

– Diplomarbeit –

Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern

*Risiko- und Schutzfaktoren während des
Asylverfahrens und Möglichkeiten der
Sekundärprävention*

Julika Fides Brandi

Matrikelnummer: 868437

Juni 2011

Erstbetreuerin: Dr. Karoline Weiland-Heil

Zweitbetreuer: Prof. Dr. Günter Krampen



Zusammenfassung

Traumafolgestörungen bei Asylsuchenden in Deutschland sind häufig! Dies zeigt die aktuelle psychotraumatologische Literatur. Kliniker und Wissenschaftler vertreten dabei zunehmend die Position, dass die problematischen Lebensbedingungen von Asylbewerbern offenbar entscheidend die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen mit bedingen. Umgekehrt bedeutet dies die große Chance, über eine gezielte, wissenschaftlich begründete Verbesserung einzelner definierter Lebensbedingungen den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. Es wird deshalb gefordert, die Bedürfnisse von Traumatisierten im Asylverfahren entsprechend zu bestimmen und dann zu berücksichtigen. Im Sinne der Sekundärprävention sollten Betroffene hierzu frühzeitig erkannt und prognostisch ausschlaggebende Parameter bewusst gesteuert werden, um Traumafolgestörungen vorzubeugen.

Diese Forderung aufgreifend behandelt die vorliegende Arbeit explizit die Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess. Die Lebenssituation von Asylsuchenden wird auf Grundlage des *Adaption and Development after Persecution and Trauma* (ADAPT) Modells von Silove auf mögliche posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren untersucht. Nach Silove handelt es sich hierbei um Bedingungen, die eine – ursprünglich durch traumatische Ereignisse ausgelöste – Bedrohung folgender Funktionsbereiche aufrechterhalten bzw. auflösen können: Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität und existenzieller Sinn. Vor diesem Hintergrund wird ein in Berlin seit 2009 etabliertes Praxismodell der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei traumatisierten Asylbewerbern vorgestellt: das *Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge* (BNS). Dieses Verfahren wird wiederum am Beispiel eines Klienten, den die Autorin in der BNS-Fachstelle XENION begleitete, individuell veranschaulicht. Anschließend wird aufgezeigt, welche posttraumatischen Schutzfaktoren durch welche konkreten Maßnahmen im Rahmen des BNS-Verfahrens offensichtlich wirksam werden können. Hieraus ergibt sich die fundierte Hoffnung auf eine sekundärpräventive Wirksamkeit des Verfahrens. Gleichzeitig begründet dies die Notwendigkeit, diese Wirksamkeit in ausführlichen Studien soweit empirisch zu belegen, dass auch mit der nötigen Unterstützung zur breiteren Anwendung des Verfahrens gerechnet werden kann.

Neben psychotraumatologischen Modellen und wissenschaftlichen Befunden werden vor allem auch zentrale Grundlagen aus dem deutschen und europäischen Asylrecht vorgestellt. Auf die Lebenssituation während des Asylverfahrens wird ausführlich eingegangen.

Die Zusammenschau aus psychologischen, juristischen, politischen, und transkulturellen Aspekten macht dabei die theoretische Faszination des Themas aus. Genauso aber auch die greifbar praktische Möglichkeit, dieser im Mittelpunkt stehenden, problematischen Zielgruppe in Zukunft effektiver helfen zu können.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Asylgesuch in Deutschland	5
2.1 Das Deutsche Asylrecht	5
2.2 Aufnahmepraxis von Asylbewerbern	7
2.3 Leben im Asylverfahren	9
2.3.1 Materielle Lebensgrundlage	9
2.3.2 Unterbringung	10
2.3.3 Residenzpflicht	12
2.3.4 Arbeit	12
2.3.5 Bildung	13
2.3.6 Gesundheit	13
2.4 “Besonders schutzbedürftige Asylbewerber”	14
2.4.1 EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten: “Schutzbedürftige aufgrund Folter und Gewalt”	14
2.4.2 Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland	15
2.5 Zusammenfassung	16
3 Traumatische Ereignisse vor der Flucht in der Population der Asylbewerber	17
3.1 “Traumatisches Ereignis”	17
3.1.1 Traumatische Ereignisse nach ICD-10 und DSM-IV	17
3.1.2 Differenzierung traumatischer Ereignisse	18

3.2	Prävalenz traumatischer Ereignisse vor der Flucht in der Population der Asylbewerber.....	20
3.3	Zusammenfassung	22
4	Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern	23
4.1	Klassifikation der psychopathologischen Folgen traumatischer Erfahrungen	23
4.1.1	Die Posttraumatische Belastungsstörung	23
4.1.2	Komorbidität und andere posttraumatische Störungskonzepte.....	24
4.2	Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern.....	26
4.3	Zusammenfassung	27
5	Die Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess.....	28
5.1	Asylverfahren als kumulative Belastung.....	28
5.2	Asylverfahren als traumatische Sequenz.....	30
5.3	Asylverfahren als unterschwelliges Fortbestehen der traumatischen Situation.....	31
5.4	Asylverfahren als retraumatisierende Situation.....	32
5.5	Asylverfahren als posttraumatische Phase	33
5.6	Fazit: Asylverfahren als besonders vulnerable Phase im Traumatisierungsprozess .	36
6	Posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren während des Asylverfahrens.....	37
6.1	Einige grundsätzliche Bemerkungen zur wissenschaftlichen Erforschung von posttraumatischen Einflussfaktoren während des Asylverfahrens	37
6.2	Posttraumatische Risikofaktoren	38
6.2.1	Die “Post-migratory Living Problem Checklist” von Silove.....	39
6.2.2	Das “Adaption and Development after Persecution and Trauma model” von Silove.....	41
6.3	Posttraumatische Schutzfaktoren.....	48
6.4	Zusammenfassung	51

7	Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern	53
7.1	Sekundärprävention von Traumafolgestörungen.....	53
7.2	Empfehlungen der Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	56
7.3	Praxismodell der Sekundärprävention: Das Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge	58
7.3.1	Verfahrensablauf in der Fachstelle für Traumatisierung “XENION”	59
7.3.2	Hat das BNS-Verfahren eine sekundärpräventive Wirksamkeit? Eine erste Annäherung mit Hilfe des ADAPT-Modells von Silove.....	69
7.4	Zusammenfassung	75
8	Diskussion und Ausblick	77
	Literaturverzeichnis.....	83
	Anhang A	93
	Anhang B.....	94
	Anhang C.....	95
	Anhang D	96
	Anhang E.....	99
	Anhang F.....	101
	Anhang G	102
	Anhang H	103
	Anhang I.....	106
	Erklärung zur Diplomarbeit	107

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Muster der Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit von Arman Bretlov.....	64
Tabelle Anhang C: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker.....	84

Abkürzungsverzeichnis

ADAPT	Adaption and Development after Persecution and Trauma model
APA	American Psychiatric Association (Amerikanischer Psychiatrie Verband)
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfg	Asylverfahrensgesetz
AufenthaltsG	Aufenthaltsgesetz
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BNS	Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge
Bzfo/zfm	Behandlungszentrum für Folteropfer/Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienst
DESNOS	Disorder of extreme Stress not otherwise specified (Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen)
EASY	Erstverteilung der Asylbegehrenden
EU	Europäische Union
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz
GHQ	General Health Questionnaire
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
LaGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales

M-CIDI	Munich-Composite International Diagnostic Interview
NIRAST	Network Italiano Richiedenti Asilo Sopravvissuti a Tortura
PDS	Posttraumatic Stress Diagnostic Scale
PMLP	Post-migratory Living Problem Checklist
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung)
RL 2003/9/EG	EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Im Jahr 2010 wurden 41.332 Asylerstanträge in Deutschland gestellt. Die Hauptherkunftsländer der Asylbewerber (über 70%) sind Afghanistan, Irak, Serbien, Iran, Mazedonien, Somalia, Kosovo, Syrien, Türkei und die Russische Föderation (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF], 2011a). Aktuell zeigen die Unruhen im Nahen Osten bzw. in Nordafrika, dass die Zahl der Asylsuchenden weiter zunehmen und nicht etwa abnehmen wird.

Viele von diesen wurden in ihren Heimatländern Opfer von Menschenrechtsverletzungen wie Folter und sexualisierte Gewalt, in den meisten Fällen staatlich organisiert (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006). Aus klinisch-psychologischer Sicht handelt es sich also nicht selten um traumatisierte Menschen.

Die gesundheitlichen Folgen nach derartigen traumatischen Ereignissen variieren (Maercker, 2009): Manchen Betroffenen gelingt es, sich schnell an das Geschehene anzupassen. Die Gesundheit kann aufrecht gehalten werden. Andere erfahren mit der Verarbeitung entsprechender Ereignisse sogar eine persönliche und gesundheitliche Stärkung im Sinne eines posttraumatischen Wachstums. Wieder andere entwickeln hingegen schwerwiegende, zum Teil sogar irreversible psychopathologische Störungen. Dabei wiederum kann ein breites Spektrum an Traumafolgestörungen beobachtet werden. Inzwischen geht man davon aus, dass der gesundheitliche Verlauf nach traumatischen Ereignissen ganz entscheidend auch von der posttraumatischen Umwelt beeinflusst wird (u.a. Maercker, 2009).

Kliniker und Wissenschaftler sind sich zunehmend einig, dass die posttraumatische Umwelt für Asylsuchende auch in Deutschland in der Regel äußerst belastend ist und die Verarbeitung von zuvor erfahrenen Traumatisierungen zusätzlich erheblich erschwert (u.a. Maier & Schnyder, 2007; Wenk-Ansohn & Schock, 2008). Die Flucht kann zu einer lebensbedrohlichen Reise werden. Mit dieser sind in der Regel große Verluste verbunden. Familienangehörige und Freunde, Hab und Gut sowie kulturelle Bindungen werden zurückgelassen. Im Exilland Deutschland beginnt ein langwieriges Asylverfahren. Die Fluchtgründe werden sorgfältig geprüft, und die Asylsuchenden müssen sich vielen Fragen aussetzen. Die Betroffenen werden in meist abgelegenen Sammelunterkünften untergebracht. In der Regel wird lediglich auf ihre existenziellen Bedürfnisse in Form von Sachleistungen

und einer minimalen Gesundheitsversorgung eingegangen. Es beginnt eine Zeit des Abwartens – Monate bis Jahre können so vergehen.

Dementsprechend wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass das Asylverfahren selbst die Entstehung und Chronifizierung von Traumafolgestörungen entscheidend mit beeinflusst. International konnte ein derartiger Zusammenhang bereits wissenschaftlich bestätigt werden (u.a. Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar & Steel, 1997). Jüngst konnte eine Studie in Deutschland feststellen, dass Psychotherapie von Traumafolgestörungen bei Menschen im Asylverfahren grundsätzlich keine oder nur sehr moderate Effekte aufweist (Neuner, Kurreck, Ruf, Odenwald, Elbert & Schauer, 2010). Auch dies stützt die Annahme, dass das Leben im Asylverfahren als insgesamt belastende Lebenssituation der Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen entgegensteht. Vielmehr wird von einigen Klinikern und Wissenschaftlern betont, dass das Leben im Asylverfahren sogar selbst zu einer traumatischen Erfahrung werden kann (u.a. Wenk-Ansohn & Schock, 2008).

Umgekehrt resultiert aber gerade hieraus die Perspektive, durch eine gezielte Gestaltung dieser Lebenssituation im Asylverfahren, der Entstehung und Chronifizierung von Traumafolgestörungen effektiv vorzubeugen. Dementsprechend wird die Forderung von Seiten der Kliniker im Bereich der Flüchtlingsarbeit immer lauter, traumatisierte Asylsuchende – im Sinne der Sekundärprävention – frühzeitig zu identifizieren und ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen (u.a. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer [BAfF], 2009a).

In der psychotraumatologischen Literatur in Deutschland liegen bislang wenige wissenschaftlich fundierte Ausführungen bezüglich der oben genannten Forderung vor. Mit der vorliegenden Arbeit soll diese aufgegriffen werden:

Zentrale Fragestellung

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche Rolle dem Asylverfahren im Traumatisierungsprozess zukommt. Genauer wird die Lebenssituation während des Asylverfahrens in Deutschland auf mögliche posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren untersucht – das *Adaption and Development after Persecution and Trauma* (ADAPT) Modell von Silove wird hierfür herangezogen. Außerdem wird ein in Berlin kürzlich etabliertes Praxismodell der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei traumatisierten Asylbewerbern – das *Berliner Netzwerk Modell für besonders*

schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS) – vorgestellt und eine erste Bewertung bezüglich seiner sekundärpräventiven Wirksamkeit vorgenommen.

Als unabdingbare Grundlage für die Bearbeitung der Fragestellung wird die Lebenssituation der Asylsuchenden in Deutschland – auf der Basis entsprechender Rechtsgrundlagen aus dem deutschen und europäischen Asylrecht – im Einzelnen beschrieben. Auf rechtliche Bestimmungen muss deshalb zurückgegriffen werden, weil Leben und Alltag dieser Menschen maßgeblich durch diese festgelegt sind.

Ferner soll die vorliegende Arbeit Anregungen sowohl für weitere wissenschaftlich-akademische Fragestellungen, als auch für die sich daraus ergebenden Konsequenzen in der Praxis geben.

Die Arbeit ist aufgebaut wie folgt: nach dieser Einleitung wird in *Kapitel 2* der Begriff Asylbewerber definiert und aufgezeigt, wer in Deutschland einen rechtlichen Anspruch auf Asyl geltend machen kann. Die Lebenssituation von Asylsuchenden wird ausführlich beschrieben. Hierfür werden der Ablauf der Asylantragsstellung und die konkreten Lebensbedingungen im Einzelnen aufgezeigt. Als Grundlage werden diesbezüglich zentrale asylrechtliche Bestimmungen herangezogen. Abschließend werden asylrelevante Bestimmungen auf europäischer Ebene, die einen besonderen Schutz von traumatisierten Asylbewerbern gewähren, vorgestellt. *Kapitel 3* beinhaltet – klinisch-psychologisch – die Auseinandersetzung mit dem Begriff traumatisches Ereignis. Anhand empirischer Studien wird aufgezeigt, wie verbreitet traumatische Ereignisse in der Population der Asylbewerber sind und um welche Art von Ereignissen es sich überwiegend handelt. *Kapitel 4* legt dar, welche Störungen in Verbindung mit traumatischen Erfahrungen grundsätzlich relevant sind. Aus empirischen Prävalenzstudien wird aufgezeigt, wie verbreitet diese bei Asylsuchenden tatsächlich sind. *Kapitel 5* veranschaulicht die Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess. Hierzu werden verschiedene Modelle und Ansichten aus der psychotraumatologischen Literatur herangezogen. In *Kapitel 6* wird die Lebenssituation während des Asylverfahrens genauer auf konkrete posttraumatischen Risiko- und Schutzfaktoren hinterfragt. Als theoretische Grundlage wird hierbei das ADAPT-Modell von Silove genutzt und erläutert. Des Weiteren werden hierzu relevante empirische Studien und Arbeiten der Forschungsgruppe um Silove herangezogen. *Kapitel 7* behandelt schließlich das Konzept der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern. Die Empfehlungen hierzu seitens der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen*

Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) werden dargestellt. Als ein konkretes Praxismodell der Sekundärprävention wird dann das BNS-Verfahren zur frühzeitigen Feststellung und Versorgung traumatisierter Asylbewerber vorgestellt. Zuletzt wird aufgezeigt, welche posttraumatischen Schutzfaktoren (bzw. die Verminderung welcher Risikofaktoren) im Rahmen dieses Verfahrens offensichtlich wirksam werden können.

Nach jedem Kapitel erfolgt eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse.

Am Ende der Arbeit, in *Kapitel 8*, wird die behandelte Fragestellung noch einmal zusammenfassend diskutiert. Es werden Ausblicke für Forschung und Praxis gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie etwa Asylbewerber und Asylbewerberinnen, verzichtet und stets die männliche Form verwendet.

2 Asylgesuch in Deutschland

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wer in Deutschland einen Anspruch auf Asyl geltend machen kann (Abschnitt 2.1), in welchen Schritten Asylanträge aufgenommen und geprüft werden (Abschnitt 2.2) und unter welchen Bedingungen die Menschen während des Asylverfahrens leben (Abschnitt 2.3). Darüber hinaus wird auf die durch die Europäische Union (EU) definierte Gruppe der *besonders schutzbedürftigen Asylbewerber*, zu denen auch Menschen gehören, die traumatische Erfahrungen aufgrund von Gewalt und Folter gemacht haben, eingegangen (Abschnitt 2.4),

2.1 Das Deutsche Asylrecht

Die Frage „Werde ich in Deutschland Schutz erhalten oder droht mir eine Abschiebung?“ beschäftigt einen Asylbewerber bis zum Abschluss seines Asylverfahrens tagtäglich. Im Zeitraum Januar bis Dezember 2010 wurden 56,5% der Asylanträge¹ (27.255 Personen) abgelehnt (BAMF, 2011a). Auf welcher Grundlage ein Asylentscheid getroffen wird und was genau Asylrecht in Deutschland bedeutet, wird im Folgenden kurz dargestellt.

Mit der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* vom 10. Dezember 1948 ist Asylsuche zu einem Menschenrecht geworden. Nach Artikel 14 heißt es „Jeder Mensch hat das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen und zu genießen“. Demnach bedeutet politisches Asyl das Recht eines Menschen, seinen Herkunftsstaat bei Verfolgung zu verlassen, um in einem anderen Staat Schutz zu suchen und zu genießen, allerdings nur, wenn es von dem entsprechenden Staat gewährt wird (Informationsplattform Humanrights.ch, n.d.). Artikel 14 räumt einem Verfolgten also keinen Rechtsanspruch auf Asylgewährung ein, sondern stellt es jedem Staat frei, Asyl zu gewähren oder nicht. Erst mit der *Genfer Flüchtlingskonvention* (GFK) vom 28. Juli 1951 haben sich ihre Beitrittsstaaten, unter anderem Deutschland, international dazu verpflichtet, einen Flüchtling – eine Person, die „aus wohlbegründeter Furcht, aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder der politischen Gesinnung verfolgt zu werden“ (Artikel 1 A GFK) in ein anderes Land flieht – nicht in sein Herkunftsland abzuschicken, solange dort sein Leben oder seine Freiheit wegen der oben genannten Fluchtgründe bedroht

¹ In diesem Zeitraum wurden insgesamt 48.187 Entscheidungen über Asylanträge (dazu gehören Erst- und Folgeanträge) getroffen. (BAMF, 2011a).

ist. Diese Bestimmung wurde mit § 60 Abs. 1 des *Aufenthaltsgesetzes* (Aufenthaltsg) in nationales Recht umgesetzt.

Über diese völkerrechtliche Vorgabe hinaus hat die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1949 den Anspruch auf Asyl für politisch Verfolgte als Grundrecht in der Verfassung verankert. Das Asylrecht ist zu einem individuellen und einklagbaren Grundrecht geworden (Heinhold, 2007). So lautet Artikel 16a im *Grundgesetz* (GG) folgendermaßen: „Politisch verfolgte Flüchtlinge genießen Asylrecht“. Verfolgung wird hier allerdings als eine vom Staat ausgehende, d.h. mit staatlichen Mitteln ausgeführte Verfolgung definiert (BAMF, 2010a). Ausgeschlossen werden seit dem Jahr 1993 zudem Personen, die über einen *sicheren Drittstaat*² einreisen. Ihnen kann an der Grenze eine Einreise verboten und eine sofortige Rückführung angeordnet werden. Da Deutschland von sicheren Drittstaaten umgeben ist, ist das Asylrecht nach Artikel 16a Abs. 1 GG de facto auf Personen beschränkt, die auf dem Wasser- oder Luftweg direkt in die Bundesrepublik Deutschland einreisen.

Das deutsche Recht unterscheidet bei der Asylanerkennung also zwischen der *Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft* im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention nach § 60 Abs. 1 Aufenthaltsg und dem *Grundrecht auf Asyl* nach Artikel 16a Abs. 1 GG. Im juristischen Sinne werden diese Personen entsprechend als *Konventionsflüchtlinge* oder *Asylberechtigte* bezeichnet. In beiden Fällen wird eine auf längstens drei Jahre befristete Aufenthaltserlaubnis ausgestellt (§ 25 Abs. 1 und 2 AufenthG). Konventionsflüchtlinge sind statusrechtlich weitgehend mit Asylberechtigten gleichgestellt (BAMF, 2010a).

Um den Flüchtlingsstatus oder eine Asylberechtigung in Deutschland zu erhalten, wird in einem Asylanerkennungsverfahren geprüft, ob eine Person die asylrelevanten Verfolgungskriterien tatsächlich erfüllt. Die zuständige Behörde ist das *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* (BAMF) in Nürnberg, die wiederum die Außenstellen in den verschiedenen Bundesländern koordiniert. Asylbewerber sind also „Personen, über deren Asylgesuch oder -antrag ein mögliches Zufluchtsland [wie z.B. Deutschland] noch nicht endgültig entschieden hat“ (UNHCR, 2003, S.147).

Asylanträge werden abgelehnt, wenn weder § 60 Abs. 1 Aufenthaltsg, noch Artikel 16a Abs. 1 GG vorliegen. Bevor jedoch eine Abschiebung eingeleitet werden kann, müssen konkrete

² „Sichere Drittstaaten sind alle EU-Staaten und per Gesetz festgelegte Staaten, in denen die Anwendung der Genfer Flüchtlingskonvention sowie der Europäischen Menschenrechtskonvention sichergestellt ist. Dies sind Norwegen und die Schweiz“ (BAMF, 2010a, S.108).

„Gefahren für Freiheit, Leib oder Leben“ (§ 60 Abs. 7 AufenthG) im Zielland der Abschiebung ausgeschlossen werden. Hierzu gehören vor allem drohende Folter, Todesstrafe und unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung (§ 60 Abs. 2, 3, 5 und 7 AufenthG). Andernfalls wird ein Abschiebungsverbot bzw. der *subsidiäre Schutz* (BAMF, 2010a) gewährt und eine auf mindestens ein Jahr befristete Aufenthaltserlaubnis ausgestellt (§ 25 Abs. 3 AufenthG). Hat ein abgelehnter Asylbewerber allerdings auch kein Recht auf eine subsidiäre Schutzgewährung, erhält er eine Ausreiseaufforderung und eine Abschiebungsandrohung (BAMF, 2011a). In der Regel beträgt die Ausreisefrist dann einen Monat.³ Nur durch Reisehindernisse wie beispielsweise fehlender Pass oder Krankheit kann die Abschiebung vorübergehend ausgesetzt werden. Es wird dann eine Duldungsbescheinigung ausgestellt. Diese ist solange gültig, bis einer Abschiebung nichts mehr im Wege steht. Nach einer Ablehnung des Asylantrags ist innerhalb von zwei Wochen eine Klage möglich (Heinhold, 2007). Mit dieser kann in der Regel jedoch lediglich die Zeit bis zur Abschiebung hinauszögert werden. Nur in „bundesweit unter 1%“ (S.185) der Fälle kommt es bei einer Klage zu einer positiven Entscheidung.

Anerkannte Konventionsflüchtlinge und Asylberechtigte können nach drei Jahren einen unbefristeten Aufenthaltstitel in Form einer Niederlassungserlaubnis erwerben (§ 26 Abs. 3 AufenthG). Dies ist der Fall, wenn eine erneute Prüfung durch die BAMF zeigt, dass die Voraussetzungen für eine Anerkennung nach drei Jahren immer noch gegeben sind. Bei Menschen, die den subsidiären Schutz genießen, ist erst nach sieben Jahren die Erteilung einer Niederlassungserlaubnis möglich (§ 26 Abs. 4 AufenthG).

2.2 Aufnahmepraxis von Asylbewerbern

Für die Aufnahme von Asylanträgen und deren Prüfung innerhalb des Asylverfahrens sind die Außenstellen in den verschiedenen Bundesländern des BAMF zuständig (BAMF, 2010a). Der Ablauf des Asylverfahrens ist durch das *Asylverfahrensgesetz* (AsylVfG) vorgeschrieben.

Meldet sich eine geflohene Person nach der Einreise in Deutschland bei der Polizei oder einer Ausländerbehörde, ist sie an die nächstgelegene Aufnahmeeinrichtung weiterzuleiten.

³ Die Ausreisefrist bei *unbegründeten Asylanträgen* beträgt einen Monat. Bei *offensichtlich unbegründeten Asylanträgen* beträgt die Ausreisefrist eine Woche. Dies ist der Fall, wenn „offensichtlich ist, dass der Ausländer nur aus wirtschaftlichen Gründen oder um einer allgemeinen Notsituation oder einer kriegerischen Auseinandersetzung zu entgehen, nach Deutschland kam“ (Heinhold, 2007, S.161).

Hier wird dann über das bundesweite Verteilungssystem *EASY* (Erstverteilung der Asylbegehrenden) entschieden, welches Bundesland für die Aufnahme und Prüfung des Asylantrags zuständig ist (BAMF, 2007). Die Verteilung in die einzelnen Bundesländer wird durch Aufnahmequoten gesteuert, die entsprechend der Steuereinnahmen und Bevölkerungszahlen der Länder jährlich neu errechnet werden.

Jeder Aufnahmeeinrichtung ist eine Außenstelle des BAMF zugeordnet. In dieser Außenstelle muss der Asylantrag persönlich gestellt werden. Das Asylverfahren wird somit eingeleitet. Zu diesem Zweck werden die Angaben der Person aufgenommen sowie „Fingerabdrücke aller 10 Finger“ (§ 16 Abs. 1 AsylVfG) und Lichtbilder angefertigt. Der Pass oder sonstige Identitätspapiere, Dokumente, Urkunden sowie Unterlagen über den Reiseweg, die für die Klärung des Asylantrages relevant sein könnten, werden abgenommen. Besteht der Verdacht, dass die Person relevante Dokumente bei sich führt, aber nicht aushändigt, können „betrante Behörden den Ausländer und Sachen ... durchsuchen“ (§ 15 Abs. 4 AsylVfG). Ein Asylbewerber hat seiner *allgemeinen Mitwirkungspflicht* (§ 15 AsylVfG) nachzukommen.

Bei der Antragstellung wird dem Asylbewerber ein Termin für eine persönliche Anhörung genannt, in der er seine Verfolgungsgeschichte darstellen muss. Außerdem erhält er eine Aufenthaltsgestattung, die bis zu einem Asylentscheid in regelmäßigen Abständen verlängert werden muss.

In der Anhörung durch einen Sachbearbeiter der BAMF ist der Antragsteller verpflichtet, seine Verfolgungsgründe und seinen Reiseweg darzulegen. Außerdem können weitere Fragen zu seinem Herkunftsland und Wohnsitz gestellt oder seine Stimme auf Tonband aufgezeichnet werden, um die angegebene Identität und Staatsangehörigkeit der Person zu überprüfen. Der Asylbewerber hat bei unzureichenden Kenntnissen der deutschen Sprache ein Recht auf einen Dolmetscher, der selbst oder durch das BAMF gestellt werden kann.

Während der Anhörung wird ein zusammenfassendes Protokoll erstellt. Nach Abschluss der Anhörung wird dieses Protokoll dem Asylbewerber in seiner Sprache vorgelesen. Er kann gegebenenfalls noch Änderungen vornehmen, bevor das Protokoll unterschrieben wird. Auf Grundlage dieser Niederschrift wird dann eine Entscheidung über den Asylantrag getroffen. Außerdem kann sich die BAMF bei der Klärung des Asylantrages Auskünfte über Berichte des Auswärtigen Amtes, des UNHCR und von amnesty international einholen (BAMF, 2007). Es kann Monate bis Jahre dauern, bis eine Entscheidung getroffen wird. Die

Gesamtverfahrensdauer der Asylanträge, die im Jahr 2009 entschieden wurden, betrug bei 33,1% ein bis fünf Jahre, bei 3,9% über fünf Jahre (BAMF, 2010b). Die Entscheidung wird dem Antragsteller dann meist in Form eines Briefes an die jeweilige Aufnahmestelle, in der er untergebracht ist, mitgeteilt.

Bei Personen, die über einen Flughafen einreisen und sich nicht ausweisen können, wird das Asylverfahren in der Regel direkt auf dem Flughafengelände durchgeführt (BAMF, 2007). Außerdem kann eine Einreise verweigert werden, wenn die Person nachweislich über einen sicheren Drittstaat oder aus einem *sicheren Herkunftsland*⁴ eingereist ist. In diesem Fall kann die Person direkt in dieses zurückgewiesen werden.

2.3 Leben im Asylverfahren

Das Leben von Asylsuchenden, deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist, wird bundesweit weitgehend durch das *Asylbewerberleistungsgesetz* (AsylbLG) geregelt. 37% der Asylbewerber, deren Antrag im Jahr 2009 entschieden wurde, lebten über ein Jahr im Asylverfahren (BAMF, 2010b). Im Folgenden wird anhand der wichtigsten Bestimmungen des AsylbLG und einigen Beispielen ihrer Umsetzung in der Praxis ein Überblick der Lebensbedingungen – materielle Lebensgrundlage (Abschnitt 2.3.1), Unterbringung (Abschnitt 2.3.2), Residenzpflicht (Abschnitt 2.3.3), Arbeit (Abschnitt 2.3.4), Bildung (Abschnitt 2.3.5) und Gesundheit (Abschnitt 2.3.6) – von Asylbewerbern in Deutschland gegeben. Im Einzelfall müssen immer auch länderinterne Bestimmungen berücksichtigt werden, denn jedes Bundesland kann die Umsetzung des AsylbLG entsprechend konkretisieren (§ 10 AsylbLG).

