



Krankheit als Abschiebehindernis im Spannungsfeld von Politik, Verwaltung, Fachlichkeit und Ethik

Zur Begutachtung ausländischer Flüchtlinge nach dem Ausländerrecht und Aufenthaltsgesetz





Impressum

Krankheit als Abschiebehindernis im Spannungsfeld von Politik, Verwaltung, Fachlichkeit und Ethik

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70, 28203 Bremen

Verantwortlich:

Dr. Gerd Möhlenkamp, Sozialpsychiatrische Abteilung
Dr. Günter Tempel, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Autor:

Hans Heinrich Löhr

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen
Hans-Heinrich.Loehr@gesundheitsamt.bremen.de

Redaktion:

Dr. Gerd Möhlenkamp, Dr. Günter Tempel, Prof. Dr. Jochen Zenker

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen

Auflage: 300
Erscheinungsdatum: 11/2005



Inhalt

Über diesen Bericht	5
1 Die Ausgangssituation	7
2 Der rechtliche Rahmen	8
2.1 Gesetzliche Grundlagen für den Aufenthalt ausländischer Flüchtlinge.....	8
2.2 Abschiebehindernisse.....	9
3 Deutschland als Aufnahmeland	10
3.1 Asylverfahren und Duldungen in Bremen.....	12
3.2 Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina.....	13
3.2.1 Bleibegründe.....	14
3.2.2 Traumatisierte bosnische Flüchtlinge als Sondergruppe.....	14
3.3 Die Beschlüsse der Ständigen Konferenz der Innenminister des Bundes und der Länder zum Bleiberecht von Flüchtlingen.....	15
4 Traumatisierung als Abschiebehindernis	15
4.1 Das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	15
4.2 Diagnoseerstellung bei Flüchtlingen.....	17
5 Die Begutachtung von Flüchtlingen	18
5.1 Der Verfahrensablauf.....	19
5.2 Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen zur Begutachtung.....	19
5.3 Verfahrenstandards des Gesundheitsamtes Bremen bei der Begutachtung.....	20
5.4 Allgemeine Qualitätsstandards im Begutachtungsprozess.....	21
5.5 Externe Beeinflussungsversuche.....	22
6 Sekundäranalyse von Reisefähigkeitsgutachten	23
6.1 Datenbasis.....	23
6.2 Erhobene Merkmale.....	24
6.3 Ergebnisse.....	25
6.3.1 Personenbezogenen Daten.....	25
6.3.2 Trauma-Anamnese.....	27
6.3.3 Formelle Informationen.....	30
6.3.4 Beurteilung der Reisefähigkeit durch den Gutachter.....	30
6.4 Diskussion der Ergebnisse.....	31
7 Reisefähigkeitsuntersuchungen: Ein anspruchsvolles und komplexes Aufgabenfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wünsche, Empfehlungen und Erwartungen an alle Verantwortlichen und Beteiligten	32
7.1 Politik und Gesetzgeber.....	32
7.2 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Ausländerbehörden.....	32
7.3 Anwälte, Initiativen und Kirchen.....	34
7.4 Behandelnde Ärzte, Psychologen und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge.....	35
7.5 Ärztliche und psychologische Gutachter.....	36
7.6 Die Flüchtlinge.....	37
8 Fazit für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen	37
Literatur	39
Anhang	42
Gesetze und Verordnungen	44
Glossar	45
Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	46

G



Über diesen Bericht

In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts nahmen die Flüchtlingsströme insbesondere aus Osteuropa, Asien und Afrika nach Westeuropa deutlich zu. Die Aufnahmebereitschaft der Bundesrepublik Deutschland war zunächst hoch, allerdings wurde bereits 1993, um dem zunehmenden Einwanderungsdruck zu begegnen, das Grundgesetz geändert und die sogenannte Drittstaatenregelung eingeführt. Darüber hinaus wurden vermehrt Ausreiseverpflichtungen ausgesprochen. Diese politischen Entscheidungen und ausländerrechtlichen Maßnahmen zeigten zwar Wirkung in Hinblick auf den laufenden Zuzug von Flüchtlingen, führten aber zunächst wegen des starken kriegsbedingten Zustroms von Flüchtlingen aus Bosnien und Herzegowina zu keinem wesentlichen Rückgang der Flüchtlingszahlen insgesamt. Außerdem ließen sich die als kurzfristige Maßnahme gedachten Aufenthaltsgewährungen nicht so schnell beenden wie geplant, so dass ein großer Teil der Flüchtlinge über einen Zeitraum von sieben Jahren oder länger in Deutschland verblieb.

Nach einem Beschluss der Ständigen Konferenz der Innenminister des Bundes und der Länder wurden seit Ende 2000 durch Bürgerkriegsereignisse schwer traumatisierte Flüchtlinge von der Rückkehrverpflichtung ausgenommen. Daraufhin ließen die Ausländerbehörden Flüchtlinge verstärkt vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) begutachten.

Von den etwa 300 ausländerrechtlichen Gutachten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des hiesigen Gesundheitsamtes im Jahr 2001 angefertigt hatten, wurden 145 systematisch ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten einen sehr hohen Anteil von Posttraumatischen Belastungsstörungen, in der Mehrzahl empfahlen die Gutachter einen weiteren Verbleib in Deutschland. Die Auswertung machte auch deutlich, dass die Begutachtung der Reisefähigkeit ein fachlich und ethisch brisantes Aufgabenfeld darstellt, in welchem die Medizin und die in ihr tätigen Professionellen von zum Teil sehr unterschiedlichen Interessen und Erwartungen umgeben und der Gefahr einer Instrumentalisierung ausgesetzt sind.¹ Die deshalb in Bremen aufgestellten Grundsätze zur Begutachtung ausländischer Flüchtlinge, die auch von den Ärztekammern Bremens und Hamburgs verabschiedet wurden, haben zur Qualitätssicherung und zur Positionierung des ÖGD in diesem schwierigen Aufgabenfeld beigetragen. Alle beteiligten Institutionen haben sich nach ihren jeweiligen politischen Vorgaben und fachlichen Weisungen zu richten. Die daraus resultierenden Selbstverständnisse und Zielsetzungen weichen zum Teil deutlich voneinander ab, so dass Kommunikationsstörungen kaum vermeidbar sind. Missverständnisse können aber leicht zu gegenseitigen Unterstellungen

¹ Vgl. Zenker, J. (2000)



führen.² Um diese Gefahr zu verringern, hat sich eine anlassbezogene Zusammenarbeit bei Achtung der jeweiligen Auftrags- und Rollendifferenzierungen bewährt.

Der vorliegende Bericht beschreibt den historischen, den politischen und den gesetzlichen Kontext der Begutachtung gesundheitlicher Abschiebehindernisse und versucht, nach einer Auswertung der medizinisch-inhaltlichen Qualität ausgewählter Gutachten und einer Problematisierung des Krankheitsbildes der Posttraumatischen Belastungsstörung Kriterien für eine fachlich angemessene Begutachtung zu formulieren. Erreicht werden soll damit eine Versachlichung der Diskussion und ein besseres wechselseitiges Verständnis der Akteure.

² Vgl. dazu Gierlichs, H.W. (2003); Bergmeyer, V., Kaiser, P., Vogel, A. (2004); Korzilius, H., Rabatta, S. (2004)



1 Die Ausgangssituation

Seit Ende der achtziger, Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts nahm der Strom ausländischer Flüchtlinge nach Europa kontinuierlich zu. Angesichts der besonderen geschichtlichen Verantwortung, die aus der Erfahrung mit der NS-Diktatur resultiert, stellte sich die Bundesrepublik mit hoher Bereitschaft auf diese Entwicklung ein. Allein 1992 wurden fast 440.000 Asylanträge gestellt, ein paar Jahre später reisten 350.000 Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Balkan ein. In der politischen Öffentlichkeit gewann das Thema der Begrenzung der Zuwanderung an Gewicht, in der Folge wurde 1993 der Artikel 16 des Grundgesetzes novelliert. Die Einführung der so genannten „Drittstaatenregelung“ war mit einem deutlichen Rückgang der Asylanträge (2004: 40.000) verbunden, die Gesamtzahl der in der Bundesrepublik lebenden Asylbewerber und Kriegsflüchtlinge nahm jedoch wegen der zum Teil geringen Rückkehrbereitschaft der Flüchtlinge nur langsam ab.

Gegen Ende der neunziger Jahre haben die Bemühungen und der Druck der nationalen und regionalen Innenpolitik, die Flüchtlinge in ihre Heimatländer zurückzuführen, stetig zugenommen. Erreicht wurde, dass inzwischen weit über 90 Prozent der 2 Millionen durch den Balkankrieg Vertriebenen in ihre Heimat zurückgekehrt sind, trotz oft unklarer, wenn nicht sogar mit erneuten Gefahren verbundenen Perspektiven.

Wesentliche Gründe, um im Asylverfahren selbst oder bei Ausreisepflicht weitere Duldungen bzw. ein dauerhaftes Bleiberecht beantragen zu können, sind krankheitsbezogene Hindernisse. In diesem Zusammenhang hat das Leiden an einer verfolgungsbedingten schweren posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) einen Bedeutungszuwachs erfahren. Dies geht unter anderem auf einen Beschluss der Innenministerkonferenz (IMK) aus dem Jahr 2000 zurück, der für die nachweisbar unter PTSD leidenden bosnischen Flüchtlinge die Abschiebung aussetzte.

Seit Jahren beauftragen die örtlichen Ausländerämter den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit der Erstellung von Gutachten nach dem Ausländergesetz (seit 1.1.2005: Aufenthaltsgesetz). Die Fragestellungen beziehen sich auf die so genannte „Reisefähigkeit“ der Patienten. Dadurch soll geklärt werden, ob inlandsbezogene Abschiebehindernisse in Form relevanter Erkrankungen vorliegen. Derartige Gutachtaufträge haben seit dem Jahr 2000 deutlich zugenommen. Allein in Bremen stellten 300 Bosnier Anträge, aus Krankheitsgründen in der Bundesrepublik bleiben zu dürfen.



Die Begutachtung der Reisefähigkeit ist eine potenziell brisante Aufgabe: Innenpolitik und Ausländerbehörden verfolgen mit Nachdruck die Zielsetzung, alle Flüchtlinge in ihre Heimat zurückzuführen, es sei denn, eine akute und schwere Krankheit schließe die Transportfähigkeit aus. Ärzte, aber auch Psychologen orientieren sich wiederum an ihrem originären beruflichen Auftrag, Leiden zu lindern und das zu befürworten, was am ehesten körperliche und seelische Gesundung verspricht.

Die Betroffenen selbst, die sie unterstützenden Bürgerinitiativen und die betreuenden Anwälte verfolgen zum Teil eigene Zielsetzungen, die von der Ausländerbehörde kritisch hinterfragt werden und von den Gutachtern schwer einzuschätzen sind. In jedem Fall geht es um Beurteilungen und Entscheidungen mit zum Teil erheblichen Konsequenzen. Einerseits will niemand, dass ein Flüchtling nach Rückkehr in sein Heimatland schwer erkrankt unbehandelt bleibt, retraumatisiert oder sogar verfolgt wird. Andererseits verfolgt die Politik zu Recht das Ziel, dass alle diejenigen, denen es zumutbar ist, zeitnah in ihr Heimatland zurückkehren sollen und sich dort zum Beispiel am Wiederaufbau beteiligen.

2 Der rechtliche Rahmen

Im Mittelpunkt dieses Berichtes stehen Flüchtlinge mit einer befristeten Aufenthaltsgewährung.

Am 1. Januar 2005 trat das Zuwanderungsgesetz in Kraft, das darin enthaltene Aufenthaltsgesetz (AufenthG) ersetzte das bisher gültige Ausländergesetz (AuslG).³ Die Zahl der verschiedenen Typen von Aufenthaltsgenehmigungen verringerte sich, ebenso änderten sich die Bezeichnungen. Nur noch zwei Aufenthaltstitel gelten: Die befristete Aufenthaltserlaubnis sowie die unbefristete Niederlassungserlaubnis.

2.1 Gesetzliche Grundlagen für den Aufenthalt ausländischer Flüchtlinge

Flüchtlinge, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, können in drei Gruppen eingeteilt werden:

- Flüchtlinge, die über eine unbefristete Niederlassungserlaubnis verfügen,
- Flüchtlinge, die über eine befristete Aufenthaltserlaubnis verfügen, und
- Flüchtlinge ohne Aufenthaltstitel.

Befristete Aufenthaltserlaubnisse sind vor allem die Duldung⁴ und der Aufenthalt aus humanitären Gründen⁵. Der Begriff „Duldung“ besagt lediglich, dass der Staat auf die

³ In diesem Abschnitt wird beim Hinweis auf gesetzliche Grundlagen sowohl auf das frühere Ausländergesetz wie auch auf das jetzt geltende Aufenthaltsgesetz verwiesen.

⁴ Ausländergesetz (AuslG) §§ 53,6 bzw. 55,2, ab 2005 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) § 60a



Abschiebung des Ausländers zeitweise verzichtet. Ein „Aufenthalt aus humanitären Gründen“ wird wie die frühere „Aufenthaltsbefugnis“ insbesondere dann gewährt, wenn einer freiwilligen Ausreise und einer Abschiebung Hindernisse entgegenstehen, die der Flüchtling nicht zu vertreten hat. Das kann beispielsweise eine Naturkatastrophe oder ein Bürgerkrieg im Heimatland sein.

