

Trauma und Abschiebungen – eine Positionsbestimmung

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. Zu dieser öffentlichen Sensibilisierung für die psychischen Folgen von Folter, Misshandlungen, Vertreibung und der miterlebten Ermordung naher Angehöriger haben in Deutschland besonders die Begegnungen mit bosnischen Bürgerkriegsflüchtlingen beigetragen, in deren Berichten vor allem die Generation der nach dem Zweiten Weltkrieg vertriebenen Deutschen eigene Traumatisierungen wiedererkannte.

Etwa zur gleichen Zeit begannen sich Kenntnisse in bezug auf traumabedingte psychische Krankheitsbilder über die Grenzen der Fachdisziplinen hinaus durchzusetzen. Insbesondere das Krankheitsbild der "Posttraumatischen Belastungsstörung" (PTBS, englisch: "posttraumatic stress disorder / PTSD) hat nach seiner offiziellen Anerkennung Anfang der 90er Jahre eine breite Diskussion darüber ausgelöst, wer als traumatisiert gilt, wer in sein Herkunftsland zurückkehren kann und wer krankheitsbedingt nicht abgeschoben werden darf. Kontrovers diskutiert wird vor allem die Frage nach dem Stellenwert und der Bedeutung von ärztlichen Gutachten und der Qualifizierung von Gutachter(n)innen.

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. Ärztekammern in ganz Deutschland protestierten gegen diese "Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebungshindernisse" 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.

Zugleich kritisieren wir, dass die Debatte über den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen, in der verfassungsrechtliche Normen wie die Menschenwürde und die Unverletzlichkeit der Person nicht ausreichend gewürdigt werden, von offizieller Seite auf die Frage reduziert wird, ob Abzuschiebende "flugreisetauglich bzw. transportfähig" sind. Bei entsprechenden medizinischen Vorkehrungen kann schließlich jede/r Kranke in einem Flugzeug transportiert werden. Die bloße Feststellung der Reise bzw. Transportfähigkeit wird dem komplexen Krankheitsbild von traumatisierten und psychisch kranken Menschen nicht gerecht, auf das wir mit dem vorliegenden Papier noch einmal ausdrücklich aufmerksam machen wollen.

Darum gehen wir im folgenden nach einigen Schlaglichtern auf die bisherige Diskussion und die unterschiedlichen Positionen ausführlich auf die fachwissenschaftlichen Erkenntnisse und den aktuellen Stand der Traumaforschung ein. Auf dieser Grundlage formulieren wir unsere Positionen und machen schließlich einen konkreten Vorschlag, wie die Praxis von Ausländerbehörden im Falle des Vorbringens einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach einem abgeschlossenen Asylverfahren verändert werden könnte und sollte.

1. Zur Chronologie der Debatte

1.1 Der 102. Deutsche Ärztetag beschließt 1999: "Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer ‚Reisefähigkeitsbescheinigung‘ unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar."

1.2 Im April 2000 beschließt das Präsidium der Landesärztekammer (LÄK) in Hessen "Grundsätze für das Verhalten von Ärzten bei der Prüfung der Transportfähigkeit von abzuschiebenden Ausländern". Darin heißt es u.a.: "Eine Untersuchung ausschließlich auf Flugtransportfähigkeit ist aus ärztlichethischer Sicht nicht möglich. Neben der Beurteilung der unmittelbaren Flugreisefähigkeit eines Abzuschiebenden sind vom Arzt stets auch die Schwere einer bestehenden Erkrankung sowie die Behandlungsmöglichkeiten bestehender Leiden im aufnehmenden Land zu berücksichtigen."

1.3 Aufgrund von Todesfällen bei Abschiebungen an deutschen Flughäfen überdenkt das Bundesinnenministerium in den Jahren 2000 und 2001 seine Praxis und erlässt eine Dienstvorschrift für den Bundesgrenzschutz zu "Bestimmung über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg" (kurz: "BestRückLuft"). Darin heißt es zwar einerseits, dass bei "unkalkulierbaren Risiken für Leib oder Leben des/der Rückzuführenden eine Rückführungsmaßnahme eher abzuberechnen" ist. ("Keine Rückführung um jeden Preis"), andererseits soll aber zur Durchführung der Abschiebung die Attestierung der "Flugreisetauglichkeit" bzw. der "Reisefähigkeit" ausreichen.

