

in der **Tat**

**Diakonie**   
in Hessen und Nassau

Dokumentation II



# Verantwortung für traumatisierte Flüchtlinge

Bericht der unabhängigen Kommission

„Abschiebung kranker Flüchtlinge  
und ethische Verantwortung“



BERICHT DER UNABHÄNGIGEN KOMMISSION  
 „ABSCHIEBUNG KRANKER FLÜCHTLINGE UND ETHISCHE VERANTWORTUNG“

Seite: 4 Vorwort

**7 1 Einführung**

7 1.1 Zwischen Schutzbedürfnis und institutionellem Misstrauen:  
zur aktuellen Situation traumatisierter Flüchtlinge

8 1.2 Aufgaben und Ziele des Kommissionsberichtes

9 1.3 Ethische Grundlage

**11 2 Klinisches Krankheitsbild traumatischer Störungen**

11 2.1 Diagnose

12 2.2 Auslöser und Symptome

13 2.3 Krankheitsverlauf, Therapie und Prognose

**14 3 Die rechtlichen Rahmenbedingungen**

14 3.1 Die Rechtsgrundlage

15 3.1.1 Zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse

15 3.1.2 Inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse

15 3.1.3 Der Status nach Feststellung eines Abschiebungshindernisses

16 3.2 Die Entscheidungszuständigkeiten

16 3.2.1 Die Zuständigkeit der Ausländerbehörde

16 3.2.2 Die Zuständigkeit des BAMF

17 3.3 Die rechtlichen Probleme

**18 4 Traumatische Erkrankungen im Spannungsfeld juristischer und  
medizinischer Handlungsmaximen**

19 4.1 Die Rolle von fachärztlichen Gutachten bei der Prüfung  
zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse

19 4.1.1 Definition und Standards für Gutachten und Stellungnahmen

21 4.1.2 Die Glaubhaftigkeitsprüfung: medizinische und rechtliche Kriterien

22 4.2 Subjektive Einstellungen und objektive Urteilsbildung

24 4.3 Die Begutachtung der Flugreisetauglichkeit

**26 5 Der Vollzug der Abschiebung:  
Konflikte mit staatlichen Ausführungsorganen**

27 5.1 Abholung aus dem Krankenhaus: ethische und rechtliche Fragen

28 5.2 Ziviler Ungehorsam als ultima ratio

**29 6 Fazit für einen verantwortungsvollen Umgang mit  
traumatisierten Flüchtlingen:  
Handlungshinweise und Orientierungshilfen**

## VORWORT

Jürgen Gohde



Wolfgang Gern

Die Abschiebung einer tunesischen Patientin aus dem der Diakonie angehörenden Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main im Februar 2004 war für das Diakonische Werk in Hessen und Nassau Anlass, eine unabhängige Kommission einzusetzen, die die Vorgänge ethisch, rechtlich und politisch einordnen und bewerten sollte. Der nach gut einem Jahr intensiver Arbeit hiermit vorgelegte Bericht „Verantwortung für traumatisierte Flüchtlinge“ macht deutlich, dass es sich bei der damaligen Abschiebung einer psychisch kranken Frau keineswegs um einen tragischen Einzelfall gehandelt hat. Vielmehr waren sich die in der Kommission vertretenen medizinischen, juristischen und theologischen Fachleute darin einig, dass es beim derzeitigen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen generelle Defizite gibt, die immer wieder zu unzulässigen Eingriffen in die Grundrechte traumatisierter Flüchtlinge führen.

In ihrem Bericht hat die Kommission die Ursachen dafür benannt, Kriterien für ethisch, rechtlich und medizinisch begründete Positionen entwickelt und konkrete Handlungshinweise gegeben. In bemerkenswertem Konsens durchaus unterschiedlicher Positionen, der zudem im ständigen Dialog mit dem Bundesgrenzschutz zustande kam, zeigt dieser Bericht, dass und wie ein verantwortungsvoller Umgang mit traumati-

sierten Flüchtlingen auch im Rahmen des geltenden Rechts möglich ist.

Er macht aber auch auf ein gesellschaftliches Klima aufmerksam, in dem Menschenrechtsverletzungen gegenüber Flüchtlingen immer öfter unwidersprochen hingenommen werden. Wo selbst der Schutz von Flüchtlingen ökonomischen Maßstäben der Nützlichkeit untergeordnet wird, da wird die Würde des Menschen der Abwägbarkeit ausgeliefert. Dann stehen nicht mehr nur die Unversehrtheit und Integrität von Flüchtlingen auf dem Spiel, sondern auch die Grundlagen unserer Rechtsordnung.

Diese nachdenklichen Hinweise der Kommission führen vor Augen, dass es bei der Verantwortung für traumatisierte Flüchtlinge nicht „nur“ um eine spezielle Gruppe von Schutzsuchenden geht, sondern immer auch um die in der Gottesebenbildlichkeit begründete und unantastbare Würde des Menschen – aller Menschen, unabhängig von Herkunft und Aufenthaltsort.

Angesichts der Dimension des hier verhandelten Themas hoffen wir, dass dieser um- und weitsichtige Bericht die Aufmerksamkeit von politisch Verantwortlichen findet und zu den dringend erforderlichen Verbesserungen beim Schutz

kranker Flüchtlinge führt. Die kirchlichen und diakonischen Einrichtungen, die mit kranken Flüchtlingen befasst sind, bitten wir, diesen Bericht zu diskutieren, und wo nötig, erforderliche Konsequenzen zu ziehen.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Staatsminister a.D. Gerhard Bökel, der der Kommission vorsah und sich mit den Erfahrungen und der Integrationskraft des ehemaligen Innenministers noch über das erhoffte Maß hinaus engagiert hat; den in der Kommission vertretenen Fachleuten für den eingebrachten Sachverstand, die Geduld und nicht zuletzt die investierte Zeit; sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Diakonischen Werk, die am Zustandekommen dieses Berichtes beteiligt waren.



Dr. h.c. Jürgen Gohde  
Präsident des Diakonischen  
Werkes der EKD



Dr. Wolfgang Gern  
Vorstandsvorsitzender  
des Diakonischen Werkes  
in Hessen und Nassau

## DIE KOMMISSION

„ABSCHIEBUNG KRANKER FLÜCHTLINGE  
UND ETHISCHE VERANTWORTUNG**Vorsitzender**

**Gerhard Bökel**  
Staatsminister a.D.  
Mitglied des Hessischen Landtags

**Geschäftsführer**

**Andreas Lipsch**  
Interkultureller Beauftragter der Evangelischen Kirche und des  
Diakonischen Werkes in Hessen und Nassau

**Kommissionsmitglieder**

**Dr. Guido Amend**  
Leiter des Kommissariates der katholischen Bischöfe in Hessen

**Prof. Dr. Alfred Drees**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

**Kirchenrat Jörn Dulige**  
Beauftragter der Evangelischen Kirchen in Hessen am Sitz der Landesregierung

**Esther Gebhardt**  
Vorsitzende des Evangelischen Regionalverbandes Frankfurt am Main

**Dr. Ernst Girth**  
Arzt und Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen

**Diether Heesemann**  
ehemaliger Beauftragter für interkulturelle Bildungsarbeit im Zentrum Ökumene der  
Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau

**Propst Michael Karg**  
Propstei Nord-Nassau in der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau

**Kathleen Niepmann**  
Pressesprecherin des Diakonischen Werkes in Hessen und Nassau

**Victor Pfaff**  
Rechtsanwalt

**Prof. Dr. Franz Segbers**  
Professor für Sozialethik an der Philipps-Universität Marburg/Lahn  
Referent für Ethik im Diakonischen Werk in Hessen und Nassau

**Dr. Kurt W. Schmidt**  
Lehrbeauftragter für Medizinethik, Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-  
Krankenhaus Frankfurt am Main

**Dr. Sonja Stark**  
Leiterin des städtischen Gesundheitsamtes Frankfurt

**Bernhard Zepf**  
Bischöflicher Beauftragter für Flüchtlingsfragen im Bistum Limburg

**Fachliche Beteiligung**

**Hubert Steiger**  
Leiter des Bundesgrenzschutzamtes Flughafen Frankfurt am Main

**Schriftführerin**

**Andrea Alt**

## EINFÜHRUNG

**1 EINFÜHRUNG****1.1 ZWISCHEN SCHUTZBEDÜRFNIS UND INSTITUTIONELLEM MISSTRAUEN: ZUR AKTUELLEN SITUATION TRAUMATISierter FLÜCHTLINGE**

Der vorliegende Bericht thematisiert die Notwendigkeit eines verantwortungsvollen Umgangs mit schwer traumatisierten Flüchtlingen.<sup>1</sup> Anlass für die Bildung der Kommission waren in der letzten Zeit mehrfach zu beobachtende Konfliktsituationen, wenn Polizei- oder Bundesgrenzschutzbeamte Flüchtlinge zum Zwecke der Abschiebung<sup>2</sup> aus einem Krankenhaus und damit aus einer nicht abgeschlossenen Therapie geholt haben. Ein Beispiel hierfür war ein in der Presse ausführlich berichteter Fall, der sich Anfang 2004 im Frankfurter Markus-Krankenhaus ereignet hatte. Bei näherer Betrachtung dieser Fälle wurde eine Reihe von generellen Defiziten im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen deutlich, die aufgrund der Komplexität der Problemlagen einer differenzierten Auseinandersetzung bedürfen.

