

## Zur Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage „**Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten**“ (Drucksache 19/11142)

**Traumatisierte Geflüchtete sind im Asylverfahren und beim Zugang zu psychosozialer Versorgung mit besonderen Schwierigkeiten konfrontiert. Einige davon können nur auf struktureller Ebene gelöst werden. Die Bundesregierung hat nun klargestellt, dass sie hier weder Handlungsbedarf noch eine Verantwortung auf Bundesebene sieht.**

Im Juni 2019 haben Ulla Jelpke und weitere Abgeordnete der Fraktion DIE LINKE die Bundesregierung in einer Kleinen Anfrage gebeten, die Versorgungssituation psychisch erkrankter Geflüchteter einzuschätzen. Auch zur Identifizierung besonders vulnerabler Personen, ihrer besonderen Situation im Asylverfahren und zur Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote sollte Stellung bezogen werden. In ihrer [Antwort \(BT-Drucksache 19/11142\)](#) erkennt die Bundesregierung zwar an, dass schutzsuchende Menschen während ihrer Flucht vor Krieg, Folter oder Vertreibung traumatisierende Ereignisse erlebt haben können und es deshalb auch stets möglich sei, dass eine Vulnerabilität in Erscheinung trete. Welche konkrete Behandlung erforderlich und angemessen sei, müsse durch qualifiziertes Personal im Einzelfall entschieden werden (S. 5). Zur Frage, inwieweit Geflüchtete diese Behandlung auch erhalten, verweist die Bundesregierung lediglich auf die §§ 4 und 6 AsylbLG (bzw. das SGB XII für die Zeit nach den ersten 15 Monaten).

### **Einschätzung der Versorgungssituation**

Zur Anzahl der Menschen, die seit 2015 eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, zum tatsächlichen Bedarf und der vorhandenen Kapazität liegen keine Erkenntnisse vor. Die Ablehnung von Psychotherapien, die nach dem AsylbLG beantragt werden, erfolge nur dann, „wenn die gesetzlichen Voraussetzungen eines Anspruchs nicht vorliegen“ (S. 13). Es wird auf die sog. *Ermächtigungsregelung*, die Förderung von 53 Psychosozialen Zentren aus dem *BMFSFJ*, die Evaluation dieses Förderprogramms durch die *Ramboll Management Consulting GmbH* und auf die Homepage der BAfF verwiesen. Nicht erwähnt wird aber, dass den 53 vom BMFSFJ geförderten Zentren jährlich insgesamt nur 3 Millionen Euro (d.h. pro Einrichtung im Durchschnitt 57.000 €) zur Verfügung stehen, dass die Psychosozialen Zentren aus Kapazitätsgründen fast jede zweite Behandlungsanfrage ablehnen müssen und dass währenddessen ein großer Teil der ermächtigten Psychotherapeut\*innen in leeren Praxen sitzt, weil durch die [restriktive Auslegung der Ermächtigungsregelung](#) ein Großteil der Behandlungsanfragen nicht abgerechnet werden kann.

Grundsätzlich sieht die Bundesregierung keinen Handlungsbedarf, die Situation psychisch erkrankter Geflüchteter zu verbessern: „Die medizinische Versorgung durch die Länder, das nationale Asylverfahrensrecht und die Praxis des Bundesamtes entsprechen den Vorgaben des europäischen Rechts“ (S. 5). Sie betont mehrfach die Verantwortung der Länder und verweist an einigen Stellen auf Pilot- bzw. Modellprojekte, mit denen der Bund die Länder bereits unterstütze. Angesprochen wird zum einen ein *Pilotprojekt zur Erfassung der besonderen medizinischen Bedarfe von Geflüchteten* (S.2) und zum anderen ein *Modellprojekt, in dem „niedrigschwellige psychosoziale Ansätze, deren Wirksamkeit gegenwärtig beispielhaft – im Rahmen einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit – evaluiert (werden)“* (S. 5). Informationen dazu, um welche Projekte es sich genau handelt, welche Akteur\*innen an welchen Standorten mit der Durchführung beauftragt wurden und welche Ziele konkret verfolgt werden, werden nicht angeführt.

## **Besondere Vulnerabilitäten und Verfahrensgarantien**

Auf die Frage, ob inzwischen *systematisch* (und nicht rein anlassbezogen, z.B. durch Hinweise, die die Person selbst vorbringt) geprüft werde, ob Asylsuchende z.B. aufgrund ihrer Traumatisierung *besondere Verfahrensgarantien* benötigen, verweist die Bundesregierung darauf, „dass alle im Asylverfahren eingesetzten Mitarbeitenden des Bundesamtes gehalten sind, Vulnerabilitäten zu beachten und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zu ergreifen.“ (S. 4). Das Bundesamt erhalte von den Landeseinrichtungen „Informationen zu Vulnerabilitäten und berücksichtigt diese im Rahmen der Antragstellung und der Anhörung.“ Die eigentliche Frage wurde damit nicht beantwortet: Gefragt wurde explizit, ob systematisch *geprüft* werde, welche Vulnerabilitäten vorlägen, nicht, ob bereits bekannte Vulnerabilitäten berücksichtigt würden. Auch die inzwischen an 15 Standorten eingeführte *staatliche Asylverfahrensberatung* trage nach der Einschätzung der Bundesregierung zur Identifizierung von Vulnerabilitäten bei. Aus der Praxis ist bekannt, dass dies allenfalls dann der Fall ist, wenn Personen sich ihrer Vulnerabilität bereits selbst bewusst sind und sie in der Beratung thematisieren.

Gefragt wurde zusätzlich, wie sichergestellt werde, dass die Asylanträge von Menschen, die nicht ad hoc und ohne psychosoziale Unterstützung in der Lage sind, ihre Fluchtgründe darzulegen, nicht als widersprüchlich abgelehnt werden. Hier wird darauf verwiesen, dass alle Anhörer\*innen gemäß der „*Dialogical Communication Method (Dr. Kari Trøften Gamst, Dr. Åse Langballe)*“ und die Sonderbeauftragten zusätzlich gemäß dem *EASO Trainings Curriculum* geschult seien (S. 6). Zusätzlich wird die Möglichkeit angeführt, eine *gesetzliche Betreuung* anzuordnen (S. 3).

Werde eine Person als traumatisiert und/oder psychisch erkrankt identifiziert, dann fände die Anhörung unter Beteiligung von Sonderbeauftragten statt. Nach Bedarf werde „eine medizinische Untersuchung beziehungsweise *Fachbegutachtung*“ *beauftragt* (S. 6). Ein grundsätzlich begrüßenswertes Vorgehen – aus der Praxis ist jedoch bekannt, dass sowohl ärztliche als auch psychotherapeutische Stellungnahmen in der Regel abgelehnt werden, ohne dass eine solche „*Fachbegutachtung*“ zur weiteren Sachaufklärung in Auftrag gegeben wird. Oft ist in den Ablehnungen keine sachliche Auseinandersetzung mit der Erkrankung erkennbar. Stattdessen erfolgen Ablehnungen häufig pauschal mit ähnlichen Formulierungen, etwa, dass die Mindestanforderungen nicht erfüllt seien, der Nachweis einer schwerwiegenden Erkrankung nicht erbracht, die Stellungnahme nicht aussagekräftig sei oder das Stattfinden des traumaauslösenden Ereignisses nicht ausreichend belegt wurde.

## **Folgen des „Geordnete-Rückkehr Gesetzes“**

Auch durch das sog. „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ wird es nach Auffassung der Bundesregierung nicht zu einer Verschlechterung der psychosozialen Versorgung von traumatisierten Geflüchteten kommen (S. 3). [Ein Blick auf die Regelungen zeigt allerdings](#), dass z.B. Geflüchtete, die in anderen EU-Staaten einen Schutzstatus zuerkannt bekommen haben, künftig vollständig von den Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ausgeschlossen werden. Zudem wird nun explizit festgeschrieben, was aufseiten des BAMFs bereits gängige Praxis war: Die Stellungnahmen psychologischer Psychotherapeut\*innen finden keine Berücksichtigung mehr, wenn es um den Nachweis krankheitsbedingter zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote geht. Verlangt werden qualifizierte ärztliche Bescheinigungen.

## **Ausschluss psychologischer Expertise**

Die Bundesregierung wurde gefragt, welche sachlichen Gründe den Ausschluss psychologischer Expertise rechtfertigen. In ihrer Antwort stellt sie klar, dass Psychologische Psychotherapeut\*innen zwar in gleicher Weise wie Ärzt\*innen in der Lage und berechtigt sind, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und zu behandeln (S. 12). Um ein krankheitsbedingtes, zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot feststellen zu können, bedürfe es jedoch einer „*umfassenden medizinischen – einschließlich reisemedizinischen – Beurteilung sowohl des körperlichen als auch des psychischen Gesundheitszustandes*“ (S. 9). Was die Bundesregierung an dieser Stelle ausklammert, ist die Behördenpraxis. So verlangt das BAMF in der Regel – ohne dass hierfür eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage bestünde- fachärztliche Atteste, d.h., eine Diagnose von einer Person, die auf dem Gebiet

der diagnostizierten Krankheit einen Fachtitel führt. Hier stellt sich die Frage, ob z.B. ein\*e Fachärzt\*in für Psychiatrie in der Lage wäre, neben einer PTBS auch den Schweregrad und die Prognose einer fortgeschrittenen Darmkrebserkrankung zu bewerten. Die entsprechende ärztliche Bescheinigung würde mit größter Wahrscheinlichkeit unter Verweis auf die mangelnde Fachkunde zurückgewiesen. Die von der Bundesregierung genannten Gründe sind deshalb nicht überzeugend: Psychologische Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen sind gleichermaßen befähigt, psychische Störungen zu diagnostizieren – ebenso wie in der Praxis gleichermaßen *nicht* akzeptiert würde, wenn sie den Schweregrad und den Verlauf spezifischer körperlicher Erkrankungen einschätzen würden.

### **Abschließende Bewertung**

**Die Antwort der Bundesregierung lässt das notwendige Problembewusstsein für die Situation traumatisierter Geflüchteter in Deutschland vermissen. Gutzubeißen ist, dass sie im Grundsatz den Zusammenhang zwischen Fluchterfahrungen, Trauma und besonderer Schutzbedürftigkeit anerkennt. Die bestehenden Regelungen und Praktiken sind jedoch nicht ausreichend, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden. Erforderlich sind vielmehr eine systematische und nicht bloß anlassbezogene Prüfung besonderer Schutzbedarfe, die Anerkennung psychologischer Expertise sowie die Verbesserung der Versorgungssituation, u.a. durch eine zielführende extensive Auslegung der Ermächtigungsregelung und eine nachhaltige Strukturfinanzierung der Komplexleistungen, die von den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer erbracht werden.**

Im Moment kommt Deutschland seinen [Verpflichtungen, die sich aus der UN-Antifolterkonvention \(Convention against Torture, CAT\) ergeben](#), nicht nach. Durch die Konvention sind die Regierungen aufgefordert, die internationalen Standards zur Untersuchung und Dokumentation von Folter einzuhalten. Überlebende von Folter müssen die Möglichkeit und den uneingeschränkten Zugang zu einer kompetenten Feststellung und Dokumentation der Folgen der erlittenen Gewalterfahrungen bekommen, wie dies im Istanbul-Protokoll dargelegt ist. Der Ausschluss einer gesamten Berufsgruppe, die zur Diagnostik und Dokumentation psychischer Erkrankungen befähigt ist, wird die Einhaltung dieser Verpflichtung in der Praxis verunmöglichen. Darüber hinaus ergibt sich aus der UN-Antifolterkonvention die Pflicht, spezialisierte Leistungen für die medizinische, psychologische, rechtliche und soziale Rehabilitation für Opfer von Folter bereitzustellen. Diese Leistungen müssen verfügbar, angemessen und zugänglich sein. Sie können durch die Staaten selbst oder von durch die Staaten unterstützte Nichtregierungsorganisationen (NROs) erbracht werden. In Deutschland haben Geflüchtete, die in ihren Herkunftsländern Opfer von Folter geworden sind, weder Zugang zu den Leistungen des Opferentschädigungsrechts noch einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem. Auch für die Psychosozialen Zentren gibt es staatlicherseits kein Finanzierungskonzept. Die Psychosozialen Zentren sind stark von privatem Kapital abhängig; zugleich erbringen sie Leistungen, deren Finanzierung eigentlich in staatlicher Verantwortung liegt.

[Deutschland ist völker- und europarechtlich zum Schutz des Rechts auf Gesundheit für jede\\*n verpflichtet.](#) Dieser Verpflichtung nachzukommen, hieße, Geflüchteten unabhängig vom Aufenthaltsstatus einen gleichberechtigten Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems zu gewähren. Gleichberechtigt kann dieser Zugang nur dann sein, wenn er auch die besondere Vulnerabilität geflüchteter Klient\*innen berücksichtigt. Dafür müssten die Leistungsansprüche aus der EU-Aufnahmerichtlinie durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter umgesetzt und die Benachteiligung von Geflüchteten durch eine gesetzliche Regelung zur Übernahme von Dolmetscherkosten reduziert werden. Ein solch regulärer, barrierearmer Zugang zur Gesundheitsversorgung würde traumatisierten Geflüchteten erlauben, die Behandlung in Anspruch zu nehmen, die für den Schaden, der ihnen durch Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten zugefügt wurde, erforderlich ist. Er ist eine gesundheitspolitische Aufgabe, der sich nicht länger zugunsten migrationspolitischer Erwägungen entzogen werden kann.