1.4 Zeitgleich setzt die Innenministerkonferenz (IMK) eine Arbeitsgruppe "Rückführung" ein, die im Oktober 2002 ihren Abschlussbericht sowie einen "Informations und Kriterienkatalog zur Prüfung inlandsbezogener vollzugs und zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse" vorlegt.

Vor diesem Hintergrund beschließt die IMK am 6. Dez. 2002:

"Die Begutachtung einer behaupteten Flugreisetauglichkeit (...) soll möglichst kurzfristig einem Kreis besonders qualifizierter Ärzt(e)innen übertragen werden, sofern diese Frage im Zusammenhang mit vorgetragener Suizidgefahr oder einem posttraumatischen Belastungssyndrom in Verbindung steht... Im Hinblick auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bundes und Länderbehörden koordiniert die Arbeitsgruppe ‚Rückführung‘ die gemeinsamen Bemühungen, besonders qualifizierte Ärzte als Gutachter zu benennen."

Außerdem wird der IMK Vorsitzende gebeten, Kontakte mit der Bundesärztekammer aufzunehmen, um in gemeinsamen Gesprächen die Fragestellung zu vertiefen.

1.5 Aufgrund ethischer Verpflichtungen, die mit der Positionierung der Hess. Landesärztekammer (siehe 1.2) erneut deutlich vorgetragen wurden, haben Ärzt(e)innen gerade auch in Hessen zunehmend Schwierigkeiten, Reisefähigkeits oder Flugfähigkeitsbescheinigungen auszustellen. Eine deshalb einberufene Diskussionsrunde im

Hessischen Sozialministerium im Januar 2002 führte zu keinen Annäherungen.

1.6 Im Mai 2002 veröffentlicht das Hessische Ministerium des Innern und für Sport einen Erlass zu "Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg in das Heimatland (BestRückLuft) Bescheinigung der Flugreisetauglichkeit". Dieser Erlass wurde ergänzt durch "Hinweise zur Flugreisetauglichkeit". Diese Hinweise sind bei möglichen ärztlichen Untersuchungsaufträgen durch die Ausländerbehörden beizufügen. Im Erlass heißt es dann explizit: "...es ist nur um die Feststellung der Flugreisetauglichkeit, also die Transportfähigkeit auf dem Luftweg, zu bitten." Und weiter: "Der bloßen Flugreisetauglichkeit dürfte eine posttraumatische Belastungsstörung in aller Regel nicht entgegenstehen."

1.7 Bis zum heutigen Zeitpunkt hat die AG "Rückführung" (siehe 2.4.) mehrfach zusammen mit Vertreter(n)innen der Bundesärztekammer getagt. Ergebnisse wurden noch nicht veröffentlicht.

1.8 Nach der Abschiebung einer tunesischen Patientin aus dem zur Diakonie gehörenden Markuskrankenhaus in Frankfurt am Main im Februar 2004 hat das Diakonische Werk in Hessen und Nassau eine Kommission "Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung" einberufen, die die Abschiebung von traumatisierten Menschen rechtlich, ethisch und politisch erörtern und bewerten soll. Vorsitzender der unabhängigen Kommission ist der ehemalige hessische Innenminister Gerhard Bökel. Vom Kommissionsbericht, der Ende 2004 vorliegen soll, werden sowohl Handlungshinweise für Ärzt(e)innen und Einrichtungen als auch konkrete ethisch, politisch und juristisch vertretbare Verfahrensvorschläge erwartet.

1.9 Seit März 2004 gibt es in Hessen eine Initiative des Menschenrechtsbeauftragten und des Präsidiums der Landesärztekammer sowie des Frankfurter Arbeitskreises Trauma und Exil mit dem Ziel, die Begutachtung psychisch erkrankter Flüchtlinge durch neutrale und qualifizierte Ärzt(e)innen und Psychotherapeut(inn)en in ausreichendem Umfang sicherzustellen, was bisher nicht der Fall war. Die Initiative wird vom Hessischen Innenministerium begrüßt.

2. Krankheitsbilder nach schwerem Trauma

Psychische Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen

2.1 Traumabedingte psychische Störungen sind i. d. Regel neben

- begleitenden Ängsten und depressiver Stimmung gekennzeichnet durch:
- diverse Formen des unwillkürlichen und belastenden Wiedererlebens (Intrusionen, Flashbacks) des Traumas:
- Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen, belastende Erinnerungen
- Träume
- Fühlen und Handeln, als ob es sich wieder ereignen würde.