Eine Traumatisierung ist eine schwere Verletzung der Psyche durch ein tragisches, stark belastendes Erlebnis, das Angst, Entsetzen und Ohnmacht hervorruft, wodurch Realitätssinn, persönliche Autonomie und Integrität existenziell bedroht sind.

<sup>1</sup> Im Bericht der Kommission wird bewusst der im öffentlichen Diskurs gebräuchliche Begriff Flüchtling benutzt, auch wenn im juristischen Sprachgebrauch als Flüchtlinge gerade jene Personen bezeichnet werden, die als solche anerkannt und nicht von Abschiebung bedroht sind.

Die Kommission vertritt den Standpunkt, dass eine Abschiebung nachgewiesen schwer traumatisierter Flüchtlinge das verfassungsmäßig garantierte Grundrecht auf Schutz der Würde und die persönliche Integrität verletzt und deshalb weder ethisch, rechtlich noch medizinisch zu verantworten ist, wenn hierdurch eine erhebliche Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation droht. Vielmehr sind Behörden und Gerichte verpflichtet, bei jeder geplanten Abschiebung eigenständig zu prüfen, ob der Schutz und die Würde des Abzuschiebenden gewährleistet sind oder nicht.

In der Praxis kommt es jedoch immer wieder zu unerträglichen Härten. So zum Beispiel, wenn Flüchtlinge allein aufgrund einer Bescheinigung über ihre Reisefähigkeit, die von behördlich bestellten Ärzten ausgestellt worden ist, abgeschoben werden können, obwohl ihnen zugleich fachärztlich bescheinigt ist, dass sie traumatisiert und/oder psychisch krank sind und einer längerfristigen Behandlung in sicherer Umgebung bedürfen.

Einer der Gründe dafür, dass Menschenrechtsverletzungen gegenüber traumatisierten Flüchtlingen vielfach unwidersprochen hingenommen oder gar nicht erst als solche erkannt werden, liegt nach Ansicht der Kommission in einem verbreiteten Diskurs in Politik und Medien, der sich vornehmlich an ökonomischen Maß-

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird auf die ausländerrechtlichen Differenzierungen der Begriffe Abschiebung und Rückführung verzichtet und einheitlich der Begriff Abschiebung verwendet.

stäben der Nützlichkeit und weniger am Schutz der Würde des Einzelnen orientiert. Flüchtlinge erscheinen dann häufig nicht mehr als Menschen, die Schutz vor Verfolgung suchen. Je nach Herkunftsland werden sie als Wirtschaftsflüchtlinge oder Kriminelle definiert, die angesichts knapper staatlicher Ressourcen dem Wohl der eigenen Staatsbürger Schaden zufügen. Das aus der tiefgreifenden Erfahrung mit dem Nationalsozialismus resultierende und lange Zeit prägnante gesellschaftliche Bewusstsein, dass Schutzbedürftige, unabhängig von Herkunft, Hautfarbe, Religion und Geschlecht Schutz erhalten sollen, gerät zunehmend ins Wanken.

Dieses gesellschaftliche Klima beeinflusst auch die Praxis von Behörden und Gerichten, die zunehmend von Abwehrhaltung und institutionellem Misstrauen geprägt ist. So wird auch bei der Beurteilung von Traumafolgen wie dem Posttraumatischen Belastungssyndrom (PTBS) oft an Übertreibung, Lüge und Simulation gedacht und die Glaubwürdigkeit der Betroffenen von vornherein in Frage gestellt. In der Konsequenz führt dieses Denken zu einer falschen Bewertung der sachlichen Argumente und einer rigider werdenden Abschiebepaxis.

## 1.2 AUFGABEN UND ZIELE DES KOMMISSIONSBERICHTES

Die Kommission sieht eine vordringliche Aufgabe darin, die Öffentlichkeit für die psychischen Folgen von Folter, Misshandlung und Vertreibung zu sensibilisieren. Sie will ethische Maßstäbe für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen formulieren. Der Bericht der Kommission kann und soll aber auch als Argumentationshilfe all denjenigen dienen, die haupt- oder ehrenamtlich mit der angesprochenen Zielgruppe traumatisierter Flüchtlinge zu tun haben.

Um das öffentliche Gewissen im Blick auf die Situation von traumatisierten Flüchtlingen zu schärfen, geht es dem vorliegenden Papier darum,

- ➔ eine möglichst breite Öffentlichkeit über das Krankheitsbild der Traumatisierung, die aktuelle Praxis der Ärzte, Gerichte und Behörden sowie deren rechtliche und politische Rahmenbedingungen zu informieren,
- ➔ bestehende Problemfelder und Dilemmata, wie sie sich aus unterschiedlichen Maßstäben, Funktionen und Interessen der am Verfahren Beteiligten ergeben, zu benennen,

- ➔ diese vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlich garantierten Rechte zu reflektieren, politisch einzuordnen und zu beurteilen und
- ➔ Beteiligte zur Übernahme von Verantwortung im Sinne der in diesem Bericht formulierten ethischen Maßstäbe zu ermutigen.

Im Alltag ist aufgrund unscharfer Abgrenzungen der Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche oft eine Art strukturelle Verantwortungslosigkeit (aufgrund des gegenseitigen Verschiebens von Verantwortung vor allem zwischen Behörden und Ärzten) zum Schaden kranker Flüchtlinge zu beobachten.

Es geht hier allerdings nicht darum, persönliche Schuldzuweisungen auszusprechen oder Pauschalurteile über ganze Berufsgruppen zu fällen. Ziel ist vielmehr, maßgebliche Kriterien für eigene ethisch, rechtlich und medizinisch begründete Positionen aller Beteiligten zu formulieren. Aus diesen ergeben sich konkrete Handlungshinweise für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen, der über die bisherige Praxis von Behörden, Ärzten und Gerichten hinausgeht.

Um diese Aufgabe zu erfüllen, wurde bei der Zusammensetzung der Kommission darauf geachtet, dass möglichst alle am Verfahren betei-

ligten Personengruppen vertreten sind oder zumindest gehört werden. Begleitet und ergänzt wurde die Arbeit der Kommission durch Fachgespräche, die mit Vertretern verschiedener Behörden, sowie dem Parlamentarischen Staatssekretär im Bundesministerium des Innern, Fritz Rudolf Körper, und dem Präsidenten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Dr. Albert Schmid, geführt wurden.

### 1.3 ETHISCHE GRUNDLAGE

Ihre ethische Grundlage hat das folgende Plädoyer für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der Unantastbarkeit der Würde des Menschen und den in der Verfassung garantierten Grund- und Menschenrechten. Im gemeinsamen Wort der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zu den Herausforderungen durch Migration und Flucht heißt es hierzu:

*„Als Person ist jeder Mensch ursprünglicher Träger von Grundrechten, die in der Menschenwürde wurzeln und deshalb von besonderen Bestimmungen des Menschen (zum Beispiel durch Geschlecht, Rasse, beruflichen Status, Vermögensverhältnisse, Gesundheit, Familienstand, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft oder zu einem Staat) unabhängig sind. Die Grundrechte werden ihm durch keine inner-*

*weltliche Instanz ‚verliehen‘. Die Grundrechte bewirken zum Beispiel, dass das Recht auf Leben unbedingt gewährleistet und geschützt sein muss. Dieses Grundrecht auf Leben schließt aber auch das Recht auf Unversehrtheit des Leibes ein. Wenn darum ein Mensch an Leib und Leben bedroht ist, hat er Anspruch auf Schutz.“<sup>3</sup>*

Den bei Abschiebungen kranker Flüchtlinge immer wieder auftretenden Konflikten zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Kirchen und diakonischen Einrichtungen auf der einen und Gerichten und Behörden auf der anderen Seite liegt eine Güterkollision zugrunde. Das staatliche Recht der Aufenthaltsbeendigung kollidiert mit dem Menschenrecht, vor staatlichen Eingriffen in die körperliche und seelische Unversehrtheit bewahrt zu bleiben. Dabei geht es nicht, wie in der öffentlichen Austragung solcher Konflikte öfter nahe gelegt wird, um Kontroversen zwischen dem positiven (durch Rechtssetzung entstandenen) Recht und einer (nur) humanitären Gesinnung. Vielmehr beanspruchen beide Seiten, im Rahmen des Grundgesetzes im Recht zu sein. Nur wenn beide Positionen wechselseitig anerkannt werden, besteht die Chance einer konstruktiven Auseinandersetzung über das „bessere Recht“.

Um solche Konflikte verhandlungsfähig zu machen, hat die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland Recht und Ethik zwar unterschieden, sie aber über die Grundrechte miteinander verbunden. Grundrechte sind die „ethische Unruhe“ des Rechts, wie Günter Dürig es in seiner Kommentierung des Art. 1 GG formuliert hatte.<sup>4</sup> Nach dem Verständnis des Grundgesetzes muss das positive Recht darum immer wieder dem Anspruch des jeweiligen Grundrechts ausgesetzt werden, seine Anwendung und sein Vollzug müssen grundrechtskonform geschehen. Hierfür haben alle Verantwortung zu übernehmen, weil alle Bürgerinnen und Bürger nicht nur *vor* dem Gesetz, sondern auch *für* das Gesetz verantwortlich sind.

Wie ein vor den Grund- und Menschenrechten verantworteter Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im Rahmen des geltenden Rechts aussehen könnte, das versucht der vorliegende Bericht im folgenden zu beschreiben.

Traumatisierungen stellen eine tiefgreifende Verletzung der Psyche dar. Nachgewiesen schwer traumatisierte Flüchtlinge dürfen deshalb nicht abgeschoben werden, wenn hierdurch eine erhebliche Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation droht.

<sup>3</sup> „... und der Fremdling, der in deinen Toren ist.“  
Gemeinsames Wort der Kirchen zu den Herausforderungen durch Migration und Flucht, 1997.

<sup>4</sup> Maunz-Dürig, Kommentar zum Grundgesetz (Stand Januar 1985), Kommentar zu Art. 1, S.11.

## KLINISCHES KRANKHEITSBILD TRAUMATISCHER STÖRUNGEN

Die zunehmende Abwehrhaltung und institutionelles Misstrauen von Behörden und Gerichten gegenüber traumatisierten Flüchtlingen ist in einen politischen und gesellschaftlichen Diskurs eingebettet, der sich überwiegend an ökonomischen Maßstäben der Nützlichkeit und nicht am grundrechtlich garantierten Schutz des Einzelnen (Art. 1, 2 GG) orientiert. Hierdurch kommt es innerhalb der aktuellen Rechtsanwendung immer wieder zu unerträglichen Härten durch falsche Einschätzung des Gesundheitszustandes und einer rigider werdenden Abschiebepaxis.

Ziel der Kommission ist deshalb

- ➔ die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die psychischen Folgen von Folter, Misshandlung und Vertreibung,
- ➔ Kriterien für ethisch, rechtlich und medizinisch begründete Positionen zu entwickeln,
- ➔ Verantwortlichkeiten zu benennen und konkrete Handlungshinweise für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen zu geben.

Ihre ethische Grundlage hat die folgende Argumentation für einen verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der Unantastbarkeit der Würde des Menschen und den in der Verfassung garantierten Grundrechten.

## 2 **KLINISCHES KRANKHEITSBILD TRAUMATISCHER STÖRUNGEN**

### 2.1 **DIAGNOSE**

Obwohl immer noch Unsicherheiten bezüglich der Definition und der Reichweite trauma-reaktiver Krankheitsbilder bestehen, gibt es inzwischen eine Reihe von überprüfbaren und international anerkannten Diagnosekriterien, mit denen die meisten der Traumafolgeschäden zuverlässig beurteilt werden können. Als Diagnose-schemata anerkannt sind das Klassifikations-system der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>5</sup> und die Klinisch-diagnostische Leitlinie der Weltgesundheits-organisation ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioural Disorders). Bei den Traumafolgen ausschließlich von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu sprechen, ist jedoch problematisch, da es durchaus sein kann, dass jemand unter einem massiven Trauma leidet, ohne eine PTBS-Symptomatik zu entwickeln.

Aufgrund der Vielfalt möglicher Reaktionen auf traumatische Ereignisse sollten die diagnostizierenden und behandelnden Ärzte über eine entsprechende Weiterbildung und ausreichend Erfahrung im Umgang mit diesen Krankheitsbil-

<sup>5</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington D.C., 1994.

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, 1992.

dern verfügen. Fehlen die notwendigen Kenntnisse, kommt es häufig zu verfahrensentscheidenden Fehldiagnosen oder nicht ausreichend begründeten Stellungnahmen. Für eine zuverlässige Diagnose sind außerdem eine angstfreie Gesprächsatmosphäre und ein hohes Maß an Zeit, Einfühlungsvermögen und Geduld notwendig, da traumatisierte Menschen ihre Beschwerden oft nur gegen große Widerstände, bruchstückhaft und nicht für jedermann verständlich und klar darstellen können.

## 2.2 AUSLÖSER UND SYMPTOME

Das Wesen einer Traumastörung wie PTBS besteht in einer langfristigen, seelischen Erschütterung des Welt- und Selbstvertrauens mit verminderter Belastbarkeit und erhöhter Sensibilität gegenüber bestimmten, für das erlebte Trauma relevanten Reizen. Auslöser für eine psychische Traumatisierung können Umwelt-Katastrophen, schwere Unfälle, Kriegshandlungen sowie Miss-handlungen im Rahmen von Verfolgung und sexuellem Missbrauch sein.

Nach traumatischen Erfahrungen entwickeln jedoch nicht alle Menschen posttraumatische Belastungsstörungen. Internationale wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus,

dass 20 bis 70 Prozent der Flüchtlinge, die vor kriegerischen Auseinandersetzungen geflohen sind, unter psychisch reaktiven Traumastörungen leiden. Bei Folteropfern, die sexueller Gewalt ausgesetzt waren, liegt der Prozentsatz noch höher.<sup>6</sup>

Die durch das Trauma bedingten psychischen Störungen sind neben Ängsten und Depressionen vor allem gekennzeichnet durch

- ⇒ diverse Formen des unwillkürlichen und belastenden Wiedererlebens des Traumas (Fühlen und Handeln, als ob es sich wieder ereignen würde),
- ⇒ eine generalisierte Vermeidungsneigung (der/die Betroffene versucht, Orte, Gefühle, Gedanken oder Gespräche zu vermeiden, die mit dem Trauma in Verbindung stehen),
- ⇒ eine dauerhafte oder zeitweilige Unfähigkeit, wichtige Teile des Traumas zu erinnern, die willentlich nur sehr begrenzt beeinflussbar ist,
- ⇒ Zukunftspessimismus, sozialer Rückzug, Misstrauen in sozialen Beziehungen,

<sup>6</sup> G. Flatten, P. Liebermann, T. Siol, W. Wöller, E.R. Petzold (Hrsg.): Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart, 2001.  
R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 52, 1995: 1048-1060.

- ➔ starke körperliche Übererregtheit, Durchschlafstörungen, übermäßige Wachsamkeit, Konzentrationsstörungen, extreme Ungeduld,
- ➔ starke Scham- und Schuldgefühle,
- ➔ die Weitergabe des Traumas an die Nachkommen.

### 2.3 KRANKHEITSVERLAUF, THERAPIE UND PROGNOSE

Charakteristisch für die Traumaverarbeitung ist deren prozesshafter Verlauf, der sich in Bezug auf die PTBS grob in drei Phasen unterteilen lässt, wobei die individuelle traumatische Reaktion nicht allein von der objektiven Schwere des Traumas abhängt, sondern vom subjektiv empfundenen Maß der Überforderung und des Kontrollverlustes. So wird bis zu vier Wochen nach dem erlebten Trauma von einer akuten Belastungsstörung gesprochen, danach von einer Posttraumatischen Belastungsstörung; besteht das Trauma mehr als zwei Jahre, geht man schließlich von einer chronischen PTBS aus.

Der Verlauf traumatischer Störungen ist nicht nur von der Dauer und Intensität der traumatischen Belastung, sondern auch in erheblichem Maße von den Lebensbedingungen nach dem traumatischen Ereignis abhängig. Ein gesi-

chter Aufenthaltsstatus, Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung, Unterstützung bei der sozialen Integration und die Möglichkeit, Zukunftsperspektiven aufzubauen, sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche subjektive Bewältigung des Traumas. Werden diese Voraussetzungen nicht gewährt, droht eine Chronifizierung des Krankheitsverlaufs.

Die Erschütterungen der Psyche durch eine extreme Traumatisierung, lassen sich zwar stabilisieren und bearbeiten, aber nicht beseitigen. Auch nach Abschluss einer Therapie können die Symptome durch Belastungsfaktoren, wie etwa die Angst vor einer zwangsweisen Rückkehr in den Herkunftsstaat, die als persönliche Bedrohung empfunden wird, jederzeit aktualisiert werden. Es kommt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Retraumatisierung, die eine Vertiefung der traumatischen Reaktion erzeugt und damit zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Das Gleiche gilt für den Vollzug der Abschiebung, durch den eine erneute Konfrontation mit den ursprünglich traumatisierenden Auslösereizen (Orten, Personen, Situationen) droht.

Aus dem Grundrecht auf körperliche und seelische Unversehrtheit und den medizinischen Erfordernissen folgt für schwer traumatisierte Flüchtlinge das Recht auf eine medizinisch gebotene Behandlung in sicherer Umgebung.

## DIE RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN

Für die Diagnose von Traumafolgeerkrankungen brauchen Ärzte eine entsprechende Weiterbildung. Als international anerkannte Diagnosekriterien gelten das DSM (Diagnostic and Statistical Manual) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft und das ICD 10 (International Classification of Diseases). Auslöser für Traumata können unter anderem Umweltkatastrophen, Kriegshandlungen, Folter und sexueller Missbrauch sein. Die Symptome umfassen Ängste, Depressionen, sozialen Rückzug, Schlafstörungen, Vermeidungsneigung, Scham- und Schuldgefühle.

Traumatisierungen lassen sich durch entsprechende psychotherapeutische Behandlung stabilisieren, aber nicht beseitigen. Abschiebungen, die als persönliche Bedrohung empfunden werden, können Retraumatisierungen und Suizide auslösen.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche subjektive Bearbeitung eines Traumas sind ein gesicherter Aufenthaltsstatus, Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und Möglichkeiten zur sozialen Integration.

Schwer traumatisierte Flüchtlinge haben das Recht auf eine medizinisch gebotene Behandlung in sicherer Umgebung.

### 3 DIE RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN

#### 3.1 DIE RECHTSGRUNDLAGE

Bereits auf der Grundlage des geltenden Rechtes kann dem Schutzbedürfnis traumatisierter Personen Rechnung getragen werden. Die Bestimmungen des Art. 2 Abs. 1 S. 1 u. S. 2 GG garantieren das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und stellen fest, dass die Freiheit der Person unverletzlich ist. Vom Merkmal der körperlichen Unversehrtheit ist in gleichem Umfang die seelische Unversehrtheit erfasst. Staatliche Organe dürfen diese Grundrechte nicht verletzen. Soweit es um eine eigentlich gebotene zwangsweise Aufenthaltsbeendigung geht, hat der Gesetzgeber den grundgesetzlichen Auftrag im Aufenthaltsgesetz an zwei Stellen konkretisiert. Dabei unterscheidet er „zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse“, die sich erst im Zielland einer Abschiebung realisieren, von so genannten „inlandsbezogenen Vollstreckungshindernissen“, bei der eine Rechtsgutsverletzung durch den Vollzug einer Abschiebung bereits im Inland eintritt.

Auf das vorliegende Thema bezogen und vereinfacht dargestellt gilt folgendes:

### 3.1.1 ZIELSTAATSBEZOGENE ABSCHIEBUNGSHINDERNISSE

Soweit es um die zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse geht, *soll* von der Abschiebung in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht (§ 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG). In diesem Falle droht die Verletzung des geschützten Rechtsgutes unmittelbar erst in dem Land, in welches abgeschoben werden soll. Der Aufenthaltsstaat würde hierzu aber unzulässig eine Voraussetzung schaffen. Die Vorschrift erfasst Fälle, in denen eine Behandlung im Herkunftsland notwendig wäre, aber nicht möglich ist, sei es aus krankheitsbedingten Gründen oder weil äußere Umstände dies nicht zulassen. Die Bestimmung schützt aber auch vor der Gefahr der Retraumatisierung, wenn mit dieser eine erhebliche konkrete Gefahr für die Gesundheit verbunden wäre. Sie schützt auch, wenn die Gefahr einer Selbsttötung im Herkunftsland nicht aufzufangen ist.

### 3.1.2 INLANDSBEZOGENE VOLLSTRECKUNGSHINDERNISSE

Die zweite Vorschrift berücksichtigt den Fall, dass die Rechtsgutsverletzung unmittelbar durch Handeln der staatlichen Organe des Aufenthaltsstaates in Erfüllung eines Abschiebungsauftrages eintreten würde: § 60 a Abs.2 Auf-

enthG gebietet die (vorübergehende) Aussetzung der Abschiebung, wenn diese aus rechtlichen Gründen unmöglich ist. Man spricht von einem inlandsbezogenen Vollstreckungshindernis. Mit dem Merkmal „rechtliche Gründe“ wird auf das menschenrechtliche Gebot des Art. 2 GG rückverwiesen. Stellen sich also entweder die Androhung der Abschiebung oder der polizeiliche Vollzug oder die Bedingungen des Transportes bereits als unzulässiger Eingriff im Sinne des Art.2 GG dar, dann ist ein Abschiebungshindernis gegeben.

Nicht immer ist die Abgrenzung zwischen beiden Fallkonstellationen einfach. Das gilt vor allem für die Gefahr einer Retraumatisierung. Eine Retraumatisierung kann durch die Konfrontation mit der das Trauma ursprünglich auslösenden Situation im Zielland auftreten, sie kann aber auch im Zuge der Abschiebung selbst ausgelöst werden.

### 3.1.3 DER STATUS NACH FESTSTELLUNG EINES ABSCHIEBUNGSHINDERNISSES

Ist behördlich oder gerichtlich festgestellt, dass ein Abschiebungshindernis vorliegt, dann *soll* im Falle eines zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses eine befristete Aufenthaltserlaubnis erteilt werden (§ 25 Abs.3 S.1 AufenthG). Sie soll verlängert werden, solange das Hindernis besteht (§8 Abs.1 AufenthG). Die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis darf weder

von den Umständen der Einreise noch von der Sicherung des Lebensunterhaltes und der Krankenversicherung noch davon abhängig gemacht werden, ob ein Ausweisungsgrund vorliegt (§5 Abs.3 AufenthG). Diese Regelung stellt eine erhebliche Verbesserung gegenüber dem Ausländergesetz dar. Es sind kaum noch Gesichtspunkte denkbar, die gegen einen Aufenthaltserlaubnis-antrag angeführt werden können.

Im Falle inlandsbezogener Vollstreckungshindernisse muss der Aufenthalt geduldet werden. Es kann aber eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden (§25 Abs.5 AufenthG). Sie „soll“ sogar zur Vermeidung so genannter Kettenduldungen erteilt werden, wenn das Hindernis nach 18 Monaten noch fortbesteht. Allerdings kann die Ausländerbehörde auf Erfüllung der allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen bestehen (vor allem: Lebensunterhaltssicherung, kein Ausweisungsgrund), ihr ist insoweit Ermessen eingeräumt.

### 3.2. DIE ENTSCHEIDUNGS-ZUSTÄNDIGKEITEN

#### 3.2.1 DIE ZUSTÄNDIGKEIT DER AUSLÄNDERBEHÖRDE

Macht der Ausländer ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis geltend, so hat die Ausländerbehörde zu prüfen, ob die Voraussetzungen vorliegen, und zwar ohne Rücksicht auf ein vorausgegangenes oder laufendes Asylverfahren. Macht der Ausländer ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis geltend, dann entscheidet die Ausländerbehörde nur dann, wenn nie ein Asylantrag gestellt war. Allerdings muss sie in diesem Falle das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge beteiligen (§72 Abs.2 AufenthG).

#### 3.2.2 DIE ZUSTÄNDIGKEIT DES BAMF

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) entscheidet über das Vorliegen zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse immer dann, wenn je ein Asylverfahren anhängig war oder noch ist (§24 Abs.2 AsylVfG). Wird ein solches Hindernis nach Abschluss eines Asylverfahrens geltend gemacht, erfolgt die Prüfung im Rahmen eines Asylfolgeverfahrens.

### 3.3 DIE RECHTLICHEN PROBLEME

Nicht in den Normen, sondern in der Normanwendung liegen die Probleme. Unvermeidlich enthalten die Bestimmungen unbestimmte Rechtsbegriffe wie „Gefahr“, „erheblich“, „konkret“, aber auch „unmöglich“. Diese Begriffe sind ausfüllungsbedürftig, wobei behördliche oder richterliche Wertungen einfließen. Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass psychische Sachverhalte häufig nicht sichtbar sind und deshalb der Verdacht der Simulation einen guten Nährboden hat. Drittens erfolgt die Geltendmachung eines Abschiebungshindernisses aufgrund Traumatisierung oft erst Jahre nach Eintritt der auslösenden Ereignisse und dazu häufig erst im Zusammenhang mit der Androhung der Aufenthaltsbeendigung. Schließlich werden an die Glaubhaftmachung der das Abschiebungshindernis begründenden Umstände unterschiedliche und unterschiedlich hohe Anforderungen gestellt.

Bereits auf der Grundlage des geltenden Rechts kann dem Schutzbedürfnis traumatisierter Personen Rechnung getragen werden. Bei zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen *soll* von einer Abschiebung abgesehen und eine befristete Aufenthaltserlaubnis erteilt werden. Diese Bestimmung schützt auch vor der Gefahr der Retraumatisierung.

Stellen sich die Androhung oder der Vollzug einer Abschiebung als Grundrechtseingriff dar, ist ein Abschiebungshindernis gegeben. Im Falle solcher inlandsbezogener Vollstreckungshindernisse *kann* eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, in jedem Falle muss der Aufenthalt geduldet werden.

Die eigentlichen Probleme liegen nicht in den Normen, sondern in der Normanwendung. In unbestimmte Rechtsbegriffe fließen behördliche und richterliche Wertungen ein. Nicht selten werden Krankheitsvorträge als Simulation gewertet und spätes Vorbringen als Indiz für mangelnde Glaubwürdigkeit. An die Glaubhaftmachung der das Abschiebungshindernis begründenden Umstände werden unterschiedliche und unterschiedlich hohe Anforderungen gestellt.

## TRAUMATISCHE ERKRANKUNGEN IM SPANNUNGSFELD JURISTISCHER UND MEDIZINISCHER HANDLUNGSMAXIMEN

**4** TRAUMATISCHE ERKRANKUNGEN IM SPANNUNGSFELD JURISTISCHER UND MEDIZINISCHER HANDLUNGSMAXIMEN

Ein zentrales Problem bei der Anerkennung traumatischer Erkrankungen von Flüchtlingen besteht darin, dass dem juristischen Verständnis von Krankheit und Traumatisierung verschiedene, interdisziplinär unvermittelte Definitionen und methodologische Zugänge zugrunde liegen, die eine Verständigung über gemeinsame Beurteilungskriterien erschweren und manchmal unmöglich machen.

Ein Blick in die Geschichte der Traumaforschung zeigt, dass dieser Streit um die Wahrheit traumatischer Erkrankungen die Krankheitsbilder schon vom Zeitpunkt ihrer ersten Beschreibung in den 50er und 60er Jahren an begleitet.

Da psychische Spuren von Gewalt, anders als äußerlich wahrnehmbare Spuren, für den Alltagsbeobachter nicht erkennbar sind, wurden Traumafolgeschäden, wie sie zum Beispiel bei Katastrophenopfern und Soldaten beobachtet wurden, lange Zeit als Wunsch- oder Zweckreaktion diffamiert, durch die sich die Betroffenen angeblich Entschädigungen oder Sozialleistungen erschleichen wollten.

Obwohl heute Traumafolgeerkrankungen wie PTBS offiziell anerkannt sind und seit den 90er Jahren auch hierzulande im Hinblick auf politische Verfolgung und als Abschiebungshindernis diskutiert werden, besteht selbst bei vielen Ärzten und Psychologen nach wie vor große Unsicherheit bezüglich der Reichweite der Krankheitsbilder und der diagnostischen Methoden. Außerdem hat der aktuelle Forschungsstand zu traumatischen Erkrankungen die für Entscheidungen über den Aufenthalt von traumatisierten Asylsuchenden maßgeblichen Gerichte und Behörden noch nicht in ausreichendem Maße erreicht.

Daraus erklärt sich, dass eine bedeutsame Konfliktlinie beim Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen zwischen der Anwendung des Asyl- und Aufenthaltsrechtes durch Behörden und Gerichte auf der einen Seite und dem ganzheitlichen ärztlichen Auftrag des Helfens, Heilens und Nicht-Schadens, wie er in den ethischen Grundsätzen der ärztlichen Berufsordnungen verankert ist, auf der anderen Seite verläuft.

Bei der inhaltlich-rechtlichen Überprüfung der Glaubhaftigkeit des Vorliegens einer traumatischen Erkrankung und einer Bewertung der Krankheitsfolgen im Hinblick auf Abschiebungshindernisse fungieren (fach-)ärztliche Gutachten und Stellungnahmen als entscheidende Schnittstelle zwischen Recht und Medizin, deren

Bedeutung und Stellenwert jedoch heftig umstritten ist. Dabei geht es unter anderem um

- ➔ die Anforderungen an die fachärztliche Diagnose,
- ➔ die Bedeutung fachärztlicher Stellungnahmen, bevor ein ausführliches Gutachten vorliegt,
- ➔ die notwendige Qualifikation des Gutachters,
- ➔ spätes Vorbringen der Krankheit und Widersprüche zum früheren Tatsachenvortrag,
- ➔ den Umgang mit sich widersprechenden ärztlichen Stellungnahmen,
- ➔ die möglichen Beeinträchtigungen bei einer Nichtbehandlung beziehungsweise einem Behandlungsabbruch,
- ➔ die Frage nach Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Finanzierbarkeit im Zielstaat,
- ➔ die rechtliche Bewertung einer festgestellten Suizidgefahr,
- ➔ die Reichweite der Verantwortung des Aufenthaltsstaats.

Aufgrund konkurrierender Interessen, Bewertungskriterien und Erkenntnismethoden entzünden sich hier zahlreiche Konflikte und Handlungsdilemmata, die auf der individuellen Ebene nur schwer aufzulösen sind und deshalb oft dazu führen, dass die Interessen der schwächsten Glieder in der Handlungskette, der traumatisierten Flüchtlinge, auf der Strecke bleiben.

Es geht mithin um die Frage, auf welche Art und Weise qualifizierte medizinische Standards in den behördlichen und gerichtlichen Umgang mit Traumatisierten integriert werden können, damit der grundrechtlich gebotene Schutz der Menschenwürde und der körperlichen und seelischen Unversehrtheit der Betroffenen nicht verletzt wird.

#### 4.1 DIE ROLLE VON FACHÄRZTLICHEN GUTACHTEN BEI DER PRÜFUNG ZIELSTAATSBEZOGENER ABSCHIEBUNGSHINDERNISSE

##### 4.1.1 DEFINITION UND STANDARDS FÜR GUTACHTEN UND STELLUNGNAHMEN

Als Gutachten werden prinzipiell nur Fachgutachten verstanden, die vom Bundesamt oder einem Verwaltungsgericht in Auftrag gegeben und durch behördlich unabhängige Gutachter, die in der Regel nicht zugleich die untersuchte Person behandeln, angefertigt werden.

Gutachten müssen die medizinischen Untersuchungsmethoden nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand darlegen und eine nachvollziehbare, logisch begründete Antwort auf eine juristisch gestellte Beweisfrage enthalten. Wird ein Gutachten von privater Seite oder von der „Partei“ eingeholt (Privat- oder Parteigutachten), kann es als gleichwertig angesehen werden, wenn es den wissenschaftlichen Anforderungen gerecht wird.

An Stellungnahmen sind geringere Anforderungen anzulegen als an Fachgutachten. Fälschlicherweise werden in der Praxis von Behörden und Gerichten an Stellungnahmen häufig dieselben Kriterien angelegt wie an fachärztliche Gutachten, mit der Folge, dass die in den Stellungnahmen vorgebrachten Argumente als nicht beweiskräftig zurückgewiesen werden. Außerdem wird von Gerichten bemängelt, dass ärztliche Stellungnahmen gefälligkeitshalber Reiseunfähigkeit attestieren. Dieser Verdacht ist so stark, dass er nicht nur Ärzte und Psychologen betrifft, sondern auch vor Stellungnahmen staatlicher Gesundheitsämter nicht halt macht. Dahinter steht bei Behörden und Gerichten offenbar die Befürchtung, dass die Berücksichtigung derartiger Stellungnahmen die ausländerpolitische Handlungs- und Steuerungsfähigkeit der Bundesrepublik Deutschland unterminieren könnte. Gefälligkeitsgutachten sind jedoch nicht nur mit der juristischen Wahrheitsfindung vor Gericht, sondern auch mit der ärztlichen Berufsordnung

unvereinbar. Um den Vorwurf von Gefälligkeitsgutachten auszuräumen, hat zum Beispiel die Hessische Landesärztekammer das Hessische Innenministerium wiederholt darauf hingewiesen, dass derartige Fälle der Landesärztekammer vorzulegen sind, damit in einem rechtsstaatlichen Verfahren der Berufsaufsicht dem Vorwurf nachgegangen und er gegebenenfalls in einem berufsgerichtlichen Verfahren geklärt wird.

In der gegenwärtigen Praxis ist der Vorwurf von Gefälligkeitsgutachten zugunsten des Flüchtlings nur in seltenen Fällen zutreffend. Häufiger zu beobachten sind allerdings von Behörden und Gerichten in Auftrag gegebene Kurz- und Gegengutachten, die auch ohne persönliche Untersuchung der Betroffenen fachärztliche Stellungnahmen konterkarieren, um eine Abschiebung durchsetzen zu können.

Selbstverständlich müssen auch privat in Auftrag gegebene Stellungnahmen eine Reihe von objektiv überprüfbaren Merkmalen und Mindestvoraussetzungen erfüllen und dürfen sich nicht in subjektiven Einschätzungen und Feststellungen verlieren. Stellungnahmen sollten nachvollziehbar den tatsächlichen ärztlichen Befund angeben, die angewandte Untersuchungsmethode transparent machen, sowie Feststellungen zur Prognose und der erforderlichen weiteren Behandlung treffen.

Die in den letzten Jahren von einer Gruppe von Ärzten und Psychologen entwickelten „Standards zur Begutachtung psychoreaktiver Traumafolgen“<sup>7</sup>, deren Anwendung durch die Ärztekammern und Psychotherapeuten unterstützt wird, sollte aus Sicht der Kommission Handlungsgrundlage sein.

#### 4.1.2 DIE GLAUBHAFTIGKEITSPRÜFUNG: MEDIZINISCHE UND RECHTLICHE KRITERIEN

Eine fruchtbare Zusammenarbeit von Recht und Medizin wird nicht zuletzt dadurch verhindert, dass sich die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung bei der Glaubhaftigkeitsprüfung gegen das Vordringen fachfremder Erkenntnisse – wie zum Beispiel medizinischer – sperrt (während sich die Strafgerichtsbarkeit der medizinischen Sachverständigen ohne Berührungsanst bedient). So kommt es, dass nicht wenige Juristen immer noch eher geneigt sind, aus dem persönlichen Verhalten des Flüchtlings alltagspsychologische Schlüsse auf die Glaubhaftigkeit seiner Angaben zu ziehen, statt eine Prüfung anhand fachärztlicher Gutachten vorzunehmen.

Umgekehrt beklagen sich Ärzte über den Versuch der Instrumentalisierung durch Behörden und Gerichte für politische Ziele. Dies kommt auch in den zahlreichen Protesten von Ärztekammern zum Ausdruck, die sich, unter Berufung auf die Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung, gegen jede Art von Einmischung von außen wehren.<sup>8</sup> So forderte der Weltärztebund in einer von der Bundesrepublik anerkannten Erklärung zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes 1986, dass „bei der Ausübung des Berufes und der Versorgung ihrer Patienten Ärzte die berufliche Freiheit besitzen sollten, (...) staatliche und soziale Prioritäten außer acht zu lassen; andernfalls würde ein Interessenkonflikt mit der Verpflichtung des Arztes gegenüber seinen Patienten geschaffen und die berufliche Unabhängigkeit zerstört, in die der Patient sein Vertrauen setzt.“<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Projektgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“: Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (im aufenthaltsrechtlichen Verfahren), 2002 (im Internet: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995>).

<sup>8</sup> Ein aktuelles Beispiel für die Instrumentalisierung einer medizinischen Therapie findet sich im Beschluss der 2. Kammer des Verwaltungsgerichts Frankfurt am Main vom 17.02.2005, wo es – angesichts einer Patientin, die unter einer akuten Belastungsreaktion mit der Folge einer psychischen Instabilität mit bestehender Suizidalität leidet – heißt: „Der Antragstellerin muss klar sein – und dies ist auch eine besondere Aufgabe der hier durchgeführten Therapie, ihr dieses Ziel zu vermitteln (Hervorhebung vom Verf.) –, dass sie wegen ihrer Erkrankung keinen Daueraufenthalt anstreben kann.“

<sup>9</sup> Deklaration des Weltärztebundes zur Unabhängigkeit und beruflichen Freiheit des Arztes. In: Weltärztebund – The World Medical Association, Inc.: Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschlüsse. Deutsche Fassung. Köln, 2003: 146.

Nicht zuletzt wird die gerade für traumatisierte Flüchtlinge notwendige Zusammenarbeit von Behörden und Gerichten mit Ärzten und Psychologen durch die Tatsache erschwert, dass Richtern und Rechtsanwälten die unterschiedlichen psychiatrischen und psychologischen Methoden oft nicht bekannt sind und umgekehrt Psychologen und Ärzten die juristischen Anforderungen an die Glaubhaftmachung eines Asylbegehrens oder Abschiebungshindernisses häufig nicht bewusst sind. Die Folge ist, dass psychiatrische und psychologische Stellungnahmen und Gutachten von den Gerichten nicht selten anhand von Prüfkriterien bewertet werden, die nicht Grundlage für die Untersuchung und Diagnose der festgestellten psychischen Erkrankung waren.

Traditionell wird die Glaubhaftigkeit der Angaben von Traumatisierten in gerichtlichen Verfahren entlang der im Strafrecht entwickelten Kriterien der Aussagepsychologie überprüft, denen zufolge eine Aussage immer dann der Wahrheit entspricht, wenn sie logisch konsistent, detailreich und widerspruchsfrei vorgetragen wird. Da bei traumatisierten Flüchtlingen das Krankheitsbild aber gerade darin besteht, dass die kognitive Leistungsfähigkeit und damit das Aussagevermögen im Hinblick auf die genannten Kriterien eingeschränkt ist, greift diese Art der Analyse zu kurz.<sup>10</sup> Um Fehlentscheidungen vorzubeugen, muss die Rechtsprechung gesicherte medizinische Erkenntnisse berücksichtigen.

<sup>10</sup> Hinzu kommt, dass die Brauchbarkeit der aussagepsychologischen Methode für andere Kulturen auch in anderen Zusammenhängen bisher nicht wissenschaftlich nachgeprüft worden ist.

#### 4.2 SUBJEKTIVE EINSTELLUNGEN UND OBJEKTIVE URTEILSBILDUNG

Fehlerhafte Argumentationsmuster basieren nicht selten auf subjektiven Einstellungen und häufig vorgebrachten Gesichtspunkten, auf die die Traumaforschung mittlerweile allerdings umfangreiche und fundierte Antworten gegeben hat.<sup>11</sup>

Warum gibt es plötzlich so viele traumatisierte Flüchtlinge?

- ⇒ Es gibt wahrscheinlich nicht mehr traumatisierte Flüchtlinge als vor einigen Jahren. Tatsache ist jedoch auch, dass erst in den letzten Jahren bei Ärzten und Psychologen die für die Wahrnehmung von Traumatisierungen notwendige fachliche Ausbildung stattgefunden hat.

Wieso werden psychische Erkrankungen erst so spät geltend gemacht? Warum wird psychotherapeutische Hilfe erst dann in Anspruch genommen, wenn Abschiebung droht?

- ⇒ Nicht alle Traumatisierten sind in ihrer jeweiligen Lebensphase therapiebedürftig und therapiemotiviert.

<sup>11</sup> Ausführlich hierzu: „Trauma und Abschiebung“. Eine Positionsbestimmung der Wohlfahrtsverbände in Hessen, amnesty international, fatra e.V., dem Landesausländerbeirat Hessen, dem Hessischen Flüchtlingsrat und der Initiative „Ausländische Mitbürger in Hessen“.

- ➔ Oft wird der Arzt nur wegen physischer Leiden aufgesucht, da zwar Symptome vorhanden sind, aber kein Zusammenhang zur eigenen Verfolgungsgeschichte hergestellt wird.
- ➔ Psychotherapeutische Hilfe wird erst dann gesucht, wenn andere Behandlungen fehlgeschlagen sind.
- ➔ Traumatisierte haben große Angst, über das Erlebte zu sprechen. Bei vielen Personen ist die Symptomatik der Vermeidung über viele Jahre so stark, dass sie trotz erheblicher Störungen keine psychotherapeutische Behandlung aufgesucht haben.
- ➔ Sprachliche Barrieren, wenige muttersprachliche Psychotherapieangebote und das Asylbewerberleistungsgesetz, das die medizinische Versorgung auf die Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ beschränkt, erschweren die Inanspruchnahme einer angemessenen Therapie zusätzlich.
- ➔ Vor diesem Hintergrund sollte das fehlende Aufsuchen einer Behandlung nicht als Hinweis gewertet werden, dass eine später diagnostizierte Traumatisierung nicht vorliegt oder eine Abschiebung an die Orte des Geschehens

keine Retraumatisierungsgefahr in sich bergen würde.

Weshalb sind die Äußerungen von Traumatisierten oft widersprüchlich und bruchstückhaft?

- ➔ Das Widersprüchliche liegt in der Natur der Traumastörung selbst begründet, das Nicht-Kohärente ist aufgrund von Dissoziationen und Vermeidungsreaktionen eher die Regel und nicht die Ausnahme. Manchmal bleiben einzelne Begebenheiten extrem lebendig, andererseits können jedoch ganze Zeiträume (zum Beispiel Haftzeit) nicht erinnert werden.
- ➔ Die Befragungssituation bei Behörden und Gerichten kann zu einer Verstärkung der Symptome führen, da der Traumatisierte eine Situation, die traumaauslösend war, auf die Anhörungssituation überträgt. Dies führt zu Angst, Verwirrung und Lücken in der Darstellung. Aufgrund dieser Bedingungen ist der Nachweis einer traumatischen Erkrankung nicht durch eine angstbesetzte polizeiärztliche Untersuchung zu erbringen. Erfolgt die Untersuchung durch Amtsärzte, muss deren Unabhängigkeit von Ausländerbehörden und Gerichten deutlich werden.

Häufig sind die Entscheidungen von Behörden und Gerichten von Misstrauen in die Glaubhaftigkeit der Angaben oder – unausgesprochen – von der Auffassung geprägt, die Gesellschaft solle sich von solchen „Belastungen“ befreien („Wir können nicht das Elend der ganzen Welt schultern.“). Dazu gehört auch, dass vom Auswärtigen Amt immer wieder sachlich falsche Angaben zur Behandlungsmöglichkeit in den Herkunftsländern gemacht werden. Demgegenüber ergeben die Erhebungen anderer Einrichtungen und Stellen häufig, dass Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich nicht bestehen oder für die Betroffenen nicht erreichbar (nicht bezahlbar) sind. Verdeutlichen lässt sich das am Beispiel Kosovo. Jüngst ist UNMIK (United Nations Mission in Kosovo) der Auskunftslage des Auswärtigen Amtes mehrfach und deutlich entgegengetreten.

#### 4.3 DIE BEGUTACHTUNG DER FLUGREISETAUGLICHKEIT

Die Interessenkonflikte zwischen Ärzten und staatlichen Stellen werden bei der Begutachtung der sogenannten „Flugreisetauglichkeit“ besonders deutlich. Vor allem die in Staatsdiensten stehenden Ärzte sehen sich einander widersprechenden Handlungsanforderungen der ärztlichen Berufsethik auf der einen Seite und behördlichen Weisungen auf der anderen Seite ausgesetzt. So geht aus der ärztlichen Berufs-

ordnung und den Richtlinien der Hessischen Landesärztekammer hervor, dass bei der Überprüfung der Flugreisetauglichkeit das Gebot der umfassenden Beurteilung gilt, was bedeutet, die Prüfung der Versorgungsmöglichkeiten im Heimatland und der möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die Abschiebung ausdrücklich mit einzubeziehen. Dem gegenüber stehen Weisungen von Innenministerien, die zum Beispiel lauten: „... es ist nur um die Feststellung der Flugreisetauglichkeit, also die Transportfähigkeit auf dem Luftweg zu bitten.“<sup>12</sup>

Eine solche Beschränkung auf die Feststellung ausschließlich der Transportfähigkeit eines kranken Flüchtlings ist aus Sicht der Kommission angesichts des Krankheitsbildes einer schweren Traumatisierung nicht zu verantworten. Vielmehr müssen Veränderungen des Gesundheitszustandes in zeitlicher Nähe zu einer Abschiebung bis zuletzt geprüft sowie tatsächlich und rechtlich gewürdigt werden. Hierzu hat der von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer im November 2004 vorgelegte „Informations- und Kriterienkatalog“ zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsmaßnahmen bemerkenswerte Vorschläge gemacht. Dort heißt es zum Beispiel: „Werden im Rahmen des Vollzugs der Abschiebung neue zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse oder Vollstreckungshindernisse vorgetragen, ist eine sorgfältige Prüfung

<sup>12</sup>Erlass des Hessischen Ministeriums des Innern und für Sport an die Ausländerbehörden in Hessen vom 14.05.2002, Az.: II 42-23d (Au 847b).

durch die zuständige Behörde vorzunehmen und bei Substantiiertheit und Schlüssigkeit des Vortrags die Abschiebung abubrechen. Dies gilt auch, wenn Veränderungen des Gesundheitszustandes im Vergleich zu einer vorhergehenden Prüfung vorgetragen werden. In diesem Rahmen kommt dem Vortrag einer posttraumatischen Belastungsstörung eine große Rolle zu. Dabei darf in der Regel weder der späte Sachvortrag erst kurz vor der Abschiebung noch eine (bisherige) Nichtbehandlung der Krankheit zu Lasten des Ausländers/der Ausländerin gewertet werden.“<sup>13</sup> Ist ein solcher Vortrag zum Gesundheitszustand einer abzuschiebenden Person zumindest beachtlich, soll zur Überprüfung regelmäßig ein ärztliches bzw. psychotherapeutisches Gutachten in Auftrag gegeben werden. Der Informations- und Kriterienkatalog der Arbeitsgruppe ist ein wichtiger Schritt zu einem verantwortungsvollen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und sollte darum in allen Bundesländern umgesetzt werden.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Informations- und Kriterienkatalog. In der von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen erstellten Fassung. Düsseldorf, 22.11.2004, S.3.

<sup>14</sup> Bisher hat lediglich Nordrhein-Westfalen eine entsprechende Anstrengung unternommen, vgl. „Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen“. Erlass des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2004, Az.: 15-39.10.03-1-BÄK.

Bei der Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Traumata fungieren ärztliche Gutachten als Schnittstelle zwischen Recht und Medizin. Gutachten müssen bestimmten, überprüfbaren Kriterien genügen.

Konkurrierende Interessen, Bewertungskriterien und Erkenntnismethoden von Recht und Medizin führen zu Konflikten und Handlungsdilemmata für die beteiligten Personen. Die Interessen und Rechte der Flüchtlinge bleiben dabei oft auf der Strecke.

Nicht zuletzt sind die bestehenden Probleme auf ein generelles institutionelles Misstrauen zurück zu führen. Folgende Problemkreise lassen sich isolieren:

- ⇒ Gerichte und Behörden unterstellen, dass Ärzte Gefälligkeitsgutachten zugunsten von Flüchtlingen ausstellen. Auffallend ist jedoch, dass sie ausgesprochen selten zur Anzeige gebracht werden.
- ⇒ Juristen ziehen aus dem Verhalten von Flüchtlingen alltagspsychologische Schlüsse auf die Glaubhaftigkeit, statt fachärztliche Gutachten heran zu ziehen. Fehlerurteile sind die Folge.

## DER VOLLZUG DER ABSCHIEBUNG: KONFLIKTE MIT STAATLICHEN AUSFÜHRUNGSORGANEN

- ➔ Ärzte fühlen sich durch Gerichte als Vollstrecker des politischen Willens missbraucht.
- ➔ Juristen sind die unterschiedlichen psychologischen Methoden oft nicht bekannt, auf der anderen Seite sind Ärzten und Psychologen die juristischen Anforderungen an Gutachten häufig nicht bewusst. Hier sind interdisziplinäre Anstrengungen nötig.
- ➔ Eine Beschränkung auf die Begutachtung ausschließlich der „Flugreise-fähigkeit“ ist nicht zu verantworten. Bis zuletzt müssen alle Veränderungen des Gesundheitszustandes einer abzuschiebenden Person tatsächlich und rechtlich gewürdigt werden.

### 5 DER VOLLZUG DER ABSCHIEBUNG: KONFLIKTE MIT STAATLICHEN AUSFÜHRUNGSORGANEN

Haben sich die bisherigen Ausführungen überwiegend damit beschäftigt, bestehende Konflikte und Dilemmata im Spannungsfeld medizinischer und juristischer Bewertungen von Traumata bei Flüchtlingen im Verlauf des rechtlichen Verfahrens darzulegen und zu analysieren, befasst

sich das folgende Kapitel mit Problemen, die im konkreten Vollzug einer Abschiebung<sup>15</sup> psychisch erkrankter, traumatisierter Flüchtlinge entstehen.

Exemplarisch für eine Vielzahl möglicher Konfliktszenarien, die im Verlauf des Vollzugs einer Abschiebung auftauchen können, wird hier die Abholung von traumatisierten Flüchtlingen aus Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken zwecks Vollzugs der Abschiebung behandelt.

Diese Situation ist vor allem deshalb als besonders prekär einzuschätzen, da aufgrund der bereits erfolgten Ausschöpfung der rechtlichen Mittel gegen den Vollzug nun am Ende der Handlungskette die Konfrontation der verschiedenen Ziele und Maßstäbe von Ärzten und staatlichen Vollzugskräften (BGS und Polizei) scheinbar unausweichlich auf die Spitze getrieben wird. Hier kann es in der Folge zu „handgreiflichen“ Auseinandersetzungen kommen, die von den Beteiligten nur schwer zu verarbeiten sind und gegenüber den betroffenen Flüchtlingen immer wieder zu inhumanen Härten führen.

<sup>15</sup> Das folgende trifft nicht nur für Abschiebungen zu, sondern, im Rahmen des sogenannten Flughafenverfahrens, auch für Zurückweisungen vor der Einreise.

## 5.1 ABHOLUNG AUS DEM KRANKENHAUS: ETHISCHE UND RECHTLICHE FRAGEN

BGS und Polizei müssen die angeordnete Abschiebung grundsätzlich vollziehen. Davon sind in der Praxis auch psychisch kranke, traumatisierte Flüchtlinge, die sich in stationärer Behandlung befinden, nicht ausgenommen. Zwar besteht zu diesem Zeitpunkt für den Flüchtling rechtlich gesehen grundsätzlich keine Möglichkeit mehr, den Rücktransport zu verhindern; dennoch muss von Seiten der Vollzugsbehörden „beachtlichen Vorträgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in jedem Stadium des Vorgangs einer Abschiebung nachgegangen werden. Dies gilt auch für Vorträge einer konkreten (nicht nur theoretischen) Gefahr einer Retraumatisierung im Sinne der erheblichen Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, auch wenn diese erheblichen Gesundheitsprobleme erst beim Vollzug selbst auftreten.“<sup>16</sup> Diese in NRW erlassrechtlich eingeführte Regelung ist grundgesetzlich geboten und sollte von allen Bundesländern übernommen werden.

Dies zugrunde gelegt, haben die Vollzugsbehörden aus Sicht der Kommission zwei Möglichkeiten, wenn die behandelnden Ärzte darauf hinweisen, dass aus ärztlicher Sicht eine Flugreisetauglichkeit nicht gegeben ist: Entweder sie folgen dem Votum der Ärzte oder veranlassen

ein fachärztliches Gutachten. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse oder inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse handelt.

Aus Sicht der Ärzte ist festzuhalten: Formalrechtlich besteht keine Möglichkeit, unter Berufung auf das durch §123 StGB (Hausfriedensbruch) geschützte Hausrecht den Beamten des BGS und/oder der Polizei den Zutritt zur Klinik zu verweigern, da diese zum Betreten der Klinik befugt sind. Das bedeutet allerdings nicht, dass Ärzte an der Übergabe eines Patienten mitwirken müssten. Ansonsten bleibt den Ärzten zunächst nur, auf die bestehende Behandlungsbedürftigkeit (bzw. Suizidgefährdung) des Flüchtlings hinzuweisen und sich klar gegen die Abholung auszusprechen. In rechtlicher Hinsicht schützen die ethischen Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung den Arzt nicht vor einer Strafverfolgung, wenn er aktiven Widerstand leistet. Auch wenn hier keine einschlägigen Verurteilungen bekannt sind, muss dem behandelnden Arzt klar sein: Im Konfliktfall steht er mit seinem Gewissen und der ärztlichen Berufsordnung allein da.

Verbindliche Verabredungen zwischen Krankenhäusern und Behörden – z.B. darüber, keine Abholung des Patienten vorzunehmen, solange ihm Therapiebedürftigkeit ärztlich attestiert wird, oder Untersuchungen zur „Flugreise-

<sup>16</sup> „Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen“. Erlass des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16.12.2004, Az.: 15-39.10.03-1-BÄK.

tauglichkeit“ nur unter Einbeziehung vorliegender Gutachten und nach Möglichkeit im Krankenhaus durchzuführen – könnten allerdings Konflikte zumindest minimieren.

## 5.2 ZIVILER UNGEHORSAM ALS ULTIMA RATIO

Wo es trotzdem zu Konflikten kommt, wo fehlerhafte Entscheidungen vermutet werden und befürchtet werden muss, dass staatliche Stellen ihrer Verpflichtung zum Schutz der Menschenwürde nicht nachkommen, können alle Beteiligten sich dafür entscheiden, dem Zugriff von Vollzugsbehörden entgegenzutreten.

Ziviler Ungehorsam kann eine Form demokratischer Verantwortungsübernahme darstellen, wenn er im Ungehorsam gegen eine Rechtsregel Grundrechte zur Geltung bringt. Ziviler Ungehorsam nimmt dann eine strukturelle Verantwortungslosigkeit nicht hin, sondern stellt ihr eine Struktur der Verantwortung aller beteiligten Akteure entgegen. Die Regelverletzung ist dabei nicht die Absicht, wohl aber eine unvermeidbare Folge, denn das Problem liegt nicht im zivilen Ungehorsam, der sich widersetzt, sondern in dem Zustand der Rechtsvorschrift, der den Ungehorsam erst notwendig macht. Ziviler Ungehorsam ist als Appell an die politisch Verantwortlichen zu verstehen, durch Verbesserungen in Rechtsvorschriften den bürgerlichen Ungehorsam überflüssig zu machen.

Auch wenn es viele Mittel der Deeskalation und Kommunikation zwischen Ärzten, Anwälten, Einrichtungen und Unterstützern auf der einen und Vollzugsorganen auf der anderen Seite gibt, die eine Inanspruchnahme des zivilen Ungehorsams überflüssig machen, ist dieser als legitimes, letztes Mittel zu betrachten, wenn es darum geht, die physische und psychische Integrität von Flüchtlingen im Sinne des Schutzes der Menschenwürde zu verteidigen. Wo Einzelne in diesem Sinne Verantwortung für schwer kranke Flüchtlinge übernehmen, sollten sie von Dienstgebern und Einrichtungsleitungen öffentlich unterstützt werden.

Vollzugsbehörden müssen die angeordnete Abschiebung grundsätzlich vollziehen. Gleichwohl müssen Behörden bei einer Abholung aus dem Krankenhaus beachtlichen Krankheitsvorträgen nachgehen.

Für Ärzte besteht keine Möglichkeit, unter Berufung auf das Hausrecht den Beamten des BGS und/oder der Polizei den Zutritt zur Klinik zu verweigern. Das bedeutet allerdings nicht, dass Ärzte an der Übergabe eines Patienten mitwirken müssten. In rechtlicher Hinsicht schützen die ethischen Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung den Arzt nicht vor einer Strafverfolgung, wenn er aktiven Widerstand leistet.

## FAZIT

Verbindliche Verabredungen zwischen Krankenhäusern und Behörden könnten Konflikte zumindest minimieren (zum Beispiel keine Abholung eines Patienten, solange er therapiebedürftig ist; Untersuchungen zur Flugreisetauglichkeit nur unter Einbeziehung vorliegender Gutachten und nach Möglichkeit im Krankenhaus).

Wo es trotzdem zu Konflikten kommt und befürchtet werden muss, dass staatliche Stellen ihrer Verpflichtung zum Schutz der Menschenwürde nicht nachkommen, ist ziviler Ungehorsam legitim. Er kann eine Form demokratischer Verantwortungsübernahme sein. Wo Einzelne in diesem Sinne Verantwortung für schwer kranke Flüchtlinge übernehmen, sollten sie von Dienstgebern und Einrichtungsleitungen öffentlich unterstützt werden.

## 6 FAZIT FÜR EINEN VERANTWORTUNGSVOLLEN UMGANG MIT TRAUMATISIERTEN FLÜCHTLINGEN: HANDLUNGSHINWEISE UND ORIENTIERUNGSHILFEN

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 angetastet 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.
  - ➔ Der zivile Ungehorsam, traumatisierte Flüchtlinge auch entgegen der Rechtslage zu schützen, ist als Nothilfe zu Gunsten von Menschen, die bedroht sind, ein legitimes, letztes Mittel.
- Eine Umsetzung dieser Ziele ist nach Auffassung der Kommission dringend geboten, um unzulässige Eingriffe in die Grundrechte traumatisierter Flüchtlinge zu verhindern, ihre ärztliche Behandlung in sicherer Umgebung zu gewährleisten und Konflikte bei der Abschiebung kranker Flüchtlinge nach Möglichkeit zu vermeiden. Dass Verständigungen über erste Schritte in diese Richtung trotz der geschilderten Widersprüche, Spannungen und Handlungsdilemmata nicht unmöglich sind, zeigt der Erlass des Landes Nordrhein-Westfalen zur Mitwirkung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen. Nun müssen weitere Schritte folgen.

**HERAUSGEBER:** Diakonisches Werk in Hessen und Nassau (DWHN)  
Ederstraße 12  
60486 Frankfurt am Main  
Tel.: (069) 7947 0  
Fax: (069) 7947 310  
Internet: [www.diakonie-hessen-nassau.de](http://www.diakonie-hessen-nassau.de)  
E-Mail: [kontakt@dwhn.de](mailto:kontakt@dwhn.de)

**REDAKTION:** Andreas Lipsch (verantwortlich)

**LAYOUT:** Piva & Piva  
Studio für visuelles Design, Darmstadt

**DRUCK:** Plag gGmbH  
Schwalmstadt

Juni 2005