Eine Duldung wird längstens für sechs Monate ausgesprochen. Geduldete Flüchtlinge, die schon längere Zeit in Deutschland leben, haben meistens wiederholt einen Antrag auf Verlängerung ihres ausländerrechtlichen Status stellen müssen, manchmal im Abstand von drei Monaten. Dieses Leben „zwischen den Stempeln“ kann eine erhebliche psychische Belastung darstellen, da im Hintergrund immer die Unsicherheit und Sorge besteht, zum Verlassen der Bundesrepublik aufgefordert zu werden. Um der Abschiebung zu entgehen und zumindest eine Duldung zu erreichen, kann ein Flüchtling auf so genannte Abschiebungshindernisse verweisen.⁶ Es darf nicht in ein Land abgeschoben werden, in dem die Gefahr besteht, gefoltert zu werden oder in dem die Todesstrafe droht. Es kann von der Abschiebung abgesehen werden, wenn dort für den Flüchtling eine erhebliche und konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Gefahren, denen die Bevölkerung oder zumindest die Bevölkerungsgruppe des Flüchtlings ausgesetzt ist, werden bei Entscheidungen berücksichtigt.

2.2 Abschiebehindernisse

Die Ausländerbehörde ordnet eine Abschiebung an und führt sie durch.⁷ Die Behörde wird tätig, wenn zur Ausreise verpflichtete Ausländer der Anordnung nicht nachkommen.

Abgeschoben wird auch, wenn aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung eine Überwachung der Ausreise erforderlich erscheint, z.B. bei Straftätern.

Soweit der Ausreisepflicht ein Asylverfahren vorausgegangen ist, stellt ausschließlich das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge⁸ etwaige Abschiebehindernisse bezogen auf das Herkunftsland fest. Die regionale Ausländerbehörde entscheidet über inlandsbezogene Abschiebehindernisse.⁹ Die Ausländerbehörde muss den Sachverhalt ermitteln, wenn es Hinweise gibt, die für ein Abschiebe- oder Vollzugshindernis sprechen. Die Betroffenen sind zur Mitwirkung verpflichtet. Beim Vorliegen von Vollzugshindernissen besteht kein Ermessensspielraum, die ausreisepflichtige Person hat dann einen Rechtsanspruch auf die Erteilung einer Duldung.

⁵ Aufenthaltsgesetz (AufenthG) § 25

⁶ AuslG § 53, ab 2005 AufenthG § 60

⁷ AuslG § 63 Abs. 1, ab 2005 AufenthG § 71 und AuslG § 49, ab 2005 AufenthG § 58

⁸ Früher: Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge

⁹ AuslG § 55 Abs. 2 und Abs. 3, ab 2005 AufenthG § 60a



Die Ausländerbehörde entscheidet eigenständig über gesetzliche Abschiebeverbote im Hinblick auf inlandsbezogene Gründe. In Betracht kommen:

- Familienschutz,¹⁰
- Wohl des Kindes,¹¹ und
- Krankheit.¹²

Eine Erkrankung kann ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis darstellen, wenn die Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Abschiebung zu einer wesentlichen oder sogar lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands führen würde.¹³ Die Gefahr muss sich aus dem Abschiebevorgang und seinen Folgen ergeben; das heißt, die Rückführung würde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit sich bringen. Gefahren durch eine unzureichende medizinische Versorgung im Herkunftsland sind als zielstaatsbezogene Abschiebehindernisse im Rahmen des Asylverfahrens oder im Wege des Wiederaufgreifens dieses Verfahrens zu behandeln.¹⁴ So ist zum Beispiel von der Abschiebung von Dialysepatienten abzusehen, wenn es im Heimatland keine angemessene medizinische Versorgung gibt.

Der Ermessensspielraum der Behörde ist durch höherrangiges Recht begrenzt. Das ist immer dann der Fall, wenn es durch die Abschiebung zu einer erheblichen, konkreten und individuellen Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit kommt. In diesem Fall würde eine Abschiebung gegen die Achtung der Menschenwürde und das Recht auf Leben verstoßen.

3 Deutschland als Aufnahmeland

Deutschland ist eines der wichtigsten Aufnahmeländer für Flüchtlinge. Ende 2003 hielten sich in der Bundesrepublik 1.114.134 Personen auf, die einen Asylantrag gestellt oder die gemäß internationaler Konventionen einen Flüchtlingsstatus mit befristetem Bleiberecht hatten.¹⁵ Damit stand Deutschland vor dem Iran (988.747) und den Vereinigten Staaten (787.410) an zweiter Stelle, lediglich in Pakistan hatten noch mehr Menschen Zuflucht gesucht (1.129.656).

Dabei ist die gegenwärtige Zahl der Flüchtlinge in Deutschland wesentlich geringer als vor gut zehn Jahren, auch die Anzahl der Asylbewerber hat gegenwärtig einen Tiefstand erreicht: Wurden 1992 noch 438.191 Anträge auf Asyl gestellt, waren es im Jahr 2003 nur noch 50.563 Anträge.¹⁶

¹⁰ Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), Art. 6 GG

¹¹ Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG), UN-Kinderkonvention, Haager Minderjährigenschutzabkommen

¹² GG Art. 1, Abs. 1; Art. 2, Abs. 2 und AufenthG § 60a

¹³ Zu Krankheiten als Abschiebehindernis vgl. auch Schöndorf, F., Giese, J.M. (2001)

¹⁴ AuslG § 53 Abs. 3, ab 2005 AufenthG § 60

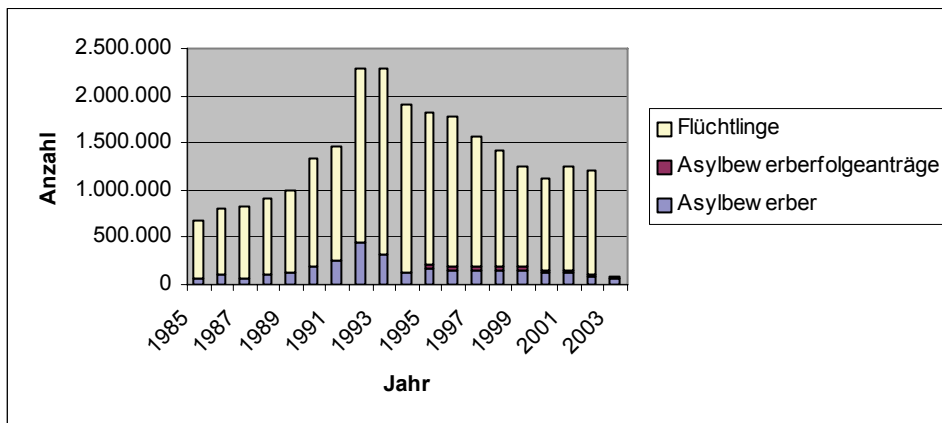
¹⁵ United Nations High Commissioner for Refugees (2004), Table 1

¹⁶ Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003), S. 163



Wesentliche Ursachen für die rapide Zunahme der Flüchtlingszahlen in den neunziger Jahren waren der Zerfall der Sowjetunion, die politischen Umwälzungen in den übrigen Staaten Osteuropas und der Krieg auf dem Balkan. Innerhalb von drei Jahren verdoppelte sich die Anzahl der Flüchtlinge in Deutschland (Abb. 1).

Abb. 1: Flüchtlinge und Asylbewerber in Deutschland



Quellen: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2004), Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (2004)

Ihre Aufnahme wurde zu einem zentralen Thema in der innenpolitischen Auseinandersetzung. Forderungen nach Maßnahmen gegen die zahlreiche Zuwanderung wurden zunehmend lauter, diskutiert wurde die Begrenzung der Aufnahme von Flüchtlingen und eine Änderung des Asylrechts. 1993 einigten sich Bundesregierung und Opposition darauf, den Asylartikel im Grundgesetz durch die „sichere Drittstaatenregelung“ zu erweitern.¹⁷ Danach erhalten Flüchtlinge kein politisches Asyl mehr in Deutschland, wenn sie aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder einem anderen, als sicher geltenden Drittstaat einreisen. Diese Änderung hatte zur Folge, dass deutlich weniger Flüchtlinge nach Deutschland gelangten.

Das Bundesverfassungsgericht bestätigte diese Grundgesetzänderung.¹⁸ Es stellte fest, dass die Änderung des Art. 16 a GG nach wie vor das Grundrecht auf Asyl garantiert. Laut Bundesverfassungsgericht sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) als sichere Drittstaaten qualifiziert. Auch Staaten außerhalb der Europäischen Gemeinschaft gelten als sichere Drittstaaten, wenn dort ein Schutz entsprechend der Genfer Flüchtlingskonvention

¹⁷ Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland, Artikel 16a,

¹⁸ Bundesverfassungsurteil zur Änderung des Art. 16 vom 14.5.1996



und der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten gewährt wird. Das Gericht wies auf das so genannte *Refoulement*-Verbot hin. Danach ist die Abschiebung oder Zurückweisung in solche Staaten, in denen eine Weiterschickung in den Verfolgerstaat droht, unzulässig.

3.1 Asylverfahren und Duldungen in Bremen

Der bundesweite Rückgang der Zahl der Asylanträge in den letzten Jahren wirkte sich auch im Land Bremen aus. Zwischen 2000 und 2003 nahm im Land Bremen die Zahl der Erstanträge von 821 auf 541 ab, die Gesamtzahl der Asylanträge ging um über 38 Prozent von 1.114 auf 687 zurück (Tab. 1).

Tab. 1: Asylanträge im Land Bremen

	Erstanträge	Folgeanträge	Gesamt
2000	821	293	1.114
2001	923	297	1.220
2002	790	238	1.028
2003	541	146	687

Quelle: Vorlage für die Sitzung des Senat am 6.4.2004, Der Senator für Inneres und Sport (2004)

Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der Asylverfahren im Land Bremen zwischen 2000 bis 2003. In knapp sieben Prozent aller Verfahren wurde der Anspruch auf Asyl anerkannt, in etwas über zwei Prozent wurde Abschiebeschutz gewährt und in lediglich einem Prozent wurden Abschiebehindernisse festgestellt.

Tab. 2: Ergebnisse der Asylverfahren

	Entscheidungen gesamt	Asyl- anerken- nung	Abschiebungs- schutz gem. §51.1 AuslG	Feststellung von Abschiebehinder- nissen	Ablehnung	Sonstige Gründe ¹⁹
2000	1.107	90	21	10	652	334
2001	1.205	112	90	4	739	260
2002	1.402	55	57	20	910	360
2003	776	50	25	12	522	167

Quelle: Vorlage für die Sitzung des Senats am 6.4.2004, Der Senator für Inneres und Sport (2004)

¹⁹ z. B. wegen Rücknahme des Asylantrags wurde keine Entscheidung gefällt



Tabelle 3 gibt die Gründe für die Erteilung einer Duldung wieder. In über 15 Prozent der Fälle basiert die Duldung auf einer festgestellten Reiseunfähigkeit vor dem Hintergrund einer entweder beim Antragsteller selbst oder bei Familienangehörigen vorliegenden medizinisch-psychologischen Störung.

Tab 3: Gründe für die Erteilung einer Duldung²⁰

	Fehlende Pässe bzw. Passersatzpapiere	Reiseunfähigkeit	Angehörige sind reiseunfähig	Aussetzung der Abschiebung wg. IMK-Beschluss ²¹	sonstige Gründe ²²	Insgesamt
Personen	1.892	215	337	923	178	3.545
Anteil	53,4%	6,1%	9,5%	26,0%	5,0%	100%

Quelle: Vorlage für die Sitzung des Senats am 6.4.2004, Der Senator für Inneres und Sport (2004)

Die Ausländerbehörde hat außerdem bei 48 Ausländern die Abschiebung ausgesetzt, um die Ausreise gemeinsam mit Ehegatten, Eltern oder minderjährigen Kindern zu ermöglichen. 53 Ausländer haben Asylfolgeanträge gestellt und werden deswegen geduldet. 14 alleinstehende Minderjährige werden geduldet, weil Eltern oder Angehörige nicht ausfindig gemacht werden können.

3.2 Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina

Im April 1992 löste sich Bosnien von Jugoslawien, und der neue Staat Bosnien-Herzegowina entstand. Die seit Jahrzehnten schwelenden Konflikte zwischen den verschiedenen ethnischen und religiösen Bevölkerungsgruppen führten zu offenen Feindseligkeiten, die in einem Bürgerkrieg mündeten. Zahlenangaben über das Ausmaß von Flucht und Vertreibung sind widersprüchlich. Vorsichtigen Schätzungen zufolge flohen etwa 1,2 Millionen Menschen,²³ viele von ihnen ins Ausland. Die Bundesrepublik Deutschland bot mehr als einem Viertel von ihnen Zuflucht. Mit der Aufnahme von knapp 350.000 Menschen aus dem bürgerkriegszerstörten Balkanstaat erbrachte Deutschland eine außergewöhnliche humanitäre Leistung.²⁴

Ende der neunziger Jahre forderte der Bundesinnenminister die Bürgerkriegsflüchtlinge auf, in ihr Heimatland zurückzukehren. Die Rückkehr verlief jedoch schleppend: *„Vor dem Hintergrund einer engagierten Öffentlichkeit entwickelte sich schließlich ein zeitlich gestreckter Rückkehrprozess aus Deutschland, dessen Durchführung im Einzelnen umstritten blieb, im ganzen aber einen Kompromiss zwischen unterschiedlichen Auffassungen und Positionen, nicht zuletzt*

²⁰ Stichtag 31. März 2003, gleiche Quelle

²¹ IMK = Ständige Konferenz der Innenminister des Bundes und der Länder

²² z.B. fehlende Flugverbindung, Lageveränderung in Heimatländern etc.

²³ Zum Vergleich: Im August 2003 hatte die Föderation Bosnien-Herzegowina 4,060 Millionen Einwohner.

²⁴ Berglund, S. (2003), S.64



*zwischen innenpolitischen Zwängen und außenpolitischen Erfordernissen darstellte.*²⁵

Im Jahre 1999 lebten noch etwa 50.000, im Dezember 2001 noch 24.000 und wiederum ein Jahr später weniger als 20.000 Menschen aus Bosnien-Herzegowina in Deutschland.²⁶ Dieses Zahlenverhältnis dürfte in entsprechenden Relationen auch für Bremen gelten. Am 30. August 2003 hielten sich in Bremen noch 373 bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge auf.²⁷ Hiervon besaßen 246 Personen eine Aufenthaltsbefugnis und 124 Personen eine Aufenthaltsgenehmigung aus sonstigen Gründen.²⁸

3.2.1 Bleibegründe

Trotz ungewisser Zukunftsperspektiven kehrten die meisten bosnischen Flüchtlinge in ihre Heimat zurück. Einige wenige entschlossen sich, in der Bundesrepublik zu bleiben. Die Gründe waren unterschiedlich. Je länger das Verlassen der Heimat zurück lag, desto mehr wuchs selbstverständlich die Bereitschaft der Flüchtlinge, sich mit der Situation in Deutschland zu arrangieren.

Im Laufe der etwa sechs Jahre, die sich der Konflikt in Bosnien und Herzegowina hinzog, waren aus Übergangslösungen zum Teil Dauerlösungen geworden. Ältere Kinder besuchten seit vielen Jahren deutsche Schulen und die Fortsetzung der Schullaufbahn in Bosnien war nicht gesichert. Die Kinder lernten die deutsche Sprache und gewöhnten sich an das Leben hierzulande. In einigen Fällen sind in Deutschland neue Lebensgemeinschaften entstanden.

Ein weiterer Aspekt dürfte sein, dass kranke Menschen den Mut und die Kraft verloren, in die Heimat zurückzukehren. Sie lernten darüber hinaus das hohe Versorgungsniveau des hiesigen Gesundheitswesens zu schätzen, sind sie doch auf eine kompetente Behandlung ihrer Leiden angewiesen.

3.2.2 Traumatisierte bosnische Flüchtlinge als Sondergruppe

Ein großer Teil der im Jahr 1999 in Deutschland verbliebenen etwa 50.000 Bosnier gehörte einer von der Innenministerkonferenz als „Problemfälle“ eingestuften Gruppe an. Gemeint sind durch Kriegereignisse traumatisierte Flüchtlinge, ehemalige Lagerhäftlinge oder Zeugen des Internationalen Gerichtshofes in Den Haag. Sie wurden als letzte zur Rückkehr in die Heimat aufgefordert.

Im Deutschen Bundestag wurde im Juli 2000 die Frage debattiert, wieweit Opfern schwerer Menschenrechtsverletzungen die Rückkehr an den Ort der Verfolgungen zumutbar ist. Eine

²⁵ a.a.O., S. 65

²⁶ Vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005), S. 80 sowie die Statistik des Bundesamtes

²⁷ Stadtamt Bremen (telefonische Auskunft)

²⁸ Beispielsweise wegen einer Eheschließung



Initiative von Abgeordneten der CDU, SPD, FDP und der Grünen, die für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge aus Bosnien und dem Kosovo ein Bleiberecht erwirken wollte, erreichte im Parlament eine eindeutige Zustimmung.

3.3 Die Beschlüsse der Ständigen Konferenz der Innenminister des Bundes und der Länder zum Bleiberecht von Flüchtlingen

Ende 1999 beschloss die Ständige Konferenz der Innenminister des Bundes und der Länder (IMK), dass Migranten, die zwischen dem 1. Januar 1990 und dem 1. Juli 1993 eingereist waren, unter bestimmten Bedingungen der Aufenthalt ermöglicht wird; und zwar wenn sie ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln aufbringen können, über ausreichenden Wohnraum verfügen und keine Straftaten begangen haben. Etwa 25.000 Menschen in Deutschland dürften von dieser Regelung betroffen gewesen sein.

Ein weiterer Beschluss der Innenministerkonferenz im November des Folgejahres betraf speziell die bosnischen Bürgerkriegsflüchtlinge. Die Konferenz einigte sich auf ein weiteres Bleiberecht für schwer traumatisierte Flüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina und folgte damit dem Beschluss des Deutschen Bundestages.²⁹

Die Regelung betraf Bürgerkriegsflüchtlinge, die vor dem 15. Dezember 1995 in das Bundesgebiet einreisten, durch Bürgerkriegserlebnisse schwer traumatisiert waren und sich in fachärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befanden. Die Regelung umfasste auch Flüchtlinge, die schon wegen geltend gemachter Traumatisierung geduldet wurden. Ihnen wurde der Aufenthalt im Bundesgebiet durch Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis ermöglicht.

4 Traumatisierung als Abschiebehindernis

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)³⁰ im engeren Sinne oder weitere Traumatisierungsfolgen mit Krankheitswert werden, wenn sie durch entsprechende medizinische oder psychologische Gutachten belegt worden sind, von den Ausländerbehörden meist als Abschiebehindernis anerkannt.

4.1 Das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

Auslöser einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind Naturkatastrophen oder von Menschen verursachte Schrecken, beispielsweise eine Kampfhandlung oder ein schwerer Unfall. Die Opfer von Erdbeben und Flutwellen, von Krieg, Folter und Terror, aber auch die Zeugen des gewalt-

²⁹ Vgl. Bundesministerium des Innern (Hg.) (2002), S. 39

³⁰ Gebräuchlich ist die Abkürzung „PTSD“ für die englische Bezeichnung „posttraumatic stress disorder“. Die Posttraumatische Belastungsstörung ist auch unter den Abkürzungen „PTB“ oder „PTBS“ geläufig.



samen Todes anderer Menschen können an einer Posttraumatischen Belastungsstörung erkranken.

Die Symptome einer Krankheit, die man heute als Posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet, sind schon lange bekannt. Bereits im Altertum gab es Berichte über ungewöhnliche psychische Reaktionen nach seelisch belastenden Ereignissen.³¹ Vielen Soldaten des Ersten Weltkrieges wurde ein „Schütteltremor“ infolge eines „Granatenschocks“ attestiert, als „Kriegszitterer“ gehörten sie damals zum Alltag.³² Sie wurden deshalb so genannt, weil sie als psychosomatische Reaktion auf die in den Kämpfen erlittenen Traumata zu zittern begannen und dies nicht abstellen konnten. Bei Beobachtungen in und nach späteren Kriegen, bei überlebenden Opfern staatlicher Verfolgung und Vernichtung wie des Holocaust, bei den Überlebenden der Atombombenabwürfe auf Hiroshima und Nagasaki zeigten sich bei einem Teil der Betroffenen die Symptome, die zunächst noch unter den Begriffen „KZ-Syndrom“ bzw. „Survivor-Syndrome“ zusammengefasst wurden.³³

Verschiedene gesellschaftliche Bewegungen in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sorgten dafür, dass die Posttraumatische Belastungsstörung als seelische Erkrankung anerkannt wurde. Zum einen wollten sich in den USA traumatisierte Veteranen des Vietnamkrieges nicht mehr als Schwächlinge, die zu seelischer Dekompensation (Zusammenbruch) und sogar zum Drogenkonsum neigen, abstempeln lassen. Hinzu kamen Impulse aus der Forschung³⁴ und Initiativen von Professionellen, die sich für die Einrichtung spezieller Behandlungsangebote schwerst Traumatisierter einsetzten³⁵

Die Posttraumatische Belastungsstörung als Krankheitsdefinition ist erst seit 1980 ein fester Bestandteil internationaler Diagnoseklassifikationen. Die internationale Klassifikation psychischer Störungen gemäß ICD 10 (International Classification of Diseases) definiert die Posttraumatische Belastungsstörung als *„verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“*³⁶

Die PTSD ist folglich sowohl an anamnestische Angaben als auch an spezifische Symptomkonstellationen gebunden. Überschneidungen mit anderen psychiatrischen Krankheiten, wie zum Beispiel der Anpassungsstörung, sind häufig und schwer zu differenzieren. Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist maßgeblich charakterisiert durch

³¹ Nyberg, E. (2005), S. 25

³² a.a.O., S. 25

³³ a.a.O., S. 25

³⁴ Keilson, H. (1979)

³⁵ Gründung des Rehabilitation Centre for Torture Victims (RCT) in Kopenhagen 1972

³⁶ Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (2000), S. 169



- aufdrängendes Wiedererleben des Erlittenen,
- Vermeidung traumarelevanter Reize bzw. reduzierte emotionale Reagibilität, und
- Übererregtheit (körperlich, emotional, kognitiv).

Die Diagnose ist dann korrekt, wenn die Erkrankung eindeutig als Folge eines tiefgreifenden belastenden Ereignisses identifiziert werden kann.

Die frühere Annahme, dass die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nur bei Personen mit bereits präorbider psychischer Auffälligkeit vorkommt, gilt allgemein als widerlegt. Die Ausprägung der PTSD kann allerdings zum Beispiel durch eine erhöhte Vulnerabilität (Verletzlichkeit) verstärkt werden. Es besteht heute Übereinstimmung, dass die Störung auch bei psychisch stabilen Personen auftreten kann, wenn sie mit außergewöhnlich verletzenden und kränkenden Situationen konfrontiert waren.

4.2 Diagnoseerstellung bei Flüchtlingen

Es ist schwierig, bei Opfern von Folter oder Krieg eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren. Das Trauma auslösende Ereignis liegt möglicherweise lange zurück, es wurde selten offiziell dokumentiert und wird von den Betroffenen zunächst meist nicht in den Zusammenhang mit ihren aktuellen Beschwerden gestellt. Hinzu kommt, dass viele Traumatisierte die Erinnerung und die Darstellung des Durchlittenen vermeiden, da dies häufig mit Scham und der Zunahme der Beschwerden verbunden ist. Für den behandelnden Arzt oder Psychologen wie für den Gutachter besteht somit die Notwendigkeit, bei der Anamneseerhebung einerseits behutsam, andererseits aber auch aktiv explorierend vorzugehen, um die für eine genaue Diagnostik erforderlichen Informationen zu erhalten: *„Nicht geschulte Gutachter neigen dazu, ein Trauma wegen der inneren Abkapselung, dem fragmentarischen Charakter traumatischer Erinnerung und dem Vermeidungsverhalten Traumatisierter nicht wahrzunehmen. Um schwer traumatisierten Menschen gerecht zu werden, bedarf es spezieller Gesprächstechniken und Untersuchungsmethoden.“*³⁷

Erschwert wird die eindeutige Diagnosestellung auch dadurch, dass die Reaktion auf ein belastendes Erlebnis nicht zwangsläufig eine posttraumatische Belastungsstörung sein muss, denn die individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten können erheblich differieren. So gibt es auch wenige Betroffene, die keine PTSD entwickeln, da sie offensichtlich über genügend protektive, das heißt gesunderhaltende Fähigkeiten verfügen und/oder sich in einer existenziell sicheren Lebenssituation befinden.

³⁷ Gierlichs, H.W. (2002), S. 403



Ein wesentliches Merkmal einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist das ungewollte Wiedererleben des Traumas. Es treten die gleichen sinnlichen Eindrücke, etwa bestimmte Bilder, Geräusche, Geschmacksempfindungen und Körperwahrnehmungen, sowie gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionsweisen auf wie zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses. Dieses wird als sehr belastend erlebt. Eine Konsequenz kann sein, dass traumatisierte Menschen möglichst alles meiden, was eine Aktualisierung des Traumas provozieren könnte.

5 Die Begutachtung von Flüchtlingen

Gutachten entsprechen in Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren der Aussage eines Sachverständigen. Ein Sachverständiger trägt durch seine Information dazu bei, Ursache, Beschaffenheit und Ausmaß eines Schadens, einer Verletzung oder einer Erkrankung darzustellen. Er stellt Fakten fest und stellt Zusammenhänge dar, verändert nichts an den Gegebenheiten und beantwortet nach eigenem Wissen und Gewissen die ihm gestellten Fragen. Ein Gutachten ist ein Beweismittel. Manche Ärzte, die als Gutachter bestellt werden, müssen sich an diese distanzierte Rolle erst gewöhnen: *„Für Mediziner oft schwer nachvollziehbar ist die Tatsache, dass die Ermessensträger, ob Richter oder Verwaltungsbeamte, zur Bildung eines eigenen Urteils verpflichtet sind und sich keinesfalls auf vorliegende Aussagen und besondere Schlussfolgerungen des Gutachters blind berufen dürfen. Jedes Gutachten muss daher vollständig und in allen Aspekten auch für medizinische Laien nachvollziehbar sein...“*³⁸

Die Begutachtung eines möglicherweise traumatisierten Menschen bedeutet in jedem Einzelfall eine intensive Auseinandersetzung mit der einzelnen Persönlichkeit. Neben sensibler Vorgehensweise und hoher fachlicher Qualifikation ist eine ausreichende Erfahrung bei der Begutachtung und Diagnoseerstellung unabdingbar.