2.3.1 Materielle Lebensgrundlage

Die Lebensgrundlage von Asylsuchenden soll durch die Grundleistungen nach AsylbLG, die als „der notwendige Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts“ (§ 3 Abs. 1 AsylbLG) definiert sind, sichergestellt werden.

⁴ „Sichere Herkunftsstaaten sind Staaten, in denen aufgrund der allgemeinen politischen Verhältnisse gewährleistet scheint, dass keine politische Verfolgung stattfindet (Art 16 a Abs. 2 GG). Zu den gesetzlich festgelegten sicheren Herkunftsstaaten zählen derzeit Ghana, Senegal, und die Mitgliedstaaten der EU (§ 29a Abs.2 AsylVfg und Anlage 2)“ (BAMF, 2010a, S.108).

Außerdem heißt es hier, dass Leistungen „vorrangig“ in Form von Sachleistungen erbracht werden sollen. Seit 1993 beträgt der Wert dieser Sachleistungen unverändert 184,07 Euro monatlich für einen erwachsenen Alleinstehenden. Nur ein Taschengeld von 40,90 Euro im Monat bzw. 1,36 Euro am Tag (ab dem 15. Lebensjahr) „zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens“ (§ 3 AsylbLG) wird zuzüglich als Bargeld ausgezahlt. Der Grundleistungsbetrag beträgt insgesamt 224,97 Euro im Monat.

Die Bereitstellung von Sachleistungen erlaubt es kaum noch, individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu verfolgen. Asylbewerber führen mit einem Betrag von 224,97 Euro zudem ein Leben, das ca. 35% unter dem gesetzlich festgelegten Existenzminimum – unserem Sozialhilfesatz – liegt (Classen, 2008).

In der Praxis, so schreibt Classen (2008), werden die Leistungen für Ernährung, Kleidung und Hygiene folgendermaßen erbracht: Vom Grundleistungsbetrag werden den Asylbewerbern ca. 120 Euro pro Monat bzw. 4 Euro pro Tag für *Ernährung* abgezogen.⁵ Die Aufnahmezentren bieten die tägliche Verpflegung oft in Form von Kantinenverpflegung, folienverpackten „Fertigmenüs“ oder Essenspaketen an. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse bleiben bei der Essenszubereitung meist unberücksichtigt. Es werden zudem kaum frische Nahrungsmittel gereicht. Die täglichen Mahlzeiten werden rationiert und nicht auf den individuellen Bedarf abgestimmt. Alternativ verteilen einige Aufnahmezentren auch Kostenübernahmescheine oder Chipkarten (Plastikkarten, auf denen ein bestimmter Geldbetrag gespeichert ist), mit denen die Personen einkaufen gehen können. Allerdings ist auch diese Regelung problematisch, denn diese Zahlungsform ist nur bei bestimmten Supermärkten akzeptiert und eine Restgeldrückgabe in den meisten Fällen unmöglich. Die Versorgung mit *Kleidung* wird in der Regel durch Kleiderpakete oder Wertgutscheine sichergestellt. Im Monat steht den Menschen Kleidung im Wert von ca. 15 Euro zur Verfügung. Für *Hygiene* wird in Form von Hygienepaketen im Wert von ca. 10 Euro im Monat gesorgt.

2.3.2 Unterbringung

Die Unterbringung wird sowohl als Grundleistung durch das AsylbLG, als auch durch das AsylVfG geregelt. In den ersten drei Monaten des Asylverfahrens ist ein Asylbewerber in der Regel verpflichtet, in der ihm durch das Verteilungssystem EASY zugewiesenen

⁵ Dieser Betrag gilt dem Haushaltsvorstand (Alleinstehende oder ein Elternteil). Haushaltsangehörige ab 7 Jahren erhalten einen Betrag von ca. 110 Euro pro Monat, Kinder bis zu 6 Jahren einen Betrag von ca. 72 Euro pro Monat (Classen, 2008).

Erstaufnahmeeinrichtung zu wohnen (§ 47 Abs. 1 AsylVfG). Hiermit soll eine ständige Erreichbarkeit des Antragsstellers für das BAMF gesichert werden. Das bundesdeutsche Asylrecht legt bei deren Ausstattung keine Mindeststandards fest. Die Aufnahmezentren der verschiedenen Bundesländer können sich deshalb sehr voneinander unterscheiden.

In Berlin wurden durch das *Landesamt für Gesundheit und Soziales* (LaGeSo) folgende Mindestanforderungen für die Unterbringung in Aufnahmezentren festgelegt (Flüchtlingsrat Berlin, 2007):

- für Erwachsene 6qm, für Kinder 5qm Wohnfläche
- eine Bettstelle (Bett, Kissen, Decke)
- ein abschließbares Schrankfach
- ein Tischplatz mit Stuhl
- ein gemeinsamer Kühlschrank pro Wohnraum
- getrennte Schlafräume für unverheiratete Frauen und Männer
- Bettwäsche und Handtücher
- ein Spielzimmer für Kinder mit kindgerechter Einrichtung und Betreuung
- ein Aufenthaltsraum für Erwachsene, der auch für kulturelle und religiöse Zwecke genutzt werden kann
- Waschmaschine und Trockner bzw. Trockenraum für die Kleidung
- für 10 Personen (Männer und Frauen getrennt) jeweils eine Toilette und ein Handwaschbecken
- für 15 Personen (Männer und Frauen getrennt) jeweils ein Waschraum mit einer Dusche und zwei Waschbecken tägliche Reinigung der Einrichtung

In vielen Bundesländern liegen diese Aufnahmezentren am Rande der Stadt, sind mit einem Zaun umgeben, und der Eingangsbereich wird von einem Sicherheitsdienst beaufsichtigt. In der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Berlin sind die Menschen in Containerhäusern untergebracht.

Nach Ablauf der drei Monate werden die Asylbewerber innerhalb des Bundeslandes in der Regel einer kommunalen Gemeinschaftsunterkunft desselben Bundeslandes zugewiesen (§ 50 Abs. 1 und § 53 AsylVfG). Nur selten wird die Miete einer selbst angemieteten Wohnung übernommen (Classen, 2008), so dass ein Asylbewerber aufgrund der eingeschränkten Arbeitserlaubnis kaum in der Lage ist, selbstständig für eine Unterkunft zu sorgen. Sowohl bei der Zuweisung in die Erstaufnahmeeinrichtung, als auch in die Gemeinschaftsunterkunft

wird lediglich die Gemeinschaft von Ehegatten, sowie von Eltern und ihren Kindern unter 18 Jahren berücksichtigt (§ 46 Abs. 3 und § 50 AsylVfG). Persönliche Wünsche oder Kontakte zu anderen Familienangehörigen oder Freunden in Deutschland bleiben unbeachtet (Heinhold, 2007).

2.3.3 Residenzpflicht

Die Aufenthaltsgestattung eines Asylbewerbers ist „räumlich auf den Bezirk der Ausländerbehörde beschränkt, in dem die zuständige Aufnahmeeinrichtung liegt“ (§ 56 AsylVfG). „Er hat keinen Anspruch darauf, sich in einem bestimmten Land oder an einem bestimmten Ort aufzuhalten“ (§ 55 AsylVfG). Verlässt die Person den Geltungsbereich seiner Aufenthaltsgestattung, macht sie sich straffällig und ist bei richterlicher Anordnung sogar in „Haft zu nehmen“ (§ 59 Abs. 2 AsylVfG). Nur für Termine, die mit dem Asylverfahren zu tun haben, wie zum Beispiel bei Anwälten, kann die Residenzpflicht kurzzeitig ausgesetzt werden (§ 57 AsylVfG). Auf private Ausflüge wie beispielsweise Besuche bei Angehörigen, Freunden oder besonderen Kulturveranstaltungen, die nicht im Geltungsbereich ihrer Aufenthaltsgestattung liegen, haben Asylbewerber keinerlei Anspruch.

2.3.4 Arbeit

Ab dem Tag der Asylantragstellung gilt ein einjähriges absolutes Arbeitsverbot (Classen, 2008). Darüber hinaus hat ein Asylbewerber kein Recht, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, solange er in einer Aufnahmeeinrichtung untergebracht ist. Er ist allerdings verpflichtet, ihm zugewiesene und zumutbare „Arbeitsgelegenheiten ... zur Aufrechterhaltung und Betreibung der Einrichtung“ (§ 5 Abs. 1 AsylbLG) auszuführen. Es können ihm auch Tätigkeiten bei staatlichen, kommunalen oder gemeinnützigen Trägern erlaubt oder sogar abverlangt werden, „sofern die zu leistende Arbeit sonst nicht, nicht in diesem Umfang oder nicht zu diesem Zeitpunkt verrichtet werden würde“ (§ 5 Abs. 1 AsylbLG). Für diese Tätigkeiten wird eine „Aufwandsentschädigung von 1,05 Euro je Stunde ausgezahlt“ (§ 5 Abs. 2 AsylbLG). Wer sich weigert, diesen Tätigkeiten nachzugehen, muss mit einer Kürzung der Leistungen nach dem AsylbLG rechnen (Classen, 2008). Erst nach einem Jahr kann das absolute Arbeitsverbot aufgelöst und eine Arbeitserlaubnis bei der Ausländerbehörde beantragt werden (§ 61 Abs. 2). Diese wird allerdings nur genehmigt, wenn „für die Arbeitsstelle keine Deutschen oder diesen arbeitserlaubnisrechtlich gleichgestellten Ausländer zu Verfügung stehen“ (Classen, 2008, S.74).

De facto bestehen während des Asylverfahrens also kaum Möglichkeiten, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Da sich das Asylverfahren über Jahre hinziehen kann, sind die Betroffenen der Langzeitarbeitslosigkeit ausgesetzt. Die Chancen auf einen späteren Zugang zum Arbeitsmarkt werden dadurch immer geringer.

2.3.5 Bildung

Das AsylbLG enthält keine Bestimmungen bezüglich Bildung. Bildung ist in der Bundesrepublik Deutschland weitgehend Ländersache.

In den meisten Bundesländern⁶ gilt inzwischen die allgemeine Schulpflicht auch für Kinder mit laufendem Asylverfahren. In den anderen Bundesländern gilt das freiwillige Schulantragsrecht (Terre des hommes, 2005). Insofern haben alle asylsuchenden Kinder in einem gewissen Alter in der Bundesrepublik Deutschland das Recht oder die Pflicht, eine Schule zu besuchen.

Kein Bundesland gewährt Asylbewerbern, die nicht mehr im schulpflichtigen Alter sind, den Anspruch auf eine Aus- oder Weiterbildung. Mit der langen Zeit des Asylverfahrens und den eingeschränkten Möglichkeiten, einer Aus- oder Weiterbildung nachzugehen, verlieren sie kostbare Zeit ihrer Berufsqualifikation. Auch ein Anspruch auf einen Deutschkurs oder Integrationskurs wird nicht gewährt (Pro Asyl, 2006).

2.3.6 Gesundheit

Die Frage, welche Leistungen der Gesundheitsversorgung die Menschen in Deutschland während des Asylverfahrens erhalten, ist weitaus schwieriger zu beantworten. Das liegt zum großen Teil daran, dass das AsylbLG beim Thema Gesundheit einen großen Interpretationsspielraum zulässt. Sozialämter tendieren zu einer restriktiven Auslegung der Rechtsgrundlagen, und Ärzte sind kaum informiert. Viel zu oft werden Asylbewerber von wichtigen Behandlungen ausgeschlossen. Im Folgenden werden die relevanten Rechtsgrundlagen vorgestellt.

Die benötigte medizinische Versorgung ist nach § 4 AsylbLG explizit zu gewähren für:

- die Behandlung akuter Erkrankungen
- die Behandlung von Schmerzzuständen

⁶ Bayern, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Berlin und Brandenburg (Terre des hommes, 2005).

- die ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung während der Schwangerschaft
- amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen

Außerdem müssen generell alle Leistungen gewährt werden, die „zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich“ (§ 6 AsylbLG) sind. Nach Classen (2008) ist das der Fall, „wenn bei Nichtbehandlung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Folgeerkrankungen oder dauerhafte (nicht wieder gut zu machende) gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen“ (S.120).

2.4 “Besonders schutzbedürftige Asylbewerber”

Über das Deutsche Recht hinaus bestimmen verbindliche Richtlinien der *Europäischen Union* (EU) das Leben und die Rechte von Asylbewerbern in Deutschland. Erst durch die EU wird besonders schutzbedürftigen Menschen während des Asylverfahrens eine entsprechende Behandlung und Versorgung gewährt. Das AsylbLG „enthält ausdrücklich keine speziellen Regelungen für besonders schutzbedürftige Asylbewerber“ (Golze, 2010, S.5). Für diese Arbeit ist die *EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten* (RL 2003/9/EG) vom 27. Januar 2003 von zentraler Bedeutung. In den folgenden Abschnitten werden die hier formulierten Vorgaben für die Gruppe besonders Schutzbedürftiger aufgrund von Folter und Gewalt skizziert (Abschnitt 2.4.1) und auf ihre aktuelle Umsetzung in Deutschland (Abschnitt 2.4.2) eingegangen.

2.4.1 EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten: “Schutzbedürftige aufgrund Folter und Gewalt”

Zu den Asylbewerbern mit besonderer Schutzbedürftigkeit gehören gemäß Artikel 17 RL 2003/9/EG die folgenden Gruppen, sofern deren Hilfebedürftigkeit in einer *Einzelprüfung* festgestellt wurde:

- Minderjährige
- unbegleitete Minderjährige
- Behinderte
- ältere Menschen
- Schwangere
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern

- *Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben*

In der Literatur werden Menschen, die die dieser Gruppe angehören, als „Asylbewerber bzw. Flüchtlinge mit besonderen Bedürfnissen“, „besonders bedürftige Personen“, „besonders Schutzbedürftige“ oder „besonders vulnerable Flüchtlinge“ bezeichnet. Auch in dieser Arbeit werden diese Bezeichnungen als Synonyme verstanden.

Mit der RL 2003/9/EG wird zum ersten Mal europaweit rechtlich anerkannt, dass traumatische Erfahrungen durch Folter und Gewalt eine entsprechende Hilfe und Behandlung erfordern. Das Recht auf besonderen Schutz wird diesen Menschen durch zwei Artikel der besagten Richtlinie gewährt:

1. „Die Mitgliedstaaten gewähren Asylbewerbern mit besonderen Bedürfnissen die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe“ (Artikel 15 Abs. 2 RL 2003/9/EG).
2. „Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“ (Artikel 20 RL 2003/9/EG).

Welche Ansprüche als „erforderlich“ geltend gemacht werden können, wird allerdings nicht spezifiziert. Nach Golze (2010) „handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff“ (S.11), der auslegungsbedürftig ist. Folgt man aber dem Sinn der EU-Richtlinie, sollte „Erforderlichkeit ... alles umfassen, was dem Ausgleich der besonderen Nachteile besonders schutzbedürftiger Personen gegenüber anderen Asylbewerbern dient. Darüber hinaus dürfte hiervon alles umfasst sein, was zur (Wieder-)herstellung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit der Person dient“ (S.12).

2.4.2 Aktuelle Versorgungssituation in Deutschland

In einem Bericht der *Kommission der Europäischen Gemeinschaften* im Jahr 2007 wird festgestellt, dass Deutschland über kein Instrument verfügt, mit dem besonders schutzbedürftige Menschen ermittelt werden können. Deshalb laufen in Deutschland „die auf die besondere Behandlung dieser Menschen abhebenden Bestimmungen der Richtlinie ins Leere“ (Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2007, S.10). Außerdem wird festgehalten, dass insgesamt in allen Vertragsstaaten beim „Eingehen auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen ... die größten Mängel“ (S.10) vorliegen. „Es bestehen

Beschränkungen beim Zugang zu medizinischer Versorgung; so besteht z.B. kein echter Zugang zu medizinischer Versorgung, mangelt es an besonderer Behandlung (insbesondere für Opfer von Folter und Gewalt) und ist die Kostenübernahme unzureichend“ (S.10). Nur bei der Unterbringung werden besondere Bedürfnisse berücksichtigt.

Die Bundesregierung Deutschland bzw. die in diesem Zusammenhang relevanten Bundesministerien sehen sich für diese Unterversorgung nicht verantwortlich. Sie vertreten die Position, dass das AsylbLG bereits EU-richtlinienkonform ausgelegt sei und die einzelnen Bundesländer für deren Umsetzung zu sorgen hätten (BAfF, 2008). Die seit dem Jahr 2009 bestehende Forderung – die sogenannte *Thüringer Erklärung* (BAfF, 2009a) – der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.* (BAfF), eine Arbeitsgruppe *Gesundheitsversorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen* unter der Führung des Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von schutzbedürftigen Flüchtlingen einzuführen, wurde bislang abgewiesen. Im Anhang A sind die von der BAfF definierten Aufgaben der besagten Arbeitsgruppe im Wortlaut aufgeführt.

2.5 Zusammenfassung

Es kann festgehalten werden, dass während des Asylverfahrens in Deutschland eine eher restriktive Gesetzgebung gilt. Asylsuchende erfahren in nahezu allen Lebensbereichen Vorgaben und Einschränkungen. Die Asylantragsstellung und deren Prüfung stellen eine langwierige Prozedur dar. Die Betroffenen leben Monate, zum Teil sogar Jahre mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus und den damit verbundenen problematischen Lebensbedingungen. Gleichzeitig konnten in dieser Gesetzgebung Spielräume erkennbar werden. Auf EU-Ebene werden besondere Versorgungsansprüche für spezielle Gruppen, darunter aufgrund von Folter und Gewalt traumatisierte Asylsuchende, rechtlich definiert. Deutsche Asylrechtsbestimmungen müssen entsprechend angepasst werden. Dies eröffnet auch die Chance zu einem gemeinsamen europäischen Vorgehen. Bislang musste in Deutschland jedoch eine unzureichende Umsetzung der EU-Bestimmungen festgestellt werden. Eine staatlich und bundesweit einheitlich organisierte bedürfnisorientierte Versorgung von traumatisierten Asylbewerbern wird heute noch nicht realisiert.

3 Traumatische Ereignisse vor der Flucht in der Population der Asylbewerber

Viele der Asylsuchenden waren in ihrem Herkunftsland bis zu ihrer Flucht bereits jahrelang direkter Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder ihrer politischen Überzeugung ausgesetzt. Die Verfolgung geht oft mit Menschenrechtsverletzungen wie zum Beispiel Tötungsandrohungen, Folter und sexualisierter Gewalt einher. Kliniker und Wissenschaftler gehen entsprechend davon aus, dass ein Großteil der Asylsuchenden vor der Flucht traumatische Erfahrungen – sogenannte prämigrationale traumatische Erfahrungen – gemacht hat. Nach Fischer und Riedesser (2009) handelt es sich hierbei um „vitale Diskrepanzerlebnisse zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, die mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergehen und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“ (S.84) bewirken. In diesem Kapitel wird zunächst – aus klinisch-psychologischer Sicht – auf den Begriff *traumatisches Ereignis* näher eingegangen (Abschnitt 3.1). Anschließend wird aufgezeigt, wie verbreitet traumatische Ereignisse in der Population der Asylsuchenden tatsächlich sind (Abschnitt 3.2).

3.1 “Traumatisches Ereignis”

Im Folgenden wird dargestellt, welche Definitionskriterien im deutschen Gesundheitssystem gelten, damit ein Ereignis als traumatisch bezeichnet werden kann (Abschnitt 3.1.1). Außerdem werden weitere relevante Merkmale vorgestellt, anhand derer man traumatische Ereignisse entsprechend des Schweregrades ihrer psychopathologischen Konsequenzen differenzieren kann (Abschnitt 3.1.2).

3.1.1 Traumatische Ereignisse nach ICD-10 und DSM-IV

Im deutschen Gesundheitswesen werden psychische Erkrankungen nach der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten* (ICD-10, engl. International Classification of Diseases) der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) verschlüsselt. Zudem wird in der psychologischen und psychiatrischen Forschung das *Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* (DSM-IV, engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der *American Psychiatric Association* (APA) angewandt. Beide Diagnosesysteme liefern

Definitionskriterien, die vorliegen müssen, damit ein Ereignis als traumatisch eingestuft werden kann.

In der ICD-10 (Dilling, Mubour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2010) ist ein traumatisches Ereignis als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (S.183), definiert. Folgende traumatische Ereignisse werden in der ICD-10 aufgeführt:

- durch Naturereignisse oder durch Menschen verursachte Katastrophe
- Kampfhandlung
- schwerer Unfall
- Zeuge eines gewaltsamen Todes
- Opfer sein von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen

Nach dem DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003a) ist ein traumatisches Ereignis ein selbst erlebtes, beobachtetes oder durch andere erfahrenes Ereignis, das „den tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ (S.515) beinhaltet und auf welches die Person mit „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ (S.515) reagiert. Im DSM-IV werden *beobachtete* (z.B. Beobachtung einer Verletzung durch Unfall oder Krieg), *erfahrene* (z.B. schwere Unfälle einer nahestehenden Person) und *direkt erlebte Ereignisse* (kriegerische Auseinandersetzungen, Folter, Kriegsgefangenschaft) unterschieden. Im Anhang B sind die traumatischen Ereignisse nach DSM-IV aufgeführt.

In beiden Diagnosesystemen wird ein traumatisches Ereignis als das eigentliche ätiologische Moment traumabedingter Störungen definiert, d.h. traumabedingte Störungen entstehen definitionsgemäß immer als direkte Folge einer traumatischen Erfahrung. Somit kann eine traumabedingte Störung nur dann diagnostiziert werden, wenn mindestens eine traumatische Erfahrung gemäß der ICD-10 oder des DSM-IV vorliegt (Butollo, Hagl & Krüsmann, 1999).

3.1.2 Differenzierung traumatischer Ereignisse

Die oben aufgeführten Definitionen für traumatisches Ereignis der Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV treffen auf viele unterschiedliche Ereignisse zu. In der ICD-10 (Dilling et al., 2010) wird keine Differenzierung dieser Ereignisse entsprechend des Schweregrades ihrer psychopathologischen Konsequenzen vorgenommen. Im DSM-IV wird hingegen darauf

hingewiesen, dass von Menschen verursachte und direkt erlebte traumatische Erfahrungen besonders schwerwiegend sind. So heißt es, „die Störung [die Posttraumatische Belastungsstörung] kann besonders schwer und langandauernd sein, wenn der Belastungsfaktor durch Menschen verursacht wurde (z.B. Folterung oder Vergewaltigung). Je intensiver und direkter der Belastungsfaktor erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung der Störung zu sein“ (Saß et al., 2003a, S.515). Eine explizite Gliederung der Ereignisse nach deren Schweregrad wird jedoch auch hier nicht vorgenommen.

Grundsätzlich wird inzwischen unter Wissenschaftlern und Klinikern die Annahme vertreten, dass Schwere und Art eines Stressors bzw. einer traumatischen Erfahrung mit ausschlaggebend für die nachfolgenden Reaktionen und deren Schweregrad bei der betroffenen Person sind (Butollo et al., 1999). Unter anderem wird in der psychotraumatologischen Literatur auf folgende Ausführungen verwiesen:

Eine erste Orientierungshilfe bietet Terr (1991) mit der Differenzierung zwischen einmaligen traumatischen Ereignissen (Typ-I), wie zum Beispiel schwerer Verkehrsunfall, und langandauernden oder wiederholten traumatischen Erfahrungen (Typ-II), wie zum Beispiel Folter oder langjähriger sexueller Missbrauch. Es wird betont, dass die Folgen für die psychische Gesundheit nach Typ-II Ereignissen in der Regel weitaus schwerwiegender sind.

Das Dosis-Effekt Modell (engl. Dose-response model; Mollica, Poole & Tor, 1998) verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Anzahl traumatischer Ereignisse und psychischer Gesundheit. Je mehr verschiedene traumatische Erlebnisse vorliegen, desto schwerwiegender ist in der Regel die Ausprägung der posttraumatischen Symptomatik.

Huber (2003, S.75) erstellte auf Grundlage empirischer Befunde eine Liste von Merkmalen besonders schwerwiegender traumatischer Ereignisse, bei denen entsprechend schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

- dauern sehr lange
- wiederholen sich häufig
- lassen Opfer mit schweren körperlichen Verletzungen zurück
- sind vom Opfer schwerer zu verstehen
- beinhalten zwischenmenschliche Gewalt
- der Täter ist ein nahe stehender Mensch
- das Opfer mag (mochte) den Täter
- das Opfer fühlt sich mitschuldig

- die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt (bei Minderjährigen) oder gestört
- beinhalten sexuelle Gewalt
- beinhalten sadistische Folter
- haben mehrere Täter das Opfer zugerichtet
- hatte das Opfer starke Dissoziationen
- hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigegeben
- hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen

In den jüngsten psychotraumatologischen Beiträgen und Publikationen im deutschen Sprachraum wird oft das von Maercker (2009) entwickelte Schema zur Einteilung traumatischer Ereignisse zitiert. Maercker differenziert zufällige vs. willentlich von Menschen verursachte, Typ-I und Typ-II sowie medizinisch bedingte traumatische Ereignisse. Auch er weist auf Grundlage empirischer Befunde darauf hin, dass zu den besonders pathogenen traumatischen Ereignissen willentlich durch Menschen verursachte und Typ-II Ereignisse gehören. Als Beispielergebnisse führt Maercker sexuelle und körperliche Gewalt, Kriegserleben, Geiselnahme, Folter und politische Inhaftierung auf (2009, S.15). Im Anhang C ist das Schema zur Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker aufgeführt.

3.2 Prävalenz traumatischer Ereignisse vor der Flucht in der Population der Asylbewerber

Es liegt bis heute weltweit keine umfangreiche repräsentative empirische Studie bezüglich der Prävalenz traumatischer Ereignisse vor der Flucht bei Menschen mit laufendem Asylverfahren vor. Nach Wittchen und Hoyer wird Prävalenz „als Häufigkeit des Vorhandenseins eines bestimmten Merkmals ... [hier traumatisches Ereignis] in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über eine bestimmte Zeitspanne“ (2006, S.957) definiert. Es können verschiedene, an kleinen Stichproben von Asylbewerbern durchgeführte empirische Untersuchungen für eine grobe Schätzung der Verbreitung von traumatischen Ereignissen herangezogen werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der jüngsten drei Studien – Gäbel et al. (2006), Jakobsen, Thoresen und Johansen (2011) und Masmas et al. (2008) – vorgestellt. An erster Stelle ist die einzige deutsche Studie aufgeführt. Bei Artikeln in englischer Sprache ist in Klammern der englische Originalwortlaut für die Bezeichnung der traumatischen Ereignisse angegeben.

Gäbel et al. (2006) ermittelten eine Prävalenzrate von 52% für das Erleben von mindestens einem prämigrierenden traumatischen Ereignis. In ihrer Untersuchung (mittels der *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS)) gaben 40 von 76 Asylbewerbern an, ein oder mehrere traumatische Erfahrungen in ihrem Herkunftsland gemacht zu haben. Bei den drei häufigsten Ereignissen handelte es sich um „Gewalt auf die eigene Person“ (70.0%), „Zeuge sein von Gewalt“ (55.0%) und „Folter“ (42.5%). „Unfall“, „Krieg“ und „Gefangenschaft“ wurden jeweils von 35% und „Vergewaltigung“ von 17.5% der untersuchten Asylbewerber bestätigt. 37.5% geben darüber hinaus an, eine Naturkatastrophe erlebt zu haben.

In Norwegen stellen Jakobsen et al. (2011) in einer Studie fest, dass 95% von 85 untersuchten Asylbewerbern ein oder mehrere traumatische Erfahrungen (erfasst durch den *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ)) im Herkunftsland gemacht haben. Darunter fallen folgende Ereignisse: „dem Tod nah sein“ (being close to death) (76%), „kriegerische Auseinandersetzungen“ (combat situations) (72%), „Ermordung von Familienmitgliedern oder Freunden“ (murder of family or friend) (70%), „unnatürlicher Tod von Familienmitgliedern oder Freunden“ (unnatural death of family or friend) (70%), „Zeuge sein oder direkte Erfahrung von Folter“ (witnessing or experiencing torture) (67%) und „Vergewaltigung“ (having been raped) (13%). Jakobsen et al. geben an, dass ein Asylbewerber durchschnittlich 9 traumatische Ereignisse erlebt hat.

In der in Dänemark mit 142 Asylbewerbern durchgeführten Studie von Masmals et al. (2008) wurden Prävalenzraten für folgende traumatische Ereignisse (keine Angabe über das Erhebungsinstrument) ermittelt: 59% gaben an, „Zeuge von bewaffneten Auseinandersetzungen“ gewesen zu sein, 45% erlitten „Folter“ und 44% befanden sich in „Gefangenschaft“. 68% bestätigten außerdem, in ihrem Herkunftsland verfolgt gewesen zu sein. Allerdings liefert diese Angabe noch keine Information darüber, ob die erlebte Verfolgung – gemäß den Definitionskriterien der ICD-10 oder des DSM-IV – als traumatisch eingestuft werden kann. Die Folterpraktiken wurden im Einzelnen abgefragt. Unter den häufigsten Praktiken befanden sich: Schläge auf den Körper, Bedrohung der eigenen Person oder Familie, erniedrigende Behandlung, Isolationshaft, Zeuge sein von Folter an anderen, Falanga-Folter (Schläge auf die Fußsohlen), erzwungene Körperhaltung, Elektroschock, Suspension und Scheinhinrichtung.