Dies geht oft einher mit:

- einer generalisierten Vermeidungsneigung
- Der/die Betroffene versucht, Orte, Gefühle, Gedanken oder Gespräche zu vermeiden, die mit dem Trauma in Verbindung stehen

- Er/sie versucht zu vergessen, zu verdrängen,
- Symptome, unter denen er/sie leidet, anderen Ursachen zuzuordnen
- Bisweilen entsteht eine (dauerhafte oder zeitweise) Unfähigkeit, einen wichtigen Teil des Traumas zu erinnern, der willentlich nicht wiederherstellbar ist
- Es besteht eine eingeschränkte Fähigkeit Gefühle wahrzunehmen (eingeschränkte Affektbreite) und
- ein generalisierter Zukunftspessimismus
- Es kommt zu sozialem Rückzug und mangelndem Interesse an Menschen und Aktivitäten und
- einem Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen
- Folge sind: erhöhtes Misstrauen in soziale Beziehungen, Isolation und/oder Beziehungsstörungen, sehr konflikthafte Beziehungsmuster, in denen manchmal das Trauma regelrecht reinszeniert wird.

Ein anderer wichtiger Aspekt der Symptomatik von Traumafolgestörungen ist die

- oft massive körperliche (vegetative) Übererregtheit (erhöhtes Arousal):
- Ein und Durchschlafstörungen
- Übermäßige Wachsamkeit (oft in Verbindung mit Tachykardie und Störungen der Schweißsekretion)
- Konzentrationsstörungen
- Übertriebene Schreckreaktionen
- Reizbarkeit, oft extreme Ungeduld und Neigung zu Wutausbrüchen
- Neben all den gut abfragbaren o.g. Symptomen spielen bei Opfern von manmadedesaster Scham und Schuldgefühle (dass einem so etwas passiert ist, überlebt zu haben u.a.) im Grunde bei jeder klinisch relevanten Traumafolgestörung eine zentrale Rolle. Gleiches gilt für Beeinträchtigungen des Selbsterlebens (Minderung der Selbstsicherheit, Schäden am Selbstkonzept) und einem Gefühl nicht mehr der/dieselbe zu sein.
- Auch ist bei schwerer geschädigten Opfern von Ereignissen, die von Menschen willentlich verursacht wurden, von einer transgenerationalen Weitergabe "des Traumas" auszugehen .

2.2 Traumafolgestörungen in den gängigen Klassifikationssystemen

Traumafolgestörungen können bei einer bestimmten (definierten) Symptomkonstellation nach den modernen Diagnoseschemata (DSM IV und ICD 10) als diagnostische Einheiten abgegrenzt werden:

- Akute Belastungsstörung

·PTBS/PTSD = Posttraumatische Belastungsstörung

·Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (als dauerhafter Zustand)

Die Symptomkriterien der beiden Systeme (ICD, DSM) sind in ihrer Zusammensetzung und auch bei den zeitlichen Kriterien nicht genau kompatibel. Es ist auch allgemeiner Konsens in der informierten Fachwelt, dass die realen klinischen Bilder bisher nur ungenügend damit erfasst sind, so dass empfohlen wird, die realen Symptomkonstellationen zusätzlich oder ausschließlich (wenn keine PTBS i.e.S. vorliegt) auch als

·Angst

·Depression

·Somatisierung (somatoforme Störung)

·Sucht

·Dissoziation

zu klassifizieren .

Die Vielfalt der möglichen Reaktionen auf traumatische Ereignisse geht aber darüber hinaus. Traumafolgestörungen können sich ebenso in schweren körperlichen und psychosomatischen Erkrankungen, aber auch in Persönlichkeitsveränderungen darstellen, die klinisch ohne Kenntnis der Vorgeschichte oft schwer von den Persönlichkeitsstörungen i.e.S. unterscheidbar sind .

Von Bedeutung sind auch die "subsyndromalen" Ausprägungen und die symptomfreien Intervalle.

Hier kommt es zu häufigen Fehldiagnosen. Jemand kann erheblich und krankheitswertig gestört sein, auch wenn keine der Symptomkonstellationen aus den Klassifikationskriterien voll erfüllt wird. Dieses Problem wird aber auch mittlerweile gesehen, und an den Änderungen der Kriterien wird international gearbeitet. Zu den symptomfreien Zeiten ist zu sagen:

·Symptome können jederzeit auftreten. Alle Latenzzeiten sind möglich.

·Die Zeitkriterien für das erstmalige Auftreten einer PTBS im ICD10 sind zu eng gefasst, aber im DSM IV gibt es bereits eine Kategorie "PTBS mit verzögertem Beginn".

·Das Ausmaß der Symptombelastung kann wechseln und hängt von vielen inneren und äußeren Faktoren ab.

3. Geschichte der Traumaforschung und ihre Bedeutung für die Anerkennung von verfolgungsbedingten Traumatisierungen bei Flüchtlingen

Obwohl verschiedene Traumakonzepte in der Entwicklung der Psychologie, Psychiatrie und Psychoanalyse seit Ende des 19. Jahrhunderts eine wichtige Rolle gespielt haben (Charcot, Freud, Janet, Oppenheimer), dauerte es doch bis in unsere Zeit, bis die Traumafolgestörungen als krankheitswertige Störungen anerkannt wurden. Vor allem die deutsche Psychiatrie tat sich schwer, sich von den jahrzehntelang gehegten Vorstellungen einer "Renten oder Begehrensneurose" und ähnlichen Konzepten zu verabschieden.

Traumafolgeschäden wurden lange Zeit als "Wunsch oder Zweckreaktion" diffamiert, um vom "Fronteinsatz" befreit zu werden, eine Rente oder Entschädigung zu erhalten (Pross , Wangh , v. Baeyer).

Erst 1980 fand eine entsprechende Diagnose (PTSD) Eingang in das DSM III ("Diagnostic and Statistical Manual" Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft) und erst Anfang der 90er Jahre in die von der WHO herausgegebene ICD 10 (International Classification of Diseases).

Es waren wohl vor allem die anhaltenden psychischen und psychosomatischen Symptome der gut versicherten heimgekehrten Vietnamveteran(inn)en bzw. der Druck ihrer kritischen Verbände, die für Spezialkliniken und für Langzeituntersuchungen gesorgt haben und die dann zu der Anerkennung der Diagnose und ihrer weltweiten Anwendung führte. Hinzu kam vor allem in den USA die stärkere gesellschaftliche Beachtung häuslicher Gewalt vor allem gegen Frauen und Mädchen und die nicht mehr zu leugnenden seelischen Folgen langjähriger Misshandlungen und Missbrauchs.

Zahlreiche frühere klinische Erfahrungen und entsprechende Arbeiten (Niederland , Wangh , Eissler , Von Baeyer , Krystal , Kardiner u.a.) aus dem Gebiet der Psychoanalyse und Psychiatrie hatten aber bereits Jahrzehnte früher (40er bis 60er Jahre) deutlich gemacht, dass es äußere belastende Ereignisse im Leben eines Menschen geben kann, die seine psychische Integrität so schwer verletzen, dass es (zeitweilig oder auch dauerhaft) zu schweren Störungen seiner psychischen und körperlichen Gesundheit kommen kann. Und zwar auch ohne dass zuvor eine besondere Vulnerabilität für psychische Erkrankung bestanden hätte.

Dies war z.B. noch in den Entschädigungsverfahren für Überlebende der Konzentrationslager in Deutschland immer wieder bestritten worden.

Als Auslöser für psychische Traumatisierung wird inzwischen ein breiteres Spektrum von Ereignissen benannt und anerkannt: Umweltkatastrophen und schwere Unfälle, Vergewaltigung und Missbrauch im Kindesalter, Kriegshandlungen, Opfer von Folter und schwerer Misshandlung im Rahmen von Verfolgung zu werden, oder Zeuge davon zu sein. Auch die Mitteilung und das Überleben einer lebensbedrohlichen Erkrankung kann traumatisch wirken, ebenso wie die unmittelbare Zeugenschaft bei einer der o.g. Ereignisse. Im ICD10 wird PTBS definiert als "eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation der außergewöhnlichen Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde". Das Lehrbuch der Psychotraumatologie (Fischer/Riedesser) nennt eine traumatische Erfahrung "ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst und Weltverständnis bewirkt."

