankenversicherung eingezahlt. Hier bin ich versichert.

Ich will noch hinzufügen, was ich sehr merkwürdig finde, dass jetzt, wo ich arbeitslos bin und Arbeitslosenhilfe nehme, dass ich vom Arbeitsamt bedroht werde, mir eine Arbeit zu suchen. Dabei wissen sie genau, dass ich meine Arbeit verloren habe, weil ich keine Arbeitserlaubnis bekommen habe. Und sie sind dafür zuständig, mir eine Arbeitserlaubnis zu geben. Während acht Jahren hatte ich Schwierigkeiten mit meiner Arbeitserlaubnis, weil sie sie mir nicht geben wollten. Ich habe immer noch die gleiche Duldung. Die Sachbearbeiter haben die Akten und sie haben mein Kündigungsschreiben gesehen, wo gut steht, dass ich nicht mehr arbeiten darf, weil die Arbeitserlaubnis fehlt. Ich bin dann zum Arbeitsamt gegangen und hab mit dem Sachbearbeiter geredet. Es ist kompliziert mit Ausländern. Ich weiß nicht, was genau sie wollen. Da wo ich gear-

beitet habe, in dem Hotel, hatte ich einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Nur fehlte mir dann die Arbeitserlaubnis, deshalb habe ich die Arbeit verloren. Und mein Arbeitgeber ist zum Arbeitsamt gegangen und hat Briefe geschrieben und ich habe selber Briefe geschrieben. Aber sie wollten es nicht. Deshalb habe ich meine Arbeit verloren.

Mein Arbeitgeber hat großes Vertrauen, da ich gut war, respektvoll und integer.

Er hatte wirklich viele Probleme mit dem Arbeitsamt. Er war deshalb auch ärgerlich mit dem Arbeitsamt. Weil er viel verhandeln musste, weil er wollte, dass ich bei ihm arbeite. »Er ist fleißig bei seiner Arbeit. Er ist nett. Er macht seine Arbeit gut«, so sagte er. Das Arbeitsamt hat mehrere Deutsche geschickt, die für eine oder zwei Wochen in die Gastronomie gekommen sind, und dann wieder gegangen sind. Niemand wollte »Kraftarbeit« machen, so wie ich das gemacht habe. Das Geschirr sauber machen und die Reinigung, das wollte niemand machen. Und die hatten da immer Probleme.

Und als das Arbeitsamt meine Erlaubnis nicht verlängern wollte, gab es eine Leere, die sie mit Angestellten von außerhalb, mit fremden Firmen füllen mussten. Da ich nicht mehr da war, gab es niemand, der das dann gemacht hat. Deshalb hat er verhandelt, damit ich die Arbeitserlaubnis bekomme. Aber das Arbeitsamt wollte es nicht. Sie wollten mir nur die Duldung geben und sonst nichts. manchmal sogar die Papiere nicht mehr verlängern.

Hat es Ihnen auch geholfen zu arbeiten, um eine tägliche Beschäftigung zu haben?

Als erstes hat es mir geholfen, weil es eine Beschäftigung war. Und zweitens wollte ich nicht abhängig sein von dem Sozialamt. Ich wollte unabhängig leben. Ich bin nicht gekommen, um Asyl zu beantragen, damit ich Geld vom Sozialamt bekomme. Ich wollte von dem Geld leben, das ich erarbeitet habe. Wie jedes normale Leben für alle Menschen.

*Das Interview führte
Dorothee Gwinner*

»Es entsteht keine lebensbedrohliche Situation«

4.3

zum Beispiel

4.3.1

z. B. Dilar

Dilar, 2. Kind einer kurdischen Familie im Asylverfahren aus der Türkei. Dilar ist in Deutschland geboren und drei Jahre alt. Wegen einer Entwicklungsverzögerung stellt der Hausarzt sie einer Spezialklinik vor. Die Beurteilung der Klinik lautet: **»bei der 3jährigen Dilar besteht eine allgemeine sprachliche Entwicklungsverzögerung bei Zweisprachigkeit sowie ein Minderwuchs und Dystrophie. Die genaue Ursache dieser Entwicklungsstörung muss noch anhand weiterer medizinische Untersuchungen erfolgen. Wir sehen dazu einen mehrwöchigen Stationsaufenthalt in unserem Hause für notwendig an, bei dem neben der medizinischen Diagnostik dann auch noch einmal eine genaue Entwicklungsstandbestimmung durchgeführt werden könnte, um so Dilars weitere Entwicklungsperspektive einschätzen zu können.«** Der mitbetreuende Arzt leitet den Brief an die Sozialbehörde weiter mit dem Kommentar: **»Das schlechte Gedeihen ist eine Folge der Falsch-Ernährung. Eine Er-**

nährungsberatung war bisher weder mir noch der Kinderklinik wegen Sprachschwierigkeiten möglich.« Die Amtsärztin hält zumindest eine weiterführende Diagnostik für erforderlich. Wieweit diese in der Türkei gemacht werden könne, entziehe sich ihrer Kenntnis. Sie bescheinigt Dilar uneingeschränkte Reisefähigkeit. Das Sozialamt verweigert die Kostenübernahme für die stationäre Diagnostik und die Ausländerbehörde leitet die Abschiebung der Familie ein. Nur eine akute Gefahr für Leib und Leben des Kindes im Heimatland könnte als Abschiebehindernis gewertet werden.

z. B. Mohammed

Mohammed, 7 Jahre, 4. von 6 Kindern einer Familie syrischer Kurden, die seit 5 Jahren im Asylverfahren in Deutschland leben. Der Vater hat eine akademische Ausbildung, spricht hinreichend Deutsch und fließend Englisch. Er ist politisch organisiert in einer Gruppe von Landsleuten. Mohammed ist geistig behindert und zeichnet sich

durch große Unruhe, Lautstärke und Wutausbrüche aus, die die Familie sehr belasten. Alle Familienmitglieder beteiligen sich liebevoll an seiner Betreuung. Seit einiger Zeit hat der Vater durchgesetzt, dass Mohammed Ergotherapie bekommt. Er war zwei Jahre alt, als die Familie nach Deutschland kam. Trotz der Bemühungen der Eltern und des Hausarztes hat das Sozialamt die Kostenübernahme für eine Diagnostik in einer Spezialklinik und alle Fördermaßnahmen außer der seit kurzem erst erfolgenden Ergotherapie abgelehnt.

z.B. Edis – eine Chronik der ärztlichen Berichte

■ *April 1994:*

Schreiben des Kinderarztes an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung:

»[...] Das Kind ist ca. dreieinviertel Jahre alt. Er hat eine schwere cerebral-motorische Retardierung (Tetra-Spastik). Er kann in dem Alter noch nicht mal sich drehen bzw. sitzen und benötigt dringend medizinische Hilfe.

Ich habe die Frühförderstelle in U. eingeschaltet. Dort wurde mir gesagt, dass die Kosten nicht übernommen werden, weil die Familie

Flüchtlingsstatus besitzt. Danach habe ich Krankengymnastik verordnet, die auch mit der selben Begründung abgelehnt wurde.

[...]

Nach meiner Auffassung muss dem Kind dringend geholfen werden.

Leider weiß ich nicht, wie ich dem Kind aufgrund der Verweigerung der medizinischen Hilfe durch die Behörden helfen kann. Hiermit möchte ich sie um ihre Mithilfe bitten.

Mit freundlichem Gruß«

■ *Mai 1994*

Antwort der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen – Bezirksstelle Braunschweig:

»[...] Die Problematik stellt sich in der Tat als schwierig dar. Nach Rücksprache mit unserem Juristen konnte ich eruieren, dass nach § 120 Bundessozialhilfegesetz der Anspruch auf Sozialhilfe bei zur Ausreise verpflichteten Ausländern, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen, humanitären oder aus den in § 51 Abs. I des Ausländergesetzes genannten Gründen geduldet wird, auf die Hilfe zum Lebensunterhalt beschränkt ist. Sonstige Sozialhilfe, unter der man auch Krankenhilfe versteht, kann gewährt werden. Insofern liegt es ausschließlich im Ermessen der Sozialämter, ob über

Stadt Hildesheim Der Oberstadtdirektor – Fachbereich Soziales, Jugend und Wohnen – Krankenbehandlungsschein (nur gültig für zugelassene Vertragsärzte) Für das II Quartal 2004	Der Behandlungsschein ist nur im Stadtgebiet Hildesheim gültig. Abrechnungsstelle KV Niedersachsen Bezirksstelle Hildesheim 10
Name, Vorname 31137 Hildesheim	Zur Beachtung für den Krankenhilfeempfänger Falls die Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde, ist der Fachbereich Soziales, Jugend und Wohnen sofort zu benachrichtigen.
Der Behandlungsschein hat nur Gültigkeit für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Die durchgeführten Behandlungen müssen unaufschiebbar und zwingend notwendig sein. Ausgeschlossen sind chronische Krankheiten ohne Schmerzzustände. Auf den Verordnungen und Überweisungen ist die erteilte Zustimmung des Sozialamtes, sowie der eingeschränkte Leistungsanspruch zu vermerken. Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Weiterüberweisungen zu anderen Ärzten, Krankenhauserweisungen (abgesehen von Nottfällen) dürfen nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände nach vorheriger Zustimmung des Sozialamtes vorgenommen werden. Es besteht Anspruch auf ambulante ärztliche Versorgung nach dem mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossenen Vertrag (über die ärztliche Versorgung der von der Stadt Hildesheim zu betreuenden Hilfebedürftigen). Hildesheim, den 29.03.2004 Im Auftrage Mit Hilfe automatischer Datenerfassung erstellt und beauftragt kreuz Unterschrift (8 33 Ahs. 4 SGB X)	

die Notfallversorgung hinausgehende medizinische Hilfe gewährt wird. Eine Beeinflussung der Sozialämter seitens der Kassenärztlichen Vereinigung ist leider nicht möglich.

Gegebenenfalls wäre zu überlegen, ob man sich nicht auf unkonventionelle Art und Weise, bspw. durch Spendenaufruf, Gelder für eine entsprechende Behandlung verschafft.

Mit kollegialen Grüßen«

■ Juni 1994

Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie (Zeus) :

»[...] Der Ernährungszustand ist zufriedenstellend. Ansonsten sind kaum motorische Aktivitäten sowie Kommunikation und Wahrnehmung zu finden. Zur Zeit erfolgt Krankengymnastik. Die weiteren Maßnahmen wurden vom Kreissozialamt abgelehnt, da es sich dabei nicht um eine akute Krankheit und akute Behandlung handelt.

[...]

Ich werde in Zusammenarbeit mit dem Kreissozialamt die Möglichkeiten der Therapie, Förderung und der Hilfsmittelversorgung prüfen.«

■ *Mai 1995*

Kinderneurologe:

»Seit etwa 9 Monaten erfolgt die regelmäßige Fördertherapie in Form ergotherapeutisch-sensomotorischer Förderung durch Frau Y., sowie krankengymnastische Förderung über die Praxis X.

In diesem Zeitraum habe E. schon kontinuierliche, wenn auch nur langsam Fortschritte erzielt.«

Im Befund wird eine Abduktionshemmung beider Hüften festgestellt ...

■ *Januar 1998*

Fachärztin für Orthopädie:

»Sehr geehrte Kollegen [...], vielen Dank für die freundliche Überweisung des oben genannten Kindes, das am [...] in meiner Sprechstunde vorgestellt wurde.

Anamnese:

Der o.g. Patient wird zur Kontrolle hier vorgestellt. Die letzte Kontrolle hier erfolgte im September 1996! Die damals verordneten Schienen sind inzwischen zu klein geworden. Wie die Mutter berichtet erhält Edis seit etwa 2 Monaten auch

keine Krankengymnastik mehr und auch keine Ergotherapie mehr, da diese Therapie vom Sozialamt nicht mehr bezahlt werde? Aus ähnlichem Grund sei auch eine Eingliederung von Edis in die Lebenshilfe von seiten des Sozialamtes abgelehnt worden.

Die im vorigen Jahr beantragte Sitzschale wurde ebenfalls abgelehnt. Die Firma Rulitschka hatte daraufhin auf eigene Kosten eine Sitzschale hergestellt. Diese Sitzschale sitzt noch paßgerecht. Die Fußstützen müßten etwas tiefer gestellt werden, was aber soweit ersichtlich, technisch möglich ist. [...]

Röntgen:

Hüftübersicht: Es bestehen eher kurzausgebildete Hüftpfannen beidseits. Der Pfannendachneigungswinkel liegt rechts noch im Normbereich und links deutlich in einem grenzwertigen Bereich bei zunehmender Steilstellung des linken Pfannendaches [...]

Therapie:

Im Hinblick auf den vorliegenden Befund ist sowohl eine krankengymnastische Übungsbehandlung als auch eine Hilfsmittelversorgung mit Lagerungshilfen und Schienen dringend notwendig, um einer weiteren Progredienz der oben beschriebenen pathologischen Veränderungen entgegenzuwirken. Es geht ja hier nicht

um rein »optische Gesichtspunkte«, sondern um eine zunehmende Deformierung der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten, zudem auch eine zunehmende Erschwerung der Pflege bei zunehmenden Kontrakturen. Zu bemerken ist auch, dass sicherlich auch eine Hüftluxation bei instabiler Hüfte entsprechende Schmerzen verursacht, die dann sicherlich nicht mehr unter dem Hinweis zu rechtfertigen ist, dass es sich bei Edis um ein Asylan-tenkind handelt, das keinen Anspruch auf Behandlung habe. Ärztlich ist eine Nichtbehandlung des o.g. Patienten nicht vertretbar. Ich werde ein entsprechendes Schreiben entsprechend auch dem zuständigen Sachbearbeiter des Sozialamtes zukommen lassen. Eine röntgenologische Verlaufskontrolle des Hüftgelenkbefundes ist in einem halben bis 3/4 Jahr zu empfehlen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen«

■ *Februar 2000*

Fachärztin für Orthopädie an den zwischenzeitlich eingeschalteten Rechtsanwalt der Familie:

»[...] Die medizinischen Diagnosen des Kindes lauten:

Schwerstbehinderung bei Cerebralparese mit Tetraspastik und multiplen Kontrakturen der unteren Ex-

tremitäten sowie beginnend kontrakter Spitzfußstellung beidseits, Beginnende Hüftluxation links, Hüft-dysplasie rechts.

Im Laufe des Jahres 1995 wurde die Versorgung mit Lagerungsschienen und mit Sitzschale durchgeführt. Die Behandlung der nächsten Jahre gestaltete sich allerdings mehr als unerfreulich:

Nachdem im September 1996 die bisherige Sitzschale zu klein geworden war, ebenso die Schienen, hatte ich eine Neuverordnung sowohl von Unterschenkelschienen als auch einer Sitzschale erstellt. Diese Schiene und die Sitzschale wurden bis heute nicht genehmigt!! Nach meinen Unterlagen erhält das Kind außerdem auf Anordnung des Sozialamtes in U. seit dem Juli 1996 keine krankengymnastische Übungsbehandlung mehr und ist auch nicht mehr in den Kindergarten der Lebenshilfe integriert. Ich habe mehrfach Telefonate mit dem Gesundheitsamt in U. und insbesondere auch mit dem Sozialamt in U. geführt (Herrn S.), die aber sehr unerfreulich und völlig ineffektiv verliefen. Ich füge Ihnen in Kopie den bisher geführten Schriftverkehr bei. Die Telefonate gebe ich Ihnen hier wieder.

Ich hatte dann nochmals aufgrund einer Überweisung durch die Hausärzte am ... 1998 die Gelegenheit

das Kind klinisch zu kontrollieren. Die Neuverordnung der 1996 verordneten Schienen hatte nicht stattgefunden. Die Firma Rulitschka hatte auf eigene Kosten eine neue Sitzschale erstellt. Die hat bisher die Kostengenehmigung für die Herstellung der 1996 angeforderten Sitzschale nicht erhalten. Die 1996 »gratis« gebaute Sitzschale war 1998 nicht mehr paßgerecht und hätte auch erneuert werden müssen. Auch die neuerliche Verordnung einer Sitzschale wurde nicht genehmigt. Die 1998 durchgeführte Röntgenaufnahme der Hüftübersicht zeigte eine beginnende Hüftluxation links als Zeichen einer zunehmenden Befundverschlechterung. Die deutlichen Bewegungseinschränkungen der unteren Extremitäten waren weiterhin vorhanden. Es war jetzt auch eine zunehmende Spitzfußhaltung eingetreten.

Meine neuerlichen Bemühungen mit dem Sozialamt in Kontakt zu treten und eventuell doch noch Maßnahmen genehmigt zu bekommen, finden Sie auf den beigefügten Kopien wieder. Mir wurde hier auch wiederum mitgeteilt, dass eine Abschiebung des Kindes unmittelbar bevorstehe. Die letzten Kontakte mit dem Sozialamt hatte ich telefonisch im Februar 1999. Auch damals wurde mit wieder mitgeteilt, dass die

Abschiebung der Familie unmittelbar bevorstehe und derzeit keine Möglichkeit mehr gäbe, das Kind in meine Behandlung zu überstellen. Unsere Mitarbeiterinnen hatten zwischenzeitlich nochmals einen Krankenschein beim Sozialamt angefordert. Das Sozialamt richtete uns aus, dass nach der Gesetzgebung keine Verpflichtung von Seiten des Sozialamtes bestehe, einen Überweisungsschein für eine Facharztbehandlung auszustellen, und dass dies der zuständige Hausarzt tun müsse. Uns wurde allerdings frei gestellt, eine schriftliche Beschwerde einzureichen!

Zusammengefaßt läßt sich aus dem gesamten Vorgang von meiner Seite sagen, dass die Nichtbehandlung des Kindes, die ja bereits nach meinen Unterlagen seit 1996 andauert, von meiner Seite aus auf das Schärfste zu verurteilen ist. Sie trägt insofern zur deutlichen Verschlechterung des Zustandbildes des Kindes bei als durch zunehmende Gelenkfehlstellungen die Pflege erheblich erschwert wird und es auch nicht möglich wird, das Kind zu mobilisieren. Inwieweit im Laufe der vergangenen Jahre eine Steh- und Gehfähigkeit des Kindes durch fortgesetzte krankengymnastische Übungsbehandlung und Schienenversorgung hätte erreicht werden können, läßt sich leider nicht sagen. Es ist aller-

dings richtig, dass keine lebensbedrohlichen Situationen eintreten, wobei meines Erachtens aber auch die allgemein menschliche Situation eine Rolle spielt, z. B. kann mit einer zunehmenden Hüftluxation ein Verlust der Sitzfähigkeit auftreten. Es können erhebliche Schmerzen entstehen, die dann aufwendige Folgeoperationen notwendig machen, aber einen Zustand quo ante nicht mehr herstellen können.«

■ April 2000

Landkreis U., Sozialamt:

»Kostenübernahme für Krankengymnastik

Guten Tag Eheleute [...],
die Kosten für die krankengymnastische Behandlung Ihres obengenannten Kindes können von uns leider nicht mehr übernommen werden.

In den letzten Monaten erhielt Ihr Sohn Edis bereits mehrfach Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage. Die Kosten wurden bisher immer übernommen, da es im Sozialhilfe/Krankenhilferecht keine Limitation – im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung durch die Budgetierung – gibt.

Die Kostenübernahmebestätigung für das letzte Krankengymnastikrezept vom [...] 99 erfolgte nach telefonischer Rücksprache mit dem

behandelnden Krankenhausarzt nur mit der Auflage, dass Sie als Elternteile dabei angeleitet werden. Dies ist üblich und auch zumutbar, insbesondere, wenn beide Elternteile, wie in ihrem Fall, nicht berufstätig sind.

Wir bedauern, Ihnen keinen günstigeren Bescheid bieten zu können.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei mir einzulegen.

Es grüßt Sie

i. A. [...]«

■ Dezember 2000

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Bericht an den Hausarzt:

»[...] Das Kind benutzt eine Karre mit Sitzschale, diese ist inzwischen zu klein und zu eng geworden.

Krämpfeereignisse wurden von den Eltern nicht beobachtet. Beurteilung: Schwere frühkindliche Hirnschädigung mit mehrfach ausgeprägter Behinderung, motorisch schwerste Form der spastischen Tetraparese mit Luxation der li. Hüfte. Das Kind unterliegt der Schulpflicht, besucht jedoch keine Einrichtung. Eine Physiotherapie mit allgemeiner Beratung der Eltern hinsichtlich Lagerung, Positionierung im Sitzen und Hilfsmittelversorgung ist unabdingbar um

zumindest eine Verschlimmerung des Befundes zu verhindern. Die bereits eingetretene Hüftluxation ist eine solche Verschlimmerung, die behandelt werden muss. Dies könnte in der CP-Ambulanz des Annastiftes bei den Kollegen [...] erfolgen. Ich bin gerne bereit, gelegentlich entgegen zu fahren und das Kind in der Praxis Dr. [...] zu untersuchen.

Im übrigen betrachte ich die Situation als unerträglich. Entweder muss die Familie wie seit Jahren geplant, in die Heimat zurückfahren oder muss man ein Minimum an Therapie und Förderung angedeihen lassen. Wie man jetzt schon sieht, werden die Kosten durch Abwarten nicht geringer.«

■ *Februar 2001*

Fachärztin für Orthopädie:

»An den überweisenden Hausarzt [...]

Anamnese

Die umfangreiche Vorgeschichte des Patienten sowie seine bisherige ›Odysee‹ setze ich als Ihnen bestens bekannt voraus. Die Vorstellung des Patienten erfolgte heute um eine Bescheinigung von mir zu erlangen, dass die Operation der mittlerweile eingetretenen Hüftgelenksluxation links unbedingt notwendig sei und ein stationärer Aufenthalt einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor-

beuge. Weitere Unterlagen wurden heute nicht mitgebracht, liegen aber nach meiner bisherigen Kenntnis inzwischen ja vor (Ablehnungsbescheid).

Befund

Der Patient ist unverändert nicht mit neuen Hilfsmitteln versorgt worden. Er hat in den vergangenen drei Jahren weder Schienen erhalten, noch eine neue Sitzschale. Die derzeitige Sitzschale, die mittlerweile von ca. 1996 datiert ist, ist in keiner Weise mehr paßgerecht. Bei der Untersuchung im Liegen fällt eine erhebliche Schräglagedeformität mit großbogiger linkskonvexer Ausbiegung der WS auf und eine erhebliche Abduktionsstellung des linken Hüftgelenkes. [...]

Therapie

Unverändert, wie schon mehrfach bemerkt, ist aus orthopädischer und auch aus ethischer Sicht dringend zu empfehlen, ein Kind wie Edis zu behandeln!! Es ist unverändert sowohl eine krankengymnastische Übungsbehandlung als auch eine Apparate- und Schienenversorgung mit geeigneten Sitzmitteln zu empfehlen. Im Hinblick auf die starken Schmerzen des Patienten, aufgetreten aufgrund der Hüftbalance bei Hüftluxation links, ist auch ein operativer Eingriff dringend zu empfehlen. Ich möchte auch darauf hinweisen, dass mittler-

weile sehr wohl eine lebensbedrohliche Situation des Kindes eintritt, da durch die zunehmende Skoliose die Vitalkapazität der Lunge erheblich eingeschränkt wird und die zunehmende Bewegungsunfähigkeit des Kindes und die mangelnde Möglichkeit eine Sitzposition noch regelrecht einzunehmen auch Verdauungsfunktionen und andere vitale Funktionen gefährdet sind.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen«

■ Juni 2002

Schulzeugnis:

»[...] Da Edis aufgrund des Problems der Kostenübernahme keinerlei Förderung im Hinblick auf Krankengymnastik oder Ergotherapie erhält, gestaltete es sich sehr schwierig, ihn gezielt und vor allem fachlich fundiert in diesem Bereich zu fördern. In der Klasse lag der Schwerpunkt in diesem Bereich v.a. auf eine Verbesserung der Kopf-/Rumpfkontrolle [...]. Ein bewußtes Festhalten oder Loslassen von Gegenständen ist noch nicht möglich. Da ihm nur wenige aktive Bewegungen möglich sind, müsste er eigentlich regelmäßig durchbewegt werden, da sich sonst seine Sehnen weiter verkürzen werden.
[...]

■ Januar 2004

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Bericht an den Hausarzt:

»[...] Empfehlungen:

Die Krankengymnastik unter Einbeziehung der Eltern muss 2x wöchentlich weitergeführt werden. Eine Versorgung mit einem neuen orthopädischen Stuhl ist dringend erforderlich, da der vorhandene Sitz viel zu klein ist. Ebenfalls sind Lagerungshilfen erforderlich.

Weiterhin empfehlen wir dringend die Anmeldung und Vorstellung in der orthopädischen Klinik [...] zur definitiven Therapie der luxierten Hüfte. [...]«

■ April 2004

Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie:

»[...] Empfehlungen:

Vorrangig erscheint mir eine Versorgung mit einer Sitzschale und Straßenfahrgestell, ferner wurde ein Zimmeruntergestell rezeptiert, wo die Sitzschale umgesetzt werden kann. Desweiteren wurde ein 4-Punkt-Autositz sowie dynamische Unterschenkelorthesen beidseits verordnet, um eine ausreichende Fußstabilisierung und Korrektur der Fußdeformität zu erreichen. Ich halte eine orthopädische Weiterbetreuung in einem Zentrum, z. B. orthopädische Klinik Annastift für wichtig. [...]«

■ *April 2004*

Kostenübernahmebescheid der AOK für Unterschenkelorthesen.

■ *Juli 2004*

VG Lüneburg:

»Soweit der Kläger am 1. Juli 2004 zu einer für den 13. August 2004 geplanten Operation seiner Hüfte im Annastift angemeldet worden ist, hat er nicht vorgetragen und durch ärztliche Gutachten belegt, dass diese Operation durchgeführt werden muss und welche Folgen es hätte, wenn die Operation unterbleiben würde. Ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG könnte aber nur dann festgestellt werden, wenn sich bei einer Rückkehr des Klägers in seine Heimat ohne die Möglichkeit dort die Operation durchführen lassen zu können, sein Gesundheitszustand alsbald ganz erheblich verschlechtern würde. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Kläger nach Angaben seiner Eltern bereits seit sechs Jahren an Hüftproblemen leidet. Bei einem stationären Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugend-

medizin [...] im November 2000 wurde festgestellt, dass eine Luxation der linken Hüfte vorliegt, und es wurde u.a. eine ambulante Vorstellung in der Orthopädie des Annastiftes empfohlen. Eine Therapie der luxierten Hüfte ist bisher nicht erfolgt. Dass eine Operation zum jetzigen Zeitpunkt aus medizinischer Sicht unbedingt notwendig ist, lässt sich aus den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen nicht entnehmen. Dies ergibt sich insbesondere nicht aus dem Bericht der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin [...] vom [...] Januar 2004 über einen stationären Aufenthalt des Klägers vom Februar bis zum [...] März 2004, in dem lediglich erneut die Anmeldung und Vorstellung des Klägers in der orthopädischen Klinik Annastift empfohlen wird. In dem Bericht des ärztlichen Leiters des Zentrums für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie [...] vom [...] April 2004 wird vorrangig nur eine Versorgung mit verschiedenen orthopädischen Hilfsmitteln sowie eine orthopädische Weiterbetreuung und Krankengymnastik empfohlen.«

Auswirkungen der Gesundheitsreform für Flüchtlinge

4.3.2

Um die Auswirkungen der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft befindlichen Gesundheitsreform insbesondere auf AsylbewerberInnen und andere Flüchtlinge deutlich zu machen, dokumentieren wir nachfolgend auszugsweise einen Brief des Flüchtlingsrates Berlin vom 01.03.04 an die Bundesministerin für Gesundheit und Soziales, Ulla Schmidt. Darin wird auf Probleme und Lücken in der Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen hingewiesen.

»Sehr geehrte Frau Ministerin, die Gesundheitsreform hat zu gravierenden Problemen und Lücken bei der medizinischen Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen geführt.

Zu den bereits seit 1993 bestehenden, durch §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz verursachten schwerwiegenden Mängeln der medizinischen Versorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge sind nunmehr weitere Mängel für Leistungsberechtigte nach BSHG und nach AsylbLG gekommen.