Bei den aufgeführten Studien nahmen jeweils Frauen und Männer aus unterschiedlichen Herkunftsländern (Europa, Asien, Afrika, Lateinamerika und Mittlerer Osten) im Durchschnittsalter zwischen 26 und 33 Jahren teil.⁷

3.3 Zusammenfassung

Insgesamt stützen die zitierten Studien die Annahme, dass der Großteil der Asylbewerber im Herkunftsland schwerwiegende traumatische Erfahrungen in Form von langandauernder und von Menschen gezielt organisierter Gewalt gemacht hat. Die vier häufigsten traumatischen Erfahrungen sind:

- todesnahe Gewalt- und Foltererfahrungen
- Kriegserfahrungen
- Zeuge sein von gewalttätigen Auseinandersetzungen oder Ermordung
- Gefangenschaft

Aufgrund der Schwere dieser traumatischen Ereignisse, sollte entsprechend mit schwerwiegenden posttraumatischen Reaktionen bzw. Traumafolgestörungen gerechnet werden.

Insgesamt besteht jedoch erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der konkreter Verbreitung präimmigratorischer traumatischer Ereignisse in der Population der Asylsuchenden in Deutschland. Aufgrund unterschiedlicher Verteilung der Herkunftsländer von Asylsuchenden können internationale Studien nicht ohne weiteres (z.B. nur dann, wenn die Herkunftsländer der Studienteilnehmer internationaler Studien repräsentativ für die Verteilung der Herkunftsländer in Deutschland sind) auf Asylbewerber in Deutschland übertragen werden.

⁷ Gäbel et al.: Durchschnittsalter= 26 Jahre, 9,2% Frauen; Masmas et al.: Durchschnittsalter= 32 Jahre, 29% Frauen; Jakobsen et al.: Durchschnittsalter = 33 Jahre, 46% Frauen;

4 Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern

Aufgrund der Verbreitung von schwerwiegenden prämigra-torischen traumatischen Erfahrungen in der Population der Asylbewerber (s. Abschnitt 3.2) gehen Kliniker entsprechend davon aus, dass ein großer Teil dieser Menschen Traumafolgestörungen entwickelt. In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Störungen in Folge von erlebten traumatischen Ereignissen relevant (Abschnitt 4.1) und welche Prävalenzraten diesbezüglich für den Personenkreis der Asylsuchenden bekannt sind (Abschnitt 4.2).

4.1 Klassifikation der psychopathologischen Folgen traumatischer Erfahrungen

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die psychopathologischen Folgen traumatischer Erfahrungen in den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV derzeit klassifiziert werden. Die bekannteste Diagnose in diesem Zusammenhang stellt die *posttraumatische Belastungsstörung* (PTB; englisch PTSD für Posttraumatic Stress Disorder) (Abschnitt 4.1.1) dar. Daneben spielen zunehmend aber auch komorbide Störungen und weitere posttraumatische Störungskonzepte (Abschnitt 4.1.2) sowohl in der klinisch-psychologischen Praxis, als auch in der Forschung eine Rolle.

4.1.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung

In Folge akuter traumatischer Ereignisse entwickeln die Betroffenen oft unmittelbar Symptome wie „Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit; Albträume und Schlafstörungen; Häufiges Wiedererleben von Teilen des Traumas; Vermeidung von (möglichst allen) Reizen, die mit dem Trauma zu tun haben; Gefühle von Empfindungslosigkeit, losgelöst sein von anderen, Einsamkeit, Entfremdung von Nahestehenden, Kontaktunwilligkeit; Beeinträchtigung der Wahrnehmung der Umwelt, des eigenen Körpers, eigener Gefühle; Konzentrations- und Leistungsstörungen“ (Huber, 2003, S.68). Es handelt sich hierbei zunächst um eine *posttraumatische Belastungsreaktion*, die sich nach wenigen Tagen oder Wochen zurückbilden kann (Huber, 2003).

Für die oben geschilderte posttraumatische Belastungsreaktion hat die ICD-10 die Diagnosebezeichnung *akute Belastungsreaktion* (F43.0) eingeführt, die innerhalb der ersten Stunden bis zu drei Tagen nach dem traumatischen Ereignis zu stellen ist. Im DSM-IV wird

die aufgeführte Symptomatik mit der Diagnose *akute Belastungsstörung* (308.3), die bis zu vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis zu stellen ist, bezeichnet.

Dauern die Folgebeschwerden nach einem traumatischen Ereignis an bzw. chronifizieren sie, werden sie nach den Diagnosesystemen entsprechend als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet. In seltenen Fällen kann sich die PTSD auch ohne vorangehende akute Symptomatik erst nach einer Latenzzeit von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis manifestieren. Der Kern der Diagnose einer PTSD verlangt das Vorhandensein eines traumatischen Ereignisses, eine subjektive Reaktion auf dieses und die Ausbildung der drei Symptomcluster Wiedererleben, Vermeidungsverhalten/allgemeiner emotionaler Taubheitszustand und Übererregbarkeit (Flatten at al., 2004). Im Anhang D ist der Wortlaut der Diagnosekriterien der ICD-10 (Dilling at al., 2006) und des DSM-IV (Saß at al., 2003b) wiedergegeben.

4.1.2 Komorbidität und andere posttraumatische Störungskonzepte

Die PTSD ist nur eine mögliche Reaktion auf traumatische Erfahrungen (u.a. Butollo et al., 1999; Flatten at al., 2004; Huber, 2003; Maercker, 2009; Sack, 2004;). Flatten at al. (2004) weisen entsprechend darauf hin, dass eine kausale „streng spezifische Verknüpfung von extrem belastenden Lebensereignissen mit den typischen PTSD-Symptomen ... nicht zu bestehen“ (S.52) scheint. In der Tat können folgende Befunde (Maercker, 2009) diese Annahme stützen:

- In Folge von traumatischen Ereignissen können sich, statt der PTSD, eine Reihe anderer Störungen entwickeln.
- Nicht jeder Mensch entwickelt nach einer traumatischen Erfahrung eine PTSD⁸ oder andere Störungen.
- Es konnten hohe Komorbiditätsraten zwischen PTSD und anderen Störungen festgestellt werden.⁹
- Bei einigen traumatisierten Menschen decken die Symptomgruppen der PTSD (auch unter Berücksichtigung komorbider Störungen) das Störungsbild nicht ab.

⁸ Je nach Art und Anzahl traumatischer Ereignisse liegen verschiedene PTSD-Prävalenzraten vor. Eine groß angelegte Studie von Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes und Nelson (1995) liefert folgende Lebenszeitprävalenzraten: ca. 5% nach Naturkatastrophen, ca. 12% nach körperlicher Gewalt, ca. 17% nach Waffengewaltandrohung, ca. 39% nach Krieg, ca. 56% nach Vergewaltigung.

⁹ “Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50-100% der Patienten mit PTBS komorbide Störungen vorliegen” (Maercker, 2009, S.29).

Maercker (2009) hat die empirischen Befunde bezüglich komorbider Störungen bei posttraumatischen Belastungsstörungen zusammengefasst. Unter den häufigsten komorbiden Störungen befinden sich (S.29):

- Angststörungen
- Depressionen
- Suizidalität
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder - sucht
- Somatisierungsstörungen
- Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Posttraumatische Störungsbilder, die über das Syndrom der PTSD und anderer (komorbider) Störungen hinausgehen, können vor allem bei chronisch Traumatisierten auftreten (u.a. Flatten at al., 2004; Haenel & Wenk-Ansohn, 2004; Maercker, 2009). Sie sind gekennzeichnet durch eine Vielfalt und besondere Schwere der Symptomatik, die oft mit schwerwiegenden Veränderungen der Persönlichkeit verbunden sind. In den Klassifikationssystemen werden sie bisher nur unzureichend bzw. gar nicht berücksichtigt. Die ICD-10 hat die Diagnose *andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* (F62.0) eingeführt, wobei diese nur „einen Teil der typischen, nach chronischen Traumatisierungen nachweisbaren Persönlichkeitsveränderungen“ (Flatten at al., 2004, S.46) erfassen kann. Im DSM-IV liegt bis heute keine weitere Diagnosekategorie aus dem posttraumatischen Störungsbereich vor.

Wissenschaftler diskutieren seit einigen Jahren über verschiedene Vorschläge für ein neues posttraumatisches Störungskonzept, das der Komplexität und besonderen Schwere der Symptomatik bei lang anhaltenden traumatischen Erfahrungen umfassend gerecht wird. In der Literatur über die Population traumatisierter Flüchtlinge wird in diesem Zusammenhang insbesondere auf das von ursprünglich Herman (1993) eingeführte Störungskonzept der *komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung* (komplexe PTB; engl. complex PTSD) hingewiesen. Diese wird als eigene Diagnosekategorie unter dem Namen *Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet* (DESNOS für Disorders of extreme stress not otherwise specified) für die fünfte Auflage des DSM – das DSM-V – vorgeschlagen (APA, 2009).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass es sich offensichtlich um ein breites Spektrum traumabedingter psychopathologischer Störungen handelt. Auf Grund der oben genannten Befunde kann man darauf schließen, dass neben einem traumatischen Ereignis, das gemäß der ICD-10 und dem DSM-IV als primärer Auslösefaktor einer posttraumatischen Folgestörung definiert wird, weitere Faktoren eine entscheidende Rolle spielen müssen, *ob, welcher Art und in welchem Ausmaß* die betroffene Person psychopathologische Symptome nach einer traumatischen Erfahrung ausbildet.

4.2 Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern

Es liegt weltweit keine umfassende Studie vor, in welcher die Prävalenz posttraumatischer Störungen explizit für diesen Personenkreis untersucht wurde. Die oben bereits zitierten kleiner angelegten Studien von Gäbel at al. (2006), Jakobsen at al. (2011) und Masmus at al. (2008) (s. Abschnitt 3.2) können herangezogen werden, um die Verbreitung von traumabedingten Störungen in der Population der Asylsuchenden abzuschätzen. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Untersuchungen vorgestellt.

Gäbel at al. (2006) konnten in ihrer Untersuchung (mittels der Sektion N des *Munich-Composite International Diagnostic Interview* (M-CIDI)) an 42 – zum Zeitpunkt der Studie in Aufnahmezentren untergebrachten Asylbewerbern – eine Punkt-Prävalenz (Häufigkeit der Erkrankten zum Zeitpunkt der Untersuchung) von 40% für die PTSD feststellen. Eine klinische Beurteilung anderer psychischer Störungen wurde nicht vorgenommen.

In Norwegen stellen Jakobsen at al. (2011) in einer Untersuchung (anhand des *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)) an 85 Asylbewerbern Punkt-Prävalenzraten für folgende Störungen fest: 45% für PTSD, 33% für Depression, 30% für somatoforme Störungen und 27% für Angststörungen. Weiter geben sie an, dass 70% die Kriterien für mindestens eine Diagnose erfüllten, 42% davon sogar für mehr als eine Diagnose. Die häufigste Komorbidität bestand zwischen PTSD und Depression (15%), gefolgt von PTSD und Angststörung (12%) und Depression und Angststörung (11%). Kein Teilnehmer an der Studie erfüllte die Diagnosekriterien für Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch. Nur ein Teilnehmer erfüllte die Kriterien einer psychotischen Störung.

Die Forschungsgruppe um Masmus at al. (2008) stellt in einer in Dänemark durchgeführten Studie (keine Angabe über das Erhebungsinstrument) an 142 Asylbewerbern eine PTSD-Punkt-Prävalenz von 34% fest. Über die Symptome des Störungsbildes der PTSD hinaus,

werden Angaben zu folgenden Symptomen gemacht (Erfassung mit der *General Health Questionnaire* (GHQ) der WHO): 25% depressiv (depressive), 20% Angst (in anguish), 14% besorgt (anxious), 17% weinerlich (tearful), 4% psychotisch (psychotic) und 4% verwirrt (confused).

4.3 Zusammenfassung

Die aufgeführten Studien zeigen, dass ein großer Teil der Asylsuchenden eine Traumafolgestörung entwickelt – dabei 34-45% eine PTSD. Auch die Prävalenz anderer psychischer Störungen wurde untersucht. Die eher spärliche Studienlage deutet darauf hin, dass Störungen aus dem Depressions- (30%), Angst- (27%) und somatoformen (30%) Bereich vermehrt auftreten. Es wurden außerdem Komorbiditäten für PTSD und depressive Störungen (15%), PTSD und Angststörungen (12%) sowie depressive- und Angststörungen (11%) festgestellt.

Dies bedeutet, dass ein großer Teil der Asylsuchenden gemäß der europäischen Richtlinie RL 2003/9/EG zu der Gruppe der besonders Schutzbedürftigen gehört und deshalb einen Rechtsanspruch auf die erforderliche Hilfe hat (s. Abschnitt 2.4).

Interessant ist zudem der Befund in einer Studie, dass für keine Person von insgesamt 85 Asylbewerbern – von denen 95% mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt haben – die Störungen Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch festgestellt wurden. Wie aufgezeigt, gehören diese nach Maercker zu den häufigsten komorbiden bzw. weiteren traumabedingten Störungen. Ein Zusammenhang mit dem muslimischen Glauben des Großteils der Asylbewerber könnte dahinter stehen. Die Frage, welche Rolle das Herkunftsland bzw. die religiöse und/oder ethnische Zugehörigkeit bei der unterschiedlichen Diagnoseverteilung in der Population der Asylsuchenden spielt, wäre Thema einer eigenständigen Arbeit. Grundsätzlich ist daraus jedoch herleitbar, dass westliche Konzepte von Traumafolgestörungen möglicherweise nur eingeschränkt auf Asylsuchende übertragen werden können. Auch dies bedarf weiterer wissenschaftlicher Abklärung.

Insgesamt wurde deutlich, dass groß angelegte empirische Studien zur gezielten Erfassung der Verteilung von Traumafolgestörungen und Komorbidität in der Population der Asylsuchenden in Deutschland noch fehlen. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

5 Die Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess

Inzwischen geht man davon aus, dass durch ein traumatisches Ereignis ein komplexer Traumatisierungsprozess ausgelöst wird, dessen Verlauf durch viele verschiedene bio-psycho-soziale Faktoren mitbestimmt ist (u.a. Maercker, 2009). Die Ursachen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen basieren entsprechend auch auf einem sehr komplexen multifaktoriellen Bedingungsgefüge. Dass das Asylverfahren (s. Kapitel 2) insgesamt eine extrem belastende Situation darstellt und den Traumatisierungsprozess mit beeinflusst, wird grundsätzlich von Klinikern und Wissenschaftlern anerkannt. Welche Rolle die Phase des Asylverfahrens in diesem Prozess spielt bzw. welchen Einfluss sie auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen haben kann, wird im Folgenden erläutert. In der klinisch-psychologischen Literatur werden diesbezüglich verschiedene Ansichten vertreten – Asylverfahren als kumulative Belastung (Abschnitt 5.1), als traumatische Sequenz (Abschnitt 5.2), als unterschwelliges Fortbestehen der traumatischen Situation (Abschnitt 5.3), als retraumatisierende Situation (Abschnitt 5.4) und als posttraumatische Phase (Abschnitt 5.5).

5.1 Asylverfahren als kumulative Belastung

Das Konzept der *kumulativen Traumatisierung* wurde von Khan (1963) eingeführt. Er vertritt die Annahme, dass die Abfolge von belastenden, an und für sich aber nicht-traumatischen Ereignissen oder Umständen – hier als subtraumatisch bezeichnet – zu einer traumatischen Gesamtbelastung führen können. Der Entstehungsprozess von Traumafolgestörungen kann demnach folgendermaßen erklärt werden: Bevor eine subtraumatische Einzelerfahrung verarbeitet werden kann, tritt bereits die nächste Belastung auf und verschärft die schon vorliegende. Bevor sich diese aufgelöst hat, tritt erneut ein entsprechendes Ereignis ein. So entsteht eine Kette von sich anhäufenden belastenden Umständen. Irgendwann hat die Gesamtbelastung eine traumatische Qualität erreicht, es kommt zum psychischen Zusammenbruch.

Vor diesem Hintergrund wird das Asylverfahren bzw. die mit dieser Zeit verbundenen Lebensbedingungen und Anforderungen von vielen Klinikern als subtraumatische Situation verstanden, die in ihrer Beziehung zu anderen subtraumatischen Ereignissen zu einer kumulativen Traumatisierung führen kann (u.a. Maier & Schnyder, 2006). Bei Asylbewerbern

reihen sich meist belastende Erfahrungen im Herkunftsland, während der Verfolgung, auf der Flucht und in der Zeit des Asylverfahrens aneinander. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur oft auf Lee (1988; zitiert nach Fischer & Riedesser, 2009) verwiesen.

Lee hat die Belastungsfaktoren, die mit der Exilsituation bei Flüchtlingen verbunden sind, folgendermaßen zusammengefasst. Er unterscheidet zwischen:

- Migrationsstress, hier differenziert Lee weiter zwischen Prämigrations- (vor der Flucht, im Herkunftsland), Migrations- (während der Flucht, Reiseweg), und Postmigrationserfahrungen (nach der Flucht, Exil)
- Akkulturationsstress
- spezifischer Stress der jeweiligen Lebensperiode
- Familienstress

Es können bereits belastende *prä migratorische* Umstände wie Defizite in der medizinischen Versorgung, geringer sozioökonomischer Status der Familie, körperliche und/oder psychische Erkrankungen oder Verletzungen, traumatische Ereignisse, Erfahrungen der direkten Verfolgung usw. vorliegen. Die Planung der *Migration* kann Konflikte innerhalb der Familie auslösen, der Reiseweg selbst ist oft mit Gefahren, Gewalterfahrungen und Verlusten verbunden. *Nach der Migration* sind die Menschen gefordert, sich in eine neue Kultur einzuleben. Dies kann mit großer Anstrengung verbunden sein. Außerdem betont Lee, dass unabhängig von der Migrationserfahrung jede Lebensperiode (Lebensalter) mit jeweils spezifischen Problemen einhergeht, die sich natürlich auch auf die Gesamtbelastung eines Asylsuchenden auswirken. Insgesamt können all diese Herausforderungen an den Einzelnen und die damit einhergehenden Gefühle der Belastung oder Anspannung wiederum zu Konflikten innerhalb der *Familie* führen. Über die genannten Faktoren hinaus weist Lee darauf hin, dass das Ausmaß an Belastung bei jedem Einzelnen natürlich auch von seinen *individuellen Anpassungsfähigkeiten* abhängig ist. Der Umgang mit der wahrgenommenen Belastung kann zudem von *kulturspezifischen Vorstellungen* über Krankheit und Behandlung geprägt sein.

Anhand von Lees Überblick über die relevanten Belastungsfaktoren, die mit der Exilerfahrung verbunden sind, wird nachvollziehbar, dass das Ausmaß vorliegender Belastung eines Asylsuchenden bzw. die Kette der entsprechenden Ereignisse sehr fortgeschritten sein kann. Das macht ihn äußerst vulnerabel (verletzlich) für eine als

traumatisch einzustufende Gesamtbelastung. Denn mit jeder weiteren, noch so geringen Belastung kann der entscheidende Schwellenwert zum Trauma überschritten werden.

Nach dem Modell der kumulativen Traumatisierung ist in der Population der Asylsuchenden generell, also auch, wenn kein traumatisches Ereignis im eigentlichen Sinne vorliegt, von einer erhöhten Vulnerabilität für die Entwicklung von Traumafolgestörungen auszugehen. Eine noch höhere Vulnerabilität ist folglich bei Asylbewerbern, die in ihrem Herkunftsland traumatische Erfahrung im eigentlichen Sinne gemacht haben, zu erwarten.

5.2 Asylverfahren als traumatische Sequenz

Das Konzept der *sequenziellen Traumatisierung* wurde im Jahre 1979 von Keilson eingeführt, um den Traumatisierungsprozess von jüdischen Kriegswaisen während des 2. Weltkrieges zu beschreiben. Keilson (1979) stellt die traumatische Gesamterfahrung als Abfolge von drei Sequenzen dar. Jede Sequenz hat dabei eine eigenständige traumatische Qualität. In seinem Modell umfasst die *erste Sequenz* die Besetzung der Niederlande durch die Nationalsozialisten und die beginnenden Angriffe gegen die jüdische Minderheit. Die *zweite Sequenz* bezieht sich auf konkrete Erfahrungen der direkten Verfolgung wie Deportation, Trennung von Familienangehörigen, erzwungenes Untertauchen und sich Verstecken sowie die Gefangenschaft in Konzentrationslagern. Als *dritte Sequenz* beschreibt Keilson die Zeit nach Ende der Kriegshandlungen und Verfolgung. Als zentrales Thema nennt er die Bestimmung eines Vormundes für die Waisenkinder. Keilson (1979) konnte in seiner Längsschnittuntersuchung an jüdischen Waisenkindern feststellen, dass es nicht die Zeit der direkten Verfolgung war, die den Verlauf des Traumatisierungsprozesses entscheidend bestimmte. Den größten Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Entstehung von Traumafolgestörungen hatte, unabhängig vom Ausmaß der direkten Verfolgung, die Nachkriegsperiode bzw. die dritte Sequenz. Zentrale Bedingungen, die einen positiven Einfluss auf den weiteren Verlauf hatten, waren eine bedürfnisorientierte Behandlung der Waisenkinder, soziale Unterstützung und die Anerkennung als Verfolgungsoffer.

Bezüglich der Ursachen von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern wird Keilsons Theorie der sequenziellen Traumatisierung in der gängigen Literatur sehr oft zitiert. Ausgehend von Keilsons Modell kann die traumatische Gesamterfahrung eines Asylsuchenden in den folgenden Sequenzen dargestellt (u.a. Baff, 2006a; Haenel & Wenk-Ansohn, 2004; Maier & Schnyder, 2006; Moser, Neyfeler & Verwey, 2001; Wenk-Ansohn & Schock, 2008):

1. beginnende Verfolgung und Kriegssituation im Herkunftsland
2. ausgeprägte direkt erlebte Verfolgung oder Kriegserfahrungen (hierzu gehören in der Regel konkrete traumatische Ereignisse, wie z.B. Gefangenschaft, Folter oder Missbrauch)
3. Flucht (oft mit widrigen Reiseumständen, Ausbeutung und Gefahren verbunden)
4. Zeit im Exil bzw. die Zeit des Asylverfahrens

Das Asylverfahren bekommt hier also eine eigenständige traumatische Qualität und somit wird deutlich gemacht, dass „die gelungene Flucht eben nicht das Ende des Traumatisierungsprozesses darstellt, sondern nur den Übergang von einer Sequenz zur nächsten“ (Moser et al., 2001, S.24). Den damit verbundenen Lebensbedingungen und Anforderungen werden insgesamt, orientiert an den Befunden von Keilson, der größte Einfluss an der Entstehung von Traumafolgestörungen zugeschrieben.

Entsprechend kann nach diesem Modell ebenfalls geschlossen werden, dass Asylsuchende, die in ihrem Herkunftsland traumatische Ereignisse erlebt haben, unabhängig vom Schweregrad der traumatischen Erfahrungen eine sehr vulnerable Gruppe darstellen. Die ungünstigen Aufenthaltsbedingungen während des Asylverfahrens fördern den Übergang in eine weitere traumatische Sequenz.

5.3 Asylverfahren als unterschwelliges Fortbestehen der traumatischen Situation

Einige Kliniker vertreten die Meinung, dass die Lebensbedingungen im Asylverfahren qualitativ nicht anders seien als die mit der Verfolgung einhergehenden traumatischen Ereignisse, denen die meisten Asylsuchenden in ihrem Herkunftsland ausgesetzt waren. Sie betonen vielmehr, dass das Asylverfahren ein qualitativ gleich bleibendes Fortbestehen des, durch ein ursprünglich traumatisches Ereignis initiierten, traumatischen Erlebens sei.

Hierbei kann man sich zum Beispiel auf Fischer und Riedesser (2009) beziehen. Sie definieren das Ende einer traumatischen Situation als „eine qualitativ veränderte Situation ..., die die traumatischen Bedingungen in sich „aufhebt“, d.h. sie überwindet und einen qualitativ neuen Anfang erlaubt“ (S.77). Handelt es sich um von Menschen gezielt verursachte traumatische Ereignisse, ist ein Neuanfang erst dann möglich, „wenn die zerstörte zwischenmenschliche und ethische Beziehung durch Anerkennung von Verursachung und Schuld wiederhergestellt wurde“ (S.77).

Gemäß Fischer und Riedesser könnte man davon ausgehen, dass bei den meisten Asylsuchenden „die traumatische Situation unterschwellig fortbesteht“ (2009, S.101). Hierfür spricht nicht nur die Tatsache, dass Asylsuchende mit ihrer Flucht in ein anderes Land in der Regel die Möglichkeit verlieren, die Verantwortlichen für die ihnen widerfahrenen Ereignisse anzuklagen und vor Gericht zu bringen. Darüber hinaus sind es vor allem auch die Lebensbedingungen während des Asylverfahrens, die vielen verhörartigen Befragungen durch die BAMF und die lange Zeit des Abwartens auf den Asylentscheid, die einem qualitativen Neuanfang gemäß Fischer und Riedesser entgegen stehen. Statt Anerkennung als Opfer durch sofortige Schutzgewährung und Eingehen auf Bedürfnisse, schürt die gegenwärtige rechtlich definierte Situation der Asylsuchenden vielmehr Gefühle des Misstrauens und des Nicht-Erwünschtseins von Seiten des Aufnahmelandes. Solange den Opfern aber „nicht jene Anerkennung und Unterstützung zuteil [wird], die von ihrem Gerechtigkeitsempfinden her angebracht erscheint, so kann sich das erschütterte Selbst- und Weltverständnis nicht regenerieren. Das Trauma bleibt „unfasslich““ (Fischer & Riedesser, 2009, S.101).

Man kann zusammenfassen, dass nach dem traumatischen Ereignis als solches, die Betroffenen äußerst vulnerabel auf die soziale Umwelt reagieren. Reaktionen, die bei den Betroffenen das Gefühl auslösen, dass das ihnen widerfahrene Unrecht nicht anerkannt wird, führen zu einem Fortbestehen der traumatischen Situation und machen damit die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses unmöglich.

5.4 Asylverfahren als retraumatisierende Situation

Einige Kliniker weisen darauf hin, dass die Zeit des Asylverfahrens mit vielen potenziell retraumatisierenden Bedingungen verbunden ist. Unter *Retraumatisierung* versteht man in der Regel eine akute oder auch anhaltende erhebliche Verschlechterung der posttraumatischen Symptomatik in Folge von erneuten schweren Belastungssituationen (Wenk-Ansohn & Schock, 2008). Zentrale Merkmale von retraumatisierenden Situationen sind nach Wenk-Ansohn und Schock „die erneute Erfahrung des Gefühles, hilflos ausgeliefert zu sein, das Erleben von Unkontrollierbarkeit und intensiver Furcht oder die erneute tiefe Verletzung der persönlichen Würde“ (S.64). Man unterscheidet zwischen unspezifischen und spezifischen Belastungssituationen. Letztere sind mit der ursprünglichen traumatischen Situation der betroffenen Person assoziiert. Zu den typischen potenziell retraumatisierenden Ereignissen während des Asylverfahrens gehören nach Wenk-Ansohn und Schock ausländerfeindliche Übergriffe oder Abschiebeandrohungen.

Wenk-Ansohn und Schock differenzieren die folgenden drei psychopathologischen Phänomene, die als Folge von retraumatisierenden Belastungen auftreten können:

- akute Retraumatisierungsstörung,
- chronische Retraumatisierungsstörung
- Traumafolgestörung mit verzögertem Beginn

Bei einer *akuten Retraumatisierungsstörung* bildet sich die zunächst akut verschlechterte Symptomatik relativ schnell wieder zurück. Bleibt die Symptomatik dagegen anhaltend stark ausgeprägt, spricht man von einer *chronischen Retraumatisierungsstörung*. Es ist mit einem deutlich komplizierteren und schlechteren Verlauf zu rechnen. Darüber hinaus kann eine retraumatisierende Belastung auch dazu führen, dass eine Person *verzögert*, nach einer zuvor erlebten potentiell traumatischen Situation, eine posttraumatische Symptomatik entwickelt.

Gemäß Wenk-Ansohn und Schock ist bei Asylsuchenden, die traumatische Erfahrungen in ihrem Herkunftsland gemacht haben, von einer anhaltenden Vulnerabilität für Retraumatisierungen auszugehen.

5.5 Asylverfahren als posttraumatische Phase

Im Zusammenhang mit Asylsuchenden, die in ihrem Herkunftsland mit traumatischen Ereignissen konfrontiert waren, wird die Zeit des Asylverfahrens oft auch als *posttraumatische Phase* bezeichnet. Lebensbedingungen und Anforderungen während des Asylverfahrens werden entsprechend als posttraumatische Faktoren benannt. Diese Bezeichnung begründet sich auf der Annahme, dass der Traumatisierungsprozess bzw. die Entstehung von Traumafolgestörungen grundsätzlich durch prätraumatische Faktoren (vor dem traumatischen Ereignis), peritraumatische Faktoren (während des traumatischen Ereignisses) und posttraumatische Faktoren (nach dem traumatischen Ereignis) beeinflusst wird. Welche Faktoren hierbei genau zusammenspielen, wird auf der Grundlage des gegenwärtigen Forschungsstandes durch das *Multifaktorielle Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen* von Maercker (2009) veranschaulicht. Anhand seines Modells wird im Folgenden beleuchtet, durch welche prä-, peri- und posttraumatischen Faktoren die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bei traumatisierten Asylbewerbern möglicherweise beeinflusst wird und welche Rolle dabei speziell die posttraumatische Phase des Asylverfahrens hat:

Prätraumatische Faktoren

Wie Asylsuchende die im Herkunftsland gemachten traumatischen Erfahrungen verarbeiten, kann nach Maercker durch frühere Traumatisierungen, Alter, Intelligenz und Bildung sowie Geschlecht beeinflusst sein. Ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Verlauf posttraumatischer Reaktionen ist zu erwarten, wenn Asylsuchende weiblich sind, bereits im Kindesalter mit traumatischen Ereignissen konfrontiert waren und/oder ein geringes Bildungs- und Intelligenzniveau vorliegt. Da Maercker einen U-förmigen Zusammenhang zwischen Traumatisierungsalter und Risiko für die Entstehung posttraumatischer Folgestörungen nachgewiesen hat, ist nur bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen im höheren Alter mit einem dadurch bedingten erhöhten Risiko für einen ungünstigen Verlauf posttraumatischer Reaktionen zu rechnen. Maercker integriert in die Gruppe der prätraumatischen Faktoren außerdem Persönlichkeitseigenschaften, obgleich er darauf hinweist, dass bislang noch unklar ist, welche Eigenschaften einen relevanten Einfluss auf die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen haben. Es liegen beispielsweise Hinweise vor, dass die „Reife der Bewältigungsstrategien (mehr Neuinterpretations-, weniger externalisierendes Coping)“ als Persönlichkeitseigenschaft einen prädiktiven Wert auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung hat (Maercker & Michael, 2009, S.109).

Peri-traumatische Faktoren

Während der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis haben nach Maercker sogenannte *Ereignisfaktoren* – wie Traumaschwere und initiale Reaktionen – einen Einfluss auf die Entstehung von Traumafolgestörungen. Asylsuchende, die von besonders schwerwiegenden Ereignissen berichten – gemessen beispielsweise an der Länge und Anzahl traumatischer Ereignisse und an der Höhe des damit verbundenen Schadensausmaß und Verletzungsgrades – sind gefährdeter, psychopathologische posttraumatische Reaktionen zu manifestieren. Darüber hinaus können anhand von Angaben über Reaktionen der Betroffenen während des traumatischen Ereignisses wichtige Vorhersagen für den weiteren Verlauf gemacht werden. Ein Gefühl des Verlustes der eigenen Autonomie und Handlungsfähigkeit sowie Symptome der *Depersonalisation* und *Derealisation* gehören nach Maercker zu den zentralen ungünstigen Reaktionen. Bei *Depersonalisation* liegt das Gefühl vor, sich selbst fremd zu sein („Ich bin nicht mehr ich“), bei *Derealisation* wird hingegen die Umwelt als

fremd, sonderbar oder unwirklich wahrgenommen („Alles um mich herum war so unwirklich“) (Peters, 2007).

Posttraumatische Faktoren

In der Zeit nach der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis können verschiedene Faktoren den weiteren Verlauf posttraumatischer Reaktionen mit beeinflussen: *Aufrechterhaltungsfaktoren*, *Ressourcen* bzw. *gesundheitsfördernde Faktoren* und *posttraumatische Prozesse*.

Nach Maercker begünstigen die Aufrechterhaltungsfaktoren – in dieser Arbeit als *posttraumatische Risikofaktoren* bezeichnet – die Entstehung bzw. Chronifizierung einer Traumafolgestörung. Hierzu gehören grundsätzlich alle Ereignisse oder Erfahrungen in der posttraumatischen Zeit, die ein Gefühl der Belastung bzw. Stress bei den betroffenen Personen auslösen. Auch andauernde Gefühle der Schuld, Wut oder Rache – in Verbindung mit den traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland und der dadurch verursachten gegenwärtigen Lebenssituation im Exil – sind als kognitiv-emotionale Veränderungen wichtige posttraumatische Einflussfaktoren von langfristigen Traumafolgen. Darüber hinaus fördert ein vermeidender Bewältigungsstil die Entstehung von Traumafolgestörungen. Möchte oder kann ein Asylbewerber beispielsweise nicht über seine traumatischen Erfahrungen sprechen oder versucht er, die damit verbundene Gedanken und Gefühle generell zu unterdrücken, ist mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung einer Traumafolgestörung zu rechnen.

Gesundheitsförderliche Faktoren – in dieser Arbeit als *posttraumatische Schutzfaktoren* bezeichnet – zeichnen sich nach Maercker hingegen dadurch aus, dass sie eine Integration von traumatischen Ereignissen fördern und somit insgesamt erleichtern, das Geschehene in die eigene Biographie einzuordnen und vor diesem Hintergrund verstehbar zu machen. Nach Maercker haben sich folgende Bedingungen jeweils als gesundheitsförderlich erwiesen: die betroffene Person ist in der Lage, über das Geschehene zu kommunizieren, erhält soziale Unterstützung und berichtet von einem Gefühl der Anerkennung als Traumaopfer. Asylsuchende profitieren selten von solchen Schutzfaktoren. Die meisten von ihnen müssen im Asylverfahren mit großer Anstrengung beweisen, Opfer von traumatischen Ereignissen geworden zu sein. Da viele von ihnen alleine nach Deutschland gekommen sind oder hier von ihrer Familie oder Freunden getrennt wurden, haben sie kaum soziale Kontakte, aus denen sie Unterstützung schöpfen könnten.

Weitere posttraumatische Einflussfaktoren beruhen auf den sogenannten posttraumatischen Prozessen. Hierzu gehören Gedächtnisveränderungen, die die Art der Enkodierung, Organisation und des Abrufs von traumatischen Erfahrungen betreffen, oder neurobiologische Veränderungen wie zum Beispiel eine veränderte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde.

Insgesamt betont Maercker (2009), dass posttraumatische Belastungen „die einflussreichsten Faktoren für die Existenz chronischer Belastungsstörungen“ (S.36) sind. Daraus könnte man für die Population traumatisierter Asylbewerber schlussfolgern, dass Belastungen während des Asylverfahrens als posttraumatische Phase den größten Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen haben. Auch nach Maercker sollte also damit gerechnet werden, dass Asylsuchende, die in ihrem Herkunftsland traumatische Erfahrungen gemacht haben, äußerst vulnerabel auf nachfolgende Belastungen reagieren.

5.6 Fazit: Asylverfahren als besonders vulnerable Phase im Traumatisierungsprozess

Insgesamt stimmen die vorgestellten unterschiedlichen Auffassungen bezüglich der Rolle des Asylverfahrens im Traumatisierungsprozess in einem wesentlichen Punkt überein: Das Asylverfahren stellt eine besonders vulnerable Phase im Traumatisierungsprozess dar. Nicht nur traumatische Ereignisse im Herkunftsland, sondern auch die nachfolgend belastenden Lebensbedingungen, die sich durch das Asylverfahren ergeben, bestimmen die Vulnerabilität bzw. die Anfälligkeit für die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Wobei man hier zwischen Erstmanifestation einer Traumafolgestörung, Retraumatisierungsstörung, komorbider Störung, aber auch Chronifizierung von psychopathologischen Traumafolgen differenzieren sollte. Der Übergang von (zunehmender) Vulnerabilität zur Entwicklung von Traumafolgestörungen wird in den oben vorgestellten Modellen unterschiedlich umschrieben: 1. als Kumulation von Belastungen bis zum Zusammenbruch, 2. als Abfolge traumatischer Sequenzen, 3. als Anhalten der traumatischen Situation und Stagnation der Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung, 4. als Retraumatisierung oder 5. als Wirkung von posttraumatischen Risikofaktoren.

Hieraus kann umgekehrt gefolgert werden, dass eine gezielte Verbesserung relevanter Lebensbedingungen während des Asylverfahrens die zunehmende Vulnerabilisierung und die Entstehung von Traumafolgestörungen verhindern kann.

6 Posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren während des Asylverfahrens

In Deutschland wurde das Leben im Asylverfahren bisher in keiner groß angelegten wissenschaftlichen Studie explizit auf potentielle posttraumatische Einflussfaktoren untersucht. Auch in Deutschland sind die „Kenntnisse über die Auswirkungen eines langen Asylverfahrens auf die Gesundheit von Asylsuchenden weiterhin spärlich“ (Laban, Gernaat, Komproe & de Jong, 2009, S.79). International liefern unter anderem die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien der Forschungsgruppe um Silove aus Australien wichtige Hinweise diesbezüglich. Silove wird von Maier und Schnyder (2006) als einen „der profiliertesten Vertreter einer ganzheitlichen gesellschaftspolitischen Sichtweise auf die Folgen von Krieg und organisierter Gewalt“ beschrieben (S.33). In diesem Kapitel werden einige der empirischen Befunde und Arbeiten seiner Forschungsgruppe vorgestellt. Auf dieser Grundlage werden mögliche posttraumatische Risiko- (Abschnitt 6.2) und Schutzfaktoren (Abschnitt 6.3) während des Asylverfahrens in Deutschland herausgearbeitet. Vorab werden einige grundsätzliche Hinweise bezüglich der wissenschaftlichen Erforschung von posttraumatischen Einflussfaktoren während des Asylverfahrens skizziert (Abschnitt 6.1).

6.1 Einige grundsätzliche Bemerkungen zur wissenschaftlichen Erforschung von posttraumatischen Einflussfaktoren während des Asylverfahrens

Grundsätzlich gestaltet sich die Erforschung des Einflusses von posttraumatischen Faktoren auf die psychosoziale Gesundheit von Asylbewerbern als äußerst schwierig, da man Asylbewerber über einen längeren Zeitraum mehrfach wiederholt untersuchen müsste. Während des Asylverfahrens wechseln viele Menschen den Wohnsitz, sind schwer zu erreichen, da sie keinen privaten Telefonanschluss haben, tauchen in der Illegalität unter oder werden nach einer Ablehnung des Asylantrages ausgewiesen (Laban et al., 2009). Man muss sich in der Regel auf retrospektive Untersuchungen beschränken und vergleicht traumatisierte Asylsuchende mit und ohne psychopathologische Symptome bezüglich belastender oder gesundheitsförderlicher Situationen und Bedingungen, denen sie während des Asylverfahrens ausgesetzt waren bzw. zum Zeitpunkt der Untersuchung noch ausgesetzt sind. Solche Untersuchungen erlauben jedoch keine kausalen Interpretationen, und es kann nicht endgültig

geklärt werden, ob Angaben bezüglich posttraumatischer Bedingungen nicht selbst durch den posttraumatischen gesundheitlichen Zustand oder beide sogar durch einen dritten Faktor bedingt sind. Insgesamt liefern Ergebnisse aus retrospektiven Untersuchungen jedoch einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung oder Schwächung von aufgestellten Hypothesen bezüglich posttraumatischer Einflussfaktoren.

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen die Lebensbedingungen und Anforderungen während des Asylverfahrens zwischen den einzelnen Ländern stark variieren. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ausländischer Untersuchungen diesbezüglich auf in Deutschland lebende Asylsuchende ist deshalb nicht möglich.

6.2 Posttraumatische Risikofaktoren

In der vorliegenden Arbeit werden posttraumatische Risikofaktoren gemäß der vulnerabilisierenden Qualität des Asylverfahrens (s. Kapitel 5) folgendermaßen aufgefasst: Es handelt sich um Lebensbedingungen und Umstände, die gemeinsam mit den traumatischen Ereignissen im Herkunftsland eine besondere Vulnerabilität bzw. ab einem gewissen Ausmaß der Gesamtbelastung die Entwicklung oder Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bedingen. Dazu konform definieren Fischer und Riedesser (2009) posttraumatische Risikofaktoren als „Lebensereignisse oder Lebensumstände, die einzeln oder in ihrem Zusammenwirken eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen. Sie bilden ... ein „Risiko“ für Fehlentwicklungen oder psychische Störungen“ (S.161). Da sich bei traumatischen Ereignissen im engeren Sinne das Erkrankungsrisiko potenziert, fallen sie in der klinisch-psychologischen Literatur in der Regel nicht unter den Begriff des Risikos (Fischer & Riedesser, 2009).

Die Forschungsgruppe um Silove in Australien hat einen ersten entscheidenden Schritt für die Identifikation von posttraumatischen Risikofaktoren während des Asylverfahrens gemacht, indem sie ein Instrument für die Erfassung von postmigratorischen Problemen für den besagten Personenkreis entwickelte. Im Folgenden werden die sogenannte *Post-migratory Living Problem Checklist* (PMLP) und einige empirische Ergebnisse von Silove vorgestellt (Abschnitt 6.2.1). Anschließend werden auf Grundlage seines *Adaption and Development after Persecution and Trauma* (ADAPT) *model* mögliche posttraumatische Risikofaktoren während des Asylverfahrens in Deutschland benannt (Abschnitt 6.2.2).

6.2.1 Die “Post-migratory Living Problem Checklist” von Silove

Bei der von Silove und seinen Mitarbeitern (Silove at al., 1997; Steel, Silove, Bird, McGorry & Mohan, 1999) entwickelten PMLP handelt es sich um eine Liste von häufig genannten Problemen während des Asylverfahrens. Diese werden von Silove als postmigratorische Probleme oder Stressoren bezeichnet. Die PMLP umfasst 23 postmigratorische Probleme aus den Bereichen Arbeit, Trennung von Familienmitgliedern, Antragsstellung auf Flüchtlingsstatus, Zugang zu Gesundheitsdiensten und sozialer Unterstützung, Armut, kulturelle Anpassung sowie Langeweile und Einsamkeit (Steel at al., 1999). Im Anhang E sind die einzelnen postmigratorischen Probleme bzw. die Items der PMLP aufgelistet. Diese Liste kann als Erhebungsinstrument (per Interview oder ausgehändigten Fragebogen) von Problemen während des Asylverfahrens eingesetzt werden. Auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 für „kein Problem“ und 5 für „sehr ernstes Problem“) soll der Schweregrad für jedes Problem angegeben werden.

Durch Befragungen von Asylsuchenden anhand der PMLP konnte die Forschungsgruppe um Silove aufzeigen, dass Asylsuchende in Australien tatsächlich einer Vielzahl von ernststen Problemen ausgesetzt zu sein scheinen. Da in Deutschland keine entsprechende Studie vorliegt, wird im Folgenden anhand einiger empirische Ergebnisse von der Forschungsgruppe um Silove beispielhaft aufgezeigt, welche Bedingungen in Australien als besonders ernst eingestuft wurden und in welchem Zusammenhang diese mit psychopathologischen Traumafolgen stehen.

In einer Studie von Silove at al. (1997) mit 40 Asylsuchenden¹⁰, die zum Untersuchungszeitpunkt in einem Aufnahmezentrum in Sydney untergebracht waren, machten die Teilnehmer folgende Angaben bezüglich relevanter Probleme innerhalb der vergangenen 12 Monate seit ihrer Ankunft in Australien. Unter den häufigsten ernststen oder sehr ernststen Problemen befinden sich Angst, nach Hause zurück geschickt zu werden (80.6%), nicht in der Lage zu sein, im Notfall nach Hause zurück kehren zu können (55.6%), nicht in der Lage zu sein, Arbeit zu finden (50%), verzögerte Bearbeitung des Antrages auf Flüchtlingsstatus (44.4%), keine Arbeitserlaubnis (41.7%), Sorgen über zurück gelassene Familie (38.9%), schlechter Zugang zu zahnärztlichen Diensten (38.9%), Sorge, keine medizinische Behandlung zu erhalten (36.1%), geringe staatliche Unterstützung (33.3%),

¹⁰ Demographische Daten: 47.5% Frauen; Durchschnittsalter=35Jahre; Herkunft: 21 Länder aus Asien, Latein Amerika, Mittleren Osten, Europa und Afrika;

Trennung von Familie (33.3%). Zwischen 10-30% der Teilnehmer empfanden die folgenden Bedingungen als ernste oder sehr ernste Probleme: schlechte Arbeitsbedingungen, Armut, Kommunikationsprobleme, Schwierigkeiten beim Zugang zu ärztlichen Diensten und Beratungsstellen, Einsamkeit und Langeweile und Interviewgespräche durch Beamten der Einwanderungsbehörde.

Silove at al. (1997) konnten in der gleichen Studie darüber hinaus einen prädiktiven Zusammenhang zwischen den Diagnosen PTSD, Angst und Depression einerseits und einigen postmigratorischen Problemen andererseits feststellen:

- PTSD
 - verzögerte Bearbeitung des Asylantrages
 - Interviewgespräche durch Beamten der Einwanderungsbehörde
 - Konflikte mit Beamten der Einwanderungsbehörde
 - keine Arbeitserlaubnis
 - nicht in der Lage sein, Arbeit zu finden
 - Diskriminierung
 - Einsamkeit und Langeweile
- Angst
 - Armut
 - Einsamkeit und Langeweile
 - Konflikt mit Beamten der Einwanderungsbehörde
- Depression
 - Einsamkeit und Langeweile

Andere Störungen wurden in der Diagnostik nicht berücksichtigt.

In einer weiteren Studie (N=196)¹¹ von Silove at al. (Steel at al., 1999), an der sowohl Asylbewerber als auch anerkannte Flüchtlinge und Immigranten teilnahmen, spezifizieren sie den prädiktiven Wert von postmigratorischen Stressoren für posttraumatische Stresssymptome. Sie stellen fest, dass 14% der Varianz von posttraumatischen Stresssymptomen durch postmigratorische Probleme erklärt werden konnte. Der Aufklärungswert von traumatischen Ereignissen im Herkunftsland betrug 20%. Zu den prädiktiven postmigratorischen Stressoren gehörten: generell alle Schwierigkeiten beim

¹¹ N=196 (Asylbewerber n=62, Flüchtlinge=30, Immigranten=104); 31% Frauen; Durchschnittsalter= 43.7Jahre; Herkunft: alle Teilnehmer gehörten der tamilischen Minderheit aus Sri Lanka an.

Zugang zu ärztlichen Diensten und sozialer Unterstützung, verzögerte Bearbeitung des Asylantrages, Angst nach Hause zurück geschickt zu werden, Isolation, Kommunikationsschwierigkeiten, Diskriminierung, Schwierigkeiten, nicht in der Lage sein, eine Arbeit zu finden, schlechte Arbeitsbedingungen, Armut, Einsamkeit und Langeweile sowie schlechter Zugriff auf präferierte Nahrungsmittel.

Neben den beiden aufgeführten Studien liegen inzwischen einige weitere ausländische Untersuchungen vor, die ähnliche Zusammenhänge feststellen konnten. Die Ergebnisse stützen insgesamt die Annahme, dass die Entstehung von Traumafolgestörungen über die eigentlich traumatischen Ereignisse im Herkunftsland hinaus, ganz entscheidend auch von postmigratorischen Problemen während des Asylverfahrens abhängig sein könnte. Die oben genannten Probleme könnten folglich sogenannte posttraumatische Risikofaktoren darstellen. Vergleicht man die beispielhaft angegebenen Probleme der zitierten Studien mit den in Deutschland gewährten Lebensbedingungen und Anforderungen während des Asylverfahrens (s. Kapitel 2), liegt die Annahme nahe, dass Untersuchungen mit Asylbewerbern in Deutschland zu ähnlichen Ergebnissen führen würden.

6.2.2 Das “Adaption and Developement after Persecution and Trauma model” von Silove

Auf Grundlage seiner praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Befunden entwickelte Silove ein heuristisches Modell, das sogenannte ADAPT-Modell, in das er seine Annahmen bezüglich des Entstehungsprozesses und der Aufrechterhaltung von psychopathologischen Traumafolgen bei traumatisierten Asylbewerbern zusammenfasst (Silove, 1999, 2007; Silove & Steel, 2006; vgl. auch Steel, 2001; Emminghaus, Grodhues & Morsch, 2003). Hierbei stellt er die posttraumatische Umwelt in den Mittelpunkt, in dem er vor allem ökosoziale Bedingungen (*öko* für Lebensraum und *sozial* für Zusammenleben der Menschen), die einen negativen oder positiven Einfluss auf die Verarbeitung bzw. die Anpassungsfähigkeit an ein traumatisches Ereignis ausüben, berücksichtigt. In dieser Arbeit werden sie entsprechend als posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren bezeichnet. Darüber hinaus liefert Silove konkrete Annahmen bezüglich der posttraumatischen Reaktionen und langfristigen Störungen, die durch die verschiedenen Risikofaktoren hervorgerufen werden könnten.

Nach Silove et al. (1999) kennzeichnet sich ein traumatisches Erlebnis durch seine bedrohende Wirkung gegenüber fünf verschiedenen *psychosozialen Funktionsbereichen* des Betroffenen:

1. Sicherheit
2. Bindung
3. Gerechtigkeit
4. Identität
5. existenzieller Sinn

Diese werden entsprechend auch als *Adaptationssysteme* bezeichnet, denn zur Verarbeitung der traumatischen Erfahrung bzw. zur Wiederherstellung der Funktionsbereiche, sind Anpassungsleistungen innerhalb der einzelnen Bereiche notwendig. Durch die Bedrohung der Adaptationssysteme lösen diese zunächst jeweils ganz normale psychophysiologische Reaktionen aus, die als sogenannte Überlebensmechanismen eine Wiederholung der Bedrohung vermeiden sollen. Denn im Idealfall kann die betroffene Person auf die psychophysiologisch wahrgenommene Bedrohung antworten und entsprechende Adaptionsleistungen in den einzelnen Bereichen aufbringen. Ist die Person nicht in der Lage, sich erfolgreich anzupassen, hält die Bedrohung also an, dann können sich langfristige psychopathologische Symptome entwickeln. Eine stagnierende oder erfolgreiche Anpassung an ein traumatisches Ereignis ist nach Silove ganz entscheidend von den ökosozialen Bedingungen der Umwelt, in der der Anpassungsprozess stattfinden soll, abhängig.

Posttraumatische Risikofaktoren während des Asylverfahrens beinhalten für die betroffene Person nach dem ADAPT-Modells von Silove also eine bedrohende Wirkung auf die Funktionsbereiche Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität oder existenzieller Sinn. Die Faktoren können entsprechend ihres jeweiligen Wirkungsbereiches in fünf verschiedene Gruppen gegliedert werden.

Im Folgenden werden die verschiedenen Risikofaktor-Gruppen gemäß Silove vorgestellt, ebenso seine Ausführungen bezüglich der durch diese jeweils ausgelösten Traumafolgereaktionen bzw. langfristigen Traumafolgestörungen. Auf Grundlage der in Kapitel 2 dieser Arbeit dargestellten rechtlich legitimierten Lebensbedingungen und Anforderungen von Asylbewerbern in Deutschland, und orientiert an den allgemeinen Beispielen von Silove (2007), werden mögliche posttraumatische Risikofaktoren für den besagten Personenkreis vorgestellt. Da Silove die einzelnen Funktionsbereiche selbst nicht konkret erläutert, werden für die Konzepte Definitionen aus der deutschen Literatur angeführt.

1. Bedrohung von Sicherheit

Sicherheit wurde in der römischen Antike¹² als „Seelenzustand der Freiheit von Sorge und Schmerz“ (Brockhaus Enzyklopädie, n.d.a, S.1) definiert. Heute wird der Begriff Sicherheit im Alltagsverständnis mit „Geborgenheit, Schutz, Risikolosigkeit, Gewissheit, Verlässlichkeit, aber auch mit Selbstbewusstsein, Vertrauen, Geschicklichkeit, Garantiertheit, Vorausssehbarkeit, Berechenbarkeit und Haltbarkeit verbunden“ (S.1). Unsicherheit hingegen verweist auf „Gefahr, Risiko, Unordnung und v.a. Angst“ (S.1).

Silove (2007) nennt als Beispielsituationen oder -umstände, die eine Bedrohung von Sicherheit darstellen, Gewalterfahrungen, Drohungen, erzwungene Rückführung in das Herkunftsland, Armut, Nahrungsmangel, Mangel an medizinischer Versorgung oder (durch eine psychische Störung bedingte) Unkontrollierbarkeit von bestimmten Verhaltensweisen.

Asylsuchende in Deutschland fühlen sich in ihrer Sicherheit möglicherweise durch die folgenden Bedingungen bedroht:

- unsicherer Aufenthaltstatus (s. Abschnitt 2.1)
- Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens (s. Abschnitt 2.2)
- keine oder ungenaue Informationen bezüglich des Asylverfahrensablauf und der Entscheidungskriterien (s. Abschnitte 2.1 und 2.2)
- Androhung in das Herkunftsland abgeschoben zu werden (direkt durch die BAMF oder durch tatsächliche negative Asylentscheide und Abschiebungen von Bekannten im Umfeld)
- Androhung in das für das Asylverfahren zuständige (auf dem Weg nach Deutschland durchquerte) sichere Drittstaatenland (s. Abschnitt 2.1) zurückgeschoben zu werden (direkt durch die BAMF oder durch tatsächliche Zurückschiebungen von Bekannten im Umfeld)
- Inhaftierung aufgrund Unterlassen der allgemeinen Mitwirkungspflicht (s. Abschnitt 2.2) oder Verlassen des Geltungsbereichs der Aufenthaltsgestattung (s. Abschnitt 2.3.3)
- schlechter Zugang zu klinischer Versorgung (Unterbringung in abgelegenen Aufnahmezentren; Verständigungsprobleme, da oft keine Dolmetscher bereit gestellt werden)
- unbehandelte Erkrankungen und damit verbundener Symptome (klinische Versorgung in der Regel nur für lebensbedrohliche Erkrankungen, akute Erkrankungen oder Erkrankungen mit Schmerzzuständen gewährt) (s. Abschnitt 2.3.6))
- Armut (der durch das AsylbLG gewährte Grundleistungsbetrag liegt mit 224,97Euro im Monat unter dem Existenzminimum (s. Abschnitt 2.3.1); es gilt ein einjähriges Arbeitsverbot und danach ein eingeschränktes Arbeitsrecht (s. Abschnitt 2.3.4))

¹² Gemäß Cicero (106 v. Chr. – 43 v. Chr.), einem der bedeutendsten Philosophen der römischen Antike.

- erzwungene Umstellung der Ernährungsweise (meist vorgegebene Zusammenstellung und Menge; keine Berücksichtigung von kulturellen oder persönlichen Präferenzen; (zunächst) keine Berücksichtigung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien) (s. Abschnitt 2.3.1)
- Mangel an Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräumen in den Aufnahmezentren (Unterbringung meist in Mehrbettzimmern mit unbekanntem Menschen) (s. Abschnitt 2.3.2)
- erzwungenes Zusammenleben auf engstem Raum mit anderen und oft sehr fremden Menschen (fremd bezüglich Sprache, Kultur, Religion, Politik, etc.)

Gemäß Silove (2007) führt die Bedrohung von Sicherheit in der Regel zunächst zu überlebenswichtigen Reaktionen wie Hypervigilanz (erhöhte Wachheit), Schreck, Angst und Unsicherheit. Mit der wahrgenommenen Bedrohung werden im Idealfall Adaptationsprozesse eingeleitet, die allgemein das Streben nach Sicherheit, Schutzverhalten sowie dauerhaft erhöhte Aufmerksamkeit umfassen. Ist die betroffene Person nicht in der Lage, sich erfolgreich anzupassen und ihre Sicherheit wiederherzustellen, kann sich nach Silove langfristig ein klinisches Bild der PTSD oder Angststörung manifestieren.

2. Verlust von Bindungen

Bindung kann allgemein als „Erlebnis der körperlichen, seelischen und geistigen Beziehung zu anderen Menschen, ... [sowie als] eine dauerhafte bejahende Beziehung zu bestimmten Normen, Werten oder zu affektiv oder symbolhaft erfahrenen Gegenständen“ (Brockhaus Enzyklopädie, n.d.b, S.1) beschrieben werden. Verlust von Bindungen wird bei Peters (2007) unter dem Begriff Bindungslosigkeit, als „Mangel an Gefühllosigkeit, kommunikativer Zuwendung, gefühlswarmen, zwischenmenschlichen Beziehungen, Fehlen von Gefühlen der Freundschaft und Liebe und der sich daraus ergebenden Konsequenzen für das ganze menschliche Verhalten“ (S.79) definiert.

Nach Silove (2007; vgl. auch Emminghaus et al., 2003) kann der Verlust von Bindungen, ein Verlust von sowohl zwischenmenschlichen Bindungen zu Familienmitgliedern, nahestehenden Personen oder ganzen sozialen Netzwerken durch beispielsweise Tod, erzwungene Trennung oder plötzliches Verschwinden als auch von materiellen Gütern und Heimat bedeuten.

Folgende Bedingungen während des Asylverfahrens in Deutschland können möglicherweise zu Verlusterfahrungen von Bindungen bei Asylsuchenden führen:

- erzwungene Trennung von Familienmitgliedern und Freunden durch die zufällige Verteilung der Asylsuchenden auf die Aufnahmezentren (Verteilungssystem EASY berücksichtigt nur die Verbindung zwischen Ehegatten und ihren minderjährigen Kindern) (s. Abschnitt 2.3.2)
- keine Möglichkeit Familienmitglieder oder Freunde innerhalb Deutschlands über den Landkreis der Aufenthaltsgestattung hinaus zu besuchen (s. Abschnitt 2.3.3)
- Schwierigkeiten beim Aufrechterhalten des Kontaktes zu Familienangehörigen oder Freunden im Herkunftsland oder innerhalb Deutschlands (schlechter Zugang zu Telefon oder Internet)
- durch Wohnortwechsel eingeschränkte Möglichkeiten, neue Bindungen aufzubauen (nach der Einreise Verteilung auf ein Aufnahmezentrum; nach drei Monaten Zuweisung an eine kommunale Gemeinschaftsunterkunft) (s. Abschnitt 2.3.2)
- eingeschränkte Möglichkeiten, kulturelle oder religiöse Bindungen zu pflegen (kein Recht, religiöse oder kulturelle Gemeinschaften oder Veranstaltungen außerhalb des Landkreises der Aufenthaltsgestattung aufzusuchen (s. Abschnitt 2.3.3))
- keine Bindung zu einem eigenen Zuhause (Unterbringung in Aufnahme- bzw. Gemeinschaftsunterkünften (s. Abschnitt 2.3.2))
- (in der Regel) kein Eigentum

Der Verlust von Bindungen führt nach Silove (2007, 1999) zunächst zu Heimweh, Sehnsucht und normalen Trauer- und Angstreaktionen. Die Wiederherstellung von Bindung durch beispielsweise Zusammenführung der Familie, Reaktivierung von sozialen Netzwerken und elterliches Schutzverhalten stellen nach Silove (2007) Adaptationsleistungen dar. Ist die betroffene Person nicht in der Lage, die Adaptionsleistungen zu erbringen, kann sie langfristig pathologische Verlustängste und/oder das Syndrom komplizierte Trauer oder eine Depressionsstörung entwickeln.

3. Beschädigung von Gerechtigkeit

Gerechtigkeit kann als die gemeinsame Grundnorm definiert werden, die besagt, dass „alle Menschen ... als prinzipiell gleichwertig, d.h. mit gleicher Würde versehen, zu achten [sind]. Deshalb soll jeder Mensch mit gleicher Achtung und gleicher Rücksicht behandelt werden“ (Enzyklopädie Brockhaus, n.d.c, S.3).

Typische Erlebnisse, die mit einer Beschädigung von Gerechtigkeit einhergehen, beinhalten nach Silove (2007) Diskriminierung, Rassismus, Erniedrigung, Demütigung, Unterdrückung, Inhaftierung und unmenschliche Handlungen.

Während des Asylverfahrens könnten folgende Umstände eine Beschädigung des Gerechtigkeitsempfindens bei Asylsuchenden in Deutschland darstellen:

- keine sofortige Anerkennung als Opfer durch den Staat Deutschland (Asylverfahren kann Monate bis Jahre dauern) (s. Abschnitt 2.2)
- Asylsuchende müssen in Anhörungen ihre erlittene Verfolgung beweisen (s. Abschnitt 2.2)
- die Kriterien für eine Anerkennung als Opfer von Verfolgung sind den Asylsuchenden meist nicht bekannt oder nachvollziehbar
- erzwungene Passivität (aufgrund der rechtlichen Einschränkungen sind die Möglichkeiten einer aktiven Gestaltung und Nutzung der Zeit zumindest sehr beschränkt) (s. Abschnitt 2.3)
- kein Recht auf Arbeit (es gilt ein einjähriges Arbeitsverbot und danach ein eingeschränktes Arbeitsrecht) (s. Abschnitt 2.3.4)
- kein Recht auf Bewegungsfreiheit (Aufenthaltsgestattung auf Landkreis des Aufnahmezentrums beschränkt) (s. Abschnitt 2.3.3)
- kein Recht selbstbestimmter Versorgung der Grundbedürfnisse (Grundbedürfnisse werden in der Regel durch Sachleistungen gesichert) (s. Abschnitt 2.3.1)

Die Bedrohung von Gerechtigkeit führt nach Silove (2007) in der Regel zu Wut und Misstrauen gegenüber Autoritäten (Behörden etc.). Silove bezeichnet die Sensibilisierung und die Entwicklung des Bewusstseins für Menschenrechte und Justiz sowie deren Forderung oder Förderung als Adaptationsprozesse. Eine resignierende Anpassung kann langfristig zu pathologischer Wut, allgemeinem Vertrauensverlust und/oder Paranoia führen.

4. Gefühl verlorener Identität

Identität wird bei Margraf und Müller-Spahn (2009) folgendermaßen definiert: Identität bedeutet die „einzigartige Persönlichkeitsstruktur, die durch Selbstverständnis und -erkenntnis der eigenen Person sowie deren Wahrnehmung durch Andere bzw. deren subjektive Konstruktion entsteht; [sie] beinhaltet die Integration der in sich schlüssig konstruierten eigenen Lebensgeschichte, die dem Individuum das Gefühl der Kontinuität, Einheit und Sinnhaftigkeit bietet“ (S.393). Ist die Identität bei einer Person wenig ausgeprägt, „erlebt [sie] sich als wenig integriert und mit inneren Spannungen sowie einem schwankenden Selbstsicherheitsgefühl belastet“ (S.393).

Zu den typischen Situationen, die eine identitätsbedrohende Wirkung haben können, gehören nach Silove (2007) Enteignung, Deprivation, Völkermord, ethnische Säuberung, Aberkennung des Aufenthaltsrechts, Verweigerung des Arbeitsrechts und des Rechts auf selbstständige Versorgung.

Zu den Umständen mit identitätsbedrohender Wirkung, die sich aus den Anforderungen und Lebensbedingungen während des Asylverfahrens in Deutschland ergeben, gehören möglicherweise:

- ein Individuum wird zum Asylbewerber (nach der restriktiven Gesetzgebung gilt „Für alle das Gleiche“, von der Zimmerausstattung, über Ernährung und Kleidung bis zu den Hygieneartikeln; die BAMF abstrahiert die Lebensgeschichte eines Individuums auf ein Anhörungsprotokoll, dass auf asylrelevante Kriterien überprüft wird) (s. Abschnitt 2.2 und 2.3)
- eingeschränkte Möglichkeit der selbstbestimmten Lebensführung (Sachleistungsprinzip, räumlich eingeschränkte Aufenthaltsgestattung, Arbeitsverbot) (s. Abschnitt 2.3)
- veränderte Rollenzuweisung: durch veränderte Familienverhältnisse, durch Arbeitslosigkeit, durch veränderten sozialen Status usw.

Gemäß Silove führt eine Bedrohung der Identität zu einem Gefühl der Ziellosigkeit und Liminalität (in der Schwebelage stehend) sowie zum Verlust des Zugehörigkeitsgefühl und der eigenen Wirkungskraft. Die Adaptationsleistungen zeigen sich in der Gestaltung einer neuen Rolle und Identität. Scheitern die Adaptationsversuche und hält die wahrgenommene Bedrohung der Identität an, kann das nach Silove zu chronischer Orientierungslosigkeit, Ziellosigkeit und Trägheit bis hin zu Selbstaufgabe führen.

5. Infragestellen des existenziellen Sinns

Entsprechend der ursprünglichen Bedeutung von Existenz (aus dem Lateinischen *existere* für Vorhanden sein) (Brockhaus Enzyklopädie, n.d.d, S.1) kann der existenzielle Sinn eines Menschen allgemein als „Sinn seines Daseins“ bezeichnet werden. Längle (1998) definiert die Bezeichnung existenzieller Sinn als „jene Richtung des Handelns, Erlebens, Einstellens, die einzuschlagen verheißt, dass daraus etwas Gutes wird“ (S.252). Die Frage nach dem existenziellen Sinn kann gemäß Wirtz und Zöbeli (2009) als „Frage nach dem Woher, Wohin und Wozu und den Werten, die uns [bzw. unser Dasein] leiten“ (S.645), beschrieben werden.

Folgende Umstände können gemäß Silove (2007) beispielsweise eine Bedrohung des existenziellen Sinns einer Person darstellen: die Zerstörung von religiös verehrten und heiligen Orten, das Verbot religiöser Praktiken sowie die Unterdrückung spiritueller, politischer und kultureller Praktiken.

Während des Asylverfahrens in Deutschland könnte man entsprechend annehmen, dass die folgenden Bedingungen eine existenzielle Sinnbedrohung bedeuten:

- Hindernisse beim Ausüben von religiösen, spirituellen oder kulturellen Riten oder Praktiken (keine Rückzugsmöglichkeiten in den Aufnahmezentren (s. Abschnitt 2.3.2); keine Erlaubnis den Landkreis der Aufenthaltsgestattung zu verlassen, um entsprechende Gemeinschaften oder Veranstaltungen aufzusuchen (s. Abschnitt 2.3.3))
- tägliche Konfrontation mit fremden (manchmal gegensätzlichen) Werten und Normen (durch den engen Kontakt zu fremden Menschen in den Aufnahmezentren und durch das Leben im fremden Aufnahmeland Deutschland)
- Perspektivlosigkeit (langes Abwarten auf den Asylentscheid; wie der Asylentscheid ausfällt, ist schlecht vorauszusehen) (s. Abschnitt 2.2)

Die existenzielle Bedrohung geht nach Silove zunächst mit Verlust des Kohärenzgefühls, Orientierungslosigkeit und kultureller Desintegration einher. Gemäß Antonovsky (1997) kann Kohärenzgefühl als „ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens ... , dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und ... sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (S.16) beschrieben werden. Anpassungsleistungen umfassen die Wiederentdeckung oder Wiederherstellung von Kultur und Religion und die Suche von politischen und sozialen Ursachen für die gegenwärtige Lebenssituation (Silove, 2007). Scheitern die Anpassungsversuche, kann es langfristig zu Isolation, Verlust der Kontinuität des Selbst (Verlust der inneren Beständigkeit), Verlust des Kohärenzgefühls und Fragmentierung des Selbst (Erfahrung des sich auflösenden Selbst, bishin zur Psychose) führen.

6.3 Posttraumatische Schutzfaktoren

In dieser Arbeit werden posttraumatische Schutzfaktoren während des Asylverfahrens als gesundheitsförderliche Bedingungen, die nach traumatischen Erlebnissen eine weitere Vulnerabilisierung bzw. die Entstehung von Traumafolgestörungen verhindern, aufgefasst. Gemäß Fischer und Riedesser (2009) sind posttraumatische Schutzfaktoren protektive Lebensumstände, die „die Wirkung der Risiko- oder Traumafaktoren verhindern oder eingetretene Schäden wieder ausgleichen (korrektive Wirkung)“ (S.291).

Eine von Silove, Steel at al. (2007) durchgeführte Studie in Australien deutet darauf hin, dass die Herstellung eines sicheren Aufenthaltsstatus eine wichtige Rolle für den Erholungsprozess traumabedingter psychopathologischer Symptome zu spielen scheint. Silove, Steel at al. konnten feststellen, dass ein sicherer Aufenthaltsstatus mit einer deutlichen Verbesserung traumabedingter psychopathologischer Symptome assoziiert ist. In einer prospektiven

Untersuchung mit 62 Asylsuchenden wurden Interviewgespräche mit den Teilnehmern an zwei Zeitpunkten durchgeführt. Das erste Interview erfolgte im Mittel etwa 11 Monate nach der Asylantragsstellung, das zweite etwa 4 Monate nach dem positiven oder negativen Asylentscheid. Es wurde eine klinische Beurteilung der Diagnosen PTSD (mittels dem HTQ) sowie Angst und Depression (mittels der *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL)) vorgenommen. Die Teilnehmer mit positiven und negativen Asylentscheid wurden für die statistische Auswertung jeweils in einer Gruppe zusammengefasst. Ein positiver Entscheid eines Asylantrages bzw. die Anerkennung des Flüchtlingsstatus (in allen Fällen bedeutete ein positiver Asylentscheid ein permanentes Aufenthaltsrecht) ging mit einer signifikant verbesserten Symptomatik der PTSD, Angst und Depression einher. Abgelehnte Asylantragssteller zeigten hingegen in der Zweituntersuchung gleichbleibend hohe Symptomausprägungen der untersuchten Diagnosen.

Im Folgenden wird auf Grundlage des ADAPT-Modells von Silove (2007) vorgestellt, welche Bedingungen die Wirkung der oben aufgezeigten posttraumatischen Risikofaktoren während des Asylverfahrens in Deutschland (s. Abschnitt 6.2.2) möglicherweise reduzieren oder verhindern können. Nach Silove sollten grundsätzlich Bedingungen geschaffen werden, die eine Wiederherstellung und Stärkung von Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität oder Existenziellen Sinn darstellen. Die Suche nach potenziellen Schutzfaktoren beschränkt sich gezielt auf Bedingungen innerhalb der strukturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens (s. Kapitel 2).

1. Sicherheit

Folgende Bedingungen fördern möglicherweise die Wiederherstellung und Stärkung des Sicherheitsgefühls bei traumatisierten Asylbewerbern in Deutschland:

- Transparenz und Aufklärung über die Rechte und Sicherheiten, die mit der Aufenthaltsgestattung eines Asylbewerbers verbunden sind (dazu gehören vor allem das Klagerecht im Falle eines negativen Asylentscheids und andere Möglichkeiten, eine Abschiebung in das Herkunftsland oder Rückführung in einen sicheren Drittstaat herauszuzögern)
- Aufklärung und Transparenz über den Asylverfahrensablauf
- Vorbereitung auf die Anhörung (einzelne Anhörungsschritte; mögliche aufkommende Fragen; mögliche damit verbundene emotionale Reaktionen)

- Transparenz und Aufklärung über die Pflichten eines Asylsuchenden, um Strafen und Sanktionen zu vermeiden (hierzu gehört vor allem das Prinzip der allgemeinen Mitwirkungspflicht und der Geltungsbereich der Aufenthaltsgestattung)
- Verbesserung des Zugangs zu klinischer Versorgung (Gewährung der erforderlichen Behandlung; Bereitstellung von Dolmetschern; Information über verschiedene Einrichtungen und Angebote; Anfahrtsbeschreibung; Hilfestellung beim Erwerb von Fahrkarten für öffentliche Verkehrsmittel)
- sofortige Berücksichtigung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien bei der Versorgung mit Lebensmitteln
- Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräumen

2. Bindung

Nach dem Zurücklassen des Herkunftslandes, können möglicherweise folgende Maßnahmen die Wiederherstellung und den Schutz von Bindungen fördern:

- Familienzusammenführung
- Zugang zu Internet und Telefon, um mit zurückgelassenen oder woanders lebenden Familienangehörigen oder Bekannten in Kontakt bleiben zu können
- Förderung und Begleitung von Trauerprozessen und Andenken an verlorene oder zurückgelassene Freunde und Nahestehende
- Förderung und Begleitung von Trauerprozessen und Erinnerungen an die zurückgelassene Heimat und damit verbundenen Werte, Normen, Traditionen oder materiellen Güter und Besitz
- Aufsuchen von Gemeinschaften innerhalb des Landkreises der Aufenthaltsgestattung, um kulturelle oder religiöse Bindungen aufrecht erhalten zu können (religiöse oder kirchliche Verbände, Kulturvereine etc.)

3. Gerechtigkeit

Folgende Maßnahmen könnten einen positiven Einfluss auf die Wiederherstellung und das Aufrechterhalten von Gerechtigkeit für Asylsuchende haben:

- sofortige Anerkennung als Opfer (zumindest) im Rahmen der psychosozialen und medizinischen Versorgung oder durch andere Hilfsorganisationen
- Informationen über die Kriterien für eine Anerkennung als Opfer von Verfolgung (bzw. als Konventionsflüchtling oder Asylberechtigter)
- Aufzeigen von Möglichkeiten der aktiven Gestaltung und Nutzung der freien Zeit
- Aufklärung über Arbeitsmöglichkeiten innerhalb des eingeschränkten Arbeitsrechts
- Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche

4. Identität

Die Wiederherstellung oder Wahrung von Identität während des Asylverfahrens kann vermutlich gefördert werden durch:

- Schaffung eines Raumes, in dem Menschen ihre individuellen Eigenschaften und Lebenserfahrungen mitteilen und (wieder) erleben können (z.B. durch Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen, aber auch Malkurse usw.)
- Aufzeigen und Förderung selbstbestimmter und selbstverantwortlicher Handlungsmöglichkeiten (vor allem im Nutzen und in Anspruchnehmen der Angebote von psychosozialen Zentren, anderen Hilfsorganisationen, oder Angebote der Stadt)
- Hilfestellung im Umgang mit veränderten Rollenzuweisungen

5. Existenzieller Sinn

Eine stabilisierende oder wiederherstellende Wirkung für das Vertrauen in den Sinn des Daseins haben vermutlich folgende Maßnahmen:

- Schaffen von Rückzugsmöglichkeiten für das Ausüben von religiösen, spirituellen oder kulturellen Riten oder Praktiken
- Schaffung eines Raumes, in dem eigene oder einem fremde Werte und Normen mitgeteilt oder reflektiert werden können
- Hilfestellung beim Erarbeiten von Perspektiven für die Zukunft
- Förderung der aktiven und sinnvollen Gestaltung und Nutzung von Zeit (durch psychosoziale Einrichtungen oder andere Hilfsorganisationen bereitgestellte Freizeitangebote, Deutschkurse, Computerkurse etc.)

6.4 Zusammenfassung

Die aufgezeigten empirischen Ergebnisse der Forschungsgruppe um Silove stützen die Annahme, dass neben prämigrationstramatischen Ereignissen, auch posttraumatische Einflussfaktoren wesentlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern sind. Es wurde eine Reihe konkreter Faktoren vorgestellt. Gemäß der aufgeführten Studien von Silove sollte damit gerechnet werden, dass für unterschiedliche Traumafolgestörungen auch unterschiedliche spezifische Einflussfaktoren wesentlich sind. Die zitierten Ergebnisse der australischen Studien können auf Grund struktureller und rechtlicher Unterschiede bezüglich des Asylverfahrens jedoch nicht auf den besagten Personenkreis in Deutschland übertragen werden. In Deutschland sind empirische Untersuchungen diesbezüglich nötig.

Auf Grundlage des ADAPT-Modells und der in Kapitel 2 dargestellten Lebensbedingungen während des Asylverfahrens in Deutschland wurde eine Vielzahl von möglichen posttraumatischen Einflussfaktoren herausgearbeitet und deren Wirkungsweise erläutert. Es wurde zwischen posttraumatischen Schutzfaktoren, die Bereiche wie Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität und existenzieller Sinn bedrohen, und posttraumatischen Schutzfaktoren, die in eben diesen Bereichen stabilisierend wirken, unterschieden. Es handelt sich jedoch um Heuristiken. Ein speziell auf die deutschen Verhältnisse während des Asylverfahrens angepasstes Erhebungsinstrument von Risiko- und Schutzfaktoren – wie es die PMLP in Australien ist – gilt es zu entwickeln. Erst wenn empirische Befunde diesbezüglich vorliegen, wird eine bedürfnisgerechte und effektive Versorgung von Asylsuchenden mit Traumafolgestörungen in Deutschland möglich sein.

7 Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern

Die bisher aufgeführten psychotraumatologischen Theorien und Befunde (s. Kapitel 5 und 6) zeigen insgesamt auf, dass Asylsuchende, die in ihrem Herkunftsland traumatische Erfahrungen gemacht haben und Monate bis Jahre im Asylverfahren in Deutschland leben, eine erhöhte Vulnerabilität für Traumafolgestörungen entwickeln. Hieraus begründet sich ein erhöhter Schutzbedarf dieser Menschen – so wie es nach geltendem EU-Recht gesetzlich festgelegt ist (s. Abschnitt 2.4). Viele Praktiker, die im Bereich der Flüchtlingsarbeit tätig sind, fordern entsprechend präventive Maßnahmen, um Traumafolgestörungen bzw. deren Chronifizierung bei Asylbewerbern frühzeitig vorzubeugen. Wenk-Ansohn und Schock (2008) – im *Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer* (bzfo) in Berlin tätig – schreiben, dass bei traumatisierten Flüchtlingen „im Sinne der Sekundärprävention der Blick auf die stabilisierenden, schützenden Faktoren gerichtet sein“ (S.59) sollte. In diesem Kapitel wird das Konzept der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen aufgezeigt (Abschnitt 7.1). Anschließend werden die Position und die Empfehlungen der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer* (BAfF) diesbezüglich vorgestellt (Abschnitt 7.2). Als konkretes Praxismodell der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen für Asylsuchende wird das Verfahren des *Berliner Netzwerkes für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge* (BNS) dargestellt (Abschnitt 7.3).

7.1 Sekundärprävention von Traumafolgestörungen

Das Konzept der Sekundärprävention geht auf die von Caplan (1964; vgl. auch Leppin, 2007) eingeführte allgemeine Systematik von Krankheitsprävention zurück. Nach Caplan können entlang des zeitlichen Verlaufes der Krankheitsentstehung drei verschiedene Gruppen von Präventionsmaßnahmen differenziert werden: *primäre Prävention* mit dem Ziel, noch vor ersten klinischen Anzeichen Neuerkrankungen zu vermeiden, *sekundäre Prävention*, die im Frühstadium einer Krankheit ansetzt und deren Manifestation oder Chronifizierung verhindern soll und *tertiäre Prävention*, die Nachsorge und Rehabilitation von bereits bestehenden Krankheiten umfasst.

Nach dieser Systematik kann Sekundärprävention von Traumafolgestörungen folgendermaßen definiert werden: Sekundärpräventive Maßnahmen zielen darauf ab, die

Entstehung bzw. die Chronifizierung von Traumafolgestörungen im Frühstadium zu vermeiden.

Um dieser Definition gerecht zu werden, sollten innerhalb der Sekundärprävention grundsätzlich mindestens zwei aufeinander folgende Phasen differenziert werden: 1. die Feststellung psychopathologischer Traumafolgen in ihrem Frühstadium und 2. deren konkrete Versorgung und Behandlung. Innerhalb der allgemeinen Krankheitsprävention verdeutlicht Gordon (1983) mit der Einführung des Konzeptes der indizierten (aus dem Lateinischen *indicere* für anzeigen) Prävention explizit die Wichtigkeit der Feststellung von Präventionsbedürftigen. Nach Gordon zeichnen sich effektive Präventionsmaßnahmen grundsätzlich dadurch aus, dass sie sich gezielt auf Menschen beziehen, bei denen das Vorliegen von Risikofaktoren bzw. Abnormalitäten auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Krankheitsentstehung hinweisen – sogenannte *Hochrisiko-Personen*. Im Folgenden werden die einzelnen Phasen der Sekundärprävention kurz dargestellt:

Phase 1 - Frühzeitige Erkennung einer Traumafolgestörung

Im Rahmen der ersten Phase sollten gezielt Verfahren eingesetzt werden, die der Erfassung von frühzeitigen Hinweisen auf psychopathologische Traumafolgen dienen. Auf dieser Grundlage können präventionsbedürftige Menschen festgestellt und eine Indikation von präventiven Versorgungsmaßnahmen begründet werden. Die Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen selbst sowie Informationen über deren Schwere und Dauer stellen bereits wichtige erste Hinweise dar (s. Abschnitt 3.1). Besonders schwerwiegende traumatische Erlebnisse, dazu gehören vor allem willentlich durch Menschen verursachte und sich wiederholende oder lang andauernde traumatische Ereignisse, gehen mit einer deutlich erhöhten Anfälligkeit für psychopathologische Traumafolgen einher (s. Abschnitt 3.1.2). Daneben zeigen in der Regel subklinische oder klinische Symptome, die durch eine Einzeldiagnostik festgestellt werden, den Beginn bzw. Vorstufen einer Störung an (s. Abschnitt 4.1). Da das Spektrum der Traumafolgestörungen sehr breit ist (s. Abschnitt 4.1.2), sollten neben typischen ersten Anzeichen auf eine PTSD generell alle klinisch bedeutsamen Auffälligkeiten berücksichtigt werden. Ob es sich hierbei dann um den Beginn einer Traumafolgestörung handelt, muss vor dem Hintergrund der subjektiven Erfahrungen der betreffenden Person verstanden und ihre Lebensgeschichte entsprechend auf traumatische Ereignisse (s. Abschnitt 3.1) untersucht werden.

Phase 2 - Frühzeitige Versorgung einer Traumafolgestörung

Nachdem Präventionsbedürftigkeit aufgrund von ersten traumabedingten psychopathologischen Auffälligkeiten festgestellt worden ist, werden konkrete Maßnahmen der Versorgung und Behandlung eingeleitet, um das Fortschreiten zum Vollbild einer Traumafolgestörung oder deren Chronifizierung zu verhindern. Gemäß dem allgemeinen Ansatz von Prävention psychischer Störungen (World Health Organisation [WHO], 2004)¹³ beziehen sich Präventionsmaßnahmen nach bereits erlebten traumatischen Ereignissen auf die Reduktion von posttraumatischen Risikofaktoren und die Stärkung von posttraumatischen Schutzfaktoren, die systematisch mit der jeweiligen Störung verbunden sind.

Nach den von Maercker zusammengefassten empirischen Befunden (2009; s. Abschnitt 5.5) sollte Sekundärprävention beispielsweise an den folgenden Faktoren ansetzen: Im Rahmen der Reduktion von posttraumatischer Risikofaktoren sollten in der Zeit nach der Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen weitere psychische Belastungen, die Ausbildung und Stabilisierung von Gefühlen der Schuld und Rache sowie eines vermeidenden Bewältigungsstils verhindert bzw. reduziert werden. Im Rahmen der Stärkung posttraumatischer Schutzfaktoren sollten Bedingungen geschaffen werden, die auf eine Anerkennung als Opfer zielen und Maßnahmen der sozialen Unterstützung umfassen. Darüber hinaus sollten Betroffene gezielt dabei unterstützt werden, über die traumatischen Erlebnisse zu sprechen und diese vor dem Hintergrund ihrer Biographie verstehbar zu machen.

Der mangelnde Erkenntnisstand bezüglich der posttraumatischen Risiko- und Schutzfaktoren, die speziell mit Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern in Deutschland systematisch verbunden sind (s. Kapitel 6), erlaubt heute noch keine empirische Ableitung von für diese Menschen spezifischen präventiven Versorgungsmaßnahmen. Diese Tatsache impliziert, dass Versorgungsmaßnahmen für diesen Personenkreis derzeit nur durch Heuristiken (vorläufige Annahmen, die empirisch zu überprüfen sind) begründet und abgeleitet werden können. Die auf der Grundlage des heuristischen Modells von Silove entwickelten posttraumatischen

¹³ Die WHO, die Gesundheitsfragen innerhalb der Vereinten Nationen koordiniert, schreibt über die generelle Wirkungsweise von Präventionsmaßnahmen von psychischen Störungen „Preventive interventions work by focusing on reducing risk factors and enhancing protective factors associated with mental ill-health“ (WHO, 2004, S.16).

Risiko- und Schutzfaktoren während des Asylverfahrens in Deutschland (s. Abschnitte 6.1.2 und 6.2) könnten bei der Konzeption von konkreten Präventionsmaßnahmen herangezogen werden.

7.2 Empfehlungen der Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Die BAfF¹⁴ – die Vorsitzende ist Elise Bittenbinder – in Berlin, die seit 1996 besteht und als Dachverband derzeit 25 Behandlungszentren für Opfer von Menschenrechtsverletzungen und politischer Verfolgung in Deutschland vernetzt (BAfF, n.d.a), hat sich in den letzten Jahren vor allem in Form von Öffentlichkeitsarbeit verstärkt für Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern eingesetzt.

Sekundärprävention von Traumafolgestörungen wird von der BAfF als „frühzeitiges Erkennen der speziellen Bedürfnisse (durch eine adäquate Einzelprüfung ...) derer, die zur Risikogruppe chronischer Schädigung und Retraumatisierung gehören“ (2005, S.7) und die Zuführung der erforderlichen Hilfe (BAfF, n.d.c) aufgefasst. Hierbei stützt sie sich explizit auf das geltende EU-Recht, denn nach der RL 2009/3/EG haben alle Asylbewerber ein Anrecht auf medizinische und sonstige Hilfe bzw. Behandlung, die aufgrund von Schäden in Folge von Folter, Vergewaltigung oder anderen schweren Gewalttaten erforderlich ist, sofern diese in einer Einzelprüfung nachgewiesen wurden (s. Kapitel 2.4). Gemäß der BAfF umfassen die Schäden durch Folter und Gewalt ausdrücklich die Entwicklung und Manifestation von Traumafolgestörungen (BAfF, n.d.c).

Die Einzelprüfung von traumatisierten Asylbewerbern und die Bereitstellung der erforderlichen Hilfe und Behandlung soll nach der BAfF im Rahmen eines bundesweiten „Verfahrens zur Feststellung der Schutzbedürftigkeit besonders vulnerabler Flüchtlinge im

¹⁴ Die Aktivitäten der BAfF beziehen sich vor allem auf dem Austausch von Wissen und Erfahrungen sowie die Koordination gemeinsamer Projekte zwischen den einzelnen Einrichtungen und die Entwicklung von Qualitätsstandards für eine angemessene Behandlung traumatisierter Flüchtlinge (BAfF, n.d.a). Darüber hinaus vermittelt der Dachverband die gemeinsamen Anliegen aller Mitgliederzentren gegenüber öffentlichen Verbänden und Institutionen sowie gegenüber Entscheidungsträgern aus der Politik, aus dem Gesundheits- und Sozialwesen usw. (BAfF, n.d.b). Das zentrale Ziel aller Aktivitäten der BAfF besteht in der allgemeinen Stärkung des Schutzes und in der Verbesserung der Lebenssituation und Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland. Über die Vernetzung von deutschen Einrichtungen bestehen kooperative Verbindungen zu psychosozialen Zentren auch auf europäischer und internationaler Ebene.

aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ (BAfF, n.d.c) erfolgen. Für die allgemeine Vorgehensweise hat die BAfF Empfehlungen entwickelt und veröffentlicht. Im Folgenden sind die Inhalte, die für die Sekundärprävention von Traumafolgestörungen von praktischer Relevanz sind, zusammengefasst:

Einzelprüfung von Traumatisierung

Grundsätzlich soll die Feststellung von besonders vulnerablen Flüchtlingen in zwei Stufen erfolgen:

1. „Ein niederschwelliges, dolmetschergestütztes Beratungsgespräch mit einer ersten Erhebung der psychosozialen Gesundheit. ... sollte eine gezielte und indikationsbezogene Weitervermittlung“ (BAfF, 2006b, S.3) ermöglichen.
2. „Wenn ... eine besondere Schutzbedürftigkeit festgestellt wurde“, sollte eine „dolmetschergestützte somatische und psychiatrische/psychologische Diagnostik“ (BAfF, 2006b, S.3) durchgeführt werden.

Erforderliche Hilfe und Behandlung bei Traumatisierung

Die BAfF vertritt die Position, dass die erforderliche Hilfe und Behandlung von allen Gruppen besonders vulnerabler Flüchtlinge „innerhalb eines interdisziplinären und ganzheitlichen klinischen Ansatzes stattfinden ... und medizinische, soziale, psychologisch/psychotherapeutische, rechtliche (Kompensation/Wiedergutmachung bzw. Entschädigung ...) und spirituelle Angebote“ (BAfF, 2005, S.6) sowie materielle Aufnahmebedingungen (BAfF, 2009a) umfassen sollte. Darüber hinaus werden einige ganz konkrete Empfehlungen (BAfF, 2005) für die erforderliche Behandlung gestellt:

- die „Dokumentation der Lebensgeschichte ..., um eine adäquate Einschätzung der `erforderlichen Behandlung` und materiellen Bedürfnisse zu gewährleisten“ (S.7)
- „die erforderliche Behandlung sollte die Behandlung psychischer Erkrankungen einschließen“ (S.3)
- „die Behandlung [muss] dem persönlichen Kontext [familiäre und kulturelle Bedürfnisse] der Asylbewerber entsprechen“ (S.7)
- die Behandlung sollte durch entsprechend qualifizierte Kliniker „der Psychosozialen- und Behandlungszentren, die sich in der BAfF zusammengeschlossen haben“ (S.7) durchgeführt werden
- „ausgebildete Dolmetscher [sollten, wenn nötig] hinzugezogen werden“ (S.4)

- die Anerkennung, dass „Personen mit psychischen Störungen ... in besonderer Weise auf die psychosoziale Unterstützung durch Familienangehörige angewiesen sind“ (S.2)
- eine „individuelle Einschätzung ihrer materiellen Aufnahmebedingungen, welche hinsichtlich ihrer Bedürfnisse abgestimmt werden muss“ (S.2)
- für Opfer von Folter sollte folgendes bedacht werden: „Einzelzimmer, Geschlechtertrennung, eine lärmfreie Umgebung, umfassende Berücksichtigung inwieweit jegliche Institutionen denjenigen gleichen, in welchen die Personen misshandelt wurden (Uniformen, Schlösser, Gitterstäbe etc.)“ (S.2)
- die „Möglichkeit einer selbstständigen Lebensführung“ (S.2)

Gemäß der BAfF ist ein bundesweites Verfahren der frühzeitigen Feststellung von Schutzbedürftigkeit und entsprechender Behandlung und Versorgung „in konkreten Schritten zunächst auf Landesebene zu erproben“ (BAfF, 2008, S.13).

7.3 Praxismodell der Sekundärprävention: Das Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge

Im Jahr 2008 schlossen sich in Berlin sechs verschiedene psychosoziale Behandlungseinrichtungen zum BNS¹⁵ zusammen (BNS, 2008a) – der Leiter ist Joachim Rüffer. Gemäß den Empfehlungen der BAfF entwickelte das BNS ein Verfahren mit bundesweiter Modellfunktion zur Feststellung von Schutzbedürftigkeit besonders vulnerabler Flüchtlinge und deren Behandlung. Innerhalb des BNS wurden zwei Fachstellen für Traumatisierung – die Einrichtung *XENION-Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.* (XENION) und das *Behandlungszentrum für Folteropfer/Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste* (bzfo/zfm) – mit der Aufgabe betraut, das Verfahren auf die Gruppe traumatisierter Asylbewerber anzupassen und durchzuführen. In mehreren Stufen sollen traumatisierte Menschen während des Asylverfahrens festgestellt und versorgt werden. Traumafolgestörungen können hierdurch bereits im Frühstadium bzw. vor deren Chronifizierung erkannt und behandelt werden. Das BNS-Modell stellt somit ein konkretes Praxismodell der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern dar. Im

¹⁵ Netzwerkpartner (BNS, 2008b): Behandlungszentrum für Folteropfer/Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (bzfo/zfm), XENION-Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V., Aufnahmeeinrichtung Motardstraße des AWO-Kreisverbandes Berlin Mitte, Projekt „Refugium“ des Paul-Gerhard-Stiftes, Frauenberatung des AWO-Kreisverbandes Süd-Ost (gehört heute nicht mehr dem BNS an), Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V.

Rahmen eines siebenmonatigen Praktikums in der Fachstelle XENION¹⁶ – der Leiter ist Dietrich Koch – konnte die Autorin Einblicke in das dort, seit 2009 umgesetzte Verfahren gewinnen. Der beobachtete Verfahrensablauf wird im Folgenden beschrieben (Abschnitt 7.3.1). Auf Grundlage des ADAPT-Modells von Silove und den Eindrücken der Autorin bei XENION wird anschließend aufgezeigt, ob mit einer sekundärpräventiven Wirksamkeit gerechnet werden kann (Abschnitt 7.3.2).

7.3.1 Verfahrensablauf in der Fachstelle für Traumatisierung “XENION”

Die Feststellung und Versorgung traumatisierter Asylbewerber erfolgt in drei Stufen: 1. Ermittlung von möglicherweise traumatisierten Asylbewerbern, 2. Verifizierung von Traumatisierung und 3. Versorgung traumatisierter Asylbewerber. Im Anhang F ist der gesamte Ablauf zusammengefasst dargestellt. Im Folgenden werden die einzelnen Stufen beschrieben und fortlaufend am Beispiel von Arman Bretlov (veränderter Name aufgrund des Datenschutzes), der im Februar 2011 in das BNS-Projekt bei XENION aufgenommen wurde, individuell veranschaulicht. Alle Gespräche, die im Rahmen des Verfahrens mit den Asylbewerbern stattfinden, werden in der Regel durch Dolmetscher ihrer Muttersprache vermittelt. Seit dem 1. Oktober 2009 (Schlenzka, 2010) wird das BNS-Verfahren in den beiden Fachstellen für Traumatisierung eingesetzt und befindet sich bis heute in einer Aufbauphase. Der Ablauf wird fortlaufend spezifiziert und Instrumente sowie Materialien werden entwickelt bzw. weiterentwickelt.

Stufe 1: Ermittlung von möglicherweise traumatisierten Asylbewerbern

Im Rahmen der ersten Stufe sollen die Mitarbeiter der amtlichen Einrichtungen und Behörden, die im Rahmen des Asylverfahrens einen frühzeitigen Kontakt zu allen eingereisten Asylbewerbern erhalten, Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung bei diesen Menschen erkennen. Zu den sogenannten *Erstanlaufstellen* gehören (BNS, 2008a):

- Erstaufnahmeeinrichtungen
- Zentrale Aufnahmestelle für Asylbewerber
- Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber

¹⁶ Die nichtstaatliche Menschenrechtsorganisation XENION-psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V. wurde 1986 gegründet und richtet sich an Flüchtlinge und Opfer von Menschenrechtsverletzungen. XENION bietet umfassende Hilfe und Behandlung aus dem psychosozialen Bereich (psychologische Beratung, Psychotherapie, soziale Beratung, aufenthaltsrechtliche Beratung etc.) an und vermittelt zahlreiche andere Hilfemaßnahmen wie z.B. medizinische Behandlung.

- Sozialämter
- Berliner Ausländerbehörde
- Büro des Berliner Integrationsbeauftragten
- sonstige Beratungseinrichtungen und Wohnheime
- Senatsverwaltungen
- Stellen des BAMF

Eine zentrale Rolle nehmen die Erstaufnahmeeinrichtungen ein. Nach der Asylantragsstellung sind alle Asylbewerber für mindestens drei Monate in diesen Einrichtungen untergebracht (s. Abschnitt 2.3.2). Dadurch können über einen längeren Zeitraum Hinweise auf Traumatisierung erkannt werden.

Grundsätzlich sollen alle Asylsuchenden, die Gewalterfahrungen bzw. andere sehr belastende Erfahrungen gemacht und/oder psychische Probleme haben, an die Fachstellen für Traumatisierung weitergeleitet werden. Eine systematische Untersuchung oder klinische Einschätzung wird von den Mitarbeitern der Erstanlaufstellen explizit nicht verlangt.

Im Rahmen der *Weiterleitung* erhalten die Betroffenen die Adressen sowie eine kurze Vorstellung der entsprechenden Fachstellen. In einem von dem BNS konzipierten, bisher aber noch nicht eingesetzten Weiterleitungsformular, wurden hierfür folgende Worte gewählt:

Flüchtlinge, die nach Deutschland einreisen ... [und Vertreibung, Folter, Krieg und anderen schweren Formen psychischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt waren], werden in Berlin von speziellen Einrichtungen beraten. Diese Stellen verfügen über langjährige Erfahrungen und spezielle Kenntnisse. In diesen Fachstellen wird man Sie zu Ihren besonderen Umständen, Ihren gesundheitlichen und materiellen Bedürfnissen beraten und Ihnen mögliche Hilfsangebote empfehlen können. Sie erhalten dort im Bedarfsfall Hinweise und Bescheinigungen, die Ihnen die weitere Suche nach geeigneter Unterstützung erleichtert (BNS, n.d.a, S.1).

Fallbeispiel:

Der 21-jährige Arman Bretlov kommt aus Tschetschenien und lebt als Asylsuchender bereits seit drei Monaten in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Berlin. In einem Beratungsgespräch über das Asylverfahren in der Aufnahmeeinrichtung im Februar 2011 berichtet Arman Bretlov von Gewalterfahrungen und macht deutlich, dass er derzeit an

psychischen Problemen leidet. Er wird auf die Fachstellen für Traumatisierung aufmerksam gemacht und vereinbart über die Asylverfahrensberaterin einen Termin bei XENION.

Stufe 2: Verifizierung von Traumatisierung

Im Rahmen der zweiten Stufe werden die Hinweise auf eine Traumatisierung durch die entsprechenden Fachstellen überprüft. Der sogenannte *niedrigschwellige psychosoziale Gesundheitscheck* zielt auf die Feststellung von Traumatisierung und die individuell erforderlichen Hilfemaßnahmen (BNS, 2008a). Eine diagnostische Untersuchung von spezifischen Traumafolgestörungen erfolgt hier nicht. Sie kann bei Bedarf (z.B. immer für die Antragsstellung auf Psychotherapie notwendig) in der dritten Stufe als Hilfeleistung veranlasst werden (BNS, 2008a).

Für den Gesundheitscheck wurde von der BNS ein Fragebogen konzipiert (BNS, n.d.b). Dieser enthält einen *traumaspezifischen Teil* zur systematischen Erfassung traumatischer Erfahrungen und aktueller traumatypischer Symptome. Darüber hinaus werden *sozio-demographische Daten*, der *allgemeine Gesundheitszustand* und die *aktuelle Lebenssituation* abgefragt. Auf dieser Grundlage kann sich der Untersucher ein ganzheitliches Bild des Klienten machen. Auf der letzten Seite des Fragebogens werden später die *empfohlenen Hilfemaßnahmen* angegeben. Im Anhang G ist die inhaltliche Struktur des BNS-Fragebogens veranschaulicht. Im Anhang H sind die Inhalte des traumaspezifischen Fragebogenteils dargestellt. In der Regel liefern die Untersuchten im Laufe des Interview-Gesprächs viele weitere Hintergrundinformationen. Diese werden an entsprechender Stelle auf dem Fragebogen oder auf einem Extrablatt schriftlich festgehalten. Anhand der zusätzlichen Angaben kann sich der Untersucher meist einen groben Überblick über die Verfolgungsgeschichte des Klienten machen.

In der Fachstelle XENION wird dieser Fragebogen von zwei Sozialarbeiterinnen in Form eines Interviews eingesetzt. Hierfür wird in der Regel ein Gespräch von mindestens einer Stunde benötigt. Bei guten Lesekenntnissen wird der Fragebogen zum selbstständigen Ankreuzen ausgehändigt. In einem kürzeren Gespräch mit der Person werden ihre Angaben überprüft. Der Fragebogen liegt bisher in den Sprachen Arabisch, Deutsch, Englisch und Russisch vor. Klienten, die für die Sozialarbeiterinnen gar nicht oder nur schwer zugänglich

sind, werden für den psychosozialen Gesundheitsscheck an einen zuständigen Psychotherapeuten der Fachstelle weitergeleitet.

Fallbeispiel

Arman Bretlov erscheint zwei Wochen später zu seinem Termin bei einer Sozialarbeiterin in der Fachstelle XENION. Da er sich äußerst reizbar und verschlossen gegenüber einigen Fragen zeigt, wird er für den psychosozialen Gesundheitsscheck direkt an den zuständigen Psychotherapeuten geleitet. Bei dem dann stattfindenden Interview-Gespräch ist die Autorin der vorliegenden Arbeit anwesend. Die Angaben von Arman Bretlov sind unter den folgenden drei Punkten zusammengefasst: allgemeine Informationen, Verfolgungsgeschichte und Angaben im traumaspezifischen Fragebogenteil.

Allgemeine Informationen

Arman Bretlov ist im Jahr 1989 in Tschetschenien geboren. Auf seinem Fluchtweg nach Deutschland hat er einige Länder, in denen er teilweise auch registriert wurde, durchquert. Im Oktober 2010 hat er seinen Asylantrag in Berlin gestellt. Seitdem wartet er auf eine Antwort. Die Anhörung durch das BAMF steht noch aus. Er ist kinderlos, ledig und hat in Deutschland keinen Familienanschluss. Er leidet an einer chronischen Hepatitis B. In einer psychiatrischen Untersuchung wurden ihm Beruhigungstabletten verschrieben, die er aufgrund ihrer starken und unangenehmen Wirkung absetzen möchte. Arman Bretlov besucht einen Deutschkurs. Er gibt an, keine Freunde oder Bekannte zu haben, durch die er Unterstützung erfahren könnte.

Verfolgungsgeschichte

Arman Bretlov hat beide Kriege in Tschetschenien miterlebt. Aus Überzeugung suchte er als Jugendlicher den Kontakt zu einer Rebellengruppe im Kampf gegen die russischen Militärs. Bevor er aber selbst aktiv werden konnte, begann in seiner Nachbarschaft eine massive Verfolgungswelle durch die russischen Einheiten. Er und viele seiner Freunde wurden oft abgeholt und tagelang verhört. Sie sollten Namen der Rebellengruppe nennen. Während der Verhöre wurde er gefoltert (durch Schläge, Kälteexposition, Stromschläge und Schnitte). Er betont, dass er heute noch Narben am ganzen Körper hat. Viele überlebten diese Zeit nicht. Seitdem hielt er sich bis zu seiner Flucht versteckt in den Bergen. Er ist mit zwei Kameraden aus Tschetschenien geflohen. Beide wurden durch Militärs verschleppt. Der eine ist seitdem verschwunden. Der andere wird heute gezwungen, für die Russen zu arbeiten. Die Familie von Arman Bretlov steht massiv unter Druck. Russische Einheiten befragen den Vater immer

wieder nach seinem Sohn. Müsste Arman Bretlov zurück gehen, würde er sofort in Haft genommen. Man würde ihn dann zwingen, Namen zu nennen und Morde zu gestehen, die er nicht verübt hätte. Und weil in Tschetschenien das Gesetz der Blutrache¹⁷ gilt, wäre seine ganze Familie in Gefahr. Er betont, der einzige Sohn zu sein. Dieser hat eine bedeutende Funktion und viele Aufgaben in der Familie. Seit seiner Verfolgung kann er dieser Rolle nicht mehr nachkommen, was er als sehr belastend empfindet.

Angaben im traumaspezifischen Fragebogenteil

Gewalterfahrungen oder stark belastende Erfahrungen

- Kriegserlebnisse
- gewalttätiger Angriff durch Militär oder andere bewaffnete Gruppen
- Foltererfahrungen
- Lagerhaft
- Zeugenschaft von Folter/Tötungen/schwerer Gewalt
- Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie/dem Bekanntenkreis
- gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen
- Verschleppte/verwundete nahe Angehörige
- Gewaltsame Trennung von Angehörigen
- andere lebensbedrohliche Situationen und schwer belastende Ereignisse

Als schlimmste Ereignisse führt er die Zeugenschaft von Folter/Tötungen/schwerer Gewalt sowie gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie/dem Bekanntenkreis auf. Diese Situationen gingen mit starken Gefühlen der Lebensbedrohung, überwältigender Angst und hilflosen Ausgeliefertsein bzw. Ohnmacht einher. Er erlebte die Situationen damals als unwirklich.

Körperliche Symptomatik

- starke Bauchschmerzen
- starke Kopfschmerzen
- starke Herzprobleme
- mittelmäßige Atembeschwerden

¹⁷ „Bei der Blutrache handelt es sich um einen Brauch, wonach eine durch Tötung oder auf andere Weise herbeigeführte Ehrenverletzung eines Einzelnen oder einer sozialen Einheit (Familie, Sippe, Clan, Stamm), falls es nicht zu einem Racheverzicht oder einvernehmlichen Sühneausgleich kommt, nur dadurch beseitigt werden kann, dass ein Mitglied dieser Einheit durch eine Ehrverletzung angemessene Bluttat, sei es eine Tötung oder eine Körperverletzung, am Täter oder an einem seiner Angehörigen Rache nimmt“ (Baumeister, 2007, S.19).

- leichte Ohnmachtsanfälle und Schwindelgefühle

Psychische Probleme

Die folgenden Symptome bejahte Arman Bretlov mit häufig/stark oder sehr oft/sehr stark:

- schlechter Schlaf
- Alpträume
- Traurigkeit/Depression
- Furcht/Angstgefühle
- Schreckhaftigkeit
- leichte Reizbarkeit
- Gefühlschwankungen
- kennt Momente, in denen er nicht mehr weiß, was vor sich geht
- andauernde Anspannung
- Hoffnungslosigkeit
- Appetitlosigkeit
- Gefühl, verfolgt zu werden
- Konzentrationsprobleme
- Vergesslichkeit
- Vorwürfe wegen Handlungen oder Unterlassungen in der Vergangenheit
- Vermeidung von Situationen, die ihn an ein belastendes Ereignis erinnern
- ständig wiederkehrende Gedanken, als würde das Erlebte wieder stattfinden

Arman Bretlov machte keine Angaben über den Beginn der Beschwerden.

In der wöchentlichen Fallbesprechung stellen die Sozialarbeiterinnen die untersuchten Personen (Fälle) den beiden zuständigen Psychotherapeuten vor. Hiermit werden zwei Ziele verfolgt. Zunächst beurteilt das Team auf Grundlage der traumaspezifischen Fragebogendaten für jeden Klienten, ob und mit welcher Schwere eine psychische Traumatisierung vorliegt. Bei Traumatisierung werden anschließend konkrete Empfehlungen über die individuell erforderlichen Hilfemaßnahmen entwickelt. Diese sollen an der ganzheitlichen Situation der betroffenen Person ansetzen. Neben den traumaspezifischen Angaben werden deshalb auch die Informationen über die allgemeingesundheitliche und soziale Situation berücksichtigt.

Bei der Entwicklung von Empfehlungen orientiert sich das Team an einer durch das BNS getroffenen Auswahl von Leistungen (BNS, n.d.b). Diese umfasst konkrete

Versorgungsmaßnahmen aus dem klinischen, psychosozialen und rechtlichen Bereich. Empfehlungen, die in dieser Auswahl nicht enthalten sind, können als sonstige Leistungen formuliert werden. Im Anhang I sind die einzelnen Leistungen zusammengefasst.

Die festgestellte traumabedingte Beeinträchtigung und die Empfehlungen für die erforderliche Hilfe werden in Form einer Bescheinigung – die *Bescheinigung für besondere Schutzbedürftigkeit gemäß Art.17 der Europäischen Richtlinie 2003/9/EG* – dokumentiert und dem Betroffenen ausgehändigt (BNS, 2008). Damit kann sich die Person an die entsprechenden Leistungsstellen wenden. Die Bescheinigung erfüllt zwei zentrale Funktionen. Zum einen sollen die Leistungsträger darauf hingewiesen werden, dass traumatisierte Asylsuchende aufgrund Folter- oder anderen Gewalterfahrungen gemäß Art.17 RL 2003/9/EG einen rechtlichen Anspruch auf die erforderliche Hilfe und Behandlung haben (s. Abschnitt 2.4).¹⁸ Zum anderen soll durch die Formulierung konkreter Empfehlungen ein schneller Zugang zu den erforderlichen Hilfemaßnahmen sichergestellt werden.

Fallbeispiel

In der Fallbesprechung werden dem Team von Psychotherapeuten und Sozialarbeiterinnen die Angaben von Arman Bretlov vorgestellt. Es wird festgehalten, dass Arman Bretlov im Rahmen von Krieg und politischer Verfolgung in Tschetschenien schwerwiegende langandauernde traumatische Erfahrungen durch Gewalt und Folter gemacht hat und derzeit eine schwere posttraumatische Symptomatik zeigt. Das Team hält die folgenden Hilfe- und Behandlungsmaßnahmen für erforderlich.

Klinische Leistungen

Aufgrund der schweren posttraumatischen Symptomatik und vorliegenden Risikohinweise für einen chronischen Verlauf mit persönlichkeitsverändernder Wirkung ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert. Hierfür bedarf es zunächst einer psychodiagnostischen Untersuchung. Mögliche gesundheitliche Schäden aufgrund der massiven Gewalterfahrungen durch die verschiedenen Folterpraktiken sollten im Rahmen der allgemeinärztlichen Versorgung überprüft und entsprechend behandelt werden. Arman Bretlov befindet sich bereits in psychiatrischer Behandlung. Diese sollte fortgesetzt und die

¹⁸ „Es wird davon ausgegangen, dass Personen, bei denen das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit festgestellt wurde, einen Anspruch auf Leistungen gem. § 2 AsylbLG analog SGB XII haben“ (BNS, 2008a, S.7).

aktuelle medikamentöse Einstellung überprüft werden. Seine Erkrankung an Hepatitis B erfordert zudem eine fachärztliche Diagnostik und Behandlung.

Psychosoziale Leistungen

Aufgrund der schweren psychischen Symptomatik – vor allem Schlafprobleme, erhöhte Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit und dem Gefühl verfolgt zu werden – wird die Unterbringung in einem Einzelzimmer empfohlen. Derzeit wohnt Arman Bretlov in einem Mehrbettzimmer mit vier weiteren Personen. Im Rahmen der sozialen Beratung soll er bei der Antragsstellung auf ein Einzelzimmer unterstützt werden. Außerdem wird eine ausführliche Vorbereitung auf die Anhörung durch das BAMF und die Suche nach Möglichkeiten für einen sozialen Anschluss, durch den er Unterstützung erfahren könnte, im Rahmen der sozialen Beratung empfohlen.

Rechtliche Beratung

Da Herr Bretlov vor der Einreise nach Deutschland in anderen Ländern registriert wurde, könnte sein Asylantrag mit einer Zurückweisung in das sichere Ersteinreiseland abgelehnt werden. Aus diesem Grunde wird eine rechtliche Beratung empfohlen. Aufgrund der schweren posttraumatischen Symptomatik wäre sein gesundheitlicher Zustand durch eine Zurückführung massiv gefährdet.

Nach der Fallbesprechung wird Arman Bretlov die Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit von der Fachstelle XENION ausgestellt. In Abbildung 1 ist ein leicht modifiziertes Muster seiner Bescheinigung dargestellt.



**Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit
gemäß Art 17 der Richtlinie (2003/9/EG) zur Festlegung von Mindestnormen für die
Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten**

Entbindung von der Schweigepflicht für diesen Zweck liegt vor.

Herr Arman Bretlov, geboren am 6.11.1989 ist aufgrund erlittener schwerer Gewalt besonders schutzbedürftig gem. Art. 17 Abs. 1 der Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten. Die besondere Schutzbedürftigkeit ist durch eine Einzelprüfung festgestellt worden.

Empfehlung der Fachstelle XENION für Überlebende extremer Gewalt

Zusammenfassende Beurteilung:

Herr Arman Bretlov hat die beiden Kriege in Tschetschenien als Kind erlebt, war konfrontiert mit Sterbenden, Toten und Leichenteilen. Er gibt an, als Jugendlicher von russischen Militär und tschetschenischen Sicherheitskräften mehrfach zu Verhören verschleppt worden zu sein. Die Verhöre seien von massiven Folterungen (Schläge, Elektroschock, Schnittwunden, Kälteexposition) begleitet gewesen. Ziel dieser Verhöre sei es gewesen, Informationen über Rebellen zu erlangen. Er hat Narben von körperlichen Verletzungen, die er mit diesen Folterungen in Verbindung bringt. Es besteht zurzeit eine chronische Infektion mit Hepatitis B. Er zeigt derzeit eine schwere posttraumatische Symptomatik, die weiterer diagnostischer Abklärung bedarf.

Empfehlungen:

- weitergehende Psychodiagnostik
- psychotherapeutische Behandlung
- Fachärztliche Diagnostik
- Fachärztliche Behandlung
- Allgemeinärztliche Versorgung
- Psychiatrische Behandlung
- Besondere Wohnbedingungen
- Rechtliche Beratung
- Soziale Beratung

Abbildung 1: Muster der Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit von Arman Bretlov
(XENION, 2011; leicht modifiziert)

Stufe 3: Versorgung traumatisierter Asylbewerber

Im Rahmen der dritten Stufe des BNS-Verfahrens erfolgt die konkrete Versorgung der traumatisierten Asylbewerber. Hierfür suchen die Betroffenen mit der Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit und der empfohlenen Hilfeleistungen ihre Leistungsträger selbstständig auf (BNS, 2008a). Die Fachstelle XENION hat Kontakte zu zahlreichen in Frage kommenden Leistungsstellen.

XENION selbst bietet von den Hilfemaßnahmen aus der BNS-Auswahl Psychodiagnostik, psychotherapeutische Behandlung, psychologische Beratung und soziale Beratung an. Bei Auslastung der Mitarbeiter von XENION werden die Klienten für die besagten Leistungen entweder an andere Einrichtungen verwiesen oder auf eine Warteliste gesetzt. Darüber hinaus gibt es einige Angebote, die als sonstige Leistungen aufgeführt werden können. Dazu gehören Deutschkurse, PC-Kurse, Kunstgruppen (die Angebote sind vielfältig und abhängig von Interesse und Kapazitäten; z.B. Ateliergruppe, Kunsttherapiegruppen) und das Mentorennetzwerk. Im Rahmen des Mentorennetzwerkprojektes werden ehrenamtliche Menschen als sogenannte Mentoren vermittelt. Sie unterstützen Asylsuchende dabei, sich in Berlin zu orientieren und Herausforderungen wie Wohnungssuche, Behördengänge usw. zu bewältigen (XENION, n.d.).

Im Rahmen des BNS-Projektes ist für die Zukunft eine Überprüfung der tatsächlichen Gewährung und Inanspruchnahme der Leistungen durch die beiden Fachstellen für Traumatisierung vorgesehen (Schlenzka, 2010). Sechs Monate nach der Ausstellung der Bescheinigung sollen die Betroffenen für ein Interviewgespräch bei XENION eingeladen werden. Es soll erfasst werden, welche der empfohlenen Leistungen durchgeführt wurden.

Fallbeispiel

Arman Bretlov wird auf Wunsch für die weitergehende Psychodiagnostik und Psychotherapie auf die Warteliste der Fachstelle XENION gesetzt. Die soziale Beratung bei XENION nimmt ihn sofort auf. Für die anderen klinischen Leistungen werden ihm Adressen von Leistungsstellen gegeben. In einigen Monaten soll überprüft werden, welche Leistungen erbracht wurden.

7.3.2 Hat das BNS-Verfahren eine sekundärpräventive Wirksamkeit? Eine erste Annäherung mit Hilfe des ADAPT-Modells von Silove

Zur Erstellung einer theoretisch fundierten Hypothese über die sekundärpräventive Wirksamkeit des BNS-Verfahrens bezüglich Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern in Deutschland – wie es derzeit in der Fachstelle XENION durchgeführt wird – könnte man das ADAPT-Modell von Silove (s. Abschnitt 6.2.2) heranziehen. Hiernach kann mit einer sekundärpräventiven Wirksamkeit – das heißt mit der Verhinderung der Entstehung oder Chronifizierung von Traumafolgestörungen – gerechnet werden, wenn Bedingungen vorliegen, die eine Wiederherstellung bzw. Stabilisierung von Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität und Existenziellem Sinn erlauben. Entsprechende Bedingungen während des Asylverfahrens in Deutschland wurden als posttraumatische Schutzfaktoren in Kapitel 6.3 vorgestellt.

Derzeit kann das BNS-Verfahren zur Feststellung und Versorgung traumatisierter Asylbewerber noch nicht systematisch auf das Vorliegen dieser posttraumatischen Schutzfaktoren untersucht werden, was aber nötig wäre, um die Annahme einer sekundärpräventiven Wirksamkeit nach der Theorie von Silove zu begründen. Das Verfahren befindet sich noch in der Entwicklungsphase. Leistungen, die im Rahmen der Versorgung sicher oder zumindest in der Regel erbracht werden können, stehen bislang nicht fest oder sind nicht genau präzisiert. Erst durch die geplante systematische Erfassung aller Leistungen, die die Klienten im Zeitraum von 6 Monaten nach Ausstellung der Empfehlung erhalten haben, kann man sich ein Bild über gewährte und auch tatsächlich genutzte Hilfeleistungen machen.

In dem zurzeit laufenden Verfahren lassen sich dennoch schon Tendenzen erkennen. Während eines siebenmonatigen Praktikums hat die Autorin den Eindruck gewonnen, dass einige der posttraumatischen Schutzfaktoren im Rahmen des dort durchgeführten BNS-Verfahrens zum Tragen kommen. Für die einzelnen posttraumatischen Schutzfaktoren (s. Abschnitt 6.3) wird dies wie folgt veranschaulicht:

1. Sicherheit

Aufklärung und Transparenz rund um das Asylverfahren

Die Fachstelle XENION stellt im Rahmen des BNS-Projektes umfassende Informationsvermittlung bezüglich Ablauf des Asylverfahrens, Rechte und Pflichten in dieser

Zeit sowie Einzelheiten der Anhörung sicher. Diese erfolgt im Rahmen der Sozialberatung durch XENION selbst oder durch eine empfohlene andere soziale Beratungsstelle. Bei XENION werden die Menschen einer Sozialarbeiterin zugeführt, die das Asylverfahren als feste Ansprechpartnerin begleitet. In Einzelfällen – zum Beispiel bei extremer Angst, bei Hinweisen auf mögliche Gefahr der Retraumatisierung – kann eine Begleitung zum BAMF oder zu anderen Behörden organisiert werden. Für besondere Anfragen zum Thema Asylverfahren werden die Klienten an rechtliche Beratungsstellen weitergeleitet. In Berlin bieten diesbezüglich einige Nichtregierungsorganisationen rechtliche und soziale Beratung an.

Verbesserung des Zugangs zur klinischen Versorgung

Die Verbesserung des Zugangs zur klinischen Versorgung – medizinische und psychotherapeutische – ist ein zentrales Anliegen des BNS-Projektes und soll durch verschiedene Maßnahmen ermöglicht werden. Die Ausstellung der Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit hat hierbei eine tragende Funktion. Durch diese sollen Leistungsstellen aus dem klinischen Bereich explizit darauf hingewiesen werden, dass Asylbewerber, die der Gruppe der besonders Schutzbedürftigen angehören, einen rechtlich gesicherten Anspruch auf die erforderliche Behandlung haben. Eine weitere Verbesserung des Zugangs zu klinischen Leistungsstellen stellt das Vermitteln von entsprechenden Adressen und Anfahrtsbeschreibungen im Rahmen der sozialen Beratung dar. In Einzelfällen kann eine Begleitung organisiert werden. Wenn die Unterbringungseinrichtung des Betroffenen nicht oder nur sehr schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden ist und die erforderliche Behandlung deshalb nicht gestellt werden kann, wird im Rahmen des BNS-Verfahrens ein Wechsel des Wohnsitzes empfohlen. Hierbei werden die Klienten von der sozialen Beratungsstelle unterstützt. Sofern die klinischen Leistungsstellen selbst keine Dolmetscher in der jeweiligen Muttersprache anbieten, können diese durch die Sozialarbeiter vermittelt werden.

Insgesamt rechnet die Berliner Netzwerkgruppe bei der Sicherstellung der erforderlichen klinischen Versorgung mit den größten Hindernissen. Ungewiss ist zum einen, ob die Kliniker den Hinweis auf besondere Schutzbedürftigkeit der Klienten annehmen und sie mit der nötigen Behandlung versorgen, zum anderen, ob die zuständigen Sozialämter diese als erforderlich anerkennen und finanzieren. Die übrigen oben aufgeführten Maßnahmen können erfahrungsgemäß geleistet werden.

Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräumen

Obgleich die Fachstelle XENION die Notwendigkeit der Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräumen für alle traumatisierten Asylbewerber sieht, kann sie nur wenige Menschen dabei unterstützen. Die Unterstützung gilt Personen mit schwerer posttraumatischer Symptomatik. Für diese formuliert das Team im Rahmen des BNS-Verfahrens die Empfehlung der Unterbringung in einem Einzelzimmer. Bei der Antragsstellung werden die Betroffenen durch die sozialen Beratungsstellen unterstützt, allerdings wird nur selten ein Antrag angenommen.

2. Bindung

Familienzusammenführung

Die Familienzusammenführung für volljährige Verwandte – nur Ehepartner und minderjährige Kinder haben einen rechtlichen Anspruch – wird im Rahmen des BNS-Verfahrens bei Einzelfällen wie zum Beispiel schwer Erkrankte oder Behinderte ohne Familienanschluss sowie erkrankte Alleinerziehende empfohlen. Im Rahmen der sozialen und rechtlichen Beratung werden die Betroffenen bei der Antragsstellung unterstützt. In den meisten Fällen wird die Familienzusammenführung für diese Menschen aber abgelehnt.

Zugang zu Internet und Telefon um Kontakte mit zurückgelassenen oder woanders lebenden Familienangehörigen oder Bekannten aufrechtzuerhalten

Der Zugang zu Internet kann im Rahmen des BNS-Verfahrens problemlos sichergestellt werden. Die Fachstelle XENION verfügt selbst über einen Computerraum mit Internetanschluss, der von den Klienten genutzt werden kann. Darüber hinaus weisen die Sozialarbeiterinnen von XENION die Menschen auf Kulturvereine – zum Beispiel für Iraner der Verein iranischer Flüchtlinge – oder öffentliche Bibliotheken hin, in denen sie einen kostenlosen Internetzugang erhalten. Beim Zugang zu Telefon erhalten die Menschen im Rahmen des BNS-Verfahrens keine Unterstützung. XENION selbst stellt keine Telefone zur Verfügung, und auch die Kulturvereine beschränken ihr Angebot in der Regel auf den Internetzugang.

Förderung und Begleitung von Trauerprozessen und Andenken an verlorene oder zurückgelassene Familienangehörige und Nahestehende sowie an die Heimat und damit verbundene Werte, Normen, Traditionen, materielle Güter etc.

Im Rahmen des BNS-Verfahrens unterstützt die Fachstelle Xenion die Klienten bei Trauerprozessen je nach Bedarf durch folgende Empfehlungen. Bei normalen Trauerreaktionen werden die Betroffenen auf die Möglichkeit einer psychologischen Beratung bei XENION oder anderen Einrichtungen in Berlin hingewiesen. Außerdem werden sie auf verschiedene angeleitete Gruppenangebote aufmerksam gemacht. In von XENION angebotenen Gesprächs- und Künstlergruppen werden Themen wie Abschied, Verlust, Heimat usw. zum Gegenstand gemacht. Im Rahmen der Sozialberatung können die Menschen zudem Adressen von verschiedenen Selbsthilfegruppen in Berlin erhalten. Bei Hinweisen auf eine pathologische Trauerreaktion oder Depression empfiehlt die Fachstelle Xenion eine psychotherapeutische Behandlung. Das BNS rechnet vor allem bei der Empfehlung zur Psychotherapie mit einer defizitären Umsetzung. Die anderen genannten Leistungen können meist erfolgreich vermittelt werden.

Aufsuchen von Gemeinschaften, um kulturelle oder religiöse Bindungen aufrecht erhalten zu können

Im Rahmen der sozialen Beratung in der Fachstelle XENION können auf Wunsch Kontakte zu zahlreichen kulturellen und religiösen Verbänden hergestellt, sowie Adressen von Moscheen, Kirchen und öffentlichen Gebetsräumen in Berlin vermittelt werden.

3. Gerechtigkeit

Anerkennung als Opfer von Gewalt und Folter

Das BNS-Verfahren zur frühzeitigen Erkennung und Versorgung von traumatisierten Asylbewerbern zielt konkret auf die Anerkennung der Opfer von Gewalt und Folter, ihrer Leiden und Rechte. Die Weiterleitung an die Fachstellen für Traumatisierung, die psychosoziale Gesundheitsuntersuchung, die Aushändigung einer Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit sowie die Weiterleitung an die erforderlichen Leistungsstellen stellen Maßnahmen dar, die diese Anerkennung zum Ausdruck bringen wollen und offenbar auch tun. Nach dem Eindruck der Autorin schätzen die Menschen diese Maßnahmen und nehmen sie dankbar entgegen.

Information über die Kriterien für eine Anerkennung als Opfer von Verfolgung

Im Rahmen des BNS-Verfahrens spielt die nachvollziehbare Erläuterung der Kriterien, auf deren Grundlage entschieden wird, ob ein Mensch als Flüchtling bzw. als asylberechtigt anerkannt wird, keine Rolle. Die sozialen und rechtlichen Beratungsstellen konzentrieren sich vor allem auf die Asylverfahrensberatung.

Möglichkeiten der aktiven Gestaltung und Nutzung der freien Zeit

Informationen über Möglichkeiten der Freizeitgestaltung werden auf Wunsch im Rahmen des BNS-Verfahrens durch die sozialen Beratungsstellen vermittelt. Die größte Nachfrage besteht an Deutschkursen. Neben der Fachstelle XENION bieten einige andere Einrichtungen in Berlin kostenlose Kurse an – zum Beispiel *Kontakt für Flüchtlinge und MigrantInnen e.V.* (KUB). Darüber hinaus gibt es bei XENION auch Computerkurse. Wer während des Asylverfahrens Kurzqualifikationen oder Praktika absolvieren möchte, wird von den Sozialarbeiterinnen der Fachstelle XENION zum Beispiel an die *Organisation Bridge - Berliner Netzwerk für Bleiberecht* weitergeleitet. Außerdem können zahlreiche Adressen von Bibliotheken, Freizeitgruppen und kulturellen Vereinen vermittelt werden. Auf Anfrage werden die Asylbewerber über kostenlose Museumstage informiert. Bei speziellen Interessen wie zum Beispiel an Sportvereinen recherchieren die Sozialarbeiterinnen von XENION nach passenden Angeboten. In der Regel informieren sich die Klienten in der sozialen Beratungssprechstunde aber selten über Freizeitmöglichkeiten. Der Fokus liegt vor allem auf existenziellen Themen wie zum Beispiel Wohnungssuche, Asylverfahren etc. .

Arbeit

Im Rahmen des BNS-Verfahrens können Asylbewerber bei der Arbeitssuche durch die sozialen Beratungsstellen unterstützt werden. Sind weniger als 12 Monate seit der Asylantragsstellung vergangen, können ausschließlich Tätigkeiten bei staatlichen oder gemeinnützlichen Stellen mit einer Entlohnung von 1,05 Euro pro Stunde vermittelt werden (s. Abschnitt 2.3.4). Diese Möglichkeit wird dennoch von vielen Klienten genutzt. Die Vermittlung ist in der Regel einfach. Sind die Asylbewerber berechtigt, eine Arbeitserlaubnis zu beantragen, werden sie von den Sozialarbeiterinnen der Fachstelle XENION an Einrichtungen weitergeleitet, die sie bei der Arbeitsplatzsuche unterstützen – zum Beispiel an das *Bridge - Berliner Netzwerk für Bleiberecht*. Erfahrungsgemäß ist die Organisation eines passenden Arbeitsplatzes bei der sehr eingeschränkten Arbeitserlaubnis schwierig.

4. Identität

(Wieder)erleben der individuellen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen

Im Rahmen des BNS-Verfahrens werden die Betroffenen durch eine Reihe von Angeboten unterstützt, ihre Fähigkeiten und Lebenserfahrungen zu erleben und zu nutzen. Hierzu gehören – wie oben beschrieben – vermittelte Freizeitaktivitäten, Projekte der kulturellen und religiösen Vereine, Weiterbildungsmaßnahmen, Arbeit, Gesprächs- oder Kunstgruppen, psychologische Beratung und Psychotherapie.

Förderung selbstbestimmter Handlungsmöglichkeiten

Das BNS-Projekt zielt im weiteren Sinne darauf, den Personen, die der Gruppe der Schutzbedürftigen angehören, selbstbestimmte Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Durch die Formulierung von konkreten Empfehlungen über Leistungen aus dem klinischen, psychosozialen oder rechtlichen Bereich und die Vermittlung von Adressen von entsprechenden Leistungsstellen wird den Betroffenen ein Anreiz für Selbstfürsorge und eine breite Orientierung über die bestehenden Möglichkeiten gegeben. Alle Angebote müssen dann selbstständig bzw. selbstbestimmt von den Betroffenen aufgesucht werden.

Umgang mit veränderten Rollenzuweisungen

Im Rahmen des BNS-Verfahrens können die Menschen im Umgang mit veränderten Rollenzuweisungen je nach Bedarf durch die folgenden Angebote unterstützt werden: Beratung für Alleinerziehende, Beratung für Schwangere, Familienhilfe, psychologische Beratung, Gesprächsgruppen oder Selbsthilfegruppen. Geht mit der veränderten Rollenzuweisung ein massiver Leidensdruck einher, werden den Betroffenen therapeutische Gruppen oder eine Psychotherapie empfohlen.

5. Existenzieller Sinn

Rückzugsmöglichkeiten für das Ausüben von religiösen, spirituellen oder kulturellen Riten oder Praktiken

Bei der Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten für religiöse, spirituelle oder kulturelle Riten oder Praktiken kann den Menschen im Rahmen des BNS-Verfahrens insofern geholfen werden, als dass die sozialen Beratungsstellen auf entsprechende Gemeinschaften oder Vereine hinweisen sowie Adressen von öffentlichen Gebetsräumen vermitteln.

Reflexion eigener und fremder Werte und Normen

Es kann vermutet werden, dass im Rahmen einer vermittelten Psychotherapie, psychologischen Beratung, angeleiteten Gesprächs-, Kunst-, oder Selbsthilfegruppe Raum und Zeit gegeben wird, Unterschiede zwischen eigenen und fremden Werten und Normen zu reflektieren. Ein Projekt, das im Rahmen des BNS-Verfahrens ganz gezielt den Austausch zwischen Flüchtlingen und Deutschen unterstützen möchte, stellt das Mentorenprojekt der Fachstelle XENION dar (s. Abschnitt 7.3.1).

Erarbeiten von Perspektiven

Alle Angebote im Rahmen des BNS-Verfahrens versuchen, den Betroffenen Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen. Den Klienten, die jegliche Lebenskraft und Hoffnung verloren haben und nicht in der Lage sind, die Zeit während des Asylverfahrens zu gestalten, wird eine Psychotherapie zur konkreten Erarbeitung von Lebensperspektiven nahe gelegt.

Aktive und sinnvolle Gestaltung und Nutzung von Zeit

Die Möglichkeiten, wie die Menschen ihre Zeit sinnvoll gestalten können, wurden bereits oben unter dem Punkt Gerechtigkeit vorgestellt.

7.4 Zusammenfassung

Insgesamt kann festgehalten werden, dass in Berlin auf die Forderung nach Maßnahmen der Sekundärprävention für traumatisierte Asylbewerber reagiert wurde. Mit der Einführung des BNS-Verfahrens in den Fachstellen für Traumatisierung XENION und bzfo/zfm wurde ein konkretes Praxismodell etabliert. Das Verfahren läuft in drei Stufen ab: Zunächst werden bei ersten Hinweisen auf traumatische Erfahrungen und/oder psychischen Problemen, Betroffene an die Fachstellen weitergeleitet. Dort werden sie dann mit Hilfe des BNS-Fragebogens auf Traumatisierung untersucht. Traumatisierte Personen sollen anschließend die erforderlichen Hilfemaßnahmen bei entsprechenden Leistungsträgern erhalten. Der gesamte Verfahrensablauf wurde für die Fachstelle XENION beschrieben und anhand des Klienten Arman Bretlvov veranschaulicht.

Durch die ersten beiden Stufen, die auf die explizite Identifizierung von traumatisierten Asylsuchenden zielen, wird das BNS-Verfahren der Forderung von Gordon gerecht, Präventionsmaßnahmen tatsächlich auch gezielt an Präventionsbedürftige zu richten. Das

ausführliche Screening mit Hilfe des BNS-Fragebogens ermöglicht die Identifizierung von Hochrisikopersonen.

Die Konzeption des BNS-Verfahrens baut zudem konkret auf den Empfehlungen der BAfF auf: Vor allem die nahegelegte interdisziplinäre und ganzheitliche Versorgung und Behandlung wird im Rahmen des Verfahrens umgesetzt – je nach Bedarf werden hier Leistungen aus dem klinischen, psychosozialen, rechtlichen oder sonstigen Bereich berücksichtigt. Darüber hinaus wurde das BNS-Verfahren explizit als ein bundesweites Modellverfahren für die Umsetzung der nach geltendem EU-Recht zugesicherten Versorgung und Behandlung für traumatisierte und deshalb schutzbedürftige Asylbewerber entwickelt.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das BNS-Verfahrens bei XENION bisher nicht auf seine sekundärpräventive Wirksamkeit bezüglich Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern empirisch untersucht wurde. Zudem ist bislang unklar, welche Leistungen tatsächlich bereitgestellt bzw. von den Betroffenen genutzt werden. Insgesamt deuten die Beobachtungen der Autorin im Rahmen eines Praktikums bei XENION aber darauf hin, dass viele der posttraumatischen Schutzfaktoren gemäß des ADAPT-Modells von Silove (s. Abschnitt 6.3) zum tragen kommen. Für die einzelnen Schutzfaktoren wurden jeweils entsprechende Maßnahmen im Rahmen des BNS-Verfahrens vorgestellt. Hieraus ergibt sich die begründete Hoffnung auf eine sekundärpräventive Wirksamkeit von Traumafolgestörungen des Verfahrens.

8 Diskussion und Ausblick

Abschließend werden die behandelte Fragestellung der Arbeit diskutiert und Ausblicke für Forschung und Praxis gegeben.

Auf Grundlage verschiedener Modelle aus der Psychotraumatologie, nach denen das Asylverfahren als kumulative Belastung, als eigenständige traumatische Qualität, als unterschwelliges Fortbestehen der traumatischen Situation, als retraumatisierende Situation oder als posttraumatische Phase konzeptionalisiert werden kann, wurde eine allen gemeinsame zentrale Aussage herausgearbeitet: Das Asylverfahren stellt eine besonders vulnerable Phase im Traumatisierungsprozess dar. Statt die Verarbeitung und Bewältigung schwerwiegender traumatischer Ereignisse im Herkunftsland wie Gewalt, Krieg, Gefangenschaft und Folter zu unterstützen, werden diese durch das Asylverfahren erschwert oder sogar gänzlich verhindert. Es wurde aufgezeigt, dass Asylbewerber in Deutschland offensichtlich unter anhaltend belastenden Bedingungen leben. Die gesetzlich festgelegten Vorgaben und Einschränkungen in nahezu allen Lebensbereichen wurden im Einzelnen beschrieben. Gemäß der zitierten Modelle wird die Vulnerabilität für die Entstehung von Traumafolgestörungen und deren Chronifizierung durch diese maßgeblich erhöht.

Daraus wurde umgekehrt abgeleitet, dass verbesserte Lebensbedingungen einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Traumatisierungsprozesses haben und Vulnerabilisierung und Entstehung von Traumafolgestörungen verhindern können.

Welche konkreten Bedingungen während des Asylverfahrens in Deutschland vulnerabilisierend wirken können, wurde näher hinterfragt. Mit Hilfe des ADAPT-Modells und einiger empirischer Befunde der Forschungsgruppe um Silove wurde eine Vielzahl von potentiellen posttraumatischen Risikofaktoren abgeleitet. Dazu zählen zum Beispiel: Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens, drohende Abschiebung, schlechter Zugang zu klinischer Versorgung, Trennung von Familie, fehlende Anerkennung als Opfer, Einschränkungen in der selbstbestimmten Lebensführung und Perspektivlosigkeit. Nach Silove handelt es sich hierbei um Faktoren, die eine – ursprünglich durch traumatische Ereignisse ausgelöste – Bedrohung folgender Funktionsbereiche aufrechterhalten: Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität und existenzieller Sinn.

Umgekehrt ließen sich entsprechend potentielle posttraumatische Schutzfaktoren ableiten. Analog zu den oben aufgeführten Risikofaktoren umfassen diese unter anderem: Vorbereitung

auf die Anhörung, Verbesserung des Zugangs zu klinischer Versorgung, Familienzusammenführung, sofortige Annerkennung als Opfer (zumindest) in der psychosozialen und medizinischen Versorgung, Aufzeigen selbstbestimmter Handlungsmöglichkeiten und Hilfestellung beim Erarbeiten von Perspektiven für die Zukunft. Damit wurden Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung konkreter Lebensbedingungen traumatisierter Asylbewerber definiert.

Die Autorin ist bei der Suche nach Risiko- und Schutzfaktoren bewusst selektiv vorgegangen, indem sie sich an den wissenschaftlichen Arbeiten der Forschungsgruppe um Silove orientiert hat. In zukünftigen Arbeiten sollten diesbezüglich weitere Modelle und empirische Befunde herangezogen werden. Eine hilfreiche und unabdingbare Ergänzung für die unvoreingenommene Erfassung von potentiellen posttraumatischen Einflussfaktoren stellen qualitative Interviewgespräche mit den Betroffenen dar. Die gesammelten Faktoren sollten anschließend empirisch überprüft werden. Sie könnten als Items in einem entsprechend konstruierten Erhebungsinstrument systematisch abgefragt und auf ihren Zusammenhang mit Traumafolgestörungen untersucht werden. Die in dieser Arbeit zitierten Befunde von Silove deuten an, dass für jede Traumafolgestörung spezifische posttraumatische Einflussfaktoren vorliegen.

Posttraumatische Risiko- und Schutzfaktoren während des Asylverfahrens in Deutschland sind also aufzudecken und zu validieren. Wesentliche sind von weniger wesentlichen Faktoren abzugrenzen. Vermeintliche, aber tatsächlich nicht relevante Faktoren sind als solche zu „enttarnen“. Nur so wird es gelingen, psychologisch wie auch ökonomisch effektiv in den Traumatisierungsprozess einzugreifen.

Die Entstehung von Traumafolgestörungen wird individuell nicht bis zur letzten Ursache wissenschaftlich auflösbar sein. Entsprechend muss bei der Versorgung eines traumatisierten Asylbewerbers immer auch die individuelle Gesamtsituation berücksichtigt werden.

Als politische Konsequenz des bisher Gesagten kann folgendes festgehalten werden: Für die Entwicklung von Traumafolgestörungen bei traumatisierten Asylsuchenden sind nicht allein staatliche Verfolger, Kriegsverbrecher und Folterer aus den Herkunftsländern, sondern auch das Exilland Deutschland in die Verantwortung zu nehmen. Das Vorhandensein von posttraumatischen Risikofaktoren hängt offensichtlich weitgehend von den in Deutschland geltenden Asylrechtsbestimmungen ab. Auf europäischer Ebene wurde hier längst reagiert und

mit der EU-Richtlinie 2003/9/EG entsprechend besondere Versorgungsmaßnahmen für Traumatisierte aufgrund von Folter und Gewalt gewährt.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach gezielter staatlich getragener Verbesserung der Lebenssituation und Versorgung von Asylsuchenden im Sinne der Sekundärprävention berechtigt und kann mit der vorliegenden Arbeit nur unterstützt werden. Die jährlichen Asylantragszahlen – 41.330 im Jahr 2010 (BAMF, 2011a) – zeigen zudem, dass es sich hierbei keineswegs um eine vernachlässigbare gesellschaftliche Randgruppe handelt. Vielmehr wird die Größe des Aufgabenfeldes deutlich: Mindestens 40% – wie von der deutschen Forschungsgruppe Gäbel et al. (2006) festgestellt wurde – der neu ankommenden Asylsuchenden entwickeln eine PTSD. Die in dieser Arbeit zitierten internationalen Studien zeigen darüber hinaus das gehäufte Auftreten weiterer Traumafolgestörungen in dieser Population, etwa im Bereich der depressiven, Angst-, und somatoformen Störungen. Die Konflikte im Nahen Osten bzw. in Nordafrika lassen vermuten, dass die Zahl der Asylsuchenden und damit die Zahl der Asylsuchenden mit Traumafolgestörungen weiter steigen und nicht etwa sinken wird.

Das Konzept der Sekundärprävention von Traumafolgestörungen wurde erläutert. Damit präventionsbedürftige Asylbewerber gezielt versorgt werden können, müssen sie zunächst explizit erkannt werden. Der dringliche Forschungsbedarf bezüglich posttraumatischer Risiko- und Schutzfaktoren wird an dieser Stelle deutlich. Sekundärprävention sollte aus empirisch abgesicherten posttraumatischen Einflussfaktoren abgeleitet werden. Der Anspruch auf eine empirisch fundierte Sekundärprävention von Traumafolgestörungen bei Asylbewerbern in Deutschland kann gegenwärtig – wie oben aufgezeigt – noch nicht geleistet werden.

Das in Berlin kürzlich etablierte Praxismodell zur frühzeitigen Feststellung und Versorgung von Traumafolgestörungen bei traumatisierten Asylbewerbern – das BNS-Verfahren – stellt eine Reaktion auf die Forderung nach Sekundärprävention dar. Das Verfahren besteht aus drei Stufen: Bei ersten Hinweisen auf traumatische Erfahrungen und/oder psychische Probleme werden betroffene Asylbewerber an die Fachstellen für Traumatisierung weitergeleitet. Dort erfolgt eine ausführliche Untersuchung auf Traumatisierung mit Hilfe eines Screeninginstrumentes. Traumatisierte Personen sollten anschließend die erforderlichen Hilfemaßnahmen bei entsprechenden Leistungsträgern erhalten. Der gesamte Ablauf wurde anhand eines Klienten in der Fachstelle XENION individuell veranschaulicht.

Die Autorin konnte den Eindruck gewinnen, dass viele der posttraumatischen Schutzfaktoren im Rahmen des BNS-Verfahrens tatsächlich wirksam sind. Wissenschaftliche Untersuchungen stehen diesbezüglich noch aus. Darüber hinaus ist unklar, welche Leistungen im Rahmen des BNS-Verfahrens gewährt bzw. von den Betroffenen wirklich in Anspruch genommen werden.

Die Feststellung von traumatisierten Asylbewerbern und die Gewährung der notwendigen Behandlung allein garantiert allerdings noch keine erfolgreiche Versorgung. Die sprachliche Verständigung ist oft – auch bei Hinzuziehen von Dolmetschern – problematisch. Der Zugang ist zudem durch kulturelle Unterschiede erschwert. Die Arbeit mit Asylsuchenden erfordert ein großes Maß an Unvoreingenommenheit, Empathie sowie Neugier, sich mit den Denkweisen anderer Kulturen auseinanderzusetzen. Westliche Konzepte von Krankheit und Behandlung müssen relativiert werden. Sie können nicht ohne weiteres auf Asylsuchende übertragen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse für die sehr viel größere Population von Migranten können teilweise sicherlich auf die Population der Asylsuchenden übertragen werden. Die Frage, welche Hürden für eine adäquate medizinische Betreuung und Versorgung von Migranten generell bestehen und wie sich diesbezüglich die Situation verbessern lassen kann, wurde zum Beispiel von Priebe et al. (2011) untersucht.

Ob das BNS-Verfahren dem selbst erhobenen Anspruch eines bundesweiten Modellverfahrens gerecht wird, kann noch nicht abschließend bewertet werden. Einiges spricht bereits jetzt für seine Vorbildfunktion: 1. Das BNS hat die in diesem Zusammenhang relevanten EU-Richtlinien gezielt aufgegriffen und sich somit auf eine gesetzlichen Grundlage gestellt. Dies spielt bei der Frage nach der Finanzierung des Verfahrens eine große Rolle. 2. Die Empfehlungen der BAfF wurden übernommen. Damit hat das BNS-Verfahren einen Rückhalt bei vielen, in der BAfF zusammengeschlossenen psychosozialen Einrichtungen für Flüchtlinge und Folteropfer. Mit einer bundesweiten Akzeptanz von Seiten der psychosozialen Zentren ist zu rechnen. 3. Das BNS-Modell besteht aus einer Kooperation von insgesamt fünf Einrichtungen. Die praktische Zusammenarbeit und Anpassung zwischen verschiedenen psychosozialen Einrichtungen konnte sichtbar bewältigt werden. 4. Das BNS sucht bereits Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern und macht sein Modell öffentlich publik, ein erster Schritt in Richtung Dialog.

Im Rahmen einer Weiterentwicklung des BNS-Verfahrens sollte untersucht werden, welche in Deutschland existierenden Projekte oder Maßnahmen mit sekundärpräventiven Wert

einbezogen werden könnten: Regner (2006) zum Beispiel führte mit seinem Konzept des *Normativen Empowerments* eine auf den Menschenrechten basierende Grundhaltung für die psychosoziale und therapeutische Arbeit mit politisch Traumatisierten ein. Es werden Vorschläge gemacht, wie beispielsweise das Erleben von Unrecht in Therapie und Beratung berücksichtigt werden kann. Liedl, Schäfer und Knaevelsrud (2009) entwickelten ein *Manual zur Psychoedukation von Traumafolgestörungen*. Hierbei handelt es sich um einen Leitfaden für Therapeuten zur Aufklärung von Betroffenen über Traumafolgestörungen und Vermittlung von Hilfestellungen für den Alltag.

Insgesamt wurde mit der vorliegenden Arbeit gezeigt, dass der Kommunikation zwischen Politikern, Wissenschaftlern und Praktikern im Bereich der Versorgung von Asylsuchenden eine große Rolle zukommt – vor allem auch, um die Notwendigkeit der Finanzierung der erforderlichen Versorgung plausibel zu machen. Hierbei wird der Forschungsbedarf bezüglich posttraumatischer Risiko- und Schutzfaktoren erneut deutlich. Empirische Befunde werden die Überzeugungsarbeit auf politischer Ebene unterstützen. Es wurde festgestellt, dass der Staat Deutschland für die derzeitige problematische Versorgungssituation von Asylsuchenden noch nicht eindeutig Verantwortung übernimmt. Vielmehr werden die Betroffenen an Nicht-Regierungsorganisationen weitergereicht. So berichten Klienten der Fachstelle XENION – ebenfalls eine Nicht-Regierungsorganisation – nicht selten, dass sie bei gesundheitsrelevanten Fragen von der BAMF sofort weitervermittelt wurden. De facto werden psychosoziale und klinische Hilfemaßnahmen im Wesentlichen durch Fundraising und teilweise ehrenamtliches Engagement realisiert und weniger durch staatlich klar geregelte finanzielle Zuflüsse. Die Angst, bei einer staatlich getragenen verbesserten Versorgung mit Asylsuchenden „überflutet“ zu werden, ist jedoch unbegründet. Wie in der Arbeit aufgezeigt wurde, ist das Recht auf den Flüchtlingsstatus bzw. die Asylberechtigung streng definiert.

Das BNS-Verfahren könnte langfristig auch auf europäischer Ebene diskutiert werden. In Italien wird im Rahmen des Projektes NIRAST (Network Italiano Richiedenti Asilo Sopravvissuti a Tortura) (n.d.) derzeit ebenfalls ein Verfahren zur frühzeitigen Feststellung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen entwickelt – *lo screening per l'individuazione di specifiche vulnerabilità di richiedenti asilo*. Ein Austausch von Erfahrungen diesbezüglich wird hilfreich sein. Über das *European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture* (n.d.) sind über 100 Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Europa vernetzt.

Seit Monaten ist das Thema Asylgesuch in den Medien präsent. Die aktuelle Situation im Nahen Osten bzw. Nordafrika, der Flüchtlingsstrom nach Lampedusa und der in Italien kürzlich ausgerufene humanitäre Notstand in den Aufnahmezentren unterstreichen den dringenden Bedarf nach verbesserten Versorgungskonzepten. Die Asylpolitik steht zur Zeit vor großen Herausforderungen, die auch ein Umdenken bezüglich der Schutz- und Aufnahmestandards von Asylbewerbern erfordern. Eine intensive wissenschaftliche Erforschung entsprechender Standards ist zweifellos erforderlich. Mit der vorliegenden Arbeit möchte die Autorin hierzu einen Beitrag leisten und Anregungen geben.

Literaturverzeichnis

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. (1948). Zugriff am 21.11.2010, von http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf
- American Psychiatric Association. (2009). *Report of the DSM-V Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group*. Zugriff am 26.05.2011, von <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSM-V-Work-Group-Reports/Anxiety-Obsessive-Compulsive-Spectrum-Posttraumatic-and-Dissociative-Disorders-Work-Group-Report.aspx>
- Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen. (2003). *Flüchtlingsschutz. Ein Leitfaden zum internationalen Flüchtlingsrecht*. Zugriff am 20.11.2010, von http://www.unhcr.ch/fileadmin/unhcr_data/pdfs/allgemein/360.pdf
- Antonovsky, A. (1997). *Saltugenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.
- Asylbewerberleistungsgesetz (2008). Zugriff am 22.11.2010, von <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg/gesamt.pdf>
- Asylverfahrensgesetz (2008). Zugriff am 20.11.2010, von http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylvfg_1992/gesamt.pdf
- Aufenthaltsgesetz (2008). Zugriff am 21.11.2010, von http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aufenthg_2004/gesamt.pdf
- Baumeister, W. (2007). *Ehrenmorde. Blutrache und ähnliche Delinquenz in der Praxis bundesdeutscher Strafjustiz*. Münster: Waxmann Verlag.
- Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. (n.d.a). *Weiterleitungsformular* [vorläufige Version]. (nicht veröffentlicht).
- Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. (n.d.b). *Anweisungen für einen ersten Gesundheitscheck bei Asylbewerber/inne/n und Flüchtlingen in Berlin*. (nicht veröffentlicht).

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. (2008a). *Detaillierte Beschreibung des Modellprojektes „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“*. (nicht veröffentlicht).

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. (2008b). *„Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“ (Kurzfassung der Projektbeschreibung)*. Zugriff am 04.03.2011, von http://www.bzsl.de/bzsl/documents/Vulnerable_Fluechtlinge_Kurzbeschreibung.pdf

Brockhaus Enzyklopädie. (n.d.a). *Artikel: Sicherheit*. Zugriff am 27.04.2011. Verfügbar unter Brockhaus Enzyklopädie Online-Portal <http://www.brockhaus-enzklopaedie.de/>

Brockhaus Enzyklopädie. (n.d.b). *Artikel: Bindung*. Zugriff am 27.04.2011. Verfügbar unter Brockhaus Enzyklopädie Online-Portal <http://www.brockhaus-enzklopaedie.de/>

Brockhaus Enzyklopädie. (n.d.c). *Artikel: Gerechtigkeit*. Zugriff am 27.04.2011. Verfügbar unter Brockhaus Enzyklopädie Online-Portal <http://www.brockhaus-enzklopaedie.de/>

Brockhaus Enzyklopädie. (n.d.d). *Artikel: Existenz*. Zugriff am 27.04.2011. Verfügbar unter Brockhaus Enzyklopädie Online-Portal <http://www.brockhaus-enzklopaedie.de/>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (Hrsg.) (2007). *Minas. Atlas über Migration, Integration und Asyl* [Broschüre]. Zugriff am 20.04.2011. Verfügbar unter <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/DasBAMF/migrationsatlas-2007-01.html>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2010a). *Migrationsbericht 2008*. Zugriff am 20.04.2011, von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2008.pdf?__blob=publicationFile

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (Hrsg.) (2010b). *Asyl in Zahlen 2009* [Broschüre]. Zugriff am 20.04.2011. Verfügbar unter <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-asyl-in-zahlen-2009.html>

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2011a). *41.332 Asylanträge im Jahr 2010* [Pressemeldung]. Zugriff am 27.04.2011, von <http://www.bamf.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2011/110117-0001-pressemitteilung-bmi.html>
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2011b). *Anhörung und Entscheidung*. Zugriff am 27.05.2011, von <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/AnhoerungEntscheidung/anhoerungentscheidung-node.html>
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (n.d.a). *Kurzporträt BAfF*. Zugriff am 01.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=125
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (n.d.b). *Handlungsfelder*. Zugriff am 01.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=126
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (n.d.c). *Folterprävention*. Zugriff am 01.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=120&Itemid=140
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2005). *Abstrakt und Empfehlungen: Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern*. Zugriff am 03.02.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10&Itemid
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (Hrsg.) (2006a). *Begutachtung Traumatisierter Flüchtlinge*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2006b). *Empfehlungen zur Umsetzung der EU-Richtlinien*. Zugriff am 03.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8&Itemid

- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2007). *Tätigkeitsbericht des Vorstandes für das Jahr 2007*. Zugriff am 04.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13&Itemid
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2008). *Tätigkeitsbericht des Vorstandes für das Jahr 2008*. Zugriff am 04.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=45&Itemid
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2009a). *Thüringer Erklärung*. Zugriff am 01.03.2011, von http://www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/BAfF_Thueringer_Erklaerung.pdf
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (2009b). *Tätigkeitsbericht des Vorstandes für das Jahr 2009*. Zugriff am 04.03.2011, von http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=44&Itemid
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Classen, G. (2008). *Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Handbuch für die Praxis*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber Verlag.
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10*. Bern: Huber Verlag.

- Emminghaus, W.B., Grodhues, J., & Morsch, W. (2003). Umgang mit akkulturativen Belastungen bei Flüchtlingen: Trauma des Exils und Abhängigkeitssyndrom. In Deutsches Rotes Kreuz. (Hrsg.), *Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen*. (Manual 2). Karlsruhe: von Loeper Verlag.
- European Network of Rehabilitation Centres for Survivors of Torture. (n.d.). Zugriff am 18.05.2011, von <http://www.european-network.org/>
- EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten. (2003). Zugriff am 26.11.2010, von <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0009:DE:HTML>
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhard Verlag.
- Flatten, G., Gast, U., Hofman, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T. et al. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Flüchtlingsrat Berlin. (2007). *Mindeststandards für Flüchtlingswohnheime in Berlin*. Zugriff am 23.11.2010, von http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Mindeststandards_LaGeSo-Heime.pdf
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Genfer Flüchtlingskonvention. (1951). Zugriff am 21.11.2010, von http://www.unhcr.ch/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/1_International/1_Voelkerrechtliche_Dokumente/01_GFK/02_Gfk-de-logo.pdf
- Golze, A. (2010). *Rechtsgutachten im Auftrag des Zentrums für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste und Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin*. (nicht veröffentlicht).
- Gordon, R.S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Report*, 98 (2), 107-109.

- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. (2010). Zugriff am 21.11.2010, von <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>
- Haenel, F. & Wenk-Ansohn, A. (Hrsg.) (2004). *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgestörungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Heinhold, H. (2007). *Recht für Flüchtlinge. Ein Leitfaden durch das Asyl- und Ausländerrecht für die Praxis*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Herman, J. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler Verlag.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung* (Band 1). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Informationsplattform Humanrights.ch. (n.d.). *Artikel 14-Recht auf Asyl*. Zugriff am 21.11.2010, von http://www.humanrights.ch/home/front_content.php?client=1&lang=1&idcat=7&idart=515&m=&s=&zur=7
- Jakobsen, M., Thoresen, S. & Johansen, L.E.E. (2011). The Validity of Screening for Post-traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies*, 24(1), 171-186.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Khan, M. (Hrsg.) (1963). *Selbsterfahrung in der Psychotherapie*. München: Kindler Verlag.
- Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2009). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2007). *Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament. Über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten*. Zugriff am 25.11.2010, von http://www.unhcr.ch/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/2_EU/2_EU-Asyl/B.02_Aufnahmestandards/B.2.05.KOM-Bericht_Aufnahme-RL.pdf

- Laban, K.L., Gernaat, H.B.P.E., Komproe, I.H. & de Jong, J.T.V.M. (2009). Die Auswirkungen eines langen Asylverfahrens auf die Gesundheit von Asylbewerbern. In E., Koch & M.J., Müller (Hrsg.), *Asyl und Psychiatrie* (S.79-95). Freiburg: Lambertus Verlag.
- Längle, A. (1998). Zur ontologischen und existenziellen Bestimmung von Sinn. Analyse und Weiterführung des logotherapeutischen Sinnverständnisses. In H., Cesch (Hrsg.), *Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Gedenkschrift für Dieter Wyss* (S.247-258). Würzburg: Königshausen und Neumann Verlag.
- Lee, E. (1988). Cultural factors in working with Southeast-Asian refugee adolescents. *Journal of Adolescence*, 11, 167-179.
- Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K., Hurrelmann, T., Klotz & J., Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S.31-41). Bern: Huber Verlag.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin: Springer Verlag.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J., Margraf & S., Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S.105-124). Heidelberg: Springer Verlag.
- Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg.) (2007). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch*. Bern: Huber Verlag.
- Margraf, J. & Müller-Spahn, F.J. (Hrsg.) (2009). *Psychrembel. Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: Walter de Gruyter Verlag.
- Masmas, T.N., Møller, E., Buhmannr, C., Bunch, V., Jensen, J.H., Hansen, T.N. et al. (2008). Asylum seekers in Denmark – a study of health status and grade of traumatisation of newly arrived asylum seekers. *Torture*, 18(2), 77-86.
- Mollica, R. F., Poole, C. & Tor, S. (1998). Symptoms, functioning and health problems in a massively traumatized population. In B.P., Dohrenwend (Ed.), *Adversity, Stress and Psychopathology* (pp. 34-51). New York: Oxford University Press.
- Moser, C., Neyfeler, D. & Verwey, M. (2001). *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes*. Zürich: Seismo Verlag.

- Network Italiano Richiedenti Asilo Sopravvissuti a Tortura. (n.d.). Zugriff am 18.05.2011, von <https://www.nirast.it/>
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. & Schauer, M. (2010). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 81-91.
- Peters, U.H. (2007). *Lexikon. Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. at al. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(187).
- Pro Asyl. (2006). *Leben im Niemandsland. Flucht und Asyl – Fragen und Antworten*. Zugriff am 29.11.2010, von http://diegesellschaft.de/projekt/events/niemandsland/media/Pro-Asyl_Niemandsland_AM.pdf
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*, 75, 451–459.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.) (2003a). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003b). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schlenzka, N. (2010). *Externe Evaluation: „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“*. *Erstes Projektjahr: 16.12.2008 bis 15.12.2009*. (nicht veröffentlicht).
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187 (4), 200-207.
- Silove, D. (2007). Adaption, Ecosocial Safety Signals, and the Trajectory of PTSD. In L.J., Kirmayer, R., Lemelson & M., Barda (Ed.), *Understanding Trauma. Integrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives* (pp. 242-258). New York: Cambridge University Press.

- Silove, D., Sinnerbrink I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357.
- Silove, D. & Steel, Z. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52 (1), 21-25.
- Silove, D., Steel, Z., Suljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T. at al. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: A longitudinal study. *American Journal of Disease Medicine*, 2(6), 321-329.
- Steel, Z. (2001). Beyond PTSD: Towards a more adequate understanding of the multiple effects of complex trauma. In C., Moser, D. Neyfeler & M., Verwey (Hrsg.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes* (S. 66-84). Zürich: Seismo Verlag.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum-seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421–435.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10-20.
- Terre des hommes. (Hrsg.) (2005). «Wir bleiben draußen» - *Schulpflicht und Schulrecht von Flüchtlingskindern in Deutschland*. Zugriff am 23.11.2010. Verfügbar unter <http://www.tdh.de/content/materialien/download/index.htm?&action=details&id=171>
- Wenk-Ansohn, M. & Schock, K. (2008). Verlauf chronischer Traumafolgen – zum Begriff Retraumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 4, 59–72.
- Wirtz, U. & Zöbeli, J. (2009). Sinn. In G., Stumm & A., Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 645-646). Wien: Springer Verlag.
- Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Verlag.

World Health Organisation. (2004). Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options: summary report. Retrieved April 28, 2011, from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

XENION (n.d.). „Brücken bauen, statt Mauern“. Das XENION Mentorenprojekt. Zugriff am 6.04.2011 von <http://www.xenion.org/xenion/de/angebote/mentorenprojekt>

XENION (2011). *Bescheinigung über die besondere Schutzbedürftigkeit von Arman Bretlov* (Name anonymisiert). (nicht veröffentlicht).

Anhang A

Aufgaben der Arbeitsgruppe Gesundheitsversorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen (BAfF, 2009a, S.1)

Es sind die von der BAfF definierten Aufgaben der Arbeitsgruppe Gesundheitsversorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen im Wortlaut – aus der Thüringer Erklärung – wiedergegeben.

1. Evaluation der bestehenden Angebote, Bedarfe und Finanzierungsmodelle in der Gesundheitsversorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen
2. Regelung für die Finanzierung der Behandlungskosten für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im Gesundheitssystem unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Betroffenen
3. Aufbau integrativer Kooperationsstrukturen
4. Definition der komplexen Behandlungsleistungen für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge, einschließlich soziotherapeutischer und intergationsfördernder Maßnahmen
5. Einbindung der langjährigen Erfahrungen der bestehenden spezialisierten Behandlungszentren.

Anhang B

Traumatische Ereignisse nach DSM-IV (Saß et al., 2003a, S.515)

Es sind die im DSM-IV aufgeführten Beispiele für traumatische Ereignisse wiedergegeben.

Beobachtete Ereignisse

- Beobachtung einer Verletzung oder eines unnatürlichen Todes durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg oder Katastrophe
- Unerwarteter Anblick eines toten Körpers oder toten Körperteils

Erfahrene Ereignisse

- Gewalttätige persönliche Angriffe
- Schwere Unfälle oder schwere Verletzungen eines Familienmitgliedes oder nahe stehender Person
- Lebensbedrohliche Krankheit des eigenen Kindes

Direkt erlebte Ereignisse

- Kriegerische Auseinandersetzungen
- Gewalttätige Angriffe
- Entführung
- Geiselnahme
- Terroranschlag
- Folterung
- Kriegsgefangenschaft
- Konzentrationslager
- Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen
- Schwere Autounfälle
- Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit

Anhang C

Tabelle C: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse nach Maercker (2009, S.15; leicht modifiziert)

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Zufällige Traumata	Schwere Verkehrsunfälle, berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte), kurzandauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand)	Langandauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung), Technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen, chronische lebensbedrohliche Krankheiten, medizinische Eingriffe
Menschlich (willentlich) verursachte Traumata	Sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung), Kriminelle bzw. körperliche Gewalt, ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch, Kriegserleben, Geiselnhaft, Folter, politische Inhaftierung	Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler

Anhang D

Klinisch-diagnostische Kriterien der PTSD

Es sind die klinisch-diagnostischen Kriterien der PTSD nach a) ICD-10 und b) DSM-IV im Wortlaut wiedergegeben.

a) PTSD nach ICD-10 (F43.1) (Dilling & Freyberger, 2006, S.165)

- A. Die Betroffenen waren einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- 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.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 - 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 - 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten
 - d. Hypervigilanz
 - e. erhöhte Schreckhaftigkeit
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (Aus bestimmten Gründen, z.B. wissenschaftlichen Untersuchungen, kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

b) PTSD nach DSM-IV-TR (309.81) (Saß et al., 2003b, S.193-195; weglassen der Kriterien für Kinder)

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können,
 2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis,
 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten),
 4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern,
 5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
1. bewußtes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 2. bewußtes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 4. deutlich vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
1. Schwierigkeiten, ein- und durchzuschlafen,
 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 3. Konzentrationsschwierigkeiten,
 4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 5. übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat an.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Anhang E

Items der Post-migration Living Problem Checklist von Silove et al. (Steel et al., 1999, S. 426)

Es sind die Items der PMLP – einem Erhebungsinstrument zur Erfassung von postmigratorischen Problemen während des Asylverfahrens – aufgeführt. Auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 für „kein Problem“ und 5 für „sehr ernstes Problem“) soll der Schweregrad für jedes Problem angegeben werden.

- Interviewgespräche durch Beamte der Einwanderungsbehörde (interviews by immigration officials)
- Konflikt mit Beamten der Einwanderungsbehörde (conflict with immigration officials)
- keine Arbeitserlaubnis (no permission to work)
- Angst, nach Hause zurück geschickt zu werden (fears of being sent home)
- Sorgen, keine medizinische Behandlung zu erhalten (worries about not getting health treatment)
- schlechter Zugang zu notärztlichen Diensten (poor access to emergency medical care)
- schlechter Zugang zu langfristigen ärztlichen Diensten (poor access to long-term medical care)
- schlechter Zugang zu zahnärztlichen Diensten (poor access to dentistry care)
- schlechter Zugang zu Beratungsdiensten (poor access to counseling services)
- geringe staatliche Unterstützung (little government help with welfare)
- geringe Unterstützung durch Wohltätigkeitsorganisationen (little help with welfare from charities)
- verzögerte Bearbeitung des Asylantrages (delays in processing your refugee application)
- Trennung von Familie (separation from family)
- Sorgen über zurück gelassene Familie (worries about family back at home)
- nicht in der Lage sein, im Notfall nach Hause zurückzukehren (unable to return home in emergency)
- Kommunikationsprobleme (communication difficulties)
- Diskriminierung (discrimination)
- nicht in der Lage sein, Arbeit zu finden (not being able to find work)
- schlechte Arbeitsbedingungen (bad job conditions)

- Armut (poverty)
- Einsamkeit und Langeweile (loneliness and boredom)
- Isolation (isolation)
- schlechter Zugriff auf Speisen/Lebensmittel, die man möchte (poor access to foods you like)

Anhang F

Verfahrensablauf des BNS-Verfahrens zur Feststellung und Versorgung von traumatisierten Asylbewerbern in der Fachstelle XENION

Es sind die zentralen Stufen und Zwischenschritte des in der Fachstelle XENION durchgeführten BNS-Verfahrens zur Feststellung und Versorgung von traumatisierten Asylbewerbern dargestellt.

Stufe 1: Ermittlung von möglicherweise traumatisierten Asylbewerbern

- Erkennen von Hinweisen auf eine mögliche Traumatisierung bei Erstkontaktstellen (Aufnahmeeinrichtungen, Sozialstellen etc.)
- Weiterleitung der betroffenen Asylbewerber an Fachstellen für Traumatisierung

Stufe 2: Verifizierung von Traumatisierung in der Fachstelle XENION

- Psychosozialer Gesundheitscheck – in der Regel durch Sozialarbeiterinnen
- Fallbesprechung im Team (Sozialberater und Psychotherapeuten): klinische Beurteilung, ob Traumatisierung vorliegt und Entwicklung von Empfehlungen für die erforderlichen Hilfemaßnahmen
- Ausstellung einer Bescheinigung über die traumabedingte Schutzbedürftigkeit des Asylbewerbers und der Empfehlungen für die Hilfemaßnahmen
- Weiterleitung an die entsprechenden Leistungsträger

Stufe 3: Versorgung von traumatisierten Asylbewerbern

- Leistungsgewährung und -erbringung durch die Leistungsträger

Anhang G

Inhaltliche Struktur des BNS-Fragebogens (BNS, n.d.b)

Es sind die Inhalte des BNS-Fragebogens zusammengefasst. Der gesamte Fragebogen umfasst 14 Din A4 Seiten.

1. Sozio-demographische Daten:

Alter, Geschlecht, Wohnadresse, Familienstand, Aufenthaltsstatus, Ethnische Herkunft, Religion, Sprachen, schulische und berufliche Entwicklung, letzte ausgeführte Arbeitstätigkeit oder Ausbildung

2. Allgemeiner Gesundheitszustand:

Behinderungen, aktuelle und frühere Erkrankungen oder Beschwerden, Medikamenteneinnahme, Schwangerschaft

3. Traumaspezifische Daten:

Traumatische Erfahrungen, aktuelle traumatypische körperliche und psychische Symptome

4. Aktuelle Situation:

Aktuelle Beschäftigung (Hobby, Sport, freiwillige Betätigung, Hausarbeit), Ausbildung (Spracherwerb, Schulausbildung, Berufsvorbereitung), soziale Unterstützung (Familie, Freunde, Bekannte), sonstige Angaben zur aktuellen beruflichen und sozialen Situation

5. Empfehlungen:

Empfehlungen über die Hilfemaßnahmen

Anhang H

Traumaspesifischer Fragebogenteil im BNS-Fragebogen (BNS,n.d.b)

Es ist der traumaspezifische Fragebogenteil des BNS-Fragebogens zusammengefasst. Insgesamt umfasst dieser fünf von 14 Din A4 Seiten.

1. Traumatische Erfahrungen

Zur Erfassung traumatischer Erfahrungen, werden die Betroffenen gebeten, Angaben bezüglich „Gewalterfahrungen oder stark belastende Erfahrungen, die ihr Leben radikal verändert haben und ihre Gesundheit heute noch beeinträchtigen“, zu machen. Antwortformat: Nein; Ja; innerhalb der letzten 6 Monate; vor mehr als 6 Monaten; vor mehr als 2 Jahren; keine Angaben;

- Kriegserlebnisse
- Gewalttätiger Angriff durch Militär oder andere bewaffnete Gruppen
- Kampfeinsatz
- Foltererfahrung
- Lagerhaft/Geiselhaft/Isolationshaft
- Zeugenschaft von Folter/Tötungen/schwerer Gewalt
- Sexueller Angriff, Vergewaltigung
- Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie/ dem Bekanntenkreis
- Gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen
- Verschleppte/verschwundene nahe Angehörige
- Gewaltsame Trennung von Angehörigen
- Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit Flucht
- Andere Lebensbedrohliche Situationen (z.B. Unfall, Naturkatastrophe)
- Andere schwer belastende Ereignisse, falls ja, welche?

Welche der (oben) aufgeführten Ereignisse war das schlimmste/waren die schlimmsten? Nr.

Der Betroffene wird gebeten Angaben über die folgenden Ereignisse zu machen. Frage: Wie nahmen Sie dieses Ereignis/diese Ereignisse gefühlsmäßig wahr? Antwortformat: Nein; Leicht; Mittelmäßig; Stark; Keine Angaben;

- Fühlten Sie Ihr Leben bedroht?
- Empfanden Sie Gefühle von überwältigender Angst?

- Fühlten Sie sich hilflos ausgeliefert oder ohnmächtig?
- Erlebten Sie die Situation als unwirklich, so als ob Sie in einem Traum oder Film geschah?

2. Aktuelle traumatypische Symptomatik

Körperliche Symptomatik

Der Betroffene wird gebeten Angaben über die folgenden *Körperlichen Symptome aktuell bzw. im letzten Monat* zu machen. Frage: Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome? Antwortformat: Nein; leicht; Mittelmäßig; Stark; Keine Angaben;

- Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen
- Rückenschmerzen
- Herzprobleme
- Atembeschwerden
- Übelkeit
- Durchfall
- Ohnmachtsgefühle
- Schwindelgefühle
- Andere Symptome. Falls ja, welche?

Psychische Symptomatik

Der Betroffene wird gebeten Angaben über die folgenden *Psychischen Symptome aktuell bzw. im letzten Monat* zu machen. Frage: Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome? Antwortformat: Nein; selten/leicht; häufig/stark; sehr oft /sehr stark; Keine Angaben;

- Schlechter Schlaf (zu kurz, zu lang, unruhig oder unterbrochen)
- Alpträume
- Traurigkeit, Depression
- Furcht, Angstgefühle
- Schreckhaftigkeit, Überwachsamkeit
- Leichte Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- Starke Gefühlsschwankungen
- Rückzug von anderen Menschen
- Erinnerungsstörungen

- Kennen Sie Momente, in denen Sie nicht mehr wissen, was vor sich geht?
- Machen Sie sich Vorwürfe wegen Handlungen oder Unterlassungen in der Vergangenheit)?
- Vermeiden Sie Situationen, die an ein belastendes Ereignis erinnern (Orte, Personen, Geräusche, Gerüche)?
- Haben Sie ständig wiederkehrende belastende Gedanken, als würde das Erlebte wieder stattfinden?
- Fühlen Sie sich andauernd unter Spannung?
- Fühlen Sie sich hauptsächlich hoffnungslos?
- Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
- Fühlen Sie sich verfolgt, obwohl es keinen konkreten Anlass darauf gibt?
- Können Sie sich in letzter Zeit nicht mehr richtig konzentrieren?
- Sind Sie besonders vergesslich in letzter Zeit?

Anhang I

BNS-Auswahl der Leistungen für traumatisierte Asylbewerber (BNS, n.d.b)

Aufgeführt ist die durch das BNS getroffene Auswahl von Versorgungsmaßnahmen für traumatisierte Asylbewerber/innen. Diese dient als Orientierung bei der Entwicklung von Empfehlungen im Einzelfall.

Klinische Leistungen

- weitergehende Psychodiagnostik
- Psychotherapeutische Behandlung
- Fachärztliche Diagnostik
- Fachärztliche Behandlung
- Allgemeinärztliche Versorgung
- Stationäre medizinische Versorgung
- Psychiatrische Behandlung
- Stationäre psychiatrische Behandlung
- Abklärung von Behinderung

Psychosoziale Leistungen

- Psychologische Beratung
- Soziale Beratung
- Beratung für Alleinerziehende
- Beratung für Schwangere
- Altersspezifische Beratung
- Besondere Wohnbedingungen (z.B. Wohnheimwechsel, Unterbringung in Privatwohnung, Einzelzimmer, Wohnheim mit spezieller sozialarbeiterischer Betreuung))
- Einzelfallhilfe (z.B. Begleitung im öffentlichen Nahverkehr aufgrund von Gehbehinderung oder Orientierungsproblemen)
- Familienhilfe (z.B. Jugendhilfe für Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern)

Rechtliche Beratung

Sonstige Beratung

- Sonstige Betreuung (z.B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentoren)
- Sonstige Beratung (z.B. Frauenberatung, Beratung für Homosexuelle)
- Sonstige Hilfen (z.B. Unterstützung bei der Familienzusammenführung)

Erklärung zur Diplomarbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Die Diplomarbeit habe ich bisher keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt. Sie wurde bisher auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift