



Über die Bedeutung von Psychologischen Stellungnahmen in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren



Arbeitsgemeinschaft Flucht
und Trauma
Rheinland-Pfalz



Herausgeber



Die AG Flucht und Trauma RLP ist der Zusammenschluss der 6 Psychosozialen Zentren für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Koordiniert durch:

Dachstelle für Vernetzung und Qualitätsentwicklung der PSZ in Rheinland-Pfalz

Bruchhausenstr. 2

45290 Trier

Tel.: 0152/37849135

E-mail: info@baff-zentren.org

www.psychosoziale-zentren.org

Aufgelegt im März 2026

Inhalt

– 0.) Grußwort Dr. Daniel Asche, Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration Rheinland-Pfalz, Leiter der Abteilung Integration, Migration, Fluchtaufnahme	Seite 4
– I.) Vorwort Ulrich Bestle, Vorstand Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz	Seite 5
– II.) Einleitung Markus Göpfert, Leitung Caritas-Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Rhein-Mosel-Ahr	Seite 6
– III.) Über die Arbeit und Weiterentwicklung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge über die Jahre Sebastian Sikkes, Referent Fachstelle interkulturelle psychosoziale Gesundheit Rheinland-Pfalz	Seite 8
– IV.) Asylrechtlicher Schutz traumatisierter Flüchtlinge - Rechtliche Fundierung, historische Entwicklung und aktuelle Voraussetzungen Jens Dieckmann, Rechtsanwalt Bonn	Seite 11
– V.) Diagnostik der einfachen und komplexen posttraumatischen Belastungsstörung Hannes Kölle, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Seite 23
– VI.) Über die (Nicht-) Bedeutung von Psychologischen Stellungnahmen in Asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren und das Dilemma mit der „Glaubhaftigkeit“ Gaby Markert, Caritas-Psychosoziales Zentrum RMA	Seite 38
– VII.) Erstellung von Ärztlich-Psychologischen Stellungnahmen Hans Joachim Schmitt, Diakonie-Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Pfalz	Seite 57
– VIII.) Zurückweisungsgründe von Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren Hans Joachim Schmitt, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Pfalz	Seite 67

Grußwort

Dr. Daniel Asche, Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration Rheinland-Pfalz (MFFKI)
Leiter der Abteilung Integration, Migration, Fluchtaufnahme

Geflüchtete Menschen sind oftmals schweren psychischen Belastungen ausgesetzt. Es ist deswegen von maßgeblicher Bedeutung, die daraus resultierenden Krankheitsbilder und deren Folgen möglichst umfassend in asyl- und aufenthaltsrechtliche Entscheidungen einbeziehen zu können. Es ist vor diesem Hintergrund sachlich nicht nachvollziehbar, wenn der Bundesgesetzgeber hier die qualifizierte ärztliche Bescheinigung zur Voraussetzung macht. Bei psychischen Erkrankungen hat das zur Folge, dass Stellungnahmen von psychologischen Psychotherapeuten keine angemessene Berücksichtigung finden können. Diese Konsequenz kann gravierende Nachteile für psychisch erkrankte Geflüchtete haben. Eine tragende sachliche Begründung für den Ausschluss dieser wertvollen Fachexpertise ist jedenfalls nicht ersichtlich. Psychologische Psychotherapeuten sind aufgrund ihrer Ausbildung zur Feststellung und Behandlung psychischer Störungen zweifellos befähigt und berechtigt.

Die Landesregierung fördert bereits langjährig die Arbeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) in Rheinland-Pfalz. Das dort realisierte vielseitige Angebot leistet einen maßgeblichen Beitrag zur professionellen psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung geflüchteter Menschen. Die PSZ und ihre Mitarbeiterschaft haben sich über viele Jahre hinweg zu spezifischen Kompetenzzentren im Bereich der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung und Begleitung geflüchteter Menschen entwickelt. Diese Fachexpertise gilt es anzuerkennen.

Auf der Ebene unseres Bundeslandes geschieht dies bereits innerhalb des Härtefallverfahrens. Die Härtefallkommission prüft im Einzelfall, ob eine vollziehbar ausreisepflichtige Person im Bundesgebiet bleiben darf, weil dringende humanitäre oder persönliche Gründe dafür sprechen. Das Vorliegen schwerer psychischer Erkrankungen ist für die Entscheidung der Härtefallkommission oft ein maßgeblicher Faktor. Grundlage der Überzeugungsbildung der Kommission sind dabei nicht nur ärztliche Stellungnahmen, sondern ausdrücklich auch Stellungnahmen und Gutachten der Mitarbeitenden der Psychosozialen Zentren.

Das Caritas-PSZ Rhein-Mosel-Ahr und die AG Flucht und Trauma haben mit dieser Broschüre dankenswerter Weise einen Beitrag zur besseren Verständlichkeit fachlicher Hintergründe und konkreter Herausforderungen in der Praxis geleistet und geben damit eine wertvolle Hilfestellung für all jene, die tiefer in die Materie eintauchen wollen und/oder fachliche Berührungspunkte haben.



Dr. Daniel Asche

Leiter der Abteilung Integration, Migration, Fluchtaufnahme im MFFKI RLP

I. Vorwort

Ulrich Bestle, Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

In asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren werden Entscheidungen getroffen, die für die betroffenen Menschen von existenzieller Bedeutung sind. Psychische Erkrankungen spielen dabei häufig eine zentrale Rolle. Ob und wie diese Erkrankungen fachlich eingeordnet und vor Gericht berücksichtigt werden, kann über das Schicksal der Betroffenen entscheiden. Bisher werden in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren ausschließlich von Ärzt:innen erstellte Gutachten anerkannt. Die fehlende Anerkennung von psychotherapeutischen Stellungnahmen erschwert es erheblich, psychische Erkrankungen im Rahmen asylrechtlicher Auseinandersetzungen angemessen geltend zu machen.

An der Schnittstelle von Psychotherapie, sozialer Unterstützung und rechtlichen Fragestellungen leisten die Psychosozialen Zentren (PSZ) einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen und von Folter betroffenen Personen. Sie schließen Versorgungslücken, die durch strukturelle Einschränkungen des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung entstehen, und verfügen über besondere fachliche Expertise. In Rheinland-Pfalz übernehmen sechs PSZ diese anspruchsvolle Arbeit. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz ist dankbar für dieses Engagement und für die langjährige, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Die vorliegende Broschüre ist Ausdruck der fachlichen Erfahrung und Reflexion der Autor:innen. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Transparenz, fördert den interdisziplinären Austausch und eröffnet Räume für eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Herausforderungen im Zusammenspiel von Psychotherapie und Recht. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz begrüßt diese Initiative ausdrücklich und sieht darin einen wichtigen Impuls für den weiteren fachlichen und berufspolitischen Dialog.

Die dargestellten Zusammenhänge machen deutlich, dass nachhaltige Verbesserungen nur durch das Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen und Berufsgruppen erreicht werden können – sowohl im Bereich der gesundheitlichen Versorgung als auch im gerichtlichen Kontext. Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, dass die fachliche Expertise der Psychotherapie in diesen Fragen angemessen berücksichtigt wird.

Eine erkenntnisreiche Lektüre wünscht Ihnen



Ulrich Bestle

Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz

II. Einleitung

Markus Göpfert, Caritas-Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Rhein-Mosel-Ahr

In der Beratungsarbeit von Geflüchteten sieht man sich mit einem sehr hohen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung konfrontiert. Dieser kann jedoch im niedergelassenen Gesundheitssystem aufgrund eines fehlenden Krankenversicherungsschutzes, unzureichender interkultureller Kompetenz und fehlender Sprachmittlung bei weitem nicht abgedeckt werden.

Aufgrund dieser Sachlage sind bereits Ende der Achtziger Jahre die ersten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge (PSZ) zur Behandlung und Versorgung entstanden. In Rheinland-Pfalz gründeten sich die ersten Einrichtungen zu Beginn der 2000er Jahre. Mittlerweile gibt es sechs PSZ im Land, die sich in der AG Flucht und Trauma zusammengeschlossen haben.

Geflüchtete Menschen in Deutschland stehen v.a. in den letzten Jahren permanent im Fokus der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung. Es handelt sich hier regelmäßig um Menschen, die vor Krieg oder schweren Menschenrechtsverletzungen aus ihrer Heimat geflohen sind. In den durchzuführenden Asylverfahren geht es dann um die Anerkennung oder Nichtanerkennung ihres Schicksals und damit um ihren Verbleib in Deutschland.

Der Nachweis schwerer psychischer Erkrankungen aufgrund von Traumatisierungen spielt schon immer eine Rolle in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Besonders auffällig wurde dies bei Geflüchteten, die in der Folge der Kriege aus Ex-Jugoslawien in den 90er Jahren nach Deutschland gekommen waren. Viele von ihnen waren Überlebende von Folter, Massakern und Vergewaltigungen und litten demnach unter ex-

tremen Traumatisierungen. Srebrenica ist zu einem Synonym dieser Jahre geworden.

Im Kontext von laufenden Asyl- und Folgeverfahren, der Anerkennung von Abschiebehindernissen und Debatten um ein Bleiberecht wurde die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu einem wichtigen Bestandteil in der Anerkennungspraxis vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und der Gerichtsbarkeit. Es dreht sich dabei immer um die Frage, ob eine psychische Erkrankung bei der Rückkehr ins Heimatland eine lebensbedrohliche Gefahr darstellt, sei es in Folge fehlender Behandlung, drohender Retraumatisierung oder der Reisefähigkeit an sich.

An den PSZ werden Psychologische Stellungnahmen nach professionellen Standards verfasst, die in den asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren als Entscheidungshilfen vorgelegt werden. Von Seiten der Gesetzgebung sind diese mit steigender Qualifizierung der Mitarbeitenden über die Jahre an immer höhere Anforderungen gekoppelt worden. Sowohl für die Geflüchteten selbst, als auch für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sind sie zu unüberbrückbaren Hürden geworden. Der fachliche Dialog ist weitestgehend auf der Strecke geblieben.

Im Laufe der Jahre haben sich die PSZ zu höchst professionellen und anerkannten Einrichtungen entwickelt. Ihre Expertise ist überall da gefragt, wo es um die kompetente Versorgung Geflüchteter geht.

Mit dieser Veröffentlichung möchten die Autor:innen aus ihrer langjährigen Erfahrung heraus das

Thema darstellen. Neben der sachlichen Abbildung, wie der Erstellung einer Psychologischen Stellungnahme oder der Diagnostik der PTBS, geht es v.a. auch um eine juristische Einordnung aus anwaltlicher Sicht und die kritische Auseinandersetzung um die Bedeutung von Psychologischen Stellungnahmen in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Die Autor:innen sind sowohl Mitarbeitende aus den PSZ und der Fachstelle interkulturelle psychosoziale Gesundheit RLP, wie auch ein niedergelassener Facharzt und ein Rechtsanwalt.

Als größte Herausforderung zeigt sich am Ende die Frage, wie ein notwendig sinnvolles Zusammenwirken der verschiedenen Professionen von Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen und Jurist:innen stattfinden kann. Dazu möchten wir hiermit anregen und nach Möglichkeit in den Dialog treten.



*Markus Göpfert
Für die AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz*

Kurzvita:

Markus Göpfert, Dipl.-Sozialpädagoge, System- und Familienberater, Supervisor ist Fachdienstleiter Migration beim Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V. und Mitbegründer eines der ersten PSZ in Rheinland-Pfalz; vorher Mitarbeit in einer Clearinggruppe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge im Ev. Jugendhof, Traben-Trarbach und langjährige Tätigkeit als Asylverfahrensberater beim Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V., wo er insgesamt seit 1998 beschäftigt ist.

III. Über die Arbeit u. Weiterentwicklung der PSZ über die Jahre

Sebastian Sikkes, Fachstelle interkulturelle psychosoziale Gesundheit RLP (IPG)

Vorbemerkung

Der Autor dieses Artikels ist Referent der landesweit zuständigen Fachstelle Interkulturelle Psychosoziale Gesundheit (IPG) RLP. Mit ihrem Schulungs-, Informations- und Vernetzungsangebot leistet die im Wesentlichen durch die rheinland-pfälzische Landesregierung geförderte IPG insbesondere bei den Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens ihren Beitrag zur Sensibilisierung für die Lebenslagen der von Flucht und Folter Betroffenen und unterstützt die Professionalisierung der Arbeit mit der genannten Klientel. Sie wirbt für ein Absenken der Zugangshürden in die Regelversorgung und schult zudem Sprach- und Kulturmittler für den Einsatz in Therapie und psychosozialer Beratung.

Die IPG ist strukturell an das Psychosoziale Zentrum Rhein-Mosel-Ahr in Mayen angegliedert und arbeitet seit 2014 eng mit den Zentren in Rheinland-Pfalz zusammen. Unter anderem durch die Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft zur Versorgung Geflüchteter der Landesministerien für Gesundheit und Integration, der regelmäßigen Zusammenarbeit mit Berufsverbänden (hervorzuheben die langjährige Zusammenarbeit mit der Landespsychotherapeutenkammer LPK RLP) und gewachsenen Kooperationspartnerschaften mit zahlreichen vor Ort tätigen Akteuren der Versorgungslandschaft (Kliniken, Praxen etc.) gelingt der IPG die Anbindung und Platzierung der Themen und Expertise der PSZ dort, wo Veränderungen möglich und Entscheidungen notwendig sind, um eine bessere Versorgung für Menschen mit Flucht- und/oder Migrationshintergrund zu erreichen.

Entstehung der PSZ und Entwicklung der psychosozialen Versorgungslandschaft

Die Gründung der ersten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) erfolgte einzeln Ende der 1980er Jahre, vermehrt dann im Laufe der 1990er Jahre zur Zeit des erhöhten Flüchtlingsaufkommens im Zuge der Kriege auf dem Balkan (siehe auch Artikel Jens Dieckmann weiter unten). Zunächst oftmals als lose vernetz-

te Fachkräfte verschiedener Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens und anfangs weitgehend ohne nennenswerte Budgets ins Leben gerufen, wurde die Arbeit im Laufe der Jahre und Jahrzehnte kontinuierlich professionalisiert und ausgebaut. Immer mehr Zentren nahmen die Arbeit auf, gegründet als eingetragene Vereine oder im Rahmen bereits etablierter Organisationen der Wohlfahrtspflege als auf Dauer angelegte Versorgungsprojekte.

Mit dem Bundesverband Psychosozialer Zentren – Versorgung nach Folter, Krieg und Flucht entstand schon früh der Dachverband der Psychosozialen Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben. Ihm gehören mittlerweile 51 Mitgliedszentren an (siehe auch unter <https://www.baff-zentren.org/>, zuletzt abgerufen am 26.02.2026), die sich in ihrer Arbeit an den Leitlinien der BAfF zur Organisation der Beratung und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt orientieren. So auch die PSZ im Landesgebiet von Rheinland-Pfalz.

Hier arbeiten in den insgesamt sechs Zentren multiprofessionelle Teams zur Versorgung von traumatisierten, geflüchteten Menschen und Folteropfern. Sie leisten einen entscheidenden Beitrag dazu, die für die Zielgruppe nach wie vor bestehende Versorgungslücke im Gesundheitssystem zu schmälern. Neben der Mitgliedschaft im Dachverband haben sich die Zentren in der AG Flucht und Trauma RLP zum regelmäßigen Austausch, zur Zusammenarbeit sowie zur Qualitätssicherung und stetigen Weiterentwicklung gemeinsamer Standards vernetzt. Im Zuge dieser Zusammenarbeit entstanden auch Idee und Ausarbeitung der vorliegenden Broschüre.

Ebenfalls in die AG eingebunden ist die oben vorgestellte Fachstelle Interkulturelle Psychosoziale Gesundheit (IPG) RLP. Im Rahmen der

AG begleitet und unterstützt sie die Zentren u.a. bei der Weiterentwicklung einer gemeinsamen Außendarstellung der PSZ-Arbeit in Rheinland-Pfalz, initiiert bzw. nimmt aktiv an thematischen Unterarbeitsgruppen der AG teil, bündelt Informationen und bereitet Daten aus den Zentren zur Erstellung thematischer Veröffentlichungen auf. Bis Anfang 2024 nahm die IPG die Aufgabe der Vorbereitung, Organisation und Moderation der AG-Treffen sowie die Erhebung der Halbjahres- und Jahresstatistik der Zentren wahr.

Die letztgenannten Aufgaben hat die Ende 2023 neu hinzugekommene Dachstelle für Austausch & Qualitätsentwicklung der PSZ in Rheinland-Pfalz übernommen. Die von der BAfF getragene Stelle ist insgesamt damit beauftragt, die niedrigschwelligen und multiprofessionellen Angebote der PSZ fachlich zu begleiten und zu einer intensiven Evaluation, Vernetzung und Qualitätssicherung in der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz beizutragen.

Organisation und Versorgungsangebot der Zentren

In unterschiedlicher Trägerschaft von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, sind die sechs rheinland-pfälzischen PSZ an den Hauptstandorten Mayen (Caritas), Trier (Caritas/ Diakonie), Mainz (Caritas), Ludwigshafen (Diakonie), Montabaur (Diakonie) und Kaiserslautern (DRK) ansässig. Die jeweiligen therapeutischen Zuständigkeitsbereiche der Zentren sind der eingefügten Landkarte der PSZ in RLP zu entnehmen. Alle Zentren betreiben Außenstellen bzw. bieten regelmäßige Außenprechstunden an.

Die Landesregierung unterstützt die Arbeit der Zentren mit einer verlässlichen Projektförderung. Diese wurde in den vergangenen Jahren stetig erhöht, zuletzt mit Aufwüchsen für den Ausbau von therapeutischen Versorgungsangeboten für geflüchtete Kinder und Jugendliche und für den Ausbau in die Fläche.

Trotz weiterhin bestehender Unterschiede bezüglich der Schwerpunktsetzungen und der konkreten Ausgestaltungen des Angebots, halten die Zen-



tren grundsätzlich an allen Standorten dasselbe Portfolio an Beratungs- und Therapieangeboten für Geflüchtete und Folteropfer vor. Dazu zählen insbesondere die psychosoziale und/oder aufenthaltsrechtliche Beratung, pädagogische Angebote sowie Einzeltherapie- und therapeutische Gruppenangebote (beides sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche). Zudem finden Vernetzung zu und Vermittlung in weiterführende Versorgungs- und Unterstützungsangebote statt.

Gemeinsame Standards sind in dem Zusammenhang die oben angesprochenen Leitlinien der BAfF sowie die in der gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz erstellte und regelmäßig evaluierte und erweiterte Rahmenkonzeption der Arbeit der PSZ in RLP.

Konkrete Standards bezüglich der Verfassung von Stellungnahmen

Eine Ende 2024 durchgeführte Abfrage zu den konkret für die Erstellung von Stellungnahmen relevanten formalen und methodischen Standards bei den Psychosozialen Zentren ergibt, bezogen auf das Referenzjahr 2023, folgendes Bild:

Ausnahmslos alle im therapeutischen Bereich der Zentren eingesetzten Fachkräfte verfügen über ein abgeschlossenes Psychologiestudium (Diplom/Master) und durchlaufen in der Regel eine fachspezifische Einarbeitungszeit von mindestens 3 Monaten. Zu einem (im Verlauf der letzten Jahre weiter gewachsenen) großen Teil handelt es sich dabei um approbierte Psychotherapeut:innen bzw. Psychotherapeut:innen in Ausbildung (überwiegend Erwachsenenpsychotherapie, vereinzelt auch Kinder- und Jugendpsychotherapie) in den anerkannten Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie oder Systemische Therapie. Beispiele für abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildungen sind Traumatherapie, Psychotraumatologie und Gestalttherapie.

Die Teilnahme am Curriculum „Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen“ (SPBM) ist für die therapeutischen Fachkräfte in 4 von 6 Zentren obligatorische Voraussetzung für das Verfassen psychologischer Stellungnahmen.

Zur Qualitätssicherung finden in allen Therapeut:innenteams der Zentren regelmäßige Fallsupervisionen mit externen Supervisor:innen (je nach Standort 4-12 mal jährlich) und Intervisionen mit Einzelfallbesprechungen (je nach Standort wöchentlich bis monatlich) statt. Alle Zentren nutzen in dem Zusammenhang regelmäßig die Möglichkeit der Hinzuziehung eines:einer Fachärzt:in für Psychotherapie/Psychiater:in (in 4 von 6 Zentren Hinzuziehung von extern, in einem Zentrum ist ein ehrenamtlich tätiger Psychiater sowie eine ehrenamtlich tätige Allgemeinmedizinerin mit Zusatzausbildung Psychotherapie und in einem weiteren PSZ ein Facharzt für Psychotherapie ehrenamtlich Teil des erweiterten Therapeut:innenteams).

Bezüglich abgefragter methodischer Standards ist festzuhalten, dass die Zentren im Rahmen der Therapiesitzungen bei Bedarf alle fachspezifisch geschulte Sprach- und Kulturmittelnde („Therapie zu dritt“) einsetzen, multimodal vorgehen (Diffe-

rentialdiagnostik mit Hilfe der Instrumente Klinische Interviews, Verhaltensbeobachtung, standardisierte Interviews, Einsatz von Testverfahren etc.) und sich dezidiert mit Beschwerdenuvalidierung und Glaubhaftigkeit auseinandersetzen.

Alle Zentren grenzen sich ganz klar gegenüber so genannten „Gefälligkeitsgutachten“ ab. Sowohl gutachterliche Stellungnahmen als auch Kurzstellungnahmen/Befundberichte werden in den Zentren in der Regel nur für bereits in Behandlung befindliche Klient:innen und auch nur dann verfasst, wenn der:die Behandler:in eine psychische Erkrankung diagnostiziert und eine Stellungnahme dazu im Rahmen der zu beantwortenden Fragestellung (z.B. im Rahmen des Asylverfahrens) überhaupt als zielführend erachtet wird. Ebenso lehnen die meisten Zentren Auftragsgutachten für bislang nicht in Behandlung der Zentren befindliche Personen grundsätzlich ab. Dies legen auch die Zahlen dazu aus den Zentren nahe. Gutachterliche Stellungnahmen im Rahmen des Asylverfahrens werden im Schnitt für 9 % der in den Zentren behandelten Klient:innen verfasst, wobei das ganze Spektrum von 0 % bis 20 % reicht. Im Bereich der Kurzstellungnahmen/Befundberichte zur Vorlage in außergerichtlichen Kontexten sind es für 2023 durchschnittlich 37 % der Klient:innen.

Kurzvita:

Sebastian Sikkes, M.A. Politische Wissenschaften, ist Referent für die Fachstelle Interkulturelle Psychosoziale Gesundheit (IPG) in RLP. Schwerpunkte: Gesundheitswesen und Öffentlichkeitsarbeit.



IV. Asylrechtlicher Schutz traumatisierter Flüchtlinge

Rechtliche Fundierung, historische Entwicklung und aktuelle Voraussetzungen

Von Jens Dieckmann, Rechtsanwalt (Bonn)

Inhaltsübersicht

- A. Einleitung
- B. Grund- und menschenrechtliche Grundlagen
- C. Abschiebungsschutz für traumatisierte Geflüchtete – Ein historischer Rückblick aus anwaltlicher Perspektive
- D. Die heutige Rechtslage
- E. Ausblick

A. Einleitung

"... Only by zealously guarding the rights of the most humble, the most unorthodox and the most despised among us can freedom flourish and endure in our land. ..."

"... Nur wenn wir eifrig die Rechte der Demütigten, der Unorthodoxsten und der Verachtetesten unter uns schützen, kann die Freiheit in unserem Land gedeihen und Bestand haben. ..."

(Associate Justice Frank Murphy,
US Supreme Court, 18.06.1945)

In kaum einem anderen Themenfeld des Migrationsrechts wird der menschen- und völkerrechtliche Kernkonflikt des Migrationsrechts deutlicher als in der Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Staat einen erkrankten Menschen nicht abschieben darf, obwohl dieser Mensch ansonsten kein Aufenthaltsrecht innehat. Dies gilt umso mehr bei der Frage, unter welchen Bedingungen speziell psychisch erkrankte Geflüchtete einen asylrechtlichen Schutz gegen eine Abschiebung zugesprochen bekommen müssen.

Hier stehen fundamentale Normen, die dem Schutz des vulnerablen Einzelnen dienen, direkt im Konflikt mit dem Recht des souveränen Staates, zu entscheiden, wer sich auf seinem Territorium aufhalten darf und wer es verlassen muss.

Der Konflikt ist hier deswegen offensichtlich so groß, weil die Feststellung, die Diagnose und Dokumentation psychischer Krankheiten wie insbesondere auch die der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) so aufwendig, anspruchsvoll und zeitaufwendig ist, was in einem elementaren Kontrast steht zur prekären Lebenssituation von geflüchteten Menschen in ihren Asylverfahren in Deutschland unter den Bedingungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).

Dieser Konflikt begleitet seit je her die Debatte um das Asylrecht in Deutschland und hat zu einer kaum mehr überschaubaren Fülle an Regelungen, Gerichtsentscheidungen und Erlassen geführt.

Dieser Beitrag will helfen, hier unter drei Aspekten mehr Klarheit zu schaffen:

Ausgangspunkt einer jeden Diskussion um den rechtlichen Schutz vorfluchtbedingt traumatisierter Geflüchteter in ihren Asylverfahren ist und bleibt der grund- und menschenrechtliche Rahmen.

Des Weiteren soll aufgezeigt werden, wie politische, gesellschaftliche Debatten in Deutschland Art und Umfang des asylrechtlichen Schutzes traumatisierter Menschen unmittelbar beein-

¹ Bridges v. Wixon, 18. June 1945, Associate Justice Frank Murphy, 326 U.S. 135 (1945), 65 S. Ct. 1443

flusst und geprägt haben, nicht zuletzt auch, um aufzuzeigen, dass nicht Alles, was heute den rechtlichen Status Quo prägt, immer schon so gesehen und geregelt wurde.

B. Grund- und menschenrechtliche Grundlagen

Auch und gerade im Kontext von Abschiebungen ergeben sich grund- und menschenrechtliche Schutzpflichten, die alle beteiligten staatlichen Akteure zu wahren haben.

Den grund- und menschenrechtlichen Rahmen für Abschiebungen von erkrankten Menschen bildet

- das Recht auf Leben (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz, Artikel 6 UN-Zivilpakt, Artikel 3 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 2 Europäische Menschenrechtskonvention, Artikel 2 EU-Grundrechtecharta),
- das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz, Artikel 3 EU-Grundrechte-Charta)² sowie
- das völkerrechtliche Refoulement-Verbot (Verbot der Zurückweisung) als Teil des Verbots von Folter und Misshandlung (Artikel 3 EMRK, Artikel 3 CAT, Artikel 5 AEMR, Artikel 7 UN-Zivilpakt, Artikel 37 UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 33 Genfer Flüchtlingskonvention).

Aufgrund der absoluten Geltung dieses Verbots darf der Staat unter keinen Umständen von der letztgenannten Verpflichtung abweichen.

Nach der insoweit zwingend bindenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) haben die mit dem Vollzug der Abschiebung betrauten Stellen – also Ausländerbehörden, Bundespolizei und Landespolizeien – in

Schließlich soll der aktuelle Stand des Schutzsystems dargestellt werden, als Grundlage für die tägliche Praxis der Begleitung, Beratung und Vertretung traumatisierter Geflüchteter.

jedem Stadium der Abschiebung Gefahren für Leib und Leben zu beachten und gegebenenfalls durch ein (ggf. vorübergehendes) Absehen von der Abschiebung abzuwenden.³

In einer Leitentscheidung führt das BVerfG in seinem Beschluss vom 17.09.2014 insb. aus:⁴

„... b) Ein Anspruch auf Aussetzung der Abschiebung wegen rechtlicher Unmöglichkeit der Abschiebung gemäß § 60a Abs 2 Satz 1 AufenthG in Verbindung mit Art 2 Abs 2 Satz 1 GG ist nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte unter anderem dann gegeben, wenn die konkrete Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand des Ausländers durch die Abschiebung wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtert, und wenn diese Gefahr nicht durch bestimmte Vorkehrungen ausgeschlossen oder gemindert werden kann.

Diese Voraussetzungen können nicht nur erfüllt sein, wenn und solange der Ausländer ohne Gefährdung seiner Gesundheit nicht transportfähig ist (Reiseunfähigkeit im engeren Sinn), sondern auch, wenn die Abschiebung als solche - außerhalb des Transportvorgangs - eine erhebliche konkrete Gesundheitsgefahr für den Ausländer bewirkt (Reiseunfähigkeit im weiteren Sinn)

Das dabei in den Blick zu nehmende Geschehen beginnt regelmäßig bereits mit der Mitteilung einer beabsichtigten Abschiebung gegenüber dem Ausländer.

² Die EU-Aufnahmerichtlinie vom 26.06.2013 (2103/33/EU) konkretisiert diesen grundrechtlichen Schutz für die Praxis und enthält einen Katalog von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylsuchenden in den EU- Mitgliedstaaten. So enthält sie etwa in Art. 21 und 22 auch Vorgaben zur medizinischen Grundversorgung.

³ BVerfG, Beschluss vom 26.2.1998, 2 BvR 185/98, Rn. 4.

⁴ BVerfG, Beschluss vom 17.09.2014, 2 BvR 939/14.

Besondere Bedeutung kommt sodann denjenigen Verfahrensabschnitten zu, in denen der Ausländer dem tatsächlichen Zugriff und damit auch der Obhut staatlicher deutscher Stellen unterliegt.

Hierzu gehören das Aufsuchen und Abholen in der Wohnung, das Verbringen zum Abschiebeort, sowie eine etwaige Abschiebungshaft ebenso wie der Zeitraum nach Ankunft am Zielort bis zur Übergabe des Ausländers an die Behörden des Zielstaats

In dem genannten Zeitraum haben die zuständigen deutschen Behörden von Amts wegen in jedem Stadium der Abschiebung etwaige Gesundheitsgefahren zu beachten

Diese Gefahren müssen sie entweder durch ein (vorübergehendes) Absehen von der Abschiebung mittels einer Duldung oder aber durch eine entsprechende tatsächliche Gestaltung des Vollstreckungsverfahrens mittels der notwendigen Vorkehrungen abwehren (vgl. zum Ganzen VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 6 Februar 2008 -11 S 2439/07 -, InfAuslR

2008, S 213 <214> unter Verweis auf BVerfG, Beschluss der 1 Kammer des Zweiten Senats vom 26 Februar 1998 - 2 BvR 185/98 -, InfAuslR 1998, S 24 1)

Die der zuständigen Behörde obliegende Pflicht, gegebenenfalls durch eine entsprechende Gestaltung der Abschiebung die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, damit eine Abschiebung verantwortet werden kann, kann es in Einzelfällen gebieten, dass erforderliche Hilfen rechtzeitig nach der Ankunft im Zielstaat zur Verfügung stehen, wobei der Ausländer regelmäßig auf den dort allgemein üblichen Standard zu verweisen ist (vgl. dazu OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20 Juni 2011 -2 M 38/11 -, InfAuslR 2011, S. 390. ...“

Diese Verpflichtungen binden aber nicht nur die Vollzugsbehörden, sondern - wegen Art. 1 III GG (... (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.“) auch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und die Verwaltungsgerichte als Fachgerichte in allen Instanzen.

C. Abschiebungsschutz für traumatisierte Geflüchtete – Ein historischer Rückblick aus anwaltlicher Perspektive

I. Vor 1990

Das sog. „Ausländergesetz“ von 1965 in der späteren Fassung von 1980 kannte keine expliziten Vorschriften zu einem Abschiebungsschutz aus medizinischen Gründen.

II. Ab 1990

1. Zum 01.01.1991 trat das am 09.07.1990 vollkommen neugefasste Gesetz über die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Bundesgebiet („Ausländergesetz“, - AuslG) in Kraft.⁵

Dort heißt es in § 53 AuslG⁶

„... (4) Ein Ausländer darf nicht abgeschoben

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

...

(6) Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat kann abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. 2Gefahren in diesem Staat, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der

⁵ Bundesgesetzblatt BGBl. Online-Archiv 1949 - 2022 | Bundesanzeiger Verlag

⁶ Klaus Peter Stiegler, „Abschiebungsschutz nach § 53 AuslG“, in: Asylmagazin 7/8 2004, S. 5ff.

der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, werden bei Entscheidungen nach § 54 berücksichtigt.“

a) Gem. § 53 Abs. 6 AuslG kann von der Abschiebung in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für diesen: diese Ausländer:in eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Anders als bei den Absätzen 1–4 des § 53 AuslG, fallen in den Anwendungsbereich von Abs. 6 alle Gefahren. Es war also nicht notwendig, dass sie vom Staat oder einer quasi-staatlichen Organisation verursacht werden.

b) Hier ist Klaus Peter Stiegler zu folgen in seiner Analyse der Voraussetzungen des § 36 Abs. 6 AuslG:

„... Die Gefahr musste gemäß Satz 1 erheblich sein und konkret drohen.

Die Erheblichkeit wurde z. B. bei Krankheiten nur dann bejaht, wenn sich der Gesundheitszustand im Heimatland wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde.

Die Gefahr für die Gesundheit war danach z.B. konkret, wenn im Zielstaat keine andere Möglichkeit der Behandlung bestand als die im maroden – und im konkreten Fall unzureichenden – öffentlichen Gesundheitssystem. ...“⁷

„... Geht es um Krankheit als Abschiebungshindernis, stellte sich zunächst die Frage, ob es um zielstaatsbezogene Gefahren geht oder ob nicht die befürchteten Krankheitsfolgen Auswirkungen der Abschiebung selbst sind. Im letzteren Falle handelte es sich nach der damals schon bestehenden Rechtsprechung um ein inländisches Vollstreckungshindernis, das als möglicher Duldungsgrund gem. § 55 AuslG

im Vollstreckungsverfahren von der Ausländerbehörde zu prüfen und dort vom Flüchtling geltend zu machen ist.“⁸

Typisch hierfür waren die Reiseunfähigkeit oder eine Selbstmordgefahr wegen der Abschiebung.⁹

Wurde dagegen das Auftreten einer Erkrankung oder deren Verschlimmerung durch die Verhältnisse im Zielstaat befürchtet, kam nur ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG in Frage und nicht nach § 53 Abs. 4 AuslG. Denn in der Regel fehlt es an der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung geforderten Staatlichkeit der Gefahr, so dass die Berufung auf § 53 Abs. 4 AuslG und Art. 3 EMRK ausscheidet.

Es war damals schon unbestritten, dass die Gefahr, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlimmert, etwa weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, ein Abschiebungshindernis im Sinne von § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG darstellt.¹⁰

*Voraussetzung war zunächst, dass die drohende Gesundheitsgefahr **erheblich** war.*

Das wurde bejaht, wenn sich der Gesundheitszustand wesentlich oder gar lebensbedrohlich im Zielland der Abschiebung verschlechtern würde.¹¹

*Ferner musste die Gefahr **konkret** sein. Dies wurde bejaht, wenn der Betroffene im Heimatland keine andere Möglichkeit zur Behandlung hatte als die Inanspruchnahme des unzureichenden öffentlichen Gesundheitssystems und anderswo wirksame Hilfe nicht in Anspruch nehmen kann. ...“¹²*

⁷ Stiegler, a.a.O., S. 7.

⁸ vgl. BVerwG, InfAuslR 98, 96; 98, 125 und 98, 409.

⁹ vgl. BVerwG, InfAuslR 98, 241.

¹⁰ st. Rspr. vgl. u. a. BVerwG, InfAuslR 98, 96.

¹¹ vgl. BVerwG, InfAuslR 98, 96 und 98, 403.

¹² Stiegler, a.a.O., S. 8.

cc) Hier war dann auch die **Abgrenzung** zu den Schutz ausschließenden **allgemeinen Gefahren gem. § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG** durchzuführen. Das Problem der Abgrenzung zwischen individuellen Gefahren im Sinne von § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG und allgemeinen Gefahren gem. § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG stellte sich immer wieder auch im Bereich von krankheitsbezogenen Abschiebungshindernissen.

„... Typisch war folgendes Zitat aus einer Antragserwiderung des damaligen Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL), der Vorgängerbehörde des BAMF, bzgl. eines traumatisierten Antragstellers aus dem Kosovo:

»Die Gefahren, die für den Antragsteller bestehen sollen, bestehen unstreitig für eine Vielzahl weiterer Personen im Abschiebezielstaat, nämlich für alle Angehörigen der Gruppe der traumatisierten Personen im Kosovo.«¹³

Ähnliche Wendungen fanden sich auch in manchen Gerichtsentscheidungen.

Hierbei wurde oft genug verkannt, dass es in der Regel um die Krankheit Einzelner geht und damit nur um eine individuelle und keine allgemeine Gefahr. Dies gilt auch dann, wenn an derselben Krankheit auch andere Personen im Heimatstaat leiden.

Anderes galt nach der Rechtsprechung nur dann, wenn es sich – wie z. B. bei Aids in manchen afrikanischen Ländern – um eine weit verbreitete Krankheit handelt.¹⁴ In solchen Fällen konnte wegen der Sperrwirkung ein individuelles Abschiebungshindernis gem. § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG in verfassungskonformer Auslegung des § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG nur bejaht werden, wenn die Abschiebung des Ausländers diesen dem Tod oder schwersten Verletzungen ausliefern würde.

Dies bedeutete z.B. für den [o.a. kosovarischen] Antragsteller, dass er Anspruch auf die Feststellung eines Abschiebungshindernisses nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG nur haben konnte, wenn sich seine Behauptung bestätigte, dass eine Psychotherapie im Kosovo nicht zu erlangen war für ihn konkret. Dann hätte ihm ausweislich der vorliegenden Atteste mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im Falle der Rückkehr in seine Heimat gedroht.

Voraussetzung für die Feststellung war aber nicht nur das Vorliegen einer Gefahr für Leib oder Leben, sondern auch, dass ihm diese Gefahr landesweit droht. ...¹⁵

2. Die Verfahrenspraxis zum asylrechtlichen Abschiebungsschutz in den Jahren 1990-2004 – in Folge und im Schatten der Grundgesetzänderung des Art. 16 Abs. 2 S. 2 GG – waren also zum einen geprägt in der Auseinandersetzung um die Frage, ob ausreichende Behandlungsressourcen in den jeweiligen Herkunftsländern verfügbar waren, objektiv existent, und, wenn ja, ob sie individuell erreichbar waren für die Betroffenen.

Die andere Entwicklung, die bis heute die Diskussion zwischen medizinisch-psychologischer Fachwelt, Zivilgesellschaft, Anwaltschaft auf der einen und der jeweiligen Exekutive sowie Justiz auf der anderen Seite prägt, ist der von Regierungs- aber auch von Teilen der Fachgerichtsbarkeit mehr oder weniger klar formulierte Vorwurf, medizinische Fragen und entsprechende Bescheinigungen vorzuschieben, um Abschiebungen letztlich – ggf. „in letzter Sekunde“ zu verhindern.

Diese fatale Entwicklung hat ihre Ursache maßgeblich in dem Umgang der Bundesrepublik Deutschland mit den Geflüchteten aus dem jugoslawischen Bürgerkrieg in den 90er Jahren bzw. zu Beginn der 2000er Jahre.

¹³ Stiegler, a.a.O.

¹⁴ vgl. BVerwG, InfAuslR 98, 189.

¹⁵ Stiegler, a.a.O., S. 8f.

Deutschland bot zum einen Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina – ähnlich wie heute den Flüchtlingen aus der Ukraine – einen humanitären Aufenthaltstitel an (damals § 30 AuslG – sog. „Aufenthaltsbefugnis“), nicht zuletzt, um eine Asylantragstellung der bis zu 345.000 bosnischen Geflüchteten in Deutschland zu vermeiden.

Bei den Albaner:innen aus dem Kosovo wurde hingegen über Monate hinweg vom Bundesamt der höchste Asylstatus wegen Gruppenverfolgung bzw. Genozid zuerkannt. Als dann 1994 der Friedensvertrag von Dayton den Bürgerkrieg in Bosnien beendete bzw. nachdem die serbische Regierung unter dem damaligen Präsidenten Milosevic entmachtet wurde, wurde den Bosnier:innen durch Ordnungsverfügungen der Aufenthaltsstatus entzogen. Die Kosovar:innen wiederum sahen sich asylrechtlichen Widerrufsverfahren ausgesetzt. In diesen Verfahren wurden diese Geflüchteten jeweils zum ersten Mal nach der Ankunft in Deutschland nach „ihrer Geschichte“ gefragt sowie nach ihrer gesundheitlichen Verfassung.

Viele der Bosnier:innen und der Kosovar:innen haben in diesen Widerrufsverfahren zum ersten Mal über die teilweise massiv traumatisierenden Erlebnisse vor und während ihrer Flucht sprechen müssen. Viele, deren Trauma-Bewältigung im Alltag eher durch Verdrängung oder durch Medikamentierung bzgl. sekundärer Symptome stattfand, mussten ad hoc fachliche Unterstützung suchen und therapeutische sowie fachärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Aus diesen Verfahren rühren zahllose Fragen und Vorhalte des Bundesamtes wie auch durch Richter:innen dergestalt, dass nicht nachvollzogen werden könne, dass diese schweren Krankheiten erst jetzt zum Thema werden bzw. auch jetzt erst, teils nach Jahren des Aufenthalts in Deutschland, behandelt werden. Vielfach wurde seit dieser Zeit durch Exekutive, Judikative sowie Legislative ein „taktisches“ Vorgehen der Betroffenen unterstellt. Es wurde dabei aber von Beginn an vollkommen übersehen, dass bis dahin keine einzige deutsche Behörde oder Insti-

tution sich für die traumatisierenden Erlebnisse im Einzelnen interessiert hatte.

Insbesondere seit dieser Zeit, Ende der 90er bis Anfang der 2000er Jahre, wurden dann auch bundesweit vielfach spezielle Einrichtungen zur Behandlung und Begutachtung traumatisierter Geflüchteter gegründet.

III. Die Zeit ab 2005

1. Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern“ („Zuwanderungsgesetz“, heute: „Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet“ – AufenthG) wurde die Rechtsgrundlage für medizinischen, asylrechtlichen Abschiebungsschutz geändert.

In § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG hieß es ab 2005:

„(7) Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. ...“

2. Waren asylrechtliche Praxis und Rechtsprechung vor 2005 insb. befasst mit der Frage, welche Situationen im Zielland einer evtl. Abschiebung vorliegen müssen, um einen Abschiebungsschutz annehmen zu können, rückte ab den 2000er Jahren immer mehr die Frage der für einen medizinischen Abschiebungsschutz nötigen schriftlichen, nachprüfbaren Nachweise einer erheblichen Krankheit in den Vordergrund. Diese Debatte ging einher mit einer Ausweitung des behördlichen und justiziellen Misstrauens gegen Ärzt:innen und Psycholog:innen, die solche Bescheinigungen für ihre Patient:innen ausstellten.

3. Eine Grundsatzentscheidung des BVerwG aus 2007 legte für viele sich anschließende Jahre maßgeblich die inhaltlichen und formalen Voraussetzungen für einen solchen Nachweis fest, insb. und gerade für PTBS.

BVerwG, Urteil vom 11.09.2007, 10 C 8.07

*„... 15. Allerdings gehört zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweisantrags, der das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen PTBS zum Gegenstand hat, angesichts der Unschärfen des Krankheitsbildes sowie seiner vielfältigen Symptome regelmäßig die Vorlage eines gewissen Mindestanforderungen genügenden **fachärztlichen Attests**.*

Aus diesem muss sich nachvollziehbar ergeben,

- *auf welcher Grundlage der Facharzt seine Diagnose gestellt hat und*
- *wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt.*

Dazu gehören etwa Angaben darüber,

- *seit wann*
- *und wie häufig sich der Patient in ärztlicher Behandlung befunden hat und*
- *ob die von ihm geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden.*

Des Weiteren sollte das Attest Aufschluss über die Schwere der Krankheit,

- *deren Behandlungsbedürftigkeit sowie*
- *den bisherigen Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie) geben.*

Wird das Vorliegen einer PTBS

- *auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und*
- *werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland getragen,*

so ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist.

Diese Anforderungen an die Substantiierung ergeben sich aus der Pflicht des Beteiligten, an der Erforschung des Sachverhalts mitzuwirken (§ 86 Abs 1 Satz 1 Halbs 2 VwGO), die in besonderem Maße für Umstände gilt, die in die eige-

ne Sphäre des Beteiligten fallen (vgl Beschluss vom 16 Februar 1995 - BVerwG 1 B 205 93 - Buchholz 451 20 § 14 GewO Nr 6) ...“

4. Doch war diese Klarstellung nicht das Ende dieser „Misstrauens-Debatte“.

Im Gegenteil, wie das Institut für Menschenrechte in einer Studie¹⁶ aus dem Jahr 2021 konstatiert im Rückblick auf die Jahre vor 2016:

*„... Das Thema Krankheit als Abschiebungshindernis wird bereits seit Langem kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite unterstellen politische und staatliche Vertreter*innen teilweise, dass bewusst Krankheiten vorgeschoben werden, um eine Abschiebung zu verhindern. In zwei Berichten, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rückführung („AG Rück“) in Auftrag gegeben hatte, wurde die Vermutung geäußert, dass das Vorbringen gesundheitlicher Abschiebungshindernisse nach einer Abschiebungsandrohung häufig allein dem Zweck diene, die Rückführung hinauszuzögern oder abzuwenden.² Der Evaluierungsbericht aus dem Jahr 2015 diente als Grundlage für die gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre bezüglich der Geltendmachung von krankheitsbedingten Abschiebungshindernissen.*

Ein Beleg, ob und in wie vielen Fällen Asylsuchende oder Ausreisepflichtige Krankheiten tatsächlich vortäuschen, wurde im Rahmen dieser Debatte nicht vorgelegt und kann aus den verfügbaren Zahlen nicht abgeleitet werden. So gibt es kaum Erkenntnisse über die Zahl medizinisch begründeter Abschiebungsverbote, also zur Frage, wie viele Menschen krankheitsbedingt nicht abgeschoben werden oder wie viele sich auf eine Erkrankung berufen.

*Auf der anderen Seite wird von der Zivilgesellschaft, aber auch von Vertreter*innen der Ärzteschaft und Therapeut*innenverbänden eine zunehmend härtere Abschiebungspraxis „um*

¹⁶ Suerhoff, Anna / Engelmann, Claudia (2021): Abschiebung trotz Krankheit. Perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche Verpflichtungen. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, S. 10.

jeden Preis“ kritisiert, in der Erkrankungen nicht Berücksichtigung fänden.⁴ In der Folge würden Menschen abgeschoben, bei denen sich die Erkrankung durch die Abschiebung erheblich oder sogar lebensgefährlich verschlimmern könne. ...“

5. Unter erheblichem Protest aus der Zivilgesellschaft und Teilen der Opposition wurde im Februar 2016 mit großer Mehrheit des Bundestages das sogenannte „Asylpaket II“ beschlossen, welches am 17. März 2016 in Kraft getreten ist.

Neben der besonders kritisierten Einführung beschleunigter Asylverfahren wurden zahlreiche Änderungen des materiellen und prozessualen Asyl- und Aufenthaltsrechts vorgenommen.

Gerade im Hinblick auf Abschiebungsverbote und Abschiebungshindernisse aus gesundheitlichen Gründen wurden gravierende Änderungen i.S.v. Verschärfungen vollzogen.

Die Einschätzungen dieser Änderungen reichen weit auseinander. Zum Teil wurde vertreten, es handle sich lediglich um eine Kodifizierung der bisherigen Rechtsprechung, welche mit Blick auf die praktischen Probleme angebracht sei, um die Instanzgerichte durch den ausdrücklichen Gesetzeswortlaut an die höchstrichterliche Rechtsprechung zu erinnern.¹⁷ Andere wiederum gingen davon aus, es handle sich um eine massive Schlechterstellung besonders Schutzbedürftiger.¹⁸

6. Es sind 2016 drei hier relevante Vorschriften grundlegend geändert bzw. neu geschaffen worden:

§ 60 Abs. 7 AufenthG - neue Fassung 2016

...

(7) 1 Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebli-

che konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. 2 Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. 3 Es ist nicht erforderlich, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. 4 Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt in der Regel auch vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist. 5 Gefahren nach Satz 1, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, sind bei Anordnungen nach § 60a Abs. 1 Satz 1 zu berücksichtigen.

§ 60a Abs. 2c AufenthG

...

(2c) 1 Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. 2 Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen. 3 Diese ärztliche Bescheinigung soll insbesondere die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten.

§ 60a Abs. 2d AufenthG (2 d)

1 Der Ausländer ist verpflichtet, der zuständigen Behörde die ärztliche Bescheinigung nach Absatz 2c unverzüglich vorzulegen. 2 Verletzt der Ausländer die Pflicht zur unverzüglichen Vorlage einer solchen ärztlichen Bescheinigung, darf die zuständige Behörde das Vorbrin-

¹⁷ Thym, Stellungnahme für die Öffentliche Anhörung des Innenausschusses des Deutschen Bundestags am Montag, den 22.2.2016, Ausschussdrucksache 18(4)511 D, S.7.

¹⁸ So z. B. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 1.2.2016, www.bptk.de unter Stellungnahmen (zuletzt abgerufen am 31.5.2016).

gen des Ausländers zu seiner Erkrankung nicht berücksichtigen, es sei denn, der Ausländer war unverschuldet an der Einholung einer solchen Bescheinigung gehindert oder es liegen anderweitig tatsächliche Anhaltspunkte für das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde, vor. 3Legt der Ausländer eine Bescheinigung vor und ordnet die Behörde daraufhin eine ärztliche Untersuchung an, ist die Behörde berechtigt, die vorgetragene Erkrankung nicht zu berücksichtigen, wenn der Ausländer der Anordnung ohne zureichenden Grund nicht Folge leistet. 4Der Ausländer ist auf die Verpflichtungen und auf die Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Verpflichtungen nach diesem Absatz hinzuweisen.

7. 2019 wurde zusätzlich gesetzlich klargestellt durch eine entsprechende Ergänzung im § 60 Abs. 7 AufenthG, dass die Vorschriften der § 60a Abs. 2c und d AufenthG im asylrechtlichen Kontext hier entsprechend anzuwenden sind.

8. Der „Geist“, der diese Gesetzgebung prägt, kommt insbesondere in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck, dort, wo die Frage des Nachweises einer PTBS in diesem Kontext erörtert wird. Nina Hager ist zuzustimmen, wenn sie schreibt:¹⁹

„... Die gesetzliche Änderung sieht nunmehr vor, dass die Erkrankung in Deutschland bereits lebensbedrohlich oder zumindest schwerwiegend sein muss. Dies stellt eine erhebliche Einschränkung im Vergleich zur bisherigen Rechtsprechung dar.

Durch diese Neufassung will der Gesetzgeber klarstellen, dass nur äußerst gravierende Erkrankungen eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib oder Leben darstellen. Was im Einzelfall als eine schwerwiegende Erkrankung anzusehen ist, ist von der Behörde zu prüfen. Nur im Fall der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gibt der Gesetzgeber vor, dass keine

schwerwiegende Erkrankung angenommen werden kann. Damit wird jeglicher Auslegungsspielraum bei der Rechtsanwendung genommen. Diese Festlegung erfolgt allerdings nicht etwa aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse. Vielmehr wird als Beweggrund angeführt, dass diese Erkrankung wegen ihrer schweren Diagnostizier- und Überprüfbarkeit in der Praxis zur Verzögerung von Abschiebungen führen würde. Im Falle einer PTBS ist laut Gesetzgeber daher eine Abschiebung nur dann nicht zu vollziehen, wenn diese zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung führt.

Eine solche wesentliche Gesundheitsgefährdung besteht gerade auch bei möglichen psychisch reaktiven Traumafolgen. Durch die Abschiebung wird die betroffene Person zwangsläufig erneut mit Örtlichkeiten oder Personen, die mit früheren traumatischen Ereignissen in Zusammenhang stehen, konfrontiert. Dadurch kann die Belastbarkeit und die Steuerungsfähigkeit der Betroffenen durch das Umfeld, das Intrusionen stimuliert und Schutz- und Vermeidungsverhalten nimmt, so stark herabgesetzt werden, dass die Gefahr einer akuten Reaktualisierung und auch eines Impulsdurchbruches bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung bis hin zum Suizid besteht.

Im Einzelfall muss also qualifiziert beurteilt werden, inwieweit das Ausmaß der Belastung durch eine Abschiebung die verminderte Belastbarkeit der Person durch die Krankheit deutlich übersteigt. Dazu gehört auch, im Detail einzuschätzen, ob sich die Symptomatik im Falle der Rückführung durch die als ungeschützt und nicht kontrollierbar wahrgenommene Situation im Herkunftsland sowie die verstärkte Wiedererinnerung so gravierend verschlechtern kann, dass eine Dekompensation mit akuter Gefahr für Leib und Leben droht. ...“

¹⁹ Nina Hager, **Abschiebung trotz schwerer Krankheit?** Die gesetzlichen Neuregelungen zu Abschiebungshindernissen aus gesundheitlichen Gründen, in: Asylmagazin 6/2016, S. 161f.

Auch, wenn die Gesetzesbegründung weder zwingend noch bindend ist in der Rechtspraxis, sondern lediglich ein Auslegungskriterium unter mehreren anderen darstellt, setzte die große Koalition damit ein Narrativ, das von seinen massiven Vorbehalten gegenüber PTBS- bezogenen

Bescheinigungen weiter hinter die eigentlich bereits über Jahre zuvor geführte Debatte zwischen der Fachwelt und der Exekutive zurückfällt und fachlich so in keiner Weise nachvollziehbar bzw. haltbar ist.

D. Die heutige Rechtslage

I. Im Asylverfahren ist es zunächst einmal die Pflicht der Antragsteller:innen selbst, Gründe – beispielsweise eine Krankheit – vorzutragen, die gegen eine Rückkehr ins Herkunftsland (oder in den für sie zuständigen EU-Mitgliedsstaat) sprechen könnten (vgl. § 25 AsylG).

II. Diese Mitwirkungspflicht reicht aber nur so weit, wie sie praktisch erfüllbar ist – heißt: BAMF oder Ausländerbehörde müssen auch selbst zur Aufklärung beitragen, wenn die Betroffenen dazu nachweislich nicht oder nur unter erheblichen Schwierigkeiten in der Lage sind (Sachaufklärungspflicht, sog. Amtsermittlungsgrundsatz).

Hier ist auf eine wichtige Entscheidung des EuGH zu verweisen²⁰, Urteil vom 29.06.2023 - C-756/21, X gg. Irland, Rz. 57, wonach eine Amtspflicht wie folgt gilt:

„... Wenn Anhaltspunkte für psychische Gesundheitsprobleme bestehen, die möglicherweise auf ein traumatisierendes Ereignis im Herkunftsland zurückzuführen sind, ist ein rechtsmedizinisches Gutachten einzuholen, wenn es sich als erforderlich oder maßgeblich erweist.“

III. Ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot muss im Asylverfahren durch eine sogenannte qualifizierte ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden (§§ 60 Abs. 7 S. 2; 60a Abs. 2c AufenthG).

Diese muss formellen, im Gesetz ausgeführten Anforderungen genügen, unter anderem muss vermerkt sein:

- die Diagnose nach einem bestimmten Klassifizierungssystem der WHO,
- der Schweregrad der Erkrankung sowie
- die krankheitsbedingten Folgen und
- die Bezeichnung der erforderlichen Medikamente (§ 60 a Abs. 2c Satz 3 AufenthG).

Seit 2019 („Geordnete-Rückkehr-Gesetz“) dürfen diese Bescheinigungen auch in Asylverfahren ausdrücklich nur noch von Ärzt:innen ausgestellt werden. Dies hat vor allem Auswirkungen auf Menschen, die psychische Erkrankungen als Abschiebungshindernis geltend machen wollen. In der psychischen Gesundheitsfürsorge sind neben Psychiater:innen auch (Psychologische) Psychotherapeut:innen tätig, deren Stellungnahmen nun formal nicht mehr ausreichen, selbst wenn sie den inhaltlichen und fachlichen Anforderungen genügen.

Aus den BMI-Hinweisen aus dem Jahr 2017²¹

zur Duldungserteilung ergeben sich aber hilfreiche, praktische Hinweise, wie Psychologische Psychotherapeut:innen in Kooperation mit Fachärzt:innen entsprechend qualifizierte Bescheinigungen erstellen können:

„...1.) Aussteller qualifizierter ärztlicher Bescheinigungen

²⁰ EuGH, Urteil vom 29.06.2023 - C-756/21, X gg. Irland.

²¹ Microsoft Word - Allgemeine Anwendungshinweise zu § 60a AufenthG.docx, https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/migration/anwendungshinweise-duldungsregelung.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Die ausstellende Person muss eindeutig erkennbar und berechtigt sein, in der Bundesrepublik Deutschland die Bezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ zu führen. Nach § 2a der Bundesärzteordnung ist hierfür Voraussetzung, dass diese Person als Arzt approbiert oder nach § 2 Absatz 2, 3 oder 4 der Bundesärzteordnung zur Ausübung des ärztlichen Berufs befugt ist.

Nicht ausreichend ist eine Approbation in einem anderen Heilberuf (etwa Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Tierärzte, Zahnärzte, Hebammen und Heilpraktiker).

Keine Bedenken bestehen dagegen, dass das auf konsiliarischem Weg gewonnene fachliche Urteil eines anderen Angehörigen eines Heilberufs in die ärztliche Bewertung einfließt, das aus der Bescheinigung hervorgeht. ...“
(S. 18f.)

Gerade auch nach der Rechtsprechung des OVG Rheinland-Pfalz gilt, dass ohne die Vorlage eines gesetzeskonformen Attestes keine ergänzende Sachaufklärungspflicht der Gerichte besteht.²² Die Betroffenen müssen im Zweifel pro-aktiv darlegen, dass sie alles ihnen Mögliche und Zumutbare unternommen haben, um eine solche Bescheinigung zu erhalten. Erst dann, wenn sie unverschuldet keine vorlegen können, kommt

E. Ausblick

Es ist festzustellen, dass auch nach Jahrzehnten entsprechender praktischer Erfahrungen seit den 90er Jahren die Gruppe der traumatisierten Geflüchteten bundesweit weiterhin keinen effektiven Zugang zu Hilfs-, Beratungs- und Begutachtungsstrukturen haben, um die im Laufe der Jahre immer erweiterten gesetzlichen Anforderungen erfüllen zu können. Dieses Faktum stellt grundsätzlich die menschen-, europa- und verfassungsrechtlich gebotene Fairness der Asylverfahren in Frage und mithin die Verfassungen,

u.U. ein vom Gericht veranlassenes Gutachten in Betracht, so das OVG RLP a.a.O. Vergleicht man die verwaltungsgerichtliche Praxis in Asylklageverfahren, Sachverständigengutachten einzuholen

i.R. gerichtlicher Beweisaufnahmen mit anderen Rechtsbereichen der ordentlichen Gerichtsbarkeit (wie z.B. im Strafrecht, Verkehrsrecht, Baurecht etc.), so muss man feststellen, dass in keinem anderen Rechtsgebiet die Hürden für einen Sachverständigenbeweis so hoch sind wie im Asylrecht - und dass, obwohl hier höchste Rechtsgüter wie Leib und Leben unmittelbar betroffen sind durch die gerichtlichen Entscheidungen.

4. Es gibt aber in der Praxis massive Hürden für die Betroffenen zu überwinden, bevor sie eine solche Bescheinigung erhalten können:

- Zu wenig Zeit bei immer schnelleren Verfahren;
- Keine Finanzierungsgrundlage für derartige Bescheinigungen im AsylbLG, wo im Zweifel besondere Leistungen gem. § 6 AsylbLG beantragt werden müssen, da § 4 AsylbLG diese Art Bescheinigungen nicht abdeckt;
- Kein Zugang in der Fläche zu entsprechend erfahrenen und qualifizierten Gutachten-Stellen;
- i.d.R. keine Dolmetscherfinanzierung vor Ort möglich.

