

Möglichkeiten und Probleme in der Begutachtung von Flüchtlingen

Katarina Rafailovic, Hans Wolfgang Gierlichs, Elise Bittenbinder

Zusammenfassung

Der Beitrag schildert im ersten Teil die Entwicklung der Begutachtungspraxis von PsychologInnen und MedizinerInnen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und fasst die aktuelle Diskussion zu diesem Thema zusammen. Es folgt die Darstellung eines Begutachtungsprozesses, bei dem es zu einer für den Klienten gesundheitsförderlichen Kooperation zwischen dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und der Gutachterin/Therapeutin kam. Im zweiten Teil werden spezielle Problemfelder in der Begutachtungspraxis dargestellt: GutachterInnen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren benötigen gute Kenntnisse unterschiedlicher Krankheitsbilder und ihrer kulturtypischen Ausformungen, unterschiedlicher kultureller Kommunikationsstile und der Arbeit mit Sprach und KulturmittlerInnen. Sie müssen darüber hinaus in der Lage sein, unter schwierigen Bedingungen ein Vertrauensverhältnis herzustellen, in dem Opfer von Verfolgung und Gewalt ihre Erlebnisse berichten können. Schließlich müssen sie juristische Denkweisen und Begrifflichkeiten kennen und in der Lage sein, heilberufliche Erkenntnisse so zu formulieren, dass sie für Juristen nachvollziehbar sind. Ihre Arbeit erfolgt in einem von diffusen Überfremdungs- und Verlustängsten bestimmten gesellschaftlichen Umfeld, in dem eine humanitäre Offenheit für Asylsuchende oft als Bedrohung staatlicher Integrität wahrgenommen und abgelehnt wird. Um dies eindämmen ist Aufklärung darüber notwendig, dass staatliche Schutzfunktion und notwendige humanitäre Belange in Einklang gebracht werden können. Zusätzlich muss der Schutz verfolgter und traumatisierter Flüchtlinge gesetzlich klarer definiert werden, um Behörden zu entlasten und Konflikte zu begrenzen. Behörden und Heilberufler sollten sich auf verbindliche, transparente Standards für klinische Begutachtungen einigen. Die diagnostischen Ergebnisse nachweislich ausgebildeter und supervidiertes Gutachterinnen und

Gutachter sollten dann staatlicherseits nicht mehr in Frage gestellt werden.

Potentialities and Problems in the Medicolegal Assessment of Refugees

The article describes in the first part the development of the assessment practice of psychologists and physicians in connection with procedures relating to the right of residence and summarizes the current discussion on this topic. Then follows a description of an assessment process, where a health-promoting cooperation between the Federal Office for Migration and Refugees (BAMF) and the expert/therapist was reached for the client. In the second part, special problem areas in the assessment practice are presented: Experts involved in procedures relating to the right of residence must have a good knowledge of different clinical pictures and of their culturally typical shapings, of different cultural communication styles, and of the work with mediators of languages and cultures.

In addition, they must be able to establish a relationship of personal trust under difficult conditions, within which victims of persecution and violence can report their experiences. Finally, they must be familiar with legal ways of thinking and with legal terms, and they must be able to formulate therapeutic or medical insights in such a way that they will be comprehensible for lawyers and judges. They have to do their work in a social environment, which is determined by vague fears of foreign infiltration and fears of loss, where any humanitarian openness for asylum-seekers is often perceived and rejected as a threat of public integrity. In order to contain this, information and educational work are required to make clear that the protective function of the state and necessary humanitarian concerns may be reconciled with each other. Additionally, the protection of persecuted and traumatized refugees has to be legally defined more clearly in order to relieve public authorities and to restrain conflicts. Public authorities and health professionals should agree upon binding, transparent standards for clinical assessments. The diagnostic results of any provably trained and supervised experts should then no longer be questioned by government agencies.

1. Einleitung

Mitte der 90er Jahre wurden behandelnde PsychologInnen und ÄrztInnen mit Anfragen von Behörden, Gerichten und RechtsanwältInnen sowie von Betroffenen selbst konfrontiert, Stellungnahmen und Atteste zum physischen und psychischen Gesundheitszustand ihrer Klienten und Klientinnen zu verfassen. Die Erfahrungen und Beobachtungen aus dem therapeutischen Prozess wurden in Form von Befundberichten, Stellungnahmen und Gutachten in das aufenthaltsrechtliche Verfahren eingebracht. Im Kontrast zu einer Erstanhörung im Asylverfahren wurde argumentiert, keine Gesprächssituation sei so sehr geeignet, Vertrauen mit den Betroffenen herzustellen wie eine Befragung im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung. Ein therapeutisches Vertrauensverhältnis sei dazu prädestiniert, Missverständnisse in der Verfolgungsgeschichte auszuräumen, verdrängte, belastende Erfahrungen wiederzubeleben, Erinnerungslücken deutlich zu machen und wieder zu füllen. Gerade für extrem traumatisierte Menschen sei der therapeutische Prozess oft die einzige Chance, „überlebenswichtige Selbstschutzstrategien kontrolliert zu lockern und tiefe seelische Verletzungen zur Sprache zu bringen“ (Koch 2001). Das Einbringen dieser Stellungnahmen kann als relativ erfolgreich betrachtet werden, denn „tatsächlich konnten durch die engagierten Stellungnahmen der behandelnden Zentren negative Entscheidungen des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in einigen Fällen revidiert werden mit Informationen, die erst im therapeutischen Prozess zugänglich wurden“ (Koch & Winter 2001, 13). Durch die Berücksichtigung dieser Stellungnahmen erhielten die betroffenen Flüchtlinge in gewissem Umfang Anerkennung. Gleichzeitig jedoch wurde die gesamte Anerkennungspraxis von Flüchtlingen zunehmend restriktiver. Standen vor den 90er Jahren bei der Anerkennung politische Fluchtgründe im Vordergrund, „beriefen sich nun viele Flüchtlinge darauf, zu der Gruppe Traumatisierter zu gehören. Dies führte zu Misstrauen bei Behörden und Gerichten, die einerseits forderten, jeder Betroffene solle in einem wissenschaftlich fundierten psychologischen oder ärztlichen Gutachten oder einer gutachterliche Stellungnahme sein Leiden dokumentieren und seine Aussagen ‚glaubhaft‘ untermauern“ (BAFF 2006). Von Seiten der Zentren wurden daher Qualitätsstandards für Begutachtungen entwickelt und öffentlich gemacht.

Zur Qualitätssicherung wie auch zur Orientierung und Schulung von PsychotherapeutInnen und MedizinerInnen publizierte der Bundesverband

der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) erstmals im Jahr 2000 „Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern“ (BAFF 2001)¹. Daneben wurden 2001 als zweite wichtige Norm zur Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren von der Projektgruppe SBPM „Standards für die Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“ entwickelt (Gierlichs et al. 2004).

Eine qualitativ hochwertige Begutachtung setzt aber nicht nur entsprechende Fachkenntnisse voraus, sondern auch einen zuträglichen institutionellen Rahmen sowie ausreichende finanzielle und zeitliche Ressourcen – Bedingungen, die innerhalb einer restriktiven Anerkennungspraxis kaum gegeben sind. Auch war es bislang schwierig, Richtern und entscheidungstragenden Mitarbeitern des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) verständlich zu machen, dass mittels einer klinischen Begutachtung eine Rekonstruktion der historischen Wahrheit der individuellen Verfolgungsgeschichte nur begrenzt möglich ist. „Der Auftrag zur ‚Wahrheitssuche‘, als zentrales Anliegen des administrativen und juristischen Verfahrens, wird hier verknüpft mit einer ärztlich/psychologischen Diagnosestellung, also einer klinischen Fragestellung. Und damit stehen sich zwei Disziplinen, zwei Denkmodelle und zwei Sprachsysteme gegenüber, die oft konträrer nicht sein könnten.“ (BAFF 2006, 11) Hinzu kommt, dass es zu einer methodischen Verwirrung von forensischen und klinischen Sachverständigen-Gutachten kommen kann (Birck 2003, Gierlichs et al. 2005a, BAFF 2006)

Im Gegensatz zu einer Therapie geht es bei einer klinischen Begutachtung darum, in einer befristeten Zeit zur Diagnosestellung einer psychischen Störung beziehungsweise zur sachverständigen Beantwortung einer gezielten Fragestellung zu gelangen. Dies geht mit weniger günstigen Untersuchungsbedingungen einher. Ein mit einer Therapie vergleichbares Vertrauensverhältnis ist in einem gutachterlichen Kontakt schwerlich aufzubauen. Außerdem befinden sich die untersuchten Flüchtlinge häufig zusätzlich zu ihren Erlebnissen im Herkunftsland in einer aktuell höchst belasteten Lebenssituation. Unter diesen Umständen ist die Begutachtung häufig eine Gratwanderung zwischen dem Erlangen notwendiger Informationen und einer Vertiefung und Verlängerung des Traumaprozesses (Keilson 1979). Anstelle einer Integration belastender Lebensereignisse aus der Vergangenheit kann die Belastung durch die wiederholte Befragung anhalten oder sich durch den anhaltenden Stress sogar erheblich

verschlimmern. Im Folgenden soll nun ein solcher Begutachtungsprozess beispielhaft dargestellt werden.

2. Darstellung des Prozesses einer Begutachtung: Herr Alic³ aus Bosnien

Die Begutachtung mit „Herrn Alic“ und seiner Familie wurde von den Autorinnen ausgewählt, weil damit neben den erheblichen Problemen in der Begutachtungspraxis auch einmal eine „gute Praxis“ aufgezeigt werden kann, in dem Sinne, dass die Zusammenarbeit mit den Entscheidungsbehörden effektiv und für die Familie hilfreich war, neue Perspektiven ermöglichte und eine psychotherapeutische Behandlung begonnen werden konnte.

Herr Alic ist bosnischer Staatsbürger, der gemeinsam mit seiner Ehefrau und zwei Kindern wie viele andere bosnische Flüchtlinge seit Mitte der 90er Jahre in Deutschland lebt. Er hat bisher seine Duldung immer wieder verlängern können. Ihm wurde wiederholt eine Posttraumatische Belastungsstörung und eine Depression diagnostiziert. Die zuständige Mitarbeiterin der Ausländerbehörde riet Herrn Alic, einen Antrag auf ein Bleiberecht als traumatisierter Flüchtling aus Bosnien⁴ zu stellen und sich in diesem Zusammenhang um eine Stellungnahme einer Behandlungseinrichtung für Flüchtlinge und Folteropfer zu bemühen. Dies tat er schließlich, wenn ihm auch der Zusammenhang zwischen einer solchen Stellungnahme und seinem Aufenthaltsstatus nicht bewusst zu sein schien. Eine solche sachkundige Beratung durch die Ausländerbehörde ist, obwohl man es anders erwarten sollte, leider nicht die Regel.

Herr Alic kam gemeinsam mit seiner Ehefrau in die spezialisierte Berliner Einrichtung für Flüchtlinge und Folteropfer Xenion. Schon bei der Begrüßung war zu beobachten, dass Herr Alic sich sehr zurückhaltend verhielt und jeden direkten Kontakt vermied. Die Initiative überließ Herr Alic seiner Frau.

Er war äußerst misstrauisch und schien hinsichtlich Zeit und Ort nicht ausreichend orientiert zu sein. Immer wieder verbarg er den Kopf in seinem Schoß und reagierte nur verzögert auf die Fragen der Begutachterin. Daher übernahm die Ehefrau zunächst das Gespräch und schilderte aus ihrer Sicht die Probleme ihres Ehemannes. Sie benannte besonders massive Schlafprobleme, zeitweise aggressive Ausbrüche, Halluzinationen und Niedergeschlagenheit. Sie äußerte, sie habe ihren Mann nach einem

Einsatz als Reservist in der Armee vollkommen verändert erlebt. Über seine Erlebnisse hätten sie aber nie geredet. Frau Alic war sehr darauf bedacht, ihren Ehemann für jede Mitteilung um Erlaubnis zu bitten und ihn nicht zu verärgern oder zu verletzen. Nachdem Frau Alic aus dem Raum gebeten wurde, teilte sich Herr Alic zögerlich und leise mit. Da Herr Alic sehr angespannt und verschlossen war, wurde der erste Termin dazu genutzt, seine Beschwerden genauer zu explorieren, ferner über seine Kindheit und Familiengeschichte zu sprechen.

Herr Alic erzählte, dass seine Kindheit normal verlaufen sei. Seine Familie habe in einer Kleinstadt in Bosnien und Herzegovina gelebt. Er habe viele Geschwister gehabt, die von der Landwirtschaft gelebt hätten und arm gewesen seien. Er habe eine Berufsausbildung gemacht und zur Zeit seines Militärdienstes seine Ehefrau kennen gelernt, die er nach einem Jahr geheiratet habe. Sie hätten einen Sohn bekommen und seien zufrieden und glücklich gewesen. Man einigte sich, Herr Alic möge seine Erlebnisse bis zum folgenden Termin niederschreiben. An einem der folgenden Tage gab er eine umfangreiche und chronologische Biographie in der Einrichtung ab, die er im nächsten Begutachtungstermin noch einmal mündlich berichtete. Er schien nun mehr Vertrauen gefasst zu haben. Seine Stimme war deutlicher zu verstehen und gefasster, auch wenn Herr Alic insgesamt immer noch misstrauisch, zurückgezogen und niedergeschlagen wirkte. Während er über seine Erlebnisse im Krieg berichtete, erschien er sehr belastet und stark angespannt; an einigen Stellen gab es Anzeichen von dissoziativen Zuständen.

Herr Alic schilderte, dass er seit Anfang der 90er Jahre immer wieder als Reservist der Jugoslawischen Volksarmee eingezogen worden sei, um an militärischen Übungen teilzunehmen. Bei einer dieser Übungen sei abends eine Gruppe von Paramilitärs im Übungslager aufgetaucht, die zwar die gleichen Uniformen wie die Reservisten, aber lange Haare und Bärte getragen und sich auch anders verhalten hätten. Sie hätten viel Alkohol getrunken und die Reservisten beschimpft und beleidigt. Diese Paramilitärs hätten zehn Zivilisten im Übungslager gefangen gehalten. Man habe ständig Weinen und Schreie aus diesem Raum gehört. Herr Alic und die anderen Reservisten hätten daher vermutet, dass die Gefangenen geschlagen und gefoltert würden. Später hätten die Paramilitärs einen Mann aus jenem Raum geholt und ihn an einen Baum gefesselt.

Sie hätten alle Reservisten im Lager zusammengerufen und sie gezwungen zuzuschauen, wie sie diesen Mann stundenlang folterten und schließlich brutal mit einer Axt ermordeten. Dabei hätten alle Volkslieder singen

müssen. Die Reservisten hätten in den folgenden Tagen immer wieder Schreie und Wimmern aus dem Gefangenenraum gehört. Später seien auch alle anderen Gefangenen ermordet worden. Er und zwei andere Reservisten hätten den Befehl erhalten, den Gefangenenraum nach diesem Massaker zu reinigen. Der Raum sei voller Blut und abgeschnittener Gliedmaßen gewesen, Herr Alic habe anschließend völlig unter Schock gestanden. Als Moslem in der Jugoslawischen Volksarmee habe er sich danach in diesem Übungslager nicht mehr sicher gefühlt. Mit Hilfe seines serbischen Kommandanten seien er und ein anderer Reservist dann aus der Armee geflohen. Drei Tage lang seien sie unterwegs gewesen. Wieder zuhause angekommen, habe er sich nicht getraut, irgendjemandem etwas zu erzählen, weil er Angst gehabt habe, „dass sie zu mir nach Hause kommen und uns alle umbringen“.

Bis heute habe er auch seiner Frau nichts von seinen Erlebnissen im Übungslager erzählt, und er habe große Angst, dass sie etwas erfahren könnte.

Herr Alic schilderte noch andere intensive Bedrohungserlebnisse gegenüber seiner Familie, die sie schließlich dazu bewegt hätten, Bosnien zu verlassen. Sie seien in der Nacht zu Fuß in die nächste Stadt geflohen, um von dort aus mit dem Bus nach Kroatien zu fliehen. Die Busse nach Kroatien seien voll mit anderen Flüchtlingen gewesen, die wie sie nur die nötigsten Sachen gepackt hätten, um möglichst schnell dem Bürgerkriegsgeschehen zu entkommen. Ihr Bus sei von Panzern angehalten worden, alle Flüchtlinge hätten aussteigen müssen und ihre letzten Wertgegenstände an die Soldaten abgeben müssen. Den Menschen, die sich weigerten, hätten die Soldaten auf die Füße geschossen. Einer Frau, die ihren Ehering nicht abnehmen konnte, hätten sie den Finger mit einer Zange abgetrennt. Der Bus sei beschlagnahmt worden, und die Flüchtlinge seien drei Tage zu Fuß bis zum Grenzfluss Save gelaufen. Diesen hätten sie mit Booten überquert. In Kroatien angekommen, sei die Familie Alic in einen kroatischen Bus eingestiegen und weiter nach Deutschland geflüchtet.

Während seiner Schilderung zeigte Herr Alic misstrauische Ängstlichkeit und Anspannung bei gleichzeitiger Erschöpfung und Antriebslosigkeit, deutliche Konzentrationsstörung und insbesondere den Versuch, traumatische Themen zu vermeiden. Er verlor bei der Exploration mehrfach die Fassung; die Erinnerungen an das Erlebte überfluteten ihn, und er zeigte Anzeichen von Dissoziationen und Flashbacks. Wie er meint, habe er versucht, die Bilder und Geräusche im Zusammenhang mit seinen Erinnerungen zu vergessen. Sie würden ihn aber immer wieder überfallen, besonders wenn

er versuche zu schlafen oder wenn er mit Situationen, Bildern und Geräuschen konfrontiert sei, die ihn an die Erlebnisse erinnerten. Das könne Volksmusik sein, die seine Frau besonders gerne höre, oder auch Fernsehsendungen, die sie und seine Kinder häufig anschauten:

„Dann kommt es mir so vor, als ob diese bärtigen Männer singen würden.“ Die Beschwerden von Herrn Alic schienen das gesamte Familiensystem erheblich zu belasten. So schilderte er zum Beispiel: „Wenn ich die Augen schließe, kommen Bilder und Geräusche, das ganze Zimmer schallt davon, wie

ein Echo. Das Licht darf ich nicht ausmachen, da es sonst noch beängstigender für mich wird. Ich kann keine Musik hören, da ich denke, dass mich jemand ruft und dann lacht. Deswegen musste ich das Radio kaputt machen. Ich habe alle Steckdosen zugeklebt, weil dort kleine Männer rauskommen, die mich schlagen und lachen. Ich kämpfe manchmal mit ihnen, so dass meine Frau mich fragt: ‚Warum hältst du einen Hammer in der Hand?‘“ Die Frau und die Kinder dürften kein Fernsehen schauen, solange er zuhause ist, da er ihn sonst zerstören würde. Seine Frau bestätigte, dass Herr Alic sich hin und wieder selbst vergesse; er habe sie in einer solchen Situation schon einmal mit einer Axt bedroht.

Diese Halluzinationen machten Herrn Alic und seiner Familie Angst, und er denke, verrückt zu werden. Die Inhalte dieser Halluzinationen standen in augenfälligem Zusammenhang mit seinen traumatischen Erfahrungen. Herr Alic habe gehofft, diese Erinnerungen in Deutschland hinter sich lassen zu können, aber sie brächen immer wieder unkontrollierbar über ihn herein. Dies geschehe tags und auch nachts, so dass er nicht einschlafen und nicht durchschlafen könne. Er könne nur noch mit Licht einschlafen, höre Stimmen und Geschrei der „bärtigen Männer“. Er sehe keinen Sinn mehr im Leben und spiele häufig mit dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen. So laufe er nachts durch die Straßen von Berlin und achte nicht auf den Verkehr. Er habe andauernd Angst, dass seiner Familie etwas passieren oder er ihnen in einem unkontrollierten Zustand etwas antun könne. Diese Angst reiche bis hin zu Panikattacken, die er nicht kontrollieren könne. Die Erinnerungen hätten einen sehr realen Charakter in Form von akustischen und visuellen Halluzinationen, so dass er oft nicht mehr wisse, wo er sei. Er versuche die Umwelt so zu kontrollieren, dass er alle Hinweisreize auf die Erlebnisse vermeidet, was ihn und seine Familie zusätzlich einschränke. Er verliere den Kontakt zu seiner Umwelt, habe ein Gefühl von Entfremdung und isoliere sich stark. Er grübele viel und sei sehr niedergeschlagen, habe Konzentrationsstörungen und Gedächtnisprobleme. Auch berichtet er über

psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen und diffuse andere Schmerzen.

Die stimmige Gesamtheit dieser Beobachtungen überzeugte die Gutachterin, dass die Schilderungen von Herrn Alic tatsächlich erlebnisfundiert waren und dass das Erlebte bei ihm zu einer schweren psychischen Traumatisierung geführt hat. Hingegen konnte das etwaige Vortäuschen einer Traumatisierung gemäß den von Birck (2002, S. 68 ff) entwickelten Kriterien ausgeschlossen werden.

Es wurde eine chronische, behandlungsbedürftige Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) nach DSM-IV 309.81 und ICD-10 F43.1 diagnostiziert.

Nach dem Diagnostischen Manual DSM-IV (Dilling et al. 1994) liegt eine PTSD vor, wenn von einem traumatischen Ereignis oder mehreren traumatischen Ereignissen auszugehen ist und diese Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen auslösen (Kriterium A1, A2). Dieses Erlebnis muss in mindestens einer Form beharrlich wiedererlebt werden (Kriterium B). Im Vordergrund standen bei Herrn Alic akustische und visuelle Halluzinationen („Männchen aus der Steckdose“) und Flashbacks, die so real für ihn waren, dass er zum Teil desorientiert war, wenn Hinweisreize wie Menschenmassen, jugoslawische Volksmusik, Radio und Fernsehen im Allgemeinen gegeben waren. Auch die Alpträume waren massiv. Die Hinweisreize versuchte Herr Alic zu vermeiden (Kriterium C), wie auch jegliche Gedanken und Gespräche über seine Erlebnisse, was bei einem Missglücken der Kontrolle über die entsprechenden Reize (wie Fernsehen oder Radio) zu erheblichen familiären Konflikten führte. Herr Alic schilderte, sozial sehr isoliert zu sein und ein starkes Gefühl der eingeschränkten Zukunft zu haben.

Auch lebte Herr Alic unter ständiger Anspannung. Ein erhöhtes Arousal (Kriterium D) äußerte sich in Schlafstörungen, schneller Reizbarkeit bis Aggressivität und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beschwerden von Herrn Alic dauerten länger als einen Monat an (Kriterium E). Das Störungsbild verursachte in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, insbesondere familiären Funktionsbereichen (Kriterium F). Herr Alic war in einem hohen Maße auf die Unterstützung durch seine Frau angewiesen. Frau und Familie schienen ihm besonderen emotionalen Halt zu geben. Eine Auseinandersetzung über die traumatischen Ereignisse auf der Paarebene war derzeit noch nicht möglich. Frau Alic wusste nur, dass etwas Schreckliches mit ihrem Mann geschehen ist und er sich seither verändert hat. Sie wagte es nicht, ihn danach zu

fragen. Besonders problematisch waren zum großen Teil seine uneingestanden Selbstvorwürfe und Schuldgefühle (überlebt zu haben). Herr Alic und seine Familie erhielten auf der Grundlage dieser Stellungnahme ein Bleiberecht. Die Aufenthaltserlaubnis führte zu einem Gefühl von Sicherheit, mit dem Herr Alic sich in einem traumatherapeutischen Prozess auch belastenden Erinnerungen zuwenden konnte. Die Sicherung des Aufenthalts bewirkte bald auch eine deutliche Veränderung und Stabilisierung bei der ganzen Familie. Frau Alic konnte eine Berufsausbildung zur Altenpflegerin beginnen. Bedingt war dies – neben dem aufgehobenen Arbeits- und Ausbildungsverbot – dadurch, dass Herr Alic sich zunehmend in der Lage sah, sich emotional zuverlässiger um die Versorgung der Kinder zu kümmern.

Bei Herrn Alic selbst führte die Gewährung eines sicheren Aufenthalts nicht so rasch zu einer wesentlichen Besserung. Im Verlauf der Therapie sind mittlerweile aber Zeichen der Stabilisierung zu erkennen. So konnte Herr Alic nach drei Monaten alleine und nicht mehr in Begleitung seiner Frau zu den Sitzungen kommen, besucht inzwischen einen Deutschkurs und sucht aktiv nach einer Beschäftigung. In Stress oder Anforderungssituationen kommt es aber noch regelmäßig zu Symptombildungen, insbesondere zu Flashbacks und zu Alpträumen, was eine Arbeitsaufnahme bisher nicht zugelassen hat.

Im Fall von Herrn Alic und seiner Familie wurde durch die verständnisvolle Haltung der Ausländerbehörde schon bei der Exploration ein hoffnungsvoller Rahmen geschaffen. Die zuständige Mitarbeiterin bewegte Herrn Alic und seine Familie nicht nur dazu, sich mit der Bitte um Begutachtung an eine spezialisierte Einrichtung für Flüchtlinge und Folteropfer zu wenden, sondern sie kontaktierte die Gutachterin auch noch einmal persönlich mit einer Nachfrage. So hatte sie die Möglichkeit, eventuelle Unklarheiten oder Missverständnisse auszuräumen und zusätzliche Informationen nachzureichen.

Auch das Bleiberecht wurde Familie Alic vergleichsweise zügig gewährt. Wir betonen dies, weil ein solches kooperatives und sensibles Handeln leider nicht die Regel ist. Bedauerlicherweise kommt es zu selten vor, dass Stellungnahmen in dieser Form Berücksichtigung finden – auch solche, die nach den in der Einleitung erwähnten Standards von Fachleuten verfasst wurden, die eine spezielle Schulung der Therapeuten- und Ärztekammern durchlaufen haben. Die Hintergründe dafür werden im folgenden zweiten Teil behandelt.

3. Probleme bei der Begutachtung

Bei der Begutachtung Asylsuchender durchdringen sich Probleme, die sich aus der Traumatisierung selbst ergeben, intensiv mit Faktoren, die sich aus kulturellen Differenzen und der Einbettung der Begutachtung in die ausländerrechtliche und politische Situation ergeben (Gierlichs 2002, 2003). Alle Faktoren beeinflussen die Stabilität der Betroffenen, die Beziehung während der Exploration und die Sicherheit des Begutachtungsrahmens, die für die Überwindung traumabedingter Explorationshemmnisse und eine sorgsame und behutsame Exploration entscheidend ist.

Unter „Zwang“ befragt zu werden, kann schon für gesunde Personen eine erhebliche Belastung darstellen, die ihr Schutz- und Abgrenzungsbedürfnis sehr beansprucht. Traumatisierte Menschen, deren Grenzen extrem überschritten wurden, fühlen sich durch die Begutachtungssituation noch erheblich stärker belastet und gefährdet. Sie sind in ihrer Kooperationsfähigkeit oft infolge von *Übererregbarkeit, Intrusionen, Vermeidungsverhalten sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen* erheblich eingeschränkt. Komplexe chronische Traumatisierungen (Lennertz, 2006) durch andere Menschen, sog. *man made disasters*, führen oft zu einer „feindlichen und misstrauischen Haltung gegenüber der Welt, zu sozialem Rückzug, einem Gefühl der Leere oder Hoffnungslosigkeit, einem chronischen Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdung“ (ICD F 62.0) und zu einem *tiefen Misstrauen in zwischenmenschliche Beziehungen*, dessen Überwindung sorgsame Unterstützung benötigt. Scham-, Schuldgefühle und Tabus behindern den Prozess. Darüber hinaus besteht immer eine *Reaktualisierungsgefahr*. Die Betroffenen fühlen sich in der Begutachtungssituation zu Erinnerungen gedrängt, die sie auch in einem geschützten Therapieprozess nur langsam und oft unvollständig offenbaren und verarbeiten können und die für sie im zugespitzten, meist kurzzeitigen Setting der Exploration eine Bedrohung darstellen können, die sie zu überfluten droht.

Behutsamkeit und Sorgfalt sind notwendig, um die notwendigen Informationen zu erhalten, ohne dabei die Untersuchten zu schädigen (Gierlichs 2005a). Bei Opfern von extremen Gewalterfahrungen findet sich häufig eine *Fragmentierung der Erinnerungen*. Dies erschwert es den Betroffenen oft erheblich, ihre Geschichte als etwas zu erinnern, was ihre Gegenwart mitkonstituiert.

Bereits die GutachterInnen der Opfer der Shoa beschrieben dies. Sie sprachen von einer *Abkapselung extremtraumatischer Erfahrungen* von der Umwelt, da sie nicht „kommunikationsfähig“ seien (von Baeyer, 1964). Asylantragsteller, die im Herkunftsland verhört und gefoltert worden waren und die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als bedrohliches Verhör empfunden haben, gehen entsprechend sensibilisiert in die Begutachtungssituation.

Sie können unruhig oder auch aggressiv reagieren oder sich verschließen und teilnahmslos, schweigsam und „unkooperativ“ wirken. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit extremen Ereignissen menschlicher Destruktivität ist für beide Beteiligten, also auch für den Untersucher, belastend. Sie konfrontiert mit meist verleugneten Seiten menschlicher Existenz. Dies bewirkt eine *Labilisierung der psychischen Struktur*, kann eigene erlittene Traumatisierungen aktivieren und zu einer Atmosphäre diffuser Unruhe und Aggression führen. Um die Spannung zu mildern, kann es zu einer Rollenverteilung (Flüchtling emotionslos, Gutachter voll heftiger Gefühle), zu gemeinsamer Leugnung mit Emotionslosigkeit und Distanz oder zu gemeinsamer Überflutung durch die Belastung kommen (Wilson & Lindy 1994). Häufige Folgen sind Überidentifikation oder Distanz und mangelhafte Empathie. Letztere beruht häufig zusätzlich auf mangelhaften Kenntnissen der Symptomatik von Traumastörungen und der gesellschaftlichen Verhältnisse in den Herkunftsländern.

Die Begutachtung von Opfern von *man-made disaster*, also von Menschen, die absichtlich durch andere Menschen gequält und entmenschlicht wurden, ist also sehr belastend.

GutachterInnen sollten sich in der Lage fühlen, sich den beschriebenen Problemen zu stellen und durch eine Begutachtung dazu beizutragen, die oft endlose Kette von zeitaufwendigen Widerspruchs- und Klageverfahren zu verkürzen. Eine strukturierte und behutsame Exploration zeigt darüber hinaus oft auch andere „positive Wirkungen“. Betroffene, die ursprünglich nicht über ihre traumatischen Erfahrungen reden zu können glaubten, fühlen sich erleichtert und befreit, wenn sie ihre Geschichte endlich mit jemandem teilen können, der/die ihnen achtungsvoll zuhört und ihnen glaubt (Becker 2006, Dasberg 2005).

Was muss nun als Voraussetzung für eine hilfreiche Begutachtung beachtet werden? Wichtig ist, dass GutachterInnen über *gute fachliche Kenntnisse* verfügen: zum einen über das junge Fach der Psychotraumatologie, mit dem psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen bis Mitte der 90er Jahre während ihrer Ausbildung nicht vertraut gemacht wurden, zum andern über

die Methodik der Erarbeitung von Diagnose und Prognose in der klinischen Begutachtung (Gierlichs 2005a,b). Notwendig sind aber auch *Kenntnisse in kulturellen Differenzen und Besonderheiten* (Mehari 2001). Kulturtypische traumareaktive Krankheitsbilder sind uns häufig in ihren Ausprägungen wenig vertraut. Fremde Kommunikationsstile führen zu unzutreffenden Interpretationen. Unterschiedliche Rollenerwartungen bewirken, dass GutachterInnen, die sich im europäischen Sinne unreflektiert „partnerschaftlich“ verhalten, nicht selten eine zu geringe Autorität zuerkannt wird; dies beunruhigt die Flüchtlinge und verstärkt ihr Misstrauen. Die Betroffenen haben Erklärungsmodelle für das Erlittene, die Europäern oft wenig vertraut sind. Sie erleben es beispielsweise als Bestimmung oder Strafe, die zu ertragen ist, und nicht als individuelles Schicksal, das mit individueller Anstrengung gemeistert werden muss. Ohne Kenntnisse der unterschiedlichen Erlebens- und Verarbeitungsweisen können GutachterInnen den berichteten Verlauf und die Symptomatik nur eingeschränkt nachvollziehen, einordnen und bewerten. Wichtig ist es für GutachterInnen, *die eigene Rolle zu reflektieren*. Die Begutachtung stellt im Zusammenhang mit der asylpolitischen Entwicklung durchaus ein „fragwürdiges Mitwirken“ dar (BAFF 2006). Der Schutz von Flüchtlingen als gesellschaftliche Aufgabe wird zunehmend eingeschränkt, traumatisierte Flüchtlinge werden in eine „Flucht in die Krankheit“ gedrängt (Heckl 2003). Ihre Angaben werden oft angezweifelt oder pauschal als Missbrauch diffamiert, sie müssen Leid zu beweisen versuchen. GutachterInnen, die sie hierin mit Stellungnahmen oder sog. Parteigutachten unterstützen, geraten häufig in die Gefahr, dass Ihre Ausführungen ohne nähere Prüfung als „Gefälligkeitsgutachten“ abgelehnt werden (Gierlichs 2006). Auch vom Gericht bestellte GutachterInnen werden von beteiligten Behörden oft in ihrer Qualifikation angezweifelt. GutachterInnen müssen entscheiden, ob sie unter diesen Bedingungen bereit sind, Untersuchungen durchzuführen. Die zunehmend erhöhten Anforderungen an die Begutachtung können unerfüllbare Ansprüche an die eigene Perfektion mit Versagensängsten oder auch Rivalität mit Behörden und Gerichten auslösen. Die zugespitzte Situation gegen Ende eines gescheiterten Asylbegehrens, in der Gutachten häufig erbeten werden, löst erheblichen Druck aus. Unverständnis über das behördliche Verhalten im Verfahren kann die notwendige empathische Neutralität belasten. All diese Faktoren müssen bedacht werden. Es ist unumgänglich, in dieser angespannten und verworrenen Lage die bewusst zu sein, um der Aufgabe als GutachterIn gerecht werden zu können, ohne sich zu sehr zu belasten.

Von großer Bedeutung für die Lebensperspektive Traumatisierter und den Prozess der Exploration ist *äußere Sicherheit, speziell ein sicherer Aufenthaltsstatus* (Rössel-Čunović 1999). Dies wird in dem dargestellten Fall sehr deutlich, in dem die zuständige Ausländerbehörde riet, sich einer Begutachtung zu unterziehen und im Anschluss eine Aufenthaltsbefugnis zu beantragen, die dann auch zügig der gesamten Familie gewährt wurde. Es ist also sehr wichtig, als GutachterIn auch bei inhaltlichen Differenzen eine möglichst produktive Arbeitsbeziehung zu den umliegenden Behörden aufzubauen. Unterschiedliche Denkweisen von JuristInnen und HeilberuflerInnen sollten angesprochen werden, da sie zu vielen Missverständnissen führen (Gierlichs 2005a). Wenn beispielsweise in gutachterlichen Stellungnahmen eine Störung mit Krankheitswert festgestellt wird, verlangt die Behörde in der Regel den Nachweis eines Behandlungsplatzes und eines Behandlungsplans. Unter „Behandlung“ wird oft ein Reparaturprozess der „Krankheit PTSD“ verstanden, der nach seinem Gelingen Abschiebefähigkeit herstellt. Viele Behörden warten dieses „positive“ Ergebnis der Behandlung oft nur ungerne und ungeduldig ab, erteilen während der Therapiedauer knapp bemessene Duldungen und verstehen oft nicht, dass äußere (Aufenthalts-)Sicherheit das wichtigste Heilmittel darstellt, ohne die stabile Besserung kaum möglich ist, und dass die Therapie unter den Bedingungen einer Duldung wenig erfolgreich ist. Sie deuten mangelnde Therapieerfolge häufig so um, dass die Betroffenen nicht gesund werden wollen, um nicht abgeschoben zu werden. So ist es notwendig, Überzeugungsarbeit zu leisten, psychodynamische Prozesse zu erläutern und darzulegen, dass chronische Traumastörungen in der Regel stabilisiert, aber nicht geheilt werden können und dass fehlende Besserungen bei fortbestehender unterschwelliger Triggerung durch Duldungen mit dem Vermerk „Aussetzung der Abschiebung“ nicht auf „bösem Willen“ oder „mangelnder Kooperation“ beruhen, sondern infolge des Erlebens der Betroffenen unvermeidbar sind. Oft gelingt es nicht, Nicht-Heilberuflern zu verdeutlichen, warum die Abkoppelung der Therapie vom aufenthaltsrechtlichen Aspekt so unerlässlich ist. GutachterInnen müssen *juristische Begrifflichkeit bedenken und berücksichtigen*. Die Gefahren einer gesundheitlichen Verschlechterung im Zusammenhang mit einer Abschiebung werden juristisch nur berücksichtigt, wenn sie „erheblich“ und „konkret“ sind; hierauf muss Bezug genommen werden, da die Empfänger der Stellungnahmen/Gutachten sich oft nach dem wortgetreuen Vorhandensein oder Fehlen dieser Begriffe richten. Der

rechtliche Rahmen der Untersuchung muss beachtet werden, er kann recht unterschiedlich sein.

Ein
aufenthaltsrechtliches Verfahren eines bosnischen Flüchtlings ist nicht das Gleiche wie ein Asylverfahren eines tamilischen Flüchtlings (Rafailovic 2005). Die Ansprüche an eine Begutachtung hängen jedoch mit diesem Verfahren zusammen. Dieser Zusammenhang ist den Betroffenen selbst meist nicht bewusst. Dezierte Ausführungen zur Notwendigkeit juristischer Entscheidungen (Herr/Frau X muss ein Aufenthalt gewährt werden) oder zur gesundheitlichen Versorgung im Herkunftsland (kann in Bosnien nicht behandelt werden) überschreiten indes heilberufliche Kompetenzen und sind meist kontraproduktiv. Es reicht, zu beschreiben, was aus heilberuflicher Sicht an medizinischer Versorgung notwendig ist. Da die Behörden meist aufgrund gesetzlicher Vorgaben nicht eine möglichst gute, sondern nur die zur Vermeidung von erheblichen konkreten gesundheitlichen Gefahren erforderliche Minimalbehandlung als Maßstab ansehen, sollte man neben dem heilberuflich Richtigen auch das unumgänglich Notwendige beschreiben. Die Forderung nach einer Änderung der gesetzlichen Vorgaben, so dringend sie notwendig erscheint, gehört nicht in ein Gutachten.

Zusammenfassend stehen HeilberuflerInnen, die in aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren zur physischen und psychischen Verfassung der ProbandIn Stellung nehmen, vor vielen Aufgaben. Auf der individuellen Ebene müssen sie über fachliches Wissen und Handwerk verfügen. Diese können durch entsprechende Weiterbildung erlangt werden⁶. Dazu gehören das Erkennen der unterschiedlichen Krankheitsbilder und ihrer kulturtypischen Ausformungen, die Vertrautheit mit unterschiedlichen kulturellen Kommunikationsstilen, die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen und vor allem das Herstellen eines Vertrauensverhältnisses, damit die Opfer von Verfolgung und Gewalt ihre Erlebnisse und die damit verbundenen physischen und psychischen Probleme erzählen können. Ihre Arbeit erfolgt in einem überwiegend als repressiv erlebten behördlichen und gesellschaftlichen Umfeld (Gierlichs 2002, 2003, BAFF 2006), mit dem Konsens nur schwer herstellbar ist. Dies hat viele Ursachen, die hier nur angedeutet werden können. Eine der

wichtigsten scheint darin zu liegen, dass zwei wichtige, keineswegs unvereinbare soziale Anliegen offensichtlich zu unüberbrückbaren Gegensätzen geworden sind: das Bedürfnis, sich und seinen Raum zu schützen, und das Bedürfnis, sich zu öffnen und zu helfen. Bei ruhiger Betrachtung sind beide Ziele nicht konträr. Jeder Staat muss seine hoheitlichen Aufgaben einschließlich der Entscheidung über Immigration erfüllen können, gleichzeitig hat er essentielle humanitäre Verpflichtungen. Beide Aufgaben sollten verbunden werden. In der augenblicklichen Situation vertreten manche Behörden und Flüchtlingshelfer isoliert und fundamentalistisch jeweils nur eine dieser beiden Positionen, manche Behörden akzentuieren ausschließlich ihre Pflicht zur Eindämmung der Zuwanderung wegen „Asylmissbrauchs“ und beschuldigen Heilberufler der Komplizenschaft. Manche Flüchtlingsunterstützer verstärken diese Haltung der behördlichen Abwehr, indem sie eine grenzenlose humanitäre Verpflichtung fordern, ohne gesellschaftliche Dynamiken zu berücksichtigen. Im Hintergrund mancher Aufschaukelungsprozesse stehen Gruppen mit genuin fremdenfeindlichen Haltungen, die auf Informationsmangel beruhende Überfremdungsängste benutzen, um ihre Ansichten durchzusetzen. Es erscheint daher dringend notwendig, in einen sicherlich schwierigen Dialog einzutreten und Ängste, die auf fehlender Information beruhen, zu beruhigen und Missverständnisse zu klären. Die Notwendigkeit staatlicher Schutz- und Steuerungsfunktion könnte mit den für das Überleben zivilgesellschaftlicher Ordnungen unumgänglich notwendigen humanitären Belangen leichter in Einklang gebracht werden, wenn der Umfang des Schutzes verfolgter und traumatisierter Flüchtlinge klarer gesetzlich definiert würde und der Ermessensspielraum der Entscheider durch eindeutiger Formulierungen in Ausführungsbestimmungen und -erlassen geringer wäre. Dies würde Konflikte begrenzen und vielen Entscheidungen einzelner Entscheidungsträger den Charakter der Willkürlichkeit nehmen. Behörden und Heilberufler sollten sich auf verbindliche Standards für klinische Begutachtungen einigen und diese transparent machen. Die Zeugnisse nachweislich entsprechend ausgebildeter und supervidiertes Gutachterinnen und Gutachter würden so nicht in Frage gestellt, der Klärung von strittigen Einzelfällen würde in einem strukturell festgelegten Ablauf erfolgen.

Literatur

- Aycha, A. (2001a): Vorwort. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Aycha, A. (2001b): Erstellung von Psychologischen Gutachten/Stellungnahmen bei Flüchtlingen. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF)(Hrsg.): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Baeyer, W. v. et al. (1964): Psychiatrie der Verfolgten. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer. 21
- BAFF (2001)(Hrsg.): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- BAFF (2006)(Hrsg.): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge: Eine kritische Reflexion der Praxis. Karlsruhe: von Loeper.
- Becker, D. (2001): Dealing with the Consequences of Organized Violence in Trauma Work. In: Berghof Research Center for Constructive Conflict-Management (Ed.): Berghof Handbook for Conflict Transformation. Internetressource: Zugriff am 04.12.06: www.berghofhandbook.net/articles/becker_handbook.pdf
- Becker, D. (2006): Die Erfindung des Traumas: Verflochtene Geschichten. Berlin: Edition Freitag.
- Bittenbinder, E. (2000): Trauma und extreme Gewalt: Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung „innerer Bilder“. In: Zeitschrift Psychotherapie im Dialog, Nummer 1/2000, 38- 44.
- Bittenbinder, E. (2005): Traumatisierte Helfer im Hilfesystem: Burnout oder Sekundäre Traumatisierung. Internetressource: Zugriff am 04.12.06: www.kinderschutz-zentrum.de/pdf/doku_stutt03.pdf.
- Birck, A. (2002): Traumatisierte Flüchtlinge: Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Heidelberg: Asanger.
- DSM-IV (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, American Psychiatric Association, 1994. Deutsche Bearbeitung und Einführung: Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. Göttingen: Hogrefe.
- Gierlichs, H. W. (2002): Psychologische Gutachten: Wissen über Traumata mangelhaft. In: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 33, 403. 22
- Gierlichs, H. W. (2003): Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge, Konflikte mit ethischen Belangen. In: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 34-35, 1098.
- Gierlichs, H. W., Haenel, F., Hennigsen, F., Spranger, H., Schaeffer, E., Wenk- Ansohn, M. & Wirtgen, W. (2004): SBPM. Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren). In: Haenel, F. & Wenk-Ansohn, M. (Hrsg.): Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Gierlichs, H. W., van Keuk, E., Greve, C., Wenk-Ansohn, M., Flatten, G., Hartmann, C., Liebermann, P., Rottländer, M., Weber, T. & Wirtgen, W. (2005a): Stellenwert klinischer Gutachten und Stellungnahmen zur Verifizierung von psychisch-reaktiven Traumafolgen in asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren. In: Zeitschrift für Ausländerrecht (ZAR)
- Gierlichs, H. W. & Wenk-Ansohn, M. (2005b): Behandlungsbedarf und Prognose bei chronischen komplexen Traumastörungen. In: Zeitschrift für Ausländerrecht (ZAR)
- Gierlichs, H. W. (2006): Die Lebenserfahrung des OVG Münster. In: Zeitschrift für Ausländerrecht (ZAR)
- Haenel, F. & Wenk-Ansohn, M. (2004): Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Weinheim, Basel: Beltz.
- Heckl, U. (2003): Trauma und Traumatisierung: Einige Überlegungen zu der Tauglichkeit dieses Begriffs für die psychosoziale Arbeit mit Kriegsgeschädigten Menschen und Flüchtlingen. In: Report Psychologie, Jg. 28, 1/03, 1-5.
- Herman, J. L. (1994): Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler. 23
- ICD-10 (1993): Internationale Klassifikation Psychischer Störungen: Klinischdiagnostische Leitlinie. Übersetzt und herausgegeben: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt M. H.: Internationale

- Klassifikationen psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien: ICD-10. Bern: Huber.
- Innenministerkonferenz (2004): Regelungen für Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina und Kosovo insbesondere für Traumatisierte aus Bosnien-Herzegowina. Beschlussniederschrift vom 23./24.11.2000. In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (unveröffentlicht).
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Deskriptivklinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Forum der Psychiatrie. Neue Folge 5. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Koch, D. (2001): Stand des Wissens über Traumatisierungen bei Flüchtlingen. In: Tagungsreader zur Fachtagung „Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen“ vom 14.02.2001. Flüchtlingsrat Schleswig Holstein, Innenministerium Schleswig Holstein, Refugio Kiel (Hrsg.). Kiel (Selbstverlag).
- Koch, D. & Winter, D. (2001): Einleitung. In: BAFF (Hrsg.): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Lennertz, I. (2006): Trauma-Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie. TRN-Newsletter Special Issue 2006. Internetressource: Zugriff am 04.12.06: http://www.traumaresearch.net/fr_special2006.htm.
- Mehari, F. (2001): Der kulturelle Kontext als Bezugsrahmen des Erlebens und als Ausdruck von Leiden. In: BAFF (Hrsg.): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Rafailovic, K. (2005): Problemfeld Begutachtung „traumatisierter“ Flüchtlinge: Eine empirische Studie zur Praxisreflexion. Skeuditz: Skeuditzer Buchverlag.
- Rössel-Čunović, M. (1999): Kurz-Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. In: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 7, 1-2/1999, S. 143-150.
- Rückführungsabkommen (1997): Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung von Bosnien und Herzegowina über die Rückführung und Rückübernahme von Personen. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 1997 Teil II Nr. 12, S. 742- 745, ausgegeben zu Bonn am 02. April 1997.
- Wilson, J. P. & Lindy J. D. (1994): Countertransference in the Treatment of PTSD. New York: The Guilford Press.
- Zuwanderungsgesetz (2004): Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern vom 30. Juli 2004. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2004 Teil I Nr. 41, S. 1950- 2011, ausgegeben zu Bonn am 05. August 2004.

Fußnoten

- 1 Diese Richtlinien wurden bereits zweimal überarbeitet. Seit der zweiten Ausgabe werden sie vom Deutschen Psychologenverlag herausgegeben. Sie liegen nun in der dritten Auflage vor und finden breite Anerkennung.
- 2 Die juristisch entscheidende Frage der Glaubhaftigkeit einer Aussage ist im Grunde nur durch eine rechtspsychologische Untersuchung zu beantworten. Die Feststellung einer psychischen Krankheit ist jedoch nur durch die Diagnose einer/s KlinikerIn zu beantworten. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Glaubhaftigkeitsbegutachtung im interkulturellen Feld, insbesondere bei einer Befragung mit Hilfe von Sprachmittlung, wissenschaftlich gesehen mit ganz besonderen Problemen behaftet ist. Erschwerend kommt hinzu, wenn Personen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Schwierigkeiten haben, sich an die genaue Abfolge ihrer Verfolgungsgeschichte zu erinnern, weil sie beispielsweise während eines besonders belastenden Erlebnisses dissoziiert haben.
- 3 Alle Namen und Orte sind anonymisiert. Der dargestellte Begutachtungsprozess fand im Winter 2004 statt. Es wurden zwei gutachterliche Erhebungsgespräche (durchgeführt und dokumentiert durch die beiden Autorinnen) geführt. Die Begutachtung von Herrn Alic umfasste gemäß den in der Einleitung erwähnten Richtlinien und Standards einer klinischen Begutachtung im

aufenthaltsrechtlichen Verfahren die Erhebung der aktuellen Symptomatik, die Verhaltensbeobachtung und die Entwicklung eines psychischen Befundes sowie die Exploration, ob die aktuellen Beschwerden und Symptome im Zusammenhang mit den Erlebnissen während des Bürgerkrieges im Herkunftsland stehen. Ist dies der Fall, ist zu prüfen, ob die berichteten Symptome denen des Wiedererlebens, der Vermeidung der/des traumatischen Erlebnisse/s, eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität und eines erhöhten Erregungsniveaus im Sinne einer erhöhten Furchtbereitschaft entsprechen. Bei einer PTSD geht man von einer besonders hohen Komorbidität mit anderen Psychischen Störungen aus. Traumatisierung ist vergesellschaftet mit affektiven Störungen, besonders Depression, somatoformen- und Angststörungen.

- 4 Die besondere Berücksichtigung einer Posttraumatischen Belastungsstörung und die Möglichkeit, mit solch einer Stellungnahme einen vergleichbar sicheren Aufenthaltsstatus zu erhalten, war ein Sonderfall für traumatisierte Flüchtlinge bosnischer Staatsbürgerschaft. Mit dem Innen- Minister- Konferenz- Beschluss von 23./24. November 2000 wurde es traumatisierten Flüchtlingen bosnischer Staatsbürgerschaft mit einigen Einschränkungen ermöglicht, mittels einer klinisch attestierten Stellungnahme ihrer PTSD einen vergleichsweise sicheren Aufenthalt zu erlangen.
- 5 AufenthG § 60.7: Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht...
- 6 Fortbildungen in vielen Bundesländern s. www.sbp.m.de