Für die Begutachtung der Reisefähigkeit ist vor allem das aus der Störung resultierende Gesundheitsrisiko von Bedeutung. Eine zusätzliche Gefährdung entsteht aus der individuellen Reaktion auf die Vorstellung, in das Heimatland zurückkehren zu müssen, denn: *„Das Heimatland symbolisiert die Bedrohung, unabhängig von der realen Bedrohung. Sie ist immer da, wenn der Betreffende auch nur daran denken muss. Für traumatisierte Menschen bedeutet eine Abschiebung, dass sie zwangsweise mit den Orten des Traumas und möglicherweise mit Personen konfrontiert werden, die zum Kreis der Täter gehören könnten. Diese Erfahrung kann extrem schmerzhaft sein und eine erneute schwere Traumatisierung darstellen. Dieser Gefahr sind sich manche Traumatisierte durchaus bewusst. Es sollte von den vielen Institutionen, die mit traumatisierten Menschen zu tun haben, erkannt werden, dass psychologische Realität*

³⁸ Gardemann, J., Salman, R. (2002), S. 647



sich nicht immer mit der tatsächlichen Realität deckt und das erstere für das psychische Befinden eines Menschen wichtiger ist.“³⁹

5.1 Der Verfahrensablauf

Die örtliche Ausländerbehörde hat, wie in Kapitel 2.2 beschrieben, zu ermitteln, ob einer Abschiebung Hindernisse im Sinne des Ausländerechtes bzw. des Aufenthaltsgesetzes entgegenstehen. Ist dies der Fall, dann besteht ein Rechtsanspruch des ausreisepflichtigen Flüchtlings auf die Erteilung einer Duldung. Die Einschätzung, inwieweit eine Krankheit im Falle einer Abschiebung eine erhebliche, konkrete und individuelle Gefahr für Leib und Leben des Flüchtlings bedeuten würde, erfordert jedoch medizinische Fachkenntnisse, die in der Behörde meist nicht vorhanden sind.

Handelt es sich um die Beurteilung komplizierter medizinisch-psychologischer Sachverhalte, kann die Ausländerbehörde einen Gutachter beauftragen. In Bremen erhält das örtliche Gesundheitsamt derartige Aufträge. Liegen organische Erkrankungen vor, erstellt die Abteilung „Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene“ die Expertisen. Handelt es sich um seelische Erkrankungen, wird der Sozialpsychiatrische Dienst (SpsD) mit der Begutachtung betraut. Zwar lautet der übergeordnete Auftrag die Beurteilung der Reisefähigkeit, im Detail geht es aber um die viel komplexere Frage, ob aus gesundheitlicher Sicht eine Rückführung in das Herkunftsland ohne Risiken für Leib und Leben der Betroffenen (Patienten) möglich ist.

5.2 Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen zur Begutachtung

Im Juni 2000 formulierte die Leitung des Gesundheitsamtes Bremen Grundsätze zur Erstellung von Reisefähigkeitsgutachten.⁴⁰ Sie stellen keine fachliche Weisung dar, sondern dienen der Orientierung in einem Feld komplexer politischer, juristischer, fachlicher und ethischer Zusammenhänge. Die Gutachter prüfen vorgelegte schriftliche Unterlagen auf Wahrscheinlichkeiten und Plausibilitäten. Sie haben exakt die Anamnese zu erheben, vertiefende Diagnostik und Differentialdiagnostik vorzunehmen, um zu einer eigenständigen und unabhängigen Bewertung des Krankheitsbildes zu gelangen. Es gilt objektiv zu bewerten und darzustellen, welche Anhaltspunkte auf ein etwaiges Abschiebehindernis hinweisen. Falls dies nicht „mit letzter, objektiv nachzuweisender Exaktheit“ möglich ist, wird den Gutachtern empfohlen, im Zweifelsfall die Maßnahmen vorzuschlagen, die aus ärztlicher Sicht eine Minimierung der Gesundheitsgefährdungen bewirken können.

Von der Amtsleitung wird hervorgehoben, dass es nicht Aufgabe der amtsärztlichen Gutachter sei, ausdrückliche Beweise zu sammeln, die auf etwaige Unglaubwürdigkeiten hinweisen

³⁹ Kizilhan, I. (2001), S.11

⁴⁰ Gesundheitsamt Bremen, Amtsleitung (2000) (siehe Anhang). Vgl. auch Zenker, J., Hilbert, T. (2000)



könnten. Das Gesundheitsamt ist grundsätzlich neutral. Neben der fachlichen Qualifikation ist ausreichende Erfahrung der Gutachterinnen und Gutachter eine zentrale Voraussetzung, um Gutachten zu erstellen. Des Weiteren müssen sich die Gutachterinnen und Gutachter über ihre Rolle im Verfahren ebenso wie über ihren Auftrag im klaren sein. Eine stetige Reflektion von Auftrag und Rolle ist demzufolge unabdingbar und der Interessengegensatz zwischen dem zu begutachtenden Flüchtling und der Auftrag gebenden Ausländerbehörde zu beachten. Die Amtsleitung geht davon aus, dass die Kombination dieser besonderen Qualifikation mit der Neutralität der Gutachter das Gesundheitsamt zur Durchführung amtlicher, ärztlicher Gutachten bei Migranten prädestiniert. Schließlich bedeutet das Prinzip der amtsärztlichen Unabhängigkeit, sich dennoch der Gefahr einer Instrumentalisierung durch Dritte bewusst zu sein und dieser, wenn notwendig, mit Nachdruck zu begegnen.

Die modernen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen nahezu jede Art von Krankentransport, darum stellt sich die Frage nach der Transportfähigkeit im engeren Sinne nicht. Für die Gutachten relevant ist dagegen die Frage, ob eine Krankheit dann ein Abschiebehindernis darstellt, wenn mögliche gesundheitliche Folgen körperlicher und seelischer Art berücksichtigt werden, die sich aus der Abschiebung ergeben könnten. Die Bremer Ärztekammer hatte sich mit den Grundsätzen des Gesundheitsamtes bereits kurze Zeit nach deren Formulierung befasst und ihnen zugestimmt. Ergänzend stellte sie zwei Jahre später fest: *„Es ist mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nur vereinbar, wenn im Rahmen der Begutachtung des für die Abschiebung vorgesehenen Häftlings sein gesamter gesundheitlicher Zustand betrachtet wird. Dazu gehören auch und vor allem traumatische bedingte Gesundheitsstörungen. Eine Reduktion auf eine reine „Flugreisetauglichkeits-Untersuchung“ ist danach nicht zulässig.“*⁴¹

Auch außerhalb Bremens fand die Haltung des Bremer Gesundheitsamtes und der hiesigen Ärztekammer Zustimmung. So appellierte die Ärztekammerversammlung Hamburgs an den dortigen Senat, die Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen zur Begutachtung von Migranten zu übernehmen.

5.3 Verfahrenstandards des Gesundheitsamtes Bremen bei der Begutachtung

Im September 2000 entwickelte die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Bremen eine Systematik zur Abfassung eines Gutachtens. Dieses Regelwerk orientierte sich am *„Fragenkatalog zu Begutachtungen und Stellungnahmen mit notwendigen Erläuter-*

⁴¹ Ärztekammer Bremen (2002)



ungen der Kriterien für die Verwendung im konkreten Einzelfall“,⁴² der im Auftrag des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge erarbeitet wurde.

Einige der früheren Gutachten enthielten Ausführungen, die über die Beantwortung der Fragen hinausgingen, die von der Auftrag gebenden Behörde gestellt wurden. Aus diesem Grund wird in der vom Gesundheitsamt entwickelten Systematik gleich zu Beginn angemahnt, sich auf eine klare und eindeutige Beantwortung der gestellten Frage zu konzentrieren. Allerdings ist aus der Gutachtenanforderung nicht immer eine Fragestellung eindeutig erkennbar. In diesem Fall sind die Gutachter angehalten, Rückfragen beim Ausländeramt, beim Bundesamt oder beim Gericht zu stellen. Ist das nicht möglich, wird zur „selbständigen Ausformulierung“ der Fragestellung aufgefordert. So ist zumindest gesichert, dass die Gutachteraussage und der inhaltliche Zusammenhang eindeutig sind.

Der nächste Teil der Systematik geht gezielt auf die Posttraumatische Belastungsstörung ein. Unter der Hauptfrage „Wie ist die Erkrankung gutachtlich zu beurteilen?“ ist darzustellen, welche Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung im konkreten Einzelfall vorkommen. Die Rahmen geben die Diagnoseleitlinien von ICD 10 und / oder DSM III R vor.⁴³ Die Gutachter sollen darstellen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Störung durch die angegebenen Ereignisse ausgelöst wurde. Hinweise zur Therapie der Störung sind zu benennen, ebenso Maßnahmen, die zu einer Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes führen würden.

Im dritten und letzten Teil der Systematik geht es um die Beurteilung von Behandlungsmöglichkeiten. Eingeleitet von der Frage „Welche Erkrankung liegt vor?“ wird untersucht, welche konkrete Behandlung erforderlich ist, und wie und unter welchen Bedingungen die Behandlung im Heimatland gewährleistet sein könnte. Sollte eine solche Behandlung nicht möglich sein, sind die Konsequenzen fehlender oder unzureichender Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

5.4. Allgemeine Qualitätsstandards im Begutachtungsprozess

Entscheidend für die Qualität von Gutachten sind die Arbeitsweise und die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter. Um die Qualität von Gutachten sicherzustellen, hat eine aus Psychiatern und Psychotherapeuten bestehende Arbeitsgruppe gemeinsam mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) und dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge

⁴² Lindstedt, L. (2001)

⁴³ Das DSM-III R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist ein von der American Psychiatry Association herausgegebenes und 1991 in Deutschland erschienenes Handbuch zu psychischen Störungen (American Psychiatric Association (Ed.) (1987))



„Standards für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“, kurz SBPM-Standards, entwickelt.⁴⁴ Voraussetzung für die Anerkennung als Gutachter ist demnach die Approbation als ärztlicher bzw. psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Als Nachweis für die Berufserfahrung gelten mindestens fünf Jahre Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Klinik, Praxis oder einer Beratungsstelle.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt eine verbindliche Fortbildung, die allgemeine gutachterliche Kenntnisse sowie rechtliche und ethische Rahmenbedingungen vermittelt. Hinzu kommen Kenntnisse der Psychotraumatologie und der Formen traumatisierender Gewalt. Vom Gutachter wird erwartet, dass er über den rechtlichen, politischen und ethischen Rahmen der Begutachtung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren informiert ist.⁴⁵

Die im SBPM-Standard genannten Bedingungen werden in Bremen weitgehend erfüllt.

5.5 Externe Beeinflussungsversuche

Durch die Aktivitäten von Flüchtlingsinitiativen und anderer Organisationen, die sich in Flüchtlingsfragen engagieren, kann öffentlicher Druck auf die beteiligten Behörden, aber auch auf die Gutachter entstehen: *„Die Gutachterinnen und Gutachter im ÖGD befinden sich besonders bei der migrationsspezifischen Begutachtung im Spannungsfeld zwischen den Erwartungen der auftraggebenden Dienststelle, den Hoffnungen der zu begutachtenden Migranten und zusätzlich oft den Einflüssen lokaler ehrenamtlicher Gruppierungen und Unterstützerguppen. Gerade in Fällen der drohenden Abschiebung kann der Gutachterauftrag vor einem bereits auch emotional und öffentlichkeitswirksam eskalierten Hintergrund erfolgen, wie das Beispiel des Kirchenasyls immer wieder zeigt.“*⁴⁶

Nicht nur die Qualität der Gutachten, sondern auch der Schutz der gutachterlichen Unabhängigkeit vor jeder Art von Einflussnahme ist von besonderer Bedeutung. Nur so lässt sich ein objektives und gesetzeskonformes Verfahren gewährleisten.