Europa- und Menschenrechtskonformität der aktuellen diesbezüglichen Regelungen insgesamt.

Es bleibt die Aufgabe der in diesem Themenfeld tätigen Ärzt:innen, Therapeut:innen und Anwält:innen sowie der sie und die Betroffenen begleitenden Zivilgesellschaft, die Folgen dieser Rechtslage im Einzelfall sichtbar zu machen.

Hannah Arendt wies in ihrem berühmten Zitat vom „Recht, Rechte zu haben“²³ als dem Fun-

²² OVG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 06.11.2019 - 6 A 11200/18.

²³ Hannah Arendt, Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft. Antisemitismus, Imperialismus, totale Herrschaft, 9. Aufl. 2003, S. 614.

damentalsten aller Menschenrechte daraufhin, dass Menschen nie ihre Menschenrechte verlieren – nur bedarf es immer eines gesellschaftlichen Beziehungssystems, um diesen Menschenrechten sichtbare Wirkung im Leben des Einzelnen zu verleihen.

Missstände im Umgang mit traumatisierten Geflüchteten sichtbar machen und dabei effektive Zugänge zur Recht, Schutz und Behandlung zu erkämpfen bleibt auch in Zukunft unsere gemeinsame Aufgabe.

Vita:

Jens Dieckmann ist Rechtsanwalt in Bonn und seit 1996 als Rechtsanwalt bundesweit im gesamten Bereich des Asyl- und Aufenthaltsrechts sowie als Strafverteidiger tätig. Er ist u.a. Mitglied der Rechtsberaterkonferenz der freien Wohlfahrtsverbände und des UNHCR in Flüchtlingsfragen (DW Rheinland-Pfalz). 2019 wurde er berufen in die Fachkommission Asyl des Bundesvorstandes von Amnesty International, Deutschland.



©RA Dieckmann, 02.02.2025

V. Diagnostik der einfachen und der komplexen PTBS

Hannes Kölle

Dieses Kapitel folgt zunächst geschichtlichen Spuren bis zur Entwicklung des Begriffs der posttraumatischen Belastungsstörung und erläutert dann die diagnostischen Kriterien dieses Krankheitsbildes nach internationalen Diagnosekatalogen sowie testdiagnostische Instrumente. Im weiteren geht es um die Frage, welche Berufsgruppen aufgrund ihres Ausbildungsgangs die Diagnose einer PTBS stellen können. Dabei

stoßen wir auf gesetzliche Rahmenbedingungen, die teilweise aus fachlicher Sicht ärztlicher und psychotherapeutischer Berufsverbände kritisch betrachtet werden. Dazu gehört insbesondere die Vorgabe, dass psychologische Psychotherapeut:innen von der psychologischen Begutachtung für asylrechtliche Gerichtsverfahren ausgeschlossen werden.

1. Internationale Diagnosekriterien der PTBS und Testdiagnostik

Psychische Erkrankung durch Kriegstraumata gibt es wahrscheinlich schon so lange, wie Menschen Krieg führen. Bereits in der Antike erzählt Homer in seiner Ilias auch von seelischen Verwüstungen des Kriegers durch den Krieg um Troja. Der amerikanische Psychiater Jonathan Shay analysiert anhand von Homers Beschreibung die Verwandlung des Achilles in einen wutentbrannten Berserker und zieht Parallelen zu Symptomen von US-Soldaten und Veteranen des Vietnamkriegs (1).

Die Erforschung psychischer Traumata war lange Zeit ein Wechselspiel zwischen Zeiten wissenschaftlicher Forschungstätigkeit und Phasen, in denen das Thema tabuisiert wurde und in Vergessenheit geriet. Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot erforschte als erster das Krankheitsbild der „Hysterie“, die seit dem Altertum als Krankheit der Gebärmutter galt, und konnte 1880 beweisen, dass die Symptome der Hysterie psychisch bedingt waren. In den 1890er Jahren fanden der österreichische Arzt und Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud und der französische Psychiater Felix Janet unabhängig voneinander heraus, dass Hysterie durch ein psychisches Trauma verursacht wird. In Freuds Bericht über 18 Fallstudien mit dem Titel „Zur Ätiologie der Hysterie“ (1896) kam er zu dem Schluss, die Ursache der Hysterie sei in jedem Fall „ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören“, was er auch „Perversion gegen Kinder“

nannte. (2). Da das Krankheitsbild sehr verbreitet war, war die notwendige Schlussfolgerung, dass Missbrauch von Kindern ebenfalls sehr verbreitet sein müsste. Damit machte er sich sowohl in der Wiener bürgerlichen Gesellschaft als auch bei seinen Kolleg:innen schnell unbeliebt, und ein Jahr später gab er seine Erkenntnisse und seine Forschungen an psychischen Traumata auf. Später kam er zu dem Schluss, dass die Berichte seiner Patientinnen über kindlichen sexuellen Missbrauch nicht der Wahrheit entsprachen. Freuds Forschungen gerieten in Vergessenheit, da sie in der patriarchalen Gesellschaft ein unaussprechliches Tabu berührten und es damals kein unterstützendes gesellschaftliches Umfeld gab.

Im Ersten Weltkrieg sah man eine hohe Zahl von Soldaten mit psychischem Zusammenbruch, die den Schrecken der Schützengräben überlebt hatten. Sie benahmen sich völlig hysterisch und skurril, indem sie stumm wurden, zitterten, sich nicht mehr bewegen konnten, einnässten oder panische Ängste entwickelten. Man sprach von Granatenschock, Kriegsneurosen und Kriegszitterern, die mit Elektroschocks behandelt wurden, um sie schnell wieder an die Front zurückzuführen (3). Nach dem Krieg wollte man von den kriegstraumatischen Erkrankungen der Veteranen nichts mehr wissen. In der NS-Zeit wurden 4000 - 5000 psychisch erkrankte Veteranen des Ersten Weltkriegs im Rahmen der sogenannten Euthanasie ermordet.

Mit Beginn des Zweiten Weltkrieges begannen sich die Psychiater wieder mit traumatischen Erkrankungen zu beschäftigen. Die amerikanischen Psychiater J. W. Appel und G. W. Beebe berichteten 1946, dass „die Zusammenbrüche der Männer in direktem Verhältnis zu der Intensität und Dauer stehen, mit denen sie dem Kampfgeschehen ausgesetzt waren“ (4). In den siebziger Jahren gründeten Veteranen des Vietnamkriegs (1955-1975) Selbsthilfegruppen („rap groups“), in denen Soldaten über ihre traumatischen Kriegserlebnisse berichten konnten, gaben ihre Medaillen zurück und mobilisierten gegen den Krieg. Die Rap-Gruppen breiteten sich so rasch über das Land aus, dass der Gesetzgeber sich veranlasst sah, psychologische Therapieprogramme einzurichten und die Forschungen der Psychiater:innen wieder einzusetzen.

Gleichzeitig erkannte die Frauenbewegung der 1970er Jahre, dass viel mehr Frauen im Zivilleben von posttraumatischen Störungen betroffen sind als Männer im Krieg. Sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigungen und häusliche Gewalt wurden aus der Zone von Tabu, Verheimlichung und Scham zunächst in Frauengruppen ins Bewusstsein gehoben und dann in die Öffentlichkeit getragen. 1971 wurde das erste Zentrum für Vergewaltigungsoffer in den USA eröffnet. 1974 entwickelten die amerikanische Professorin für psychiatrische Krankenpflege, Ann Burgess, gemeinsam mit der Soziologin Lynda Holmstrom das Konzept des „Vergewaltigungstrauma-Syndroms“ und wiesen darauf hin, dass man bei den Vergewaltigungsoffern dieselben Symptome fand, die auch Kriegsveteranen aufwiesen (2). Die amerikanische Soziologin Diana Russell stellte 1984 in einer Studie mit Tiefeninterviews von 900 zufällig ausgewählten Frauen fest, dass jede vierte Frau schon eine Vergewaltigung erfahren hatte und jede Dritte in der Kindheit sexuell missbraucht wurde (5).

Wissenschaftliche Forschungen und die gesellschaftlichen Bewegungen führten schließlich dazu, dass 1980 der Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, englisch PTSD - Posttraumatic Stress Disorder) Eingang in das

Diagnostik-Manual der American Psychiatric Association für psychische Störungen DSM-III fand. Nach 100 Jahren Forschung und Vergessen kam nun erstmals ein psychisches Krankheitsbild durch Traumata in einen offiziellen Diagnosedialog und fand wenig später Eingang in den internationalen Diagnosekatalog ICD.

In Deutschland hielt das Wissen um die PTBS, Traumafolgestörungen und dissoziative Erkrankungen erst in den neunziger Jahren vermehrt Einzug (6). Anders als in den USA herrschte hier eine hartnäckige Stigmatisierung psychisch Kranker, die eine lang anhaltende Nachwirkung der rassistischen Verfolgung und Emigration zahlreicher jüdischer Psychotherapeut:innen und der nationalsozialistischen Diffamierung der in großer Zahl von Juden repräsentierten Psychoanalyse darstellt (7).

Das **DSM** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen*) ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen. Es wird seit 1952 von der amerikanischen Psychiater Vereinigung (APA) erstellt und fortlaufend aktualisiert. Seit 2013 ist die Fassung DSM-5 gültig, seit 2022 in der Ausgabe DSM-5-TR (Text Revision).

Die **ICD** (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*) ist die weltweit anerkannte Klassifikation von Krankheiten, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Die französische Regierung gab im Jahr 1900 die erste Version der ICD heraus. Seit der vierten Version (ICD-4) von 1929 bis zur ICD-6 von 1948 war die Gesundheitssektion des Völkerbundes Herausgeber. Die Fortführung übernahm die Weltgesundheitsorganisation WHO. Die Weltgesundheitsversammlung der WHO hat 2019 die ICD-11 verabschiedet, die seit 2022 international gültig ist. In Deutschland ist bis zur Übersetzung der ICD-11 noch die Version ICD-10 gültig und gesetzlich als Diagnosenverschlüsselung vorgeschrieben im

Bereich der Krankenhäuser und der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung.

Der Dachverband von 184 deutschen medizinischen Fachgesellschaften AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) hat die PTBS nach der Formulierung von psychotherapeutischen Fachverbänden folgendermaßen definiert:

Die „Posttraumatische Belastungsstörung [...] ist] eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z. B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (so genannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können“ (8).

Zu den psychischen Erkrankungen, die infolge von Extremerfahrungen auftreten können, gehören mehrere Krankheitsbilder wie die Akute Belastungsreaktion, die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, Dissoziative Störungen und die Andauernde Persönlichkeitsänderung infolge von Extrembelastung. Wichtige Komorbiditäten sind das chronische Schmerzsyndrom, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen. Im folgenden werden einige Traumafolgestörungen anhand der international gültigen Diagnosekriterien beschrieben:

Akute Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0):

Sie ist definiert als „eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außerordentliche physische und psychische Belastung entwickelt, die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt“ (9). Die Symptome beginnen spätestens nach 48 Stunden nachzu-

lassen. Es handelt sich also um die unmittelbare und spontan abklingende Folge eines Akuttraumas.

Im ICD-11 findet sich die bisherige Diagnose der akuten Belastungsreaktion unter den gesundheitsbeeinflussenden Faktoren nun als „Akute Stressreaktion“ (QE84).

Die **akute Belastungsstörung nach DSM-5-TR** umfasst Intrusionen (unwillkürliches Wiedererinnern), Dissoziationen, Vermeidung, negative Stimmung und Erregungssymptome nach einem überwältigenden Trauma, die bis zu vier Wochen andauern können.

Posttraumatische Belastungsstörung (nach ICD-10: F43.1):

Die ICD-10 benennt als diagnostisches Kriterium A: Die PTBS kann sich entwickeln nach „einem kurz-oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ..., das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (9).

Kriterium B: „Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.“

Kriterium C: „Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden.“

Kriterium D: „Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität oder Erregung mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale

- a. Ein- und Durchschlafstörungen
- b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- c. Konzentrationsschwierigkeiten
- d. Hypervigilanz
- e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.

Kriterium E: *„Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf“ (alle Zitate aus 9).*

Die **ICD-11** nimmt bei der PTBS (Code: 6B40) einige Änderungen vor: Die in der ICD-10 benannten typischen Merkmale: Gefühl von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Unempfindlichkeit für die Umgebung und Freudlosigkeit werden als depressive Begleitsymptome eingestuft und deshalb nicht als Teil der PTBS anerkannt. Ebenso werden Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und erhöhte Reizbarkeit als für die PTBS unspezifisch eingestuft (10).

Die ICD-11 weist außerdem erstmals auf kulturspezifische Ausprägungen der Traumafolgestörungen hin: *„Beispielsweise wird ausgeführt, dass in bestimmten kulturellen Gruppen die prominentesten Symptome Ärgerausbrüche, körperliche Symptome (Kopfschmerz, Schwindel, Zittern), Panikattacken u.a. sein können. Es wird darauf hingewiesen, dass es in anderen Kulturen spezifische Bezeichnungen für Traumafolgesymptome oder Störungen geben kann, wie „Nervios“ [Nerven, Anm. des Autors] oder „Weak Heart“ [schwaches Herz]. Zudem wird darauf hingewiesen, dass in manchen Kulturen eine Traumafolgestörung nur bei nahen Angehörigen und nicht bei sich selbst wahrgenommen wird bzw. dass Traumafolgen generell nicht als pathologisch, sondern als „normal“ angesehen werden“ (11).*

Die **komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)** wird in der **ICD-11 (6B41)** als neue Diagnose eingeführt. Sie beruht auf klinischen Beobachtungen und Forschungsergebnissen, nach denen die posttraumatischen Reaktionen in manchen Fällen sehr viel schwerwiegender ausfallen als bei der PTBS. Sie unterscheidet sich von der klassischen PTBS in folgenden Punkten:

1. Langandauernde oder wiederholte Traumata als Ursache: Während die klassische PTBS oft auf ein einzelnes traumatisches Ereignis (Monotrauma) zurückgeht, entsteht die komplexe PTBS durch wiederholte (sequentielle) oder langanhaltende Traumata, die über einen längeren Zeitraum andauern. Unterschieden werden dabei Typ-I und Typ-II-Traumata.

Typ I umfasst die einmaligen und eher unvorhergesehen auftretenden Traumata wie Naturkatastrophen, Brand, Verkehrsunfälle oder berufsbedingte Traumata bei Polizisten, Rettungskräften oder bei der Feuerwehr. Unter *Typ II* versteht man Extremereignisse, die mehrfach erfolgen, langfristig andauern und insbesondere die menschengemachte („manmade“) Gewalt. Im einzelnen handelt es sich um lang andauernde Katastrophen wie Erdbeben oder Überschwemmungen, bei der menschlichen Gewalt um Krieg, Vergewaltigung, wiederholter sexueller Missbrauch an Kindern, politische Inhaftierung, Folter oder Geiselhaft (12). Menschengemachte Gewalt zerstört das Urvertrauen, das Gefühl von Geborgenheit, das Bewusstsein des eigenen Wertes und die Überzeugung, dass die Welt ein lebenswerter Ort mit einer sinnvollen Ordnung ist. Zwischenmenschliche Beziehungen und die eigene Identität werden in den Grundfesten erschüttert.

2. Frühe Traumatisierung: Während bei Erwachsenen wiederholtes Trauma auf eine ausgeformte Persönlichkeit trifft, deformiert es bei Kindern die Entwicklung ihrer Persönlichkeit und beeinflusst ihre Fähigkeit zur Emotionsregulation nachhaltig. Hans Keilson untersuchte die kumulative Wirkung schwerer Traumata an jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden (13).

3. Schwerwiegende Folgen: Die Symptome der komplexen PTBS sind umfassender und tiefgreifender als bei der klassischen PTBS und betreffen nicht nur das psychische Wohlbefinden, sondern auch das Selbstbild, die Beziehungsfähigkeit und die emotionale Stabilität.

Gerade bei Asylsuchenden sind serielle Typ-II-Traumatisierungen häufig anzutreffen, zum Beispiel durch politische Verfolgung oder Kriegserfahrungen im Heimatland, denen dann schwerwiegende Fluchterfahrungen wie Gewalt durch Schleuser, Lagerinhaftierung in Libyen

oder lebensbedrohliche Meeresüberquerungen folgen.

Folter und Kriegsgewalt als schwerste Formen menschlicher Gewaltanwendung können den Kern der menschlichen Persönlichkeit und das Grundvertrauen in die Welt zerstören.

Neben den Kernsymptomen der klassischen PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung) kommen drei zusätzliche Symptomgruppen hinzu.

- „Probleme der Emotionsregulation: keine Feinabstimmung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen und Kommunikationen, Ärger und Zorn dominieren. Selbstschädigende Verhaltensweisen.
- Selbstkonzeptveränderungen: beeinträchtigtes Identitätsgefühl: ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw. ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl.
- Probleme der Beziehungsfähigkeit: Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen“ (12).

Fakultativ kann noch hinzutreten eine Dissoziationsneigung: - *„Anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene Bewusstseinstrübungen. Ausgeprägte und häufige Amnesie und zeitweises Depersonalisationserleben“* (12). Dissoziation bedeutet ein Auseinanderfallen von normalerweise zusammengehörenden psychischen Funktionen. Es ist ein Überlebensmechanismus bei Traumata. Dadurch können Wahrnehmungen, Gefühle, Gedächtnis, Identität oder Bewegungen abgespalten sein vom normalen Alltagsbewusstsein.

Allerdings löst nicht jedes Trauma Traumafolgestörungen aus. Es besteht nicht nur eine Dosis-Wirkung-Beziehung zwischen der Schwere

und Dauer der Ereignisse und der Intensität des PTBS-Risikos. In der Forschung konnten Schutzfaktoren und Risikofaktoren identifiziert werden, die vor, während oder nach dem Trauma (prä-, peri-, oder post-traumatisch) die Entwicklung beeinflussen.

Als peritraumatische Risikofaktoren gelten Kontrollverlust, dissoziative Bewusstseinsveränderungen mit Selbstentfremdung zum Beispiel durch das Gefühl, neben sich zu stehen, den Körper zu verlassen, Nicht-Zugehörigkeit des Körpers, Taubheitsgefühl (Depersonalisation und Derealisation). Biografisch frühe Risikofaktoren wie autoritäre Erziehung und fehlende emotionale Unterstützung durch die Eltern, kindliche Vernachlässigung, frühe Trennungen, sowie psychische und körperliche Vorerkrankungen und beschränkte Ressourcen (geringe Bildung und Intelligenz, Aufwachsen in Armut) sind eher unspezifisch für die PTBS und erhöhen das Risiko auch für andere psychische Erkrankungen.

Als Schutzfaktor gilt vor allem die soziale Unterstützung und das Mitgefühl der Umgebung nach einer traumatischen Erfahrung. Auch die gesellschaftliche Anerkennung als Opfer/Überlebender, das familiäre Klima und die psychische Widerstandsfähigkeit in schwierigen Lebenssituationen (Resilienz) durch besondere Bewältigungsstrategien spielen eine wichtige Rolle. Der israelisch-amerikanische Soziologieprofessor Aaron Antonovsky untersuchte diese Fähigkeit an körperlich und psychisch gesund gebliebenen KZ-Überlebenden und fand drei Kompetenzen, die er als Kohärenzsinn bezeichnete: die Fähigkeit, die Zusammenhänge der Situation zu verstehen (Verstehbarkeit), die Fähigkeit, auch sehr schwierige Situationen als bewältigbar wahrzunehmen und Handlungsoptionen zu entwickeln (Handhabbarkeit), und das Gefühl einer sinnvollen Bedeutsamkeit des Lebens (Sinnhaftigkeit) trotz Terror und extremen Lebensverhältnissen (14).

Die Diagnosestellung der PTBS bei Menschen aus einer anderen Kultur ist besonders komplex, da die Beschreibung von Symptomen, der Um-

gang mit psychischer Erkrankung und die Erklärungsweise für die Entstehung von Krankheiten sich deutlich von unserem Verständnis unterscheiden können. Daher ist für Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen eine zusätzliche Weiterbildung in interkultureller Kompetenz und der Erwerb von kultureller Sensibilität unverzichtbar.

In kollektivistisch-patriarchal geprägten Gesellschaften treffen wir häufig auf eine Werteorientierung, in der Loyalität zur Familie und Streben nach Harmonie eine wichtige Rolle spielen. Gastfreundschaft, Respekt vor den Älteren, traditionelle Rollenvorstellungen mit einer getrennten Männer- und Frauenwelt gehören in diese Kulturkreise. Um Verlust der Ehre oder Scham zu vermeiden, werden bestimmte Gesprächsinhalte

mit Schweigen belegt. Tabus, patriarchale Unterordnung der Frauen, Schicksalsgläubigkeit oder Vermeidung von Gefühlsäußerungen können den Ablauf der Gespräche beeinflussen.

In einer individualistischen Gesellschaft wird dagegen Wert gelegt auf die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit des Individuums, die eigene Meinung und Auseinandersetzung sind wichtig und erwünscht.

Diagnostische Interviews machen häufig die Sprachmittlung durch einen:eine Dolmetscher:in notwendig. Bei der Wahl eines:einer Dolmetscher:in spielen das Geschlecht, die Religion oder die Volksgruppenzugehörigkeit eine wichtige Rolle.

Testdiagnostik

Für die Diagnostik der PTBS und anderer Traumafolgestörungen stehen zahlreiche standardisierte Messinstrumente zur Verfügung, die den Vorteil haben, von der untersuchenden Person unabhängig zu sein und feststehende Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse besitzen. Der:die Untersuchende sollte über ausreichende klinische Erfahrung mit Traumafolgestörungen verfügen und in der Anwendung der Testverfahren geschult sein. Da die Durchführung der Testdiagnostik für den:die Patient:in belastend ist, muss der Zeitpunkt und die Reihenfolge der Instrumente sorgfältig geplant werden. Die Ergebnisse der Testdiagnostik müssen mit der Anamnese und dem klinischen Bild des:der Patient:in in Verbindung gebracht werden. Bei der Auswertung der Tests ist ein spezifisches Wissen erforderlich über die theoretischen Konzepte der einzelnen Tests innerhalb einer Testgruppe, über die Testkonstruktion sowie über die Aussagekraft der Skalen und Items. Nur in diesem wissenschaftlich vorgegebenen Kontext können angemessene und verantwortungsvolle Schlussfolgerungen in der Testdiagnostik gezogen werden. Im folgenden werden einige der diagnostischen Interviews und Screening-Fragebögen vorgestellt:

IES (Impact of Event Scale): Screeningfragebogen bezogen auf ein bekanntes Monotrauma zur Erfassung von Ausprägung der Intrusion (unfreiwilliges Wiedererleben des Traumas), Vermeidung und des Hyperarousal (Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems). Die Sensitivität ist mit 0,91 sehr gut, die Spezifität mit 0,61 etwas geringer (15). Bezogen auf ein bestimmtes traumatisches Ereignis wird in 15 Items (beim IES-R 22 Items) die Stärke von Symptomen abgefragt. Die Skala eignet sich gut zur Verlaufskontrolle während der laufenden Behandlung bzw. zum Messen des Therapieerfolges.

Essener Trauma-Inventar (ETI): Es erfasst ein breites Spektrum traumatischer Ereignisse und diagnostisch die akute Belastungsstörung und die PTBS. Die zu den Diagnosekriterien des ICD-10 gehörigen Symptome werden in einem ausführlichen Interview abgefragt. In einer Studie der Universität Tübingen wurde die Validität des ETI überprüft und bestätigt: „Mit dem ETI liegt im deutschsprachigen Raum erstmals ein ökonomisches, reliables und valides Screeninginstrument zur differenzierten Erfassung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen vor“ (16).

TSF (Trauma Screening Fragebogen): Der Test fragt nach Symptomen kurz nach einem Akuttrauma. Die zehn Items sind dazu geeignet, das Risiko für das Auftreten oder Persistieren einer PTBS sechs Monate nach dem Trauma zu erfassen.

DES II (Dissociative experience scale): Der Test misst anhand von 28 Items Häufigkeit und

Schwere von dissoziativen Symptomen. Der Test ist in 20 % der Fälle falsch negativ, d. h. es kann trotz einem niedrigen Testwert von unter 20 % eine schwere dissoziative Störung bestehen.

Dissoziative Symptome sind häufig mit der PTBS verbunden.

2. Wer kann und wer darf psychische Erkrankungen diagnostizieren?

Von der fachlichen Kompetenz her sind dazu sowohl psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen als auch unterschiedlich ausgebildete Fachärzt:innen qualifiziert. Im Einzelnen sind hier zu benennen:

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie: 1992 wurde in Deutschland der Facharzt für psychotherapeutische Medizin eingeführt, der 2003 in Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt wurde. Bereits 1978 war in der DDR der Facharzt für Psychotherapie eingeführt worden. Nach dem 6jährigen Medizinstudium und der Approbation können im Rahmen der mindestens fünfjährigen Facharztausbildung bis zu zwölf Monate Ausbildung in der Psychiatrie erfolgen. Außerdem ist ein umfangreicher Katalog von Theorie bezüglich Diagnostik und Therapieverfahren, Selbsterfahrung, Balintgruppen und supervidierten Behandlungsfällen vorgegeben. In der Ausbildung wird besonderer Wert gelegt auf die Psychotraumatologie, in der es um die Folgen äußerer Wirkfaktoren wie Unfälle, Gewalterfahrung für die psychische und körperliche Gesundheit geht.

Eine wichtige Domäne dieser Fachärzte ist die Wirkung von psychischen Belastungsfaktoren bei der Entstehung von körperlichen (psychosomatischen) Erkrankungen, und umgekehrt die Rolle von körperlichen Erkrankungen bei der Entstehung von psychischen (somatopsychischen) Erkrankungen. Das Verständnis dieser Wechselwirkungen hat eine wichtige Bedeutung für die therapeutische Arbeit. Der Internist Thure von Uexküll war Begründer der psychosomatischen

Medizin und setzte sich für die Idee einer „integrierten Medizin“ ein, um die verloren gegangene psychosoziale Dimension in alle medizinischen Fachgebiete zurückzubringen.

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

Die Psychiatrie beschäftigt sich mit psychischen und geistigen Erkrankungen. 1994 wurde das Berufsfeld neu geordnet. An die Stelle des bisherigen Facharztes für Psychiatrie und des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie trat mit einer neuen Ausbildungsordnung der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Damit verbunden war eine stärkere Gewichtung der Psychotherapie in der fünfjährigen Facharztausbildung. Darin sind zwei Jahre auf psychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen und ein Jahr Neurologie vorgesehen, weitere Elemente sind im Rahmen der Vorgaben selbst wählbar. Zu den Lehrinhalten gehören unter anderem Indikationsstellung und Befundinterpretation von elektrophysiologischen Methoden wie Elektroencephalogramm (EEG) und bildgebenden Verfahren wie Computertomographie des Kopfes, Kernspin- und Positronen-Emissions-Tomographie (PET).

Häufig sind Kriseninterventionen bei paranoiden, manischen oder anderen psychotischen Zuständen erforderlich, bei denen antipsychotische Medikamente (Neuroleptika) unerlässlich sind, oder die Akutbehandlung von Intoxikationen und Suizidalität.

Im Rahmen der Psychiatrie haben sich viele Spezialfächer entwickelt wie forensische Psychiatrie, Suchtpsychiatrie oder Sozialpsychiatrie. Zu den psychiatrischen Krankheitsbildern gehören ent-

sprechend ICD-10 insbesondere das Kapitel F0 („Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“), das verschiedene Formen der Demenz und Funktionsstörungen des Gehirns umfasst. Außerdem das Kapitel F1 („Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“), das die Suchterkrankungen beschreibt, und das Kapitel F2 („Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“), in dem psychotische Erkrankungen aufgelistet sind. Die medikamentöse Behandlung ist die Domäne der Psychiatrie, unterstützt durch psychotherapeutische Methoden.

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: die Ausbildung dauert fünf Jahre, davon können zwölf Monate in anderen Gebieten abgeleistet werden.

Facharzt für Neurologie: Die fünfjährige Facharztweiterbildung befasst sich nach heutiger Ausbildungsordnung schwerpunktmäßig mit den neurologischen Krankheitsbildern. Dazu gehören Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks, der peripheren Nerven und der Muskulatur, wie Hirninfarkte, Tumore, Epilepsie, Multiple Sklerose, Polyneuropathien, Migräne, Demenz, Muskelatrophien. Teilweise gibt es Überschneidungen mit der Psychiatrie. Zusätzliche Kompetenzen können im Rahmen der Ausbildungsrotation während eines Jahres in der Psychiatrie oder in der Psychotherapie erworben werden.

Psychotherapeut:innen: Seit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1999 sind Psychologische Psychotherapeut:innen nach ihrer Approbation staatlich zugelassen zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gleichberechtigt neben den Ärzt:innen. Sie sind aufgrund ihrer Ausbildung zur Diagnosestellung und Behandlung psychischer Störungen befähigt und berechtigt. An ihre Berufszulassung werden hohe Anforderungen gestellt: Dazu braucht es nicht nur ein abgeschlossenes Psychologiestudium, danach ist zusätzlich eine mindestens dreijährige Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erforderlich. Diese umfasst

mindestens 4.200 Ausbildungsstunden, davon wenigstens

1.200 Stunden in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung. Am Ende der Ausbildung steht das Staatsexamen mit einem mündlichen und schriftlichen Prüfungsteil.

Das Ausbildungsreformgesetz führte ab dem 01.09.2020 ein sogenanntes polyvalentes Bachelor- und Masterstudium mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie an einer Universität oder Hochschule als Voraussetzung für eine Approbation als Psychotherapeut:in ein.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen: Nach neuem Recht von 2020 setzt der Zugang zu diesem Beruf ebenfalls den Abschluss eines Studiums mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie und Psychotherapie mit Approbationsprüfung voraus.