Hieran ändert die im Grundsatz begrüßenswerte, jedoch inkonsequente und bürokratische Einbezie-

hung in die Krankenversicherung gemäß § 264 SGB V nichts. Besser gewesen wäre eine Pflichtversicherung nach § 5 SGB V.

Wir möchten Ihnen hier einige Probleme mitteilen und Sie zugleich um eine möglichst umgehende Stellungnahme bzw. Klarstellung bitten.

I. Nicht tragbare Eigenleistungen. Größtes Problem ist, dass seit dem 1.1.2004 für Sozialhilfeberechtigte viele **Krankenbehandlungsbedarfe gar nicht mehr gedeckt** werden.

Durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG sind über die Zuzahlungen von 70 Euro im Jahr hinaus zahlreiche medizinische Leistungen aus dem Sozialhilferegelsatz vollständig selbst zu zahlen, darunter:

- notwendige **Dolmetscherkosten** für komplizierte Behandlungen sprachunkundiger sozialhilfeberechtigter Ausländer (vgl. dazu noch die Gesetzesbegründung zur erst 2001 mit dem SGB IX erfolgten Neufassung des § 38 Abs. 2 BSHG!), sowie
- die Kosten von (ggf. regelmäßige) notwendigen **Fahrten mit dem ÖPNV** zur ambulanten Behandlung beim (Fach)arzt, Krankenhaus, Psychotherapie usw.

Bereits **die Summe** der medizi-

nisch notwendigen Fahrtkosten kann in ländlichen Regionen den Sozialhilfesatz zu wesentlichen Teilen oder auch ganz aufbrauchen. Dies gilt umso mehr, wenn weitere der o.g. Bedarfe hinzukommen. Wegen des Erfordernisses sprachkundiger Behandler einerseits und der ›Verteilung‹ in Unterkünfte in sehr ländlichen Regionen andererseits sind Flüchtlinge hiervon in besonderem Maße betroffen.

Eine Möglichkeit, die genannten Kosten im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen, fehlt seit dem 1.1.2004. Aus der Neuregelung können sich daher im Einzelfall verfassungsrechtlich relevante Bedarfsdeckungslücken ergeben.

[...]

2. Rechtswidrig verlangte Zuzahlungen. Leistungsberechtigte nach §§ 4 und 6 AsylbLG (Asylsuchende in den ersten 3 Jahren) erhalten weiterhin vom Sozialamt Krankenhilfe und sind deshalb **von den Zuzahlungen befreit**. Dieser Personenkreis könnte die Zuzahlungen von einem ›Taschengeld‹ von seit 1993 unverändert 1,36 Euro/Tag (einem Euro und sechsunddreißig Cent bzw. 40,90 Euro/Monat als einzig verfügbarem Bargeld, § 3 AsylbLG) auch gar nicht leisten.

Dennoch verlangen in der Praxis – in Unkenntnis der Neuregelung –

seit Jahresbeginn Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser usw. bundesweit regelmäßig auch von diesem Personenkreis **regelmäßig Zuzahlungen**, obwohl das SGBV in diesen Fällen gar nicht anwendbar ist.

[...]

3. Manche Sozialhilfeberechtigte verfügen nur **sehr begrenzt über Bargeld** und können die Zuzahlungen und Eigenleistungen deshalb gar nicht leisten. Sie wurden vom Gesetzgeber anscheinend jedoch ›vergessen‹. Dies betrifft z. B.

■ nach § 2 AsylbLG leistungsberechtigte **Asylbewerber**, die in **Gemeinschaftsunterkünften** leben und dort aufgrund § 2 Abs. 2 AsylbLG ebenfalls nur ein Taschengeld in Höhe von 30 % des Sozialhilfesatzes (vielerorts sogar noch weniger) erhalten.

■ nach § 3 AsylbLG leistungsberechtigte **Asylbewerber**, die in **Gemeinschaftsunterkünften** leben müssen (§ 53 AsylVfG), aber **erwerbstätig** und deshalb bei einer **Krankenkasse pflichtversichert** sind. Diese Personen sind wegen geringen Einkommens häufig auf ergänzende Leistungen nach dem AsylbLG angewiesen und müssen einen wesentlichen Teil ihres Einkommens für die erhaltenen Sachleistungen an die Kommunen erstatten (§ 7 Abs. 1 AsylbLG). Sie verfügen dann nur

sehr begrenzt über Bargeld. Zudem ist die Freibetragsregelung für Sozialhilfeberechtigte hier nicht anwendbar.

[...]

6. Sozialhilfeberechtigte schieben notwendige Arztbesuche auf. Im Bereich der Versorgung von Sozialhilfeberechtigten machen die Zuzahlungen massive Probleme. Wenn als Zuzahlung 10 Euro verlangt werden, ist das ein erheblicher Anteil des verfügbaren Budgets.

Wir beobachten mit großer Sorge, dass Sozialhilfeberechtigte und Flüchtlinge neuerdings dazu tendieren, Arztbesuche möglichst aufzuschieben und auch dringend notwendige Behandlungen zu verschleppen. Dass Vorsorge zuzahlungsfrei ist, hilft leider nicht weiter, da der Patient damit rechnen muss, dass der Arzt irgendetwas »findet« und deshalb die Zuzahlung verlangt.

Bislang galt Vorsorge als Möglichkeit, Krankheit zu verhindern und Kosten zu sparen. Nunmehr tritt in Folge der Reform an Stelle der Vorsorge das **Prinzip des Aufschiebens und Verschleppens**.

Nicht zuletzt durch die Erfahrungen mit den Einschränkungen durch §§ 4 und 6 AsylbLG dürfte inzwischen hinreichend nachgewiesen sein, dass durch Einschränkungen und Aufschieben notwendiger Kran-

kenbehandlungen finanzielle Einsparungen nicht zu erzielen sind. Vor allem aber verstößt das Prinzip des Verschleppens notwendiger Krankenbehandlung gegen die Menschenwürde und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit.

[...]

Zusammenfassend müssen wir feststellen: Wir haben große Sorge, dass die Gesundheitsreform dazu führt, dass Flüchtlinge und andere sozial benachteiligte Menschen seltener zum Arzt gehen, kränker werden und möglicherweise früher sterben. In vielen der oben genannten Fälle können sie die erforderliche medizinische Versorgung überhaupt nicht mehr erhalten. Hieran ändern im Ergebnis auch die für Sozialhilfeberechtigten, Kinder und Chroniker ggf. möglichen Ermäßigungen und Befreiungen nichts.

Die Gesundheitskosten und die durch das GMG auf Kranke zukommenden Eigenleistungen und Zuzahlungen sind – wie die o.g. Aufstellung deutlich macht – naturgemäß im Einzelfall sehr unterschiedlich. Schon deshalb können sie über einen pauschalen, knapp zur Sicherung des Existenzminimums reichenden Sozialhilfe»regelsatz« nicht nebenbei mit abgedeckt werden.

Die Rückkehr zur einer solidarisches Krankenversicherung auch

und gerade für sozial Benachteiligte, zumindest aber die Wiedereinführung des §38 Abs.2 BSHG in der bisher geltenden Form ist unseres Erachtens dringend geboten, um eine verfassungskonforme und bedarfsdeckende medizinische Versorgung sicherzustellen.[...]«

Flüchtlingsrat Berlin, 01.03.04

Auf die Problematik der Übernahme von Kosten der Psychotherapie in Folge der Gesundheitsreform weist Georg Classen vom Flüchtlingsrat Berlin hin:

»Noch gravierender ist, dass – anders als beim Sozialamt – mit der Krankenkasse nur noch von der Kasse anerkannt sog. »Vertragspsychotherapeuten« psychotherapeutische Leistungen abrechnen können. In der Vergangenheit war (für das Sozialamt) eine Approbation ausreichend gewesen, was zur Folge hatte, dass Flüchtlinge eine weitaus größere Anzahl von Behandlungen zur Verfügung standen. Die wenigen bisher mit den Flüchtlingen arbeitenden (über interkulturelle Kompetenz verfügende, ggf. auch sprachkundigen ...) TherapeutInnen mussten deshalb bereits vielfach die Therapien abbrechen.

Für das Problem existiert im Rahmen des BSHG bzw. § 2 AsylbLG je-

doch eine Lösung: Die Therapien können ohne weiteres fortgesetzt werden, wenn die Leistungen im Rahmen der »Eingliederungshilfe« nach §39ff. BSHG weiterhin direkt vom Sozialamt (und nicht über die Krankenkasse) finanziert wird. Dies wird etwa beim Sozialamt Friedrichshain-Kreuzberg auch so praktiziert. Diese Lösung ist für das Sozialamt sogar von Vorteil, weil die im Rahmen der Versorgung nach § 264 SGBV bei der Abrechnung mit der Krankenkasse anfallenden 5 % Verwaltungskosten entfallen, zudem kann das Sozialamt auf eine größere Zahl fach- und ggf. auch sprachkundiger Therapeuten zurückgreifen. Die Fortsetzung einer notwendigen Psychotherapie kann auf diesem Weg ggf. auch rechtlich durchgesetzt werden.

Nach der Rechtsprechung zu §§4 und 6 AsylbLG können im Einzelfall Psychotherapie, Fahrtkosten zur Psychotherapie und in diesem Zusammenhang erforderlich Dolmetscherkosten, aber auch Leistungen der Eingliederungshilfe übernommen werden, sofern diese Hilfen »zur Behandlung einer akuten Krankheit erforderlich« (§ 4 AsylbLG) oder »zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich« (§ 6 AsylbLG) sind«

Das oVG Lüneburg hat dazu am 11. 01. 2002 (Fundstelle NVwZ-Beilage 2002, 49) entschieden:

Leitsatz: »Übernimmt die Krankenkasse die Kosten einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ... [...] kann der Träger der Sozialhilfe verpflichtet sein, Eingliederungshilfe oder Krankenhilfe durch Übernahme der Kosten für einen (Fremdsprachen-) Dolmetscher zu gewähren, der zur Durchführung der Psychotherapie herangezogen werden muss.«

Aus den Gründen:

»Die Antragstellerin hat gegen den Beklagten einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Hinzuziehung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers zu den von der Krankenkasse als notwendig anerkannten Sitzungen der Psychotherapie. Die Antragstellerin leidet an psychischen Störungen, die unstreitig eine psychotherapeutische Behandlung erfordern. Ob es sich bei diesen psychischen Störungen allgemein um eine ›Behinderung‹ im Sinne des Rechts der Rehabilitation handelt oder um eine Krankheit kann hier im Ergebnis offen bleiben.

Handelt es sich bei der psychischen Beeinträchtigung der Antragstellerin um eine Behinderung, ergibt sich der Anspruch auf Übernahme

der Dolmetscherkosten aus § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG [...] Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX (...) sind Menschen (i. a.) behindert, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Diese Voraussetzung ist bei einem posttraumatischen Belastungssyndrom sowohl hinsichtlich der zeitlichen Komponente als auch hinsichtlich der sozialen Beeinträchtigung in vielen Fällen erfüllt.

Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG ist Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind, Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern (§ 39 Abs. 3 Satz 1 BSHG) – erfüllt werden kann. Diese Aussicht besteht im Fall der Antragstellerin nach den Angaben der sie behandelnden Psychotherapeutin jedenfalls dann, wenn die

begonnene Psychotherapie unter Heranziehung einer geeigneten Übersetzungskraft fortgeführt wird.

[...]

Die Aufzählung der in Betracht kommenden Eingliederungshilfemaßnahmen in §40 Abs. 1 BSHG ist indes nur beispielhaft, wie sich aus den Worten »vor allem« ergibt. Die Gewährung anderweitiger Leistungen ist geboten, wenn sie zur Erreichung des Zwecks der Eingliederungshilfe notwendig ist. In Betracht kommen deshalb auch vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasste ergänzende Leistungen ist geboten, wenn sie zur Erreichung des Zwecks der Eingliederungshilfe notwendig ist. In Betracht kommen deshalb auch vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasste ergänzende Leistungen, die die tatsächliche Durchführung der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen erst ermöglichen. Das ist im vorliegenden Fall die Übernahme der Kosten für die Hinzuziehung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers zu den Therapiesitzungen. Dass die Antragstellerin auf die Hinzuziehung einer Übersetzungshilfe angewiesen ist, ist unstrittig. Die sie behandelnde Psychotherapeutin hat dargelegt, dass andere Personen als

gewerbliche Dolmetscher hier nicht mehr zur Verfügung stehen ...

[...]

Handelt es sich hingegen bei der psychischen Beeinträchtigung der Antragstellerin um eine Krankheit, ergibt sich ihr Anspruch auf Übernahme der Dolmetscherkosten aus §§37 Abs. 1, 38 Abs. 2 BSHG [...]

Wie die jüngste Rechtsprechung zeigt, wird jedoch nicht selten in Frage gestellt, dass eine psychische Erkrankung akut entsprechend § 4 AsylbLG bzw. deren Behandlung »zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich« ist.

In einem Beschluss des oVG Lüneburg vom 6. Juli 2004 (4 B I 48/04) zur Frage der Kostenübernahme für eine Psychotherapie zweifelt das Gericht das Bestehen einer PTBS an. Die war zwar zuvor in einem Gutachten des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie festgestellt worden, die Richter halten dieses Gutachten jedoch nicht für glaubhaft, außerdem sei in einem aktuelleren Bericht eines Niedersächsischen Landeskrankenhauses »von festgestellten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht die Rede«. Das oVG stellt weiter fest: »Nicht glaubhaft gemacht ist jedoch, dass die Erkrankung – wie von § 4 Abs. 1

AsylbLG vorausgesetzt – einen akuten Charakter hat. Vielmehr spricht Überwiegendes dafür, dass insoweit jedenfalls derzeit – nach Überwindung des seinerzeitigen akuten Stadiums im Niedersächsischen Landeskrankenhaus D. – ein chronischer Krankheitsverlauf gegeben ist.« Das Gericht geht in seinen Anmaßungen medizinischer Fachkenntnisse jedoch noch weiter und zieht in Zweifel, dass für die körperlichen Schmerzen »eine Linderung (nur) durch die in Rede stehende Psychotherapie herbeigeführt werden könnte.« Das Gericht ist der Ansicht, dass eine medikamentöse Behandlung ausreichend sei, da

diese ja bereits während der Behandlung im Landeskrankenhaus als ausreichend betrachtet worden sei. Auch die Möglichkeit einer Kostenübernahme im Rahmen der Eingliederungshilfe sieht das ovg nicht gegeben, da dafür fachärztlich attestiert werden müsse, dass eine gleichwertige, kostengünstigere Behandlungsmaßnahme nicht zur Verfügung stehe. Dies ließe sich den Attesten und dem Gutachten nicht entnehmen, so das Gericht. Denn eine Behandlung mit Psychopharmaka ist ohne Frage kostengünstiger und nach Ansicht des Gerichtes offensichtlich auch gleichwertig.

Deutschland kein sicherer Drittstaat für Traumatisierte?

4.3.3

Der Londoner Court of Appeal, die Berufungsinstanz für England und Wales, hat im Fall eines Irakers entschieden, dass die britischen Behörden einen Traumatisierten nicht unter Berufung auf das Dubliner Übereinkommen nach Deutschland zurückschicken dürfen, weil dies eine Verletzung seiner Rechte aus Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskon-

vention (EMRK) darstellen würde (Razgar, R v. Secretary of State for the Home Department (2003) EWCA Civ 840, 19 June 2003). Der Kläger war ein irakischer Kurde, der nach seinen Angaben Kurdistan im November 1997 verlassen hatte, nachdem er wegen der Mitgliedschaft in der irakischen Kommunistischen Partei zweieinhalb Jahre lang inhaftiert und in Ge-

wahrsam auch gefoltert worden war. Er stellte in Deutschland einen Asylantrag, der jedoch abgewiesen wurde. Deshalb floh er in einem Lastwagen im Februar 1999 nach Großbritannien, wo er erneut einen Asylantrag stellte. Im April 1999 erklärten die deutschen Behörden, dass sie entsprechend den Verpflichtungen aus dem Dubliner Übereinkommen den Kläger zurückübernehmen würden; dementsprechend lehnte das britische Innenministerium die Durchführung des Asylverfahrens in Großbritannien ab und drohte dem Kläger die Zurückschiebung nach Deutschland an. Hiergegen legte der Kläger Rechtsmittel ein und berief sich vor allem darauf, dass er nach dem ausführlichen Zeugnis eines Psychiaters unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung mit der Folge einer schweren Depression leide, hiergegen ärztlich behandelt werde und bei Rückkehr nach Deutschland eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes befürchten müsse. Die Prozessvertreter legten außerdem mehrere Statements ... vor, nach denen der Kläger bei Rückkehr nach Deutschland allenfalls eine Duldung erhalten werde und als Duldungsinhaber nach dem Asylbe-

werleistungsgesetz keinen eindeutigen Rechtsanspruch auf die Kostenübernahme für eine psychotherapeutische Behandlung habe. Es sei außerdem möglich, dass der Kläger in einem Flüchtlingslager untergebracht werde, wo der Zugang zu Beratung und Behandlung schwierig sei.

Die erste Gerichtsinstanz hatte sich ausführlich mit diesen Argumenten auseinandergesetzt und festgestellt, dass das gegenteilige Vorbringen des britischen Innenministeriums nicht überzeugend sei. Es müsse zumindest von einer ernsthaften Gefahr dafür ausgegangen werden, dass der Kläger in Deutschland nicht die notwendige medizinische und psychotherapeutische Behandlung erhalte. Das Gericht ordnete daher die Aussetzung der Zurückschiebung bis zur bestandskräftigen Entscheidung über den Asylantrag an.

Auf die Berufung durch das britische Innenministerium hin bestätigte der High Court die Entscheidung der Vorinstanz: Die Zurückschiebung nach Deutschland könne eine unverhältnismäßige Beeinträchtigung des nach Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention geschützten Privatlebens des Klägers bedeuten. Als Duldungsinhaber habe er dort

keinen Rechtsanspruch auf psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Außerdem genieße er in Deutschland nicht mehr die notwendige Unterstützung durch in Großbritannien lebende Verwandte und Freunde. Daher würde die Zurückschiebung zu einer drastischen Verschlechterung seines

Gesundheitszustandes führen. Die Maßnahme sei deshalb als unverhältnismäßig und damit auch nicht mehr durch den Vorbehalt des Artikels 8 Abs. 2 EMRK gedeckt anzusehen. Dieses Urteil wurde mittlerweile vom House of Lords, der höchsten Gerichtsinanz in England, bestätigt.

Geduldet sein

4.4

zum Beispiel

4.4.1

z. B. Familie M.

Herr und Frau M. stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien – allerdings aus heute unterschiedlichen Staaten: Herr M. wurde als Roma in Belgrad geboren, hat aber hauptsächlich bis zu seiner Flucht im Kosovo gelebt.

Frau M. hat bis zu ihrer Flucht Anfang der 90er Jahre in Bosnien gelebt. In Deutschland haben die beiden sich als Flüchtlinge kennengelernt, geheiratet und Kinder bekommen.

Herr M. muss hochdosierte Psychopharmaka einnehmen. Er



leidet an Depressionen und einer schizophrenen Psychose mit akustischen Halluzinationen und starken Angst- und Erregungszustän-

den auf dem Boden einer post-traumatischen Belastungsstörung. Er war mehrfach zur stationären Behandlung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus.

Zur Zeit macht er eine ambulante neurologisch-psychiatrischen Therapie.

Eine Stellungnahme des zuständigen sozialpsychiatrischen Dienstes sagt aus: »Nach den jetzt gewonnenen Erkenntnissen sowie einer Voruntersuchung des Betroffenen im Rahmen einer häuslichen Krisenintervention [...] (aus der heraus eine stationäre Behandlungsmaßnahme für den auch seinerzeit als suizidal eingeschätzten Betroffenen in der psychiatrischen Klinik erforderlich wurde) und in Übereinstimmung mit den Feststellungen des NLKH [...] über eine 2-monatige stationäre Behandlungsmaßnahme [...] schließlich nach Rücksprache mit der für seine ambulante Behandlung zuständigen nervenärztlichen Praxis [...] handelt es sich um eine als Folge seiner Kriegeserlebnisse auf der Flucht aus seinem Heimatland entstandene, jetzt chronifizierte schwere posttraumatische Belastungsstörung mit sowohl psychotischen Zügen als auch anhaltender affektiv-emotionaler Dekompensation mit Depressionen und latenter Suizidalität. [...]«

In Deutschland hatte Frau M. als Kontingentflüchtling zunächst eine Befugnis, später Duldungen mit der Wohnsitzauflage für einen bestimmten Landkreis in Niedersachsen. Herr M. hat eine Wohnsitzauflage für eine Gemeinde in einem anderen Landkreis.

Herr M. war während seines Aufenthaltes 1 ½ Jahre berufstätig – z. Zt. erhält er Krankengeld.

Die behandelnde Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie schreibt: »Aus gesundheitlichen Gründen muss Herr F. unbedingt mit seiner Familie zusammenleben, da er es allein in seiner Wohnung aufgrund seiner Angstzustände nicht aushalten würde«.

Anträge auf Umverteilung wurden bisher von den zuständigen Behörden abgelehnt. Der Standpunkt der Behörden: »Die Bundesrepublik ist nicht verpflichtet, ausländische Ehegatten verschiedener Staatsangehörigkeiten, von denen keiner ein Bleiberecht in Deutschland hat und beide ausreisepflichtig sind, die Führung der ehelichen Lebensgemeinschaft in Deutschland zu ermöglichen.«

Frau M. ist noch in Deutschland wegen ihrer Kinder und dem fehlenden bosnischen Paß.

Herr M. ist nach Ansicht der deutschen Behörden ausreisepflichtig.

tig, trotz der schweren psychischen Erkrankung. Aus Sicht der behandelnden Ärzte sei im Heimatland keine erfolgsversprechende Behandlung zu erwarten, weil Herr M. dieses nur mit der Entstehung seines Leidens assoziieren könne. Eine Abschiebung würde die »Krankheit verschlimmern, ihn vital gefährden und könne aus nerven-

ärztlicher Sicht nicht verantwortlich werden.« Die Familie lebt nun seit geraumer Zeit hier mit einer Duldung wegen Nichtreisefähigkeit des Mannes.

Der Anwalt kämpft dafür, dass Herr M. eine Aufenthaltsbefugnis in Deutschland bekommt und dass seine Familie dann ebenfalls hier bleiben und zu ihm ziehen darf.

z. B. Familie K.

Mirsan K. berichtet über sein Leben in Deutschland im Rahmen der Fachanhörung zum Bleiberecht am 4.6.2004 in Hannover, veranstaltet von der Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände und dem Niedersächsischen Flüchtlingsrat:

»Wir sind am 5. Mai 1992 in Deutschland eingereist und leben seit fast 12 Jahren in unserem Ort ›Großefehn‹ im Herzen Ostfrieslands.

Unsere Probleme mit dem Duldungsstatus sind:

■ Mein Vater, bald 49 Jahre alt, beantragte mehrmals und jahrelang eine Arbeitserlaubnis, bei verschiedenen Firmen, und bekam sie nicht. Selbst die Rechtsanwältin konnte nicht helfen. Nur durch einen Zufall bekam mein Vater eine Stelle bei der Firma



Nils Bogdol GmbH als Gebäudereiniger in Vechta, weil sich der Chef für ihn eingesetzt hatte und keiner diese Stelle haben wollte. Doch die Arbeitsstelle gilt nur so lange, wie unsere Duldung verlängert wurde und er darf nur in den Regionen Ostfriesland und Emsland arbeiten. Z.B. ist unsere Duldung für 3 Monate verlängert worden, so lange darf

mein Vater dann nur arbeiten, den Landkreis verlassen und sich frei bewegen. Dann muss ein neuer Antrag von der Firma ausgefüllt werden und an das Arbeitsamt geschickt werden. Parallel dazu muss auch das Kindergeld immer neu beantragt werden.

Die Firma will meinen Vater fest einstellen, doch das geht nicht wegen dem Status. Es besteht auch die Gefahr, dass die Firma das auch nicht länger mitmacht und ihn kündigt.

Und das alles läuft jetzt seit 2 1/2 Jahren.

■ Auch meine Mutter, 45 Jahre alt, hat die selben Probleme wie mein Vater. Doch der Unterschied liegt darin, dass meine Mutter noch gar keine Arbeitserlaubnis bekommen hatte, wegen dem Duldungsstatus, obwohl sie auch viele Firmen gefunden hatte, die sie nehmen wollten.

■ Mein Zwillingbruder Mirhan, 20 Jahre alt, hat die Schule für Körper- und Geistigbehinderte beendet und wartet seit 3 Jahren auf Arbeit. Er ist zu 100% behindert. Er hatte dann eine Stelle beim ›Institut für Erwachsenenbildung‹ und bei den ›Workstätten für Behinderte‹, aber sie wurden ihm nicht gewährt. Aber Sie haben uns gesagt, dass wenn wir einen Aufenthaltsstatus bekommen, würden Sie ihn sofort nehmen.

■ Ich, Mirsan, auch 20 Jahre alt, wollte privat Praktika absolvieren, um die

verschiedenen kaufmännischen Berufe sowie Betriebe kennen zu lernen. Das wurde mir wegen des Duldungsstatus nicht gewährt.

■ Dann habe ich eine Ausbildungsstelle bei ›Edeka‹ als Einzelhandelskaufmann gefunden. Alles lief prima, bis ich den Antrag beim Arbeitsamt abgegeben hatte, dort musste ich noch 1 Monat warten, obwohl ich bis dahin hätte schon längst anfangen müssen.

■ Und wie hätte es anders sein sollen, ich habe die Stelle nicht bekommen wegen dem Duldungsstatus. Jetzt bleibt mir nichts anderes übrig, als weiter zur Schulde zu gehen.

■ Und wenn wir unser Bundesland verlassen wollen, um unsere Verwandten zu besuchen, müssen wir eine Genehmigung vom Landkreis einholen, dass wir diesen Ort verlassen dürfen.

Und diese ganzen Probleme begleiten uns seit fast 12 Jahren durch das tägliche Leben, die wir uns nicht erfüllen können, solange wir diesen Status haben.«

Aufenthalt und traumatischer Prozess

4.4.2

■ Dr. Ernst-Ludwig Iskenius, Arzt im Refugio Villingen-Schwenningen

Psychisches Trauma = seelische Verwundung bedeutet eine durch ein katastrophenartiges Ereignis eingetretene Erschütterung im bisherigen Weltverständnis (Vertrauen, Werte Unverletzbarkeit). Darunter fallen besonders auch diejenigen, die durch Menschenhand Gewalt und andere Menschenrechtsverletzungen erlitten haben.

Macht man sich dieses klar, dann ist der gedankliche Schritt nicht weit, dass eine Wiederherstellung des Vertrauens erst in einem ganz allmählichen Prozess möglich ist, dass dieser Prozess erneut unterbrochen wird und die Beschädigung sich vertieft, wenn von außen – gleichsam wie eine Axt immer in die gleiche Wunde – das Vertrauen, die Sicherheit, die Wertvorstellung von Demokratie und Menschenrechten immer wieder in Frage gestellt werden kann.

Deshalb reaktiviert jeder Brief, von dem ein unheilvoller Inhalt er-

wartet wird (dazu gehören alle offiziellen Behördenbriefe), oder eine Änderung der Geltungsdauer einer Duldung, oder der Zwang zur monatlichen Verlängerung des Aufenthaltsstatus vor der Ausländerbehörde, die durch die einstige Erschütterung hervorgerufene Symptomatik.

Geschieht dieses regelmäßig, Monat für Monat, Jahr für Jahr, dann kann diese Wunde nicht geschlossen werden, sondern sie »infiziert« sich höchstens noch; ein »Eiterabzess« entsteht und muss erneut tief eingeschlossen und eingekapselt werden. Wir nennen das eine Chronifizierung des traumatischen Leidens. In jeden Augenblick kann sich dieser »Eiter« explosionsartig entleeren, immer dann, wenn man ihn durch weitere Drohungen anzustechen versucht.