⁴⁴ Projektgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (SBPM)“ (2002). Zu Richtlinien siehe auch Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2001)

⁴⁵ Gierlichs, H.W. (2002)

⁴⁶ Gardemann, J., Salman, R. (2002), S. 648

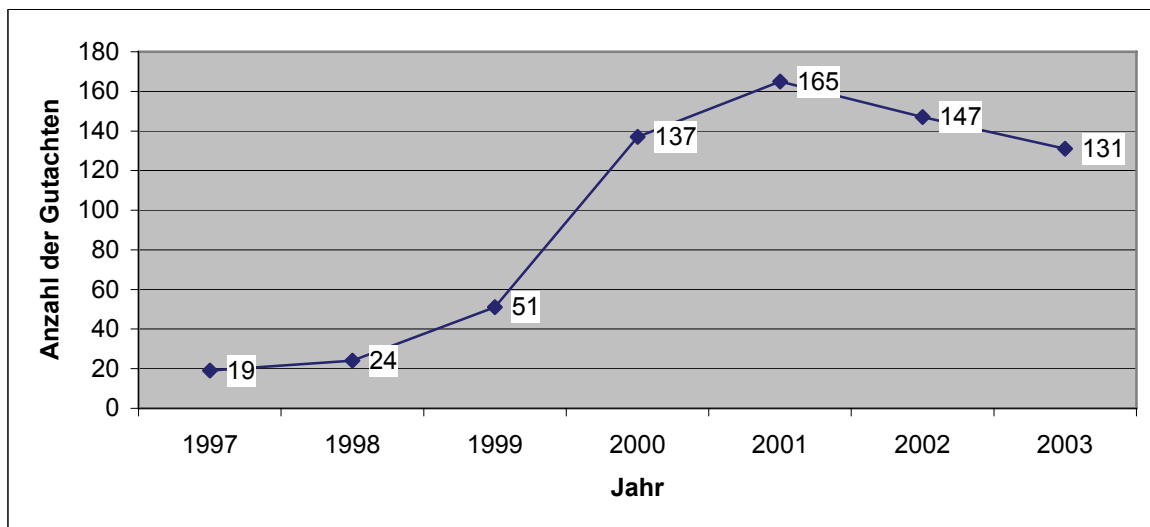


6 Sekundäranalyse von Reisefähigkeitsgutachten

Im Juli 2001 sichtete eine Arbeitsgruppe am Gesundheitsamt Bremen 145 verfügbare Gutachten und die dazugehörigen Unterlagen. Diese Dokumente wurden im April 2002 mit Hilfe eines hierfür entwickelten Erhebungsbogens ausgewertet. Ziel der Erhebung war es, Informationen über das Krankheitsspektrum, die Ursachen und die Schwere der gesundheitlichen Störungen bei Flüchtlingen zu gewinnen. Ferner sollte die Auswertung Aufschluss geben über die Struktur- und Prozessqualität der Gutachtenerstellung.

1997 wurden vom Gesundheitsamt lediglich 19 Gutachten erstellt, die sich mit gesundheitlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Aufenthaltsrecht eines Ausländers befassten. In den darauf folgenden Jahren stieg die Zahl der angeforderten Gutachten, 2001 erstellte das Gesundheitsamt 165 Gutachten. Seitdem ist die Anzahl der erstellten Gutachten zwar rückläufig, liegt aber mit 131 Gutachten im Jahr 2003 deutlich über dem Niveau der neunziger Jahre (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Erstellte Gutachten zur Reisefähigkeit



Quelle: Jahrestatistiken des Gesundheitsamtes Bremen

6.1 Datenbasis

Einbezogen wurden alle verfügbaren Unterlagen, die die Gutachterinnen und Gutachter angefertigt hatten. Neben den Gutachten selbst handelte es sich um Vermerke und Notizen zu den Gesprächen mit den untersuchten Flüchtlingen oder deren Bezugspersonen. Zusätzlich wurden die vorliegenden Atteste und Berichte von Ärzten, Psychotherapeuten oder anderen betreuenden Einrichtungen gesichtet. Von der Ausländerbehörde überlassene Unterlagen



wurden ebenfalls berücksichtigt, des Weiteren wurde der Zeitaufwand für die Gutachtenerstellung sowie die Anzahl der Kontakte mit dem Flüchtling dokumentiert.

6.2 Erhobene Merkmale

Der Erhebungsbogen war in fünf Themenbereiche gegliedert:

Personenbezogene Daten: Dieser Themenkomplex enthielt neben dem Namen Angaben zum Geschlecht, zum Geburtsjahr, zum Familienstand, zur Konfession, zur Heimatregion, zum Jahr der Einreise, zur Dauer der Flucht, zum Lageraufenthalt und ggf. zu dessen Dauer, zur Anzahl, zum Alter und zum Aufenthaltsort der Kinder, zu nahen Verwandten, die in der Heimat im gemeinsamen Haushalt lebten und zu deren aktuellen Verbleib, zu der Wohnsituation in Deutschland und deren Bewertung.

Trauma-Anamnese: Hier wurde der Frage direkt oder indirekt erlebter seelischer und körperlicher Gewalterfahrung in Form von Misshandlungen, Folter oder Vergewaltigung nachgegangen.

Gesundheitliche Störungen: In diesem Fragenblock wurde ermittelt, welche gesundheitlichen Störungen die Gutachter diagnostizierten. Die Erhebung unterschied zwischen den vom Flüchtling genannten Befindlichkeitsstörungen und somatischen Störungen und der Diagnose des Gutachters entsprechend ICD 10.⁴⁷ Erhoben wurde auch, ob und wo eine ständige ärztliche Behandlung erfolgte, wie die Prognose des Gutachters im Fall einer Rückführung lautete und welche weiteren Gründe gegen eine Rückführung sprachen.

Formelle Information: Hier wurden Informationen zur Profession der Gutachter und zur Notwendigkeit eines Dolmetschereinsatzes erhoben. Des Weiteren erfasst wurde die Zahl ausgesprochener Duldungen, die Zahl vorliegender Rückführungsaufforderungen, die Anzahl der Verwaltungsgerichtsverfahren und die Zahl bisher erstellter Gutachten.

Beurteilung der Reisefähigkeit durch den Gutachter: Hier wurde dokumentiert, ob die Gutachterin bzw. der Gutachter den Flüchtling als reisefähig einschätzte, welche Prognose für die Dauer der Nicht-Reisefähigkeit abgegeben und ob bzw. wann eine erneute Prüfung vorgeschlagen wurde. Abschließend wurde das Gutachten auf humanitäre Appelle hin untersucht.

Bei der Datenerhebung stellte sich heraus, dass die gefragten Informationen in den Akten nur selten komplett vorlagen. Hierbei handelt es sich um ein typisches Problem bei der Arbeit mit Sekundärdaten. Dieses Problem hat damit zu tun, dass die ursprüngliche Erhebung (hier: die Gutachtenerstellung) zu einem anderen Zweck und in einem anderen Kontext erfolgte. Im

⁴⁷ vgl. dazu Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (2000) , S. 169 f



nachhinein herangetragene Informationswünsche lassen sich daher zwangsläufig nur lückenhaft befriedigen.

Unvollständige Informationen stellen natürlich immer ein Manko dar. Allerdings decken sich die hier gewonnenen Angaben mit den Erfahrungen und Wahrnehmungen aller im Begutachtungsprozess Beteiligten, durch fehlende Informationen hervorgerufene systematische Verzerrungen sind daher unwahrscheinlich. Insofern bilden erhobenen Daten den Begutachtungsprozess und dessen Ergebnisse a priori zufriedenstellend ab und liefern die gewünschten Informationen über die Zielgruppe. Die relativ große Anzahl nahezu zeitgleich durchgeführter Gutachten bietet daher einen durchaus generalisierbaren Überblick über das Aufgabengebiet und die Problemstellungen der Reisefähigkeitsbegutachtungen.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Personenbezogenen Daten

Fast 85 Prozent der Flüchtlinge stammten aus Bosnien-Herzegowina. Das Gros der begutachteten Flüchtlinge war zum Zeitpunkt der Flucht zwischen 22 und 41 Jahre alt, eine für Flüchtlinge typische Altersverteilung. Diese Menschen sind noch jung genug, um sich auf die Suche nach einer neuen Heimat einstellen zu können, und sie sind in einem Alter, in dem sie den Belastungen einer Flucht besser gewachsen sind als Jüngere oder Ältere. Tabelle 4 zeigt die Altersverteilung zum Zeitpunkt der Begutachtung, bei der Einreise waren die Flüchtlinge durchschnittlich 5 bis 8 Jahre jünger.

Tab. 4: Lebensalter und Geschlecht:

Alter	Gesamt		Männer		Frauen	
	n	%	n	%	n	%
< 30	12	8,3	5	8,6	7	8,0
30 - 39	48	33,1	16	27,6	32	36,8
40 - 49	48	33,1	23	39,7	25	28,7
> 49	37	25,5	14	24,1	23	26,5
Gesamt	145	100	58	100	87	100

Quelle Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

Fast alle begutachteten Flüchtlinge (92 Prozent) reisten in den Jahren zwischen 1992 und 1995 nach Deutschland ein (vgl. Tab. 5).



Tab. 5: Jahr der Einreise

Jahr der Einreise	Personen	
	n	%
vor 1992	4	2,9
1992 – 1995	125	91,9
nach 1995	7	5,2
Gesamt	136	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

Die meisten Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Balkan erhielten den aufenthaltsrechtlichen Status befristeter Duldungen (zwischen 3 Monaten und 1 Jahr). Bei etwa einem Fünftel der Flüchtlinge wurden die Duldungen 15-mal und häufiger verlängert (vgl. Tab. 6), eine Prozedur, die mit zum Teil erheblichen existentiellen Ängsten und Unsicherheiten verbunden ist.

Tab. 6: Anzahl der Duldungen⁴⁸

Anzahl der Duldungen	Personen	
	n	%
0 - 6	12	18,2
7 - 14	41	62,1
15 - 20	13	19,7
Gesamt	66	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

Die Häufigkeit befristeter Duldungen deutet darauf hin, dass es sich hier um besonders traumatisierte Flüchtlinge gehandelt haben dürfte. Aufgrund politischer Vorgaben und administrativer Verfügungen wurden schwer geschädigte und kranke Flüchtlinge als Letzte zur Ausreise aus Deutschland aufgefordert.

Lageraufenthalte oder Internierungen gelten als Hinweise, dass die Flüchtlinge Verfolgungen und Misshandlungen erleiden mussten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung geführt haben. 95 Gutachten enthielten Angaben über einen Lageraufenthalt, in 60 Gutachten wurde eine Internierung erwähnt (vgl. Tab. 7).

⁴⁸ In 79 von 145 Gutachten gab es zu diesem Punkt keine Angaben.



Tab. 7: Lageraufenthalt

Lageraufenthalt	Personen (n)	%
Ja, mit IRK ⁴⁹ -Registrierung	15	15,8
Ja, ohne IRK-Registrierung	6	6,3
Ja, ohne Angabe einer Registrierung	39	41,1
Nein, kein Lageraufenthalt	35	36,8
Gesamt	95	100

Quelle: Gutachtauswertung Gesundheitsamt 2002

Die Dauer des Lageraufenthaltes wurde nur selten in die Gutachten aufgenommen. Lediglich 26 Gutachten enthielten Angaben dazu, 10 Flüchtlinge verbrachten zwischen 4 Monaten und 2 Jahren in einem Lager.

6.3.2 Trauma-Anamnese

Anamnestische Hinweise auf Gewalterfahrungen der Flüchtlinge nahmen in den Gutachten unterschiedlich großen Raum ein. Es ist zu vermuten, dass nicht alle Flüchtlinge bereit waren, hierüber zu berichten. Seit langem ist bekannt, dass traumatisierte Menschen aus Scham oder wegen der Angst vor retraumatisierenden Erlebnissen über das konkret Durchlebte nicht oder erst nach Jahren in existentieller Sicherheit sprechen können.⁵⁰

Körperliche Gewalterfahrung wurde differenziert nach Misshandlung, Folter und Vergewaltigung. In den Gutachten berichteten 87 Personen über Misshandlungen. 46 von ihnen, also 55 Prozent, wurden wiederholt misshandelt. 81 Menschen berichteten über Foltererfahrungen. Von den 87 Frauen beantworteten 47 die Frage nach einer Vergewaltigung. 10 Frauen, also 21 Prozent, berichten über eine stattgefundene Vergewaltigung. Wahrscheinlich ist der Anteil der Frauen, die vergewaltigt worden sind, noch viel höher. Hier ist zu berücksichtigen, dass es sich oft um Frauen muslimischen Glaubens handelte, die solchermassen „entehrt“ mit einem Ausschluss aus Ehe und Familie rechnen müssen, wenn die Vergewaltigung (offiziell) bekannt wird. Männern wurden Fragen nach sexuellen Misshandlungen offensichtlich nicht gestellt. Bei der seelischen Gewalterfahrung wurde unterschieden zwischen Bedrohung und Vertreibung. 67 Personen berichteten über eine Bedrohung, 74 Personen über eine Vertreibung, darunter 28 Männer.

⁴⁹ IRK = Internationales Rotes Kreuz

⁵⁰ Mollica R. F., Wyshak, G., Lavelle, J. (1987)



62 Personen berichteten über verschollene Angehörige. 37 Flüchtlinge gaben an, dass nächste Angehörige getötet oder ermordet wurden. Augenzeugen von Gewalt in der Heimat, im Lager oder auf der Flucht waren 58 Flüchtlinge.

Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung wurde in 99 Fällen gestellt. Außerdem diagnostizierten die Gutachter in 29 Fällen Traumatisierungsfolgen im weiteren Sinne. Es handelte sich hier um Depression, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Anpassungsstörungen. Ferner stellten die Gutachterinnen und Gutachter bei 19 Flüchtlingen seelische Erkrankungen fest, die nicht im Zusammenhang mit einer Traumatisierung standen. Genannt wurden Psychosen, Depressionen, Borderlinestörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen.

In 82 Gutachten fanden sich Angaben zur Selbstmordgefährdung, in 57 (70 Prozent) Fällen attestierten die Gutachter Suizidalität. Drei Flüchtlinge gaben an, schon mindestens einen Suizid versucht zu haben. Die Gutachter äußerten sich in 128 Fällen zur Glaubwürdigkeit der Aussagen der Flüchtlinge. In einem Fall wurde eine Aggravation als bewusste Übertreibung der Beschwerden beschrieben. Die Gutachter erfassten neben den genannten Diagnosen auch weitere Befindlichkeitsstörungen. Ob die in Tabelle 8 aufgeführten Erkrankungen im Zusammenhang mit erlittener Traumatisierung standen, ließ sich kausal nicht ableiten. 126 Flüchtlinge klagten über mindestens eine Befindlichkeitsstörung. Es wurden maximal 11 Befindlichkeitsstörungen pro Person angegeben.

Tab. 8: Weitere Befindlichkeitsstörungen

Störung	Angaben(n)	%
Vegetative Beschwerden	145	33,3
Depressive Verstimmungen	100	23,0
Angst / Panik	92	21,1
Wiederkehrende Erinnerungen	48	11,0
Psychotisches Erleben	16	3,7
Neurotisches Verhalten	15	3,5
Beschwerden, die auf hirnorganische Veränderungen hinweisen	11	2,5
Suchttendenzen	6	1,4
Andere Störung	2	0,5
Gesamt	435	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

Nicht in der Tabelle dargestellt ist die Frage nach einer Schlafstörung. 105 Personen wurden danach gefragt, 90 (86 Prozent) berichteten über entsprechende Beschwerden.



Die Gutachter gingen nicht nur auf seelische Beeinträchtigungen ein, sondern fragten auch nach allgemeinen körperlichen Beschwerden, soweit diese für die Befindlichkeit des Flüchtlings von Bedeutung waren (vgl. Tab. 9). 72 Flüchtlinge klagten über mindestens eine somatische Störung. Es wurden maximal 3 somatische Störungen pro Person erfasst (Gesamtzahl der Angaben: 104).

Tab. 9: Somatische Störungen

Störung	Angaben(n)	%
Skeletterkrankung	30	28,9
Herz- / Kreislaufsystem	22	21,2
Stoffwechsel	12	11,5
Magen- / Darmerkrankung	11	10,6
Karzinom / Malignom	10	9,6
Neurologische Erkrankung	8	7,7
Hauterkrankung	6	5,8
Gynäkologische Erkrankung	3	2,9
Erkrankung der Lunge	2	1,9
Gesamt	104	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

In 77 Gutachten wurden Angaben über ständige ärztliche Betreuungen gemacht (vgl. Tab. 10). Danach befanden sich lediglich 24 Flüchtlinge nicht in Behandlung.

Tab. 10: in ständiger ärztlicher Betreuung

In ständiger Behandlung seit	Personen (n)	%
einem Jahr	6	7,8
zwei Jahren	8	10,4
drei Jahren	10	13,0
vier Jahren	6	7,8
fünf Jahren	7	9,1
sechs Jahren	4	5,2
sieben Jahren	6	7,8
acht Jahren	4	5,2
neun Jahren	2	2,6
keine ständige ärztliche Behandlung	24	31,1
Gesamt	77	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002



6.3.3 Formelle Informationen

Bei der Durchsicht der Akten fällt auf, dass die Gutachten auf umfangreichen Recherchen basieren. Das ist insofern bemerkenswert, als der zur Verfügung stehende Zeitrahmen relativ knapp bemessen war und die Gutachten eine erhebliche, zusätzliche Arbeitsbelastung bedeuteten. Immer fand ein persönliches Gespräch mit dem Flüchtling statt, in vielen Fällen waren es mehrere Gespräche. Im Bedarfsfall wurden Dolmetscher hinzugezogen und Atteste sowie Arztberichte über Vorbehandlungen wurden geprüft.

Mit der Erstellung der Gutachten wurden Ärztinnen und Ärzte, oft Fachärzte und Psychologinnen und Psychologen beauftragt (vgl. Tab. 11). Alle Psychologinnen und Psychologen verfügten über langjährige Berufserfahrung und psychotherapeutische Zusatzqualifikationen. Auch die Nichtfachärzte konnten mehrjährige Erfahrung in psychiatrischen Arbeitsfeldern vorweisen.

Tab. 11: Die Profession der Gutachter

Gutachtenerstellung durch	Anzahl der Gutachten	%
Psychiater	79	54,9
Sonstiger Arzt	21	14,6
Psychologe	44	30,6
Gesamt	144	100

Quelle: Gutachtenauswertung Gesundheitsamt 2002

6.3.4 Beurteilung der Reisefähigkeit durch den Gutachter

In 142 Gutachten stellten die Gutachterinnen und Gutachter fehlende Reisefähigkeit fest. In 30 Prozent der Fälle beschrieben die Gutachterinnen und Gutachter die Gefahr einer Retraumatisierung im Falle einer Rückführung. Sie befürchteten, dass die Rückführung in das Heimatland ein erneutes, die Krankheit verschlimmerndes Aufleben der inneren Bilder des Traumas bei den Betroffenen provozieren könnte. Diese Angaben überschneiden sich mit den Gutachten, in denen Suizidgefahr im Falle der Rückführung attestiert wurde. Nach den Aussagen der Gutachter war bei 48 Prozent der Flüchtlinge die beabsichtigte Abschiebung mit der Gefahr einer allgemeinen Verschlechterung des Krankheitsbildes verbunden.⁵¹

Des Weiteren betonten die Gutachter die Gefährdungen, die bei erzwungener Ausreise für bereits eingetretene Therapieerfolge oder laufende Behandlungen eintreten könnten. In 34 Prozent der Gutachten wurde auf fehlende Behandlungsmöglichkeiten in der Heimatregion

⁵¹ In einigen Fällen wurden mehrere Gründe genannt, von der Ausreise abzusehen. Daher ergibt die Summe mehr als 100 Prozent.



verwiesen und als Konsequenz gefordert, dass die Behandlung in Deutschland erfolgen müsse. 31 Prozent der Gutachten wiesen darauf hin, dass eine nur kurzzeitige Duldungsverlängerung eine erfolgreiche systematische Therapie verhindern würde.

6.4 Diskussion der Ergebnisse

Erwartungsgemäß war die nachträgliche Auswertung der Gutachten mit methodischen Schwierigkeiten verbunden, die wiederum nur eine begrenzte Auslegung der Ergebnisse zulassen. In der Mehrzahl handelte es sich hier um Flüchtlinge, die bereits mehrere Jahre in der Bundesrepublik lebten und die trotz vieler mit Unsicherheit verbundener Duldungen begonnen hatten, sich einzuleben und zu integrieren.

Die Zielgruppe der traumatisierten ausländischen Flüchtlinge konnte gut abgebildet werden. Nahezu alle Untersuchten berichteten über seelische und körperliche Gewalterfahrungen. Zwei Drittel von ihnen wurden als suizidal eingeschätzt. Viele der Flüchtlinge klagten über vegetative Beschwerden, Schlafstörungen, Angst- und Panikattacken sowie über so genannte *flash backs* (Wiedererleben des Durchlittenen). Zwei Drittel der Klienten wurde die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ zugeordnet. Darüber hinaus wurden andere schwere Erkrankungen (Psychosen, Borderline-Störungen, Depressionen) als Folge der Traumatisierung beschrieben. Den Unterlagen war zu entnehmen, dass immer eine ausführliche Anamneseerhebung, Diagnostik und Prognosestellung erfolgte. Dennoch ist es nur bedingt möglich, zur Prozess- und Ergebnisqualität der Gutachten Aussagen zu machen. Ein Problem der Auswertung bestand auch darin, dass die Gutachten wegen der schrittweisen Erweiterung des von der Ausländerbehörde vorgegebenen Fragenkatalogs an Umfang zunahmen. Immerhin lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Auswertung der Gutachten keine Hinweise ergab, die eine grundsätzliche Änderung der inhaltlichen Ausrichtung, Struktur und Organisation der Begutachtung der Reisefähigkeit nahe legen.



7 Reisefähigkeitsuntersuchungen: Ein anspruchsvolles und komplexes Aufgabenfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wünsche, Empfehlungen und Erwartungen an alle Verantwortlichen und Beteiligten

7.1 Politik und Gesetzgeber

Weltweit sind die Flüchtlingsströme als Folge von politischen, ethnischen und religiösen Verfolgungen, kriegerischen Auseinandersetzungen sowie Naturkatastrophen eine konstante, wenn nicht sogar eine zunehmende Größe. Der Zuwanderungsdruck auf die westlichen (wohlhabenden) Industrieländer hat in den letzten 20 Jahren erheblich zugenommen. Demgegenüber hat die seit 1993 durch die Grundgesetzänderung eingeführte Drittstaatenregelung bewirkt, dass der Zustrom von Asylbewerbern nach Deutschland massiv zurückging. Darüber hinaus etablierte die Drittstaatenregelung ein Selektionsprinzip des Zugangs, welches im Grundsatz nur noch zwei Einreisemöglichkeiten für ausländische Flüchtlinge erlaubt: Entweder bei vorhandenen materiellen Ressourcen mit dem Flugzeug oder die illegale Einreise. Ob damit die tatsächlich notleidenden und schutzbedürftigen Menschen im Sinne unseres Asylrechtes erreicht werden, darf bezweifelt werden.

Die Politik sollte die Voraussetzungen dafür schaffen, dass ausländischen Flüchtlingen, die absehbar über Jahre nicht in ihre Heimat zurückkehren können, relativ früh das Bleiberecht eingeräumt wird. Zusammen mit dem ständigen Druck, Abschiebehindernisse geltend machen zu müssen, stellen wiederholte Duldungen nahezu eine Art sequenzieller Traumatisierung dar und verhindern die Entwicklung konstruktiver Lebensperspektiven. Abgesehen von dem bei Flüchtlingen hervorgerufenen Schaden führen die Ambivalenzen in Politik und Administration in der Bleiberechtsfrage nicht nur zur Instrumentalisierung von Gesundheit und Krankheit. Es entstehen auch erhebliche Folgekosten, denn letztendlich bleibt ein großer Teil der Flüchtlinge doch in Deutschland, allerdings dann nach vielen Jahren der verpassten Integrationschancen.⁵²

7.2 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Ausländerbehörden

Die Beurteilung zielstaatbezogener Abschiebehindernisse durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge beruht auf eigene Quellen sowie auf Berichten von Botschaften und des Auswärtigen Amtes. Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass Wohlfahrts- und Menschenrechtsorganisationen zum Beispiel bei der Bewertung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten in Zielstaaten zu einer deutlich anderen, häufig kritischeren Einschätzung kommen.

⁵² Vgl. dazu Oberndörfer, D. (2005)



Es ist zu bedauern, dass diese Informationen und Bewertungen nur selten in den Ermessensspielraum der Einzelfallbearbeitung des Bundesamtes einfließen.

Das Bundesamt und die örtlichen Ausländerbehörden beurteilen jeweils unterschiedliche Aspekte, das Bundesamt die zielstaatsbezogenen und die Ausländerbehörden die inlandsbezogenen Abschiebehindernisse. In der ärztlichen und psychologischen Begutachtung, die immer eine umfassende sein muss, stellt die Reduktion auf inlandsbezogene Abschiebungshindernisse eine fachlich unzulässige Einengung dar. Insofern ist es zu begrüßen, dass in dem von der Bundesärztekammer und dem Innenministerium Nordrhein-Westfalen verabschiedeten Informations- und Kriterienkatalog zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen dem Gutachter zugestanden wird, alle ihm verfügbaren, auch die zielstaatsbezogenen Informationen in seine Bewertung aufzunehmen.⁵³ Hier findet die seit Jahren in Bremen praktizierte Haltung ihre Bestätigung; das heißt, dem Gutachter wird empfohlen, sich nicht auf die alleinige Frage nach der Transportfähigkeit beschränken zu lassen. Stattdessen soll er, wie bei sonstiger Sachverständigentätigkeit auch, der Komplexität des Einzelfalles umfassend Rechnung tragen und die Ursachen, das Krankheitsgeschehen sowie die Prognose eingehend betrachten.

Der Wunsch des Bundesamtes und der Ausländerbehörden, Aussagen zur Glaubwürdigkeit der untersuchten Flüchtlinge zu bekommen, ist nachvollziehbar. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Übertreibung (Aggravation) und das Vortäuschen (Simulation) von Krankheitssymptomen selten sind, und dass die Beurteilung der Glaubwürdigkeit zu den schwierigsten Fragestellungen psychiatrischer Gutachten gehören.⁵⁴ Hinzu kommt, dass schwer traumatisierte Menschen in erhöhtem Maße Schwierigkeiten haben, widerspruchsfrei über das Erlebte zu berichten. Insofern darf im Rahmen der Begutachtung das Einbringen neuer, bis dato nicht genannter Informationen nicht zum Zweifel an der Glaubwürdigkeit führen. In diesem Zusammenhang ist es zu begrüßen, dass das oben genannte Papier der Bundesärztekammer und des Innenministeriums NRW die Möglichkeit betont, dass ärztliche oder psychologisch psychotherapeutische Sachverständige auf Gesundheitsgefahren für den Ausländer, die in den vorausgehenden Prüfungsverfahren der Ausländerbehörden noch nicht bekannt waren, hinweisen können und dies von der zuständigen Ausländerbehörde bei der Entscheidung zu berücksichtigen ist.

