

agah

Landesausländerbeirat



Arbeiterwohlfahrt
in Hessen



Hessen-
Caritas



Diakonie 
in Hessen und Nassau

Diakonie 

Diakonisches Werk in
Kurahessen-Waldeck e.V.

fatra e.V.
Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil



HESSISCHER
FLÜCHTLINGSRAT

INITIATIVAUSSCHUSS
"AUSLÄNDISCHE
MITBÜRGER
IN HESSEN"

Trauma Trauma und und Abschiebung Abschiebung

EINE POSITIONSBESTIMMUNG

Kurzfassung

Eine 25-seitige Langfassung der Positionsbestimmung finden Sie im Internet unter:

www.asyl.net

unter Arbeitsmittel und Tipps

sowie auf der website des Hessischen Flüchtlingsrates: www.fr-hessen.de

HERAUSGEGEBEN VON

- agah Landesausländerbeirat
- amnesty international
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverbände Hessen-Nord und Süd e.V.
- Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hessen
- Diakonisches Werk in Hessen und Nassau
- Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck e.V.
- fatra e.V. Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil
- Hessen-Caritas
- hfr Hessischer Flüchtlingsrat
- Initiativ Ausschuss „Ausländische Mitbürger in Hessen“
- Interkultureller Beauftragter der EKHN
- Bischöflicher Beauftragter für Flüchtlingsfragen
- Arbeitsstelle Migration der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck

Trauma und Abschiebungen

Abschiebungen psychisch traumatisierter Flüchtlinge beschäftigen heute nicht nur Gerichte, Behörden, Ärzt(e)innen und Flüchtlingsorganisationen, sie werden auch von einer breiteren Öffentlichkeit mit wachsender Sorge und zunehmendem Unverständnis wahrgenommen. Wissenschaftliche Erkenntnisse in bezug auf traumabedingte psychische Krankheitsbilder haben sich über die Grenzen der Fachdisziplinen hinaus durchgesetzt und eine breite Debatte ausgelöst. Kontrovers diskutiert wird vor allem die Frage nach dem Stellenwert und der Bedeutung von ärztlichen Gutachten und der Qualifizierung von Gutachter(inne)n.

Zum offenen Streit wurde diese Diskussion, als Ministerien und Ausländerbehörden vor einigen Jahren begannen, sich nur noch die „Flugreise- bzw. Transportfähigkeit“ traumatisierter Flüchtlinge attestieren zu lassen. Ärztekammern¹ in ganz Deutschland protestierten dagegen und erinnerten die mit Behörden kooperierenden Ärzt(e)innen an ihre Unabhängigkeit und die in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätze. Daraufhin anberaumte Gespräche zwischen Ärztekammern und Innenministerien haben bis heute keine Ergebnisse gebracht.

Mit dem vorliegenden Papier positionieren wir uns und wollen zur Qualifizierung der Debatte beitragen.

Als hessische Wohlfahrtsverbände und Initiativen sind wir zunehmend auch in unseren eigenen Beratungs- und Mitgliedseinrichtungen damit konfrontiert, dass Menschen abgeschoben werden, denen fachärztlich bescheinigt wird, dass sie traumatisiert oder psychisch krank sind und einer längerfristigen Behandlung in der Bundesrepublik im Rahmen eines gesicherten Aufenthaltes bedürfen.

Weil unser Reden und Handeln sich auf Menschen in ihrer Ganzheit bezieht und weil wir von unserem Auftrag her auch soziale Anwaltsfunktion für Menschen wahrnehmen wollen, die keine Lobby haben, fordern wir Behörden, Ministerien und Gerichte dazu auf, die Erkenntnisse der Traumaforschung in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren umfassend zu berücksichtigen.

Im folgenden gehen wir auf die fachwissenschaftlichen Erkenntnisse ein und formulieren auf dieser Grundlage unsere Positionen, Forderungen und Verfahrensvorschläge.

Traumabedingte psychische Störungen:

Die Krankheitsbilder von traumabedingten psychischen Störungen sind erforscht und können eingeordnet werden, ebenso können Traumafolgestörungen i.d.R. nach modernen Diagnoseschemata (DSM IV *Diagnostic and Statistical Manual* und ICD 10 *International Classification of Diseases*) klassifiziert und abgegrenzt werden. Auch über den Zusammenhang von bestimmten traumatischen Ereignissen und der Häufigkeit, mit der anschließend eine Traumafolgestörung auftritt, wurde intensiv geforscht.² Weiterbildung von Therapeut(inn)en, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten, ist nötig und wird angeboten.³

¹ Beschluss des Präsidiums der Landesärztekammer in Hessen vom April 2000 zu „Grundsätzen für das Verhalten von Ärzten bei der Prüfung der Transportfähigkeit von abzuschiebenden Ausländern“

² So geht man heute davon aus, dass die Prävalenzraten für Posttraumatische Belastungsstörungen bei Folteropfern etwa bei 50-70 % (Van Velsen) liegen. Bei Kriegs- und Folteropfern, die hierbei auch sexualisierten Gewalterfahrungen ausgesetzt waren, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung noch höher (Kessler et.al.).

³ Die Projektgruppe SBPM-Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen – (Gierlichs, Haenel, Henningsen, Wirthgen u.a.) hat die Fortbildung von Fachleuten zu qualifizierten Gutachtern, zu ihrer Hauptauf-

In der Praxis werden immer wieder - insbesondere von Seiten der Behörden – grundsätzliche Fragen gestellt.

1. *Warum gibt es – scheinbar plötzlich – so viele traumatisierte Flüchtlinge?*

- Vermutlich gibt es heute nicht mehr Flüchtlinge, die unter psychotraumatisch bedingten Störungen leiden, als vor einigen Jahren. Aber Psychotherapeut(inn)en Ärzt(e)innen und Mitarbeiter(inn)en in Beratungsstellen sind – sicher auch aufgeschreckt durch den Krieg und den Genozid in Bosnien & Herzegowina – für dieses Krankheitsbild mehr sensibilisiert. Obwohl im Asylverfahren häufig nicht berücksichtigt, kann Traumatisierung ein Abschiebungshindernis darstellen. Wenn Opfer von Gewalt und Verfolgung aber Schutz erhalten wollen, dann müssen sie ihr Leiden zeigen.
- Auch in anderen Bereichen haben sich gesellschaftliche Wahrnehmungen verändert. So zweifelt niemand die große Zahl von Kindern an, die Opfer von sexuellem Missbrauch oder anderen Formen massiver Gewalt wurden, nur weil dieses Thema bis vor einigen Jahrzehnten auch in der Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie weitgehend tabu war.

2. *Warum treten Symptome bei Flüchtlingen oft erst nach längerer Zeit des Aufenthaltes im Aufnahmeland auf?*

- Flucht- und Migrationsprozesse verlaufen in Phasen. Wenn es in der ersten Phase darum geht, Schutz zu finden, dann dominiert nach der Ankunft häufig das Gefühl, gerettet zu sein. Damit tritt auch vorübergehend Linderung ein.
- Scham verhindert die rechtzeitige Suche nach therapeutischer Hilfe in der Folgezeit.
- Danach erleben viele Flüchtlinge eine zweite Phase, die als Phase der Dekompensation bezeichnet werden kann:
Statt einer Normalisierung treten verstärkt Gefühle von Verlust und Trauer in den Vordergrund. Das Fehlen bisher stützender sozialer Netze macht sich bemerkbar, es finden Krisen in den Familien statt. Und die verlorenen Fähigkeiten und das beschädigte Selbst lassen das Gefühl entstehen, nicht mehr der/die Gleiche wie früher zu sein. Es handelt sich um eine Phase erhöhter innerseelischer und interpersonaler Konflikte, in der es zur Ausbildung zum Teil schwerer Krankheitssymptome kommt (Sluzki⁴). Wenn die Gefahr droht, dass der Schutz wieder entzogen wird (Abschiebung), kommt es häufig zu einer derartigen Symptomverstärkung, dass man nicht umhin kann, jetzt professionelle Hilfe zu suchen.

gabe gemacht. Dafür wurde ein spezifisches Curriculum entwickelt, das zukünftig auch zu einem speziellen „Zusatztitel“ (oder „Fachkunde“) führen soll.

⁴ Sluzki, C. *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen*. In: Hegemann, T. und Salman, R. *Transkulturelle Psychiatrie*, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2001

3. Warum suchen Flüchtlinge erst dann psychotherapeutische Hilfe, wenn ihnen die Abschiebung droht?

- Es gehört zum Wesen dieser Erkrankung, dass traumatisierte Flüchtlinge den Wunsch haben zu vergessen, sie schämen sich für das Erlebte und/oder fühlen sich schuldig, dass es so passiert ist. Sie wollen das Erlebte aus ihrem Gedächtnis verbannen und verdrängen.
- Das Charakteristikum traumatischer Ereignisse ist ja, dass sie nicht in das Bewusstsein integriert werden; stattdessen werden die Ereignisse und die Folgen abgespalten, verdrängt und dissoziiert.⁵ Struktur- und Bewusstseinsmechanismen werden so demontiert, dass etwas entsteht, das als „Löcher“ in der Psyche bezeichnet werden kann.⁶ Betroffene sind erheblich in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, Gefühle in Worte zu fassen.
- Manche Flüchtlinge leiden unter einer Vielzahl von Symptomen, ihnen selbst ist aber der Zusammenhang mit ihrer Verfolgungsgeschichte nicht bewusst. Sie wenden sich aus diesem Grund häufig an unterschiedliche Ärzt(e)innen, im seltensten Fall an eine/n Psychotherapeut(inn)en.
- Psychotherapeutische Hilfe wird oft erst dann gesucht, wenn andere Behandlungsversuche (hausärztlich/psychiatrisch/stationär etc.) keine Linderung verschafft haben und die Symptome aufgrund ungünstiger äußerer Lebensbedingungen sich noch weiter verschlechtert haben (z.B. innerfamiliäre Krisen, drohende Abschiebung).

Flüchtlinge haben eine Reihe von Barrieren zu überwinden, um tatsächlich Behandlung zu erhalten:

- Sprachliche Barrieren – Traumatisierte Flüchtlinge haben mehr Schwierigkeiten, sich die Sprache des Gastlandes anzueignen als andere Migranten.
- Muttersprachliche Psychotherapieangebote und
- Behandlungsplätze für traumatisierte Flüchtlinge in spezialisierten Einrichtungen sind selten und nur mit längeren Wartezeiten zu erhalten.
- Das Asylbewerberleistungsgesetz, das die medizinische Versorgung auf die Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ beschränkt, kann die Inanspruchnahme notwendiger Therapien behindern.
- In der Regelversorgung kommen sie häufig nicht an die richtige Stelle: Stattdessen erfolgt eine Notversorgung mit Medikamenten durch Hausärzt(e)innen und/oder in erster Linie pharmakologisch arbeitende Psychiater(innen).
- Häufig sind niedergelassene Psychotherapeut(inn)en nicht vertraut mit den schwierigen sprachlichen, kulturellen, sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen bei Flüchtlingen.

⁵ Bohleber 2003: Das Trauma und seine Bedeutung für das Verhältnis von innerer und äußerer Realität in der Psychoanalyse

⁶ „Die traumatisierte Erfahrung setzt einen psychischen Prozess in Gang, der das Bewusstsein blockiert.“ (Dori Laub, 2000: Der Kampf um die Erzählbarkeit des Traumas)

- Darüber hinaus scheuen viele Psychotherapeut(inn)en die ‚Eingriffe‘ in die soziale Wirklichkeit ihrer Patient(en)innen z.B durch Kontaktaufnahme mit Ausländerbehörden.
- Psychotherapie ist für viele Flüchtlinge etwas vollkommen Fremdes. Die Vorstellung, mit Fremden über intime Dinge zu sprechen, ist sehr irritierend.
- Auch dass sich allein durch das Sprechen über das Erlebte Beschwerden verändern bzw. bessern können, erzeugt zunächst Skepsis.
- Traumatisierte Menschen leiden darunter, dass ihr Vertrauen in sich und die Welt größte Erschütterungen erfahren hat. Auch das Vertrauen in Ärzt(e)innen und Psychotherapeut(inn)en ist davon betroffen.

4. *Warum treten häufig Widersprüche auf, wenn traumatisierte Menschen über ihre Verfolgungs- und Fluchtgeschichte sprechen. Warum sind diese Erzählungen nicht kohärent?*

- Dies liegt in der Natur der Traumafolgestörungen, insbesondere der PTBS, bzw. in der Art der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Das Widersprüchliche und Nicht-Kohärente ist die Regel, nicht die Ausnahme (siehe oben).

Was benötigen traumatisierte Flüchtlinge für ihre gesundheitliche Rehabilitation?

Der entscheidende Aspekt für das Weiterleben eines schwer traumatisierten Menschen ist Schutz. Realer Schutz vor erneuter Verfolgung, vor Gewalt und vor Demütigung. Dazu gehört auch Schutz vor der lebensbedrohlich erlebten Angst, unfreiwillig mit der traumatisierenden Situation konfrontiert zu werden etwa an Orten, an denen die Geschehnisse stattgefunden haben oder durch den Kontakt mit Täter(n)innen. Die zwangsweise Konfrontation (z.B. in Form von Abschiebung) mit der Umgebung, in der die Traumatisierung erfolgt ist, stellt auch dann eine erhebliche Gefährdung und Schädigung für Menschen mit einer Psychotraumatischen Störung dar, wenn an diesen Orten real keine weitere Verfolgung droht.

- Erst wenn dieser Schutz sicher ist und ein Weiterleben in einer sozialen Gemeinschaft wieder möglich wird, mit der Chance zu arbeiten, sich beruflich und sozial zu rehabilitieren, kann auch eine Behandlung im Sinne einer psychischen Bearbeitung und Integration des Traumas stattfinden.
- Traumatisierte Flüchtlinge benötigen im Aufnahmeland auch den Schutz vor sonstiger Willkür und das Gefühl, von der neuen Umgebung wirklich aufgenommen worden zu sein, also eine empathische Reaktion der Umwelt auf das, was sie erlebt haben, stabilisierende soziale Netze und eine reale Chance für einen Neubeginn.
- Sie benötigen auch Möglichkeiten, psychotherapeutische Hilfe bei der individuellen Verarbeitung zu erhalten.
- Psychotherapie sollte aber nicht die Voraussetzung dafür sein, dass Menschen Schutz erhalten. Sondern dauerhafter Schutz ist die Voraussetzung für jede längerfristige medizinisch/psychologische sinnvolle Behandlung.

Von erheblicher Bedeutung für einen günstigen Verlauf des traumatischen Prozesses bei Traumafolgen durch Krieg und politische Verfolgung ist die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Geschehnissen sowohl in der Heimat als auch im Aufnahmeland. Der Versuch, Gerechtigkeit herzustellen, der öffentliche Diskurs über Opfer und Täter(innen) und die Ahndung von Kriegsverbrechen bzw. Verbrechen gegen die Menschlichkeit entscheidet mit über das dauerhafte Ausmaß der Schädigung auch in bezug auf die nachfolgenden Generationen.

Forderung an Praxis und Politik

Die bisherigen Darlegungen zeigen unmissverständlich, dass eine Abschiebung von an posttraumatischer Belastungsstörung erkrankten Flüchtlingen zu einer Gefahr für Leib und Leben der betroffenen Personen führen kann.

Die unterzeichnenden Verbände und Organisationen fordern daher nachdrücklich, dass in diesen Fällen die Garantien und Vorschriften des Völkerrechts (insbesondere Art. 3 EMRK in der Auslegung durch den EGMR) sowie des Ausländerrechts in verfassungskonformer Auslegung uneingeschränkt Anwendung finden.

Dies bedeutet, dass eine Abschiebung unbedingt zu unterbleiben hat, solange diese zu einer Gefahr für Leib und Leben der betroffenen Person führen kann. In diesem Kontext wird darauf hingewiesen, dass insbesondere auch die Ausländerbehörden verfassungsrechtlich verpflichtet sind, bei jeder geplanten Abschiebung eigenständig zu prüfen, ob geltendes Grundrecht (Artikel 1 und 2 GG) verletzt wird. Auch die Reduzierung auf Klärung einer reinen Flugtauglichkeit bzw. Transportfähigkeit kann sowohl geltendes Verfassungsrecht (Artikel 1 und 2 GG) als auch europäisches Menschenrecht (Artikel 3 EMRK) verletzen und widerspricht ganzheitlichen ärztlich-ethischen Grundsätzen.

Davon ausgehend erheben die unterzeichnenden Verbände und Organisationen folgende Forderungen:

- 1. Bei jeder Entscheidung der Ausländerbehörde, ob ein Abschiebungshindernis wegen einer PTBS vorliegt, genügt in der Regel die Vorlage eines entsprechenden ärztlich-psychotherapeutischen Attestes.*
- 2. Bei berechtigtem Zweifel oder unzureichender Begründung kann die Ausländerbehörde bei der Therapeutin bzw. beim Therapeuten eine ausführliche Stellungnahme anfordern.*
- 3. Als Beurteilungs- und Qualitätskriterium sollen neben der Schlüssigkeit der Stellungnahme sowohl die „Standards für ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahme bei traumatisierten Flüchtlingen“ (BDVR Rundschreiben, Heft 3, Mai/Juni 2003, S. 70 und 71) als auch das „Merkblatt für ärztliche Bescheinigungen oder Gutachten bei psychisch Traumatisierten unter Berücksichtigung ausländerrechtlicher Aspekte“ (Dr. med. Wirtgen und Dr. Gierlichs für Flüchtlingsrat NRW) Berücksichtigung finden.*

4. *In Ausnahmefällen sollte die o.g. Stellungnahme dem zuständigen Gesundheitsamt vorgelegt werden. Dieses besitzt die Befugnis und die Kompetenz als neutrale Institution die Untersuchungen durch geeignete Fachärzt(e)innen vornehmen zu lassen, die unter anderem entsprechende Erfahrung im Bereich der speziellen Problematik von Flucht und Migration vorweisen können.*
5. *Stellt die Ausländerbehörde ärztliche bzw. psychotherapeutische Angaben in Frage, obliegt ihr dafür die Beweispflicht. Sollte sie deshalb zur weiteren Entscheidungsfindung ein Gutachten benötigen, so muss sie dies im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht zu Lasten der öffentlichen Hand in Auftrag geben.*
6. *Ist eine Traumatisierung festgestellt worden, dann kann bereits nach geltendem Recht gem. § 30 Abs. 2 und 3 AuslG in den hier in Frage stehenden Fällen sofort eine Aufenthaltsbefugnis erteilt werden, ohne dass eine Wartezeit etwa nach § 30 Abs. 4 AuslG zum Zuge kommen muss. Dies sollte in einem ermessensleitenden Erlass des Hessischen Innenministeriums geregelt werden.*
7. *Eine Trennung von Familien birgt das hohe Risiko von gesundheitlichen Verschlechterungen und wirkt einer Stabilisierung der traumatisierten Person erheblich entgegen. Deshalb sollen Familien mit Angehörigen, die an PTBS erkrankt sind, nicht getrennt werden.*
8. *Die unterzeichnenden Verbände und Organisationen plädieren dafür, dass es aus therapeutischen Gründen den traumatisierten Flüchtlingen selbst überlassen bleibt zu entscheiden, ob und wie lange sie den Schutz des Aufnahmelandes in Anspruch nehmen wollen. Je nach Entscheidung erhalten sie dann entweder ein dauerhaftes Bleiberecht mit der Option auch später zurückzukehren oder (materielle) Unterstützung beim Rückkehrprozess.*
9. *Da der Abschiebungsvorgang als solcher möglicherweise eine Retraumatisierung, ggf. mit Suizidgefahr, auslöst, sollte in den Fällen einer vorliegenden PTBS auf jeden Fall von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen (auch mit ärztlicher Begleitung) abgesehen werden.⁷ Mehrere Landesärztekammern und die Bundesärztekammer haben diese Empfehlung ebenfalls ausgesprochen.⁸*

Darüber hinaus treten die unterzeichnenden Organisationen und Verbände für ein Moratorium ein. Mindestens so lange bis die Arbeitsgruppe von Vertreter(inne)n der Länderinnenministerien und der Bundesärztekammer sich auf einen vertretbaren humanitären Umgang unter absoluter Berücksichtigung der oben geschilderten völker- und verfassungsrechtlichen Auslegung im Zusammenhang mit der ausländerrechtlichen Behandlung von an posttraumatischer Belastungsstörung erkrankten Flüchtlingen geeinigt haben, muss generell von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen für diese Zielgruppe abgesehen werden.

⁷ Gesundheitsrisiko einer Verfestigung der vorhandenen Symptomatik nicht hinnehmbar (VGH Baden-Württemberg: B.v. 07.05.01 – 11 S 389/01-)

⁸ Staatliche Schutzpflicht endet nicht mit Ankunft im Zielstaat (VG Saarland, B.v. 01.10.02 – 6F 84/02)