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen stellt in diesem Zusammenhang fest (Stellungnahme vom 1.2.2002):

„Der approbierte Psychologe hat das Recht und trägt die Verantwortung sowohl für die Erstellung von Diagnosen als auch für seine Entscheidung über eine Psychotherapie und ihre Durchführung. Im Gesetzestext (Psychotherapeutengesetz von 1999) heißt es hierzu: ‚Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommener Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, ‘ (17).

Das Psychotherapeutengesetz von 2019 hat die Ausbildung neu geregelt, die nach neuer Ordnung Ausgebildeten tragen offiziell nur noch die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut:in“. Das Universitätsstudium umfasst ein dreijähriges Bachelor- und ein zweijähriges Masterstudium (früher: Vordiplom- und Diplomabschluss). Nach bestandem erstem Staatsexamen erfolgt die Approbation. In der daran anschließenden fünf-

jährigen Weiterbildung, die nach Länderrecht unterschiedlich organisiert ist, erwirbt der:die Psychotherapeut:in klinische Erfahrungen im ambulanten, stationären und im institutionellen Bereich. Mit Abschluss der Weiterbildungszeit und Erwerben der Fachkunde können sich die Fachpsychotherapeut:innen ins Arztregister eintragen lassen, die Zulassung zur Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen beantragen oder in anderen Bereichen tätig werden.

Zusammenfassung: Psychotherapeut:innen haben ebenso wie die Fachärzt:innen verschiedener Richtungen zweifelsfrei die Kompetenzen, psychische Erkrankungen wie beispielsweise die posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren und eine fachliche Einschätzung über die Symptomatik und deren Auswirkungen zu geben. Im Rahmen der Diagnostik ist es bei

Psychotherapeut:innen üblich, ein Konsil bei einem:einer ärztlichen Kolleg:in für eine somatische Abklärung einzuholen.

Der Prozess der Diagnosestellung beinhaltet immer ein multimodales Vorgehen, in dem neben den international vereinbarten Diagnosekriterien und den Ergebnissen wissenschaftlich fundierter Testmethoden das klinische Bild des:der Patient:in, die beobachteten Verhaltensweisen sowie die Anamnese und die Übereinstimmung zwischen diesen drei Faktoren einbezogen werden. Bei der Arbeit mit Migrant:innen muss zusätzlich die transkulturelle Dimension berücksichtigt werden. Das setzt neben einer fundierten Ausbildung immer auch berufspraktisch erworbene Erfahrungen und die Bereitschaft voraus, sich auf andere kulturelle Perspektiven einzulassen.

3. Kritische Bewertung der Gesetzgebung bezüglich PTBS aus Sicht der ärztlich-psychologischen Fachverbände

Wie bereits im Kapitel III ausführlich gezeigt, hat der Gesetzgeber 2016 mit dem Gesetz zur

„Einführung beschleunigter Asylverfahren“ („Asylpaket II“) in die Frage eingegriffen, wer die Diagnose der PTBS erheben darf. Zugleich wurden die formalen und inhaltlichen Anforderungen an eine Stellungnahme in asylrechtlichen Verfahren konkretisiert (siehe Kapitel VI).

Im neuen § 60a Abs. 2c AufenthG heißt es:

1. Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. 2. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen.

Hier wird bereits festgelegt, dass im Aufenthaltsrecht nur noch ärztliche Atteste als beweiskräftig gelten, während die von Psychotherapeut:innen verfassten Diagnoseerhebungen und Stellungnahmen als formal ungültig abgelehnt werden können. Dies stellt für Asylsuchende angesichts des Ärztemangels eine schwierige Hürde dar, weil Arzttermine nur mit langem Vorlauf ver-

geben werden und die zeitliche Belastung der Ärzt:innen für eine intensive Diagnostik, wie sie vom Gesetzgeber vorgegeben ist, nicht zu bewältigen ist. Dazu kommt, dass der:die Asylbewerber:in in den meisten Fällen eine dolmetschende Person benötigt und finden muss, die im Krankenkassensystem nicht bezahlt wird.

Die Psychotherapeut:innen in den Psychosozialen Zentren, von denen sie behandelt werden, kennen ihre Geschichte am besten und haben damit die beste Voraussetzung für Diagnostik und Beurteilung. Gerade wenn es um die Diagnose einer PTBS oder KPTBS geht, ist die Anamneseerhebung sehr stark davon abhängig, ob bereits eine Vertrauensbeziehung entstanden ist. Diese verfestigt sich erst im Verlauf von vielen Gesprächen. Das detaillierte Berichten von traumatischen Erfahrungen wirkt krankheitstypisch als Trigger, der Flashbacks oder Dissoziationen hervorrufen kann. Traumabezogene Fragen können daher nicht sofort zu Beginn der Behandlung gestellt werden. Konkrete Schilderungen, wie sie von Behörden oder Gerichten gefordert werden, benötigen eine sichere und vertrauensvolle At-

mosphäre, die in den Anhörungen oft nicht gegeben ist. Für traumatisierte Asylsuchende wird es außerdem leichter, sensible Inhalte mitzuteilen, wenn sie sich darauf verlassen können, dass das Gegenüber in der Lage ist, eine eventuelle Triggerung therapeutisch aufzufangen. Insofern haben behandelnde Psychotherapeut:innen mit vielleicht zehn oder mehr Behandlungsstunden eine wesentlich bessere Vertrauensbasis, kennen die Patient:innen besser und haben eine bessere Ausgangsbasis für die Diagnosestellung einer PTBS als ein Gutachter, der die Klient:innen vielleicht in drei oder fünf Sitzungen sieht, in denen erst langsam ein Vertrauen entsteht.

Eine weitere Neuerung des Asylpakets II beinhaltet, dass die PTBS nicht mehr als schwerwiegende Erkrankung eingestuft wird. Nach § 60 Abs. 7 AufenthG kann nur noch bei einer *erheblichen konkreten Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit* von einer Abschiebung abgesehen werden. Diese kann wiederum nur bei einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung vorliegen.

Hinzu kommt die Einschränkung, dass auch bei einer solchen Erkrankung die Abschiebung vollzogen werden kann, wenn eine sogenannte „inländische Gesundheitsalternative“ gegeben ist, also wenn in einem Teil des Ziellandes die Behandlung möglich ist. Dies hat mit der Realität oft wenig zu tun, da es in vielen Ländern gar nicht einfach so möglich ist, von einem Gebiet in das nächste zu gelangen. In vielen Herkunftsländern ist es aus finanziellen Gründen oft überhaupt nicht möglich, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) äußert sich in ihrer Pressemitteilung vom 3.2.2016 zum Asylpaket II: *„Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen von Flüchtlingen, die vor Krieg, Terror und Gewalt geflohen sind. Sie sind schwere Erkrankungen, die bis zur Selbstgefährdung führen und lebensbedrohlich sein können. Deshalb ist es nicht erstaunlich, dass Flüchtlinge häufig schwere psychische Störungen in asylrechtlichen Verfahren geltend machen.“*

Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert deshalb das Asylpaket II, das die Bundesregierung heute im Kabinett verabschiedet hat. Danach sollen die Asylbehörden davon ausgehen, dass insbesondere PTBS nicht zu den „schwerwiegenden Erkrankungen“ gehören, die eine Abschiebung verhindern. Der Gesetzgeber spricht in diesem Zusammenhang von „vermeintlich gesundheitlichen Gründen“ und stellt damit Flüchtlinge unter Generalverdacht, psychische Leiden nur vorzutäuschen. Er behauptet ferner, dass psychische Erkrankungen „schwer diagnostizierbar und überprüfbar“ seien. Richtig ist, dass für diese Erkrankungen seit Langem wissenschaftlich konsentrierte Diagnosekriterien bestehen, die durchaus überprüfbar sind.“

„Wir fordern daher, dass schwerwiegende oder lebensbedrohliche psychische Erkrankungen grundsätzlich als Erkrankungen gelten, die eine Abschiebung nicht möglich machen. Flüchtlinge, die unter psychischen Beschwerden leiden, haben einen Anspruch auf eine angemessene Begutachtung ihrer Erkrankungen. Dies darf nicht daran scheitern, dass die Begutachtung einer Erkrankung für die Behörden eine ‚große Herausforderung‘ darstellt, wie der Gesetzentwurf beklagt“, stellt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest. „Die deutliche Voreingenommenheit des Gesetzgebers gegen psychische Erkrankungen ist fachlich falsch und fördert massiv die Stigmatisierung aller psychisch kranken Menschen in Deutschland.“ (18).

Seit dem Inkrafttreten des „Geordnete-Rückkehr-Gesetzes“ am 21. 8. 2019 wurden die Bestimmungen bezüglich der psychotherapeutischen Begutachtung weiter eingeschränkt. Die BPtK und die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) kritisieren in einer Stellungnahme vom 28.10.2021 den willkürlichen Ausschluss von Psychotherapeut:innen:

„Seit 2019 werden psychotherapeutische Stellungnahmen nicht mehr anerkannt, wenn beurteilt werden soll, ob ein Flüchtling aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung nicht abgeschoben werden darf. Außerdem unterstellt das

*Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) bei Psychotherapeut*innen pauschal eine Parteilichkeit, wenn die Gutachter*in den Flüchtling auch behandelt. Dabei ist es vom Verfahren her vorgesehen, dass vor allem die jeweiligen Behandler*innen solche Stellungnahmen verfassen. Dies zeigt eine aktuelle Untersuchung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) zur Entscheidungspraxis des BAMF.“*

„Psychotherapeut*innen verfügen per Approbation über die Kompetenz, psychische Erkrankungen zu beurteilen“, stellt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fest. „Es ist unbegreiflich, dass eine staatliche Behörde willkürlich und einseitig psychotherapeutische Stellungnahmen bei Abschiebungen von Flüchtlingen ausschließt. Schwere psychische Erkrankungen können sich durch eine Abschiebung erheblich verschlimmern und das Leben von Flüchtlingen gefährden. Jede fachliche Expertise durch einen anerkannten Heilberuf sollte deshalb in Asylverfahren berücksichtigt werden“ (19).

Diese kritikwürdigen gesetzlichen Vorgaben führen dazu, dass Richter die fachlich einwandfreien Stellungnahmen von Psychotherapeut:innen aus formalen Gründen ablehnen können, was bei ärztlichen Attesten nicht möglich ist, sofern sie sich an die gesetzlichen Mindestanforderungen des § 60a Abs. 2c Aufenthaltsgesetz halten.

Das Bundesinnenministerium (BMI) hatte 2017 darauf hingewiesen, dass durchaus eine fachliche Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen möglich ist bei der Erstellung psychologischer Gutachten, und dass eine ärztliche Diagnosestellung durchaus auf der konsiliarisch gewonnenen fachlichen Beurteilung einer Psychotherapeut:in beruhen kann (siehe Kap. III, Jens Dieckmann). Eine Kooperation, die in Form eines ärztlichen Konsils auch bei der Antragstellung von Psychotherapeut:innen in der kassenärztlichen Versorgung üblich ist, wird auch in psychosozialen Zentren bei der Begutachtung im Rahmen von Asylverfahren erfolgreich angewendet. Dabei muss der:die ärztliche Gutachter:in

durch Erhebung einer Anamnese, des klinischen Befunds und der Verhaltensbeobachtung zu einer eigenen Diagnose kommen und kann sich auf eine konsiliarische Beratung mit der Psychotherapeut:in und auf die Expertise einer psychotherapeutischen Stellungnahme stützen. Da das BMI den ärztlichen Anteil in dieser Zusammenarbeit nicht näher spezifiziert hat, gibt es bei der konkreten Umsetzung einen Ermessensspielraum. So habe ich einen Fall erlebt, in dem ein solches Gutachten abgelehnt wurde:

Die Klägerin „legte zwar... eine sogenannte psychologische Stellungnahme der Caritas vom (wohl) 25.4.2024 vor. Darin werden u.a. die Diagnosen PTBS, rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert und anhaltende Trauerstörung gestellt. Allerdings wurde diese sog. Stellungnahme von einem psychologischen Psychotherapeuten gefertigt bzw. erstellt und stellt somit keine qualifizierte ärztliche Bescheinigung dar. Nur ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über die fachliche Kompetenz, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren... Zwar hat ein solcher die vorgenannte Stellungnahme mitunterzeichnet, allerdings war dieser nur in einer von insgesamt acht Sitzungen mit der Klägerin zugegen, nämlich am 9. April 2024. Daneben wird lediglich ausgeführt, der Facharzt habe die Stellungnahme „supervidiert“ (vgl. S. 6). Damit bleibt unklar, welchen Beitrag der Facharzt konkret geleistet hat, jedenfalls lässt die Stellungnahme erkennen, dass die Hauptbeiträge von den psychologischen Psychotherapeuten herrühren, – womit praktisch die gesamte Exploration durch diesen erfolgt ist – und der Facharzt lediglich in einer Sitzung dabei war und die Stellungnahme „korrektur gelesen“ hat. Dies macht die Stellungnahme jedoch nicht zu einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung eines Facharztes im o.g. Sinne“ (20).

Schon die Formulierung sogenannte Stellungnahme des psychologischen Psychotherapeuten beinhaltet eine Entwertung, und mir wird als Facharzt unterstellt, die nach allen professionellen Regeln begründeten Diagnosen einer Stellungnahme zu unterschreiben, ohne diese zu überprüfen

und ohne sie voll inhaltlich mitzutragen. Das sind für mich Anzeichen einer Misstrauenskultur.

Eine weitere Hürde für Asylsuchende brachte das „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ von 2019, in dem die Nachweispflicht für psychische Erkrankungen den Asylbewerber:innen auferlegt wurde. Die Bezahlung eines ärztlichen Gutachtens, das nach den Vorgaben des Aufenthaltsgesetzes erstellt wird, sind für eine:n Asylbewerber:in im Normalfall unerschwinglich.

Berufsverbände von Ärzt:innen wie von Psychotherapeut:innen sind sich in der Kritik an diesen Regelungen einig. In einem Positionspapier vom 20.6.2023 zur Sicherstellung der Rechte von Schutzsuchenden stellen die BPtK und zahlreiche weitere Verbände der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung fest:

„Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen in der stationären und ambulanten Versorgung, die mit der Versorgung von Geflüchteten in Berührung kommen, sind regelmäßig mit dem Problem konfrontiert, dass ihre Expertise in der Beurteilung von Erkrankungen keine Berücksichtigung findet. Dies ist auch angesichts des hohen zeitlichen Aufwands und der fehlenden finanziellen Entschädigung der Begutachtung nicht hinnehmbar.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslage und der häufigen Ablehnung ärztlicher und psychotherapeutischer Expertise sind die Anforderungen an Atteste zum Nachweis schwerer Erkrankungen für die Geflüchteten nicht mehr erfüllbar. Deutschland verletzt dadurch menschenrechtliche Verpflichtungen (unter anderem die UN-Antifolterkonvention, die EU- Aufnahme richtlinie, das Grundgesetz) für besonders hilfsbedürftige Menschen, darunter traumatisierte Geflüchtete...

Das Gesetz geht davon aus, dass die Betroffenen gesund sind, und legt ihnen durch die überhöhten Nachweisanforderungen in unzumutbarer Weise die Beweislast für das Vorliegen ihrer Erkrankung auf. Der geltende Grundsatz der Amtsermittlung, wonach die Behörde alle entscheidungserhebli-

chen Tatsachen aufzuklären hat, wird damit unterlaufen, was die Betroffenen unverhältnismäßig benachteiligt. Keine andere Personengruppe trifft derart hohe Anforderungen beim Nachweis von Erkrankungen“ ... (21)

„Aus diesem Grund fordern die Verbände:

1. Die Ermittlungspflicht muss bei den Behörden liegen; ...
2. Die Kosten für die anspruchsvollen Nachweise müssen von den zur Ermittlung verpflichteten Behörden getragen werden; ...
3. Stellungnahmen Psychologischer Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut*innen müssen wieder berücksichtigt werden...“ (21).

In den Bescheiden des BAMF und in der Rechtsprechung begegnet uns zunehmend die Argumentation, die Vorbringungen der Schutzsuchenden seien widersprüchlich, zu wenig detailliert, nicht nachvollziehbar und daher unglaubwürdig. Das wiederum führt zu dem Schluss, dass das vorgetragene Trauma nicht stattgefunden habe und somit erfunden sei.

Beispielhaft sei folgende gerichtliche Entscheidung zitiert, die sich auf eine Stellungnahme bezieht, in der explizit ein traumatisches Ereignis dargestellt wurde, das jedoch aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit infrage gestellt wurde:

„Entscheidender Ausgangspunkt ist nämlich, dass die Diagnose PTBS ohne Vorliegen eines glaubhaft vorgetragenen traumatisierenden Ereignisses nicht gestellt werden kann. Beide international anerkannte Diagnose-Systeme (DSM-IV und ICD-10) unterstreichen im Sinne des unverzichtbaren objektiven Merkmals insbesondere das Gewicht des traumatisierenden Ereignisses („außergewöhnliche Bedrohung“, „katastrophales Ausmaß“). Dies bedeutet, dass ein traumatisches Ereignis/Erlebnis zwingende Voraussetzung für die Entwicklung einer PTBS ist, oder anders ausgedrückt, ohne das Vorliegen eines Traumas die Diagnose PTBS nicht gestellt werden kann. Ein

bloßer Rückschluss von den Symptomen auf das Ereignis wäre nicht fachgerecht. Mithin steht und fällt die Diagnose der PTBS mit der Glaubhaftigkeit der Angaben zu den Erlebnissen, die zu einem Trauma geführt haben...

Dabei ist die Feststellung eines behaupteten traumatisierenden Ereignisses ausschließlich Gegenstand der gerichtlichen Sachverhaltswürdigung, sodass einer ärztlich attestierten PTBS die Grundlage entzogen wird, wenn sich herausstellt, dass der der Begutachtung zugrunde gelegte Sachverhalt nicht zutrifft, zumal der eine PTBS attestierende Arzt bei seiner Begutachtung von den vom Kläger geschilderten Sachverhalten auszugehen, nicht aber die Glaubhaftigkeit der Sachverhalts-schilderung festzustellen hat“ (22).

Eine solche Argumentation schafft ein Dilemma. Haben die Richter:innen recht, dann sind die Ärzt:innen bzw. Psycholog:innen inkompetent, oder haben die Ärzt:innen bzw. Psycholog:innen recht und die Richter:innen sind inkompetent? Ist der:die Tatrichter:in die einzige Person, die die Gesamtheit der Umstände umfassend beurteilen kann?

Im Klartext heißt eine solche Aussage, dass die Diagnosestellenden entweder aus Gefälligkeit dem Gericht eine falsche Diagnose präsentieren oder zu naiv oder unerfahren sind, dass sie erlogene Berichte nicht erkennen oder vorgetäuschte Symptome nicht von einem echten Krankheitsbild unterscheiden könnten. Im Sinne der Fehlerhaftigkeit des Menschen lassen sich Fehler bei der Diagnosestellung natürlich nicht hundertprozentig ausschließen, und vermutlich gibt es hier schwarze Schafe wie in anderen Berufen auch. Auch wenn das BAMF oder ein Gericht das vortragene Trauma bezweifeln, kann nicht routinemäßig davon ausgegangen werden, dass ein:e Psychotherapeut:in oder ein:e Gutachter:in, der:die sich über stundenlange Gespräche mit einem:einer Patient:in auseinandergesetzt hat und mit der Materie der Diagnostik von Traumastörungen vertraut ist, in einer sorgfältig erstellten ausführlichen Stellungnahme falsche Ergebnisse abliefern. Und müsste nicht ein:e Richter:in, wenn er:sie ernsthafte Zweifel am Ergebnis der

Begutachtung hat, eine weitere Begutachtung beauftragen?

Mit der oben zitierten gerichtlichen Argumentation lässt sich jede psychotherapeutische Begutachtung aushebeln. Jedoch kann auch der:die bestausgebildete Richter:in nicht in den professionellen Bereich der Psychotherapeut:innen oder Ärzt:innen eingreifen, was umgekehrt natürlich genauso gilt. Von der Sache her muss aus ärztlich-psychotherapeutischer Sicht darauf hingewiesen werden, dass es gerade ein Kennzeichen des Krankheitsbildes der PTBS ist, dass nach einem katastrophalen Trauma hirnanorganische Veränderungen entstehen. Diese führen dazu, dass die Erinnerung an das Trauma neurobiologisch fragmentiert ist, dass Teile der Erinnerung fehlen und dass insbesondere die zeitliche Reihenfolge der Abläufe nicht mehr eingeordnet werden kann. Der Interview-Stress bei Anhörungen, krankheitsbedingte Übererregung, Konzentrationsstörungen und kulturspezifische Faktoren tun ihr übriges. Aus alledem folgen die Widersprüche und Lücken in den Aussagen bei Anhörungen des BAMF oder bei Äußerungen vor Gericht. Fehlende Detailliertheit im Bericht wiederum ist die Folge eines typischen Diagnosekriteriums der PTBS, nämlich der Vermeidung, weil jedes Berichten über das Trauma zu Stressbelastung und Flashbacks führt.

Das Herangehen auf Grundlage der psychotherapeutischen Expertise beinhaltet das diagnostische Interview mit Krankheitsanamnese und Schilderung der Symptome, die wahrnehmbaren Symptome in der Verhaltensbeobachtung während des Interviews sowie die Ergebnisse der Testdiagnostik. Aus der Gesamtschau aller Erkenntnisquellen kann die valide Diagnose einer PTBS gestellt werden. Die Diagnose hat Bestand, auch wenn der genaue Hergang eines verursachenden Extremereignisses nicht bekannt ist. Es liegt in der Natur der Erkrankung, dass Betroffene das Ereignis verdrängen können, sodass es gänzlich aus der Erinnerung verschwunden oder fragmentiert ist, oder dass jede Erinnerung strikt vermieden wird, dass sie aber zugleich das Vollbild der Symptomatik zeigen.

Hier unterscheidet sich das Herangehen von Psychotherapeut:innen und Jurist:innen grundsätzlich. Die Argumentation, dass es keine PTBS gibt, wenn kein Trauma nachgewiesen werden kann, ist wissenschaftlich nicht haltbar (siehe auch Kap. V).

Jurist:innen und Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen haben unterschiedliche Expertise, Aufgaben und Sichtweisen. Jurist:innen müssen sich an die gesetzlichen Vorgaben halten, haben jedoch auch Ermessensspielräume in der Auslegung. Psychotherapeutische und ärztliche Berufsverbände können aus ihrer fachlichen Sicht das demokratische Recht auf Kritik an Gesetzesvorgaben wahrnehmen und daraus Forderungen ableiten. Bei alledem sollte man nicht das Verbindende aus den Augen

verlieren, das jede:r in seinem:ihrem Bereich und in seiner:ihrer Weise umsetzen kann, nämlich den einzelnen Menschen im Sinne unserer Verfassung in seiner unverletzbaren Würde ernst zu nehmen, in seinen grundlegenden Menschenrechten - einschließlich dem Recht auf Asyl - und sich dementsprechend zu verhalten.

Zu einer lebendigen Demokratie gehört der Diskurs über unterschiedliche Auffassungen, und in diesem Sinne ist ein wissenschaftlich fundierter, wertschätzender Austausch zwischen den Vertreter:innen verschiedener Berufsgruppen sinnvoll, wie er beispielsweise in Rheinland-Pfalz bei den Ebernburger Gesprächen regelmäßig stattfindet.

Literaturliste und Quellenverzeichnis zu Kap. IV

1. Jonathan Shay: Achill in Vietnam – Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust, Verlag Hamburger Edition 1998.
2. Judith Hermann: Die Narben der Gewalt, Junfermann Verlag 2003.
3. "Der Wille zu überleben sollte gebrochen werden", Interview mit dem Medizinhistoriker Prof. Wolfgang Eckart in Spektrum.de, Magazin 10.7.2014, <https://www.spektrum.de/magazin/wissenschaftsgeschichte-psychiatrie-im-ersten-weltkrieg/1299684>.
4. J. W. Appel und G. W. Beebe: Preventive Psychiatry. An Epidemiological Approach, in Journal of the American Medical Association 131, S. 1468 – 1471(1946), Zitiert in 2.
5. D. E. H. Russell, Sexual Exploitation. Rap.Child Sexual Abuse and Sexual Harassment (Beverly Hills 1984), Zitiert in 2.
6. Michaela Huber: Trauma und die Folgen, Junfermann Verlag 2007, S. 13.
7. <https://www.hagalil.com/2022/03/vertriebene-juedische-psychoanalytiker/>
8. https://de.wikipedia.org/wiki/Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung
9. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, Hans Huber Verlag 2006.
10. D. Eberle, A.Maercker: Belastungsbezogene Störungen in der ICD-11 In: Die Psychotherapie 3/ 2024.
11. Andreas Maerker, David Eberle: Was bringt die ICD-11 im Bereich der trauma- und
12. belastungsbezogenen Diagnosen? In Verhaltenstherapie (2022) 32 (3), S. 62–71.
13. T. Hecker, A. Maerker: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11, Psychotherapeut 6 - 2015, S. 547- 560.
14. Hans Keilson: Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern, Psychosozial Verlag 2005.
15. Aaron Antonovsky: Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt-Verlag 1997.
16. Guido Flatten: Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentexte, Schattauer Verlag 2013.
17. Sefik Tagay: Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen, in Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewis-

senschaft und psychologische Medizin 2007 Bd. 5, Heft eins, Seiten 75-89.

18. <https://www.bdp-verband.de/aktuelles/detailansicht/stellungnahme-zur-taetigkeit-des-diplom-psychologen-als-sachverstaendiger-im-sozialgerichtsverfahren/>
19. <https://www.bptk.de/stellungnahmen/psychisch-krank-fluechtlinge-sollen-grundsatzlich-abgeschoben-werden/>
20. <https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/09/Publikation-Psychische-Erkrankungen-und-krankheitsbedingte-Ab-schiebungsverbote.pdf>
21. Verwaltungsgericht Trier 6K3548/23.TR.
22. <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/keine-abschiebung-bei-krankheit/>
23. Verwaltungsgericht Trier 9K 2968/22.TR.

Vita Hannes Kölle



Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Naturheilverfahren. 1987-2016 Arzt im Psychosomatischen Krankenhaus Lahnhöhe in Lahnstein, seit 1994 als Oberarzt auf halber Stelle, zeitweise als leitender Oberarzt. 1994-2014 Niederlassung als Psychotherapeut mit Kassenarztsitz. Weiterbildungen in „Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich Istanbul Protokoll“ und kultursensibler Psychotherapie. Seit 2017 ehrenamtlich tätig im MediNetz Koblenz, seit 2019 freier Mitarbeiter im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge im Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr, von 2024 bis 2026 Mitglied der Härtefallkommission des Landes Rheinland-Pfalz.

VI. Über die (Nicht-) Bedeutung von Psychologischen Stellungnahmen in Asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren und das Dilemma mit der Glaubhaftigkeit

Gaby Markert, Caritas-Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Rhein-Mosel-Ahr

Der Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas. Menschen, die ein psychisches Trauma überlebt haben, erzählen oft davon so gefühlsbetont, widersprüchlich und bruchstückhaft, dass sie unglaublich wirken. Damit ist ein Ausweg aus dem Dilemma gefunden, einerseits die Wahrheit zu sagen und andererseits

Stillschweigen wahren zu müssen. Erst wenn die Wahrheit anerkannt ist, kann die Genesung des Opfers beginnen. Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrechterhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom.

Aus: Einleitung von „Die Narben der Gewalt“, Judith Lewis Herman, 2003

1.) Einführung

Eine ganze Reihe von Studien hat sich mittlerweile mit der Frage befasst, wie viele der zu uns nach Deutschland geflüchteten asylsuchenden Personen psychische Erkrankungen aufweisen (BPTK-Bundespsychotherapeutenkammer „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland“, Januar 2018).

Beispielsweise zeigt das Ergebnis einer Leipziger Studie, die 2018 mit 569 Probanden aus über 30 Ländern an einer Erstaufnahmeeinrichtung durchgeführt wurde, dass rund die Hälfte aller Befragten deutliche Zeichen einer psychischen Erkrankung zeigten. Ein Drittel hat eine Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Drittel berichtet von diversen psychosomatischen Symptomen. Viele der Befragten zeigten Symptome einer Depression. Viele wiesen Symptome auf, die mehr als einer Störung zuzuordnen waren (H. Glaeser, V. Nesterko, Cambridge University Press, 2019).

Die Ergebnisse dieser Prävalenzstudien können je nach Herkunftsländern, Screeningverfahren, Personenauswahl u.a. variieren. Insgesamt zeichnet sich im Vergleich zum Durchschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung aber eine signifikant erhöhte psychische Belastung bei geflüchteten Schutzsuchenden ab. Epidemiologische Studien legen nahe, dass etwa 30-45% der Asylbewer-

ber:innen und Bürgerkriegsflüchtlingen traumatisiert sind (vgl. Versorgungsbericht der BAfF-Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der PSZ, 6. Aufl., 2020; Dreßing & Habermeyer, „Psychiatrische Begutachtung“ Urban & Fischer, 2020, 7. Aufl., S.823). Dies vermag auch nicht weiter zu verwundern. Laut Versorgungsbericht der BAfF (2023) ist davon auszugehen, dass 87% aller Geflüchteten im Herkunftsland Krieg, Verfolgung, Unterdrückung und weitere existenzbedrohende Ereignisse erlebt haben. Regelmäßig stellt auch die Flucht selbst eine Lebensphase des schutzlosen Ausgeliefertseins mit hohem Gefährdungspotential dar. Selbst die Ankunftsphase im Zielland ist nicht selten geprägt von Not und Gewalterfahrungen, Diskriminierung, Rechtsunsicherheit und Perspektivlosigkeit (im Sinne von „Sequentieller Traumatisierung“, nach H. Keilson, 1992).

Nicht jeder Mensch, der schlimme Dinge erlebt hat, weist zwangsläufig eine Traumafolgestörung auf. Und nicht jeder, der an einer Traumafolgestörung leidet, bedarf zwangsläufig einer Behandlung durch Fachärzt:in und/oder Psychotherapeut:in.

Die meisten Menschen haben gewisse Resilienz-faktoren, d.h. physische, psychische, mentale und soziale Schutzfaktoren, die die Stressbewältigung unterstützen und fördern können.

Bei einem Teil der Menschen sind die seelischen Verletzungen jedoch so schwerwiegend, dass fachambulante Behandlung (psychotherapeutisch und/oder psychiatrisch) indiziert ist. Bei einem weiteren Teil wird zeitweise stationäre Unterbringung erforderlich.

Schließlich kann bei einem Teil der Menschen ein verarbeitet geglaubtes Trauma nach M. Huber im Sinne einer „**late onset PTSD**“ (Anmerkung: nach DSM-5 „Posttraumatic-stress-disorder“) erst unter erneuter Belastung voll zum Ausbruch kommen (Michaela Huber „Wege der Traumabehandlung“, Junfermann, 2003, Paderborn). Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn Rückführung ins Herkunftsland droht.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass bei geflüchteten Menschen eine deutlich erhöhte Vulnerabilität besteht, was schwere psychische Erkrankungen betrifft. Dieser daraus ableitbare „**besondere Schutzbedarf**“ wurde durch Prävalenzstudien nachgewiesen.

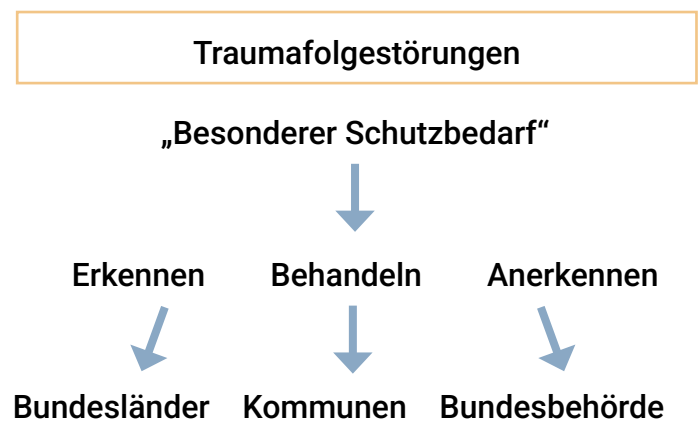
In den EU-Aufnahmerichtlinien (Art. 21) wird dieser auch zuerkannt. Er gilt unter anderem Personen, die psychische Störungen aufweisen und/oder Folter oder sonstigen schweren Formen physischer oder psychischer Gewalt ausgesetzt waren. Es muss hier fachliche Unterstützung zur Wahrung der festgelegten Rechte gewährleistet sein. Es sollen verfahrensrechtliche Benachteiligungen aufgrund von Vulnerabilität verhindert werden.

Die Schutzsuchenden müssen in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Bedarfen Unterstützung erhalten. Zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Personen muss laut Art. 22 EU ARL unmittelbar nach Stellen des Asylantrags ein Clearingverfahren durchgeführt werden.

Dabei geht es um ein möglichst frühes identifizieren von Bedarfen mit Hilfe eines Feststellungsverfahrens, um rechtzeitig eine notwendige medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Im Idealfall kann so eine Behandlung frühzeitig einsetzen und Chronifizierung vermieden werden.

Um Benachteiligung im Asylverfahren zu vermeiden, sollen sog. „Sonderbeauftragte“, d.h. spezifisch geschulte Anhörer:innen des BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge), die Anhörungen mit traumatisierten Menschen durchführen. Bei der Verteilung aus den Erstaufnahmeeinrichtungen in die Gemeinschaftsunterkünfte der Kommunen, muss der spezifische Versorgungsbedarf berücksichtigt werden (z.B. Erreichbarkeit von Beratungsstellen, Therapieangebote). Es muss die Möglichkeit geben, bei Bedarf Stellungnahmen/Gutachten in Hinblick auf eine potentiell vorliegende psychische Erkrankung in das Asylverfahren einzubringen. Hier geht es um das Anerkennen und die Glaubhaftmachung des erlittenen Leids und deren Folgen.

Soweit die Theorie.



Zur Umsetzung dieser Vorgaben schreibt die BAfF: Trotz dieser gesetzlichen Vorgaben besteht jedoch bisher kein einheitliches Konzept zur Identifizierung besonderer Bedarfe von Geflüchteten und den konkret resultierenden Schlussfolgerungen. Erschwert wird die Situation durch die verschiedenen Behörden, die am Asylverfahren und der Aufnahme der Schutzsuchenden beteiligt sind („Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit“, BAfF, 01/2021).

Übersicht Zuständigkeiten:

BAMF: Durchführung Anhörung, Asylantrag prüfen und entscheiden („erkennen, anerkennen“)

Bundesländer: Unterbringung und Erstversorgung in den Erstversorgungsunterkünften („erkennen“)

Kommunen: Weiterversorgung nach Verteilung in Gemeinschaftsunterkünfte („behandeln“)

Um mehr Synergien und Effizienz zu erzeugen wird eine deutlich verbesserte Vernetzung mit Hilfe von geeigneten Schnittstellen und ein geregelter fachlicher Austausch zwischen den Disziplinen gefordert. Ein „Hineinwirken“ in fachfremde Bereiche soll dadurch vermieden werden.

Es wird also auch deutlich, dass hier die Fachkompetenz und das Zusammenwirken ganz verschiedener Fachrichtungen gefragt ist, die zum Teil ganz verschiedene Blickwinkel einnehmen, eventuell verschiedene Interessen vertreten und gegebenenfalls zu unterschiedlichen Einschätzungen und Ergebnissen gelangen.

Abbildung 1: Veranschaulichung der Notwendigkeit interdisziplinären Zusammenwirkens (vs. Kompetenzdiffusion)



2.) Besonderheiten in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mit Schwerpunkt auf Personen mit Traumafolgestörungen (PTBS /K-PTBS)

Allgemeine Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem für Geflüchtete

Zunächst ist festzuhalten, dass die Versorgung psychisch erkrankter geflüchteter Menschen in Deutschland aufgrund verschiedener Barrieren erheblich erschwert und eine gewisse Marginalisierung festzustellen ist.

Die BAfF hat hier wiederholt und ausführlich berichtet (sh. z.B. „Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland“, Baron, Flory, 2020, 6. Auflage), so dass wir hier nur zusammenfassend wesentliche Aspekte anführen.

Im Forschungsbericht „Psychosoziale Versorgungs- und Bedarfssituation von Geflüchteten in RLP“ (Klee, Bersching, Sikkes, Merzbach, 2023) konnte gezeigt werden, dass mit der Arbeit der PSZ in RLP zumindest ein Teil der psychosozialen Versorgungslücke in der Regelversorgung abgedeckt werden kann. Es gebe zwar vereinzelt Weitervermittlungen ins Regelsystem bei psychiatrischen oder psychotherapeutischen Erkrankungen. **Zur Abdeckung des gesamten Versorgungsbedarfs im ländlich strukturierten RLP sei aber eine deutlich verbesserte Vernetzung mit dem Regelsystem vonnöten.**

Die Probleme und Hemmfaktoren sind vielschichtig. Selbst Personen, die einen geeigneten Behandlungsplatz im niedergelassenen System erhalten haben, laufen erhöhte Gefahr, dass es zu Fehldiagnosen kommt bzw. eine adäquate Versorgung nicht gelingt (vgl. Mirjam Martin, Deutsch. Ärzteblatt 2022; 119(45)).

Eine der größten Hürden bildet dabei noch immer die **Sprachbarriere**. Sie ist einer der Hauptgründe, dass Betroffene sich nicht in Behandlung begeben.

Auch von Seiten der Praxen und Kliniken wird uns regelmäßig die mangelnde sprachliche Verständigungsmöglichkeit als Grund genannt, dass

Personen trotz Indikation nicht ambulant bzw. stationär aufgenommen werden. Selbst zwangseingewiesene Personen (bei Selbst-/Fremdgefährdung) werden nach unserer Einschätzung insgesamt schneller wieder entlassen, wenn es Probleme mit der sprachlichen Verständigung gibt.

Ansonsten sind Patient:innen mit fehlenden Deutschkenntnissen allgemein dazu angehalten, zu Sprachmittlungszwecken Familienmitglieder oder Personen aus dem Bekanntenkreis mitzubringen.

Das Anliegen ist nachvollziehbar. Diese einfache Lösung scheint plausibel und praktikabel. Bei genauerer Betrachtung liegen auch die Schwierigkeiten auf der Hand. Regelmäßig handelt es sich im ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Kontext nicht ohne Grund um vertrauliche Inhalte, die der Schweigepflicht unterliegen. Ehepartner:innen, Verwandte, Nachbar:innen, Freund:innen oder die eigenen Kinder sind hier nicht geeignet, werden aber dennoch bemüht, sprachlich zu vermitteln.

Gerade wenn wir nun traumatisierte Personen vor uns haben und es potentiell um sehr schambesetzte und leidvolle Inhalte geht, fällt es betroffenen Personen schwer, das Erlebte in Worte zu fassen (vgl. Exkurs). Außerdem beobachten wir bei traumatisierten Menschen eine ausgeprägte Vermeidungstendenz, andere Personen, v.a. Familienangehörige, mit schwer erträglichen Inhalten zu belasten.

Häufig erleben wir auch, dass von Gewalt und Folter betroffene Menschen erst nach einigen Sitzungen über das Erlebte sprechen, weil es offenbar eines gewissen Sicherheitsgefühls und Zutrauens bedarf, um sich „anvertrauen“ zu können.

Zusammenfassend muss man zu dem Schluss kommen, dass für eine qualifizierte Differen-

tialdiagnostik der Einsatz von speziell für den medizinisch bzw. therapeutischen Bereich qualifizierten Sprach- und Kulturmittelnden unverzichtbar ist.

Finanzielle und bürokratische Hürden verhindern leider in der Regel die Umsetzung. Praktische Lösungen sind aber vorstellbar. Es gibt „Best-Practice-Beispiele“, d.h. vereinzelt fragen Kliniken und andere stationäre Einrichtungen qualifizierte Sprachmittelnde aus unserem Pool an und setzen diese ein.

Eine weitere Barriere sind **kulturelle Unterschiede**. Sie können ein Hindernis in Hinblick auf das gegenseitige Verständnis darstellen und damit den diagnostischen Erkenntnis- und Behandlungsprozess zusätzlich erschweren.

Grundsätzlich ist zwar davon auszugehen, dass die in den international anerkannten Nomenklaturen (DSM-V und ICD-10 bzw.-11) aufgeführten psychischen Erkrankungen hinsichtlich der aufgeführten Symptomatik über kulturelle Grenzen hinweg einheitlich auftreten und Gültigkeit haben.

Dennoch ist man sich in der Fachliteratur einig, dass kulturelle Besonderheiten im diagnostischen und Behandlungsprozess eine besondere Berücksichtigung finden müssen (vgl. „Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen“, Dreßing, Habermeyer, Urban & Fischer, 2021, 7. Auflage, Kultursensible Diagnostik in Forschung und Praxis, Glaesmer, 2012).

Auch hier liefern „Sprach- und Kulturmittelnde“ regelmäßig wertvolle Dienste und unterstützen und schärfen den Blick des:der Diagnostiker:in und Behandler:in in Hinblick auf kulturelle Besonderheiten, die im Einzelfall in Betracht zu ziehen sind.

Symptomimmanente Zugangsbarrieren für Menschen mit Traumafolgestörungen

Das Schlimmste, was im Kern einem traumatisierten Menschen passiert, ist der komplette Verlust der Kontrolle über sich und sein Leben: er hat erlebt, dem Schicksal völlig hilflos ausgeliefert zu

sein. Er hat das Vertrauen in die Welt und vor allem auch in seine „Selbstwirksamkeit“ verloren.

Ganz vereinfacht haben wir damit Menschen vor uns, die sich in einer Art „Dauerschockzustand“ befinden. Im Klinischen Ersteindruck ist dies nicht unbedingt sofort erkennbar. Für Laien bleibt die Symptomatik oftmals unter der Wahrnehmungsschwelle.

Die „Klassische Symptomtrias“, bestehend aus chronischer Übererregung (Hyperarousal), intrusivem Wiedererleben („Flashbacks“), und Vermeidungsverhalten erweist sich hier vordergründig nämlich oftmals als eher diskrete Symptomatik.

Ein generalisiertes **Vermeidungsverhalten** (bis hin zu ausgeprägtem sozialem Rückzug), erweist sich bereits im Vorfeld einer Behandlung als mögliche Zugangsbarriere zu Hilfsangeboten. Vermieden werden soll alles, was irgendwie das traumatische Wiedererleben triggern und erneut das Gefühl von Kontrollverlust und Ausgeliefertsein auslösen könnte. Gerade auch die Angst, immer wieder das traumatische Erleben schildern zu müssen, kann (bewusst oder unbewusst) zur Vermeidung von Arztbesuchen oder der Ablehnung von Therapieangeboten führen (auch Zuspätkommen, „Vergessen“ von Terminen können Hinweise sein). In therapeutischen Sitzungen kann auffallen, dass um bestimmte Themen „herumgeredet“ wird.

Dafür kann im Klinischen Eindruck eine steigende innere Unruhe oder Nervosität erkennbar sein. Vielleicht fängt die Person an zu zittern oder zu schwitzen. Manchmal reagieren die Personen zunächst auch einfach gereizt. Hier hätte man erste Hinweise auf einen vielleicht chronisch erhöhten Erregungszustand oder **„Hyperarousal“**.

Intrusives Erleben (in ausgeprägter Form als „Flashbacks“ bekannt) zeigt sich vielleicht lediglich dadurch, dass Klient:innen den Blick plötzlich nach innen richten und offenbar einen „inneren Film“ ablaufen sehen. In der Regel reißt dann

der „Gesprächsfaden“ ab und die Klient:innen wirken abwesend („Tunnelblick“).

Im Klinischen Kontext würde man das Zusammenspiel dieser „Symptomatik“ also anders einschätzen, als vergleichsweise diese Verhaltensweisen (wie Zuspätkommen, „Drum herumreden“, Zittern, Schwitzen, gereizt reagieren, abwesend wirken etc.) in einer Anhörungssituation gewertet würden. Vermutlich würden hier die Fachleute verschiedener Fachrichtungen (Psychotherapeut:innen, Anhörer:innen, Ärzt:innen) zu eher unterschiedlichen ersten Einschätzungen kommen.

Erschwerend kommt hinzu, dass gerade traumatisierte Klient:innen im Erstgespräch oft „nur“ Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme oder gar keine Symptome benennen. Im Vordergrund steht meist eher das Bedürfnis, nicht die Kontrolle zu verlieren und so normal wie möglich zu erscheinen (**dissimulierendes Verhalten**). Sie zeigen sich sehr kontrolliert, manchmal starr oder vermeidend (vgl. Birck).

Damit kommen wir zu einer weiteren Symptomatik, von der gerade schwer traumatisierte Menschen häufiger betroffen sind, der **dissoziativen** Symptomatik. Peritraumatisch (während des ursprünglich traumatischen Erlebens) hat unser Organismus die Fähigkeit, sich vor Reizüberflutung durch Erstarren und Abspalten von Informationen zu schützen (vgl. Abb. 3). Im Prinzip kann dieses Abspalten vom Bewusstsein alle Wahrnehmungsqualitäten betreffen, bis hin zur Ohnmacht oder dem dissoziativen Stupor. Dieser zunächst nützliche Schutz- und Überlebensmechanismus hat aber zur Folge, dass er später „im normalen Leben“ zum Symptom wird. Betroffen sind potentiell die Bereiche Wahrnehmung und Bewusstsein, Gedächtnis, Motorik, Identitätserleben, Körperempfindungen, Gefühle. Es können auch relativ isolierte Ausfälle von Sinneswahrnehmungen vorhanden sein, z.B. Geschmackssinn, Gesichtsfeldeinengung (Bsp.: eine Frau aus dem Kosovo hat nach intensivem Leichengeruch keinen Geschmackssinn mehr).

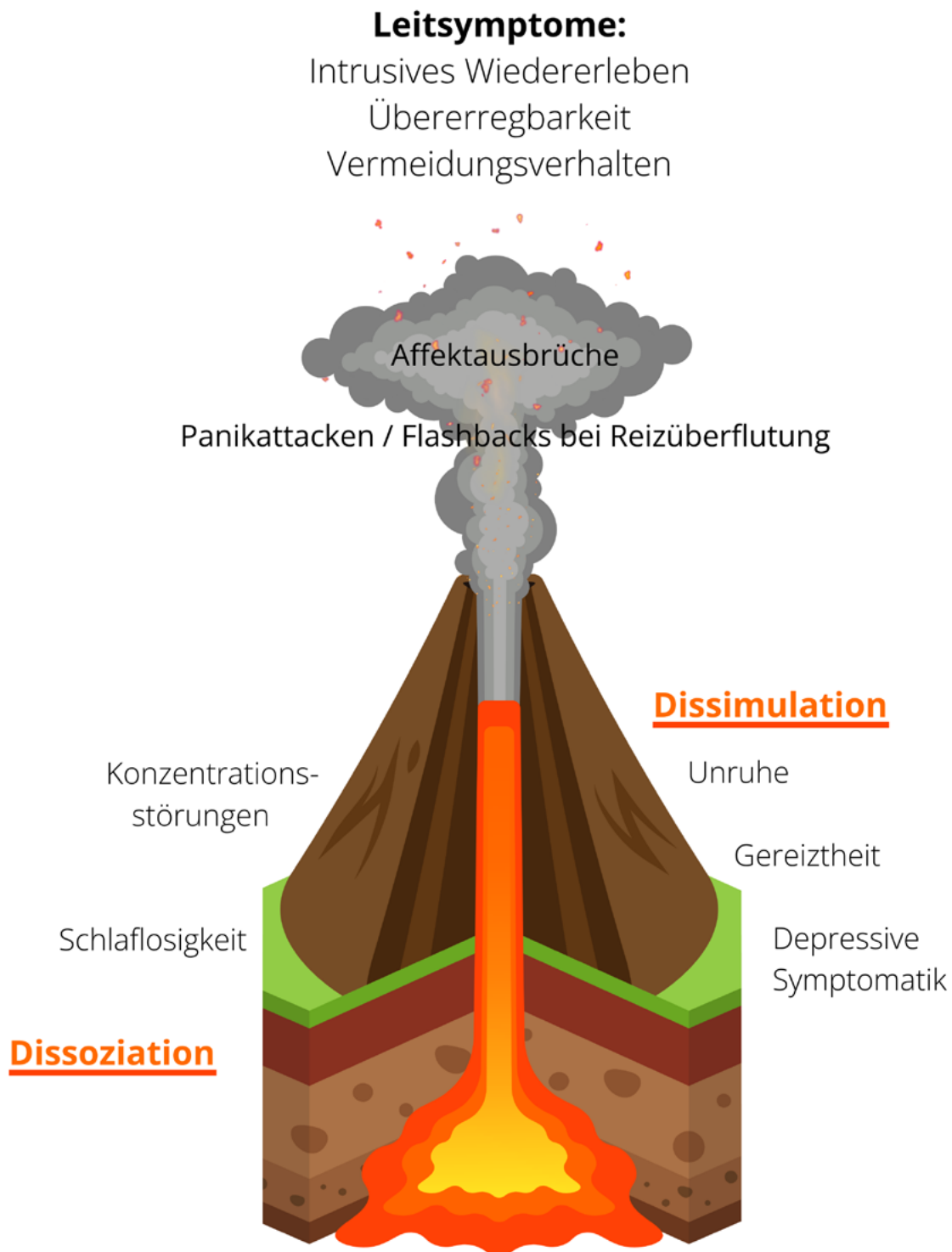
Bei schweren Flashbacks kann es sein, dass Personen dadurch so stark in die ursprünglich traumatische Situation zurückversetzt werden, dass sie sich auch wieder genau so verhalten (Schreien, extrem Zittern, Kampfhandlungen durchführen, auf dem Boden einrollen, Weglaufen u.a.). In diesem Zustand kann es zu notfallmäßigen stationären Einweisungen kommen und die Klient:innen werden als wahnhaft eingestuft, was zu entsprechenden **Fehldiagnosen** („Schizophrenie“, „amorphe Psychose“, „atypische Epilepsie“) führen kann (sh. auch dt. Ärzteblatt, 2009).

Immer wieder imponieren Menschen im therapeutischen Kontext mit der peritraumatisch erworbenen Fähigkeit, Gefühle abzuspalten und scheinbar emotionslos (oder lächelnd) über entsetzliche Dinge zu berichten. Dies kann zu erheblicher Fehleinschätzung des Leidensdrucks und der Symptomatik führen. Sogar von Kliniken werden laut Birck (S.51) dissoziative Symptome übersehen, wenn sie auf dem Gebiet nicht genügend Erfahrung haben.

Wieder sind wir mit Bereichen menschlichen Verhaltens und deren Hintergründen beschäftigt, wo verschiedene Fachrichtungen tendenziell zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei der komplexen PTBS um eine schwere psychische Erkrankung mit ausgeprägt hohem Leidensdruck und Behandlungsbedarf handelt. Sie verläuft wellenförmig bei überwiegend diskreter Symptomatik. Das bedeutet, sie zeigt sich über die Zeit nicht mit gleicher Ausprägung, sondern kann über lange Phasen an der „Oberfläche“ unauffällig erscheinen. Die Symptomatik zeigt sich eher eruptiv bei „Triggerung“ (Flashbacks, Panikattacken, Affektdurchbrüche). Die prozesshafte Beobachtung des:der Patient:in ist hier von Vorteil, da das Ausmaß einer Traumatisierung erst im Längsschnittverlauf erkennbar wird (s. Abb. 2).

Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung



Cave: häufig vordergründig sehr diskrete Symptomatik bei ausgeprägt dissimulierendem Verhaltensmuster!

Abbildung 2: Veranschaulichung der komplexen, aber vordergründig oft verdeckten Symptomatik bei PTBS

Exkurs zur Neurophysiologie traumareaktiver Prozesse (vgl. z.B. Michaela Huber):

Bildgebende neurophysiologische Untersuchungen („Positronen-Emissions-Tomographie, kurz PET-Scans) haben gezeigt, dass im traumatischen Prozess charakteristische Veränderungen eintreten, die sich mit dem traditionellen Konzept der Stressreaktion allein nicht mehr erklären lassen (sh. Verweise bei Fischer & Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB).

Vor allem das bei traumatischem Stress vorübergehend „dysregulative“ Zusammenspiel (vgl. Fischer & Riedesser) von Amygdala („hot system“) und Hippocampus („cold system“) ist hier von besonderer Bedeutung und soll etwas genauer betrachtet werden (vgl. stark vereinfachte Darstellung).

Im Moment der Bewusstwerdung eines existenzbedrohenden Ereignisses bereitet sich der Organismus blitzschnell auf Kampf- und/oder Fluchtreaktionen vor: der Organismus wird mit Stresshormonen geflutet (Bereitstellungsreaktion). Das Amygdala-System als „Feuerwehr“ filtert nach brisanten Erlebnisinhalten und verknüpft diese mit Emotionen und Körperreaktionen.

Im zunächst parallel arbeitenden Hippocampus-System werden normalerweise eingehende Informationen bewertet, mit früheren Erfahrungen verglichen, zeitlich und räumlich zugeordnet, Emotionen sortiert und zur Archivierung mit anderen Gedächtnisinhalten verknüpft.

Der Organismus ist noch in der Lage reflexartig Flucht- oder Kampfreaktionen umzusetzen (z.B. Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin). Bei anhaltendem Stress und weiterer Überflutung des Organismus mit Stresshormonen kommt es zur „Freeze and Fragment“-Reaktion. Michaela Huber beschreibt diese so: „...die Mineralcorticoid-Rezeptoren des Systems sind bei ansteigendem Stress schnell gesättigt und schalten sich ab, körpereigene Morphine lassen den Menschen geistig wegtreten, das Frontalhirn schaltet sich ab.“ (vgl. „Traumatische Zange“, Michaela Huber)

Damit setzen peritraumatische Prozesse ein, die den Organismus während des Ereignisses schützen (Schmerzdämpfung, Entfremdung vom Geschehen, Selbstentfremdung, bis hin zum Totstellreflex), sich aber -einmal erlernt -posttraumatisch als Symptomatik bzw. dysfunktional erweisen können.

Die Weiterverarbeitung in Hippocampus und Großhirnrinde wird unterbrochen. Es kommt nicht zur adäquaten Weiterverarbeitung im Gedächtnis, d.h. die Archivierung im Langzeitspeicher ist regelmäßig lückenhaft. Charakteristisch sind Schwierigkeiten bei Einordnung in die Zeitachse oder räumliche Zuordnungen. Außerdem können Traumatisierte das Geschehen oft nur bildhaft (intrusiv) wiedererleben, nicht aber in Worte fassen. Dies wird auf die fehlende Verarbeitung im Broca'schen Areal (Sprachzentrum) zurückgeführt („speechless terror“ oder „Schrecken ohne Worte“, G. Fischer, 2003).

Das Ereignis kann also nur fragmentiert gespeichert werden. Einzelne Bildsequenzen sind regelmäßig assoziativ mit olfaktorischen, akustischen und anderen sensorischen Eindrücken verknüpft.

Durch äußere sensorische Reize „getriggerte“ Bildsequenzen entsprechen (durch PET-Verfahren nachgewiesen) der Stimulation von Erinnerungssequenzen im impliziten Gedächtnis der Amygdala-Region. Es zeigt sich hier ein Wiedererleben mit hoher Realitätsnähe (wie im „Hier-und-Jetzt“) mit den ursprünglich aufgetretenen starken körperlichen und Gefühlsqualitäten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Organismus während eines traumatischen Ereignisses über traumakompensatorische und sich selbstschützende Fertigkeiten verfügt. Dabei lassen sich zwischen neurophysiologischer und psychologischer Funktionsebene Entsprechungen nachweisen (Fischer & Riedesser). Diese überlebensnotwendigen und schnell erlernten Fähigkeiten begegnen uns später im Alltag, unnütz geworden, als Symptom.

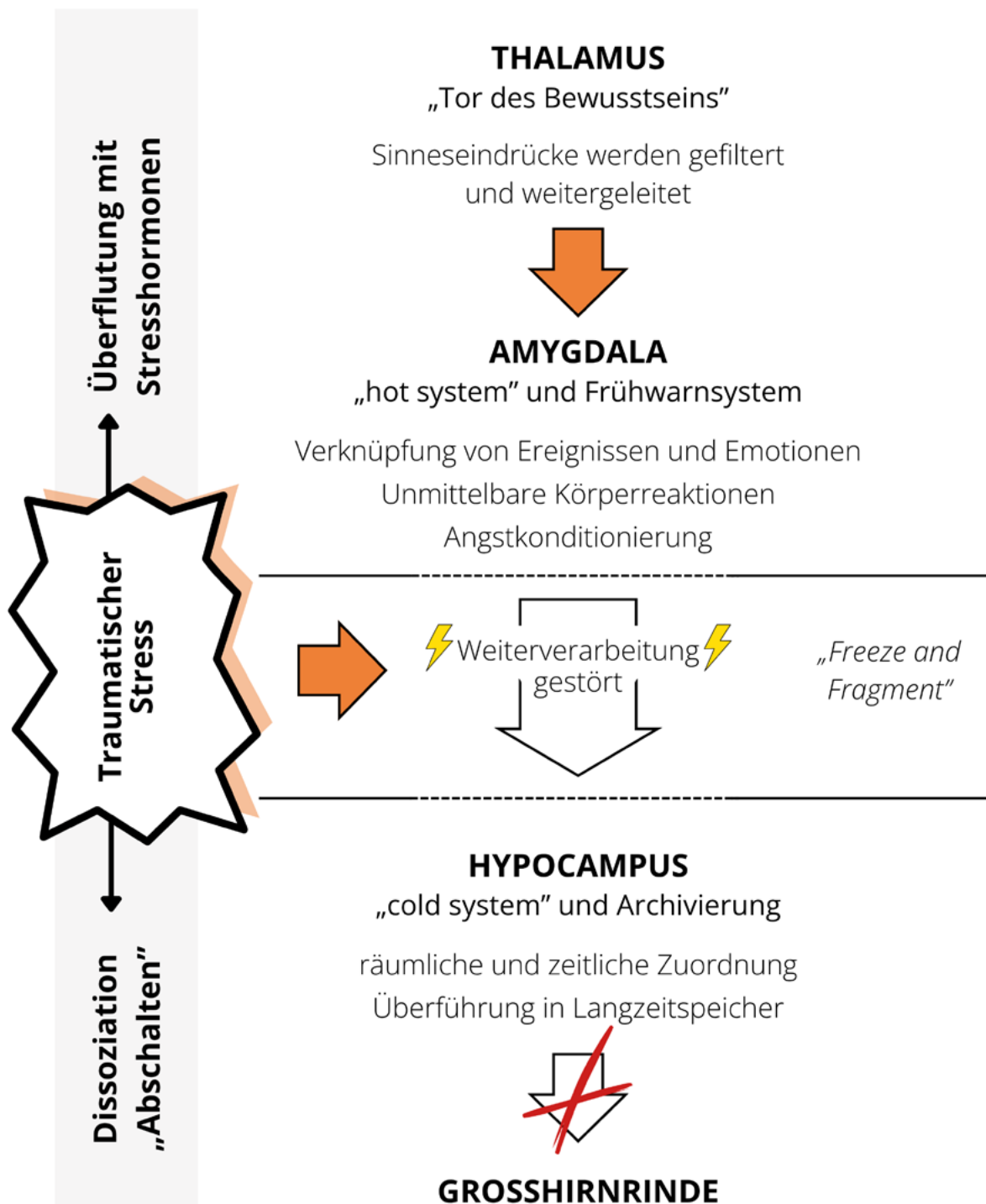


Abbildung 3: Stark vereinfachte Darstellung der Entkoppelung des Hippocampussystems bei traumatischen Erlebnissen

3.) PTBS als Risikofaktor für Marginalisierung im Asylverfahren

Im vorangegangenen Artikel konnten wir zeigen, dass die Erkrankung PTBS aufgrund ihrer spezifischen Symptomatik (Vermeidungsverhalten, Dissimulation, Dissoziation u.a.) ein erhöhtes Risiko birgt, nicht oder fehldiagnostiziert und damit nicht oder falsch behandelt zu werden. Damit steigt das Risiko von Chronifizierung, Suizidalität und Überforderung hinsichtlich Integrations- und Arbeitsleistung. Auch das Risiko im Verlauf des Asylverfahrens verkannt und benachteiligt zu werden ist damit sehr hoch.

Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen, die ihren Schutzanspruch aufgrund von schwerer psychischer Erkrankung geltend machen wollen, auch in der Lage sein müssen, diesen selbst **nachzuweisen**.

Es liegt in der Natur der Dinge, dass Asylverfahren sich im gerichtsnahen Verwaltungskontext abspielen. Einzelentscheider:innen des BAMF (Verwaltungsangestellte mit mindestens FH- Bachelorabschluss bevorzugt aus den Bereichen Verwaltungs- und Rechtswissenschaften (sh. Homepage des BAMF unter Stellenausschreibungen) prüfen in Einzelgesprächen und mit Einsatz von Sprachmittlung, ob Asylgründe vorliegen.

Dabei ist davon auszugehen, dass ein gewisser Teil der Antragstellenden mit Hilfe falscher Angaben versucht, sich das Recht auf Asyl zu erschleichen. Es ist also durchaus sinnvoll, in diesem Kontext die Angaben auf Plausibilität zu prüfen und Faktenchecks durchzuführen. Hinweise darauf, dass Simulation im Kontext asylrechtlicher Verfahren häufiger als bei anderen Begutachtungen auftritt, gibt es jedoch nicht (vgl. Psychiatrische Begutachtung, S.828).

Ein besonderes Augenmerk liegt bei Anhörungen auf der Einschätzung der Glaubhaftigkeit von Aussagen (vgl. z.B. taz, Insiderbericht aus dem BAMF, Ansichten eines Anhörers, 2017).

Nicht alle Asylsuchenden sind nun traumatisiert (vgl. 1.).

Es gilt aber zu bedenken, dass gerade die Menschen, die aus „Unrechtsstaaten“ zu uns flüchten, weil sie durch behördliche Einrichtungen inhaftiert und gefoltert wurden, im Behördenkontext durch **„Triggerung“ in ihrem Aussageverhalten eingeschränkt** sein können. Beispielsweise kann „befragt werden“ schon begrifflich Panik auslösen, wenn Menschen im Herkunftsland zu „Befragungen“ einbestellt wurden, die mit Beamtenwillkür und schweren Menschenrechtsverletzungen einhergingen.

Räumliche Gegebenheiten, Beleuchtung, äußerliche Merkmale des Anhörenden und andere äußere Reize können eine getriggerte Person in eine ursprünglich traumatisierende Situation derart zurückversetzen, dass sie wieder fühlt, denkt und sich sogar verhält, wie in der ursprünglichen Situation. Es kann zu Affektdurchbrüchen oder dissoziativen Zuständen kommen. Die erlernte Fähigkeit, scheinbar emotionslos, lächelnd oder „kalt“ über erlebte Grausamkeiten zu berichten (Dissoziation von Emotionen), wirkt befremdlich und führt leider auch zu Unrecht dazu, dass man den Berichten nicht glaubt. (vgl. Angelika Birck, S.92f).

Das Aussageverhalten kann auch derart eingeschränkt sein, dass durch ansteigende körperliche Symptomatik (wie Schwitzen, Zittern, Drang zu Weinen, Atemnot) die Angst vor Kontrollverlust steigt und das Bedürfnis der Situation zu entkommen überhandnimmt (vgl. Birck, S.95). Die Chance, seine Asylgründe ausführlich darzulegen, kann dann zugunsten eines unmittelbaren Vermeidungs- und Fluchtverhaltens vertan werden.

Auch lückenhafte oder diskrepante Berichte durch traumabedingte Vermeidungsprozesse dürfen nicht als negative Antwortverzerrung fehlgedeutet werden (vgl. Lehrbuch Psychiatrische Begutachtung, S.823).

Noch weitere **gedächtnisspezifische Besonderheiten** bei Traumatisierten, wie Probleme, das Er-

lebte in Worte zu fassen („sprachloses Entsetzen“ durch die Triggerung innerer Bilder) und die mangelnde Fähigkeit, Ereignisse zeitlich und räumlich zuzuordnen führen regelmäßig dazu, dass es Betroffenen nicht gelingt, ihr Verfolgungsschicksal glaubhaft zu machen. Dadurch, dass traumatische Ereignisse aufgrund von eingeschränkten bzw. unterbrochenen Verarbeitungsprozessen oft nicht willkürlich abrufbar sind, kann es zu scheinbar widersprüchlichen Angaben kommen. Betroffene versuchen auf Nachfrage zeitliche und räumliche Angaben aus vorhandenen Erinnerungstücken zu rekonstruieren oder „Gedächtnislücken“ werden unbewusst durch Annahmen aufgefüllt (vgl. Birck, S.50).

Wir können an dieser Stelle nicht das gesamte neurophysiologische und psychologische Fachwissen abbilden, das nötig wäre, um mehr Verständnis dafür zu wecken, wie schwierig es tatsächlich gerade für traumatisierte Menschen ist, das geschehene Unrecht und ihr Leiden nachzuweisen.

Wir können hier nur ansatzweise versuchen zu verdeutlichen, dass man an dieser Stelle in Fachbereiche kommt, die man nicht allein den Sachbearbeiter:innen des BAMF überlassen kann.

Wenn die betroffenen Menschen nun in die Kommunen verteilt werden, haben sie in der Regel schon ihre ablehnenden Bescheide. Sie haben aber rechtlich noch die Möglichkeit, gegen diesen Bescheid Klage einzureichen oder in einer weiteren Instanz in Berufung zu gehen.

Typischerweise leben sie mittlerweile zurückgezogen und unauffällig in ihrer Kommune und versuchen zu einem einigermaßen normalen Alltagsleben zurückzufinden. Gerade bei psychischen Erkrankungen werden eigeninitiativ eher selten Ärzt:innen/Fachärzt:innen aufgesucht (Sprachbarriere, Angst vor Stigmatisierung bzw. als „verrückt zu gelten“, vgl. 2.a).

Falls doch ein fachärztliches Attest vorgelegt werden kann, ist es zur Glaubhaftmachung im

asylrechtlichen Kontext in der Regel bei weitem nicht geeignet, sondern es besteht gar der Verdacht der „Gefälligkeitsattestierung“. Ein Gutachten selbst in Auftrag zu geben, würde einen hohen finanziellen Aufwand bedeuten und der Verdacht der Gefälligkeitsbegutachtung wäre nicht ausgeräumt („parteigebundenes“ Vorbringen).

Auch der Kontakt zu uns findet nahezu immer über dritte Personen (Verfahrensberater:innen, Mitarbeiter:innen der Unterkünfte oder der Jobcenter, ehrenamtliche Helfer:innen u.a.) statt, d.h. über Personen, die im Einzelfall den Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung, Krisenintervention oder Clearing erkennen und sich entsprechend um einen Therapieplatz bemühen.

Aus der Erkenntnis heraus, dass bei circa der Hälfte aller Geflüchteten eine erhebliche Psychische Erkrankung vorliegt (sh. Einführung), und weder das allgemeine Prozedere des Asylverfahrens, noch das Gesundheitssystem im Allgemeinen dazu geeignet sind, betroffene Menschen niederschwellig zu behandeln und den Nachweis eines besonderen Schutzbedarfs herauszustellen, sind in den letzten 25 Jahren bundesweit (in der Regel von Organisationen aus der Menschenrechts- oder Sozialarbeit) Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge (PSZ) gegründet worden, um hier Abhilfe zu schaffen. Teilweise werden diese Einrichtungen heute auch durch den Bund und die Länder gefördert.

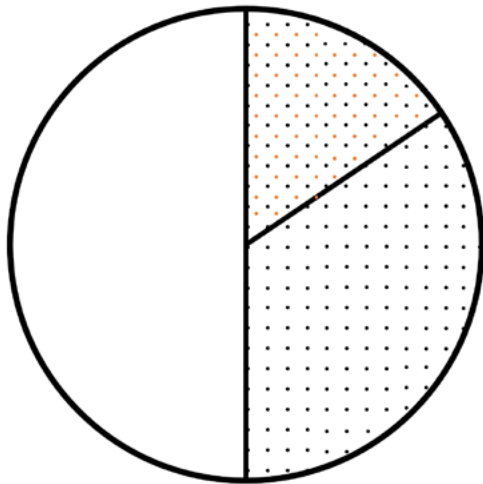
Generell besteht nun an den PSZ auch die Möglichkeit, Psychologische Stellungnahmen in Auftrag zu geben.

An unserer Einrichtung (PSZ Rhein-Mosel-Ahr) beschränken wir uns in der Regel darauf, Stellungnahmen dann anzufertigen, wenn aus der therapeutischen Arbeit heraus deutlich wird, dass eine klinisch relevante psychische Erkrankung vorliegt, und dieser Sachverhalt auch Relevanz für das Asylverfahren hat. Das ist dann der Fall, wenn die Erkrankung im Verfahrenskontext bisher noch nicht aufgefallen ist. Oder es wurde laut vorliegender Bescheide die Vorgeschichte

Besonderer Schutzbedarf aufgrund von:

-  psychischen Erkrankungen 50% (gesamt schwarz gepunktet) bzw.
-  PTBS 30% (orange-schwarz gepunktet)

→ Probleme der Nachweispflicht



- Grenzen der Anhörungssituation
- Sprachbarriere
- keine geeigneten Screeningverfahren
- Verdacht der Gefälligkeitsattestierung
- teure Gutachten

nicht geglaubt, und wir kommen hier nach sorgfältiger Prüfung (sh. Methodik) zu einer anderen Einschätzung.

An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass wir nicht „Urteil“ über den Verfahrensausgang sprechen können und wollen. Es geht lediglich in einer begrenzten Zahl an Fällen darum, einen Baustein zur Klärung der Sachlage beizusteuern.

Was unsere Fachkompetenzen und Arbeitsweisen als Psychotherapeut:innen und Mitarbeiter:innen eines Wohlfahrtsverbandes angeht, scheint bei Gericht das Bild vorzuherrschen, dass wir als „Gutmenschen“ alles glauben, alles schreiben und als Ergebnis am Ende des Tages herauskommt, dass alle traumatisiert sind (andernfalls so lange Traumata suggerieren, bis es

die Klient:innen auch glauben). Tatsächlich ist es so, dass wir, bezogen auf die Gesamtzahl der Klient:innen die wir behandeln, nur für einen relativ kleinen Prozentsatz Stellungnahmen anfertigen (2023 waren es circa 10 Prozent, bezogen auf alle behandelten Klient:innen der PSZ in RLP, vgl. Artikel S. Sikkes). Das sind ausschließlich Personen, bei denen wir nach Anwendung streng wissenschaftlich anerkannter differentialdiagnostischer Methoden, zu dem Ergebnis kommen, dass eine schwerwiegende psychische Erkrankung vorliegt.

Außerdem gilt bei Gericht die Einschätzung, dass in fachärztlichen/psychotherapeutischen Beratungskontexten fragliche Sachverhalte und das offenbarte Leiden von Klient:innen nicht offen kritisch hinterfragt werden dürfen. Die kritische Überprüfung der vorgebrachten Inhalte sei eine

ausschließlich juristische Fragestellung. Zwar kann ein:e Richter:in hier sachverständige Gutachter:innen hinzuziehen. Da nun eine PTBS aber nur durch äußere belastende Ereignisse zustande kommt, könne folglich allein vor dem:der „Ta-trichter:in“ ein fragliches Ereignis nachgewiesen werden (22.Ebernburger Gespräche 08.09.2022, Standards zur Begutachtung von psychischen Erkrankungen aus richterlicher Sicht, Vortrag Volker Weichel, VG Saarlouis).

Im Ergebnis sieht das so aus, dass wir unseren Klient:innen auch mit der Anfertigung einer ausführlichen differenzierten und fachkompetenten Psychologischen Stellungnahme bei Gericht regelmäßig nicht weiterhelfen können, da man uns hier jegliche Fachkompetenz und fachliche Urteilsfähigkeit aberkennt.

4.) Was sind Psychologische Stellungnahmen und wie unterscheiden sie sich von Gutachten?

Standards der PSZ in RLP

Grundsätzlich sprechen wir im Kontext der PSZ von Gutachterlichen Stellungnahmen. Genau wie Gutachten sind sie ein Produkt wissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren und entsprechen in Methodik, Umfang und formalen Kriterien weitgehend dem Gutachten.

Der Hauptunterschied besteht in der **Unabhängigkeit des:der Gutachter:in**. Ein Gutachtenauftrag darf nur angenommen werden, wenn es sich bei der zu begutachtenden Person nicht um eigene Patient:innen oder Angehörige von diesen handelt.

Von Gutachterlicher Stellungnahme spricht man, wenn der:die Behandler:in für eine:n Patient:in „Partei ergreift“, sei es auf Anfrage des:der Klient:in, des:der Anwalt:in oder initiativ. Bei Gericht hat es als **„Parteivorbringen“** einen niedrigeren Stellenwert.

In beiden Fällen muss eine **Entbindung von der Schweigepflicht** eingeholt werden.

Die Sitzungen sind bei Bedarf dolmetscherge-stützt von eigens für den psychotherapeutisch/

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es für Asylsuchende, trotz vorhandener Ressourcen (PSZ, Listen mit SBPM-geschulten Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen der Ärztekammern, u.a.) nahezu unmöglich ist, besonderen Schutzbedarf aufgrund von schwerer Traumatisierung nachzuweisen.

Selbst einen „begründeten Verdacht“ auf Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung zu erzeugen, reichen Psychologische und/oder Ärztliche Stellungnahmen nicht aus. In diesem Fall wäre nämlich das Gericht aufgefordert, dem nachzugehen, und ein Fachärztliches Gutachten in Auftrag zu geben.

ärztlichen Kontext geschulten **Sprach- und Kulturmittelnden**.

Ein grundsätzlicher Standard der PSZ in RLP besteht darin, dass alle Psychotherapeut:innen, die mit der Erstellung von Psychologischen Stellungnahmen betraut sind, sich an den **„Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SBPM) einschließlich Istanbul-Protokoll“** (Herausgeber: Bundesärztekammer) orientieren.

Es handelt sich dabei um ein 24-stündiges standardisiertes und zertifiziertes Fortbildungskurrikulum für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Herausgeber ist die Bundesärztekammer (Überarbeitete Fassung Berlin August 2012, Dr. med. H.W. Gierlichs, Dr. med. F. Haenel, u.a.), Veranstalter sind in der Regel die Ärztekammern.

Auftraggeber sind meist Verfahrensberater:innen, Rechtsanwält:innen oder die Klient:innen selbst. Die Psychotherapeut:innen der PSZ prüfen und entscheiden in Abhängigkeit von der Befundlage, ob sie dem Auftrag nachkommen oder nicht. **Alle Zentren distanzieren sich ausdrücklich davon, „Gefälligkeitsgutachten“ zu erstellen.**

Etwas unterschiedlich wird gehandhabt, ob man reine Begutachtungsaufträge annimmt, oder nicht. Unterschiedlich gehandhabt wird auch, ob eine strenge Trennung vorgenommen wird zwischen Therapie und Begutachtung. Je nachdem würde der:die behandelnde Therapeut:in selbst die Stellungnahme schreiben oder gibt den Fall zur Begutachtung intern an Kolleg:innen ab. (vgl. Artikel S. Sikkes}.

Vorgehensweise/ Methodik

Nach Anmeldung erfolgt nach einer gewissen Wartezeit ein erstes Clearinggespräch, bei dem der:die Klient:in zunächst die Möglichkeit hat, relativ frei seine:ihre Anliegen, Vorbelastungen und die wahrgenommene Symptomatik vorzutragen.

Für das Erstgespräch ist wichtig, dass ein erstes "joining" gelingt, d.h. es soll eine angstfreie Atmosphäre der gegenseitigen Achtung geschaffen werden. Auf keinen Fall werden zu diesem Zeitpunkt die Personen mit Fragen zur Glaubhaftigkeit konfrontiert. Nach unserer Erfahrung sind es aber oft gerade simulierende Personen, die im Erstgespräch mit ausgeprägter, manchmal schillernder Symptomatik zu überzeugen versuchen (vgl. auch Birck). Traumatisierte Menschen äußern in der ersten Sitzung ihre Symptomatik oft nur zurückhaltend („mir geht es gut, ich lebe ja noch“) und versuchen, so gut wie möglich, ihre Erlebnisse zu schildern. Hier sehen wir unseren Auftrag, erste stabilisierende Übungen einzuführen. Traumatisierte Menschen sind in der Regel dankbar dafür, dass ihnen jemand zu helfen versucht. Simulierende Personen haben oft eher eine Abneigung, sich auf therapeutische Maßnahmen einzulassen. Eine gewisse Anspruchshaltung kann im Vordergrund stehen.

Wenn sich Hinweise auf Vorliegen einer klinisch relevanten Psychischen Erkrankung und Therapiebedarf ergeben, wird in weiteren semistrukturierten, diagnostischen Gesprächen eruiert, ob sich die Symptomatik auf ein bestimmtes Störungsbild eingrenzen lässt (Arbeitshypothese). Zu diesem Zweck entwickelt der:die Untersu-

chende einen hypothesengeleiteten Gesprächsleitfaden. Trotz vorgegebener Struktur wird dem:der Untersuchten die Möglichkeit gelassen, freie Antworten zu generieren.

Die Methodik ist multimodal, d.h. in die klinische Urteilsbildung geht eine Gesamtanalyse aus Erlebnis- und Symptomschilderung, klinischer Einschätzung, Verhaltensbeobachtung und Testdiagnostik (vgl. Kapitel H. Kölle) ein. Im Rahmen der Differentialdiagnostik werden mögliche Alternativhypothesen geprüft.

Ebenso werden Hinweise auf Simulation und Aggravation geprüft (z.B. Übereinstimmung von klinischem Eindruck und Selbstbericht des Klienten).

Da Ungezwungenheit und vertraute Offenheit gerade bei Traumatisierten oft erst nach mehreren Sitzungen erreicht werden, führt gerade die Erhebung über mehrere Messzeitpunkte zu einem sehr differenzierten, validen und in sich konsistenten Gesamtbild (Langzeiterhebung). Nur so wird man auch dem prozesshaften Charakter einer komplexen Erkrankung gerecht, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Ausprägungen haben kann.

Durch das Prüfen der Kongruenz von Eigenbericht und klinischem Befund, sowie Kongruenz von Symptomatik und Vorgeschichte („Schlüssel-ins-Schloss-Symptomatik“) können wir eine fachkundige klinische und valide Einschätzung der Art und Schwere der vorliegenden psychischen Erkrankung abgeben. Auch eine Auseinandersetzung mit Aussageverhalten nach vorliegender Aktenlage (Anhörungen, Bescheide) wird regelmäßig einbezogen. Diese differenzierte Gesamtanalyse kann zwar keine „Beweise“ im rechtlichen Sinne, aber gute Hinweise auf den Erlebnisbezug von Aussagen liefern („Indizien“).

An unserer Einrichtung hatten wir zunächst geplant, eine strikte Trennung von Begutachtung und Therapie durchzuführen. Man versucht da-

mit, dem zweifelhaften Verdacht zu entgehen, Therapeut:innen würden Traumata suggerieren, die nicht stattgefunden haben. In der Praxis erwies es sich aber als kaum vermittelbar, dass die gesamte Vorgeschichte und Symptomatik einem anderen Kollegen oder einer anderen Kollegin nochmal erzählt werden sollte. Wir sehen darin selbst keinen richtigen Sinn.

Die Vorteile von Gutachterlichen Stellungnahmen, entstanden aus der Erkenntnisgewinnung im geschützten therapeutischen Kontext liegen auf der Hand. Wir sind nicht gezwungen innerhalb einer bestimmten Zeit „Fragenkataloge“ abzufragen. Sie sind in der Regel nur beschränkt zweckdienlich, da oftmals suggestiv (geschlossener Fragestil mit ja/nein) und damit fraglich aussagekräftig. Außerdem betrachten wir das Vorgehen als „intrusiv“ und damit weder ethisch geeignet, noch führt es zu einem valideren Ergebnis, als Gespräche im semistrukturierten Fragemodus mit der Möglichkeit zwischen anamnestischen/diagnostischen Fragen und stabilisierenden Vorgehensweisen zu switchen.

Wenn die Sitzungen im Sinne der asylrechtlichen Relevanz ergebnislos bleiben, entsteht uns kein

ethisches Dilemma, weil ein negativer Befund nicht schriftlich zu erfolgen hat, wie es beim Gutachten der Fall ist. Nur der:die unabhängige Gutachter:in kommt in den Gewissenskonflikt, gegebenenfalls schriftlich darlegen zu müssen, warum er:sie Aussagen nicht glaubhaft findet oder die Erkrankung für simuliert hält.

Gutachten	Stellungnahmen
Unparteilichkeit	Parteiauftrag
Hoher Status	Gefälligkeitsverdacht
Offizieller Rahmen	Entspanntes Setting/ Vertrauensbasis
i.d.R. ein Messzeitpunkt	Längsschnittuntersuchung
Keine Schweigepflicht	Zunächst Schweigepflicht
Resultat in jedem Fall	Resultat nur bei pos. Befund
„Konflikt“ bei negativem Befund	Ohne Befund keine Stellungnahme
Intervention nicht vorgesehen	Stabilisierung bei Triggerung

Tab 1.: Vergleich von Gutachten und Stellungnahmen

6.) Das Dilemma mit der Glaubhaftigkeit

Bei der Beurteilung der Glaubhaftigkeit geht es im Kern um die Frage, ob die **Aussage** einer Person zu einem spezifischen Ereignis sich tatsächlich so abgespielt hat, oder anders generiert wurde.

Im Rahmen der Rechtsprechung ist diese Aufgabe **„allein dem Tatrichter“** vorbehalten (BGH NJW, 1952).

Im Vorfeld gerichtlicher Entscheidungen können unter eng gesetzten Voraussetzungen in bestimmten Ausnahmefällen aussagepsychologische Sachverständige zur Beurteilung der Glaubhaftigkeit hinzugezogen werden. Dies gilt vor allem für Besonderheiten, die in der Persönlichkeit des Probanden liegen, wie z.B. diverse

psychische Erkrankungen, bei denen eine eingeschränkte Aussagetüchtigkeit im Raum steht.

Im Wesentlichen basieren diese in der Regel sehr dezidiert durchgeführten Glaubhaftigkeitsgutachten auf den von Undeutsch (1967) entwickelten Glaubhaftigkeitskriterien bzw. den von Steller und Köhnken (1989) weiterentwickelten Realkennzeichen von Aussagen (die da unter anderem sind: logische Konsistenz, quantitativer Detailreichtum, räumlich-zeitliche Verknüpfungen).

Anwendung findet diese Form der Erkenntnisgewinnung im forensischen Bereich, wenn Missbrauch von Kindern im Raum steht. Zum Schutz des:der Beschuldigten ist von der Nullhypothese

(die Aussage ist unwahr) auszugehen. Wird sie verworfen, können die Aussagen nachweislich als erlebnisfundiert gelten. Ein Umkehrschluss ist aber nicht möglich. Wird also die Nullhypothese nicht verworfen, ist nicht der Beweis erbracht, dass die Aussagen nicht erlebnisfundiert sind.

Übertragen vom Strafrecht auf asylrechtliche Verfahren bedeutet dies, dass der Fehler, die Aussage eines: einer Asylsuchenden fälschlicherweise als wahr einzustufen, minimiert ist (was wiederum eine gewisse Marginalisierung beinhaltet).

Auch der Validitätsnachweis der Methodik für andere Kulturen ist nach unserem Kenntnisstand bisher nicht erbracht worden.

Am problematischsten aber ist zu werten, dass die Fragestellung nach der Glaubhaftigkeit von Aussagen anhand aussagepsychologischer Kriterien in Erstanhörungen eingehen, obwohl offenbar Unkenntnis darüber herrscht, wie sie anzuwenden sind. Realkennzeichen werden „kochbuchartig“ verwendet. Einschränkungen in der Aussagegültigkeit bleiben unerkannt.

RA Dr. Reinhard Marx hat es in einem vielbeachteten Artikel 2011 so formuliert: „Was im Strafverfahren aber mittlerweile Praxis ist (...), wird im Asylverfahren durch mehr oder weniger geschulte Laien erledigt und zudem an möglicherweise Traumatisierten, für die diese Kriterien nicht ohne weiteres übernommen werden können sowie in einer Umgebung, die einen so immensen Störeinfluss auf die Ergebnisse der Analyse hat, dass der Rückbezug auf die wissenschaftliche Fundierung der angewandten forensischen Grundsätze den Charakter einer Pseudolegitimation annimmt.“

Werden Geflüchtete im Bescheid des BAMF nun direkt als unglaublich abgelehnt, haben sie im Sinne eines anhaftenden „Malus“ jedoch kaum mehr eine Chance, ihr Verfolgungsschicksal vor Gericht glaubhaft zu machen.

Spätere Versuche, werden als „gesteigerter Vortrag“ gewertet. Wie bereits ausführlich darge-

stellt, ist es jedoch charakteristisch im Rahmen einer (K-)PTBS-Diagnose, dass gerade entscheidend traumatisierende Inhalte oft erst „verspätet“, d.h. nach einer gewissen Stabilisierung und im geschützten Kontext vorgetragen werden können (vgl. S. 5 u.6 ff, S.11 ff).

Kommen dann im Verlauf des Verfahrens Fachärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen mit dem Einbringen von psychotherapeutischen/fachärztlichen Stellungnahmen „in die Quere“, bedeutet dies in der Regel zum Zeitpunkt der Klageerhebung ein vollständiges Abweichen bisheriger Einschätzungen, was die Glaubwürdigkeit des:der Asylantragsteller:in und die Glaubhaftigkeit seiner:ihrer Aussagen betrifft.

Dadurch entstehe laut RA Marx innerhalb des von ihm beschriebenen Spannungsfeldes zwischen Rechtsanwender:innen und Heilberufler:innen als Folge für den Erkenntnisgewinn im Asylprozess automatisch eine Konkurrenzsituation.

Im Kern entsteht folgendes **Dilemma**:

Bei Anhörungen und Gericht stehen folgende Fragestellungen im Raum:

- 1.) Welche asylrechtlich relevanten Aussagen werden gemacht?**
- 2.) Sind die Aussagen glaubhaft?**

Aussagepsychologische Gutachten werden von Gerichten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren praktisch nie in Auftrag gegeben. Die Anwendung von aussagepsychologischen Merkmalsanalysen beschränkt sich damit in laienhafter Weise auf die Anhörungssituationen. Folglich gelten viele Aussagen als nicht glaubhaft. Dieser Malus kann in folgenden Verfahren de facto nicht mehr „geheilt“ werden.

In der Psychologischen Fachwelt besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die klassische Aussagenanalyse für Personen mit Trauma belasteter Vorgeschichte ungeeignet ist zur Beurteilung der Erlebnisfundiertheit diesbezüglicher Aussagen.

Im Klinischen Kontext der PSZ geht es um folgende Fragestellungen:

- 1.) Liegt eine klinisch relevante Psychische Störung vor?**
- 2.) Wenn ja, welche? (Differentialdiagnostik, Schweregrad u.a.)**

Eine in der Langzeitmessung in sich konsistente und schlüssige Befunderhebung wird nach differentialdiagnostischen Gesichtspunkten untersucht, woraus eine nach WHO-Standard zertifizierte Diagnose abgeleitet werden kann.

Diese Klinische Fragestellung kann und muss von Psycholog:innen/ Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen beantwortet werden.

7.) Resümee

Jeder wissenschaftlich fundierte Berufsstand, jede „Zunft“ hat gewissermaßen ein ihm bzw. ihr immanentes Welt- und Menschenbild, sowie eine eigene Denkweise und fachimmanente Logik.

Dies soll am Beispiel der Diagnostik von PTBS erläutert werden:

Voraussetzung für eine **PTBS-Diagnose ist als A-Kriterium** mindestens ein vorausgegangenes Ereignis von katastrophalem Ausmaß.

Aus **psychologischer Sicht** ist die Erkrankung damit abgegrenzt von einer „endogenen“ Störung, d.h. sie ist nicht verursacht durch körpereigene Prozesse, sondern sie ist „exogen“ verursacht, d.h. durch äußere Einflüsse entstanden. Man hat also ein Störungsbild vor sich, dass sich in ganz typischer Weise und über Kulturen hinweg in charakteristischer Weise manifestiert und sich immer dann nachweisen lässt, wenn Menschen außergewöhnlich schlimme Dinge erlebt haben (vgl. Kapitel IV.). Manche Menschen haben eine Reihe von Traumata („sequentielle Traumatisierung“) erlebt und es bleibt vielleicht unklar, welches Ereignis letztlich das ausschlaggebende war, das zur Erkrankung geführt hat. Die Diagnose ergibt sich aus einer dezidierten Anamnese und der klassischen Symptomatik. Es besteht da-

Sie kann wesentliche „Indizien“ enthalten, die für oder gegen einen Erlebnisbezug von Aussagen sprechen.

Weder die Kriterien für Erlebnisfundierung aus der forensischen Aussagepsychologie noch die Kriterien der Klinischen Urteilsbildung beinhalten aber eindeutig belegbare „Lügenkriterien“.

Allerdings führen hier immer wieder verschiedene Sichtweisen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Das Resultat ist ein ausgeprägtes gegenseitiges Misstrauen zwischen den Berufsgruppen.

bei auch die Möglichkeit, dass eine traumaspezifische Symptomatik vorliegt, der:die Klient:in sich aber eines traumatischen Ereignisses gar nicht bewusst ist (z.B. Zeug:in von traumatischen Ereignissen, gerade Kriegsüberlebende, Erdbebenopfer relativieren ihr eigenes Schicksal sehr oft an weit schlimmeren Schicksalen oder weil es in störungsspezifischer Weise vom Bewusstsein abgespalten, d.h. „dissoziiert“ ist).