Geht es um die Frage des Aufschubs einer zwangsweisen Rückführung, machen Sachverständige immer wieder die Erfahrung, dass die Beweislast für ein Abschiebungshindernis ausschließlich beim Betroffenen liegt. Viele Betroffene berichten (und leiden offensichtlich erheblich

⁵³ Innenministerium Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2004)

⁵⁴ Über Strategien des Umgangs mit vorgetäuschten Posttraumatischen Belastungsstörungen vgl. Birck, A. (2002b)



darunter), dass ihnen von den Behörden eher Misstrauen entgegengebracht wird, es sei denn, die Fakten sind so eindeutig, dass sie sofort in die kleine Gruppe anzuerkennender Asylsuchender und Flüchtlinge fallen. Diese von der Politik und dem Gesetzgeber an die Migrations- und Ausländerbehörden adressierten Vorgaben führen nicht selten dazu, dass Antragsteller aus Angst, das Falsche in der Beweisführung zu sagen, schweigen oder widersprüchliche Aussagen machen. Zum Teil werden auch aus Sorge vor Abschiebung gesundheitlichen Beschwerden im Sinne einer Instrumentalisierung der emotionalen und physischen Verfassung stärker als notwendig in den Vordergrund gerückt.

Wünschenswert ist eine intensivere, kontinuierliche Kommunikation vor Ort mit dem Bundesamt, den Ausländerbehörden und den Gutachtern, möglicherweise unter Einbeziehung engagierter Bürgerinitiativen, den Kirchen, Rechtsanwälten und den zuständigen Verwaltungsgerichten. So können sich alle Beteiligten Klarheit über die unterschiedlichen Aufträge, Rollen und Selbstverständnisse der jeweils anderen Akteure verschaffen, was wiederum das gegenseitige Verständnis und die Reflexion des eigenen Handelns fördern würde. Ebenso ist zu wünschen, dass die Ausländerbehörden die Gutachter über getroffene Entscheidungen informieren. Dieses in anderen Bereichen sozialmedizinischer Gutachten übliche Verfahren der Qualitätssicherung durch Rückmeldung (feed back) fördert die inhaltliche Auseinandersetzung, die kritische Nachfrage und die konstruktive Kooperation.

7.3 Anwälte, Initiativen und Kirchen

Viele der von Abschiebung bedrohten Flüchtlinge und Asylbewerber werden von Anwälten vertreten, häufig engagieren sich auch Bürgerinitiativen und Kirchen für das Bleiberecht der Betroffenen. Diese Form von rechtsstaatlichem und zivilgesellschaftlichem Engagement ist von großer Bedeutung und wünschenswert. Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch auch die Gefahr, dass Flüchtlinge und Asylbewerber aus humanitärer und politischer Absicht instrumentalisiert werden, ihnen also mehr als biografisch begründet und perspektivisch notwendig die Opferrolle zugewiesen wird.

Die Gutachter appellieren daher an Initiativen und Anwälte, auch auf die gesunden Anteile ihrer Klienten zu achten. Die Neutralität und Objektivität von Sachverständigen muss respektiert werden, deren Beauftragung sollte immer über die zuständigen Stellen (Ausländerbehörden bzw. Gerichte) erfolgen.



7.4 Behandelnde Ärzte, Psychologen und Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge

Ähnliche Empfehlungen sind an behandelnde Fachleute bzw. Institutionen zu richten. Der Vergleich der Beurteilung relevanter Gesundheitsstörungen bei Flüchtlingen durch Polizeiarzte einerseits und durch die jeweils behandelnden Psychotherapeuten andererseits hat deutlich gemacht, wie groß die Diskrepanzen ausfallen können.⁵⁵ Behandelnde Ärzte attestierten um ein Vielfaches häufiger Reiseunfähigkeit als die Kollegen des polizeiärztlichen Dienstes. Sicherlich ist ein Teil der Differenzen durch die unterschiedliche Fachlichkeit und das Ausmaß des Wissens über die Ursachen und aktuellen Beschwerden der Patienten erklärbar. Es ist jedoch auch davon auszugehen, dass vor dem Hintergrund therapeutischer Empathie und der zunehmenden Bedeutung der "Psychotraumatologie" ein viel größeres Augenmerk als früher auf das Vorhandensein von PTSD bei Flüchtlingen gerichtet wird.

Wichtig und positiv ist, dass in den letzten Jahren in der Medizin die Bereitschaft zugenommen hat, die gesundheitliche Lage von Flüchtlingen und Asylbewerbern nicht mehr nur aus organmedizinischer Sicht zu betrachten, sondern auch psychische Störungen besonders zu berücksichtigen. Die damit verbundene Form der Inobhutnahme kann jedoch durchaus auch, ähnlich wie bei der Betreuung durch Bürgerinitiativen und Anwälte, negative Folgen haben, wenn zu sehr die Opfer- und Patientenrolle betont und zu wenig die gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Persönlichkeitsanteile gestärkt werden. Der englische Arzt Michael Fitzpatrick sieht hier sogar eine subtile Form der Machtausübung und merkt kritisch an: *„Behandelt man Menschen wie psychische Wracks, spricht man ihnen damit auch ihre Autonomie als rationale Individuen ab. Sie sind von vornherein nicht auf der gleichen Augenhöhe, sondern bestenfalls Bürger zweiter Klasse.“*⁵⁶ Um die Instrumentalisierung von Flüchtlingen durch im Prinzip sinnvolle therapeutische Bemühungen zu vermeiden, ist der Diskurs unter den Professionellen notwendig. Ebenso wird empfohlen, mit der zurzeit populären Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ etwas zurückhaltender umzugehen.⁵⁷ Erstens führt nicht jede auch noch so schwere Traumatisierung zu einer PTSD. Zweitens gibt es eine Reihe von anderen, ebenso wichtigen Krankheitsbildern wie die Anpassungsstörung, die Depression oder die Suchterkrankung, die als Folge traumatisierender Erlebnisse in Frage kommen.

⁵⁵ Birck, A. (2002a)

⁵⁶ Fitzpatrick, M. (2003)

⁵⁷ Die „Entdeckung“ der „Posttraumatischen Verbitterungsstörung“, kurz PTED (Posttraumatic Embitterment Disorder), ist sicherlich auch ein Ausdruck für die momentan große Bereitschaft, die pathogenetische Bedeutung von Traumatisierungen hervorzuheben oder sogar zu überschätzen. Die Posttraumatische Verbitterungsstörung wird den Anpassungsstörungen zugerechnet. Sie kann nach Lebensereignissen eintreten, die zwar einschneidend, aber auch nicht ungewöhnlich sind. Auslöser einer PTED sind persönliche Kränkungen, die z.B. aus der Kündigung des Arbeitsplatzes oder aus einer Scheidung resultieren können (Linden, M. (2005)).



Auf den Appell an alle Ärzte und Psychologen, sich sowohl in der Begutachtung als auch in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen neutral und objektiv zu verhalten, die Fachlichkeit nicht zu beugen und die ethischen Implikationen zu beachten, wurde bereits an anderer Stelle eingegangen.⁵⁸

7.5 Ärztliche und psychologische Gutachter

Es ist davon auszugehen, dass die Anamneseerhebung, die Diagnostik und die Beurteilung des Beschwerdebildes des Flüchtlings im Hinblick auf die Frage, ob ein Abschiebehindernis vorliegt, von den zuständigen Ärzten und Psychologen immer nach bestem Wissen und Gewissen bearbeitet werden. Sachverständige gehören allerdings einer heilenden und das Wohl des Menschen in den Mittelpunkt stellenden Berufsgruppe an. Sie müssen sich auch über die Konsequenzen ihres Handelns im Klaren sein, und deshalb stellen sie die Diagnose PTSD vermutlich häufiger als angezeigt, um der Ausländerbehörde eine eindeutige Beurteilungs- und Entscheidungsgrundlage zu liefern. Somit findet im diagnostischen Spektrum eine für die Patienten und die möglicherweise stattfindenden Therapien problematische Häufigkeitsverschiebung hin zu Posttraumatischen Belastungsstörungen statt.

Eine ähnliche Problematik wie bei der diagnostischen Zuordnung besteht bei der Beantwortung der Frage nach der Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Gutachter die hiesigen Schutzmöglichkeiten und Angebote des lokalen Versorgungssystems als Standard setzen und in der Tendenz immer die Notwendigkeiten beschreiben, die mit Sicherheit und der besten Prognose verbunden sind. So ist zum Beispiel denkbar, dass bei einer Rückführung in das Heimatland eine Retraumatisierung oder eine erneute Verfolgung nicht ausgeschlossen werden können oder dass die dortigen therapeutischen Angebote deutlich schlechter sind. Der Sachverständige könnte sich dann, nach Abwägung der anamnestischen Angaben und des aktuellen Beschwerdebildes, fürsorglich für eine Diagnose entscheiden, die ein Abschiebehindernis bedeutet. Hier wäre es von Vorteil, wenn jenseits der Feststellung eindeutiger schwerer Posttraumatischen Belastungsstörungen nicht nur andere Diagnosen vermehrt als Abschiebungshindernis von den Ausländerbehörden anerkannt würden, sondern auch dringliche humanitäre Anliegen wie etwa der Schutz oder der Zusammenhalt von Familien Berücksichtigung fänden. Die begutachtenden Ärzte und Psychologen des Gesundheitsamtes Bremen sind angewiesen, mögliche Instrumentalisierungen durch politische bzw. administrative Rahmensetzungen und durch Dritte wie Anwälte, Initiativen etc. ständig zu

⁵⁸ Weltärztebund (2004)



reflektieren und sich gegen diese zu wehren, die Fachlichkeit nicht zu beugen, aber dennoch die ethischen Vorgaben, wie sie berufsständisch festgelegt sind, zu beachten.

7.6 Die Flüchtlinge

Ausländische Flüchtlinge und Asylbewerber, die als Folge gravierender Traumatisierungen an schweren, nur in der Bundesrepublik zu therapierenden Erkrankungen leiden, sind in hohem Maße schutz- und behandlungsbedürftig. Gleichzeitig ist jedoch auch im Begutachtungsverfahren darauf zu achten, dass es um die Förderung von Gesundheit und Stabilisierung geht. Das Beharren auf Krankheit und Symptomen mit der Zielsetzung, gleichsam als sekundärer Krankheitsgewinn ein Bleiberecht zu erwirken, kann mit Blick auf die weitere Lebensplanung und Gestaltung zu erheblichen existenziellen und emotionalen Nachteilen führen.⁵⁹ Dagegen kann die Rückkehr in die Heimat, auch wenn sie mit dem Risiko gesundheitlicher und materieller Einschränkungen verbunden ist, lebensperspektivisch durchaus von Vorteil sein. Sie bietet die Chance, wieder Selbstbestimmung zu erlangen und eine von Abhängigkeit und Fremdbestimmung belastete Rolle abzulegen. Dies ist allen Klienten sowohl in der Begutachtung als auch der Therapie zu verdeutlichen.