Auf diese Weise kann ein seelisch verletzter Mensch nicht geheilt werden. Wir erleben deshalb



in diesem sich ewig reaktivierenden Prozess eine Zunahme der Angststörung bis hin, dass dann alles um einen herum nur noch bedrohlich erscheint, die Verstärkung der Depression (die Welt ist nur noch ein schwarzes Loch), die Zunahme der vegetativen Symptomatik oder gar ein Zusammenbruch, der einem dem *burn-out*-Syndrom ähnlichen Zustand gleicht. Manche fallen dann in eine solche Hoffnungslosigkeit, dass sie auch jede Hilfe und Unterstützung nicht mehr annehmen können und so einen seelischen Tod auf Raten erleiden. Solche schweren, nur mit großem Aufwand zu therapierenden Krankheitsbilder sehen wir besonders bei den Menschen, die jahrelang im geduldeten Bleibe-Status verharren müssen und keine Hoffnung oder Perspektive auf ein sicheres Umfeld entwickeln können.

Therapeuten sind in der Zwickmühle. Zum einen dürfen die Menschen nicht gesund werden, das spüren sie, denn sonst fällt der Schutz durch den § 53,6 weg. Ohne Perspektive auf ein sicheres Leben fehlt der Wille zur Gesundung, denn sonst werden sie der Gefahr einer neuen unkontrollierten Exposition ihrer traumatischen Erinnerung in einer für sie bedrohlichen Situation wieder ausgesetzt.

Die Krankheit bleibt ihr einziger Schutz. Dagegen anzuthemen, ist nicht möglich.

Jede Überprüfung der Abschiebehindernisse durch das Bundesamt zeigt ihnen, dass ihnen dieser Schutz jeder Zeit wieder weggenommen werden kann. Sie reagieren mit einer Reaktualisierung der alten Symptomatik, der Wiedererinnerungsdruck steigt und sie werden wieder krank. Eine vorherige Stabilisierung bricht kartenhausmäßig in sich zusammen. Das erleben wir zur Zeit bei Menschen, die als traumatisierte Flüchtlinge aus dem Kosovo, dem Irak und Afghanistan bei uns Schutz gesucht und bisher mit einer längeren Duldung, Befugnis oder sonstigem Aufenthaltsstatus sich bei uns eingerichtet haben, wenn ihre Abschiebehindernisse vom Bundesamt überprüft werden.

Zur Zeit werden alle albanischen Flüchtlinge aus dem Kosovo flächendeckend auf das Fortbestehen von Abschiebehindernissen überprüft. Dabei wird in der Regel abgefragt, ob noch eine Therapie besteht, wie lange noch behandelt werden muss, ob diese Behandlung nicht auch im Herkunftsland fortgesetzt werden kann, ob sie noch so krank sind, als dass sie nicht zurückgehen können. Selbst solche

Anfragen mit dem Zwang, sich erneut einer Beurteilung zu unterziehen, machen die oft jahrelangen Stabilisierungsbemühungen in kürzester Zeit zunichte. Als Therapeut muss man häufig wieder von vorne anfangen. Während die systematischen Widerrufsverfahren für den Kosovo in den meisten Fällen bald abgeschlossen sind, beginnt das Bundesamt zur Zeit systematisch mit der nächsten Flüchtlingsgruppe, der aus dem Irak. Bald werden auch die afghanischen Flüchtlinge überprüft. Auf diese Weise werden nicht nur Therapeuten blockiert, sondern auch die psychosozialen Zentren, die sich vor neuen Stellungnahmen nicht mehr retten können, Neuaufnahmen nicht mehr annehmen können und deren Kapazitäten durch die sich weiter chronifizierenden Verläufe sich völlig erschöpfen. Auch so kann ein Ansatz von psycho-sozialer Versorgung traumatisierter Menschen verhindert werden. Das gilt übrigens nicht nur für traumatisierte Menschen, sondern für jede psychoreaktive Erkrankung.

Es bleibt bei der alten Forderung: **Traumatisierte Flüchtlinge brauchen ein sicheres Bleiberecht.**

»Wenn wir die Altersverteilung (von MigrantInnen d. V.) ansehen, wird uns klar, dass eine halbe Million Kinder von Ausländern unter 6 Jahren mit uns leben, von denen 87% in Deutschland geboren wurden. Die wichtigste Phase ihrer Entwicklung haben diese Kinder in unserer Umgebung erlebt. Stellt man zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit des Wechsels in ein anderes Land zur Diskussion, hat dies fundamentale Auswirkungen für die Gesundheit.«

Dr. Thomas Junghanss, a. a. O.

4.5 Vom Engagement Ehrenamtlicher lernen

Herr A., Axel, Dilar, Edis und Familie M. sind keine Einzelfälle. Sie zeigen exemplarisch, dass gesundheitsförderndes Handeln nicht zu den Leitlinien des Umgangs mit Flüchtlingen hierzulande gehört. Gesetzliche Restriktionen für Asylsuchende (wie Gemeinschaftsunterbringung im Lager oder im Wohnheim, Residenzpflicht³⁰, eingeschränkter Arbeitsmarktzugang, eingeschränkte Sozialleistungen) verhindern den Aufbau einer unterstützenden sozialen Umwelt.

Selbst anerkannte Flüchtlinge müssen damit rechnen, dass ihre Asylberechtigung widerrufen wird, spätestens wenn sie z.B. den Antrag auf Einbürgerung stellen, wie dies aktuell die Flüchtlinge aus dem Irak erleben. Die dauerhafte belastende Ungewissheit über die Zukunft ist vorprogrammiert und scheint gewollt.

30 Darunter versteht man die räumliche Beschränkung der Aufenthaltsgestattung im Asylverfahren auf den Bezirk der jeweiligen Ausländerbehörde: Eine Erlaubnis, den Bezirk (also bspw. die Gemeinde oder den Landkreis) vorübergehend verlassen zu dürfen, kann die Ausländerbehörde erteilen, sie muss es, wenn daran ein dringendes öffentliches Interesse besteht, zwingende Gründe es erfordern oder die Veragung der Erlaubnis eine unbillige Härte bedeuten würde (§ 58 Asylverfahrensgesetz).

Professionelle Unterstützung findet immer weniger statt. Die Flüchtlingssozialarbeit wurde zur Migrationssozialarbeit und selbst dafür werden jetzt zunehmend die Mittel gestrichen, so dass nur noch wenige dezentrale Strukturen bestehen. Gleichzeitig bleiben die Zugangsbarrieren zu den Regeldiensten wie Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, Mietervereine, Selbsthilfegruppen und anderen bestehen.

Dies gilt im Besonderen für die psychosoziale Versorgung. Die leitende Ärztin im psychiatrischen Krankenhaus in Wunstorf beschreibt die Situation für MigrantInnen so: »Wir haben es in der Psychiatrie häufig mit Zwangspatienten zu tun, also mit Menschen, die nicht freiwillig in die Psychiatrie kommen. Unter den Migranten ist diese Gruppe besonders hoch. Das hat sicherlich damit zu tun, dass der Zugang zu den hiesigen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen für die Migranten immer noch beschwerlicher ist als für deutsche Klienten. Daher kommen sie oft erst, nachdem psychische Störungen sich schon krisenhaft zuspitzen und beispielsweise schon zu

schweren Störungen im psychosozialen Beziehungsfeld geführt haben. Sie kommen meist erst dann, wenn andere Lösungsstrategien, auch unter Einbeziehung kultureller Heilungswege, nicht mehr zugänglich sind oder nicht zum Erfolg geführt haben« (Cornelia Oesterreich, »Psychiatrie, Migration und Betreuung – Erfahrungen, Bedarfslage und therapeutische Erfordernisse«).

Die Katastrophe wird ein wenig gelindert durch Menschen, die Land auf, Land ab durch zufällige Begegnungen oder durch ihr Engagement in gesellschaftlichen oder politischen Gruppen Flüchtlinge kennen lernen und die Probleme sehen. Sie versuchen, der herrschenden Flüchtlingspolitik im Kleinen ein menschliches Gesicht abzutrotzen. Ehrenamtliche UnterstützerInnen begleiten Flüchtlinge bei schwierigen Behördengängen. Sie übersetzen juristische Texte, die selbst für deutschsprachige juristische Laien kaum verständlich sind – von denen aber für die Flüchtlinge das weitere Leben abhängt. Sie vermitteln Arbeitsgelegenheiten, helfen den Kindern bei den Schularbeiten oder sind einfach nur da und haben ein offenes Ohr für Sorgen und Probleme.

Es gibt die Ärztinnen und Ärz-

te, die sich bei der Ärztekammer Niedersachsen gemeldet haben, weil sie bereit sind, in der Not auch mal unentgeltlich einen Flüchtling ohne Aufenthaltspapiere zu behandeln.

Es gibt die Psychotherapeutin, die nach Feierabend regelmäßig stützende Gespräche mit dem schwer verstörten Familienvater führt, bei dem die Kostenübernahme für die Psychotherapie abgelehnt wurde, weil er nur Angst vor der Abschiebung habe. Es gibt den Psychiater im Ruhestand, der kostenlos Klienten betreut. Es gibt die LehrerInnen, die »nebenbei« Nachhilfen geben, die Kirchengemeinden, die Flüchtlinge bei sich aufnehmen. Es gibt politische Gruppen und Initiativen, die auf die herrschenden Missstände hinweisen und Druck zur Veränderung erzeugen wollen. Es gibt viele Flüchtlinge, die neu ankommenden Landsleuten helfen, sich zurechtzufinden, sie bei Behördengängen begleiten, übersetzen und vermitteln, die bereits ehrenamtlich als Sprach- und KulturmittlerInnen tätig sind.

Sie alle zeigen strukturelle Mängel auf und beheben sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

Viele dieser Gruppen und Personen sind Mitglied in Vernet-

zungsstrukturen wie dem Niedersächsischen Flüchtlingsrat oder wenden sich an ihn, vor allem um Fachberatung zu erhalten oder um ihre Erfahrungen auszutauschen.

Auch diese Vernetzung ist durch die Streichung der Landeszuschüsse für die Geschäftsstelle

in Gefahr. Ehrenamt und Integration wird laut und oft gefordert, in der Arbeit mit Flüchtlingen aber nicht gefördert. Im Gegenteil werden die ehrenamtlichen UnterstützerInnen von Flüchtlingen oft als unverbesserliche »Gutmenschen« belächelt oder gar verunglimpft.

4.6 Vision eines Willkommenszentrums in Niedersachsen

■ *Dr. Gisela Penteker*

Vor mehr als 30 Jahren bin ich mit meiner Schwester im vw-Bus durch West-Afrika gefahren. Zwischen Senegal und Burkina Faso – das damals noch Obervolta hieß – führte der Weg entlang der Bahnlinie. Wir blieben mit gebrochener Lenkung liegen. Ich machte mich zu Fuß auf den Weg zum nächsten Dorf. Meine Schwester blieb beim Auto. Nach ca. 3 Stunden Weg durch Hitze und Staub erreichte ich das Dorf und bat um Hilfe in einem schattigen Anwesen hinter einer schützenden Lehm-mauer. Der Herr des Hauses bot mir kühles Wasser und ein Bett zum Ausruhen an. Danach könne ich ihm meine Sorgen erzählen. Nachdem ich mich erholt hatte, organisierte

er einen LKW und wir schleppten unseren kranken Bus ins Dorf. Ein geschickter Mechaniker baute die Lenkung aus, mit der wir uns dann am nächsten Morgen mit dem Zug aufmachten in die Stadt Bobo Dioulassou, um Ersatz zu suchen. Der Mann, den ich zuerst angesprochen hatte, blieb unser »Patron«. Er war für uns zuständig, wir waren seine Gäste und wenn wir aus der Stadt zurück kamen, liefen die Kinder vor uns her zu seinem Anwesen und riefen: »Deine Deutschen kommen, Deine Deutschen kommen!«

Später in der Elfenbeinküste, an der großen Strasse, die das Land von Norden nach Süden durchquert, hatten wir noch einmal ein ähnliches Erlebnis. Wieder waren

wir mit dem Auto liegen geblieben. Die Familie, vor deren Anwesen wir anhielten, übernahm die Verantwortung für uns. Sie stellten uns ihr Waschhaus zur Verfügung und schleppten Wasser vom weit entfernten Brunnen für uns heran. Ab und zu – das war das Allergrößte – bekamen wir eine eisgekühlte Cola aus dem einzigen Libanesenladen spendiert.

In beiden Fällen hatten unsere Beschützer ein sehr feines Gespür dafür, was die fremden weißen Frauen brauchten, ohne uns mehr Gastfreundschaft aufzudrängen, als nötig.

Die Menschen in der Elfenbeinküste waren vom Volk der Baole. Einmal saßen wir am Straßenrand zusammen. Ich bewunderte die großen, rot blühenden Bäume. Nimm Dir doch einen mit, sagte unser »Patron«. Meine Antwort, dass so ein Baum bei uns nicht wachsen würde, weil es viel zu kalt ist, machte ihn sehr nachdenklich. Nach einiger Zeit fragte er: Gibt es bei Euch auch keine Baole? Danach war er so überzeugt, dass Deutschland ein lebensfeindliches kaltes Land sein müsste, dass er uns zum Abschied eine Dose Neskafee schenkte.

Immer wieder hatten wir auf unserer Reise junge Männer ge-

troffen, die wenigen Habseligkeiten in eine Decke geschnürt, die zu Fuß auf dem Weg nach Europa waren und darauf vertrauten, überall auf Angehörige ihres Volkes zu treffen, die sie für ein paar Tage beherbergen und ihnen weiter helfen würden.

Seit ich mich damit beschäftige, wie es Flüchtlingen in unserem Land ergeht, muss ich oft an diese



Erlebnisse denken. Und sicher prägen sie meine Vorstellung davon, wie eine humane Aufnahme von Menschen in Not bei uns aussehen sollte. Ich möchte das im Folgenden an einem Beispiel deutlich machen. Meine Beispielfamilie sind Kurden aus der Türkei, die nach wie vor eine der Hauptgruppen von Flüchtlingen bei uns sind und mit denen ich am meisten eigene Erfahrung habe. Die Familie

kommt an die Grenze. Da sie geflohen sind, haben sie keine ausreichenden Papiere. Sie geben an, Flüchtlinge zu sein und in Deutschland Schutz zu suchen. Ein Dolmetscher in ihrer Sprache wird zugezogen. Er / sie spricht kurdisch, nicht türkisch und fragt die Familie zunächst nach ihrem Befinden und nach akuten praktischen Nöten wie Hunger und Durst, dann danach, ob sie Verwandte in Deutschland haben, denen sie vertrauen. Im Falle unserer kurdischen Familie wird das in jedem Fall so sein. Der Dolmetscher nimmt Telefonkontakt mit den Verwandten auf und klärt, ob und wie die Familie zu ihnen kommen kann, und an wen sie sich in ihrer Gemeinde wenden können. Bei den Verwandten angekommen, können sie erst einmal ein wenig zur Ruhe kommen. Auf der Gemeinde gibt es eine Liste von Menschen, die sich bereit erklärt haben, Flüchtlinge zu begleiten, falls die Angehörigen das nicht übernehmen können, weil sie z.B. selbst noch zu wenig integriert sind. Die Begleiter rekrutieren sich aus Flüchtlingsinitiativen und Unterstützergruppen, die auch jetzt schon in den Gemeinden aktiv sind, aber eher diskriminiert oder belächelt werden. Ihnen werden Schulung, Supervision und

eine Aufwandsentschädigung angeboten. Dazu kommen Sprach- und Kulturmittler, die immer dann abgerufen werden können, wenn sie gebraucht werden. Diese Begleiter kennen sich mit den Asylverfahren aus. Sie gehen mit zu den Behörden, vermitteln einen kompetenten Anwalt und hören zu, was die Flüchtlinge erzählen, warum sie ihre Heimat verlassen mussten. Sie fragen nach Krankheiten, gehen mit zum Arzt, wenn es nötig ist. Sie gewinnen das Vertrauen der Flüchtlinge und können so beurteilen, ob und wann sie bereit sind für die Anhörung beim Bundesamt oder ob der Verdacht auf eine Traumastörung besteht, die zuerst behandelt werden muss. In diesem Fall werden sie an einen Traumaspezialisten vermittelt. Durch den vertrauensvollen Umgang mit ihrem persönlichen Begleiter lernen die Flüchtlinge erste deutsche Worte und werden in die Gepflogenheiten bei uns eingeführt. Der Begleiter erfährt, was sie in Deutschland erwarten und vermittelt, was hier von ihnen erwartet wird. Sobald es möglich ist, besuchen die Flüchtlinge einen Sprachkurs. Bei der kurdischen Frau wird das schwierig sein, weil sie Analphabetin ist, oft gar keine oder nur 2 Jahre eine Schule be-

sucht hat. Sie wird in eine Mutter-Kind-Gruppe oder eine Frauengruppe aufgenommen, wo sie neben der Sprache auch viele andere nützliche und wichtige Dinge über das Gastland erfährt. So wird auch von Anfang an der feudalistischen Gepflogenheit im Herkunftsland gegengesteuert, die Frau im Haus zu isolieren. Die Kinder gehen in den Kindergarten oder nach entsprechender Vorbereitung und mit spezieller Förderung in die Schule. Der Mann wird nach seiner früheren Arbeit, seiner Ausbildung, seinen Fähigkeiten gefragt und in Abhängigkeit davon in eine Qualifizierungsmaßnahme oder wo immer möglich in Arbeit vermittelt. Die Familie erhält eine Wohnung und Hilfe zum Lebensunterhalt nach BSHG sowie Rechtskostenhilfe. Die Flüchtlinge wissen von Anfang an, dass ihr Asylverfahren positiv oder negativ ausgehen kann. Das Verfahren wird aber durch die vertrauensvolle Begleitung transparent. Wenn es dann zu einer negativen Entscheidung kommt, können sie diese eher akzeptieren und ihre Rückkehr ohne Panik vorbereiten. In der Wartezeit haben sie Kompetenz und Erfahrung gewonnen, möglicherweise sogar ein kleines Startkapital verdient, die ihnen den Neustart im

Herkunftsland erleichtern. Wenn die Entscheidung positiv ausfällt, haben sie bereits ein gutes Stück auf dem Weg zur Integration in die Gastgesellschaft bewältigt und gute Chancen, ihr Leben ohne staatliche Unterstützung selbst zu meistern.

Es liegt auf der Hand, dass davon nicht nur die Flüchtlinge, sondern auch unsere Gesellschaft profitieren würde. Das wäre ein effektiverer Beitrag gegen die zunehmende Fremdenfeindlichkeit als alle hochkarätigen Konferenzen und vollmundigen Erklärungen.

Im SPuK-Projekt haben wir mit Partnerprojekten aus anderen europäischen Ländern zusammengearbeitet. Bei unserem Besuch in Schweden haben wir die Arbeit von Re-Komp und Cosmos kennen gelernt, Programmen, die sich mit Gesundheitsberatung und Integration von Asylbewerbern und Flüchtlingen befassen (vgl. Kap. 1.4). Es gibt grundsätzliche Unterschiede im Umgang mit den Zuwanderern zwischen Schweden und Deutschland. In Schweden scheint es einen Konsens zu geben, dass Flüchtlinge und Asylbewerber ins Land kommen, ob man das will oder nicht, und dass man das nicht ignorieren kann. Die schwedische Gesellschaft muss damit umgehen.

Je schneller und besser die Zuwanderer integriert werden, desto besser ist es auch für die Aufnahmegesellschaft. Die Wartezeit bis zur Entscheidung über den Asylantrag muss im allgemeinen Interesse möglichst sinnvoll ausgefüllt werden. Von den Vertreterinnen der Ausländerbehörde haben wir gehört, dass sich die Unterbringung von Flüchtlingen in Lagern nicht bewährt hat. Die Menschen werden, wo immer möglich, in Wohnungen mitten zwischen den Schweden untergebracht. Sie haben die Möglichkeit, zu Freunden oder Verwandten zu ziehen. Sprachkurse sind für alle obligatorisch und kostenlos. Jeder, dessen Verfahren länger als vier Monate dauert, bekommt eine Arbeitserlaubnis. Allen wird eine Gesundheitsberatung angeboten, die in bestimmten Gesundheitszentren stattfindet, die auf Flüchtlinge eingerichtet und mit Dolmetschern oder in vielen Fällen auch muttersprachlich arbeiten. Dort wird eine Eingangsuntersuchung gemacht und Kranke ggf. zu Spezialisten weiter geschickt. Diese Untersuchung und Beratung ist freiwillig. Die Flüchtlinge werden aber bei vielen Gelegenheiten immer wieder auf dieses Angebot hingewiesen. In Stadtteilen mit einem ho-

hen Ausländeranteil gibt es Gesundheitszentren für Kinder und ihre Familien. Die Nachsorge nach der Geburt eines Kindes z.B. schließt Hausbesuche mit ein und Schulung in Ernährung, Erziehung, Hygiene. Sie sind ein beliebter Anlaufpunkt besonders für Mütter mit kleinen Kindern. Im Rahmen von EQUAL wurden Asylbewerber, die medizinische Erfahrungen aus dem Herkunftsland mitgebracht haben, zu internationalen Gesundheitsberatern ausgebildet, die sich in vielen Institutionen der Stadt in den letzten drei Jahren unentbehrlich gemacht haben. Sie sind weit mehr als Übersetzer. Sie sind Kulturmittler. Eine der Beraterinnen beschrieb es so: Ich kenne beide Kulturen, so kann ich Brücken bauen in beiden Richtungen.

Schweden ist nicht das Paradies. Es gibt auch da viele Probleme. Aber es lohnt sich, hinzusehen. Das Argument für all diese aus unserer Sicht wünschenswerten und positiven Maßnahmen ist nicht, dass man es den Fremden so angenehm wie möglich machen möchte. Das Argument ist, dass so die schwedische Gesellschaft am ehesten vor den negativen Auswirkungen einer unvermeidbaren Zuwanderung geschützt werden kann.

»Besteht Suizidgefahr, erscheint es als nicht vorstellbar, dass ein Betroffener ansonsten psychisch gesund sein soll und also nicht zudem auch in anderer Art und Weise durch eine Abschiebung gesundheitlich geschädigt wird«

Rechtsanwalt Roland Schild, Vortrag 2. Fachtagung
in Rheinland-Pfalz »Traumatisierte Flüchtlinge«, 2002

Suizidalität bei Asylsuchenden und Flüchtlingen

5.1

Den folgenden Ausführungen liegt ein Text von Gerhard Ebner (Chefarzt des Psychiatriezentrums Schaffhausen) aus dem Curare-Sonderband »Trauma und Ressourcen – Trauma und Empowerment«, hrsg. von Martine Verwey, 2001, zu Grunde, der in weiten Teilen zitiert wird. Da Herr Ebner in der Schweiz tätig ist, verwendet er den dort gebräuchlichen Begriff der Ausschaffung anstelle des hier benutzten Begriffes der Abschiebung.

Dass Flucht und Migration die Gefahr von Suiziden und Suizidversuchen erhöht, ist seit langem bekannt, so haben eine Vielzahl von Untersuchungen gezeigt, dass die Suizidgefahr von Menschen im Rahmen von Flucht und Migration sich im Vergleich zur zurückbleibenden Bevölkerungsgruppe erhöht.

»Insbesondere langfristige Internierungen, Unplanbarkeit der Zukunft und anhaltende Lebens-, sprich Ausschaffungsbedrohung, vor allem aber auch erzwungene Untätigkeit verhindern den Aufbau einer neuen Identität und können zu Hoffnungslosigkeit, Depressivität, Sexualstörungen, Aggressivität, gesundheitlichen Bewältigungsstrategien (Abhängigkeits- und Suchterscheinungen), psychosomatischen Erkrankungen und suizidalem Verhalten führen« (Collatz 1997, Ebner S.78).

Soziale Isolation, ein tiefer Sozialstatus und vor allem das Fehlen von sozialen Netzwerken sind in verschiedenen Studien nachgewiesene Belastungsfaktoren für suizidales Verhalten. Auch erlebte Diskriminierungen spielen eine große Rolle.

Diese Erkenntnisse geben Hinweise für mögliche präventive Maßnahmen. Für den Bereich der Prävention bei Flüchtlingen würde das in der Konsequenz bedeuten, dass sowohl die Art der Unterbringung, als auch die Verweigerung des Zuges zum Arbeitsmarkt, die Einschränkungen der sozialen Leistungen, sowie diskriminierende Praktiken wie Wertgutscheine statt Bargeld vor diesem Hintergrund zu bewerten sind.

All diese Belastungen, so Ebner weiter, finden dabei auch ihren Niederschlag in vermehrten familiären Konflikten, wobei die Frauen einen großen Teil der Last zu tragen haben. So gibt es immer wieder Hinweise dafür, dass Frauen, die in weiten Teilen der Welt ein geringeres Suizidrisiko als die Männer haben, sich im Rahmen des Migrationsprozesses vermehrt suizidieren (Ebner, S.79).

Die genannten Belastungen können zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Alkoholmissbrauch führen, diese erhöhen dann wiederum das Risiko von suizidalen Handlungen. Depressionen gelten unter den psychischen Erkrankungen als Hauptrisikofaktor für Suizide. »Wir müssen dabei davon ausgehen, dass das Kernsyndrom der Depression nicht

etwa die psychische Symptomatik (Gefühl der eigenen Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe) darstellt, sondern die vitale, körperliche Symptomatik, das Gefühl des »Nicht-Mehr-Könnens« (Energie-, Kraft-, Antriebslosigkeit) verbunden mit vielfältigen körperlichen Beschwerden« (Ebner S.79).

Depressive aus nicht-westlichen Kulturen geben uns häufig nicht an, sie fühlten sich wertlos, schuldig, den Leistungen des Alltag nicht gewachsen, sondern sie klagen über Schmerzen und körperliche Missempfindungen mit oft diffussem und wechselndem Charakter. Ferner werden innere Unruhe, Schlaf- und Appetitstörungen, bei Männern Potenz- und Libidostörungen, als Ausdruck depressiven Leidens angegeben. Häufig gehen Depressionen über dieses Syndrom nicht hinaus (vgl. die Aussagen des Psychiaters Koch in: Hackenbroch, Veronika: »Mir ist der Nabel gefallen«, *Der Spiegel* 2/2004, S.120–122).

So sei es nach Ebner nicht verwunderlich, dass auf Grund von ungewohnter Symptomatik und unterschiedlichem Krankheitsverständnis häufig Fehldiagnosen gestellt und somatische Erkrankungen vermutet werden (was zu einer Vielzahl von unnötigen und den

Krankheitsverlauf komplizieren den somatischen Abklärungen führt. Dies hat sich auch in einer Vielzahl von Fällen der Interdisziplinären Beratungsstelle immer wieder gezeigt, wie z.B. im Falle der hier dargestellten Frau U. oder auch bei Frau B.).

Bemerkenswert und therapeutisch von großer Bedeutung ist die Beobachtung, dass seelische Krisen und unter Umständen damit verbundene Erkrankungen oft erst nach einer Latenzperiode von Monaten und Jahren auftreten, d.h. zu einem Zeitpunkt, wenn die Betroffenen realisieren, was sie eigentlich verloren haben respektive sich in ihren Erwartungen an das Aufnahmeland getäuscht sehen (vgl. Alley 1982, Grinberg und Grundberg 1990).

Für den Bereich der Traumatisierung lässt sich immer wieder beobachten, dass jahrelang mehr recht als schlecht kaschierte Störungen durch erneute äußere Bedrohung zu manifesten Erkrankungen werden können. »Zu einer suizidalen Krise kann es kommen, wenn es zu einem belastenden Ungleichgewicht zwischen der subjektiven Bedeutung des Problems und den eigenen Bewältigungsmechanismen, die den Betroffenen zur Verfügung stehen, kommt. Dies

führt zum Gefühl, das Leben nicht mehr selbständig gestalten zu können, was als Bedrohung und Gefahr erlebt wird und massive Angst und Hoffnungslosigkeit auslöst. So ist zu beachten, dass es keinen objektiven Krisenanlass gibt. Dieser ist vielmehr von der subjektiven Bedeutung und den Möglichkeiten der Betroffenen, mit den entsprechenden Problemen umzugehen, und somit auch vom kulturellen Hintergrund und Erleben des Betroffenen abhängig« (Sonneck 1995, Stillion & McDowell 1996 nach Ebner S.81/82).