In manchen Fachdiskussionen in der jüngsten Vergangenheit wurde die Gefahr deutlich, dass nachdem heutzutage das ‚Grundgeschehen‘ bei einer Traumatisierung allgemein akzeptiert ist, die Unterscheidung der verschiedenen Traumaursachen vernachlässigt wird, wenn es um Aussagen über Behandlungsdauer und möglichkeiten geht.

Vor allem die Frage, ob es sich bei dem Trauma um durch Menschen verursachte (manmade disaster) oder andere Ereignisse handelte und ob es sich um ein einmaliges (punktueller/monotraumatisches) Ereignis oder um einen langen Zeitraum (kumulatives Geschehen) handelt, muss mit großer Sorgfalt berücksichtigt werden, weil es für die Prognose und die Indikationsstellung für spezielle Behandlungen von zentraler Bedeutung ist.

In den letzten Jahrzehnten wurde zu den Zusammenhängen von bestimmten traumatischen Ereignissen und der Häufigkeit, mit der anschließend eine Traumafolgestörung auftritt, intensiv geforscht. So geht man heute davon aus, dass die Prävalenzraten für Posttraumatische Belastungsstörungen bei Folteropfern etwa bei 50-70% liegt (Van Velsen); bei Kriegs- und Folteropfern, die hierbei auch sexualisierten Gewalterfahrungen ausgesetzt waren, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung noch höher (Kessler et al.). Dagegen sind die Prävalenzraten nach Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen deutlich niedriger und liegen bei etwa 25% und 18% (Van der Kolk, McFarlane). Für andere Traumafolgestörungen, z.B. die sehr häufig (allein oder mit PTBS) auftretenden sog. komorbiden Störungen (Depression, Angsterkrankungen, Sucht, massive Beziehungsstörungen etc.) gibt es bisher weniger verwertbare Untersuchungsergebnisse.

Man weiß heute, dass der Verlauf von psychotraumatischen Störungen von vielen verschiedenen Faktoren abhängig ist, wobei einerseits die Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass nicht alle Menschen nach einem Trauma eine PTBS oder eine andere klinisch relevante (sog. komorbide) Störung entwickeln. Andererseits stellt sich die Frage, ob es ein Extremtrauma ohne Folgen (im engeren Sinne einer Störung) geben kann und sei es mit Latenz oder transgenerationell.

Nach den klinischen Erfahrungen, die aber kaum systematisch und kontrolliert zu untersuchen sind, kann es Ereignisse geben, die derart schwer sind, dass sie jeder psychischen Struktur, ungeachtet der Voraussetzungen und Begleitfaktoren, schweren Schaden zufügen (v. Baeyer).

Bei vielen Arbeiten handelt es sich um Querschnittsuntersuchungen, die dem Prozesscharakter des Geschehens nur wenig gerecht werden können. Manche Opfer zeigen nur eine akute Reaktion, die dann in eine gelungene Adaptation und Gesundheit übergehen, andere zeigen verzögerte, intermittierende und reaktivierbare, chronisch progrediente oder chronisch residuale Muster (McFarlane / Jehuda und Hermann). Die Prozentzahlen können also nicht mehr als eine Tendenz deutlich machen.

Es wurde und wird untersucht, welche protektiven Faktoren und welche schädigenden Faktoren im traumatischen Prozess eine Rolle spielen. Herausgearbeitet wurde in vielen Arbeiten, dass die individuelle traumatische Reaktion nicht allein von der ‚objektiven‘ Schwere der traumatischen Erlebnisse abhängt, sondern auch von Risikofaktoren (Primärpersönlichkeit, frühere Traumatisierungen, verminderte Belastbarkeit durch Vorerkrankungen u.a.), von Schutzfaktoren (stabile Lebenssituation, Sicherheit, gute familiäre und soziale Beziehungen etc.) und zudem vom Lebensalter, in dem die Traumatisierung stattgefunden hat. Von Bedeutung ist die subjektive Überforderung durch das traumatische Ereignis, seine Unerwartetheit und der damit verbundene Kontrollverlust. Flatten (2001) spricht von subjektiver Traumaschwere.