Aus **judikativer Sicht** kann und darf eine traumaspezifische Symptomatik nur dann als PTBS diagnostiziert werden, wenn bewiesen ist, dass genau dieses spezifische, von dem:der Klient:in benannte Ereignis auch tatsächlich so stattgefunden hat. Weil nur allein dem:der Richter:in vorbehalten ist, Beweise zu würdigen und Ereignisse als wahr anzuerkennen, kann es auch keine PTBS geben, ohne ein durch den:die Richter:in anerkanntes traumatisches Ereignis.

Aus **ärztlicher Sicht** scheint man geneigt, sich diesem Ansatz zu unterwerfen. Im Umkehrschluss stellt sich hier offenbar die Frage, ob man in Asyl- und ausländerrechtlichen Fragestellungen überhaupt noch einen Beitrag zur Lösung des Problems beitragen kann. Zumindest – so wird für diesen Kontext gefordert – möge der:die Auftraggeber:in im Vorfeld klären, ob der:die an-

gefragte Gutachter:in von einem durch den:die Richter:in anerkannten Ereignis ausgehen kann - oder nicht. Ärztlicherseits sei man hier rechtlich betrachtet, weder befugt noch kompetent, Hinweise zu eruieren. (Psychiatrische Begutachtung, Kap.46, S.828). Dieser Standpunkt ist nachvollziehbar und gerechtfertigt.

In der Praxis stellen wir fest, dass Fachärzt:innen im asylrechtlichen Kontext tatsächlich nur noch Verdachtsdiagnosen bei PTBS attestieren. Vor Gericht allerdings verlieren sie damit im Vorfeld schon ihren Wert, auch für die Klient:innen, die ihre Erkrankung durch den:die Mediziner:in nachzuweisen versuchen.

An dieser Stelle wird deutlich, dass das Außerkraftsetzen ganzer Berufsstände speziell im Ausländer- und asylrechtlichen Bereich ein Ende haben und eine Kehrtwende stattfinden muss!

Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen werden keine:n Richter:in beneiden, der:die komplizierte Sachverhalte aufzuklären und schwierige Urteile zu fällen hat und wollen das auch gar nicht. Die Klinische Diagnostik kann jedoch mit Sicherheit an verschiedenen Stellen wertvolle Hinweise zu vorliegenden Erkrankungen und Beiträge zu Fragen der Glaubhaftigkeit liefern.

Das Eingreifen des Gerichts in die Sachkunde von Psychotherapeut:innen und Mediziner:innen ist unzulässig! PTBS ist eine klinische Diagnose und muss nicht glaubhaft gemacht werden!

Auch die in der aktuellen Rechtsprechung gängige Annahme, bei psychischen Erkrankungen handele es sich generell nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen ist falsch und stellt ein Eingreifen in die Sachkunde von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen dar! Den größten Risikofaktor für Suizidalität stellen psychische Erkrankungen dar. Fast 90 Prozent aller Suizident:innen

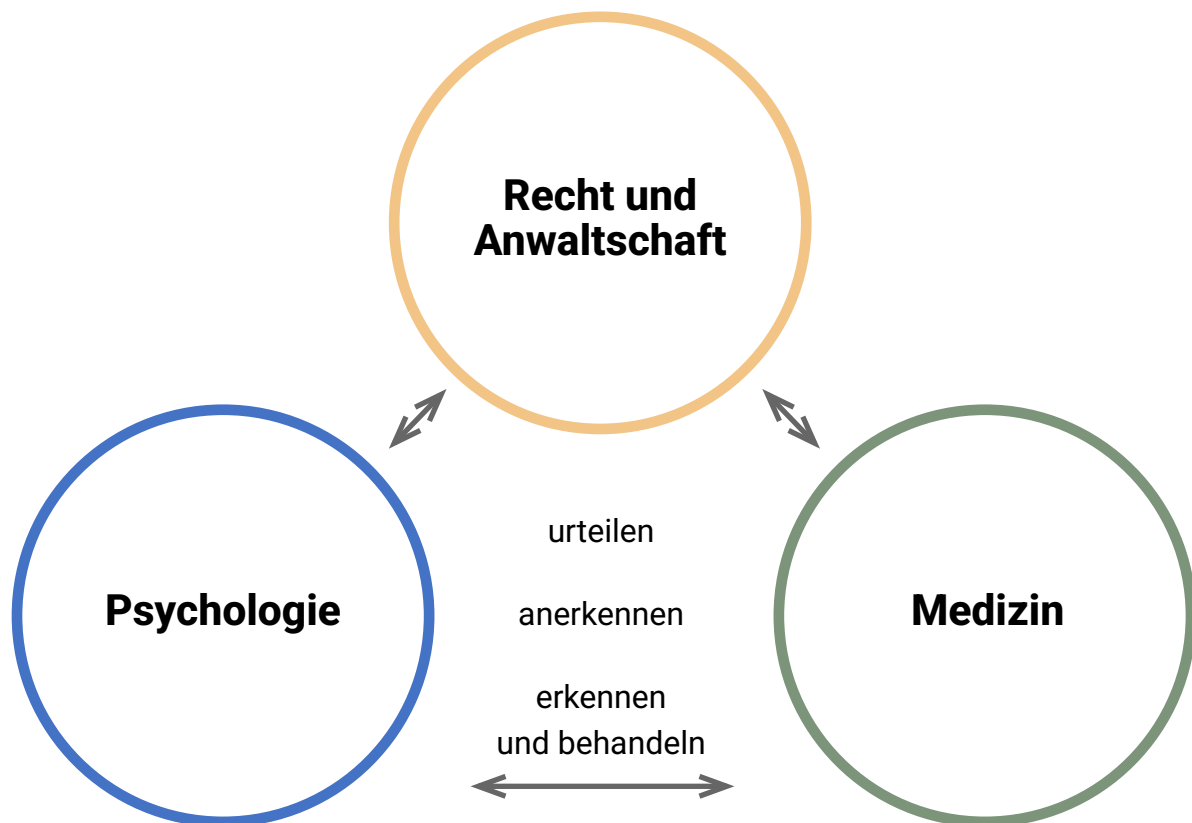


Abbildung 4: Zielführung durch interdisziplinären fachlichen Austausch auf Basis gegenseitigen Respekts

hatten lt. einer Metastudie über 27 Studien (Arsenault-Lapierre et al. 2004) vor ihrem Tod eine entsprechende Diagnose. Suizidalität ist lebensbedrohlich!

Eine **Instrumentalisierung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen** (z.B. indem man mit Klient:innen Fragenkataloge für BAMF und Gericht abarbeiten soll oder ärztliche Unterstützung bei Abschiebungen fordert}, unterläuft ethische Grundsätze und darf es nicht geben! (S.822).

Es kann in Zukunft nur darum gehen, dass die Mitarbeiter:innen der verschiedenen „Zünfte“, die mit komplexen Problemstellungen im asylrechtlichen Kontext betraut sind, sich gegenseitig den notwendigen Respekt zollen und grundsätzlich darauf vertrauen müssen, dass jede:r seinen:ihren Beruf gelernt hat und weiß was er:sie tut.

Eine klare Abgrenzung der verschiedenen Fachrichtungen und Kompetenzen ist dringend indiziert! Einseitiges ungerechtfertigtes Absprechen von Fachkompetenzen muss aufhören! (Bsp. aus einem Protokoll über die öffentliche Sitzung der 6.Kammer des VG Trier vom 08.08.24:

„Allerdings wurde diese sog. Stellungnahme von einem Psychologischen Psychotherapeuten gefertigt bzw. erstellt und stellt damit keine qualifizierte ärztliche Bescheinigung dar. Nur ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über die fachliche Kompetenz, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren.“). Das ist falsch!

Im Fokus muss das gemeinsame Ziel stehen aufzuklären, welche:r Asylbewerber:in glaubhaft einen Asylanspruch hat bzw. ob ein besonderer Schutzbedarf gegeben ist, oder nicht.

Dies kann aber nur gelingen, wenn man hier solide Wege findet, zusammen zu arbeiten. Kompetenzen und Zuständigkeiten müssen klar sein. Es braucht Schnittstellen, gemeinsame Plattformen und klare Kommunikationswege. Ein fachlicher Austausch auf Augenhöhe und mit genseitigem Respekt muss möglich sein!

Kurzvita:

Gaby Markert, Dipl.-Psychologin, Traumabewältigerin, geb. 1962 in München ist seit 2002 im PSZ beim Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V. in Andernach tätig, davon von 2018-2025 als Therapeutische Leitung; diverse berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen, u.a. 2003-2005 Fortbildung „Psychotraumatologie und Psychotherapie“ bei Lutz Besser, Zentrum für Psychotraumatologie und Psychotherapie in Niedersachsen, 2014 „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) an der Landesärztekammer Baden-Württemberg



VII. Erstellung von ärztlich-psychologischen Stellungnahmen

Hans Joachim Schmitt, Diakonie-Psychosoziales Zentrum Pfalz

In diesem Kapitel soll nun exemplarisch beschrieben werden, wie aktuell der Ablauf einer ärztlich-psychologischen Stellungnahme im Psychosozialen Zentrum Pfalz, von deren Erstellung bis zum Versand, ist.

Es finden in der Regel 10–25 dreistündige Untersuchungsgespräche mit einem Psychologischen Psychotherapeuten - weitergebildet in Gutach-
tenerstellung²⁴ - statt, sowie ein Untersuchungsgespräch von bis zu 3 Stunden Dauer mit einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie. Die Stellungnahmen haben eine Länge von 30 bis 80 Seiten.

Anfrage für eine Stellungnahme:

Vor Beginn einer ärztlich-psychologischen Stellungnahme steht zunächst die Anfrage einer Flüchtlingsberatungsstelle, von ehrenamtlichen Helfer:innen oder dem juristischen Beistand des geflüchteten Menschen. Der erste Schritt ist dann die Zusendung eines Datenbogens an die vermittelnde Person. Es werden Angaben zu Herkunft, Sprache und sozialen Daten, ebenso wie medizinische Behandlungen, ärztliche Berichte, Medikation und Diagnosen abgefragt. Schließlich sollen alle medizinischen Berichte und aufenthaltsrechtlichen Unterlagen zugesandt werden. Nach Abklärung unserer Zuständigkeit und der Durchsicht der eingereichten Dokumente erfolgt eine Einschätzung der Abschiebegefährdung sowie eine Priorisierung, und der geflüchtete Mensch erhält einen entsprechenden Platz auf der Warteliste.

Standards zur Erstellung von Stellungnahmen:

Der Untersuchungsverlauf und die Abfassung der Stellungnahme orientiert sich an dem Curriculum der Bundesärztekammer²⁵. Es wird folgende Gliederung zur Abfassung eines Gutachtens (im

aufenthaltsrechtlichen Verfahren) vorgeschlagen:

1. Gutachtauftrag
2. Quellen
3. Fragestellung und Methoden
4. Vorgeschichte nach Aktenlage
5. Anamnese/Angaben nach Exploration durch Gutachter
6. Angaben zur Symptomatik und Symptomverlauf
7. Befunde/Untersuchungsergebnisse
8. Diskussion und Beurteilung
9. Beantwortung der Fragen
10. Zusammenfassung
11. Literaturangaben

Eine Begutachtung sollte nur erfolgen, wenn der:die Untersuchte nicht Patient:in bei dem:der Untersuchenden ist, weil sonst die Unabhängigkeit der begutachtenden Person eingeschränkt wäre. Dies berücksichtigen wir in unserem PSZ strikt, wir wissen jedoch, dass dies nicht in jedem Fall so durchgehalten werden kann.

Weitere Anforderungen an den:die Gutachter:in ergeben sich aus dem § 60a Abs. 2c AufenthG für eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung. Die Bescheinigung soll nach dem Gesetzestext folgende Punkte enthalten:

- die **tatsächlichen Umstände**, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist,
- die **Methode der Tatsachenerhebung** (z.B. Gespräch mit Sprachmittler:in, fachmedizinische Untersuchungsmethoden, psychiatrische oder psychologische Testverfahren), die konkreten **Diagnosen** mit Angabe der ICD-Bezeichnung,
- den **Schweregrad** der Erkrankung sowie die

²⁴ Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM) einschließlich Istanbul Protokoll. BÄK- Curriculum 2. Auflage Berlin, 23.09.2023.

²⁵ Ebenda.

Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, auch unter Berücksichtigung eines Abbruchs der aktuellen Medikation oder sonstigen Therapie,

- die zur Behandlung erforderlichen **Medikamente** mit der Angabe ihrer **Wirkstoffe mit internationaler Bezeichnung**.

Das Bundesverwaltungsgericht fordert, aus einem ärztlichen Attest für die Darlegung einer PTBS müsse „sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage der Facharzt seine Diagnose gestellt hat und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Dazu gehören etwa Angaben darüber, seit wann und wie häufig sich der Patient in ärztlicher Behandlung befunden hat und ob die von ihm geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden. Des Weiteren sollte das Attest Aufschluss über die Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie den bisherigen Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie) geben. Wird das Vorliegen einer PTBS auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen, so ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist.“ [Urteil vom 11.09.2007 - Az. 10 C 8.07]

Erstellung der ärztlich-psychologischen Stellungnahme:

Die Stellungnahme nennt den:die Adressat:in, die Verfasser nebst deren fachlicher Reputation, die Kontaktdaten des:der Auftraggeber:in, die herangezogenen Quellen sowie Datum und Gesamtdauer der Untersuchungsgespräche, sämtliche aufenthaltsrechtlichen und medizinischen Unterlagen sowie die Fragestellungen, die es zu beantworten gilt und die angewandte Methodik:

Fragestellungen:

1. Liegt bei dem:der Untersuchten ein klinisch relevantes Störungsbild vor, das einer aner-

kannten Diagnose nach ICD-10/11 oder DSM-5 zugeordnet werden kann?

2. Sofern bei ihm:ihr eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, beschreiben Sie bitte detailliert, inwiefern bei ihm:ihr die einzelnen Diagnosekriterien vorliegen bzw. auf Grund welcher Verhaltensweisen/Reaktionen diese festgestellt wurden.
3. Inwiefern liegen Anhaltspunkte pro/contra Simulation, Dissimulation oder Aggravation vor?
4. Welche konkreten Gefahren drohen dem:der Asylbewerber:in bei Rückführung ins Herkunftsland? Beschreiben Sie bitte die mit der erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes verbundenen Auswirkungen konkret und plastisch.
5. Zu welchem Zeitpunkt drohen diese Gefahren (vor, während oder nach Abschluss des Abschiebungsvorganges)?
6. Warum führt die getroffene Diagnose zu den beschriebenen Gesundheitsgefahren?
7. Wie wahrscheinlich ist der Eintritt der geschilderten Gefahren?
8. Wie kommen Sie zu der getroffenen Wahrscheinlichkeitseinschätzung hinsichtlich des aufgezeigten Gefahrenszenarios?
9. Was sind die Anknüpfungspunkte, die konkreten Auslöser für eine Retraumatisierung?
10. Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist mit einer Retraumatisierung zu rechnen?
11. Welche gesundheitlichen Folgen treten im Falle der Retraumatisierung mit welcher Wahrscheinlichkeit auf, und wie kommen Sie zu Ihrer Wahrscheinlichkeitseinschätzung? Beschreiben Sie bitte die mit der erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes verbundenen Auswirkungen konkret und plastisch.
12. Mit welcher Wahrscheinlichkeit ist ein Suizidversuch nach Rückkehr ins Herkunftsland zu erwarten? Worauf basiert die Einschätzung?
13. Gab es schon Suizidversuche des:der Asylbewerber:in oder in seinem:ihrer familiären Umfeld?
14. Wie konkret waren die Suizidabsichten? Wie nahe stand der:die Betroffene an der Durchführung eines Suizidversuchs?
15. Wodurch kann ausgeschlossen werden, dass die Ankündigung/Androhung von Suizid de-

monstrativen Charakter mit finaler Ausrichtung auf einen Krankheitsgewinn hat?

16. Hat der:die Asylbewerber:in religiöse oder gesellschaftliche Wertvorstellungen, die ihn:sie von einem Selbstmordversuch abhalten?

17. Wie kann der Suizidversuch abgewendet werden?

Methodik:

Es handelt sich um eine klinische Begutachtung und keine aussagenpsychologische Begutachtung. Eine klinische Begutachtung beinhaltet Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Erheben des psychischen Befundes und evtl. körperlicher Befunde, eine Beurteilung aufgrund der erhobenen Befunde vor dem Hintergrund des aktuellen Standes der medizinischen und klinisch-psychologischen Wissenschaft. Die klinische Verhaltensbeobachtung, das Beschwerdebild und die Befunde können in Zusammenschau mit der erhobenen Anamnese Hinweise auf ein spezielles auslösendes Trauma oder eine traumatische Sequenz liefern und insofern als Hinweis (Indiz) für den Erlebnisbezug von anamnestischen Angaben zu einer traumatischen Verfolgungsgeschichte gewertet werden.

Sprachmittlung:

Es werden Name, Wohnort und Sprache der verwendeten Sprachmittlung dokumentiert sowie der Grad der Verständigung zwischen Sprachmittlung und untersuchter Person.

Vorgeschichte anhand der Aktenlage:

In der Stellungnahme werden folgende Dokumente chronologisch aufgelistet:

- Sämtliche aufenthaltsrechtlichen Niederschriften,
- Protokolle,
- Bescheide,
- Urteile nebst Ereignisschilderungen und Begründungen,
- Sämtliche ärztliche Befunde ambulanter Behandlungen,
- Entlassberichte stationärer Behandlungen,
- Dokumentationen aller geschilderten Symptome, Lebensereignisse und Diagnosen,

- Behandlungsempfehlungen,
- Medikation.

Inhaltlicher Ablauf der Untersuchungsgespräche zur Abfassung einer Stellungnahme:

Nach Terminabsprache mit dem geflüchteten Menschen und der Sprachmittlung findet ein erstes Untersuchungsgespräch statt. Alle Gespräche finden nach Möglichkeit in Präsenz statt.

Zu Beginn wird dargelegt:

- dass der:die Untersuchte Auftraggeber:in der ärztlich-psychologischen Stellungnahme ist,
- warum die Untersuchungsgespräche zur Erstellung einer ärztlich psychologischen Stellungnahme durchgeführt werden sollen,
- wer nach einer Schweigepflichtsentbindung durch den:die Untersuchte:n die Stellungnahme erhalten soll,
- welche Themenabfolge in den Untersuchungsgesprächen zu erwarten ist,
- welcher Zeitbedarf in etwa zu veranschlagen ist.

Noch offene Fragen können geklärt werden. Dem untersuchten geflüchteten Menschen wird zugesichert, jederzeit eine Pause machen zu können oder, je nach persönlicher Verfassung, das Gespräch auch zu beenden. Nach Feststellung, dass sich die Sprachmittlung und der Untersuchte zu 100 % verständigen können, starten die Untersuchungsgespräche.

Zu Beginn jedes Untersuchungsgesprächs steht die Frage, wie sich der:die Untersuchte momentan fühlt („Spontanangaben zum Befinden“). Werden möglicherweise krankheitsbedingte Symptome geschildert, wird nach dem erstmaligen Auftreten, dem Ausmaß bezüglich Dauer und Intensität sowie der Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome gefragt. Mögliche Diagnosen können hierdurch komplettiert und erhärtet oder tendenziell vorläufig ausgeschlossen oder der weiteren Beobachtung zugeordnet werden.

Allgemeine somatische Anamnese I Medikation: Chronologische Auflistung der „Spontanangaben zum Befinden“ jedes Untersuchungstermines, gefolgt von der **Krankheitsanamnese** von Geburt an:

Erster Untersuchungsgegenstand ist die Krankheitsanamnese der Erkrankungen, die der:die Untersuchte von Kindheit an bis heute gehabt hat. Es wird nach schwereren körperlichen Erkrankungen, Operationen, Verletzungen, Knochenbrüchen, Schmerzsyndromen, wiederkehrenden körperlichen Beschwerden, Allergien und ggf. gynäkologischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf den derzeitigen Gesundheitszustand gefragt. Es wird festgehalten, wann die Erkrankungen waren und wie deren Behandlung erfolgte und ggf. fortgeführt wird.

Nächstes Untersuchungsthema ist die **vegetative Anamnese** mit Fragen zum Schlaf, Appetit, Essverhalten, Trinkverhalten, Verdauung und Gebrauch von Medikamenten. Es werden das aktuelle Gewicht und die Körpergröße ermittelt sowie die Tendenz der möglichen Gewichtsveränderung erfragt. Im Anschluss erfolgt die **Suchtanamnese** bezüglich Nikotin, Alkohol und Drogen.

Sozialanamnese:

In der **Sozialanamnese** wird zunächst die eigene Kindheit, Geschwister und Eltern sowie die damalige Lebenssituation der Familie abgefragt, schließlich die schulische und berufliche Ausbildung und eigene berufliche Tätigkeit, ebenso der Familienstand, Hochzeit, Geburt von Kindern, Wohn- und Lebensbedingungen der eigenen Familie im Herkunftsland, sowie die aktuellen Wohn- und Lebensbedingungen in Deutschland, finanzielle und aufenthaltsrechtliche Situation und aktuelle Tätigkeit.

Familienanamnese:

In der **Familienanamnese** geht es um die Frage nach psychischen Störungen von Eltern, Geschwistern und Verwandten, sowie etwaigen Suizidversuchen im familiären Umfeld.

Spezielle Vorgeschichte I Fluchtgeschichte:

Frühestens im dritten, meist im vierten oder fünften Untersuchungsgespräch, wenn eine vertrauensvolle gegenseitige Beziehung in der Untersuchungssituation eingetreten ist, werden die Fluchtgeschichte und die ausschlaggebenden Gründe für die Flucht zum Thema gemacht.

Dieser Abschnitt der Untersuchung ist für die Untersuchten meist extrem belastend, da die Ereignisse und Erinnerungen in aller Regel starke aversive Emotionen im Sinne von Wiedererleben der Situationen mit Todesängsten, Ohnmacht, Hilflosigkeit und physischem Wiedererleben hervorrufen.

Gegenstand des Gesprächs sind alle Ereignisse im Herkunftsland der Untersuchten, die aus deren Sicht ausschlaggebend dafür waren, das Herkunftsland verlassen zu müssen. Die Ereignisse werden so weit wie möglich chronologisch erfasst. Wichtig sind die beteiligten Akteur:innen, der tatsächliche, möglichst realitätsnahe Ablauf der Ereignisse, deren emotionale und psychische Auswirkungen auf die Untersuchten zum Zeitpunkt des Ereignisses und anschließend bis zur Gegenwart.

Die klinische Untersuchung beinhaltet Anamnese, Verhaltensbeobachtung und das Erheben des psychischen Befundes. Die klinische Verhaltensbeobachtung, das Beschwerdebild und die Befunde werden seitens des:der Untersucher:in in Zusammenschau mit der erhobenen Anamnese auf Hinweise und deren Kongruenz auf spezielle auslösende Traumata analysiert und darauf geprüft, ob sie als Hinweis für den Erlebnisbezug der anamnestischen Angaben zu einer traumatischen Verfolgungsgeschichte zu werten sind.

Gegenstand der Untersuchungsgespräche sind im weiteren Verlauf das ganze Fluchtgeschehen bis zur Ankunft in Deutschland und der aktuellen Wohn- und Lebenssituation.

Durchsicht der aufenthaltsrechtlichen Unterlagen nach Unklarheiten, Fehlern, Widersprüchen

und gegebenenfalls verspätetes Vorbringen von Ereignissen oder Krankheiten

Nach der Erfassung der Fluchtgeschichte werden die bisherigen aufenthaltsrechtlichen Unterlagen dahingehend geprüft, ob in ihnen Unklarheiten, Fehler und Widersprüche enthalten sind. Alle richtigzustellenden Tatbestände werden in Fußnoten und Anmerkungen dargelegt. Bei verspätet vorgebrachten Ereignissen und Krankheiten muss die Verspätung begründet werden.

Das Zustandekommen der evtl. Unklarheiten, Fehler und Widersprüche wird auf dem Hintergrund der erhobenen Krankheitsanamnese sowie der diagnostizierten Krankheitssymptome geprüft und festgestellt, ob diese auf die diagnostizierten Krankheitssymptome selbst zurückgeführt werden können.

Dieser Teil der ärztlich-psychologischen Stellungnahme ist, je nach Umfang der aufenthaltsrechtlichen Unterlagen, sehr zeitaufwändig und erstreckt sich auf mehrere Untersuchungsgespräche.

Klinische Untersuchung anhand von Fragebögen und psychologischen Testverfahren:

ITEM: Deutsche Übersetzung des internationalen Fragebogens zur Erhebung traumatischer Ereignisse²⁶

Der ITEM (International Trauma Exposure Measure) ist eine neue Checkliste, die entwickelt wurde, um traumatische Lebensereignisse und die damit verbundenen Merkmale, entsprechend der Definition eines traumatischen Ereignisses nach ICD-11, zu erheben.

Der ITEM erfasst unterschiedliche traumatische Lebensereignisse über alle Lebensphasen hin-

weg (Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter. Er erhebt wie oft das schlimmste traumatische Ereignis erlebt wurde, wie lange dieses Ereignis zurückliegt und die Emotion, die am stärksten mit diesem Ereignis in Verbindung gebracht wird.

International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD²⁷

Der ITI besteht aus 18 Items und für jedes Symptom werden standardisierte Fragen gestellt und deren Intensität erfasst. Der:die Untersuchende bewertet sowohl die Symptommhäufigkeit als auch die Intensität, die in einen Gesamtindex der Symptomschwere umgewandelt werden. Eine Diagnose von PTBS / komplexer PTBS wird durch Anwendung der ICD-11-Diagnoseregeln gestellt. Nach Auswertung der Liste mit schwerwiegenden Lebensereignissen (THQ), werden anhand dieser Ereignisse Häufigkeit und Intensität der auftretenden Symptome auf einer fünfstufigen, verhaltensverankerten Skala beurteilt. Schließlich werden Beginn und Dauer der Symptome erfasst sowie der Grad der subjektiven Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen und Begleitsymptome. Im Anschluss an das Interview beurteilt der:die Untersuchende die Validität der Aussagen und die Gesamtschwere der Symptomatik.

Weitere klinische Testverfahren

Insofern bei den bisherigen Untersuchungsgesprächen Symptome möglicherweise weiterer psychischer Störungen festgestellt wurden, werden weitere klinische Testverfahren eingesetzt, um diese zu bestätigen oder zu falsifizieren. Weitere komorbide Störungen sind häufig depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen wie z.B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) sowie Ess- und Suchtstörungen.

²⁶ Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133–141.

Die deutsche Übersetzung von Meinhardt, J., Lueger-Schuster, B.: Die Adaption des ITEMs aus dem Englischen ins Deutsche - Eine Fragebogenübersetzung (2022).

²⁷ International Trauma Interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD Release Version 1.0. Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Chris R. Brewin, 24.11.2022

Die deutsche Übersetzung aus dem Amerikanischen von Ulrich Schnyder und Andreas Maercker, Zürich, 29.02.2024.

Psychischer I Psychologischer Befund

Nach den anamnestischen Untersuchungsge-
sprächen und den Untersuchungen mittels klini-
scher Testverfahren wird zusammenfassend der
psychische Befund dargelegt. Die festgestellte
psychische Symptomatik wird in Übereinstim-
mung mit dem DSM-528 oder ICD 1129 (Interna-
tional Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems, einer medizinischen
Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorgani-
sation) abgefasst.

Diskussion

Aufgrund des dargelegten psychischen Befun-
des werden in Frage kommende mögliche Diag-
nosen diskutiert und abgewogen sowie eine, am
Befinden des:der Untersuchten am meisten ent-
sprechende, Diagnose gestellt.

Diagnosen

Gemäß den Kriterien von DSM-5 oder ICD 11,
wird eine oder werden mehrere Diagnosen mit
entsprechender DSM-5 oder ICD-Verschlüsse-
lung gestellt.

Begründung

Hier werden, als Folge der erfassten traumati-
schen Lebensereignisse, die einzelnen Sympto-
me der psychischen Störung des Untersuchten
aufgelistet, die in ihrer Gesamtschau den Krite-
rien der einzelnen Diagnosen nach DSM-5 oder
ICD 11 entsprechen.

Behandlungsempfehlung

Aufgrund der gestellten Diagnosen und dem psy-
chischen Befinden des:der Untersuchten, ergibt
sich die Notwendigkeit einer Behandlung der psy-
chischen Störungen. Diese bestehen entweder in
einer Fortführung, Änderung oder einer Neuauf-
nahme von Behandlungsmaßnahmen.

Beantwortung der Fragen

Aufgrund der Anamneseerhebung und der klini-
schen Diagnostik können nun die zu Beginn der
Stellungnahme gestellten Fragen beantwortet
werden. In aller Regel zielen die Untersuchungs-
gespräche darauf ab, eine oder mehrere Erkrank-
ungen des:der Untersuchten, die im Herkunfts-
land aufgrund spezifischer Lebensereignisse
entstanden sind, festzustellen, die, im Falle einer
Rückführung in dieses Land, zu einer erheblichen
Verschlechterung mit lebensbedrohlichen Zu-
ständen und gegebenenfalls zu suizidalem Ver-
halten führen würden.

Frage 1: Hier werden die unter dem Stich-
wort Diagnosen aufgeführten nach
den Kriterien von DSM-5 und ICD 11
ermittelten psychischen Störungen
nochmals aufgeführt.

Frage 2: Bei der Beantwortung der Frage wird
auf eine Zusammenfassung und das
Ergebnis des ITI verwiesen. Dieser
stellt über alle, bei einer Posttraumati-
schen Belastungsstörung möglichen,
Symptome hinweg fest, welche Krite-
rien im Einzelnen in welchem Ausmaß
und mit welchen konkreten Inhalten
aus dem Leben des:der Untersuchten
verknüpft sind.

Frage 3: Eine Antwort gibt hier ebenfalls der ITI,
in dessen Auswertung festgehalten
wird, ob es irgendwelche Einschrän-
kungen der Validität der Antworten
bezüglich der Compliance während
des Interviews, dem Psychostatus
des:der Untersuchten (z.B. Konzen-
trationsstörungen, Verständnis der
Items, Dissoziation) und Hinweise auf
Versuche, Symptome zu übertreiben
oder zu minimieren gab.

²⁸ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 der American Psychiatric Association, deut-
sche Ausgabe Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, Göttingen 2015.

²⁹ ICD-11 Psychische Störungen: Innovationen und ihre Bewertung, Lars Hölzel und Mathias Berger (Herausgeber), Hei-
delberg 2024.

Frage 4: Hier wird nach den konkreten gesundheitlichen Gefahren gefragt, die dem:der Untersuchten drohen falls diese:r in sein:ihr Herkunftsland rückgeführt wird. Diese Auswirkungen sollten möglichst konkret und plastisch beschrieben werden.

Die Frage hebt hier auf ein Szenario ab, das trotz der ärztlich- psychologischen Stellungnahme, die ja in der Regel ein Abschiebeverbot wegen der sich im Herkunftsland erheblich bis hin zu lebensbedrohlich verschlechternden Krankheit zu erreichen versucht, verhindert werden soll. Hier muss zunächst angenommen werden, dass sich die schlechteste psychische Verfassung des:der Untersuchten in seinem:ihrer Herkunftsland mindestens genauso wieder ergeben wird, in der Regel aber wegen fehlender Lebensperspektive und konkreter Gefahren sich noch weiter deutlich verschlechtern wird. Trotz allem handelt es sich hier um eine prognostische Aussage, wenn auch aufgrund der bisher festgestellten Tatbestände.

Frage 5: Hier soll die Frage beantwortet werden, zu welchem Zeitpunkt diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes droht (vor, während oder nach dem Abschiebungsvorgang). In aller Regel führt bei den Untersuchten schon alleine das Wissen um einen unsicheren Aufenthaltsstatus und einer jederzeit drohenden Abschiebung, zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Prozedur einer konkreten Abschiebung und die Rückführung ins Herkunftsland, potenzieren diesen psychischen Zustand derart, dass es zu Hoffnungslosigkeit und Ohnmachtsgefühlen mit Wiedererleben der schlimmsten Lebensereignisse kommt, in deren Fol-

ge es mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu impulsiven suizidalen Handlungen kommen kann.

Frage 6: Hier ist die Frage zu beantworten, warum die getroffenen Diagnosen zu den geschilderten Gesundheitsgefahren führen. Es sind natürlich psychische Störungen, die sich hinter den Diagnosen befinden, die in der Interaktion mit Maßnahmen zur Rückführung ins Herkunftsland, sowie der im Herkunftsland konkret zu erwartenden Situation mit der dort fehlenden Lebensperspektive und der Gefahr ständiger Retraumatisierungen, die Untersuchten in eine Hilf- und Handlungslosigkeit versetzen.

Frage 7: Hier wird die Frage gestellt, mit welcher Wahrscheinlichkeit die geschilderten Gefahren eintreten werden. Aus Sicht der Untersuchten wird dies mit einer absoluten Wahrscheinlichkeit von 100 % eintreten. Bereits im Untersuchungsgespräch führt diese Fragestellung bei den Untersuchten ausnahmslos zu einem Zustand von Wiedererleben der traumatisierenden Ereignisse in ihrem Herkunftsland mit deutlichen emotionalen Belastungsmerkmalen. Das Untersuchungsgespräch muss in den meisten Fällen für längere Zeit unterbrochen oder vorzeitig beendet werden. Da dieser psychische Ausnahmezustand bereits in einer „sicheren“ Umgebung auftritt, ist in einer „unsicheren“ Umgebung mit dem Auftreten hochwahrscheinlich zu rechnen.

Frage 8: Hier wird erneut danach gefragt, wie der:die Untersuchende zur Wahrscheinlichkeitseinschätzung hinsichtlich des Gefahrenszenarios kommt. Unabhängig vom konkreten Einzelfall gibt es, bezogen auf unterschiedliche Diagnosen psychischer Störungen,

epidemiologische Erkenntnisse über einem damit verbundenen Suizidrisiko. Dieses steigt je nach Art und Schwere der psychischen Störungen gegenüber einem vergleichbaren Bevölkerungsdurchschnitt ohne diese Störungen erheblich an.

Auf der anderen Seite ist, auch unter Berücksichtigung des von dem:der Untersuchten bereits erlebten Gefahrenszenarios in seinem Herkunftsland, davon auszugehen, dass diese sich mindestens in gleicher Weise erneut wiederereignen, hochwahrscheinlich aber in deutlich gesteigerter Form wiederereignen könnten.

Frage 9: Hier wird nach Anknüpfungspunkten und Auslösern für eine mögliche Retraumatisierung gefragt.

Alle im Herkunftsland erlebten traumatisierenden Lebensereignisse hinterließen bei den betroffenen Untersuchten spezifische, jedoch nicht immer bewusst zugängliche Auslöser, die zum gefühlsmäßigen und bildhaften Wiedererleben dieser Lebensereignisse führen können. Ein Teil dieser Auslöser kann in der Regel benannt und aufgelistet werden, jedoch verbleibt ein unbestimmt großer Anteil, der wegen den traumatisierenden Ereignissen nicht logisch verarbeitet und im Gedächtnis gespeichert werden konnte, bestehen, der nach einer Rückführung krankheitseskalierend wirkt.

Frage 10: Hier wird nach der Wahrscheinlichkeit einer Retraumatisierung im Herkunftsland gefragt. Zu einer Retraumatisierung im Herkunftsland wird es schon kommen, wenn der:die Untersuchte im Herkunftsland einen Auslöser wahrnimmt, der nicht einmal logisch mit einem erlebten traumati-

sierenden Lebensereignis verknüpft sein muss. Neben diesen eher unbewusst verknüpften Auslösern gibt es noch die im Bewusstsein verankerten Auslösesituationen. Zusammengefasst ist mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit mit Retraumatisierungen zu rechnen.

Frage 11: Hier soll die Frage geklärt werden, welche gesundheitlichen Folgen aufgrund der Retraumatisierung mit welcher Wahrscheinlichkeit auftreten und wie der:die Untersuchende zu dieser Wahrscheinlichkeitseinschätzung kommt. Die, mit der erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des:der Untersuchten verbundenen, Auswirkungen sollen konkret und plastisch beschrieben werden.

Auch diese Frage hebt auf eine Rückführung des:der Untersuchten ins Herkunftsland ab, die mit der ärztlich-psychologischen Stellungnahme und einer darin festgestellten psychischen Störung, die ein Abschiebeverbot nahelegt, verhindert werden soll. Auch hier sind die Auswirkungen der traumatisierenden Lebensereignisse auf den:die Untersuchte:n im Herkunftsland zu Grunde zu legen. Der:die Untersuchte wird die Retraumatisierungen mit den gleichen aversiv erlebten Gefühlen und Todesängsten durchleben. Dieser Zustand setzt ihn:sie für Stunden, Tage oder auch Wochen in einen hilflosen ohnmächtigen Zustand. Dieser Zustand macht es ihm:ihr unmöglich, am sozialen Leben oder seinem:ihrer Lebensunterhalt teilhaben zu können.

Frage 12: Hier soll geklärt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit mit einem Suizidversuch nach Rückführung ins Herkunftsland zu rechnen ist und wie

der:die Untersuchende zu dieser Einschätzung kommt.

Auch hier gibt es wieder epidemiologische Untersuchungen zu einem erhöhten Suizidrisiko bei Kombinationen von verschiedenen psychischen Störungen – etwa depressive Störung mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Für die Untersuchten stellt die unsichere Lebensperspektive und Aufenthaltsperspektive in Deutschland, neben deren psychischer Symptomatik, eine enorme und destabilisierende Belastung dar. Im Falle einer Rückführung ins Herkunftsland ist eine weitere Verschlechterung der Symptomatik bis hin zu einer psychischen Dekompensation zu befürchten, welche sich in einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zu einem Suizid entladen könnte. Für die individuelle Einschätzung des Suizidrisikos sind nach Lindner et. al.³⁰ bestimmte Prädiktoren bzw. Risikofaktoren ausschlaggebend. Als besonders gefährdet gelten demnach psychisch Kranke mit starker Angst, andauernder Schlaflosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und gesteigerter Impulsivität; weiterhin Menschen in psychosozialen Krisen, die sich inneren oder äußeren Ereignissen gegenübersehen, die sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht bewältigen können, sowie Menschen mit konkreten Suizid- Vorbereitungen, bereits vollzogenen Suizidversuchen und Suiziden in der Familie. Einen weiteren Prädiktor stellen wiederholte und / oder akute Trennungserfahrungen dar, die sich in wichtigen Beziehungen ereignen können. Hierzu zählen auch Trennungen von therapeutischen Bezugspersonen. Neben

den genannten Risikofaktoren sollte die aktuelle psychische Befindlichkeit in Form von Depressivität, Angst, Hoffnungslosigkeit, Schlaflosigkeit, süchtigem Verhalten, Impulsivität, Aggressivität, akuten Lebensbelastungen, gestörter Krankheitsbearbeitung, unerträglichen Erinnerungen, negativen und resignativer Einschätzung der Lebensumstände und eine Identifikation mit destruktivem Verhalten wichtiger Bezugspersonen zur Beurteilung der Suizidgefährdung herangezogen werden.

Frage 13: Die Frage nach bisherigen Suizidversuchen der Untersuchten bzw. in deren familiären Umfeld und deren Beantwortung lässt sich der erhobenen Anamnese entnehmen.

Frage 14: Die Frage hebt darauf ab, wie konkret die Suizidabsichten des:der Untersuchten waren und wie nahe er:sie vor einer Durchführung stand. Das Ergebnis einer Untersuchung von Instrumenten zur Risikoabschätzung von Suizidgefährdungen ergab, dass eine Risikoabschätzung im Kontext suizidalen Erlebens und Verhaltens nicht sicher möglich ist. Aktuelle Metaanalysen zeigen, dass weder Einzelvariable noch Risikoscores das klinische Urteil oder die Orientierung an einem Theoriemodell eine zufriedenstellende Vorhersage suizidalen Verhaltens erlauben. Eine Vorhersage suizidalen Verhaltens ist trotz intensiver Forschung derzeit nicht möglich. Der Fokus im Gespräch mit suizidalen Patient:innen sollte sich daher verlagern: Es geht nicht darum, auf Basis erfasster Informationen eine Risikoabschätzung vorzunehmen, sondern darum, Ansatzpunkte für die Krisenintervention und Therapieplanung zu

³⁰ Lindner, R., Fiedler, G. & Götze, P., 2003. Diagnostik der Suizidalität. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 15, 1004 – 1007.

gewinnen (Tobias Teismann et al.³¹) Die Autoren empfehlen eine partnerschaftliche Behandlungsplanung zwischen Patient:in und dem Behandlungssetting. Sie unterscheiden ein Schweregradkontinuum suizidaler Krisen von „Leicht“, „Moderat“, „Stark“ und „Extrem“. Der in den ärztlich-psychologischen Stellungnahmen ermittelte Schweregrad ist in der Regel „Extrem“ und ist gekennzeichnet durch regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, konkreten Planungen, subjektiven und objektivierbaren Absicht, eingeschränkter Selbstkontrolle, bedeutsamen Symptombelastungen, vielen Risikofaktoren und dem nicht Vorhandensein von Schutzfaktoren.

Frage 15: Diese Frage hebt darauf ab, ob ausgeschlossen werden kann, dass die Ankündigung eines Suizids von dem:der Untersuchten nur aus demonstrativem Charakter mit finaler Ausrichtung auf einen Krankheitsgewinn erfolgt.

Bei der Beantwortung dieser Fragestellung ist eine diagnostische Zuordnung aufgrund der vorhandenen, auch am Verhalten des:der Untersuchten feststellbaren, Krankheitssymptomatik nach den Kriterien von DSM-5 und ICD 11 erfolgt, die Ankündigung eines Suizides verändert die gestellte Diagnose nicht in die Richtung eines Krankheitsgewinns. Falls eine akute Suizidalität festgestellt wird, ist eine stationäre psychiatrische Behandlung unmittelbar zu veranlassen.

Frage 16: Diese Frage hebt darauf ab, ob die Untersuchten religiöse oder gesellschaftliche Wertvorstellungen haben, die sie von einem Suizid abhalten. In

aller Regel wird dies von den Untersuchten bejaht, was aber in einer aussichtslosen Situation nach Rückführung in ihr Herkunftsland keinen Schutz vor einem Suizid darstellen würde. Die Gefahr einer impulsiven suizidalen Handlung in einer ausweglosen Situation ist dadurch nicht abwendbar.

Frage 17: Diese Frage hebt darauf ab, durch was ein Suizidversuch abgewendet werden kann. In aller Regel kann ein Suizidversuch nach Rückführung ins Herkunftsland kaum abgewendet werden. Vielmehr ist dies durch einen gesicherten Aufenthaltsstatus und eine berufliche Integration in einem als sicher erlebten Land wie z.B. Deutschland zu erreichen.

Prognose

Die ärztlich-psychologische Stellungnahme schließt mit einer Prognose insbesondere über die zu erwartende erhebliche gesundheitliche Verschlechterung des:der Untersuchten nach Rückführung ins Herkunftsland oder eines zuständigen Drittstaats ab.

Unterschriften

Die ärztlich-psychologische Stellungnahme wird von dem:der Fachärzt:in für Psychiatrie und dem:der Psychologischen Psychotherapeut:in unterzeichnet.

Literaturangaben

Die Literaturangaben der verwendeten Literatur schließen die Stellungnahme ab.

³¹ Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Heide Glaesmer (Hrsg.), Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch. Psychiatrie Verlag 2021.

VIII. Zurückweisungsgründe von Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Hans Joachim Schmitt, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Pfalz

Die „Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)“ hat im September 2021 eine Sammlung von Ablehnungsgründen der Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vorgelegt.³² Damals wurden folgende Gründe angeführt:

- Zurückweisung wegen des Umfangs der Stellungnahme bzw. der Anzahl der Untersuchungstermine
- Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der Parteilichkeit
- Zurückweisung psychologisch-therapeutischer Stellungnahmen
- Zurückweisung der PTBS-Diagnose anhand von Glaubhaftigkeitserwägungen
- Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der späten Geltendmachung der Erkrankung
- Verneinung der Schwere der Erkrankung

Eine Auswertung der zurückgewiesenen ärztlich-psychologischen Stellungnahmen des PSZ Pfalz aus dem Jahr 2024 hat ergeben, dass weder der Umfang der Stellungnahmen noch die Anzahl der Untersuchungstermine noch der Vorwurf der Parteilichkeit noch die fehlende Beteiligung eines/einer Facharzt:in für Psychiatrie oder das verspätete Vorbringen der Erkrankung oder die fehlende Schwere der Erkrankung die Gründe waren, sondern dies ausschließlich aufgrund von Glaubhaftigkeitserwägungen erfolgte. Dieses soll beispielhaft an einem Fall erläutert werden:

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sowie das Verwaltungsgericht hatten bereits die traumatisierenden Ereignisse des Antragstellers auf Asylgewährung wegen fehlender Glaubhaftigkeit zurückgewiesen.

Die Anamneseerhebung zur Erstellung einer Stellungnahme hatte ergeben, dass der Antragsteller während seines Vortrages - insbesondere bei Unterbrechungen durch Nachfragen des Entscheiders, des Richters oder auch des Untersuchenden - vollkommen den Gesprächsfaden verlor, da er durch innerpsychische Vorgänge, in denen er zeitgleich Flashbacks mehrerer traumatisierender Ereignisse erlebte, die sich miteinander vermengten, ohne dass er dies hätte kontrollieren können. Im Ergebnis kam es zu Schilderungen von fragmentierten und in der chronologischen Abfolge unterschiedlich anmutenden Ereignissen.

Diese Schilderungen der Ereignisse wurden sowohl vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als auch vom Verwaltungsgericht als nicht glaubhaft eingestuft. Zu diesem Zeitpunkt waren dem Untersuchten die Diagnosen seiner psychischen Störungen selbst nicht bekannt und eine psychiatrische Untersuchung oder Diagnosestellung war bis dahin nicht erfolgt und konnte dementsprechend nicht vorgelegt werden.

Die im weiteren aufenthaltsrechtlichen Verfahren vorgelegten ärztlichen Atteste und auch die ärztlich-psychologische Stellungnahme des Psychosozialen Zentrum Pfalz konnten keine Änderung der Einschätzungen durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Folgeantrag sowie der Klage vor dem Verwaltungsgericht in Bezug auf die fehlende Glaubhaftigkeit des Sachvortrags bewirken.

Die Untersuchungsgespräche der Stellungnahme zielten darauf ab, sämtliche Ereignisse im Ablauf realitätsgerecht und chronologisch wiederzugeben. Diese Richtigstellungen wurden dokumentiert und in Fußnoten in den vorliegenden aufenthaltsrechtlichen Unterlagen vermerkt.

³² Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.: Psychische Erkrankungen und krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Berlin 2021.

Folgende traumatisierende Ereignisse wurden vom Untersuchten geschildert:

- Als Schüler im Alter von ungefähr 13 Jahren sei er auf dem Weg von der Schule nach Hause mit dem Fahrrad in eine Kuhherde gekommen, sei gestürzt und habe auf dem Boden liegend Todesängste durchlebt, als die Kühe über ihn hinwegtrampelten. Er habe sich dabei in die Hosen gemacht.
- Im Alter von ca. 25 Jahren sei er auf dem Weg von der Universität nach Hause gekidnappt worden. Er sei angeschossen worden, habe dann seinen Körper abgesucht und habe auf seinem rechten Arm Blut gesehen. Nach einem Schlag auf die Stirn sei er bewusstlos geworden. Nach dem Aufwachen seien seine Augen verbunden und die Hände nach hinten um einen Baum gebunden gewesen. Die Täter hätten etwas angezündet, was nach Plastik gerochen habe. Sie hätten dies über seine Knie gehalten und der flüssige Kunststoff sei auf seine nackten Knie getropft. Er habe laut geschrien und ihm sei der Mund zugehalten worden. Mit einem im Feuer erhitzten Messer sei ihm 3-mal die Haut auf der rechten Bauchseite verbrannt worden. Einer der Angreifer habe zu ihm gesagt:
- „Gott hat dir dieses Leben geschenkt, aber ich werde dir heute dieses Leben nehmen.“ Er habe starke Schmerzen gehabt und geglaubt, jetzt zu sterben. Dann habe einer sein Ohr nach oben gezogen und seinen Kopf hoch. Sie hätten dann mit einer Pistole an seinen Ohren vorbeigeschossen. Er sei dann erneut bewusstlos geworden und schließlich in einem Krankenhaus aufgewacht.
- Er sei in einem dunklen Raum inhaftiert gewesen, in dem Menschen am Verwesen gewesen seien. Er wisse nicht genau, wie lange er in dem Raum gefangen gewesen sei. Er habe dort keine Chance gehabt, Tag und Nacht zu erkennen. Es sei stockfinster gewesen. Er habe nur etwas gesehen, wenn die Tür für kurze Zeit geöffnet wurde und Licht hereingefallen sei. In diesem Gefängnis habe er zweimal trockenes Brot bekom-

men. Er sei in dieser Zeit stark abgemagert. Er könne nicht genau sagen, wie lange er dortgeblieben sei, es könnten 7 Tage, es könnten aber genauso 14 Tage gewesen sein. Als er dann von dort weggebracht worden sei, habe er 2 Fahrzeuge starten hören. Zuvor seien sie in den Raum gekommen und hätten ihm eine lange, dicke Mütze über den Kopf gestreift und am Hals zusammengebunden. Dann seien seine Arme nach hinten gebunden worden. Er sei dann hinausgebracht und auf den Wagenboden gelegt worden. Er habe die Fahrt über die Beine von 2 Personen an seinem Körper gespürt. Er wisse nicht, wie lange die Fahrt gedauert habe, aber er schätze wenigstens 3 Stunden. Irgendwann habe das Auto angehalten und weil er eingeschlafen gewesen sei, habe man ihm auf die Wangen geschlagen, dass er aufwachte. Sie hätten ihn dann in einen Wald gebracht. Dort seien hinter seinem Rücken auch die Beine zusammengebunden und mit den Händen zusammengebunden worden. Den Wald habe er nur so erkennen können, da der Boden weich gewesen sei und er habe auch den Wald gerochen. Zwischen seine Hände und seine Füße sei ein Stab gesteckt worden. Er sei dann in eine Art Gestell eingehängt worden. Er habe dort mit dem Bauch nach unten gehangen.

- Unter ihm habe ein Autoreifen gebrannt. Er habe den Rauch wahrgenommen und eingeatmet. Die Hitze sei sehr groß gewesen, es sei immer heißer geworden. Er habe die ganze Zeit Todesängste gehabt und sei schließlich bewusstlos geworden. Er sei dann in einer Klinik wieder zu sich gekommen.
- Beim Schiffsunglück 2016 sei seine Freundin ertrunken und auch er habe dabei geglaubt, zu Tode zu kommen. Es seien 182 Menschen auf dem Boot gewesen und 52 hätten überlebt. Das Boot sei überfüllt gewesen. Er habe nach seiner Freundin gerufen und habe versucht, zur Mitte des Bootes zu gehen. Dabei habe er gemerkt, dass er immer tiefer einsinke. Er habe gemerkt, dass das Boot keinen Boden mehr gehabt habe. Er sei am Untergehen gewesen und jemand habe ihn am Arm gepackt und wieder hoch-

gezogen. Er habe dann realisiert, dass er durch das Loch im Boot im Wasser untergegangen sei. Er habe nicht mehr gewusst, was er denken sollte. Nach einer Zeit habe er das Gefühl gehabt, als schlage jemand an seine Wade. Er griff dann mit seinen beiden Händen ins Wasser und es sei ein Mensch gewesen. Er habe den Menschen nach oben gezogen und er habe den Menschen als seine Freundin erkannt. Sie sei tot gewesen.

Der Untersuchte erläuterte seinen Zustand und die daraus folgenden Probleme seines sachlichen Vortrags beim BAMF und Verwaltungsgericht wie folgt:

„Er habe psychische Probleme gehabt. Man habe schon in der AfA nach einem Psychotherapeuten für ihn gesucht. Der Erstgesprächstermin bei einer Psychologin hätte lange gedauert. Aufgrund seiner psychischen Probleme sei es ihm nicht möglich gewesen, alle Ereignisse detailliert zu beschreiben, wie z.B. als er fast zu Tode gegrillt worden sei, weil er Angst davor habe sich so detailliert an diese Ereignisse zu erinnern, weil er dadurch nächtelange Alpträume bekomme, als würde er das Ereignis direkt wiedererleben. Er werde dann sehr emotional, unglücklich und aggressiv, beginne zu Weinen und bekomme Todesängste. Alle Erinnerungen prasselten dann auf ihn ein und würden ineinander verschwimmen, sich überlappen, so dass er nicht mehr in der Lage sei, diese chronologisch zu ordnen und detailliert und abgegrenzt voneinander vorzutragen. Gleichzeitig erlebe er dann eine Mixtur von Flashbacks, die seinen Verstand blockierten.“

Die in der Stellungnahme enthaltenen Erläuterungen und Richtigstellungen sowie die Nennung der psychopathologischen Ursachen für das Zustandekommen der Ungereimtheiten, wurden vom Gericht nicht berücksichtigt. Dieses stellte fest:

„Soweit der Antragsteller mit der Vorlage der ärztlich-psychologischen Stellungnahme seinen bei Folgeantragstellung geltend gemachten Gesundheitszustand, insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), näher begründet, fehlt es auch insoweit an einem schlüssigen Sachvortrag. Denn die neuerliche ärztliche Begutachtung

stützt sich gleichfalls bei der Feststellung des pathologischen Gesundheitszustandes des Antragstellers auf dessen Fluchtgeschichte. Diese wurde, wie schon von der Kammer im letzten Beschluss ausführlich dargestellt, durch Urteil des Gerichts rechtskräftig für unglaublich befunden. Der Annahme, dass es sich bei der PTBS um eine auf Erlebnissen im Heimatland beruhenden Erkrankung handele, die bei Abschiebung zur Retraumatisierung des Antragstellers führe, ist danach bereits die Grundlage entzogen, da das Nichtzutreffen des zugrunde gelegten Sachverhalts rechtskräftig festgestellt wurde.“

Nach über 75 Stunden Untersuchungsgesprächen wurde eine 85-seitige ärztlich-psychologische Stellungnahme vorgelegt, in der alle bisherigen Ungereimtheiten des Sachvortrages des Untersuchten, soweit sie aus den Niederschriften, Protokollen, Bescheiden, Urteilen und Beschlüssen vom BAMF und Verwaltungsgericht hervorgingen, erläutert und richtiggestellt wurden.

Auch die Zusammenfassung im ärztlich-psychologischen Befund führte zu keiner anderen Beurteilung:

„Er berichtet über die erlebten Ereignisse sehr ausführlich, jegliche Zwischenfrage bringt ihn jedoch aus dem Konzept und er ist kaum mehr in der Lage an seinen Gesprächsfaden anzuknüpfen. Er schildert, dass die verschiedenen Ereignisse sich dann in seinem Kopf überlappen und miteinander verschwimmen würden. Er erlebe dann alle Ereignisse schlagartig mit allen verknüpften Gefühlen wieder.“

Das Verwaltungsgericht kommt zu folgendem Ergebnis:

„Die Nachträgliche Ergänzung, Richtigstellung und Plausibilisierung seines früheren Vortrags, wie beispielsweise der pauschale Einwand, ihm sei es aufgrund seiner Erkrankungen nicht möglich gewesen, damals alle Ereignisse detailliert zu beschreiben, werden in der Stellungnahme vielmehr unreflektiert der ärztlichen Diagnosestellung zugrunde gelegt.“

„Zusammenfassend ist aufgrund des Aussageverhaltens des Klägers im Laufe der Verfahren und auch des Eindrucks, den das Gericht im Termin zur

mündlichen Verhandlung vom Kläger gewinnen, konnte, der Schluss gerechtfertigt, dass der Kläger gänzlich unglaubwürdig ist und sein widersprüchliches Verhalten allein asyltaktisch motiviert ist."

Die nunmehr chronologisch und nach einzelnen traumatisierenden Lebensereignissen dokumentierende ärztlich-psychologische Stellungnahme, sowie eine Vielzahl gleichlautender Arztbriefe sowie psychologischen Befunde, wurden vom letztendlich entscheidenden Verwaltungsgericht, als die ursprüngliche erste Tatsachenentscheidung nicht verändernd gewertet.

BAMF, Verwaltungsgericht und Oberverwaltungsgericht blieben bei ihrer Haltung, obwohl neben der ärztlich-psychologischen Stellungnahme, die im Herkunftsland behandelnde psychiatrische Klinik, die in Deutschland mehrfach behandelnde psychiatrische Klinik, eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aufgrund der traumatisierenden Ereignisse ebenfalls zu den Diagnosen Posttraumatische Belastungsstörung F43.1, Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen F32.3 und Angststörung F41.9 gelangten.

Vita:

Hans Joachim Schmitt ist Diplom-Psychologe mit Approbation als Psychologischer Psychotherapeut, klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeut (GwG), Fachpsychotherapeut für Psychotraumatologie, mit einer Weiterbildung in „Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM)“ einschließlich „Istanbul Protokoll“.

Von 1986-2014 als Psychotherapeut tätig im Berufsbegleitenden Dienst BBD Ludwigshafen.

Von 1999-2014 in den Wichern Werkstätten WfbM für psychisch kranke Menschen.

Von 2014-2016 in dem Rehabilitationszentrum am Donnersberg (Medizinische Rehabilitation suchtkranker Menschen) in Kirchheimbollen und in der ambulanten Rehabilitation Sucht in Ludwigshafen und Frankenthal.

Seit 2015 tätig im Psychosozialen Zentrum Pfalz in Ludwigshafen.



Kontaktaten der Psychosozialen für Zentren für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Psychosoziales Zentrum Westpfalz für Flüchtlinge und Migrant:innen

DRK-Kreisverband Kaiserslautern
Zollamtstraße 7-9 | 67663 Kaiserslautern
TELEFON: +49 (0) 631 – 80093-108
E-MAIL: psz@kv-cls.drk.de
WEBSITE: www.drk-kl.de



Psychosoziales Zentrum Montabaur | Regionale Diakonie Westerwald

Vorderer Rebstock 50 | 56410 Montabaur
TELEFON: +49 (0) 2602 – 106870
E-MAIL: psz.westerwald@regionale-diakonie.de
WEBSITE: www.diakonie-westerwald.de



Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma Mainz

117er Ehrenhof 3-3a | 55118 Mainz
TELEFON: +49 (0) 6131 – 907460
E-MAIL: psz@caritas-mz.de
WEBSITE: www.caritas-mainz.de



Psychosoziales Zentrum Pfalz | Diakonie Pfalz

Turmstr. 10 | 67059 Ludwigshafen
TELEFON: +49 (0) 621 – 49077710
E-MAIL: psz-pfalz@diakonie-pfalz.de
WEBSITE: www.diakonie-pfalz.de



Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Trier

Engelstraße 10 | 54292 Trier
TELEFON: +49 (0) 651 – 46279098
E-MAIL: fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de
KONTAKT NUR FÜR DIE ZWEIGSTELLE AFA:
Dasbachstraße 21 | 54292 Trier
TELEFON: +49 (0) 651 – 9910600
E-MAIL: fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de
WEBSITE: www.caritas-region-trier.de



Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Rhein-Mosel-Ahr

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
St.-Veit-Str. 14 | 56727 Mayen
TELEFON: +49 (0) 2651 – 98690
E-MAIL: psz@caritas-rma.de
WEBSITE: www.caritas-rhein-mosel-ahr.de



Die Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz
werden gefördert durch:



RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR
FAMILIE, FRAUEN, KULTUR
UND INTEGRATION