Zu den Risikofaktoren gehören z.B.:

- Familiäre Belastungen mit früher verübten Suizidhandlungen und eigene Suizidhandlungen, belastende Lebenssituationen und -ereignisse
- aktuelle, schwere psychische und /oder körperliche Krankheiten
- krankheitsbedingte Leistungseinbußen
- sowie kurz zurückliegende Lebensereignisse mit Verlustcharakter.

Bei Flüchtlingen spielen v.a. die belastenden Lebenssituationen und -ereignisse eine Rolle. Für akute Suizidalität spricht die Beschäftigung mit Gedanken an Sterben, Tod und Suizid, eine zunehmende Einengung



auf diese Themen mit dem Unvermögen, die zukünftige Lebensgestaltung unter mehr als nur einer Perspektive, nämlich der des Todes, zu sehen, verbunden mit dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit.

Für eine aktuelle Suizidalität spricht das Vorliegen aktiver Suizidtendenzen, verbunden mit konkreten Plänen über die Suizidmethode und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit. Ferner sind schwere Schuld- und Versagensgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, Selbstbestrafungstendenzen, depressive Wahnsymptomatik und das Gefühl, hilflos zu sein, zu beobachten. Quälend erlebte, andauernde Schlafstörungen sind von großer Bedeutung. Aktuelle Verlust- und/oder Kränkungserleb-

nisse sowie das Fehlen tragfähiger Beziehungen erhöhen das Risiko zusätzlich. Hierfür werden zunächst körperliche Beschwerden angegeben, die zum Aufsuchen des Arztes führen (Ebner S.83).

Ebner macht auch konkrete Vorschläge für den Umgang mit suizidalen Menschen, dies beinhaltet: Offenheit, ernst nehmen und dabei bleiben, wenn möglich, Behandlung der Grunderkrankung (Depression, posttraumatische Belastungsstörung ...) und die Einbindung in ein soziales Netz.

Offen nach Suizidgedanken fragen

Begegnen wir Menschen, bei denen wir Hinweise finden, dass sie suizidgefährdet sind, so sollten wir

mit ihnen offen über ihre Suizidgeanken sprechen. Das Fragen nach Suizidgedanken führt nicht nur zur Klärung und besserer Einschätzbarkeit der Suizidgefahr, sondern vor allem auch dazu, dass die Betroffenen offen über diese Gedanken sprechen können, was zu Entlastung führt.

Der/die BetreuerIn sollte sich hierbei Klarheit darüber verschaffen, was für eine Bedeutung der Suizidwunsch beim Flüchtling hat, wobei es auch wichtig sein kann, dessen eigenes, kulturabhängiges Wertesystem kennenzulernen und nach dem Krisenanlass zu fahnden.

Handelt es sich um einen Versuch, persönliches Leiden zu beenden? Ist es ein Hilferuf? Ist es ein Versuch, ein nicht beschreibbares Leid zu benennen? Ebenso ist es bedeutsam, die individuellen Bedürftigkeiten und Wünsche zu klären. Vor allem aber ist zu klären, ob eine behandelbare, psychische Krankheit dem suizidalen Gedanken und Handeln zugrunde liegt (z. B. eine Depression).

Nicht alleine lassen

Insbesondere dann, wenn die Betroffenen sich in einem Zustand allgemeiner emotionaler Erregung befinden, wenn also impulsive, selbstschädigende Handlungen

noch wahrscheinlicher werden, sollten die suizidalen Menschen nicht alleine gelassen werden, auch nicht für kurze Zeit (Ringel 1986; Sonneck 1995). Körperliche und emotionale Präsenz, das Ernstnehmen des Befindens, der Welt des Suizidalen, der sein Leben nur noch als quälend und aussichtslos erlebt, ist in der Krisenintervention mit das Wichtigste. Die häufig geschilderten körperlichen Symptome sollten als Präsentiersymptome ernst genommen werden, als Ausdruck seelischen Leides.

Im Gespräch mit dem Betroffenen sollte darauf hingewiesen werden, dass Suizid eine von mehreren Möglichkeiten ist, ein Problem zu lösen.

Eine gute Einbindung in ein soziales Netz im Rahmen von familiären Bezugspersonen, Bezugspersonen der gleichen »Ethnie«, der gleichen politischen Gruppierung wirkt therapeutisch wie präventiv. Dem stehen nicht selten politische Entscheide, eben diese Netzwerke nicht nur nicht zu fördern, sondern sie unter Umständen zu verhindern, entgegen. Ebner konstatiert, dass es in der Schweiz außerordentlich schwierig geworden sei, Familienzusammenführungen über die Kantons Grenzen hinweg vorzunehmen, was in vielen Fällen

therapeutisch gesehen die beste Interventionsmöglichkeit wäre. Dies gilt für Deutschland gleichermaßen, wie auch in den Beispielfällen gezeigt wird (vgl. Herr A. aus Kap. 2 oder Frau M. aus den folgenden Darstellungen).

»Im Umgang mit suizidalen Flüchtlingen stellt sich immer wieder auch die Frage, ob die präsentierten Beschwerden, vor allem aber auch die Drohung mit Suizid und simulierter Suizidversuch zur Erlangung eines Vorteils (z. B. Verhinderung einer Ausschaffung) eingesetzt werden. Ich denke hierzu, dass es nicht Aufgabe der Betreuer sein kann, Simulanten zu überführen. Diese sind ohnehin wesentlich seltener als allgemein angenommen. Betreuer haben eher nach der Devise »Im Zweifel für das Leben« zu handeln. Ich selbst habe bisher nirgends gültige Kriterien gefunden, um sicher beurteilen zu können, ob ein Flüchtling die Verzweiflung und Suizidalität nun simuliert oder ob sie Ausdruck einer verzweifelten Situation und damit potentiell gefährlich für den Flüchtling sind, ein von Ausschaffung Bedrohter hat ebenso viele Gründe zu simulieren, wie sich zu suizidieren. Ferner müssen wir ohnehin von den mono-motivationalen Konzepten Abschied

[...] nehmen und die suizidale Handlung als »integral aller Kräfte ansehen, die zum Suizid führen« (Henseler 1984, Sonneck 1985). [...] Natürlich kann ich nicht ausschließen, dass Suiziddrohungen und / oder -versuche auch einmal zum Zweck der »Erpressung« von Vorteilen (Verhinderung einer Ausschaffung, Erlangen von Zuwendung, Verhinderung einer Trennung u. a.) eingesetzt werden können. Sie sind aber in der Regel als Konfliktlösungsversuche anzusehen und ja gerade bei drohender Ausschaffung mehr als verständlich. Dennoch gilt für mich das oben Gesagte, da ja auch dann gut nachvollziehbar bleibt, in was für einer Notsituation der Betroffene sich befindet, und sie auch so rasch einmal körperliche Schädigung bis zum Tode zur Folge haben kann« (Ebner S. 84/85).

Quelle

Martine Verve (Hg): Trauma und Ressourcen – Trauma and Empowerment, curare (Zeitschrift für Ethnomedizin) Sonderband 16/2001, vwb – Verlag für Wissenschaft und Bildung

zum Beispiel

5.2

z. B. Frau B.

Frau B. kommt Ende 1993 zusammen mit ihrem Mann aus dem Kosovo in die Bundesrepublik. Hier werden ihre Kinder geboren. Familie B. beantragt Asyl, u.a. weil Herr B. den Wehrdienst verweigerte und weil er von der Polizei geschlagen wurde.

Die Asylanträge der Familienmitglieder wurden abgelehnt. Ebenso die dagegen gerichteten Klagen. Bis Anfang 1998 sahen Bundesamt und Gerichte noch nicht die »erforderliche Verfolgungsdichte« für eine Gruppenverfolgung im Kosovo, individuelle Verfolgung wurde nicht anerkannt. Abschiebungshindernisse wurden keine festgestellt.

Im Oktober 1998 stellte die Familie Asylfolgeanträge. Das Bundesamt lehnt weiterhin ab, das Verwaltungsgericht in Lüneburg hält im März 1999 die »erforderliche Verfolgungsdichte« für gegeben und erkennt auf Gruppenverfolgung. Dagegen legt der Bundesbeauftragte Berufung beim oVG ein. Im Juli 2000 wird die Anerkennung widerrufen. Es bestehe nunmehr hinreichende Sicherheit im Kosovo durch die KFOR-Truppen. Zusätzliche Verteilerorganisationen wie etwa die Organisation

»Mutter Theresa« und die orthodoxe Kirche trügen dazu bei, dass eine ausreichende Versorgung der im Kosovo lebenden Bevölkerung mit den notwendigen Nahrungsmitteln gesichert sei.

Weil sie zur Minderheit der Roma gehören, die auch weiterhin im Kosovo nicht vor Verfolgung sicher ist, wird der Aufenthalt der Familie weiterhin geduldet.

Frau B., die bereits seit längerem in ärztlicher Behandlung ist, ist zwischenzeitlich vollständig psychisch destabilisiert. Sie ist in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung. Die zusätzlich hinzugezogene psychologische Psychotherapeutin schreibt in ihrem psychologischen Attest:

»In dem explorativen Gespräch wurde deutlich, dass sich zur Zeit die Hauptbelastungsfaktoren ihres Lebens in einer Weise zuspitzen, die ihr mental und emotional keinen Ausweg mehr lassen. Grob umrissen geht es dabei um:

- die traumatischen Erfahrungen, die der Flucht vorausgegangen sind
- die akute Angst/Panik vor einer Rückkehr, die sowohl in den Erinnerungen begründet liegt, als auch in der Antizipation dessen, was sie und ihre Familie dort erwartet

■ die jahrelange Anspannung hinsichtlich ihres Aufenthaltsrechts hat sie kaum zur Ruhe kommen lassen und ihre körperlichen und psychischen Widerstandskräfte erschöpft. [...]

■ ihre chronifizierten psychosomatischen Beschwerden (u.a. Kopfschmerzen, Zittern und Nervenschmerzen am ganzen Körper, Vergesslichkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Schlafstörungen) lassen ihr keine Hoffnung, dass sie den Strapazen der Rückkehr gewachsen sein könnte.

Diagnose: ICD-10, F 33.2. Schwere depressive Störung vermutlich mit psychotraumatischen Hintergrund (ICD-10, F 43.1) mit suizidalen Tendenzen. [...]

Prognose/Empfehlung:

Frau B.s Überlebenskräfte sind nach meiner Einschätzung ausgebrannt. Bei ausdauernder oder sich verschärfender psychischer Belastung besteht ernsthafte Gefahr, dass ihr als letzter Ausweg nur die Flucht in den Suizid bleibt«.

In einem erneuten Verfahren wird nun geprüft, ob die Erkrankung ein Abschiebungshindernis darstellt (unabhängig davon, dass Roma aus dem Kosovo bis auf weiteres geduldet werden):

Nach Gerichtsurteil vom 14.03.03 des VG Lüneburg hat das Bundesamt am 15.04.03 Abschiebungs-

hindernisse nach § 53 Abs. 6 festgestellt (Rückkehr in den Kosovo würde Retraumatisierung bedeuten, zudem keine Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten im Kosovo).

»Die Gefahr, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlimmert, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, kann ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG begründen (BVerwG, Beschluss vom 29.07.1999 – BVerwG 9 C 2.99 – Urteil vom 25.11.1997 – BVerwG 9 C 58.96 – BVerwGE 105, 383). Dies ist dann der Fall, wenn die befürchtete Verschlimmerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung als Folge fehlender Behandlungsmöglichkeit im Zielland der Abschiebung eintritt, die dem Ausländer drohende Gesundheitsgefahr erheblich ist. Also eine Gesundheitsbeeinträchtigung von erheblicher Intensität zu erwarten ist und wenn diese Gefahr konkret bevorsteht. Letzteres ist dann der Fall, wenn zu erwarten ist, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes alsbald nach der Rückkehr in den Kosovo wegen unzureichender Möglichkeit zur Behandlung der Leiden eintritt« (BVerwG a. a. O. Nds OVG; Urteil v. 19.10.2001 – 8 L 2824/99 –).

z. B. Frau C.

Am Fall der extrem depressiven und suizidalen Frau C. wird deutlich, mit welcher Rücksichtslosigkeit Ausländerbehörden mitunter vorgehen, um Abschiebungen durchzusetzen und dabei Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder gar Suizide in Kauf nehmen.

Die Kurdin Frau C. ist im August 1997 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist, um Asyl zu beantragen. Sie berichtet, dass ihr Mann in der Türkei umgebracht und ihre Familie durch die Verfolgung durch Sicherheitsbehörden zerrissen wurde. Viele Familienmitglieder seien immer noch gefährdet. Sie berichtet, dass sie selbst während politischer Verfolgungen geschlagen worden ist. Im Mai 2002 erhält sie die endgültige Ablehnung ihres Asylantrages. Daraufhin spitzt sich ihr psychischer Zustand, der schon zuvor auf Grund ihrer Verfolgungserfahrungen sehr schlecht war, derart zu, dass sie in stationäre psychiatrische Behandlung muss. Von der psychiatrischen Klinik wird ihr »**endoreaktive Depression, Belastungsreaktion**« bescheinigt. Ihr behandelnder Facharzt bestätigt die Diagnose und betont, dass die zugespitzte seelische Situation von Frau C.

durch die drohende Abschiebung ausgelöst worden ist.

Frau C. soll jedoch abgeschoben werden und muss sich daher auf Veranlassung der Ausländerbehörde im September 2002 vom Gesundheitsamt auf ihre sog. Reisefähigkeit untersuchen lassen. In der Stellungnahme des Gesundheitsamtes wird darauf hingewiesen, dass sich Frau C. in einem Teufelskreis befindet, da ihr, sobald sie sich psychisch stabilisiert, die Abschiebung droht, was jedoch wiederum zu einer Verschärfung ihrer Erkrankung führt. Dieser Teufelskreis torpediert einen Behandlungserfolg, stellt das Gesundheitsamt fest. In der Stellungnahme des Gesundheitsamtes wird darauf hingewiesen, dass Frau C. mit Suizid drohe und nicht ausgeschlossen werden könne, dass sie im Falle einer Abschiebung diese Drohungen umsetzen würde. Zudem könnte sich bei einer Abschiebung ihr seelisch-körperlicher Zustand akut verschlechtern.

Frau C. begeht schließlich tatsächlich einen Suizidversuch und wird daraufhin in eine psychiatrische Klinik eingeliefert, wo sie einen zweiten Suizidversuch begeht. Trotzdem hält die Ausländerbehörde an ihren Bestrebungen, Frau C. abzuschieben, fest und lässt sie

im Februar 2004 erneut auf »Reisefähigkeit« untersuchen. Die Amtsärztin bestätigt bestehende Suizidgefahr und verweist zur Frage der »Reisefähigkeit« auf die erste Stellungnahme des Gesundheitsamtes, worin die Gefahr der Umsetzung der Suizidabsichten und die mögliche Verschlechterung ihres psychisch wie körperlichen Gesundheitszustandes betont worden ist. Weiterhin schreibt die Amtsärztin: **»Konsequente Beaufsichtigung ab Mitteilung der bevorstehenden Abschiebung und Fortsetzung der medikamentösen Therapie kann Reisefähigkeit herstellen. Es ist aber nicht auszuschließen, dass sich durch dieses Vorgehen die Depression verschlimmert [...]«.** Die Ausländerbehörde zieht daraus den Schluss, dass Frau C. »reisefähig« sei und unter ärztlicher Begleitung abgeschoben werden könne. Für die Ausländerbehörde reduziert sich der Aspekt der »Reisefähigkeit« allein auf die Frage, ob Frau B. den Flug überleben wird.

Gleichzeitig schickt die Behörde aber das Schreiben mit der Ankündigung der Abschiebung nicht an Frau C. persönlich, sondern nur an ihren Anwalt, mit der Aufforderung, sie über die bevorstehende Abschiebung zu informieren. Offensichtlich ist also auch der Aus-

länderbehörde bewusst, dass das Risiko sehr hoch ist, dass sich Frau B. etwas antut oder sich ihr Gesundheitszustand dramatisch zuspitzt. Der Verdacht liegt nahe, dass die Behörde nicht die Folgen der rigorosen Durchsetzung der Abschiebung verantworten will.

Allerdings hält dies die Ausländerbehörde nicht davon ab, der schwerst depressiven Frau C. für Mai 2004 die Zwangsvorführung vor dem türkischen Konsulat anzukündigen, damit ihre für die Abschiebung notwendigen Passpapiere ausgestellt werden können. Zu der Zwangsvorführung ist es aus Gründen, die weder dem Flüchtlingsrat noch dem Anwalt bekannt sind, nicht gekommen.

z. B. Frau M.

Im Herbst 2003 begeht Frau M. einen Suizidversuch, sie springt aus dem 3. Stock und wird wegen erheblichen Verletzungen vom Rettungsdienst ins Krankenhaus eingeliefert. Als Grund wird angegeben, dass der Ehemann sich von ihr getrennt habe.

Zuvor war sie für mehrere Monate bis Ende April 2003 in Behandlung bei einer psychiatrischen Institutsambulanz. Dort wird diagnostiziert, dass die Antragstellerin

an einer psychischen Erkrankung leide, die sich als chronifizierte depressive Phase, mittelgradiger Ausprägung im Rahmen einer post-traumatischen Belastungsstörung manifestiere. In einem Erstgespräch sei ein traumatisches Ereignis mit sexueller Gewalt während eines Polizeigewahrsams in der Türkei Anfang des Jahres 2000 zu eruieren gewesen. Aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse der Patientin konnte die vertiefende Erhebung der Krankheitsvorgeschichte nur mittels Dolmetscher erfolgen. »Im Behandlungszeitraum hatte ich es als Behandlerin mit 4 verschiedenen Dolmetschern zu tun, somit waren differentialdiagnostische und therapeutische Möglichkeiten aufgrund der fehlenden Kommunikationskontinuität erschwert«, so die Psychiaterin aus der Institutsambulanz.

Die Hausärztin schreibt: »Die Patientin ist wegen vielfältiger körperlicher Beschwerden bereits vorgestellt geworden, die sich nach Untersuchung (klinisch und Labor) als nicht körperliche Erkrankung herausstellten. Bei diesen Beschwerden muss man von einer psychischen Erkrankung ausgehen.«

Im Bescheid des Bundesamtes wird – abgesehen davon, dass die Glaubwürdigkeit der erfolgten Vergewaltigung in Polizeihaft in Frage

gestellt wird – u. a. ausgeführt:

»Bei aller menschlicher Tragik eines solchen Erlebnisses ist dennoch hierin keine staatlich angeregte, unterstützte, billigende oder tatenlos hingenommene Verfolgungsmaßnahme gegen bestimmte Einzelpersonen, sprich gegen die Antragstellerin, zu sehen. Vielmehr war im Fall der Antragstellerin davon auszugehen, dass sie Opfer einer schweren Straftat wurde. Sie wurde Opfer eines Amtswalterexzesses, der jedoch nicht als politische Verfolgung qualifiziert werden kann.«

Eine nahe Verwandte wohnt in einem anderen Bundesland und ist bereit, Frau M. nach ihrem Suizidversuch bei sich aufzunehmen, eine Umverteilung wird jedoch abgelehnt. Für Frau M. wird nun dringend auch überregional ein Therapieplatz gesucht. Dies ist jedoch aufgrund der langen Wartezeiten unmöglich. Wartelisten werden nicht geführt, so dass es auch keine konkrete Vertröstung gibt, sondern nur die Aufforderung, es wieder zu versuchen.

Es kommt zu einem erneuten Suizidversuch im Frühjahr 2004. Diesmal holen die Verwandten die Frau direkt zu sich und bringen sie im nächst gelegenen psychiatrischen Krankenhaus unter. Dort kann man sie aber nach erfolgter Krisen-

intervention aus Kostenübernahmegründen nicht behalten und sie wird wieder verlegt in das Bundesland und die Gemeinde, in der sie sich nach dem Asylverfahrensgesetz aufhalten muss.

Im Sommer 2004 erhält sie eine Zusage für einen Therapieplatz, der Ausgang des aufenthaltsrechtlichen Verfahrens ist noch ungewiss.

z. B. Herr W.

Herr W. kommt aus Togo. Sein Gesundheitszustand wird am deutlichsten in dem Beschluss des Vormundschaftsgerichtes im Betreuungsverfahren vom Februar 2003. Darin wird die bereits bestehende Betreuung geändert und verlängert. Der Aufgabenkreis der Betreuung erstreckt sich demnach auf:

- die Sorge für die Gesundheit
- die Aufenthaltsbestimmung
- die Vermögenssorge einschließlich der Regelung von Behördenangelegenheiten
- die Regelung aller Fernmelde- und Postangelegenheiten einschließlich des Empfanges und des Öffnens der Post.

Eine erneute Überprüfung soll bis Ende Februar 2008 erfolgen.

»Der Betroffene ist nicht in der Lage, in dem oben angeordneten Aufgabenbereich aufgrund einer der in § 1896 Abs. 1 Satz 12 BGB aufgeführten Krankheiten/Behinderungen seine Angelegenheiten selber zu besorgen. Dies folgt aus dem Gutachten des Facharztes für Psychiatrie Dr. [...] vom [...], der Anhörung des Betroffenen und dem unmittelbaren Eindruck des Gerichts, den sich dieses von dem Betroffenen verschafft hat.«

Dennoch wird Herr W. abgeschoben. Das Gericht schreibt: »Die Abschiebung wird ausschließlich in ärztlicher Begleitung und in Begleitung von Sicherheitsbeamten erfolgen. Die erforderlichen Medikamente, die der den Antragsteller behandelnde Arzt der Antragsgegnerin [die Ausländerbehörde, d. Red.] benannt hat, werden zur Verfügung gestellt. Der Antragsteller wird nach der Mitteilung der Deutschen Botschaft in Lomé vom [...] bei seiner Ankunft auf einen Facharzt treffen. Weiterer Vorkehrungen bedarf es nicht. Insbesondere muss der Antragsteller nicht gesondert vor seiner Abschiebung amtsärztlich untersucht werden. Wenn von der Abholung des Antragstellers bis zu seinem Abflug ein Arzt zugegen ist, kann die Reisefähigkeit jederzeit kontrolliert werden. Es sei dann die Aufgabe des

Arztes, auch darüber zu befinden, ob der Antragsteller flugreisetauglich ist oder nicht. Diese Begleitungsform stellt in hohem Maße gerade sicher, dass immer ein aktuelles Ergebnis über den Gesundheitszustand des Antragstellers präsent ist und bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sofort die erforderliche medizinische Gegenmaßnahme getroffen werden kann. Stellt sich um Verlauf der Verbringung zum Flughafen heraus, dass der Antragsteller nicht mehr flugreisetauglich ist, ist die Abschiebung zu stoppen. [...]

Die Antragsgegnerin muss dem Antragsteller keinen Facharzt für psychiatrische Erkrankungen zur Seite stellen. Auch wenn ein Facharzt über die Feinheiten seiner Fachrichtung besonders Bescheid weiß, ist auch ein nicht mit den Besonderheiten der psychiatrischen Erkrankungen vertrauter Arzt auf Grund seiner Ausbildung typischerweise in der Lage, die jeweils erforderlichen ärztlichen Maßnahmen zu treffen. Einen qualifizierteren Standard muss die Antragsgegnerin nicht gewährleisten, weil es nicht um die Therapie des Antragstellers geht, sondern darum, ihn sicher und, vor zusätzlichen unzumutbaren gesundheitlichen Schäden bewahrt, nach Togo zu begleiten. Die dem Antragsteller verschriebenen Medikamente und die ärztlichen

Gutachten sind bekannt, so dass erforderlichenfalls auch ein nicht als Facharzt ausgebildeter Mediziner einzugreifen in der Lage ist.

Weitergehende, zum Schutze des Antragstellers zu treffende Maßnahmen ergeben sich auch nicht aus der Stellungnahme von Herrn H. [behandelnder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, d.Red.] vom [...]. Darin wird der Krankheitsverlauf des Antragstellers dargestellt und eine erhöhte konkrete Suizidgefährdung bescheinigt. Diesen Gesundheitszustand verkennen weder das Gericht noch die Antragsgegnerin. Vielmehr beruhen die von der Antragsgegnerin ins Auge gefassten Schutzvorkehrungen gerade auf der von Herrn H. und zuvor schon anderen – oben genannten – Ärzten erkannten Selbstmordgefährdung und dienen dem Ziel, den Antragsteller vor einer existentiellen Gefährdung seiner eigenen Person zu schützen« (AZ 4 B 1277/03).

7. April 2003

Wolfsburg. Ein 19-jähriger Asylbewerber legt sich um 9:45 Uhr in der Pestalozzistraße in Höhe eines Fußgängerüberweges mit dem Gesicht nach unten mitten auf die Straße.

Nur mit Mühe gelingt es einigen AutofahrerInnen auszuweichen, bis eine junge Frau ihren Wagen stoppt und sich um den Jugendlichen kümmert. Ein Golffahrer hält ebenfalls und lenkt die nachfolgenden Autos um, damit nicht doch noch ein Wagen über den leblos daliegenden Jugendlichen fährt. Ein Notarzt bringt ihn ins Krankenhaus.

(Wolfsburger Allgemeine Zeitung, 08.04.03)

Sommer 2003

In der JVA Hannover-Langenhagen wird ein 30 Jahre alter kurdischer Abschiebegefangener von Beamten misshandelt. Ein medizinisches Gutachten bestätigt Würgemale am Hals, die sich der Mann nicht selbst zugefügt haben könne. Eine Handverletzung stammt nach Justizangaben hingegen von einem Vorfall am Vortag, als der Kurde, der als »aggressiv und suizidgefährdet« gelte, eine Glasscheibe eingeschlagen hatte.

Die Polizei ermittle gegen die beschuldigten Beamten wegen Körperverletzung im Amt.

(Polizeiübergrieffe 2000–2003, taz 18.08.03)

28. Juli 2003

Celle. Die Geschwister Hülya (19) und Hakan (20) und Mesud (23) I., die alle in der BRD aufgewachsen sind, werden in die Türkei abgeschoben. Obwohl Hülya I. bereits eine Einweisung ins Landeskrankenhaus hatte, hat sie der Amtsarzt für »flugtauglich« erklärt.

Hülya ist psychisch schwer krank. Sie leidet unter posttraumatischen Belastungsstörungen, die ihre Ursache in den Erlebnissen in der Türkei haben. Durch die über lange Zeit drohende Abschiebung verschlimmerte sich die Erkrankung immens. Hülya I. unternahm mindestens drei Selbsttötungsversuche, in deren Folge sie mehrere Male stationär in psychiatrischen Fachkliniken behandelt werden musste.

(FlüRat Nds. 28.08.03)

ans:

Antirassistische Initiative Berlin (Hrsg.): »Bundesdeutsche Flüchtlingspolitik und ihre tödlichen Folgen – Dokumentation 1993 bis 2003«

Therapie während des Fluges? – Ärztliche Prüfung der »Abschiebefähigkeit« von Kranken

5.3

■ *Bernd Mesovic, Pro-Asyl*

Seit Jahren haben sich deutsche Ärztetage mit Versuchen zu beschäftigen, Ärzte zunehmend in die Abschiebung abgelehnter Asylbewerber einzubinden und sie anzuhalten, ihre ärztlich-ethisch bedingten Bedenken zu diesem Zweck zurückzustellen. Die Resolutionen des Deutschen Ärztetages sind deutlich, vermitteln aber gleichzeitig ein Bild dessen, was Ärzten von Behörden und Ministerien zugemutet wird. So sah sich der Deutsche Ärztetag 1999 veranlasst festzustellen: »Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer »Reisefähigkeitsbescheinigung« unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebungshindernisse wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen sind mit in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.«

Dennoch kooperieren die für die zwangsweise Rückführung abgelehnter Asylsuchender zuständigen Stellen, lokale Ausländerbehörden wie zentrale Abschiebebehörden, mit Ärzten, die es mit ihrer

Verantwortung weniger genau nehmen. Es gibt sie, trotz aller kaum übertriebener Kritik an ihrem Berufsverständnis, die »Fachärzte für Abschiebungen«. Ärzte mit oftmals fragwürdiger fachlicher Qualifikation, die kurz vor einer bevorstehenden Abschiebung eine letzte Begutachtung Kranker vornehmen, bis dahin vorgelegte ärztliche Bescheinigungen, Stellungnahmen und Gutachten vom Tisch wischen und Reisefähigkeit bescheinigen oder Hinweise geben, wie diese herzustellen sei. Eine kurze Inaugenscheinnahme, ein kurzes Gespräch genügen oftmals. Der Kranke ist plötzlich reisefähig. In der Regel geht es um die »Flugreisetauglichkeit«.

Trotz aller Versuche, mehr Ärzte für die Durchführung solcher verkürzten ärztlichen Untersuchungen auf Flugreisetauglichkeit zu gewinnen, gibt es offenbar nicht genug von ihnen. Kritik aus der Kollegenschaft, tatsächliche Skrupel, wenn der Versuch der Instrumentalisierung der ärztlichen Fähigkeiten deutlich wird, und Befürchtungen, der Ruf als »Abschiebungsarzt« könne die sonstige

ärztliche Tätigkeit belasten, zeigen Wirkung.

Die Innenministerkonferenz hat im Jahre 2002 beschlossen, offensiv auf die Ärztekammern einzuwirken, um Ärzte dennoch vermehrt in Sachen Abschiebung einsetzen zu können. Die sogenannte Arbeitsgruppe »Rückführung« des Bundes und der Länder hatte zuvor gefordert, die Voraussetzungen für einen zentralisierten Einsatz bedarfsgerecht qualifizierter Ärzte mit einem bundeseinheitlichen Standard für die Feststellung der Flugtauglichkeit zu verbinden. Ohne dass mit der Ärzteschaft eine Einigung erzielt wäre, kursieren seitdem neue Ländererlasse, in denen die Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse im Rahmen ärztlicher Begutachtung geregelt wird. Nach der deutschen Rechtsdogmatik ist zu unterscheiden zwischen zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen, die vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge zu prüfen sind und sogenannten inlandsbezogenen Vollstreckungshindernissen, die die Ausländerbehörden zu klären haben. Wenn also etwa durch den Abbruch einer notwendigen medizinischen Behandlung Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit im Heimat-

land drohen, dann ist dies Sache des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. Führt die erzwungene Reise selbst zu einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, dann müssen sich die Vollstreckungsbehörden damit auseinandersetzen.

Es handelt sich dabei um eine Konstruktion, die bereits problematisch ist vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit und des Ineinanderübergehens verschiedener Aspekte der in Frage stehenden Krankheitsbilder. Erlasse der Länder erläutern insbesondere, wie (Flug-) Reiseuntauglichkeit als inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis zu beurteilen oder zu beseitigen ist.

So hat das rheinland-pfälzische Innenministerium mit Erlass vom 11. März 2002 die Ausländerbehörden darauf hingewiesen, dass zu jedem Zeitpunkt eines Abschiebungsvollzugs allen Indizien für eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Betroffenen nachzugehen ist. Gleichzeitig wurde jedoch ein von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe in Umsetzung eines Auftrages der Innenministerkonferenz erarbeiteter Informations- und Kriterienkatalog beigelegt, der den eingesetzten Gutachtern über-

mittelt werden soll. Die darin enthaltenen Ausführungen zur (Flug-) Reiseuntauglichkeit sind eindeutig in der Zielsetzung: Flugreisetauglichkeit ist mit allen denkbaren Mitteln herzustellen oder zu unterstellen. So soll etwa folgenden Fragen nachgegangen werden:

»Kann die Flugreisetauglichkeit mit begleitenden Vorsorgemaßnahmen bejaht werden, ggf. durch welche? (z. B. Fortführung einer erforderlichen Therapie während des Fluges; [fach]ärztliche, pflegerische, allgemeine Begleitung).«

Ist die Flugtauglichkeit selbst durch solche Maßnahmen nicht herzustellen, hat der Gutachter die Aufgabe festzustellen, mit welcher Behandlung sie später herzustellen wäre und eine Prognose abzugeben, wie lange dies dauern würde.

Auch für Menschen, denen zuvor eine Traumaerkrankung attestiert worden ist und die suizidgefährdet sind, sollen ähnliche Fragen beantwortet werden. Die Richtung der Antwort wird im Katalog gleich mitgeliefert:

»In aller Regel wird Flugtauglichkeit durch Auflagen/Zusatzmaßnahmen sicherzustellen sein. [...] Dabei ist im Bedarfsfall an eine ärztliche oder pflegerische Begleitung zu denken. Auch können entsprechend angezeigte Medikamente/Geräte mit-

geführt werden, die bei Bedarf und mit Einwilligung des Betroffenen verabreicht/genutzt werden können. Ggf. sind auch die notwendigen äußeren Bedingungen einer Flugrückführung (Flugambulanz oder z. B. nicht aufgestellter Fluggastsitz- oder Liegendtransporte) genau zu benennen. Bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung können zumeist besondere Maßnahmen empfohlen werden, die z. B. vom Beginn der (nicht angekündigten) Abschiebung bis zur Übergabe in eine Therapieeinrichtung im Heimatland (vorherige Klärung der Aufnahme) und eine permanente Überwachung z. B. durch einen Arzt vorsehen.«

Nach diesen Kriterien wäre praktisch jeder Kranke flugreisetauglich, nämlich mit einem Ambulanzflug in ärztlicher und grenzschutzpolizeilicher Begleitung transportierbar. Zynisch formuliert: Überlebt der Betroffene den Flug, ist den Interessen der Innenministerkonferenz Rechnung getragen.

Viele Gutachter sind nicht bereit, ihren Blickwinkel derart zu verengen und neigen dazu, über die Abarbeitung der vorgegebenen Fragen hinaus zu Gesundheitsgefahren für die Betroffenen Stellung zu nehmen. Dies wird nach den Vorstellungen der Bund-Länder-Ar-

beitsgruppe zum Privatvergnügen des beauftragten Arztes herabgestuft: »Der Gutachtauftrag erstreckt sich damit in vielen Fällen auf die Feststellung der Flugreisetauglichkeit. Fragen mit Zielstaatsbezug, also z.B. die Frage der medizinischen Versorgungslage im Zielstaat, haben in diesem Rahmen keine Entscheidungsrelevanz. Soweit der Gutachter im Rahmen der Exploration dessen ungeachtet Veranlassung sieht, außerhalb des ihm erteilten Auftrages der Prüfung der (Flug) Reisetauglichkeit eine persönliche Einschätzung zu eventuellen zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen abzugeben, ist dies in einer gesonderten Stellungnahme möglich«.

Mancherorts wird die Begutachtung der Reisetauglichkeit den Gesundheitsämtern überlassen. Bringt dies nicht den gewünschten Erfolg, nämlich die Bescheinigung der Reisefähigkeit, werden die Gesundheitsämter oft umgangen. Als Gutachter eingesetzt werden dann niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte, die bereit sind, solche Begutachtungsaufträge gegen Honorar zu übernehmen. Manche Gesundheitsämter jedoch handeln selbst im Geiste der Erlassregelungen, die Ärzte zu Handlangern und Vollstreckungsgehilfen machen wollen.

Ein Beispiel zeigt, wie prompt die rheinland-pfälzische Erlassregelung umgesetzt wird. Der Kosovo-Albaner D. war als abgelehnter Asylbewerber seit längerem zur Ausreise verpflichtet. Seine für den April 2002 vorgesehene Abschiebung musste zunächst storniert werden, da das Gesundheitsamt Ahrweiler akute Suizidalität festgestellt hatte. Am 18. März 2003 schreibt die Ausländerbehörde das Gesundheitsamt im Hause an und bittet um eine amtsärztliche Untersuchung des in ambulanter ärztlicher Behandlung befindlichen D. Das Gesundheitsamt soll Stellung beziehen, ob D. reisefähig ist, oder aufgrund einer Erkrankung der dauerhafte Aufenthalt in der Bundesrepublik zwingend erforderlich ist. Am 13. Mai 2003 legt das Gesundheitsamt des Kreises Ahrweiler das Ergebnis der amtsärztlichen Untersuchung zur Frage der Reisefähigkeit vor. Bei D. wird eine depressive Erkrankung diagnostiziert, akute Suizidalität sei aktuell nicht festzustellen. Es gebe allerdings Hinweise, dass der Untersuchte bereits in seiner Jugend unter psychischen Störungen mit latent suizidalen Phasen gelitten habe. Dann heißt es: »Bei einer erneut drohenden Abschiebung rechnen wir mit einer erneuten akuten



Suizidalität auf dem Boden einer langjährigen psychisch instabilen Persönlichkeit.« Der begutachtende Facharzt des Gesundheitsamtes hält es für »vernünftig, zunächst einmal eine weitere Stabilisierung durch entsprechende fachärztliche Behandlung« abzuwarten. Dann aber unterwirft er sich im Folgenden den Vorgaben des rheinland-pfälzischen Innenministeriums:

»Gemäß dem Ihnen bekannten Schreiben des rheinland-pfälzischen Innenministeriums vom 12.03.2003 soll aber nach Möglichkeit die Reisefähigkeit hergestellt werden. Um dies bei Herrn D. zu erreichen, bedürfte es eines erheblichen Aufwandes:

1. Herr D. müsste während dieses

Abschiebungsvorgangs lückenlos von einer psychiatrischen Fachkraft überwacht werden, um akute Suizidhandlungen zu verhindern (dies würde z.B. auch eine Überwachung beim Toilettengang einschließen).

2. Herr D. müsste bei Übergabe an die entsprechende Behörde in seinem Herkunftsland gleichzeitig an einen Facharzt der Psychiatrie übergeben werden, der vor Ort die Suizidalität von Herrn D. zu überprüfen hätte (und ggf. eine stationäre Behandlung einzuleiten hätte).

3. Die Eltern und Geschwister von Herrn D. müssten von seiner Rückkehr unterrichtet werden. Es müsste geprüft werden, ob diese bereit sind, Herrn D. sozial einzubinden.«

Unter diesen Voraussetzungen hält der Gutachter des Gesundheitsamtes das Vernünftige, die fachärztliche Behandlung zur Stabilisierung in Deutschland, nicht für zwingend erforderlich.

Die Ausländerbehörde Ahrweiler macht sich an die Arbeit und schreibt das deutsche Verbindungsbüro Kosovo in Pristina am 2. Juli 2003 an. Es wird um Mitteilung gebeten, ob die deutsche Ersatzauslandsvertretung im Kosovo gegen Kostenübernahme durch den Kreis Ahrweiler einen entsprechenden Facharzt beauftragen könne. Bereits am 9. Juli 2003 antwortet das deutsche Verbindungsbüro in Person von Herrn Wellna, einem abgeordneten Bediensteten des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge und so mit den Ansinnen deutscher Ausländerbehörden bestens vertraut. Die Beauftragung eines Facharztes zwecks Empfangnahme von Herrn D. sei nicht möglich. Am Flughafen Pristina befinde sich aber eine Flughafenambulanz. Die Kreisverwaltung Ahrweiler kündigt am 31. Juli 2003 der Clearingstelle Rheinland-Pfalz für Passbeschaffung und Flugabschiebungen in Trier die Abschiebung der Familie D. »nun in medizinischer Begleitung« an. Man werde sich

mit der Flughafenambulanz in Pristina in Verbindung setzen, damit Herr D. dort in Empfang genommen werden könne.

10. September 2003: Die Ausländerbehörde Ahrweiler bittet die zuständige Polizeibehörde, Herrn D. zum Zweck der Abschiebung festzunehmen, da ein Flug gebucht sei. Vorgeschlagen wird eine überraschende Festnahme am Morgen des Abschiebungstages. Die Polizei erhält den Hinweis, dass Herr D. in ärztlicher Begleitung abgeschoben werden solle. Es wird gebeten, ihn ab der Festnahme bis zur Übergabe an die Bereitschaftspolizei ständig zu beobachten. Ein Begleitarzt ist bereits von der Clearingstelle über das Problem der Suizidalität informiert worden. D. soll der Flughafenambulanz übergeben werden. Inzwischen wird vor dem Verwaltungsgericht Koblenz um die Abschiebung gestritten. Die Kreisverwaltung Ahrweiler teilt dem Gericht am 18. September 2003 ihre organisatorischen Vorbereitungen mit.

Am 18. September 2003 segnet das VG Koblenz in einem Eilbeschluss die Abschiebungsvorbereitungen ab. Das Ergebnis der ärztlichen Atteste und der amtsärztlichen Stellungnahme, die eine depressive Erkrankung attestieren

und akute Suizidalität auf dem Boden einer langjährigen psychisch instabilen Persönlichkeit bescheinigen, wird nicht in Zweifel gezogen. Es gebe aber keine rechtliche Unmöglichkeit für die Abschiebung. Der Antragsteller könne sich nicht darauf berufen, er sei wegen seiner Erkrankung reiseunfähig und seine Abschiebung mit Blick auf Artikel 1 Abs. 1 und Satz 2 Abs. 2 Grundgesetz rechtlich unmöglich. Es sei sichergestellt, dass Herr D., wenn nicht unmittelbar bei Ankunft, so doch zumindest in unmittelbarer Folge einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung in seinem Heimatland zugeführt werden könne. Letzteres ist schlichtes Wunschdenken des Gerichtes. Fachärztliche Behandlungen solcher Krankheitsbilder sind im Kosovo mangels einer ausreichenden Zahl ausgebildeter Ärzte kaum zu erlangen. Eine Beschwerde beim Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz bleibt erfolglos. Herr D. und seine Familienangehörigen werden nach Pristina abgeschoben.

Die amtsärztliche Untersuchung hat dazu beigetragen, dass das Vernünftige, die auch ethisch gebotene Behandlung, nicht getan wird. Stattdessen wurden Hinweise geliefert, wie eine lückenlose Begleit-

staffette zur Abwendung des Suizidrisikos zu organisieren wäre, bei der das Wohl des Begutachteten aus dem Blick gerät. Die Verantwortung, so könnte man mit Tucholsky sagen, wurde in viele Teile geteilt, am Ende ist es keiner gewesen.

Versuche, Krankheit als Abschiebungshindernis nicht durch eine adäquate ärztliche Behandlung, sondern durch eine Verschiebung der ethischen Grenzen zu beseitigen, gibt es seit Jahren. Zwar wird einerseits auch von Seiten des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge eine Diskussion über konsensfähige Qualitätsstandards im Rahmen des Asylverfahrens geführt. Ärzteorganisationen bemühen sich ohnehin seit langem, neuere Erkenntnisse insbesondere der Traumaforschung in Begutachtungsrichtlinien umzusetzen und auch die großenteils wenig vorgebildeten niedergelassenen Ärzte fachlich zu qualifizieren. Dennoch sind Vulgärtheorien sowohl beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge als auch bei Ausländerbehörden und Gerichten populär. So behauptet der holländische Jurist Professor Peter van Krieken in einem häufig zitierten Aufsatz im Informationsbrief Ausländerrecht Nummer 11–12/2000, fast alle trau-

matischen Störungen hätten im Herkunftsland die größten Heilungschancen. Wer das in Frage stelle, leide unter eurozentrischer Megalomanie. Der fachlich in keiner Weise ausgewiesene van Krieken wird mit seiner dünnen Behauptung bis heute auch in der obergerichtlichen Rechtsprechung rezipiert. So heißt es in einem Beschluss des oVG Hamburg vom 2. April 2003 (3 BS 439/02), dass es Stimmen gebe, denen zufolge posttraumatische Belastungsstörungen meist im Herkunftsland die größten Heilungschancen hätten. Selbst wenn die Behandlungschancen des Erkrankten im Abschiebungszielstaat Serbien / Montenegro qualitativ schlechter wären als im Bundesgebiet, sei dies kein Abschiebungshindernis, »solange dort ärztliche Bemühungen stattfinden, die den Namen Therapie verdienen«. Es gebe in den Balkanstaaten viele traumatisierte Menschen, deren psychische Befindlichkeit sich durch das Verlassen ihrer Heimat nicht bessern würde. Es leuchte nicht ein, weshalb dem Kranken hinsichtlich seiner Traumatisierung nicht zugemutet werden dürfe, das Schicksal seiner in der Heimat verbliebenen, ebenfalls traumatisierten Landsleute zu teilen. Sofern der Betroffene durch den Vorgang

der Abschiebung retraumatisiert werde, werde dies den Heilungsprozess verzögern, aber letztlich nicht in Frage stellen. Das Gericht vermöge nicht die Auffassung zu teilen, dass die Abschiebung den Ausländer nicht kränker machen darf und dass der Ausländer sich nicht darauf verweisen lassen müsse, eine durch die Abschiebung herbeigeführte wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes durch eine therapeutische Behandlung im Zielstaat der Abschiebung beheben zu lassen. Der verfassungsrechtliche Schutz der Gesundheit gelte nur für den Fall, dass durch die Abschiebung irreparable gesundheitliche Schäden entstehen würden.

Was PRO-ASYL bereits nach einem Urteil des vGH Baden-Württemberg vom 2. Mai 2000 (AZ.: II S 1963/99) als bedrohliches Szenario dargestellt hat, ist inzwischen vielerorts Wirklichkeit geworden: die Abwendung drohender Suizidalität durch ärztliche Begleitung, Medikamentierung und technische Vorkehrungen, sowie die Reduktion der verfassungsrechtlichen Verantwortung auf die Pflicht des Begleitungspersonals, den Übergang in irgendeine Art von ärztlicher Minimalversorgung möglichst zu machen.

Begutachtung der »Reisefähigkeit« ausländischer Flüchtlinge im Spannungsfeld von Innenpolitik, medizinisch/psychologischer Fachlichkeit und Berufsethik ■ Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker

5.4

Flüchtlinge, die sich in der Bundesrepublik einem ausländerrechtlichen Verfahren stellen, haben nach negativem Ausgang eigentlich nur die Möglichkeit, wegen einer schwerwiegenden Erkrankung die Aussetzung der Abschiebung zu erreichen.

Bei der Klärung, ob ein zielstaatsbezogenes Abschiebehindernis vorliegt, werden Informationen des Auswärtigen Amtes, der Botschaften des Herkunftslandes oder zum Beispiel des Internationalen Roten Kreuzes einbezogen. Es gibt viele Hinweise, dass diese Informationen lückenhaft und zum Teil nicht den tatsächlichen Gefährdungen und Defiziten im Gesundheitsversorgungssystem entsprechen. Zum Beispiel bedeutet die Information, dass Institutionen zur Behandlung schwerer posttraumatischer Erkrankungen vorhanden sind, noch lange nicht, dass sie auch nutzbar sind. Derartige Angebote können sowohl völlig überlastet sein als auch von traumatisierten Menschen gemieden werden, da sie eine zu starke Nähe zur Politik aufweisen. Viele Behand-

lungsmöglichkeiten sind nur bei privater Bezahlung zugänglich. Es besteht also durchaus die Möglichkeit, dass faktisch ein zielstaatsbezogenes Abschiebehindernis besteht, vom Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge dieses verneint wird.

Weit über 90 Prozent der Asylantragsverfahren enden mit einer Nichtanerkennung. Das Gebot zur Ausreise bzw. die Abschiebung kann dann nur noch ausgesetzt werden, wenn ein sogenanntes inlandsbezogenes Abschiebehindernis nach § 55 Abs. 2 des Ausländergesetzes besteht. In der Folge beauftragen die regionalen Ausländerbehörden Gesundheitsämter und andere Institutionen mit der Begutachtung der sogenannten Reisefähigkeit. Im Jahr 2000 hat das Gesundheitsamt Bremen eine Umfrage bei Kollegen aus 7 europäischen Ländern zur Thematik »Krankheit als Abschiebehindernis« durchgeführt. Das Spektrum des Umgangs mit kranken, zur Ausreise verpflichteten ausländischen Flüchtlingen ist weit. Es reicht von der Anerkennung von

Attesten behandelnder Ärzte bis zur Reduzierung auf die Frage, ob die Transportfähigkeit der Patienten unter Zuhilfenahme medizinischen Personals besteht.

Sehr treffend beschreibt zum Beispiel Jaques Moser aus Lausanne:

»Krankheit kann ein Grund sein, weshalb die Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz verlängert werden kann. Falls es sich um eine sehr schwere und unheilbare Erkrankung handelt, kann die temporäre Bewilligung x-Mal, manchmal bis zum Tode verlängert werden. Das Perverse am System ist aber, dass, wenn es sich beispielsweise um psychische oder psychosomatische Erkrankungen handelt, die Patienten gar nicht mehr gesund werden können, da sie dann gleich aus dem Lande ausgewiesen würden. Sie müssen krank bleiben. Für uns Ärzte sind diese Situationen des »Nicht-gesund-werden-können / dürfen« ein großes Problem, das nicht zuletzt ethische Fragen aufwirft.«

Folgt man der Interpretation der europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte, Artikel 3, wie sie von Richard Horton, dem Chefredakteur von »The Lancet« vorgenommen wird, dann stellt es bereits eine Menschen-

rechtsverletzung dar, wenn ein Mensch, der unter hiesigen Bedingungen medizinische Hilfe erfährt, in ein Land zurückkehren muss, welches ein niedrigeres Gesundheitsniveau hat. Auch die Bundesrepublik ist dieser Konvention beigetreten. Entsprechend müsste das Ausländerrecht modifiziert werden und die gesamte Situation entspannen. Dass eine derartige Entwicklung einsetzt, muss bezweifelt werden.

Es bleibt also bei der Begutachtung ausreisepflichtiger Asylsuchender und Bürgerkriegsflüchtlinge, die Krankheit als Abschiebehindernis geltend machen.

Zu den typischen Fragestellungen der Ausländerbehörden gehört die Frage nach der Erkrankung, des weiteren, ob es einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Migrationsgrund gibt, dann wird häufig nach der Glaubwürdigkeit des Klienten gefragt. Abschließend soll zur Frage der Reisefähigkeit manchmal sogar im engeren Sinne zur Transportfähigkeit, eventuell mit ärztlicher oder pflegerischer Begleitung Stellung genommen werden. In letzter Zeit ist festzustellen, dass die Fragenkataloge länger und spezifischer werden, das heißt, es wird auf die Frage des kausalen Zusammen-

hangs zwischen der Reiseunfähigkeit und dem berichteten traumatisierenden Erlebnis abgehoben. Des weiteren wird gefragt, welche Diagnosekriterien und Klassifikationssysteme vom Gutachter benutzt wurden und welche Untersuchungsverfahren zur Anwendung kamen.

An den Gutachter werden Aufträge und Erwartungen herangebracht, die häufig schwer zu vereinbaren sind. Zum Teil werden erhebliche Versuche der Einflussnahme von Seiten Dritter gemacht. Sie reichen von restriktiven innenpolitischen und relativ ausufernden Verwaltungsvorgaben (siehe auch Fragen an den Gutachter) bis hin zu öffentlichkeitswirksamen Bürgerinitiativen, die das Ausländerrecht grundsätzlich in Frage stellen. Umso mehr muss sich der Gutachter auf seine neutrale und objektivierende Professionalität konzentrieren, allerdings auch die Vorgaben des Berufsrechts und der aktuellen Entscheidungen der Standesorganisationen wie zum Beispiel der regional zuständigen Landesärztekammern oder der Bundesärztekammer berücksichtigen. Zu den externen potentiellen Störvariablen des Gutachtenprozesses und Ergebnisses kommen interne Einflussgrößen, denen sich

jeder Gutachter bewusst sein muss und die einer ständigen Reflektion und zum Teil auch externen Supervision bedürfen. Die Gutachter des Gesundheitsamtes Bremen haben einen langen Prozess der historischen Aufarbeitung sogenannter amtsärztlicher Gutachten und darüber hinaus eine Professionalisierung durchlaufen, so dass heute ein sozialmedizinisches Leitbild existiert, welches sich durch hohe Fachlichkeit, Unabhängigkeit und das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit auszeichnen. Wobei die Konflikte des Alltags der begutachtenden Ärzte und Psychologen zusätzlich bestimmt werden durch die Tatsache, dass es sich um kurativ sozialisierte Berufsgruppen handelt, die zwischen Staatsraison und Patientenwohl stehen, eigentlich nicht weisungsgebunden sind und dennoch im Sinne von Dienstaufsicht zur Verwaltung gehören. Deshalb haben sich die Bremer Gutachter entschieden, Grundsätze zu formulieren, die ihnen in der Einzelbegutachtung Sicherheit und in der Auseinandersetzung mit der beauftragenden Ausländerbehörde Grenzen ziehen lässt.

*Begutachtung von Migranten nach § 53 Abs. 6 Ausländergesetz
(gesundheitliche Störung als Abschiebehindernis, so genannte
»Reisefähigkeitsgutachten«)*

Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen

1. Amtsärztliche »Reisefähigkeits-« Gutachten bei Migranten gehen der Frage nach, ob eine gesundheitliche Störung im Sinne des Ausländergesetzes (§ 53 Abs. 6) oder etwaige gesundheitliche Folgen körperlicher und seelischer Art, die sich aus der Abschiebung ergeben können, ein Abschiebehindernis darstellen.

2. Aus Sicht moderner medizinischer Behandlungsmöglichkeiten stellt sich im Rahmen der Reisefähigkeitsbegutachtung die Frage nach der Transportfähigkeit im engeren Sinne nicht.

3. Die Beurteilung der Reisefähigkeit erfordert umfangreiche Qualifikation, Erfahrung und die Fähigkeit des Gutachters, seinen Auftrag und seine Rolle kontinuierlich zu reflektieren.

4. Amtliche ärztliche Gutachten bei Migranten führt nur dazu das Gesundheitsamt durch, da es über die notwendige institutionelle Fachlichkeit, Objektivität und Neutralität verfügt.

5. Die besondere Schwierigkeit bei der Begutachtung zur Reisefähigkeit liegt in dem Interessengegensatz

zwischen den Auftraggebern, in der Regel den Ausländerbehörden, und den zu Begutachtenden und/oder ihren rechtlichen Vertretern. Der amtsärztliche Gutachter ist diesen Interessengegensätzen ausgesetzt, er muss sich der Gefahr einer Instrumentalisierung bewusst sein. Der Amtsarzt sammelt keine Beweise, um die Unglaubwürdigkeit nachzuweisen.

6. Der amtsärztliche Gutachter beurteilt die Krankengeschichte und den Gesundheitszustand der zu untersuchenden Person nach bestem Wissen und Gewissen und unter Bedingungen der aktuellen Versorgung in Deutschland. Einbezogen werden verlässliche Kenntnisse über die Infrastruktur der Gesundheitswesens im Heimatland des zu Begutachtenden. Berücksichtigt werden auch die Schilderungen über Vorerfahrungen des Betroffenen im Herkunftsland.

7. Bei der Untersuchung von Migranten wird der Gutachter – wie bei allen Begutachtungsvorgängen – zunächst sowohl anamnestische Angaben und geklagte Beschwerden der Probanden als auch schriftlich

vorgelegte Atteste und Befunde als Grundlage für seine Begutachtung heranziehen. Darüber hinaus geht das Gesundheitsamt davon aus, dass ihm alle, beim Auftraggeber vorhandenen, für die Begutachtung wichtigen schriftlichen Unterlagen und Informationen zugänglich gemacht werden. Darauf aufbauend folgt der Gutachter dem Prinzip, durch eigene Anschauung und Auseinandersetzung mit den schriftlichen Unterlagen Wahrscheinlichkeiten und Plausibilitäten zu überprüfen und zu einer eigenständigen Bewertung des Beschwerdebildes oder Krankheitsverlaufes zu kommen. Sollte im Zweifelsfall die Maßnahmen vorschlagen, die aus ärztlicher Sicht eine Minimierung der Gesundheitsgefährdungen zum Ziel haben.

8. Grundsätzlich reicht die Begutachtung der einzelnen Person, bei Bedarf ist das soziale Beziehungs- und Unterstützungssystem einzubeziehen.

9. Amtsärztliche Gutachten sind an die Bereitstellung ausreichender Sprachvermittlung gebunden.

10. Grundlage der Begutachtung ist der Standard an Gesundheits-sicherung in der Bundesrepublik auf dem Boden des Asylbewerberleistungsgesetzes.

11. Für die direkte Unterstützung bei Abschiebevorgängen, beispiels-

weise als Begleiterinnen oder Begleiter auf dem Transport, stehen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes nicht zur Verfügung.

Begutachtungsgrundsätze bei der Begutachtung von Migranten zur Frage der Reisefähigkeit (§§ 55 Abs. 2 und 53 Abs. 6 des Ausländergesetzes) – Erläuterungen

Die Begutachtungsgrundsätze verfolgen die Ziele

1. Gutachtenden Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitsamt Leitlinien an die Hand zu geben, die allgemeine Begutachtungsprinzipien in dieses konkrete Gutachtengebiet übersetzen, um möglichst gleichartige Vorgehensweise zu erzielen.

2. Die unterschiedlichen Aufgaben und Rollen von Ausländerbehörden als Auftraggeber und Gesundheitsamt als Gutachter zu verdeutlichen, da nach unserer Erfahrung Kommunikationsschwierigkeiten häufig aus einer unklaren Abgrenzung resultieren. Dies äußert sich praktisch in unklaren oder verwirrenden Fragestellungen und in Auftraggeber nicht befriedigende gutachterlichen Stellungnahmen.

Ein prinzipieller Unterschied zu anderen Gutachtenfeldern besteht nicht. Wir erinnern an die Begutachtung zur Dienstunfähigkeit, für die es im Gesundheitsamt Bremen – aber

auch andernorts – ein standardisiertes Verfahren gibt und für deren Anforderung es ebenfalls verbindliche Regeln gibt, die sogar Verordnungscharakter haben.

In **Grundsatz 3** werden die fachlichen Anforderungen an Gutachter formuliert. Dazu gehören im Prozess der Gutachtenstellung Verfahren der kollegialen Beratung, der Fallbesprechung (Vier-Augen-Prinzip) der Supervision und das Vorhandensein aktueller sozialmedizinischer Fachliteratur. Dies ist im Gesundheitsamt institutionell gesichert. Daraus ergibt sich logisch **Grundsatz 4**, der das explizit für das Gesundheitsamt und für Außenstehende – also auch Auftraggeber – feststellt.

Grundsatz 5 betont aus gutem Grund das besondere Spannungsfeld, in dem die Begutachtungen nach dem Ausländergesetz stattfinden. Auf keinem anderen Gutachtengebiet sind die Interessenunterschiede so groß. Der Anlass des Gutachtens ist immer eine geplante aufenthaltsbeendende Maßnahme, und die zu Begutachtenden widersprechen dem mit gesundheitlichen Informationen zu gutachterlichen Feststellung zu kommen, die in der Sache nicht fundiert sind. Dies wird mit dem Begriff der Instrumentalisierung belegt, der grundsätzlich für alle Gutachtenfelder von Bedeutung sein kann.

Zur Differenzierung des Begutachtungsauftrages und der mit ihm verbundenen Fragestellungen nach den §§ 53 bzw. 55 Ausländergesetz weist der Senator für Inneres auf folgenden Sachverhalt hin:

Bei der von den Ausländerbehörden erbetenen Untersuchungen von abgelehnten Asylbewerbern ist der Untersuchungsgegenstand aus rechtlichen Gründen sehr stark eingeschränkt. Da das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFI) gemäß § 24 AsylVfG auch zuständig ist für die Prüfung von Abschiebungshindernissen abschließend durch das BAFI. Das heißt, dieses prüft auch, ob aufgrund bestehender Krankheiten, z. B. wegen fehlender oder unzureichender Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland, Abschiebungshindernisse bestehen. Sofern das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses vom BAFI und später im Rechtsmittelverfahren von den Verwaltungsgerichten nicht anerkannt wird, ist die Ausländerbehörde an diese Entscheidung gebunden. Ein eigener Entscheidungsspielraum besteht nicht. Insofern können diese Fragen auch nicht Gegenstand der Untersuchung durch die Gesundheitsämter sein. In diesen Fällen bezieht sich die ärztliche Begutachtung im Auftrag der Ausländerbehörde ausschließlich auf die

Frage, ob aufgrund einer nach Abschluss des Asylverfahrens eingetretenen Erkrankung ein tatsächliches Abschiebungshindernis gemäß §§ 55 AuslG besteht, das eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung, d. h. die Erteilung einer Duldung, erforderlich macht.

Etwas anderes gilt für ausländerrechtliche Verfahren. Im Rahmen der Durchführung der aufenthaltsbeendenden Maßnahmen ist die Ausländerbehörde auch zuständig für die Prüfung von Abschiebungshindernissen gemäß § 53 AuslG. Die Ausländerbehörde hat deshalb auch zu prüfen, ob aufgrund einer Erkrankung bei einer Rückkehr in das Herkunftsland erhebliche konkrete Gefahren für die Betroffenen bestehen.

Daneben sind im Rahmen ausländerrechtlicher Verfahren auch Fälle zu begutachten, in denen ausschließlich zu prüfen ist, ob ein tatsächliches Abschiebungshindernis gemäß §§ 55 AuslG besteht.

Diese Vorgaben sind vom Gutachter zu würdigen, auch wenn damit der aus ärztlicher/psychologischer Sicht geforderte umfassende Anspruch an das Gutachten, zum Beispiel die prognostischen Aussage zu möglichen Risiken oder Behandlungsnotwendigkeiten einzubeziehen, nicht reduziert werden darf.

Das Vorgehen der Gutachter wird

vor dem Hintergrund des besonderen Klientels und dieses besonderen Interessengegensatzes in **Grundsatz 6** konkretisiert. Es ist wichtig, diese allgemeinen fachlichen Standards auch für dieses Gutachtengebot und diese Zielgruppe zu benennen. Die Frage der Glaubwürdigkeit oder Nachvollziehbarkeit von geklagten Beschwerden oder berichteten Krankheitsereignissen stellt sich bei nahezu allen gutachterlichen Fragestellungen.

Die besondere Schwierigkeit liegt bei der Begutachtung von Migranten darin, eine von kulturellen oder sprachlichen Missverständnissen freie gutachterliche Situation häufig nicht erzielen zu können. Auf dem Gebiet der Organmedizin lässt sich das manchmal kompensieren, auf dem Gebiet von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nahezu nie. Der oft implizit in der Fragestellung enthaltene Verdacht von Aggravation oder Simulation besteht nach unseren, aber auch in der deutschen internationalen Fachliteratur publizierten Erfahrungen zu meist zu Unrecht. Statistisch belegt spielt Aggravation viel seltener als Dissimulation (Herunterspielen von Beschwerden), besonders bei traumatisierten Menschen in der Begutachtung eine Rolle.

Die zweite besondere Schwierigkeit besteht im prognostischen As-

pekt dieser Gutachten, weil sowohl zeitliche Prognosen über Krankheits- und Heilungsverläufe schwierig sind (dies wird bei diesen Gutachten aber mit möglichst genauer Zeitangabe erfragt) als auch inhaltliche Prognosen nur aus der Fachkenntnis und der Erfahrung der gutachtenden Ärzte möglich sind. Der Erfahrungshintergrund unserer Gutachterinnen und Gutachter ist in der Regel die mitteleuropäische Medizin. Insofern kommt der Formulierung »nach bestem Wissen und Gewissen« bei der Begutachtung zur Reisefähigkeit eine besondere Bedeutung zu.

Grundsatz 7 beschreibt den methodischen Umgang mit vorgelegten schriftlichen Unterlagen und den selbst bei der Untersuchung gewonnenen Erkenntnissen. Dieses bedarf nach unserer Auffassung keiner weiteren Erläuterung aber einiger Hinweise.

Es wäre der völlig falsche Ansatz für Gutachterinnen und Gutachter, grundsätzlich von »Gefälligkeitsattesten« behandelnder Ärzte auszugehen. Erstens würde das dazu führen, dass alle dokumentierten Befunde und Diagnosen durch eigene Untersuchungen verifiziert oder falsifiziert werden müssten. Das widerspräche den Grundsätzen und der Rolle der Sozialmedizin und des Gutachten-

wesens, die ja kein diagnostisches oder therapeutisches Doppelsystem etablieren sollen, sondern sich unabhängige Meinungen zu bilden haben.

Zweitens haben Gesetzgeber und Berufsrecht Vorkehrungen getroffen, in dem sie vorsätzlich falsche oder grob fahrlässig ausgestellte falsche Bescheinigungen und Atteste mit Sanktionen bedrohen.

Drittens ist es gutachterliche Praxis, durch eigene Anforderungen und Nachfragen Dokumentationslücken so weitgehend zu füllen, wie es möglich ist.

Ärzte, auch wenn sie als Gutachter tätig sind und professionell, neutral und objektiv die an sie herangetragene Fragestellung zu beantworten haben, müssen immer auch ihrem primären Auftrag gerecht werden. Dieser besteht in der Zielsetzung, Verschlimmerung von Leiden zu vermeiden bzw. potentielle zukünftige Gefährdungen (zum Beispiel Verfolgung oder Retraumatisierung nach Rückkehr in das Heimatland) weitgehend auszuschließen. Dies als tendenzielle Gefälligkeitsbegutachtung zu desavouieren, ist insbesondere bei unserem deutschen historischen Hintergrund nicht zu akzeptieren.

Grundsatz 10 sehen wir in Verbindung mit den in den Grundsätzen 3 und 6 formulierten Überlegungen.

Stellungnahmen und Beschlüsse von Ärztekammern, Ärztetagen und Fachgesellschaften

5.5

Ärztekammer Hamburg: Ärztliche Atteste für ausreisepflichtige ausländische Staatsangehörige

»Von der Ausländerabteilung des Einwohnerzentralamtes erhielt die Ärztekammer Hamburg die Information, dass ärztliche Atteste für ausreisepflichtige Ausländer häufig nicht den formalen Mindestanforderungen genügen. Die Ausländerabteilung hat die schwierige Aufgabe, über aufenthaltsbeendende Maßnahmen von ausreisepflichtigen ausländischen Staatsangehörigen im Einzelfall zu entscheiden. Im Verlaufe des Verfahrens kommt es nicht selten vor, dass Betroffene ein ärztliches Attest vorlegen, in dem bescheinigt wird, dass aus gesundheitlichen Gründen eine Abschiebung in das Heimatland ärztlich nicht zu verantworten ist.

Als häufigster Grund wird in solchen Attesten konkrete Suizidgefahr als Aufschiebungshindernis im Sinne der Bestimmungen des § 53 des Ausländergesetzes genannt. Die Behörde hat in diesen Fällen im Rahmen der Amtsaufklärung die Pflicht, eine soweit wie möglich abgesicherte Einschätzung

über die reale Suizidgefahr zu gewinnen. Ärztliche Atteste, die den formalen Mindestanforderungen nicht genügen, in sich nicht schlüssig und nachvollziehbar sind, erschweren die Überprüfung der Behörde unnötig und beinhalten unter Umständen einen Verstoß gegen die Bestimmungen des § 16 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte.

Diese Bestimmungen sehen vor, dass Kammermitglieder bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der gebotenen Sorgfalt zu verfahren haben und ihre ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen und Gewissen aussprechen müssen.

Verstöße gegen die sogenannten Berufspflichten werden, gegebenenfalls berufsgerichtlich geahndet. Um solche Komplikationen von vornherein zu verhindern, ist es im präventiven Sinne wichtig, darauf zu achten, dass in ärztlichen Attesten folgende konkreten Angaben enthalten sind:

- Zur Diagnose der Erkrankung
- Über Zeitraum und Frequenz der bis dahin durchgeführten Behandlung

- Über die zur Diagnosesicherung wesentliche anamnesische Angaben und Befunde
- Zum bisherigen Krankheitsverlauf während der Behandlung
- Zur kurzfristigen und mittelfristigen Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs
- Über die Gründe, die aus medizinisch-ärztlicher Sicht einen weiteren Aufenthaltes erfordern
- Über die geplanten weiteren Behandlungsmaßnahmen bei dem Patienten
- Ggf. über wichtige Erkenntnisse, die die Einschätzung hinsichtlich einer vermuteten Suizidgefahr in sich schlüssig und nachvollziehbar begründen

Es liegt auf der Hand, dass in dem politisch besonders sensiblen Bereich der Ausweisung von ausländischen Staatsangehörigen die strikte Einhaltung rechtlicher Bestimmungen von allen Beteiligten von besonderer Bedeutung ist.«

Beschluss des 99. deutschen Ärztetags 1996

»Die Rückführung von Kriegsflüchtlingsen darf nicht zum erneuten Trauma führen [...]. Da eine Rückführung zu einem Zeitpunkt noch bestehender Lebensunsicherheit nicht vertretbar ist, sollte sie

erst erfolgen, wenn die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist.«

Beschluss des 102. Deutschen Ärztetags 01.–05. Juni 1999 in Cottbus

»Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer »Reisefähigkeitsbescheinigung« unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse, wie z. B. in Behandlung stehende Traumatisierungen, sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.«

Beschluss des 103. Deutschen Ärztetages 09.–12. Mai 2000 in Köln

»Die Arbeit des Beauftragten für Menschenrechte (s. Tätigkeitsbericht S. 369) wird ausdrücklich begrüßt.

Der Deutsche Ärztetag verurteilt die Abschiebung kranker und behandlungsbedürftiger Opfer von Foltermaßnahmen. Er spricht sich für einen gesicherten Aufenthaltsstatus aus, solange aufgrund ärztlicher Begutachtung eine Behand-

lungsbedürftigkeit von Flüchtlingen aufgrund erlittener Verfolgung und Folter besteht. Die Begutachtung hat durch unabhängige und mit »Posttraumatischen Belastungsstörungen« (PTSD) nach DSM IV bzw. ICD 10 ausreichend vertraute Ärzte zu erfolgen.

Begründung:

Immer wieder kommt es zur Abschiebung von Flüchtlingen, deren Behandlungsbedürftigkeit nicht erkannt und bei der Entscheidung über das weitere Aufenthaltsrecht nicht ausreichend berücksichtigt wurde.

In der oft schwierigen Entscheidung zwischen Bleiberecht und Abschiebung sollen qualifizierte ärztliche Stellungnahmen, die sich für die Notwendigkeit einer Behandlung bei PTSD aussprechen, im Zweifel zugunsten des Bleiberechts den Ausschlag geben.«

Beschluss des 104. Deutschen Ärztetages 22.–25. Mai 2001 in Ludwigshafen

»Die Delegierten des 104. Deutschen Ärztetages stellen mit großer Sorge fest, dass Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen die adäquate medizinische und psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und

Folteropfer nicht gewährleisten können.

In Anknüpfung an den Beschluss des Weltärztekongresses 1998 in Ottawa zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen (»Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung noch die Pflicht des Arztes zu helfen, beschränken ...«) fordert der Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, Flüchtlingen / Asylbewerbern mit traumatisch bedingten Gesundheitsstörungen (Posttraumatische Belastungsstörung, diagnostiziert nach ICD 10 / DSM IV und als komorbide Störungen Depressionen, Angststörungen, psychosomatischer Symptomenkomplex) ein unbefristetes Aufenthalts- und Bleiberecht zu erteilen.

Begründung:

Auf Grund der geltenden gesetzlichen Regelungen ist Foltererfahrung und Traumatisierung bei Flüchtlingen / Asylbewerbern kein Grund für Asyl oder für ein Aufenthaltsrecht. Vielmehr führt frühzeitige Ablehnung des Asylantrages mit drohender Abschiebung in das Land der stattgehabten Traumatisierung und immer nur kurzfristige Aufenthaltsverlängerungen von Wochen bis einigen Monaten zu Verstärkung des gesamten Krank-

heitsbildes (s.o.: wie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression, Angststörungen, psychosomatische Gesundheitsstörungen, Suchtverhalten).

Häufige Folgen sind: Chronifizierungen, Sekundärkrankheiten, anhaltende Persönlichkeitsveränderungen, psychotische Episoden, Suizidalität und Suizidversuche (s. auch H. Keilson, 1979, Sequentielle Traumatisierung bei Kindern, Stuttgart, Enke).

Therapeutische Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ist ohne stabile Aufenthaltsbedingungen nicht möglich. Ohne diese kann lediglich versucht werden, Probleme im Lebensumfeld und Krisensituationen notdürftig aufzufangen. Kindliche Entwicklungsstörungen und die Weitergabe der Störungsbilder der traumatisierten Eltern an die Folgegenerationen sind zu befürchten (Lit. u.a. Kogan, I., 1995: Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer, S. Fischer; Rosenthal, G. (Hg.), 1997: Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoa und von Nazi-Tätern, Verlag Psychosozial).«

Beschluss des 104. Deutschen Ärztetages 22.–25. Mai 2001 in Ludwigshafen

»Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer zu beauftragen, sich verstärkt des Problems der medizinisch nicht versorgten Flüchtlinge ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik Deutschland anzunehmen und (ggf. in Kooperation mit den politisch Verantwortlichen im Bund) geeignete Lösungen zu erarbeiten.

Begründung:

Flüchtlinge in unserem Land sind von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Einige Ärztinnen und Ärzte stellen sich den gesetzlichen Regelungen entgegen. Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, denen die Behörden eine angemessene Versorgung verweigern, behandeln sie unentgeltlich. Das ist keine Lösung. Jeder muss ein Recht auf medizinische Betreuung haben. Die gesetzliche Ausgrenzung von Flüchtlingen können wir nicht hinnehmen.«

**Beschluss des 105. Deutschen
Ärztetages 28.–31. Mai 2002
in Rostock:**

»Die Bundesärztekammer wird gebeten, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in Asyl-, sowie anderen aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entsprechendes Fortbildungscurriculum mit Bescheinigung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln.

Begründung:

Seit mehreren Jahren bestehen Auseinandersetzungen zwischen den Innenbehörden der Länder und Ärztinnen und Ärzten, die Gutachten und Stellungnahmen zum Vorliegen psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren erstellen. Vielfach wurde dabei von Behördenvertretern der Vorwurf erhoben, Kolleginnen und Kollegen würden Gefälligkeitsgutachten erstellen. Von Seiten der Ärztekammern ist diesen Vorwürfen auf der politischen Ebene bereits mehrmals begegnet worden. Die tägliche Praxis zeigt jedoch, dass weiterhin ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen von Behör-

den mit dem Hinweis zurückgewiesen werden, sie würden nicht näher präzierte formale und inhaltliche Kriterien unberücksichtigt lassen. Über die Entwicklung formaler Kriterien für die Gutachten, wie sie von einigen Landesärztekammern erarbeitet worden sind, hinausgehend bedarf es daher noch weiterer, ausführlicherer, formaler und inhaltlicher Voraussetzungen wie z. B. Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik psychisch reaktiver Traumafolgen, Kenntnisse in der Explorations-technik ausländischer Probanden mit Hilfe von Dolmetschern, Kenntnisse über Geschichte der Herkunftsländer sowie deren gegenwärtige kulturspezifische, soziale und politische Strukturen und vieles mehr, was in einem eigens dafür erstellten Fortbildungscurriculum interessierten Kolleginnen und Kollegen angeboten werden soll.

Eine Bescheinigung macht auch für nichtärztliche Behördenvertreter die Qualifikation der/des unterzeichnenden Gutachterin / Gutachters vorab erkennbar.«

55. Bayerischer Ärztetag 2002 in Freising

»Ärztliche Beteiligung bei der Abschiebung von Flüchtlingen und Folteropfern (vgl. auch einstimmiger Beschluss des 103. Deutschen Ärztetages in Köln, für den Bayer. ÄT geringgradig erweitert):

Der Bayerische Ärztetag verurteilt die Abschiebung kranker und behandlungsbedürftiger traumatisierter Flüchtlinge / Asylbewerber und Opfer von Foltermaßnahmen.

Er spricht sich für einen gesicherten Aufenthalt aus, solange aufgrund ärztlicher Begutachtung eine Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen aufgrund erlittener Traumatisierung, Verfolgung und Folter besteht. Die Begutachtung hat durch unabhängige und mit gesundheitlichen Traumafolgen (Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)) und komorbiden Erkrankungen, Depression, Angststörung, Somatisierung, Persönlichkeitsveränderung, Sucht) nach DSM IV und ICD 10 ausreichend vertraute Ärzte zu erfolgen.

Begründung:

Immer wieder kommt es zur Abschiebung von Flüchtlingen, deren Diagnose wie auch Behandlungsbedürftigkeit von Ärzten nicht erkannt und bei der Ent-

scheidung über das weitere Aufenthaltsrecht nicht ausreichend berücksichtigt wird. Z.B. wurden in einzelnen Fällen behandlungsbedürftige stationäre Patienten aus Psychiatrischen Kliniken der Polizei zur Abschiebung übergeben oder die »Reisefähigkeit« dieser Patienten bestätigt. Mit einer solchen Maßnahme wird zusätzlich die bisherige medikamentöse / psychotherapeutische Behandlung abrupt abgebrochen.

In der oft schwierigen Entscheidung zwischen Bleiberecht und Abschiebung sollen qualifizierte ärztliche Stellungnahmen, die sich für die Notwendigkeit einer Behandlung bei PTSD und komorbiden Erkrankungen aussprechen, im Zweifelsfall zugunsten des Bleiberechts den Ausschlag geben.«

Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages 20.–23. Mai 2003 in Köln

»1. Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Folter

Auf Antrag [...] (Drucksache v-30) fasst der 106. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aus aktuellem Anlass weist der 106. Deutsche Ärztetag noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzten unter keinen Umständen bei Folterun-

gen oder anderen grausamen, unmenschlichen und entwürdigenden Handlungen Hilfestellung leisten, sich daran beteiligen oder diese zulassen dürfen. Das ärztliche Ethos fordert von Ärztinnen und Ärzten, versuchte Folter – durch wen auch immer – zu verhindern, zu erkennen und anzuzeigen.

2. Zwangsrückführung von Flüchtlingen

Der Antrag [...] (Drucksache v-27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 106. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zu prüfen, welche rechtlichen Schritte gegen den Betreiber der Internetseite www.notarzt-boerse.de unternommen werden können.

Begründung:

Auf der o.g. Internetseite werden ärztliche Flugbegleiter für die Zwangsrückführung von Flüchtlingen (der Betreiber der Seite bezeichnet es als »Repatriierung«) bundesweit gesucht und auch gefunden. Nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages in Cottbus verstößt dies gegen die Berufsordnung. Es sollte ein deutliches Zeichen gesetzt werden, um nicht die Berufsordnung und die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage in der

Öffentlichkeit als bedeutungslos erscheinen zu lassen.

3. Begutachtung der Flugreisetauglichkeit von Flüchtlingen

Der Antrag [...] (Drucksache v-42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Beurteilung der Flugreisetauglichkeit von psychotraumatisierten Flüchtlingen sollen ausschließlich unabhängige, qualifizierte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie mit Spezialisierung auf Psychotraumatologie eingesetzt werden.

Begründung:

Die Bundesinnenministerkonferenz hat am 06.12.2002 beschlossen, die Begutachtung von Flüchtlingen einschließlich derer mit psychoreaktiven Traumafolgen einzuschränken auf die Flugreisetauglichkeit als inlandsbezogenes Vollzugshindernis. Die Flugreisetauglichkeit ist als isoliertes Beurteilungskriterium im Sinne eines Abschiebehindernisses für traumatisierte Flüchtlinge nicht ausreichend. Die erhebliche Retraumatisierung durch die Androhung einer gewaltsamen Rückführung der Betroffenen und schweren Folgen auf den Verlauf der Erkrankung werden dabei ig-

Pressestelle der Hamburger Ärzteschaft: Presse-Information vom 31.10.2003

Kammerversammlung fordert Übernahme der Bremer Grundsätze Keine Willkür bei Abschiebungen

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Hamburg appelliert an den Senat, die Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen zur Begutachtung von Migranten zu übernehmen. »Festgelegte Verfahrensregeln schützen die abzuschiebenden Flüchtlinge, aber auch die begutachtenden Ärztinnen und Ärzte vor Willkür«, sagte Dr. Michael Reusch, Präsident der Ärztekammer Hamburg. In der Kammerversammlung kritisierte er, dass in der Vergangenheit immer wieder Reisefähigkeitsgutachten von Ärztinnen und Ärzten ignoriert wurden. Patienten wurden abgeschoben, obwohl Mediziner in Attesten und Gutachten begründet hatten, warum sie das aus medizinischen Gründen für nicht vertretbar hielten. Die Grundsätze des SPD/CDU regierten Bremens könnten viel dazu beitragen, das vorhandene Konfliktpotential zu entschärfen. Sie legen fest, welche Inhalte ein Reisefähigkeitsgutachten haben

muss, welche Qualifikationen ein Gutachter braucht. Schilderungen des Betroffenen über seine Erfahrungen im Herkunftsland finden dabei Berücksichtigung, wie die dortige medizinische Infrastruktur. Für eine Unterstützung der Abschiebevorgänge etwa als Begleiter stehen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes nicht zur Verfügung.

Die Vertreterinnen und Vertreter des »Ärzteparlaments« sprachen sich in ihrem Beschluss mit großer Mehrheit für die Anwendung der Grundsätze in Hamburg aus. »Wenn ein Mensch einmal hier ist, dann muss er mit unserem Codex behandelt werden. Dieses Land hat nicht das Recht, Menschen in den sicheren Tod abzuschieben«, sagte Reusch. Das aber sei der Fall, wenn ein behandlungsbedürftiger Asylsuchender in ein Land abgeschoben wird, von dem man weiß, dass es sich für ihn dort keine ausreichende Behandlungsmöglichkeit gebe.

Pressestelle der Ärztekammer Hamburg · Tel: 040/22 802 434/- 726
Verantwortlich: Sandra Wilsdorf, 31.10.2003

noriert. Das ist wissenschaftlich und ethisch nicht verantwortbar. Der Beschluss der Innenministerkonferenz wird derzeit durch Erlasse der Bundesländer umgesetzt. Die Gutachter, die dazu eingesetzt werden, müssen ausreichend qualifiziert sein, um die Gefährdung der psychischen Gesundheit der Flüchtlinge kompetent abzuklären.«

Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Untersuchung von Flüchtlingen vor Abschiebungen

»Wir nehmen Bezug auf die Beschlüsse der Innenministerkonferenz, Kriterien für eine auf die Flugreisefähigkeit, eingeschränkte Begutachtung von Flüchtlingen im psychoreaktiven Traumafolgen einzuführen, und auf die zur Umsetzung dieses Ziels erlassenen Bestimmungen in den Bundesländern.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaften und Fachkliniken nehmen wir Stellung, um zu verhindern, dass im Rahmen der Umsetzung der Beschlüsse wissenschaftliche Erkenntnisse über die Folgen psychischer Traumatisierung unzureichend interpretiert und angewandt werden.

Für Menschen, die aufgrund

von Gewalterfahrungen in ihren Herkunftsländern unter eine psychoreaktiven Traumastörung, sei es PTSD oder einer der komorbiden Störungen, leiden, bedeutet die Androhung der gewaltsamen Rückführung an den Ort ihrer traumatisierten Erfahrungen eine Reaktualisierung ihres Leidens, die schwerwiegende Auswirkungen auf den Verlauf ihrer Störung hat.

Die Situation ist vergleichbar mit der eines Kindes, das nach der Flucht vor einem gewalttätigen / missbrauchenden Vater von der Polizei in bester Absicht nach Hause zurückgebracht wird, weil dort angeblich jetzt Ruhe herrsche. Unwillkürlich werden die Gewalterfahrungen wieder erinnert und führen vollkommen unabhängig von der objektiven Sicherheitslage vor Ort zu einer umfassenden psychischen Destabilisierung. Diese Psychodynamik, die zu plötzlichen suizidalen Handlungen führen kann, ist aus einer sachlichen, distanzierten Sicht nicht leicht nachvollziehbar, aber wissenschaftlich hinreichend empirisch und psychologisch belegt (s. z.B. B. van der Kolk et al 2000, »Traumatic Stress«, Jungfermann-Paderborn, u.a. S. 192).

Hierbei handelt es sich nicht um eine (ggf. vorübergehende) »Flug-

reiseuntauglichkeit, also eine durch den Flug selbst ausgelöste Gesundheitsgefahr, der durch zeitlich begrenzte (medikamentöse) Maßnahmen abgeholfen werden kann und die nach der Ankunft beendet ist, sondern um eine Retraumatisierung durch die vorweggenommene Ankunft.

Die zwangsweise Rückführung selbst verstärkt den Traumatisierungsprozess weiter. Seine Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland wird durch eine möglicherweise vorhandene medizinische Infrastruktur nur unwesentlich beeinflusst. In räumlichem Kontakt mit den Orten der Gewalterfahrungen ist nicht damit zu rechnen, dass bei den Betroffenen ein Gefühl innerpsychischer Sicherheit entsteht, das für einen Behandlungserfolge notwendig ist. Insofern verbessern im Herkunftsland bestehende Behandlungsmöglichkeiten die Prognose nur gering. Wichtig ist vielmehr, einen sicheren Lebensraum zu ermöglichen.

Wir halten es für wichtig, auf diese Gesetzmäßigkeiten des traumatischen Prozesses hinzuweisen und zu fordern, dass

■ Für die Begutachtung zur Klärung, ob entsprechende Störungsbilder vorliegen, nur entsprechend qualifizierte Psychiater / Psycho-

therapeuten eingesetzt werden, die in ihrer Urteilsbildung unabhängig sind, und ärztlicher Fachaufsicht unterstehen (z. B. im Gesundheitsamt).

■ Bei der Entscheidung über eine Abschiebung fachliche Kriterien berücksichtigt werden.

■ Die Fragestellung ergebnisoffen formuliert wird (z. B. »Liegt aus klinischer Sicht eine ernsthafte Gefährdung der psychischen Gesundheit im Falle einer unfreiwilligen Rückkehr vor?«).

Berufsverband Deutscher

Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V.,

GlinkasträÙe 5-7, 10117 Berlin

Deutsche Gesellschaft für

Psychiatrie, Psychotherapie

und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psycho-

analyse, Psychotherapie, Psycho-

somatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.,

Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg

Deutsche Gesellschaft für

Psychotherapeutische Medizin

(DGPM) e.V., Beurhausstr. 75,

44137 Dortmund

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) e.V.

Ärzttekammer Niedersachsen,

Hannover (ÄKN) u. a.

April 2003.«

**Beschlussprotokoll des 107.
Deutschen Ärztetages
18.–21. Mai 2004 in Bremen**

*»Begutachtung der Rückführungs-
fähigkeit von Ausländern*

Auf Antrag [...] (Drucksache VI-80) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, Empfehlungen zur Erstellung von Gutachten oder Stellungnahmen zur (gesundheitlichen) Rückführungsfähigkeit von Ausländern, die zur Ausreise verpflichtet sind, zu erarbeiten. Diese ärztlichen Gutachten / Stellungnahmen spielen im Rahmen aufenthaltsrechtlicher Streitverfahren eine entscheidende Rolle.

In diesem Zusammenhang ist die Beschränkung einer medizinischen Begutachtung auf bloÙe »Reisefähigkeit« eindeutig abzulehnen, da sie nicht mit den ethischen Grundsätzen ärztlichen Handel vereinbar ist.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Grundlage dafür zu schaffen, dass eine kompetente, umfassende und der ärztlichen Sorgfalt entsprechende Begutachtung zu jeder Zeit der Inanspruchnahme bei der Rückführung von Ausländern sichergestellt wird.

Begründung:

Gesundheitliche Aspekte sind in jüngerer Vergangenheit zunehmend in den Blickpunkt ausländerrechtlicher Verfahren geraten. Medizinische Gutachten werden in diesem Zusammenhang vor allem von Ausländerbehörden und Verwaltungsgerichten vermehrt angefragt.

Die Innenministerkonferenz hatte im Jahr 2002 versucht, die Ärzteschaft im Sinne bedarfsgerechter Erstellung von Flugtauglichkeitsbegutachtungen zu instrumentalisieren. Entsprechende Kritik wurde auf den letzten Ärzte- tagen wiederholt geübt. Dennoch mehren sich Berichte über ärztliche Beihilfe zu Abschiebungen. Diese umfasst u. a. Flugbegleitung, Beschränkung auf die Bescheinigung von Flugtauglichkeit – die sowohl inländische als auch Zielland- aspekten der weiteren Versorgung kranker Menschen außer acht lässt – und Erstellung fachlich unzureichender Gutachten, z. B. ohne Zuhilfenahme von Fachdolmetschern, ohne Qualifikation im Bereich Psychotraumatologie etc. (näheres hierzu s. z. B. Gierlichs, Deutsches Ärzteblatt 2002, 2148 und 2003, 2198).

Notwendig ist deshalb eine Leitlinie, die u. a. die geforderte fachli-

che Qualifikation des / der Gutachter / s (vgl. Aufforderung des 105. Deutschen Ärztetages an die Bundesärztekammer zur Erstellung eines entsprechenden Curriculums zur Gutachtenerstellung bei psychisch traumatisierten Flüchtlingen), die Gewährleistung seiner Unabhängigkeit, den Ablauf einer solchen Untersuchung und inhaltliche Forderungen an ein solches Gutachten (Fachdolmetscher, ausführliches Gespräch, Berücksichtigung kultureller Hintergründe; verlässliche Kenntnisse über Gesundheitswesen, Behandlungsmöglichkeiten, sowie Behandlungs- und Lebensbedingungen im Zielland, keine Beschränkung auf bloße Reisefähigkeit wie z. B. Flugtauglichkeit) festschreibt. Als ein wichtiger Bestandteil der Empfehlung wären u. a. die von der Arbeitsgruppe »Standards zur Begutachtung psy-

chisch reaktiver Traumafolgen« erstellten Standards anzusehen.

Die gegenwärtige Vorgehensweise und Inanspruchnahme erschwert den Zugang zu einer ausreichenden ärztlichen Beurteilung. Die betroffenen Personen werden von dazu nicht qualifizierten Sachbearbeitern der Ausländerbehörden unter unzureichenden Umständen zu verbindlichen Aussagen über ihre Gesundheit befragt – Fragen, die sie oft dort und zu diesem Zeitpunkt nicht beantworten können. Die Betroffenen sind durch Unwissenheit über ihre Krankheit, eine krankheitsbedingte Verdrängung (posttraumatische Störung) oder Behinderung oder aufgrund ihrer allgemeinen Lebensumstände (z. B. Alter) oft gehindert, die im praktizierten Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt geforderten Angaben zu machen.«

Zum Weiterlesen

www.spuk.info

Homepage des SPuK-Projekts
mit Infos, Terminen usw.

www.nds-fluerat.org

Homepage des Niedersächsischen
Flüchtlingsrates



Entschließung des Weltärztebundes

Zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

»In der Erwägung, dass die jüngsten internationalen Konflikte und Bürgerkriege zu einer ständigen Zunahme von Flüchtlingen in allen Regionen geführt haben, und in der Erwägung, dass internationale Kodizes für Menschenrecht und ärztliche Ethik, einschließlich die Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon, erklären, dass alle Menschen ohne Unterschied ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung haben, wird beschlossen, dass

1. Ärzte die Pflicht haben, einen Patienten, unabhängig von seinem Status, die notwendige Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen, einschränken

2. Ärzte nicht gezwungen werden dürfen, an Strafaktionen oder gerichtlich angeordneten Aktionen gegen Flüchtlinge mitzuwirken oder an Flüchtlingen medizinisch nicht zu vertretende diagnostische Maßnahmen oder Behandlungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Beruhigungsmittel, um die Probleme bei der Abschiebung der Flüchtlinge in ihre Heimat zu vermeiden

3. Ärzten genügend Zeit und ausreichende Ressourcen zugebilligt werden müssen, um den physischen und psychischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können.

Verabschiedet von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes in Ottawa (Kanada) im Oktober 1998.«

Anhang

- 6 Adressen · 304**
- 6.1 Ärztekammern und
Menschenrechtsbeauftragte
der Ärztekammern · 304
- 6.2 Psychosoziale Zentren · 308
- 6.3 Flüchtlingsräte · 313
- 6.4 Weitere Adressen · 315
- 6.5 Asylrechtliche Stellungnahmen
zur Verfügbarkeit medizinisch/
gesundheitlicher Versorgung
in Herkunftsländern · 315

- 7 AutorInnenverzeichnis · 318**

- 8 Literatur zum Thema · 319**

6 Adressen

6.1 Ärztekammern und Menschenrechtsbeauftragte der Ärztekammern

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz. I
10623 Berlin
Tel.: (030) 4004-56-0
Fax: (030) 4004-56-388
E-Mail: info@baek.de
Internet: <http://www.baek.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Dr. Kloiber
Tel.: (030) 4004-56-361
Fax: (030) 4004-56-384
otmar.kloiber@baek.de

Baden-Württemberg Landesärztekammer

Jahnstr. 40
70597 Stuttgart
Tel.: (0711) 76989-0
Fax: (0711) 76989-50
E-Mail: laek-baden-wuerttemberg@dgn.de
Internet: <http://www.aerztekammerbw.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Frau Dr. Gisela Dahl
Tel.: (0711) 717131
Fax: (0711) 710707
gisela.dahl@bgn.de

Bayerische Landesärztekammer

Mühlbaurstr. 16
81677 München
Tel.: (0 89) 41 47-0
Fax: (0 89) 41 47-280
E-Mail: blaek@blaek.de
Internet: <http://www.blaek.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Frau Dr. Maria Fezk
maelfi@t-online.de

Ärztekammer Berlin

Friedrichstraße 16
10969 Berlin
Tel.: (030) 40806-0
Fax: (030) 40806-126
E-Mail: kammer@aerztekammer-berlin.de
Internet: <http://www.aerztekammerberlin.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Ausschuss für Menschenrechtsfragen
Tel.: (030) 40806-0
Fax: (030) 40806-3499
D.schulz@aekb.de

Landesärztekammer Brandenburg

Dreifertstr. 12
03044 Cottbus
Tel.: (0355) 780 10-0
Fax: (0355) 780 10-36
E-Mail: post@laekb.de
Internet: <http://www.laekb.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keine –

Ärztekammer Bremen

SchwachhauserHeerstr. 30
28209 Bremen
Tel.: (0421) 340420-0
Fax: (0421) 340420-9
E-Mail: gerd.wenzel@aekhb.de
Internet: <http://www.aekhb.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keine –

Ärztekammer Hamburg

Humboldtstr. 56
22083 Hamburg
Tel.: (040) 22802-596
Fax: (040) 229980
E-Mail: aekhh@aerztekammerhamburg.De
Internet: <http://www.aerztekammerhamburg.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Dr. Michael Reusch
Tel.: (040) 22802-433
Fax: (040) 2296177
michael-reusch@aerztekammer-hamburg.de

Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt
Tel.: (069) 97672-0
Fax: (069) 97672-128
E-Mail: laek.hessen@laekh.de
Internet: <http://www.laekh.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Dr. Girth
Tel.: (069) 84054046
Fax: (069) 84053127
ernesto.girth@aol.com

Ärztekammer Meckl.-Vorpommern

August-Bebel-Str. 9a
18055 Rostock
Tel.: (03 81) 49280-0
Fax: (03 81) 49280-44
E-Mail: info@aek-mv.de
Internet: <http://www.aek-mv.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keine –

Ärzttekammer Niedersachsen

Berliner Allee 20
30175 Hannover
Tel.: (0511) 38002
Fax: (0511) 3802240
E-Mail: info@aekn.de
Internet: <http://www.aekn.de>

Ärzttekammer Nordrhein

Tersteegenstr. 31
40474 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4302-0
Fax: (0211) 4302-200
E-Mail: aerztekammer@aekno.de
Internet: <http://www.aekno.de>

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Deutschhausplatz 3
55116 Mainz
Tel.: (06131) 288220
Fax: (06131) 2882288
E-Mail: kammer@laek-rlp.de
Internet: <http://www.laek-rlp.de>

Ärzttekammer des Saarlandes

Faktoreistr. 4
66111 Saarbrücken
Tel.: (0681) 40030
Fax: (0681) 4003340
E-Mail: info-aeks@aeksaar.de
Internet: <http://www.aerztekammersaarland.de>

Sächsische Landesärztekammer

Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Tel.: (0351) 82670
Fax: (0351) 8267412
E-Mail: dresden@slaek.de
Internet: <http://www.slaek.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keinen –
übernimmt Vorstand
Frau Schnelle (Vorzimmer d. GF)
Tel.: (0511) 38002-313
Fax: (0511) 3802240
petra.schnelle@aekn.de

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Prof. Dr. Hoppe
Tel.: (0211) 4302-1212
Fax: (0211) 4302-1405
schulz-fils@aekno.de

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Dr. Ludger Meinke
Tel.: (02603) 921816
Fax: (02603) 921900
lmeinke@hufeland-klinik.com

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– Vorstand –

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Dr. Clemens Weiss; Leipzig

Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel.: (0391) 60546
Fax: (0391) 6054700
E-Mail: info.aeksa@dgn.de
Internet: <http://www.aeksa.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keine –

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bismarckallee 8–12
23795 Bad Segeberg
Tel.: (04551) 8030
Fax: (04551) 803180
E-Mail: aerztekammer@aeksh.org
Internet: <http://www.aeksh.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

– keine –

Landesärztekammer Thüringen

Im Semmicht 33
07751 Jena-Maua
Tel.: (03641) 6140
Fax: (03641) 614199
E-Mail: post@laek-thueringen.de
Internet: <http://www.laek-thueringen.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Helmut Krause
Tel.: (03677) 606-308
Fax: (03677) 606-0
ilmenaukrause@t-online.de

Ärztekammer Westfalen-Lippe

Gartenstr. 210-214
48147 Münster
Tel.: (0251) 929-0
Fax: (0251) 929-2999
E-Mail: posteingang@aekwl.de
Internet: <http://www.aekwl.de>

Menschenrechtsbeauftragte/r:

Herr Prof. Dr. med. Torsten Hausamen
Refer. d. Vorst. Frau Susanne Hofmann
Tel.: (0251) 929-2043
Fax: (0251) 929-2720443
susanne.hofmann@aekwl.de

6.2 Psychosoziale Zentren

10629 Berlin

XENION, Psychotherapeutische
Beratungsstelle für politisch Verfolgte
Roscherstrasse 2a, 10629 Berlin
Tel.: 030 - 323 29 33
Fax: 030 - 324 85 75
E-Mail: xenion@bln.netdiscounter.de
Öffnungszeiten:
Mo–Fr 10:00–12:00 + 14:00–16:00
(Termin nach Vereinbarung)
Sprachen: Dolmetscherpool
Arbeitsschwerpunkte: Beratung und The-
rapie traumatisierter politisch Verfolgter
Wartezeit: mehr als ein Jahr

12053 Berlin

»Al Muntada« – Psychosoziale
Beratungsstelle für Flüchtlinge
aus dem arabischen Raum
Morusstr. 18a, 12053 Berlin
Tel.: 030 - 682477 18 o. 130 - 682477 19
Fax: 030 - 682477 12
Arbeitsschwerpunkte:
(kein Behandlungszentrum)
Wartezeit: ca. 3 Wochen

14050 Berlin

Behandlungszentrum für Folteropfer e. V.
(BZFO)
Turmstr. 21 (GSZ Moabit, Haus K,
Eingang C), 10559 Berlin
Tel.: 030 - 303 906 - 0
Fax: 030 - 306 143 71
E-Mail: mail@bzfo.de
Internet: www.bzfo.de, www.folteropfer.de
Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 9:00–12:00 + 14:00–16:00
Mi 14:00–16:00
Sprachen: englisch, französisch, spanisch,
weitere nach Bedarf
Arbeitsschwerpunkt: Behandlung und
Beratung für Folteropfer
Wartezeit: im normalen Fall 6 Monate

17489 Greifswald

Psychosoziales Zentrum für Migranten
in Vorpommern e. V.
Domstr. 36, 17489 Greifswald
Tel.: 03834 - 799 274
Fax: 03834 - 799 273
E-Mail: info@pszev.de
Internet: www.pszev.de
Öffnungszeiten:
Mo–Fr 8:30–12:00 (u. n. V.)
Sprachen: englisch, französisch, russisch,
ewe, akan, ga
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
RWB + psychologische Beratung und
Familienzusammenführung.
Wartezeit: keine

20146 Hamburg

Gesellschaft zur Unterstützung von
Gefolterten und Verfolgten e.V.
Grindelberg 7, 20144 Hamburg
Tel.: 040 - 411 72 36
Fax: 040 - 411 72 370
E-Mail: gugev@compuserve.de
Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do, Fr 10:00–17:00
Mi 13:00–17:00
Sprachen: englisch, spanisch, türkisch,
kurdisch, arabisch, twi, Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB, DK
+ psychologische Beratung und Therapie
Wartezeit: im normalen Fall 2–4 Monate

21680 Stade

Refugium – Psychosoziales Behandlungs- und Beratungszentrum für Folteropfer
Teichstr. 6, 21680 Stade
Tel.: 04141 - 534 40
Fax: 04141 - 534 422
E-Mail: AWOSTade@t-online.de
Öffnungszeiten: Mi + Do 9:00–17:00
(nach Vereinbarung)
Sprachen: englisch, französisch, spanisch, schwedisch
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB + psychotherapeutische Beratung, Therapie.
Wartezeit: im normalen Fall 3–6 Monate

24103 Kiel

REFUGIO Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig-Holstein e.V.
Königsweg 20, 24103 Kiel
Tel.: 0431 - 733 313
Fax: 0431 - 706 896 6
E-Mail: refugio@t-online.de
Öffnungszeiten:
Mo + Mi 9:00–12:00 + Do 13:00–17:00
Sprachen: englisch, französisch, russisch, arabisch, türkisch, kurdisch, surani, batinani, farsi, albanisch, serbo-kroatisch, portugiesisch, dari, vietnamesisch
Arbeitsschwerpunkte: Beratung und Betreuung von Folteropfern, Vermittlung in Therapie
Wartezeit: im normalen Fall 2–4 Wochen

26121 Oldenburg

Institut für Traumatisierte, Psychotherapie und Pädagogik
Ehnerstr. 35, 26121 Oldenburg
Tel.: 0441 - 9848233 o. 0441 - 9848234
Sprachen: englisch
Wartezeit: im normalen Fall 3–6 Monate

28215 Bremen

Refugio, Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.
Parkstraße 2–4, 28209 Bremen
Tel.: 0421 - 376 07 49
Fax: 0421 - 376 07 22
E-Mail: refugio-bremen@t-online.de
Internet: www.refugio-bremen.de
Öffnungszeiten:
Mo–Fr 10:00–13:00 (n. tel. Vereinb.)
Sprachen: englisch, französisch, spanisch, farsi, weitere Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge und Folterüberlebende.
Wartezeit: im normalen Fall 6 Monate

30167 Hannover

Institut für ein Internationales Kulturzentrum (IIK), Psychosoziale Beratung
Zur Bettfedernfabrik 1, 30451 Hannover
Tel.: 0511 - 440 484 o. 0511 - 550 893
Fax: 0511 - 261 73 76
E-Mail: iik@onlinehome.de
Internet: www.iik-hannover.de
Sprachen : persisch

39104 Magdeburg

Magdeburger Stadtmission e.V.
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Leibnizstr. 48, 39104 Magdeburg
Tel.: 0391 - 53 24 90
Fax: 0391 - 532 491 5
E-Mail: MagdeburgerStadtmission@t-online.de
Öffnungszeiten:
Mo 8:00–13:00, Di 8:00–10:00,
Mi 8:00–12:00, Do 14:00–17:00,
Fr 8:00–12:00
Sprachen: englisch, italienisch, andere Sprachen mit Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Beratung für Flüchtlinge und deren Familien (Folteropfer, Traumatisierte u.a.).
Wartezeit: im normalen Fall 6–9 Monate

40213 Düsseldorf

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Benratherstrasse 7, 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211 - 35 33 15 o. 0211 - 35 33 16
Fax: 0211 - 35 33 14
E-Mail: psz.ddorf@mail.isis.de
Öffnungszeiten: Mo 14:00–17:00,
Di, Mi, Do 9:00–17:00, Fr 9:00–15:00
Sprachen: englisch, französisch, kurdisch,
persisch und serbo-kroatisch
Arbeitsschwerpunkte: Gutachten,
Beratung, Therapie, Praxisbegleitung
und Supervision
Wartezeit: 3–4 Monate

44793 Bochum

Remedio e. V.
c/o Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum
Engelsburger Str. 168, 44793 Bochum
Tel.: 0234 - 904 138 0
Fax: 0234 - 904 138 0
E-Mail: info@remedio.de
Internet: www.remedio.de
Öffnungszeiten: Mo 9:00–13.30,
Di 9:00–17:00, Do 13.30–17.30
Arbeitsschwerpunkte:
kein Behandlungszentrum, Flüchtlinge wer-
den an entsprechende Ärzte vermittelt

50670 Köln

CARITAS – Flüchtlingsberatung Köln,
Therapiezentrum für Folteropfer
Spiesergasse 12, 50670 Köln
Tel.: 0221 - 160 740
Fax: 0221 - 139 02 72
E-Mail: therapiefolteropfer@... oder
fluechtlingsberatung@caritas-koeln.de
Internet: www.caritas-koeln.de
Öffnungszeiten: Mo–Do 8:00–17:00,
Fr 8:00–14:30
Sprachen: englisch, französisch,
Dolmetscher verschiedener Sprachen
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB +
Therapie traumatisierter Flüchtlinge,
Familienzusammenführung

52062 Aachen

Psychosoziales Zentrum
ausländische Flüchtlinge Aachen
Mariahilfstr. 16, 52062 Aachen
Tel.: 0241 - 40 65 00 o. 0241 - 490 00
Fax: 0241 - 490 04
Arbeitsschwerpunkte: Beratung
und/oder Therapie bei Folter- und
Gewalterfahrungen mit Belastungs-
störungen (PTSD), Ängsten, Depres-
sionen, Isoliertheit u.a. Psychosen und
psychosomatischen Beschwerden.
Wartezeit: im normalen Fall 2 Wochen

56727 Mayen

IN TERRA – Psychosoziale Beratung
und Versorgung von Flüchtlingen
im ländlichen Raum
Brückenstr. 7, 56727 Mayen
Tel.: 02651 - 986 90
Fax: 02651 - 986 917
E-Mail:
caritas.rhein-mosel-ahr@t-online.de
Öffnungszeiten: Mo–Fr 9:00–16:00
Arbeitsschwerpunkte: AVfB, psychosoziale
Beratung, Therapie für traumatisierte
Flüchtlinge
Wartezeit: im normalen Fall 2–3 Wochen

60316 Frankfurt am Main

FATRA e.V. –
Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil
Merianstr. 39 HH,
60316 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 499 174
Fax: 069 - 498 527
E-Mail: fatra@t-online.de
Sprachen: serbo-kroatisch, arabisch,
türkisch, englisch
Arbeitsschwerpunkte: Beratung,
Behandlung, Diagnostische Abklärung
und Weitervermittlung, Erstellung
von psychiatrischen/psychologischen
Stellungnahmen.
Wartezeit: im normalen Fall 4 Monate

60322 Frankfurt am Main

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
und Opfer organisierter Gewalt
Eschersheimer Landstr. 567 (2. Stock),
60431 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 5302- 291
Fax: 069 - 5302- 294
E-Mail: psychosozialeszentrum-eryffm
@t-online.de
Öffnungszeiten: Mo–Fr 8:00–16:30
(Termine nach Vereinbarung)
Sprachen: englisch, dari, farsi, tigrinia,
amharisch, serbisch, kroatisch, bosnisch,
türkisch
Arbeitsschwerpunkte: Einzel- und Familienberatung und -therapie, Angebote für
traumatisierte Flüchtlinge, Kunsttherapie
Wartezeit: unterschiedlich,
abhängig von Art der Therapie

66115 Saarbrücken

Psychosoziales Beratungszentrum
des Deutschen Roten Kreuzes
Vollweidstr. 2, 66115 Saarbrücken
Tel.: 0681 - 976 42 54
Fax: 0681 - 976 429 0
E-Mail: beratungszentrum
@lv-saarland.drk.de
Internet: www.trauma-netz.drk.de und
www.lv-saarland.de
Öffnungszeiten: Mo–Fr 9:00–12:00
(Termin nach Vereinbarung)
Sprachen: englisch, kurdisch, persisch,
russisch, polnisch
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
(besonders von Kindern und Jugendlichen).
Wartezeit: im normalen Fall 2 Wochen

66538 Neunkirchen/Saar

Psychosoziales Zentrum
Hospitalstr. 19
66538 Neunkirchen/Saar
Tel.: 06821 - 255 25

66822 Lebach

DRK Psychosoziale Beratungsstelle
in der Landesaufnahmestelle Lebach
Ostpreußenstr. 14, 66822 Lebach
Tel.: 06881 - 516 1 6 / 53 77 66
Fax: 06881 - 529 56
Öffnungszeiten: Mo–Fr 9:00–12:00
(nach telefonischer Anmeldung)
Sprachen: englisch, französisch, russisch,
polnisch, türkisch, arabisch, bosnisch
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
Wartezeit: 2–3 Wochen

70180 Stuttgart

REFUGIO für traumatisierte Flüchtlinge
in Stuttgart und Region e.V.
Weißenburgerstr. 13, 70180 Stuttgart
Tel.: 0711 - 64 53 127
Fax: 0711 - 64 53 126
E-Mail: info@refugio-stgt.de
Internet: www.refugio-stgt.de
Öffnungszeiten: Mo–Do 10:00–12:00
(telefonische Terminvereinbarung)
Sprachen: englisch, französisch, spanisch
und Dolmetschernetz
Arbeitsschwerpunkte: Beratung und
Behandlung traumatisierter Flüchtlinge.
Wartezeit: im normalen Fall 4–6 Monate

70190 Stuttgart

Diakonische Werke Württemberg,
Psychologische Beratungsstelle für
politisch Verfolgte
Landhausstr. 62, 70190 Stuttgart
Tel.: 0711 - 268 432 82
Fax: 0711 - 268 432 89
E-Mail: pbv-stuttgart@emdw-diakonie.de
Öffnungszeiten: nach Vereinbarung
Sprachen: englisch, französisch,
rumänisch, türkisch, portugiesisch
und Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: Beratung und
Behandlung traumatisierter Flüchtlinge
Wartezeit: im normalen Fall 3 Monate

78050 VS-Villingen

REFUGIO e.V. – Kontaktstelle
für traumatisierte Flüchtlinge
Klosterring 1, 78050 VS-Villingen
Tel.: 07721 - 504 155
Fax: 07721 - 504 165
E-Mail: kontaktstelle@refugio-vs.de
Internet: www.refugio-vs.de
Öffnungszeiten: Mo, Mi, Do 8:00–13:00
(und nach Vereinbarung)
Sprachen: englisch, französisch
und 10 Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
RWB, OT für Frauen (Mo 15:00–17:00)
+ Betreuung traumatisierter Flüchtlinge
Wartezeit: im normalen Fall 6 Monate

79111 Freiburg

DRK Psychosoziale Beratungsstelle
Migrationsdienst
Rimsinger Weg 15, 79111 Freiburg
Tel.: 0761 - 885 086 52 / 53 / 647
Fax: 0761 - 885 086 06
E-Mail: migrationsdienst@drk-freiburg.de
Internet: www.drk-freiburg.de
Öffnungszeiten: Mo + Do 10:00–12:00,
Mi 14:00–17:00 (u.n.V.)
Sprachen: englisch, serbo-kroatisch,
türkisch und Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
psychotherapeutische Beratung und
Behandlung.
Wartezeit: im normalen Fall 3–4 Wochen

81541 München

Refugio München, Beratungs- und
Behandlungszentrum für Flüchtlinge
und Folteropfer
Mariahilfplatz 10, 81541 München
Tel.: 089 - 982 957 0
Fax: 089 - 982 957 57
E-Mail: info@refugio-muenchen.de
Internet: www.refugio-muenchen.de
Öffnungszeiten: Mo, Mi, Do 9:00–16:00,
Di 9:00–11:00, Fr 9:00–12:00
Sprachen: englisch, französisch, weitere
Sprachen mit Dolmetschern
Arbeitsschwerpunkte: ärztliche Begut-
achtung, psychotherapeutische Behand-
lung
Wartezeit: 3–9 Monate Entscheidungs-
zeitraum, ob ein Fall übernommen wird

88131 Lindau (B)

exilio - Hilfe für Flüchtlinge
und Folterüberlebende e.V.
Reutiner Straße 5, 88131 Lindau
Tel.: 08382 - 409 450
Fax: 08382 - 409 454
E-Mail: info@exilio.de
Internet: www.exilio.de
Öffnungszeiten:
Mo–Fr 10:00–12:00 + 14:00–17:00
(Termine nach Vereinbarung)
Sprachen: englisch, französisch
und Dolmetscher
Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AVfB,
psychologische Beratung und Behand-
lung, Fachgutachten, Kindergruppen.
Wartezeit: im normalen Fall für Frauen
3 Monate, für Männer 6–8 Wochen

90419 Nürnberg

Rummelsberger Anstalt der Inneren Mission e.V.,
 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
 Bucherstr. 43 (3. Stock), 90419 Nürnberg
 Tel.: 0911 - 393 63 55/ 56 / 59 / 60
 Fax: 0911 - 393 63 61
 E-Mail: psychosozialeszentrum@rummelsberg.de
 Internet: www.rummelsberg.de
 Öffnungszeiten:
 Mo, Di, Do, Fr 9:00–11:30 u. n.V.
 Sprachen: englisch, russisch, slowakisch, tschechisch
 Arbeitsschwerpunkte: AB/SB, AvfB, psychologische Beratung und therapeutische Behandlung.
 Wartezeit: durchschnittlich 1 Woche

89077 Ulm

Behandlungszentrum für Folteropfer
 Ulm
 Innere Wallstraße 6, 89077 Ulm
 Tel.: 0731 - 228 36 und 921 54 42
 Fax: 0731 - 159 79 000
 E-Mail: bfuulm@web.de
 Öffnungszeiten: Mo–Fr 9:00–12:00
 Sprachen: englisch, französisch, spanisch
 Arbeitsschwerpunkte: medizinische Diagnostik und Therapie für Folteropfer

Flüchtlingsräte

6.3

Sächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Heinrich-Zille-Str. 6, 01219 Dresden
 Tel.: 0351 - 4 71 40 39
 Fax: 0351 - 4 71 40 39
 E-Mail: sfrev@web.de

Flüchtlingsrat Berlin e.V.

Georgenkirchstr. 69–70, 10249 Berlin
 Tel.: 030 - 243 44 - 57 62
 Fax: 030 - 243 44 - 57 63
 E-Mail: buero@fluechtlingsrat-berlin.de
 Internet: www.fluechtlingsrat-berlin.de

Flüchtlingsrat Brandenburg

Eisenhartstr. 13, 14469 Potsdam
 Tel.: 0331 - 71 64 99
 Fax: 0331 - 71 64 99
 E-Mail: fluechtlingsratbrb@jpberlin.de

Flüchtlingsrat**Mecklenburg-Vorpommern e.V.**

Am Packhof 8, 19053 Schwerin
 Tel.: 0385 - 58 15 79 0
 Fax: 0385 - 58 15 79 1
 E-Mail: flue-rat.m-v@t-online.de

**Verein ökumenischer
Ausländerarbeit****im Lande Bremen e.V.**

Faulenstr. 106, 28195 Bremen
 Tel.: 0421 - 169 28 40
 Fax: 0421 - 169 28 40
 Verein Ökumenischer Ausländerarbeit
 @t-online.de

Flüchtlingsrat Hamburg

c/o Werkstatt
Nernstweg 32-34, 3. Stock,
22765 Hamburg
Tel.: 040 - 43 15 87
Fax: 040 - 43 04 490
Internet:
www.Fluechtlingsrat-hamburg.de

Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein

Oldenburger Str. 25, 24143 Kiel
Tel.: 0431 - 73 50 00
Fax: 0431 - 73 60 77
E-Mail: office@frsh.de
Internet: www.frsh.de

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23B, 31137 Hildesheim
Tel.: 05121 - 15 60 5
Fax: 05121 - 31 60 9
E-Mail: nds@nds-fluerat.org
Internet: www.nds-fluerat.org

Flüchtlingsrat Hessen

Frankfurter Str. 46, 35037 Marburg
Tel.: 06421 - 16 69 02
Fax: 06421 - 16 69 03
E-Mail: hfr@proasyl.de
Internet: www.fr-hessen.de

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt

Schellingstr. 3-4, 39104 Magdeburg
Tel.: 0391 - 537 12 79
Fax: 0391 - 537 12 80
E-Mail: frsa-magdeburg@web.de
Internet: www.fr-sa.de

Arbeitskreis Europäischer Flüchtlingsfonds

Klausstr. 11, 06108 Halle (Saale)
Tel.: 0345 - 682 65 15
Fax: 0345 - 470 16 69
E-Mail: AKEFF@web.de

Flüchtlingsrat NRW

c/o Asienhaus Essen
Bullmannau 11, 45327 Essen
Tel.: 0201 - 899 08 - 0
Fax: 0201 - 899 08 - 15
E-Mail: info@frnrw.de
Internet: www.fluechtlingsrat-nrw.de

Arbeitskreis Asyl Rheinland-Pfalz

Postfach 2851, 55516 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 - 8 45 91 53
Fax: 0671 - 8 45 91 54
E-Mail: info@asyl-rlp.org
Internet: asyl-rlp.org

Saarländischer Flüchtlingsrat e.V.

Kaiser Friedrich Ring 46, 66740 Saarlouis
E-Mail: fluechtlingsrat@asyl-saar.de
Internet: www.asyl-saar.de

Arbeitskreis Asyl

Baden-Württemberg e.V.

Landesgeschäftsstelle
Hansjakobstr. 27, 78658 Zimmern
Tel.: 0741 - 3 48 92 12
Fax: 0741 - 3 48 92 13
E-Mail: akasyllkoordination@web.de
Internet: www.akasyl-bw.de

Bayerischer Flüchtlingsrat

Geschäftsstelle
Augsburgerstr. 13, 80337 München
Tel.: 089 - 76 22 34
Fax: 089 - 76 22 36
E-Mail: bfr@ibu.de
Internet: bayerischer-fluechtlingsrat.de

Flüchtlingsrat Thüringen e.V.

Warsbergstrasse 1, 99092 Erfurt
Tel.: 0361 - 217 27 - 20
Fax: 0361 - 217 27 - 27
E-Mail: info@fluechtlingsrat-thr.de
Internet: www.fluechtlingsrat-thr.de

Weitere Adressen

6.4

www.handicap-net.de

Netzwerk Migration und Behinderung

www.kinderaerzte-lippe.de/ MigrationsLinks.htm

Links zu den Themen Migration, Flüchtlinge und Gesundheit

www.paritaet.org/bengo/7/ ctrindexah.htm

Auflistung deutscher NGOs in der Entwicklungszusammenarbeit, über die z. T. spezifische Länderinformationen zu erhalten sind

www.rotekreuz.at/28.html

Web-Seite von ACCORD (Austrian Centre für Country of Origin and Asylum Research and Documentation) hat Informationen zur Gesundheitsversorgung bestimmter Länder

www.sfh-osar.ch

Schweizerische Flüchtlingshilfe, gibt regelmäßig Länderinfos heraus und bearbeitet Rechercheaufträge

www.trauma-netz.drk.de

Aufsätze, Kontaktadressen u. ä. zum Thema Trauma

Asylrechtliche Stellungnahmen zur Verfügbarkeit medizinisch/gesundheitlicher Versorgung in Herkunftsländern

6.5

<i>Herkunftsland</i>	<i>Organisation (Stellungnahme)</i>	<i>Organisationen, die Kontakt zu Projekten im Land haben (Stellungnahme möglich)</i>	<i>Stellungnahme nur bei Aufforderung durch Gerichte möglich</i>
Angola	Medico International		
Albanien		Hammer Forum	
Äthiopien	Institut für Tropenmedizin		
Bangladesch	Institut für Tropenmedizin		
Bulgarien		Deutscher Caritasverband	
Bhutan		Lepra-Mission	
Brasilien	Institut für Tropenmedizin		DED
Bolivien		Terre des hommes	DED
Burkina Faso		Terre des hommes	DED
Burma		Terre des hommes	
Benin			DED
Chile		Terre des hommes	
China (inkl. Taiwan)	Institut für Tropenmedizin		
China V.R.		Lepra-Mission	
Eritrea	Hammer Forum		

■ **Adressen** und vollständige Namen der Organisationen finden Sie im Anschluss an die Tabelle.

<i>Herkunftsland</i>	<i>Organisation (Stellungnahme)</i>	<i>Organisationen, die Kontakt zu Projekten im Land haben (Stellungnahme möglich)</i>	<i>Stellungnahme nur bei Auffor- derung durch Gerichte möglich</i>
El Salvador		Terre des hommes	
Ghana	Missionsärztliches Institut Institut für Tropenmedizin		
Guinea	Institut für Tropenmedizin	Lepra-Mission	DED
Guatemala		Terre des hommes	
Gambia		Terre des hommes	
Indien	Internationales Hilfswerk für Rehabilitation, Institut für Tropenmedizin	Lepra-Mission, Missionsärztliches Institut, Terre des hommes	
Indonesien		Terre des hommes	
Inguschien		Hammer Forum	
Jemen	Hammer Forum		DED
Kamerun	Missionsärztliches Institut		
Kambodscha		Terre des hommes	
Kongo (Rep)	Missionsärztliches Institut	Lepra-Mission	
Kolumbien		Terre des hommes	
Libanon	Medico International		
Laos		Terre des hommes	DED
Mali		Aktion Canchanabury, Terre des hommes	
Malawi	Institut für Tropenmedizin		
Namibia	Missionsärztliches Institut, Institut für Tropenmedizin		DED
Nicaragua	Medico International	Terre des hommes	
Nigeria	Missionsärztliches Institut		
Nepal		Lepra-Mission, Terre des hommes	
Peru		Terre des hommes	
Philippinen		Terre des hommes	
Ruanda			DED
Rumänien		Deutscher Caritasverband	
Südafrika	Missionsärztliches Institut	Institut für Tropenmedizin	
Sierra Leone	Medico International	Missionsärztliches Institut	
Simbabwe		Terre des hommes	DED
Sri Lanka		Südasiensbüro	
Tschetschenien		Hammer Forum	
Thailand	Institut für Tropenmedizin	Terre des hommes Lepra-Mission	
Tschad		Lepra-Mission	
Tansania	Missionsärztliches Institut	Institut für Tropenmedizin	DED
Togo			DED
Türkei	IPPNW		
Uganda			DED
Vietnam	Medizinische Hilfe für Vietnam		DED

■ Adressen zur vorstehenden Tabelle (in alphabetischer Reihenfolge)

Aktion Canchanabury
Leprahilfe Hans Reinhardt e.V.
 Mettestr. 27, 44603 Bochum

DED –
Deutscher Entwicklungsdienst
 Kladower Damm 229,
 14089 Berlin-Kladow
 Tel.: 030 - 368 81 - 0
 Fax: 030 - 368 81 - 271

Deutscher Caritasverband
 Auslandsabteilung (Caritas international)
 Postfach 420, 79004 Freiburg
 Tel.: 0761 - 200 - 333,
 o. 0761 - 200 - 274
 (Sekretariat des Leiters)

Hammer Forum
 Ostenallee 107, 59071 Hamm
 Tel.: 02381 - 986 - 0
 Fax: 02381 - 986 - 555

Institut für Tropenmedizin
der Charité Berlin
 Humboldt-Universität zu Berlin
 Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
 Tel.: 030 - 30116 - 810

Internationales Hilfswerk
für Rehabilitation
 Postfach 1416, 64632 Heppenheim
 Tel.: 06252 - 73 387
 Fax: 06252 - 35 96

IPPNW –
Ärzte in Sozialer Verantwortung
 Körtestr. 10, 10967 Berlin
 Tel.: 030 - 69 80 740
 Fax: 030 - 69 38 166

Lepra-Mission
 Freundeskreis der Aussätzigenarbeit e.V.
 Küferstr. 12, 73728 Esslingen
 Tel.: 0711 - 35 30 73
 Fax: 0711 - 35 08 412

Medico International
 Obermainanlage 7, 60314 Frankfurt/Main
 Tel.: 069 - 944 38 - 0
 Fax: 069 - 436 002
 E-Mail: info@medico.de
www.medico.de

Medizinische Hilfe für Vietnam
 Frau Ursula Ngyen
 Clayallee 339a, 14195 Berlin
 Tel.: 030-802 93 64
 Fax: 030-802 73 45

Missionsärztliches Institut
Würzburg
 Salvatorstr. 7, 97074 Würzburg
 Tel.: 0931-791 29 00
 Fax: 0931-791 28 01
 AG Gesundheitsdienst/HIV/AIDS
 Tel.: 0931-80485 10
 AG ZINK-80482 18
www.uni-wuerzburg.de/mission/institut

Südasienbüro
 Adenauerallee 23, 53111 Bonn
 Tel.: 0228 - 91 25
 E-Mail: suedssienbuero@suedasien.de
www.suedasien.de

Terre des hommes Deutschland
 Postfach 4126, 49031 Osnabrück
 Tel.: 0541 - 71 01 - 1
 Fax: 0541 - 70 72 33

7 AutorInnenverzeichnis

Birgit Behrensen ■ Dipl. Sozialwissenschaftlerin, Universität Osnabrück, wissenschaftliche Begleitung der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung«

Cinur Ghaderi ■ Dipl. Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin

Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs ■ Arzt für Inneres und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Mitarbeit in der Projektgruppe »Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen« und Mitinitiator des Aachener Appells zur Verbesserung der Begutachtung von psychisch gefährdeten Flüchtlingen

Verena Groß ■ M.R.E. der Sozialwissenschaften, Universität Osnabrück, wissenschaftliche Begleitung der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft »SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung«

Dorothee Gwinner ■ Studentin der Sozialpädagogik, Fachhochschule Hildesheim, Praktikantin im SPuK-Projekt

Dr. Ernst-Ludwig Iskenius ■ Arzt und Koordinator von Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.

Gudrun Mane ■ Dipl. Pädagogin, war in zwei aufeinander folgenden Forschungsprojekten von 6/98–5/02 an der

Fachhochschule Hildesheim/ Holzminden/ Göttingen zu »Migration und Alter« und zum Generationenbezug in Migrantenfamilien tätig

Bernd Mesovic ■ Referent bei Pro Asyl

Dr. Gisela Penteker ■ Allgemeinmedizinerin, Mitarbeiterin beim IPPNW (Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges / Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.), darin Mitarbeit im Türkeiprojekt; Vorstandsmitglied des Niedersächsischen Flüchtlingsrates

Eva Schaeffer ■ Dipl. Psychologin, arbeitet als Therapeutin im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf

Ingrid Vogt ■ Sonderschullehrerin, als Unterstützerin von AsylbewerberInnen im Asylverfahren langjährige ehrenamtliche Mitarbeiterin im Nds. Flüchtlingsrat

Ronald Vogt ■ Diplompädagoge, als Unterstützer von AsylbewerberInnen im Asylverfahren langjähriger ehrenamtlicher Mitarbeiter im Nds. Flüchtlingsrat

Dr. Waltraud Wirtgen ■ Psychotherapeutin, Mitglied im IPPNW und Mitarbeiterin im Beratungs- und Behandlungszentrum für Folteropfer Refugio München

Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker ■ Leiter des Gesundheitsamtes Bremen und Mitbegründer von Refugio, psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge in Bremen

Literatur zum Thema

Internationales Zentrum für Menschenrechte der Kurden – IMK e.V.
Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.
Trauma und Therapie
Erfahrungen in der psychosozialen Arbeit mit Überlebenden von Krieg und Gewalt
2004

Hrsg.: Peter Marschalck /
Karl Heinz Wiedel
Migration und Krankheit
Universitätsverlag Rasch,
Osnabrück Juli 2001

Hrsg.: Theda Borde / Matthias David /
Heribert Kantenich
Migration und Gesundheit
Zustandsbeschreibung und
Zukunftsmodelle, Mabuse-Verlag 2001

Magdalena Wille
**»Die völlige Ungewißheit,
was der nächste Tag mir bringt,
beherrscht meine Existenz«**
Zur Lebenssituation von Asylbewerbern:
Gesundheit und Krankheit in der
Landaufnahmestelle Bramsche-Hesepe
Diplomarbeit im Fachbereich Sozial-
wesen an der Katholischen Fachhoch-
schule Norddeutschland, Abteilung
Osnabrück, September 2003

Hrsg.: PICUM, Pro Asyl und
Freudenberg Stiftung
Book of Solidarity Volume/03
Unterstützung für Menschen ohne
Papiere in Deutschland, Belgien, den
Niederlanden und Großbritannien
Juli 2003

Doreen Müller
**Recht auf Gesundheit:
MigrantInnen zwischen exklusiven
Staatsbürgerrechten und
universellen Menschenrechten**
Diplomarbeit, veröffentlicht in: Flücht-
lingsrat (Zeitschrift für Flüchtlingspolitik
in Niedersachsen – Ausgabe 101-2004)

Sepp Graessner /
Mechthild Wenk-Ansohn
Die Spuren von Folter
Eine Handreichung
Schriftenreihe Behandlungszentrum für
Folteropfer 001; Berlin 2000

Sepp Graessner / Norbert Curris /
Christian Pross
Folter
An der Seite der Überlebenden;
Unterstützung und Therapien
Eine Veröffentlichung des Behandlungs-
zentrums für Folteropfer
Verlag C.H. Beck, Berlin 1996

Hrsg.: Martine Vervey
**Trauma und Ressourcen /
Trauma and Empowerment**
Curare Sonderband 16/2001
Curare Special Volume 16/2001
VWB – Verlag für Wissenschaft
und Bildung, Berlin 2001

Hrsg.: Deutsche Rotes Kreuz
**Traumaarbeit mit Flüchtlingen –
Beratung, Betreuung und
Behandlung von traumatisierten
Flüchtlingen.**
Aspekte professionellen Handelns
Materialien zur Traumaarbeit
mit Flüchtlingen
Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe

Dr. İlhan İlkilic

**Begegnung und Umgang
mit muslimischen Patienten**

Eine Handreichung für die
Gesundheitsberufe
Tübingen 2003

Heike Herzog / Eva Wälde

Sie suchten das Leben

Suizide als Folge deutscher
Abschiebungspolitik.
Unrast Verlag, Hamburg/Münster 2004

Angelika Birck

Traumatisierte Flüchtlinge

Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?
Asanger Verlag GmbH,
Heidelberg und Kröning, 2002

Hrsg.: Jürgen Collatz / Winfried
Hackhausen / Ramazan Salman

**Begutachtung im
interkulturellen Feld**

Zur Lage der Migranten und
zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen
und sozialmedizinischen Begutachtung
in Deutschland.

VVB – Verlag für Wissenschaft
und Bildung, Berlin 1999

Hrsg.: Gisela Freese

**Erfahrungen und Modelle erfolg-
reichen Arbeitens mit Migranten
im Gesundheits- und Sozialwesen**

Dokumentation einer Tagung der
Evangelischen Akademie Loccum
in Kooperation mit der Fachhochschule
Hannover vom 9. bis 11. Juli 1999
Loccumer Protokolle 27/99
Rehburg-Loccum 1999

Hrsg.: Catherine Moser / Doris Nyfeler /
Martine Verwey

**Traumatisierungen von
Flüchtlingen und Asyl Suchenden**

Einfluss des politischen, sozialen
und medizinischen Kontextes
Seismo Verlag, Zürich 2001

Hrsg.: Thomas Heise

**Transkulturelle Beratung,
Psychotherapie und Psychiatrie
in Deutschland**

VVB – Verlag für Wissenschaft
und Bildung, Berlin 2002

Hrsg.: Diakonisches Werk Hamburg /
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

**Verfolgung – Flucht –
Sprachlosigkeit**

Umgang mit ärztlichen Gutachten
zu Traumafolgen
ohne Jahr

Hrsg.: Bundesamt für die Anerkennung
ausländischer Flüchtlinge

**Asylpraxis
Traumatisierte Flüchtlinge**

Schriftenreihe des Bundesamtes für die
Anerkennung ausländischer Flüchtlinge,
Band 7
Selbstverlag, Nürnberg 2001

Hrsg.: Ministerium für Frauen, Jugend,
Familie und Gesundheit des Landes
Nordrhein-Westfalen

**Gesundheit von Zuwanderern
in Nordrhein-Westfalen**

Sonderbericht im Rahmen der
Gesundheitsberichterstattung
August 2000

Hrsg.: Radice von Wogau /
Eimmermacher / Lanfranchi
**Therapie und Beratung von
Migranten. Systemisch-
interkulturell denken und handeln**

Seidler, Priv.-Doz. Dr. med. Günter H. /
Hofmann, Arne / Rost, Christine
**Der psychisch traumatisierte
Patient in der ärztlichen Praxis**
in: Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 5
vom 01.02.2002, Seite A-295 / B-234 /
C-221

American Psychiatric Association
**Diagnostisches und Statistisches
Manual psychischer Störungen:
DSM-IV**
Hogrefe, Göttingen 1995

Weltgesundheitsorganisation
**Internationale Klassifikation
psychischer Störungen: ICD 10**
Klinischdiagnostische Leitlinien.
Verlag Hans Huber, Bern 2000

Hrsg.: Institut für Sozialarbeit und
Sozialpädagogik e.V. (ISS e.V.)
**iza – Zeitschrift für Migration
und Soziale Arbeit**
Am Stockborn 5-7
60439 Frankfurt am Main

Hrsg.: Gesunde Städte – Büro des
Gesundheitsamts Essen
Info-Dienst Migration
Vierteljahresschrift
Varnhorststraße 17, 45127 Essen
Fax: 0201/8853135
E-Mail: horst-heinemann@t-online.de

Wolfgang Schild
**Chancen und Grenzen
im Umgang mit traumatisierten
Flüchtlingen im aufenthaltsrecht-
lichen Verfahren**

Dr. Azra Pourgholam-Ernst
**Das Gesundheitserleben von
Frauen aus verschiedenen Kulturen.
Frauen und Gesundheit**
Eine empirische Untersuchung zum Ge-
sundheitserleben ausländischer Frauen in
Deutschland aus salutogenetischer Sicht
Telos Verlag, Münster 2002

Ralf Weber
**Extremtraumatisierte Flüchtlinge
in Deutschland – Asylrecht und
Asylverfahren**
Campus Verlag 1998

Cerci, F.
**Abhängigkeit und Sucht bei
Migranten – ein Kapitel für sich**
päd (7) 2001, S. 241–244

Canadien Paediatric Society
**Children and Youth
New to Canada**
A Healthcare Guide, 1999

Fisek G. O. / Schepker R.
**Kontext-Bewusstheit in der
transkulturellen Psychotherapie:
Deutsche – türkische Erfahrung**
in: Familiendynamik, Heft 4, 2.Jg.,
Okt. 1997, Klett-Cotta, Stuttgart

Gardemann J. / Mashkooie
**Zur Gesundheitssituation der
Flüchtlingskinder in Münster**
Gesundheitswesen 60 (1998) 686–693,
Georg Thieme Verlag

Gardemann J. / Müller W. / Remmers A.

**Migration und Gesundheit,
Perspektiven für Gesundheitssysteme und Öffentliches
Gesundheitswesen –
23. bis 25.3. 2000, Hilden**

Tagungsdokumentation, Handbuch,
Berichte & Materialien Band 17,
Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf

Geiger A:

Migration and Health

Abstract of a report provided for the
European Communities under the title:
»Migration and Health, A Health Status
Report of the Situation in European
Union« Magdeburg 1999,
in Gesundheitswesen 2001: 63
Sonderheft 1: S71–S72

Hegemann T. / Salman R.

Transkulturelle Psychiatrie
Psychiatrie Verlag

Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung
für Ausländerfragen

**Handbuch zum interkulturellen
Arbeiten im Gesundheitsamt**
Berlin/Bonn, März 2000

Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration

Gesunde Integration

Dokumentation der Fachtagung
am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin
Berlin und Bonn, August 2003

Hrsg.: Theda Bode / Mattias David

Gut versorgt?

Migrantinnen und Migranten im
Gesundheits- und Sozialwesen
Mabuse-Verlag GmbH,
Frankfurt/M. 2003

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Verbraucherschutz des Landes
Schleswig-Holstein

**Gesundheitssituation der
Migrantinnen und Migranten
in Schleswig Holstein**

Antwort der Landesregierung
auf die Große Anfrage der Fraktion
Bündnis 90/Die Grünen
vom 21. März 2002

Refugio Schleswig-Holstein

**Gute Praxis der Rehabilitation
von Opfern von Folter und
politisch organisierter Gewalt**

Studie über die aktuelle Situation in
Schleswig-Holstein
Refugio, Königsweg 20, 24103 Kiel

Berger M. / Angenendt J.

**Zur Diagnostik und Ätiopathogenese posttraumatischer
Belastungsstörungen**

In: Fortbildungsreihe der Bundesärztekammer Band 27, 2003, S. 63 ff

Haenel, F.

**Diagnostik, Differentialdiagnostik
und komorbide Störungen bei
Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden**

in: Zeitschrift für Psychotraumatologie
und psychologische Medizin 2.JG Heft 2,
2004, S. 33 ff.

Herlihy, J. / Scragg, P. / Trunner, S.

**Discrepancies in autobiographical
memories - implications for
the assessment of asylum seekers:
repeated interviews study**

British Medical Journal, 321, 324–327,
2002

Herman, J. L.

Die Narben der Gewalt

Traumatische Erfahrungen verstehen
und überwinden
Kindler, München 1996

Leonhard, M. / Foerster, K.

**Probleme bei der Begutachtung
der posttraumatischen
Belastungsstörung**

Der medizinische Sachverständige 99,
2003, S. 150–155

Maercker, A.

**Erscheinungsbild, Erklärungs-
ansätze und Therapiefor-**

schung
in: Therapie der posttraumatischen
Belastungsstörungen
Springer/Berlin/Heidelberg/New York
2003, S. 5 ff.

Markowitsch, H.

Dem Gedächtnis auf der Spur

Vom Erinnern und Vergessen
Darmstadt 2002

Torsten Lucas / Birgit Möller /

Ulrike Heckel

**TherapeutInnen, Flüchtlinge
und Abschiebung**

Zeitschrift für Politische Psychologie
Doppelnummer 4/00 + 1/01

Hrsg.: Landesinstitut für den öffentlichen
Gesundheitsdienst NRW

Interkulturelle

Gesundheitsförderung

Praxisheft zur interkulturellen Gesund-
heitsförderung, Bielefeld 2001

amnesty international

Dossier Heilberufe

Bonn Mai 2000

Verwaltungsrichter Dr. Wolfgang Treiber

**Flüchtlingstraumatisierung
im Schnittfeld zwischen Justiz
und Medizin**

Zeitschrift für Ausländerrecht und
Ausländerpolitik Nummer 8/2002

Hinckeldey / Fischer

**Psychotraumatologie
der Gedächtnisleistung**

Thieme, Stuttgart 2000

Landesvereinigung für Gesundheit

Niedersachsen e.V.

Impulse

Newsletter zur Gesundheitsförderung
4. Quartal, Dezember 2003

Hrsg.: Antirassistische Initiative Berlin

**Bundesdeutsche Flüchtlingspolitik
und ihre tödlichen Folgen –
Dokumentation 1993 bis 2003**

Berlin, 2004

Hrsg.: Bundesarbeitsgemeinschaft

psychosozialer Zentren – Baff

**Richtlinien für die psychologische
und medizinische Untersuchung
von traumatisierten Flüchtlingen
und Folteropfern**

BDP Verlag, 3. Ausgabe 2001

Hans Wolfgang Gierlichs

Psychologische Gutachten:

Wissen über Traumata mangelhaft

in: Deutsches Ärzteblatt, JG 99, Heft 33,
August 2002

Gesundheit von Flüchtlingen – zwischen Staatsinteressen und Patientenwohl – ein Spannungsfeld, in dem sich vor allem die handelnden Personen im Gesundheitswesen befinden.

Ein wesentliches Hindernis für die Erkennung und angemessene Behandlung von Krankheiten sind die Verständigungsschwierigkeiten. Sprachmittlung ist keine Kassenleistung und über kulturelle Missverständnisse fangen wir gerade an, nachzudenken.

Informationen über das Gesundheitssystem hier und seine realistischen Möglichkeiten fehlen den Flüchtlingen. Die Restriktionen in Hinblick auf alle elementaren Lebensinhalte wie Aufenthalt, Wohnen, Ausbildung, Arbeit, Gesundheitsleistungen, Zukunft und die damit verbundenen Folgen sind den BehandlerInnen oft nicht bekannt, ebenso wenig wie die Möglichkeiten, dem entgegen zu wirken.

Für alle, die im skizzierten Spannungsfeld arbeiten, will die vorliegende Dokumentation Denkanstöße geben und Wege aufzeigen.