8 Fazit für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen

Die Begutachtung gesundheitlicher Abschiebehindernisse bleibt angesichts der dahinter stehenden menschlichen Tragödien nicht auf medizinisch-psychologische Aspekte beschränkt, sondern hat darüber hinaus auch eine ethische Dimension. Um Richtlinien für einen menschenwürdigen und verantwortungsvollen Umgang mit Flüchtlingen zu entwickeln, beauftragte das Diakonische Werk in Hessen und Nassau eine Gruppe medizinischer, juristischer und theologischer Experten. Auslöser war die Abschiebung einer tunesischen Patientin, die in einem Krankenhaus der Diakonie behandelt wurde. Der im Folgenden zitierte Auszug aus dem Bericht der Expertenkommission gibt in pointierter Form auch die Haltung des Gesundheitsamtes Bremen wieder:⁶⁰

⁵⁹ Hilbert, T. (2004)

⁶⁰ Diakonisches Werk in Hessen und Nassau (Hg.) (2005), S. 29f



„Die Abschiebung schwer traumatisierter Flüchtlinge ist weder ethisch, medizinisch noch rechtlich zu verantworten, wenn hierdurch eine erhebliche Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation droht. Behörden und Gerichte sind deshalb verpflichtet, bei jeder Abschiebung zu prüfen, ob die Würde des Abzuschiebenden verletzt wird. Diese Forderung lässt sich folgendermaßen konkretisieren:

- *Die Menschenwürde darf nicht ökonomischen Überlegungen des gesellschaftlichen Nutzens nachgeordnet werden, sondern muss Maxime im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen bleiben. Traumafolgeerkrankungen wie PTBS und die ernsthafte Gefahr des Suizids sind als Abschiebungshindernisse anzuerkennen, unabhängig davon, wann sie diagnostiziert werden.*
- *Die Anerkennung von traumatischen Erkrankungen als Abschiebehindernis darf nicht davon abhängen, ob sich eine Person bereits in Behandlung befindet.*
- *Eine ärztliche Untersuchung vor der Abschiebung bei Auftreten neuer, im bisherigen Verfahren nicht gewürdigter Krankheitszustände ist geboten.*
- *Die fachliche Qualifikation des Arztes muss dem Fachgebiet des begutachteten Leidens entsprechen. Eine Liste qualifizierter Gutachter sollte in Absprache mit der jeweiligen Landesärztekammer erstellt werden.*
- *Alle Bundesländer sollten gutachterliche Standards, wie sie die Landesärztekammer Hessen vor Jahren vorgelegt hat und wie sie in NRW per Erlass seit dem Jahr 2004 gelten, als verbindliche Leitlinie für Ärzte und Behörden übernehmen.*
- *Bei der Frage, ob es im Zielland ausreichende Möglichkeiten der Weiterbehandlung gibt, reicht es nicht aus, sich ausschließlich auf die vom Auswärtigen Amt eingeholten Auskünfte zu stützen.*
- *Bei der Beurteilung der sogenannten Flugreisetauglichkeit ist der Arzt verpflichtet, alle ihm zur Verfügung stehenden Informationen über die Behandelbarkeit des Patienten im Zielland, eine mögliche Konfrontation mit der traumatisierenden Situation und die potenzielle Verschlechterung des Leidens durch die Abschiebung in seine Einzelfallbeurteilung einzubeziehen.“*



Literatur

American Psychiatric Association (Ed.) (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington

Ärztekammer Bremen (2002): Presseerklärung vom 4. Dezember 2002: „Abschiebebehäftlinge dürfen nicht zu Menschen zweiter Klasse gemacht werden“

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2004):

Daten und Fakten, Statistiken zu Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland

<http://www.integrationsbeauftragte.de/gra/daten/daten.php> [10.8.2004]

Berglund, S. (2003): Humanitäre Asylpolitik in Deutschland. In: Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (Hg.): 50 Jahre. Behörde im Wandel. Nürnberg

Bergmeyer, V., Kaiser, P., Vogel, A. (2004): Rädchen im Getriebe. Ärztetage, Migrationspolitik und Gutachtenkriege. In: Dr. med. Mabuse, 29. Jg., Nr. 152, S. 43-45

Birck, A. (2002a): Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen, gesellschaftliche Bedingungen und therapeutische Konsequenzen. In: Psychotraumatologie, 3. Jg., Heft 4

Birck, A. (2002b): Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Psychotraumatologie, 3. Jg., Heft 1

Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (2004): Statistiken Asylzahlen.

http://www.bafl.de/template/asylstatistik/content_antragszahlen_01_teil2.htm

Flüchtlingszahlen:

http://www.bafl.de/template/migration/content_migration_fluechtlinge.htm [10.8.2004]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005): Migration, Integration und Asyl in Zahlen. Nürnberg

Bundesministerium des Innern (Hg.) (2002): Innenpolitischer Bericht 1998 – 2002. Berlin

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2001): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von

traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

Der Senator für Inneres und Sport (2004): Asylverfahren, Asylpolitik und ausreisepflichtige Ausländer in Bremen. Vorlage für die Sitzung des Senats am 6.4.2004

Diakonisches Werk in Hessen und Nassau (Hg.) (2005): Verantwortung für traumatisierte Flüchtlinge. Bericht der unabhängigen Kommission „Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung“ Erschienen in der Reihe: in der Tat Dokumentation / II. Frankfurt a.M.



Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hg.) (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 4. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

Fitzpatrick, M. (2003): Die therapeutische Gesellschaft. In: NOVO, Heft 63, S. 36-38

Gardemann, J., Salman, R. (2002): Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik – Bericht über eine interdisziplinäre Fachtagung. In: Das Gesundheitswesen; 64. Jg., S. 645-650

Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet

(Ausländergesetz – AuslG) vom 9.7.1990, BGBl. I S. 1354

Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz – AufenthG) vom 30.7.2004, BGBl. I, S. 1950

Gesundheitsamt Bremen, Amtsleitung (2000): Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen zur Begutachtung von Migranten nach dem Ausländergesetz (§§ 53 Abs. 6 und 55 Abs. 2 / gesundheitliche Störung als Abschiebehindernis, sogenannte „Reisefähigkeitsgutachten“)

Gierlich, H. W.(2003): Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge. Konflikt mit ärztlich-ethischen Belangen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 34-35, S. A2198 - A2199

Gierlich, H. W. (2002): Psychologische Gutachten. Wissen über Traumata mangelhaft. In: Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 9, S. 403-404

Hilbert, T. (2004): Krankheit als Abschiebehindernis – vier Variationen über das Thema der Medikalisierung. Vortrag auf der Tagung der Evangelischen Akademie Thüringen: Traumatisierte Flüchtlinge im Spannungsfeld zwischen Medizin und Asyl- und Ausländerrecht – Juristen, Ärzte und Therapeuten im Gespräch (Neudietendorf, 3. bis 5. September 2004)

Innenministerium Nordrhein-Westfalen (2004) Informations- und Kriterienkatalog. In der von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen erstellen Fassung. Düsseldorf.

Keilson, H. (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke-Verlag

Kizilhan, I. (2001): Begutachtung von Flüchtlingen bei PTSD – Ansätze und Schnittpunkte zwischen Recht und Medizin. Manuskript eines Vortrags, gehalten auf einer Veranstaltung zur Psychiatrischen Fortbildung des Klinikums Bremen-Ost am 30. Juni 2004.

Korzilius, H., Rabbata, S. (2004): Ärztliche Gutachten – Feigenblatt für die Abschiebung, in Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 50, S. A3398 - A3404



Linden, M. (2005): Eine pathologische Verarbeitung von Kränkungen – Die Posttraumatische Verbitterungsstörung. In: psychoneuro, 31. Jg., Heft 1, S. 21-24

Lindstedt, L. (2001): Qualitätsanforderungen an medizinische Gutachten. In: Asylpraxis. Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 7

Mollica R.F., Wyshak G., Lavelle J. (1987): The Psychosocial Impact of War Trauma and Torture on Southeast Asian Refugees. In: American Journal of Psychiatry, 144. S. 1567-1572

Nyberg, E. (2005): Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In: psychoneuro, 31. Jg., Heft 1, 25-29

Oberndörfer, D. (2005): Eine Schande für Deutschland. In: Süddeutsche Zeitung vom 10.8.2005

Projektgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (SBPM)“ (2002): Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)

Schöndorf, F., Giese, J.M. (2001): Krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse. In: Asylpraxis. Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 6

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2003): Strukturdaten und Integrationsindikatoren über die ausländische Bevölkerung in Deutschland. Wiesbaden

United Nations High Commissioner for Refugees (2004): 2003 Global Refugee Trends. Overview of Refugee Populations, New Arrivals, Durable Solutions, Asylum-Seekers and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva.

Weltärztebund (2004): Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschließungen. Deutsche Fassung. Hg. von der Hans-Neuffer-Stiftung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Zenker, H.-J., Hilbert, T. (2000): Begutachtung von Migranten nach § 53 Abs. 6 Ausländergesetz (gesundheitliche Störung als Abschiebungshindernis, so genannte „Reisefähigkeitsgutachten“). In: Das Gesundheitswesen, Jg. 62, Heft 10, S. 557

Zenker, H.-J. (2000): Instrumentalisierung von Psychotherapie und Medizin im Rahmen des Ausländerrechts. In: Refugio Bremen (Hg.): Mit Leib und Seele. Lebensbedingungen und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge. Dokumentation der Fachtagung in Bremen – 12. –14. Okt. 2000. Bremen



Anhang

Gesundheitsamt Bremen Juni 2000

– Amtsleitung –

Grundsätze des Gesundheitsamtes Bremen

zur Begutachtung von Migranten nach §§ 53 Abs. 6 und 55 Abs. 2 Ausländergesetz

(ab 2005: § 60 Aufenthaltsgesetz)

(gesundheitliche Störung als Abschiebehindernis, sogenannte „Reisefähigkeitsgutachten“)

1. Amtsärztliche „Reisefähigkeits“-Gutachten bei Migranten gehen der Frage nach, ob eine gesundheitliche Störung im Sinne des Ausländergesetzes (ab 2005: Aufenthaltsgesetz) 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 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.
6. Der amtsärztliche Gutachter beurteilt die Krankengeschichte, den Gesundheitszustand und die Glaubwürdigkeit der zu untersuchenden Person nach bestem Wissen und Gewissen und unter den Bedingungen der aktuellen Versorgung in Deutschland. Einbezogen werden verlässliche Kenntnisse über die Infrastruktur des 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 dies nicht mit letzter, objektiv nachzuweisender Exaktheit möglich sein, wird der Gutachter 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 Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik auf dem Boden des Asylbewerberleistungsgesetzes.
11. Für direkte Unterstützung bei Abschiebevorgängen, beispielsweise als Begleiterinnen oder Begleiter auf dem Transport, stehen Mitarbeiter des Gesundheitsamtes nicht zur Verfügung.

Dr. H.-Jochen Zenker



Gesetze und Verordnungen

Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge vom 19.5.1953 Verkündet BGBl I 1953, 201, Stand: Neugefasst durch Bek. v. 2. 6.1993 I 829; zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 30. 7.2004 I 1950

Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz - AufenthG) Verkündet als Artikel I des Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz) vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 1950), veröffentlicht am 5. August 2004 (BGBl. I Nr. 41).

Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet (AuslG) Ausfertigungsdatum 9. Juli 1990 Verkündet BGBl I 1990, 1354, 1356

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG) vom 27. März 1995 geändert durch Art. 14 zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 23. Dezember 2003

Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. I S. 1), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes am 16. Juli 1998 (BGBl. I S. 1822 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. 1.1950 Stand 1.11.1998

UN-Kinderrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989 am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990)

RdErl. D. MI v. 15.12.200 – 45.32-12230/1-1 (§32) N14: Anordnung nach §32 des Ausländergesetzes zur Erteilung von Aufenthaltsbefugnissen an Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina,– in: Nds. MBINr. 10/2001 S. 267



Glossar

Asylberechtigte sind Ausländer, die als asylberechtigt anerkannt worden sind. Als **Asylbewerber** werden Personen bezeichnet, die unter Berufung auf Art.16a des Grundgesetzes einen Antrag auf Schutz vor politischer Verfolgung mit dem Ziel der Anerkennung der Asylberechtigung stellen.

Ausländer sind alle diejenigen, die nicht Deutsche im Sinne des Grundgesetzes sind. Sie besitzen nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Für sie gelten die Grundrechte, also Meinungs-, Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit. Sie können in politischen Parteien mitarbeiten, verfügen allerdings über kein Wahlrecht⁶¹.

Eine Gruppe unter den Migranten sind die **Flüchtlinge**. Wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu anderen Migrantengruppen ist, dass sie ihre Länder nicht aus freiem Willen verlassen, sondern dazu gezwungen werden. Flüchtlinge sind Personen, die sich aus Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb ihres Heimatlandes befinden. Flüchtlinge können oder wollen nicht in ihre Heimat zurückkehren. Nach dem neuen Aufenthaltsgesetz besteht jetzt auch die Möglichkeit der Anerkennung des Flüchtlingsstatus bei nichtstaatlicher oder geschlechtsspezifischer Verfolgung.⁶²

De-facto-Flüchtlinge sind Personen, die keinen Asylantrag gestellt haben oder deren Asylantrag abgelehnt worden ist, bei denen aber aus humanitären oder politischen Gründen von einer Rückführung in ihr Heimatland abgesehen wird.

Konventionsflüchtlinge sind Personen, die Abschiebungsschutz genießen, weil im Heimatstaat ihr Leben oder ihre Freiheit wegen ihrer Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung bedroht ist. Ihr Rechtsstatus ist im Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951 (sog. Genfer Flüchtlingskonvention) geregelt.

⁶¹ Eine Ausnahme ist das Wahlrechts unter bestimmten Bedingungen bei Kommunalwahlen.

⁶² AufenthG §60



Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

AufenthG:	Aufenthaltsgesetz
AuslG:	Ausländergesetz
BMI:	Bundesministerium des Innern
DSM-III R:	(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association, in Deutschland 1991 als Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen erschienen, ist ein System zur psychiatrischen Diagnostik. Zwischenzeitlich wurde es vom DSM IV abgelöst
EG:	Die Europäische Gemeinschaft ist eine Rechts- und Wirtschaftsgemeinschaft der ihr zugehörigen europäischen Staaten.
EU:	Die Mitgliedsländer sind die Mitgliedsländer der Europäischen Gemeinschaft. Im Gegensatz zur EG ist die Europäische Union keine "juristische Person". Internationale Verträge werden daher weiter von der EG unterzeichnet.
GG:	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
ICD-10:	International Classification of Diseases ist der Diagnoseschlüssel der WHO für Krankheiten und gesundheitliche Störungen des menschlichen Organismus
IMK:	Ständige Konferenz der Innenminister der Länder
ÖGD:	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG:	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen
PTB oder PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung oder auch
PTSD:	Posttraumatic Stress Disorder
SBPM:	Standards für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen
UNHCR:	United Nations High Commissioner for Refugees, Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen

