

# Wie krank muß ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden?

## Vergleich von Stellungnahmen des Polizeiärztlichen Dienstes und niedergelassenen Diagnostikern

Dr. Angelika Birck, Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Januar 2000

Zusammenfassung der Erstveröffentlichung: "Wie krank muß ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden?" im Informationsbrief Ausländerrecht, April 2000, 209-216.

### Ziel und Methode der Untersuchung

Für Flüchtlinge, die in ihren Herkunftsstaat abgeschoben werden sollen, erstellen einerseits Mitarbeiter des polizeiärztlichen Dienstes, andererseits niedergelassene Mediziner und Psychologen Stellungnahmen zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. der Reisefähigkeit. Diese Stellungnahmen wurden verglichen. Den Hintergrund bilden AuslG §53 Abs. 6 und §55 Abs. 2. Von Oktober bis Dezember 1999 wurden 24 polizeiärztliche Atteste und 47 Stellungnahmen von niedergelassenen Fachkollegen für insgesamt für 26 Personen gesammelt und ausgewertet. Alle Atteste waren anonymisiert worden. Bei den 26 Personen handelte es sich um 13 Männer und 13 Frauen, 25 Personen kamen aus Bosnien-Herzegowina (23 bosnische Muslime, je eine Kroatin und Mazedonierin), ein Kurde war aus der Türkei. Das durchschnittliche Alter betrug 42 Jahre (SD 14,9; Min. 18, Max. 75).

Ziel: Vergleich der Stellungnahmen bezüglich folgender Merkmale: Umfang der anamnestisch erhobenen Vorgeschichte (Maßeinheit: Anzahl der Zeilen), Berücksichtigung traumatischer Ereignisse, Beschwerden, klinische Diagnose, Kriterien der Diagnosestellung, Behandlungsbedarf, Reisefähigkeit, verwendete Argumentationslinien.

Auswertungsmethodik: Einzelfallanalysen und fallübergreifende Vergleichsanalysen nach Miles & Huberman (1994), inhaltsanalytische Strukturierung nach Mayring (1995).

### Ergebnisse

1. Die Vorgeschichte wird in Stellungnahmen von niedergelassenen Diagnostikern deutlich ausführlicher beschrieben als in Attesten der polizeiärztlichen Mitarbeiter (durchschnittliche Anzahl der Zeilen: 6 bzw. 11). Noch drastischer sind die Unterschiede beim Verweis auf traumatische Ereignisse: sie werden zwar in allen Stellungnahmen niedergelassener, aber nur von ca. zwei Dritteln der polizeiärztlichen Diagnostiker erwähnt.
2. In den Stellungnahmen niedergelassener Diagnostiker wird bei allen Personen auf Beschwerden ausführlich eingegangen, in allen Fällen werden klinische Diagnosen gestellt (meist mehrere, Hauptdiagnose bei allen Personen posttraumatische Belastungsstörung oder andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung). Die Diagnosen entsprechen in 89% der Fälle internationalen diagnostischen Klassifikationskriterien durch expliziten Verweis auf ICD-10 und DSM-IV oder durch analoge Termini. Bei weniger als einem Drittel der untersuchten Personen erwähnt der polizeiärztliche Dienst Beschwerden, bei nur 8 Personen (31%) stellt er eine klinische Diagnose. Diese Diagnose entspricht nur in 2 Fällen internationalen Qualitätskriterien, für die restlichen 6 Personen bleiben die Termini unklar ("Befindlichkeitsstörung").
3. Niedergelassene Diagnostiker stellten für alle 26 Personen explizit Behandlungsbedarf fest, diesen sehen Mitarbeiter des polizeiärztlichen Dienstes nur bei 5 Personen (19%).
4. Niedergelassene Diagnostiker verneinen für 15 Personen (58%) die Reisefähigkeit (für 11 Personen k.A.). Nach Angaben des polizeiärztlichen Dienstes sind 25 Personen (96%) reisefähig.
5. Bei niedergelassenen Diagnostikern war die Verständigung in der Muttersprache (durch muttersprachliche Diagnostiker oder durch professionelle Dolmetscher) in 60% der Fälle gegeben (restliche Untersuchungen: k.A.). In keinem polizeiärztlichen Attest wird erläutert, wie eine sprachliche Verständigung zustande gekommen ist. In der Aufforderung des LEA Berlin polizeiärztlichen Untersuchung heißt es: "Wir bitten Sie, zur Untersuchung eine sprachkundige Person mitzubringen, sofern Sie selbst der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind." (Brief an Person mit Code Nr. 2).

6. Die Analyse der Argumentationslinien zeigte, daß die Argumente des polizeiärztlichen Dienstes und jene der niedergelassenen Diagnostiker einander widersprachen. Die Unterschiede sind aufgrund ihrer Systematik nicht im Rahmen der zufälligen “normalen Schwankungsbreite” klinischer Diagnostik zu erklären.

#### Argumentationslinien des polizeiärztlichen Dienstes:

1. Beschwerden werden nicht als krankheitswertig erkannt.
  - a) Beschwerden, die in Stellungnahmen von Fachkollegen dargestellt werden, werden nicht wahrgenommen oder nicht beschrieben.
  - b) Vermeidungssymptome werden als Zeichen von Besserung bzw. als Begründung für das Fehlen einer krankheitswertigen Störung verwendet.
  - c) Einer bestehenden Symptomatik wird die Erheblichkeit abgesprochen und deshalb keine krankheitswertige Störung diagnostiziert.
  - d) Symptome werden als “Befindlichkeitsstörungen” (ohne Krankheitswert) bezeichnet.
  - e) Willkürlich ausgewählte Symptome werden als typische Zeichen von Störungen nach dem Erleben traumatischer Ereignisse bezeichnet. Sie stimmen nicht mit jenen Symptomen überein, die international als häufige Folge traumatischer Erlebnisse anerkannt sind (ICD-10, DSM-IV). Anerkannte posttraumatische Symptome werden nicht berücksichtigt.
  - f) Der Zusammenhang zwischen traumatischem Erleben und Symptomatik wird dezidiert verneint.
2. Wenn Beschwerden beschrieben werden, werden diese als Zeichen einer Persönlichkeitsstörung oder als Resultat der ungünstigen sozialen Umstände im Fluchtland bewertet. Der Widerspruch besteht darin, daß einerseits die extreme Belastung durch das Erleiden traumatischer Ereignisse im Heimatland als Ursachen für Symptome dezidiert verneint, andererseits die Belastung durch die sozial mißliche Lage in Deutschland als Ursache für Symptome anerkannt wird.
3. Wenn Menschen irgendwie in der Lage sind, ihren “Alltag” zu bewältigen, wird das als Zeichen hinreichender Gesundheit bewertet. Dabei wird besonders auf Körperhygiene und Ernährung bezug genommen. Andere Lebensbereiche werden zur Beurteilung von Gesundheit oder Krankheit nicht herangezogen (DSM-IV).
4. Wird die Krankheitswertigkeit von Störungen nicht verneint, könnten diese auch im - Herkunftsland adäquat behandelt werden. Häufig wird festgestellt, eine Behandlung habe vorzugsweise medikamentös zu erfolgen. Der Verzicht auf psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei psychischen und psychiatrischen Störungen entspricht nicht der - heute empfohlenen Behandlungspraxis.
5. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes wird isoliert auf die Fragestellung der Flug- und Reisefähigkeit. Sie scheint dann gegeben, wenn die Person lebendig im Zielland ankommt.
  - a) Die Einschätzung der Auswirkungen einer Rückführung auf den Gesundheitszustand bezieht sich ausschließlich auf die Dauer der Rückreise ins Herkunftsland.
  - b) Wollen zu Untersuchende in ein anderes Fluchtland weiterwandern, wird das als zusätzliche Bestätigung der Reisefähigkeit bewertet, als mache das Ziel der Reise keinen Unterschied.
6. Traumatische Erlebnisse werden bagatellisiert.
  - a) Wenn Menschen Opfer von Gewalt wurden, wird nicht von traumatischen Erlebnissen gesprochen, sondern von “Wahrnehmungen”.
  - b) Traumatische Ereignisse werden als kriegsübliche beschrieben, die nicht ein durchschnittliches Maß überstiegen hätten. Die Ereignisse seien aufgrund des landesüblichen Ausmaßes an Gewalt im Einzelfall nicht traumatisch, es sei daher nicht von Krankheit zu sprechen.

#### Argumentationslinien niedergelassener Diagnostiker:

7. Es liegen Beschwerden vor, die zur Diagnose einer krankheitswertigen Gesundheitsstörung führen, die der Behandlung bedarf.
  - a) Im Zusammenhang mit den traumatischen Ereignissen wird eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung diagnostiziert.
  - b) Eine andere krankheitswertige Störung liegt vor.
8. Eine adäquate Behandlung ist bei Abschiebung ins Herkunftsland nicht möglich.
  - a) Eine adäquate Behandlung im Herkunftsland ist im individuellen Einzelfall nicht zugänglich.

- b) Der Abbruch der im Zufluchtsland begonnene Behandlung kann selbst dann zu einer möglichen Schädigung des Gesundheitszustandes des Betroffenen führen, wenn im Herkunftsland erneute Behandlung individuell verfügbar ist.
- 9. Der Betroffene ist aufgrund der Störung auf eine möglichst belastungsarme Umgebung angewiesen. Minimale Belastungen können zu einer Verstärkung der Symptomatik führen.
  - a) Die Unsicherheit über den Aufenthalt in Deutschland behindert den Heilungsprozeß.
  - b) Die Angst vor der Abschiebung bedeutet ein hohes Gesundheitsrisiko.
- 10. Rückführung bedeutet erheblichen Nachteil für die noch minderjährigen Kinder des/der Betroffenen. Z.B. weil sie ebenfalls an behandlungsbedürftigen Krankheiten leiden.

### **Interpretation und Schlußfolgerungen**

Die Argumentationen von niedergelassenen Diagnostikern sind in sich stärker konsistent und weniger widersprüchlich als jene des polizeiärztlichen Dienstes, sie lassen sich aus einem fachlich medizinisch-psychologischen Verständnis heraus gut nachvollziehen. Das Hauptargument der niedergelassenen Kliniker ist dabei die festgestellte klinische Störung mit Behandlungsbedarf, die einer Abschiebung entgegensteht.

Dagegen sind die Argumentationen in polizeiärztlichen Attesten unter medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten in der Regel in sich widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und unverständlich. Sinn machen diese Argumente nicht im klinischen Kontext, sondern nur in einem politischen Kontext, der die Durchsetzung der Abschiebung fordert. Erst unter Berücksichtigung dieses politischen Zweckes der polizeiärztlichen Untersuchung lösen sich die (klinischen) Widersprüche der polizeiärztlichen Argumentation und die Vernachlässigung internationaler klinisch-diagnostischer Standards macht Sinn. Damit sind Mitarbeiter des polizeiärztlichen Dienstes nicht vorrangig medizinisch oder psychologisch tätig, stattdessen erfüllen sie offenbar fachfremde politische Aufgaben und werden so ihrem diagnostischen Auftrag nicht gerecht. Innerhalb der polizeiärztlichen Argumentationsstruktur, die dem übergeordneten Zweck der Durchsetzung der Abschiebung dient, besteht folgende Hierarchie von Argumenten:

1. Die zu untersuchende Person ist gesund.
2. Ist die zu untersuchende Person so schwer krank, daß ihre Störung nicht gezeugnet werden kann, steht die Krankheit zumindest in keinem Zusammenhang zu traumatischen Erlebnissen, es besteht auch kein Behandlungsbedarf.
3. Kann nicht mehr gezeugnet werden, daß Behandlungsbedarf besteht, kann dieser auch im Herkunftsland erfüllt werden.

Auf alle Fälle (mit einer Ausnahme) steht einer Rückführung ins Herkunftsland nichts im Wege. Um von der Abschiebung aufgrund einer akuten Gefahr für Leib und Leben ausgenommen zu werden, muß beim Vorliegen posttraumatischer Störungen das Erleiden traumatischer Ereignisse offenbar durch eine strafrechtliche Verurteilung der Täter bewiesen worden sein (wie in der einzigen Verneinung der Reisefähigkeit). Ansonsten wird von einer Abschiebung entsprechend der Argumente des polizeiärztlichen Dienstes offenbar nur dann abgesehen, wenn die abzuschiebende Person so krank ist, daß selbst für wenige Stunden (d.h. für die Dauer der Reise) eine akute Todesgefahr nicht gebannt werden kann.

### **Literatur**

- Deutsches Ausländerrecht. 12., völlig neubearbeitete Auflagen, Stand: 1. November 1997. Beck-Texte, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1997.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (1995): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. (ICD-10). Amtliche deutschsprachige Ausgabe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV) (1996): Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Dt. Bearbeitung von H. Saß, H.-U. Wittchen & M. Zaudig. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Mayring, Philipp (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 5. Auflage, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Miles, M. & Huberman, M. (1994): Qualitative data analysis. An expanded sourcebook. London, New Delhi: Sage Publications.