Der phasenhafte Verlauf längerer traumatischer Prozesse wird seit den Arbeiten von Keilson (1980) in Sequenzen eingeteilt, wobei der prozesshafte Charakter jeder Traumaverarbeitung von vielen Forschungsarbeiten betont wird. Horowitz' Konzeption des "state of mind" beschreibt z.B. einen Prozess der Auseinandersetzung mit dem Trauma im Sinne eines (pathologischen) Anpassungsprozesses. Dieser kann ohne unterstützende Bedingungen leicht in eine chronifizierte Traumafolgestörung münden, z. B. in eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Fischer und Riedesser führten in die Beschreibung des posttraumatischen Bewältigungs und Verarbeitungsprozesses den Begriff des traumakompensatorischen Schemas ein. Es handelt

sich um ein rigides Handlungsmuster, mit dem der/die Geschädigte immer wieder versucht, die Verletzung zu kompensieren, in dem er/sie ähnliche Situationen herstellt (agiert), die er/sie nun hofft kontrollieren zu können. Fischer und Riedesser verbinden hierbei in der Psychoanalyse bewährte Konzepte (z.B. Wiederholung, Wiederkehr des Verdrängten und Fixierung u.a.) mit Konzepten der kognitiven Psychologie.

Insbesondere neurobiologische Ansätze haben versucht zu belegen, dass sich traumatische Erlebnisse in veränderten biochemischen und neuronalen Aktivierungsmustern verschiedener Hirnregionen niederschlagen und dass sich etwa veränderte Gedächtnisfunktionen bei Personen mit einer traumatischen Störung auch neurophysiologisch abbilden ließen. Gekoppelt hieran ist die Vorstellung eines besonderen traumatischen (impliziten) Gedächtnisses, das aufgrund extremer Erregung das nicht verarbeitete Erinnerungsmaterial aufnimmt und das solange nahezu unverändert das unverarbeitete Material als Intrusionen unterschiedlicher Modalitäten (z.B. Bilder, Gerüche, Affekte, Stimmen und Geräusche, Körpergefühl) bei bestimmten Reizen/Triggern ins Bewusstsein drängt, bis eine "Umcodierung" gelingt, sei es durch quasi ‚direktes‘ Eingreifen, wie es die Technik des EMDR (siehe A. Hoffmann) meint zu können, oder durch bestimmte Techniken der Durcharbeitung und Neubewertung. Insbesondere aus psychoanalytischer Sicht gibt es gegen diese mechanischkausale Vorstellung begründeten Widerspruch (siehe Varvin , Bohleber), wobei die vor allem von Van der Kolk (vgl. auch McFarlane und Hermann) Anfang der 90er Jahre entwickelte eindrucksvolle Theorie auch viele Psychoanalytiker(innen) begeistert hat.

Es gibt Verläufe bei Patienten (Überlebende des Genozids in Bosnien und Herzegowina), die einerseits dadurch charakterisiert waren, dass sie über Jahre immer wieder von den für sie nicht ‚greifbaren‘ und bearbeitbaren intrusiven Fragmenten gepeinigt werden und die erst nach sehr langer Therapiedauer und sozialer Stabilisierung in die Verfassung kamen, die Ereignisse durcharbeiten zu können und so langsam eine ‚Erzählbarkeit ihres Traumas‘ (LAUB) herzustellen war. Andere leiden unter ähnlich unflexiblen und nichtsymbolischen Flashbacks, sie können aber die Ereignisse zeitgleich dennoch mittels ihres autobiographischen (semantischdeklarativen) Gedächtnisses erinnern und durcharbeiten. Es scheint gut möglich, dass die Vorstellung eines primär unveränderbaren TraumaGedächtnisses und die Vorstellung eines kontinuierlichen, wenn auch insuffizienten inneren Verarbeitungsprozesses, miteinander besser zu kombinieren sind, als es auf den ersten Blick scheinen mag. Es wäre möglich, dass bei einem Individuum die traumatische Erfahrung beide Wege gleichzeitig nimmt, und dass es bei verschiedenen Individuen unterschiedliche Reaktionsformen geben kann.

3.1 Konsequenzen für die Praxis:

Das oben Gesagte bedeutet für die Praxis der Diagnostik von Psychotraumatischen Belastungsstörungen, dass es trotz aller offenen Fragen valide und anerkannte internationale Diagnosekriterien gibt, mit denen die große Mehrzahl der Traumafolgeschäden eingeordnet und gewichtet werden können.

Da es aber bisher nicht gelungen ist, alle Symptome, Beschwerden und schädlichen Reaktionsweisen, die Menschen nach traumatischen Erfahrungen entwickeln, in die klassifikatorischen Diagnoseschemata zu integrieren, ist es von großem Vorteil, wenn die diagnostizierenden und behandelnden Kliniker(innen) über eine spezifische Weiterbildung in diesem Bereich und über ausreichend praktische Erfahrung mit solchen Krankheitsbildern verfügen. Die entsprechenden allgemeinen Ausbildungsgänge für Psychotherapie und Psychiatrie der Ärzt(e)innen enthalten bislang zu wenig entsprechende Inhalte.

Dies führt häufiger zu Fehldiagnosen, zumal traumatisierte Menschen oft ihre Beschwerden störungsbedingt nicht so adäquat und kohärent vortragen können, wie dies zum Teil bei

anderen Störungsbildern der Fall ist. Mit der Thematik nicht vertraute Professionelle des Gesundheitswesens treffen auf Menschen, deren Beschwerden ohne die Kenntnis und Bezugnahme ihrer traumatischen Erfahrungen auch anderen Störungsbildern und/oder Ursachen zugeordnet werden können.

Im Bereich Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen setzt sich seit vielen Jahren die BAFF (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) ein und fordert entsprechende Weiterbildungen und Veränderungen. Die nach dem Berliner Gutachterskandal 1999 entstandene ‚Projektgruppe SBPM‘ Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (Gierlichs, Haenel, Henningsen, Wirthgen u.a.) hat die Fortbildung von Fachleuten zu qualifizierten Gutachter(inne)n zu ihrer Hauptaufgabe gemacht. Dafür wurde ein spezifisches Curriculum entwickelt, das zukünftig vielleicht auch zu einem speziellen "Zusatztitel" (oder "Fachkunde") führen soll.

4. Einschlägige Vorbehalte

4.1 Warum gibt es scheinbar plötzlich so viele traumatisierte Flüchtlinge?

·Es gibt vermutlich heute nicht mehr Flüchtlinge, die unter psychotraumatisch bedingten Störungen leiden, als vor einigen Jahren. Nur wurden ihre Leiden bis vor etwa einem Jahrzehnt nicht so genannt und auch von niemandem besonders wahrgenommen. Zum einen werden ihre verfolgungsbedingten Leiden im Asylverfahren nicht mehr anerkannt. Da aber Schutz für Opfer von Gewalt und Verfolgung die erste und wichtigste (auch medizinische) Maßnahme ist, müssen sie ihre Leiden zeigen, um diesen Schutz vielleicht zu erhalten.

·Vermutlich waren es der Krieg und der Genozid in Bosnien und Herzegowina, die uns auch in Deutschland für diese Zusammenhänge sensibilisiert haben. Denn obwohl es in Deutschland bereits vor dem Einzug des PTSD in ICD und DSM eine große Zahl von Untersuchungen zu traumabedingten Störungen als Spätfolgen der Nazi-Verfolgung gab, waren die Kenntnisse darüber bis in die neuere Zeit nicht allgemein verbreitet. Sie wurden eher verleugnet, so wie in den 50er und 60er Jahren die Einfühlung für die Überlebenden der Verfolgung verweigert worden war (Grubrich-Simitis, Pross).

·Man kann gut die Frage nach dem scheinbar überraschenden Auftauchen traumatisierter Flüchtlinge in Analogie zu einem anderen Bereich setzen, bei dem es im Kern um den gleichen Sachverhalt geht: Zweifeln wir 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? Kein aufgeklärter und vernünftiger Mensch würde dies tun. Die Frage lautet heute eher, wie es passieren konnte, dass den Berichten der betroffenen Kinder und später Erwachsenen so lange nicht geglaubt wurde, dass ihre Berichte immer wieder dem Reich der Phantasie zugeordnet wurden. Zwar steht nicht hinter jeder Vermutung oder jedem Verdacht ein tatsächlicher Missbrauch. Trotzdem werden sich heute Therapeut(inn)en oder Polizist(inn)en eher hüten, die ‚spät‘ geäußerte Aussage eines Menschen über diese Form von erlebter Gewalt deshalb a priori als Lüge zu bezeichnen.

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

·Zu beobachten ist, dass Flucht und Migrationsprozesse in Phasen verlaufen. In der ersten Phase nach der Flucht erfolgt häufig eine Phase der Überkompensation: Alles ist dem Überleben untergeordnet; es geht darum, sich im Aufnahmeland zu organisieren (Wohnung, Geld, Nahrung etc.) Krankheitssymptome werden in dieser Phase häufig ignoriert, lassen aber

auch zunächst oft nach. Wenn die Herstellung von realem Schutz die wichtigste Maßnahme in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge darstellt, dann verwundert es nicht, wenn nach der Flucht zunächst das Gefühl dominiert, gerettet zu sein und damit auch vorübergehend Linderung eintritt.

·Scham verhindert die rechtzeitige Suche nach therapeutischer Hilfe in der Folgezeit.

·Danach erleben viele Flüchtlinge eine zweite Phase, die sich immer schwieriger gestaltet und 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 (Sluzki). 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.

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

·Dass es nicht einfach ist, über traumatische Erlebnisse zu sprechen, ist inzwischen allgemein anerkannt. 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 (Bohleber). Struktur und Bewusstseinsmechanismen werden so demontiert, dass etwas entsteht, das als "Löcher" in der Psyche bezeichnet werden kann. "Die traumatische Erfahrung setzt einen psychischen Prozess in Gang, der das Bewusstsein blockiert" (Dori Laub). Betroffene sind erheblich in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, Gefühle in Worte zu fassen, so dass sie oft nur 'stumm' und in Form von Dysfunktionen des Körpers zum Ausdruck gebracht werden können.

·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 verschlechtern 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. Dies wirkt auf viele grundsätzlich kompetente Therapeut(inn)en ängstigend und abschreckend .

·Darüber hinaus scheuen viele Psychotherapeut(inn)en die ‚Eingriffe‘ in die soziale Wirklichkeit ihrer Patient(inn)en, 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 bei Flüchtlingen, wie bei vielen anderen Menschen auch, 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.

4.4Warum treten häufig Widersprüche auf, wenn traumatisierte Menschen über ihre Verfolgung 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 NichtKohärente ist, wie oben beschrieben, eher die Regel und nicht die Ausnahme.

5. 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 Tätern. 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/psychologisch 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 .

6. Forderung an Praxis und Politik

Die bisherigen Darlegungen zeigen unmissverständlich, dass eine Abschiebung von an posttraumatischer Belastungsstörung erkrankter Flüchtlinge 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 (insb. 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 (Art. 1 und 2 GG) verletzt wird.

Die Reduzierung auf Klärung einer reinen Flugtauglichkeit bzw. Transportfähigkeit kann sowohl geltendes Verfassungsrecht (Art. 1 und 2 GG) als auch europäisches Menschenrecht (Art. 3 EMRK) verletzen und widerspricht ganzheitlichen ethischärztlichen Grundsätzen.

Davon ausgehend erheben die unterzeichnenden Verbände und Organisationen folgende Forderungen:

6.1 Bei jeder Entscheidung der Ausländerbehörde, ob ein Abschiebungshindernis wegen einer PTBS vorliegt, genügt in der Regel die Vorlage eines entsprechenden ärztlichpsychotherapeutischen Attestes.

6.2 Bei berechtigtem Zweifel oder unzureichender Begründung kann die Ausländerbehörde bei der Therapeutin bzw. beim Therapeuten eine ausführliche Stellungnahme anfordern.

6.3 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.

6.4 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.

6.5 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.

6.6 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.

6.7 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.

6.8 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.

6.9 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. Mehrere Landesärztekammern und die Bundesärztekammer haben diese Empfehlung ebenfalls ausgesprochen.

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.

Das Positionspapier wurde von zahlreichen hessischen Wohlfahrtsorganisationen und Initiativen verfasst: u.a. Landesausländerbeirat, Amnesty International, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverbände Hessen-Nord und Süd, Caritasverband für die Diözese Limburg, Paritätischer Wohlfahrtsverband Hessen, Diakonisches Werk in Hessen und Nassau, Diakonisches Werk in Kurhessen-Waldeck, Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil (fatra), Hessischer Flüchtlingsrat, Initiativ Ausschuss "Ausländische Mitbürger in Hessen", Interkultureller Beauftragter der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, Bischöflicher Beauftragter für Flüchtlingsfragen sowie der Arbeitsstelle Migration der Evangelischen Kirche von Kurhessen-Waldeck.