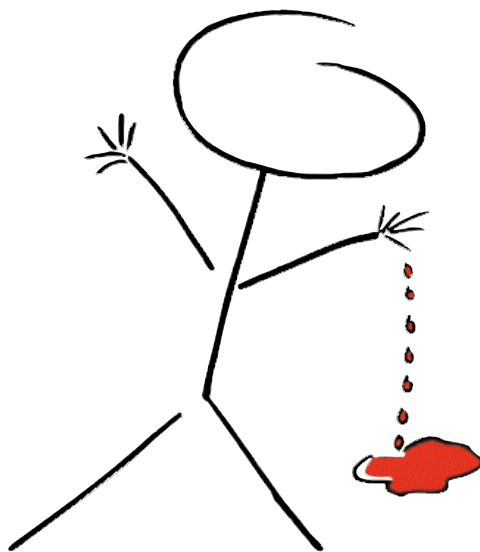
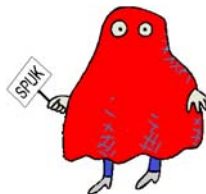


Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge

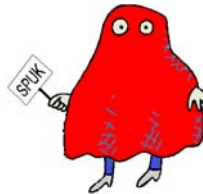


**I. Dokumentation im Rahmen des
Projekts SPuK - Sprache und Kultur:
Grundlagen für eine effektive
Gesundheitsversorgung**



Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge

**I. Dokumentation im Rahmen des
Projekts SPuK - Sprache und Kultur:
Grundlagen für eine effektive
Gesundheitsversorgung**



**Sonderheft des
Fördervereins Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.**

gefördert durch die Gemeinschaftsinitiative Equal

Gemeinschaftsinitiative
Equal

IMPRESSUM

Titel:

Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge

Herausgeber, Verleger Redaktionsanschrift:

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23 B

31137 Hildesheim

Tel: 05121-15605

Fax: 05121-31609

redaktion@nds-fluerat.org

<http://www.nds-fluerat.org>

Spenden:

Postbank Hannover

BLZ 250 100 30

Konto-Nr. 8402 - 306

Verantwortlich und ViSdP:

Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V.

Redaktion dieser Ausgabe:

Edith Diewald

Dr. Gisela Penteker

Dr. Baschir Samii

Timmo Scherenberg

Kai Weber

Layout

Justus Reuleaux

Druck:

Druckerei Lühmann

Bockenem

I-3 Tausend, November 2002

ISSN I433-4488

© Förderverein Nds. Flüchtlingsrat e.V.

Alle Rechte vorbehalten

Diese Broschüre wurde mit finanzieller Unterstützung der EU erstellt. Die darin zum Ausdruck kommenden Ansichten geben nicht die offizielle Meinung der EU wieder.

Akteure von SPuK:

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V.

Referat Migration/Ausländische Flüchtlinge
Johannisstraße 91, D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-341-78 Fax: 0541-341-991
eMail: Ngrehl-Schmitt@caritas-os.de



Universität Osnabrück

FB Erziehungs- und Kulturwissenschaften
Heger-Tor-Wall 9, D-49074 Osnabrück
Tel.: 0541-969 4060 Fax: 0541-969 4561
Leitung: Prof. Dr. Carol Hagemann-White
eMail: birgit.behrens@uni-osnabrueck.de



Verein Nds. Bildungsinitiativen

Fachbereich Interkulturelle und intern. Arbeit
Bahnhofsstraße 16, D-49406 Barnstorf
Tel.: 05442-991417 Fax: 05442-2241
eMail: egblomasse@vnb.de



Förderverein Nds. Flüchtlingsrat e.V.

Langer Garten 23 B, D-31137 Hildesheim
Tel.: 05121-15605 Fax: 05121-31609
eMail: gesundheit@nds-fluerat.org



Nds. Landesamt für zentrale soziale Aufgaben

Domhof 1, 31134 Hildesheim



Das Projekt wird u.a. unterstützt von

- BAG Pro Asyl e.V., Frankfurt a.M.
- Nds. Ärztekammer, Hannover
- Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover
- Arbeitsamt Osnabrück
- kommunalen Behörden, u.v.m.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG

Vorstellung des SpuK-Projektes <i>Birgit Behrens</i>	S. 9
Rede der niedersächsischen Ausländerbeauftragten auf der Auftaktveranstaltung <i>Gabriele Erpenbeck</i>	S. 18
Aufruf von Equal	S. 22

FLÜCHTLINGE UND GESUNDHEIT

Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus <i>Knut Rauchfuss</i>	S. 24
Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld der Kulturen <i>Viola Hörbst</i>	S. 40
Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen <i>Ramazan Salman</i>	S. 58
Krankenhilfe nach dem AsylBLG <i>Georg Classen</i>	S. 75
Leben in der Illegalität – Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung <i>Jörg Alt</i>	S. 86
Interview mit der medizinischen Flüchtlingssolidarität Hannover	S. 102

TRAUMATISIERUNG UND FLÜCHTLINGE

Traumatisierung von Flüchtlingen – Möglichkeiten der Erkennung <i>Giesela Penteker</i>	S. 110
Traumakonzepte in nicht-europäischen Ländern <i>Sybille Rothkegel</i>	S. 121
„Psychische Belastungen von Migranten ernst nehmen“ Interview mit <i>Prof. Wielant Machleidt</i>	S. 130
Anforderungen an die Traumatherapie <i>Knut Rauchfuss</i>	S. 134
Katastrophale Folgen – Gutachten über traumatisierte Asylbewerber <i>Hans Wolfgang Gierlich</i>	S. 145
Wie krank muss ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden? <i>Angelika Birck</i>	S. 152
Presseerklärung der niedersächsischen Ärztekammer zu ärztlich begleiteten Abschiebungen	S. 174
Presseerklärung von Xenion zum Gerichtsverfahren gegen den Leiter der Einrichtung	S. 176
Unterschriftenliste der IPPNW „Bleiberecht für Traumatisierte“	S. 180

Service	S. 182
Ausgewählte Beschlüsse der Deutschen Ärztetage 2000 bis 2002	S. 182
Zum Weiterlesen	S. 188
Empfehlenswerte Links	S. 189
Adressenlisten	S. 190

Editorial

Im Juli 2002 ist das SPuK-Projekt, das im Heft noch ausführlich vorgestellt wird, angelaufen. Ziel dieses Projektes ist u.a. die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Mit dieser Broschüre soll eine erste Bestandsaufnahme dessen vorgenommen werden, was bei der Bearbeitung des Themas "Flüchtlinge und Gesundheit" von Bedeutung ist.

Es gibt eine Reihe von Besonderheiten und Problemen, die einer angemessenen medizinischen Versorgung von Flüchtlingen im Wege stehen. Die spezifische Situation, in der sich Flüchtlinge befinden, und die daraus resultierenden Anforderungen an eine medizinische Versorgung werden in Deutschland nicht genügend berücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass Krankheiten oftmals gar nicht oder nicht sofort erkannt und adäquat behandelt werden. Eine Einführung in das Thema und gleichzeitig einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Flüchtlingen bietet Knut Rauchfuss in dem Artikel "Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus".

Die Artikel von Viola Hörbst und Ramazan Salman behandeln Probleme, die nicht direkt medizinischer Natur, jedoch für die Möglichkeiten des Erkennens und Behandeln von Erkrankungen bedeutsam sind: Es geht hier um das Verständnis und die Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie die Vermittlung dessen, was als Fehlfunktion wahrgenommen wird. Auf diesem Feld, welches die gesundheitliche Versorgung an MigrantInnen im Allgemeinen betrifft, bestehen in Deutschland noch große Defizite, die erst allmählich erkannt und angegangen werden.

Neben Problemen, die aus Unkenntnis oder Versorgungsmängeln entstehen, ist die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland rechtlich stark eingeschränkt. AsylbewerberInnen unterliegen dem Asylbewerberleistungsgesetz und bekommen daher nur eine medizinische Minimalversorgung und Illegalisierte sind völlig von jeglicher medizinischer Versorgung ausgeschlossen. Diesen Komplex behandeln die Artikel von Georg Classen, Jörg Alt und der Medizinischen Flüchtlingsolidarität Hannover.

Der zweite Teil des Heftes widmet sich dem Schwerpunktthema "Traumatisierung von Flüchtlingen". Menschen, die vor Krieg, Verfolgung und Folter fliehen, werden häufig mit traumatischen

Ereignissen konfrontiert, aus denen massive psychische und psychosomatische Erkrankungen entstehen können.

Aufgrund mangelnder Kenntnis dieser ursächlich mit dem Flüchtlingsschicksal zusammenhängenden Traumatisierungen auf Seiten der ÄrztInnenschaft, bleiben diese oft unerkannt und somit unbehandelt. Auch ist die Versorgung mit Therapieplätzen immer noch nicht ausreichend. Besonders dramatisch stellt sich die Situation dar, wenn im Asylverfahren eine bestehende Traumatisierung nicht erkannt und der Asylantrag abgelehnt wird. Oftmals werden so AsylbewerberInnen wieder an den Ort der erlittenen Torturen und in die Arme der Folterer zurückgeschickt.

Im Anhang finden sich noch einige nützliche Adressen u.ä. für alle, die weiter an dem Thema interessiert sind. Wir hoffen, dass dieses Heft eine verständliche Einführung in das Thema "Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen" darstellt und einige der zentralen Problemstellungen anreißt, die für eine Verbesserung der medizinischen Situation von Flüchtlingen von Bedeutung sind. Wir möchten an dieser Stelle noch einmal allen Autorinnen und Autoren danken, die uns ihre Artikel zur Verfügung gestellt haben.

Die Redaktion

Einleitung

Das Projekt „SPuK“ stellt sich vor

Ein Modellprojekt für Strukturveränderungen in der Gesundheitsversorgung und zur Qualifizierung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen zu Sprach- und KulturmittlerInnen

Birgit Behrens

Im Juli 2002 hat das Projekt „SPuK- Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung“ seine Arbeit aufgenommen. Geplant ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen sowie die Ausbildung von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen mit vorübergehendem Aufenthaltsrecht zu Sprach- und KulturmittlerInnen im Gesundheitsbereich. Zusammen mit dem Niedersächsischen Flüchtlingsrat, dem Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen (VNB), der Universität Osnabrück, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften, und dem Niedersächsischen Landesamt für zentrale soziale Aufgaben (NLZSA) führt der Caritasverband für die Diözese Osnabrück, Referat „Migration / Ausländische Flüchtlinge“ für drei Jahre dieses von der EU geförderte Modellprojekt durch. Hierbei handelt es sich um ein Projekt im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL, deren Aufgabe es ist, durch die zeitlich befristete Förderung entsprechender Projekte neue Methoden zur Bekämpfung von Diskriminierungen und Ungleichheiten jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Arbeitsmarkt zu entwickeln*.

Hierzu gehört auch die Förderung der sozialen Integration von auf dem Arbeitsmarkt benachteiligten Gruppen. Nachdem in der Ausschreibung für EQUAL-Projekte im Jahr 2000 erstmals Asylsuchende als eine solche

* Nähere Informationen zur Gemeinschaftsinitiative EQUAL finden sich auf der europäischen EQUAL- Webseite http://europa.eu.int/comm/employment_social/equal/index_de.html und der nationalen EQUAL-Website www.equal-de.de.

benachteiligte Gruppe identifiziert wurden sowie ihre soziale und berufliche Eingliederung explizit als förderungswürdig beschrieben wurde, entschlossen sich einige der heute an dem Projekt beteiligten Partner, sich für eine Förderung zu bewerben. Ansatzpunkt war die Argumentation, dass die Beschäftigungsfähigkeit von Asylsuchenden und Flüchtlingen aufgrund traumatischer Belastungen, aufgrund der grundsätzlich schwierigen Lebensbedingungen und aufgrund von Sprachbarrieren oftmals erheblich eingeschränkt ist. Hier will das konzipierte Projekt ansetzen und zu strukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich beitragen.

Damals ahnten die AntragsstellerInnen noch nicht, dass zwei Jahre aufwendiger Zusatzarbeit auf sie zukommen würde. In diesen zwei Jahren war zudem immer wieder fraglich, ob das Projekt, das einer 50%igen Kofinanzierung bedarf, überhaupt zustande kommen würde. Im Juli 2002 war es schließlich so weit. Bis Juni 2005 wird das Projekt „SPuK“ sich um die modellhafte Umsetzung und regionale Erprobung seiner Ziele bemühen.

Die Ziele des Projektes

Zentrales Ziel des Projektes ist die **Entwicklung neuer Konzepte** in der Gesundheitsversorgung von AsylbewerberInnen, durch deren Einsatz eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation erreicht werden kann. Damit wird zugleich das EQUAL-Ziel verfolgt, die unzureichende Beschäftigungsfähigkeit von Asylsuchenden zu beseitigen. Hierzu gehören **Strukturveränderungen im Gesundheitsbereich**. Strukturelle und fachliche Defizite in der Gesundheitsversorgung sollen in dem Projekt erkannt und behoben werden sowie Lösungsmodelle für eine bundesweite Umsetzung der Strukturveränderung erarbeitet und angeboten werden. Darüber hinaus soll durch eine Qualifizierungsmaßnahme zu Sprach- und KulturmittlerInnen die **Beschäftigungschance** für Flüchtlinge und AsylbewerberInnen erweitert werden. Für eine Entwicklung dieses Tätigkeitsfeldes muss der Zugang der AsylbewerberInnen zum System der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Die MitarbeiterInnen im Gesundheitssektor müssen für die Belange von AsylbewerberInnen sowie für den Sinn des Einsatzes von Kultur- und SprachmittlerInnen sensibilisiert werden. Zugleich wird mit der Entwicklung dieses Tätigkeitsfeldes ein personeller Beitrag zu einer verbesserten Versorgung von AsylbewerberInnen im Gesundheitsbereich gewährleistet. Darüber hinaus gilt es, die Arbeit der Teilprojekte und der

weiteren Kooperationspartner so zu koordinieren, dass die Unterstützungsstrukturen für AsylbewerberInnen ausgebaut werden. Durch eine Vernetzung mit anderen EQUAL-Projekten im Rahmen einer transnationalen Zusammenarbeit wird darüber hinaus eine Basis geschaffen, im europäischen Kontext Impulse, Ideen und Reformvorschläge für eine Beseitigung von Ungleichheiten am Arbeitsmarkt für die Zielgruppe des Projektes zu erarbeiten.

Zu betonen ist, dass das in Deutschland nach wie vor geltende faktische Arbeitsverbot für Asylsuchende dem Abbau von strukturellen Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt, einem zentralen Ziel des EQUAL-Programms, explizit entgegensteht. Auch das in den EQUAL-Richtlinien formulierte Verständnis einer gesundheitlichen Versorgung, die die (Wieder-)Herstellung der Beschäftigungsfähigkeit zum Ziel hat, geht weit über das deutsche Verständnis der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden hinaus. Durch die Förderung des Projekts bietet sich hier also auch die Chance, die staatlich verordnete Diskriminierung von Asylsuchenden in Deutschland in Frage zu stellen und modellhaft zu modifizieren.

Zur Arbeitsweise des Projektes

Um die beschriebenen Ziele zu erreichen, werden eine Reihe von Teilprojekten durchgeführt und miteinander koordiniert.

Die Aufgabe des Teilprojekts **„MultiplikatorInnenschulung“** ist die Sensibilisierung von Fachkräften aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialarbeit sowie von RechtsanwältInnen und VertreterInnen von Ausländerbehörden, die mit der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen zu tun haben. Für diese unterschiedlichen AdressatInnengruppen wird eine Seminarreihe konzipiert, in der die Probleme, die Lebenssituation und die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden sowie mögliche Lösungsansätze thematisiert werden. Die Weiterbildungsangebote, die hierfür konzipiert werden, setzen an den Strukturdefiziten im Gesundheitsbereich an. Hierzu zählen Weiterbildungsangebote zum Verhältnis von Therapie, Sprache und Kultur, zu Fragen interkultureller Kommunikation und zur Reflexion eigener Werthaltungen, zu kulturspezifischen Ausdrucksformen von Krankheit und Gesundheit, zu asyl-, aus-

länder- und sozialrechtlichen Aspekten, zu Strukturen und Rahmenbedingungen der entsprechenden Gesundheitsversorgung sowie zu den notwendigen therapeutischen Ansätzen. Die genauen Themen für die in den nächsten drei Jahren durchzuführenden Weiterbildungsangebote werden auf der Grundlage der sich abzeichnenden Bedürfnisse entwickelt, die wiederum mit den MitarbeiterInnen der anderen Teilprojekte abgestimmt werden.

Die Maßnahmen im Teilprojekt „**Qualifizierung**“ sind auf den Erwerb von Qualifikationen ausgerichtet, die die teilnehmenden Asylsuchenden und Flüchtlinge zu einer Tätigkeit als Sprach- und KulturmittlerInnen in der Gesundheitsversorgung befähigen. Im Hinblick auf die in Deutschland geltende Vorrangprüfung bei der Besetzung von freien Arbeitsplätzen bietet diese Qualifizierung sich für Flüchtlinge und Asylsuchende an, weil sie vor allem auf die spezifischen Fähigkeiten von Sprach- und Kulturkenntnissen zugeschnitten ist und somit einer Vorrangprüfung standhalten kann. Aufgebaut sind die Maßnahmen als modulares Schulungskonzept, deren einzelne Bausteine zertifiziert werden. Dies ermöglicht sowohl die durchgängige als auch die temporäre Teilnahme. Die Qualifikationsmaßnahmen beinhalten die Beteiligung an der Durchführung regionaler Angebote für die Schulung von MultiplikatorInnen. Außerdem ist die Teilnahme an Praktika geplant. Damit gewinnen sowohl die an der Qualifizierungsmaßnahme teilnehmenden Flüchtlinge selbst wie auch die jeweiligen Fachkräfte Erfahrungen im Setting „Ärztin/TherapeutIn – ÜbersetzerIn – PatientIn“. Diese Erfahrungen werden reflektiert und fließen in die Qualifizierungsmaßnahme ein.

Die Qualifizierungsmaßnahme begleitend sind Angebote vorgesehen, die zwar mittelbar in einem Zusammenhang mit dem grundlegenden Projektziel stehen, aber auch **Grundqualifikationen** enthalten, die anderweitig bei der Integration in den Arbeitsmarkt nutzbar sind. Hierzu gehören vier Sprachkurse „Verständigungshilfen im Alltagsleben“, in denen es darum geht, über die Aneignung eines Grundwortschatzes sich im Alltagsleben zurechtzufinden und über gesundheitliche Befindlichkeiten Auskunft zu geben. Zur Vertiefung und Anwendung der erlernten Sprachfähigkeiten sollen diese Kurse von TeilnehmerInnen der Qualifizierungsmaßnahme mitgestaltet werden. Darüber hinaus gehören hierzu mehrere Grundkurse im Bereich der EDV. Da innerhalb der Qualifizierungsmaßnahme für interessierte und geeignete

TeilnehmerInnen auch Fähigkeiten im Einsatz von computergestützten Spracherkennungs- und -vermittlungsprogrammen erlernt werden sollen, wird es erforderlich sein, vorab grundlegende Kenntnisse im EDV-Bereich zu vermitteln. Weil jedoch nicht alle TeilnehmerInnen der Qualifizierungsmaßnahme motiviert oder in der Lage sein werden, sich auf diese Bereiche einzulassen, werden grundlegende Elemente der EDV als offene Angebote für eine größere Gruppe von Flüchtlingen und Asylsuchenden konzipiert.

Parallel zum Teilprojekt „Qualifizierung“ gibt es das Teilprojekt **„Regionale Implementierung“**, das die Aufgabe hat, das Projekt in der Region bekannt zu machen. Dies soll helfen, die Projektziele regional umsetzen zu können. Konkret bedeutet das, dass die Mitarbeiterin dieses Teilprojektes Kontakte zu den entsprechenden AnsprechpartnerInnen der zuständigen beratenden und versorgenden Einrichtungen in der Region herstellt. Hierzu zählen neben den Behörden der Stadt und des Landkreises Osnabrück auch Institutionen, Verbände sowie ÄrztInnen und TherapeutInnen. Auf diese Weise sollen MitarbeiterInnen für ein Engagement für die Projektziele gewonnen werden. Um die Arbeit besser gestalten zu können, ist die Vernetzung der AnsprechpartnerInnen von zentraler Bedeutung. Unterstützt werden soll die Vernetzung durch den Aufbau **themenbezogener Arbeitsgruppen**. Dort soll u.a. erarbeitet werden, welche Einsatzfelder sich für die künftigen Sprach- und KulturmittlerInnen ergeben und wie die strukturellen Rahmenbedingungen zu gestalten sind, welche möglichen Hindernisse zu beseitigen sind und wie BehördenmitarbeiterInnen ein besseres Verständnis von Traumatisierung und Erkrankungen im Kontext von Flucht und Migration gewinnen können.

Die modellhafte Durchführung des Teilprojektes der **„Interdisziplinären Beratungsstelle“** hat das Ziel, durch eine kompetente, komplexe und umfassende Beratung die psychische Belastung der Flüchtlinge auf ihrem Weg durch das Asylverfahren zu mindern, ÄrztInnen, TherapeutInnen und AnwaltInnen zu entlasten, durch eine Beschleunigung der Abläufe die Asylverfahren zu verkürzen und damit auch die Kosten für Krankenkassen und Sozialämter zu reduzieren, ohne die Rechte der AsylbewerberInnen zu beeinträchtigen. Die Beratungsstelle berät AnwaltInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen, Verbände, Initiativen und UnterstützerInnen, die ihrerseits kranke Flüchtlinge mit ausländerrechtlichen Schwierigkeiten betreuen, behan-

deln, beraten oder vertreten. Weitere Aufgaben sind der Aufbau einer Adressen- und Informationsdatei, die Dokumentation und Aufarbeitung der Beratungsfälle, die Förderung des Problembewusstseins und des interdisziplinären Verständnisses bei den beteiligten Berufsgruppen sowie die Erarbeitung von Vorschlägen für eine Verbesserung der Verfahren.

Im Teilprojekt „**Regionalanalyse**“, das auf den Zeitraum des Jahres 2003 beschränkt ist, werden vor allem die regionalen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden im Landkreis Osnabrück, aber auch ihre Qualifikationen, erhoben werden. Hierbei wird auch auf die Erkenntnisse des Teilprojektes „Implementierung“ zurück gegriffen. Mit der Außenstelle der Zentralen Anlaufstelle für Asylbewerber (ZAST) in Bramsche-Heseppe im Landkreis Osnabrück bietet die Region sich für eine solche Untersuchung an. Bei der Analyse der regionalen Bedingungen bildet diese Außenstelle auch deshalb einen besonderen Baustein, weil hier der regionale Gesundheitssektor einerseits zuständig ist, andererseits aber nur eingeschränkte Möglichkeiten der medizinischen Versorgung bieten kann.

Eine zentrale Frage für die Regionalanalyse ist, welche Lebensbedingungen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen können und welche Lebensbedingungen eher zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation oder sogar zu (erneuten) Traumatisierung der Asylsuchenden beitragen. Dabei ist auch der jeweilige Aufenthaltsstatus zu berücksichtigen, der einen Einfluss darauf hat, wie viel Partizipationsmöglichkeiten zugestanden werden. Hierzu gehört dann wiederum der Grad der Reglementierung des Zugangs zum Arbeitsmarkt.

Als weiteres Teilprojekt ist der Bereich „**Publikationen und Veröffentlichungen**“ vorgesehen. Hier geht es darum, die Zwischenergebnisse des Projektes zu dokumentieren. Damit wird gleichzeitig eine Grundlage geschaffen, eine kritische Reflexion des Projektes auch mit Außenstehenden zu ermöglichen.

Das Projekt baut auf der Wechselwirkung zwischen den einzelnen Teilprojekten und den dort berührten Bereichen Strukturveränderungen, Multiplikatorenschulung und Qualifizierung auf. Insofern nimmt die

Koordination einen wichtigen Stellenwert ein. Die Aufgabe der Koordination besteht neben der Entwicklung der Zusammenarbeit der Teilprojekte auch in der Einbeziehung der weiteren Kooperationspartner, um die Arbeit effektiver zu gestalten. Zu diesen Kooperationspartnern gehören eine Vielzahl regionaler und überregionaler Institutionen und Verbände. Auf überregionaler Ebene zählen hierzu

- die Niedersächsische Ärztekammer,
- die Bezirksregierung Weser/Ems,
- die deutsche Sektion der Ärzteorganisation IPPNW, ,
- das Zentrum für Folteropfer Berlin,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft Pro Asyl e.V.

Kooperationspartner für die Umsetzung in der Region Osnabrück sind unter anderem

- die Stadt- und Kreisverwaltung Osnabrück,
- das Arbeitsamt Osnabrück,
- die Krankenhäuser in der Region,
- der Katholischer Krankenhausverband in der Diözese Osnabrück,
- die Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Osnabrück,
- die regionalen Niederlassungen der gesetzlichen Krankenkassen,
- die regionalen Arbeitskreise der MedizinerInnen und TherapeutInnen,
- das regionale Netzwerk „Kooperative Migrationsarbeit Osnabrück/Bentheim/Emsland“,
- das Internationale Beratungszentrum und der Migrationsbeirat der Stadt Osnabrück,
- das Gesundheitszentrum in der Region Osnabrück
- regionale Übersetzungsbüros und Sprachschulen.

Auch die Vernetzung mit der Arbeit in der Transnationalen Zusammenarbeit ist eine Aufgabe der Kooperation des Projektes. Über die Zusammenarbeit soll ein Austausch über Standards der Regelversorgung insbesondere im Gesundheitswesen, des Arbeitsmarktzugangs und der Qualifizierungsmöglichkeiten von Flüchtlingen ohne gesicherten Aufenthalt stattfinden. Identifiziert werden sollen Faktoren, die eine Verbesserung in den nationalen Konzepten

des Gesundheitswesens und in der beruflichen Qualifizierung von Flüchtlingen bewirken. Dabei soll die Übertragbarkeit dieser Indikatoren in die jeweiligen Partnerländer überprüft werden. Im Rahmen der transnationalen Zusammenarbeit arbeitet das Projekt SPuK mit folgenden Organisationen zusammen:

- Conselho Português para os Refugiados, Portugal,
- Uppsala Kommun, Schweden,
- Arrival Goteborg, Schweden,
- Sticing Regionaal Opleidingscentrum Drenthe, Niederlande,
- SONAS Ireland Ltd., Irland,
- dem DGB-Bildungswerk Thüringen, Deutschland,
- der Organisation for Aid to Refugees (OPU), Prag, Tschechische Republik.

Mit Hilfe der **Evaluation**, der wissenschaftliche Begleitung, sollen schließlich die Maßnahmen der einzelnen Teilprojekte als Modelle für eine dauerhafte Strukturveränderung in Richtung einer adäquaten Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen bewertet werden. Herausgearbeitet werden soll, ob die Maßnahmen geeignet sind, die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen zu stabilisieren, ihre medizinische Versorgung zu verbessern und ihre „Beschäftigungsfähigkeit“ (wieder-)herzustellen bzw. durch Qualifizierungen zu erhöhen. Die geschlechterspezifischen Bedingungen und Erfordernisse werden im Rahmen der Analyse herausgearbeitet, da zu erwarten ist, dass dies zu differenzierteren Perspektiven auf das Handlungsfeld beitragen kann. Die kontinuierliche Rückbindung der Evaluationsergebnisse an die am Projekt beteiligten Partner trägt dazu bei, die einzelnen Maßnahmen und Handlungsansätze während ihrer Durchführung zu optimieren. Zugleich werden die Konzepte und Erfahrungen in transnationalen Zusammenhängen analysiert, um die Lösungsansätze der Partner der transnationalen Kooperationen für die eigene Arbeit effektiver nutzen zu können.

Die Ergebnisse der Evaluation werden kontinuierlich veröffentlicht werden. Die zentralen Ergebnisse werden auch auf der **Abschlusskonferenz** präsentiert werden, die zum Abschluss des Projektes im Jahr 2005 ausgerichtet werden wird.

Weitere Infos und Kontakte, Zuständigkeiten für die einzelnen Teilprojekte

Projektleitung und –koordination, Projektverwaltung sowie Teilprojekte „Qualifizierung“ und „Implementierung“:

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V., Referat Migration/Ausländische Flüchtlinge, Johannisstraße 91, 49074 Osnabrück, Tel.: 0541/341-78, Fax: 0541/341-991, eMail: Ngrehlschmitt@caritas-os.de (Leitung und Koordination), gfriedrichs@caritas-os.de (Verwaltung), wvoß@caritas-os.de und alangewand@caritas-os.de (Teilprojekt "Qualifizierung"), sklesse@caritas-os.de (Teilprojekt "Implementierung")

Teilprojekte „Interdisziplinäre Beratungsstelle“ und „Publikationen und Veröffentlichungen“:

Förderverein Nds. Flüchtlingsräte e.V., Langer Garten 23 B, 31137 Hildesheim, Tel: 05121-15605, Fax: 05121-31609, eMail: gesundheit@nds-fluerat.org

Teilprojekt „MultiplikatorInnenschulung“ und Abschlußkonferenz:

Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen, Fachbereich Interkulturelle und internationale Arbeit, Bahnhofsstr. 16, 49406 Barnstorf, Tel.: 05442-991417, Fax: 05442-2241, eMail: egblomasse@vnb.de

Teilprojekt “Regionalanalyse” und Evaluation:

Universität Osnabrück, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften, Heger-Tor-Wall 9, 49069 Osnabrück, Tel.: 0541-9694060, Fax: 0541-9694561, eMail: birgit.behrens@uni-osnabrueck.de

Aktuelle Infos zum Projekt können demnächst unter www.spuk.info abgerufen werden.

Rede von Gabriele Erpenbeck, Ausländerbeauftragte des Landes Niedersachsen,

auf der Auftaktveranstaltung des Projektes *Qualifizierung von Flüchtlingen und Asylbewerbern zu Sprach- und Kulturmittlern (SPUK)*
am 23. Oktober 2002 in Osnabrück

Migration und Gesundheit sind zwei Themen, die schnell zusammenkommen. Migration führt in eine andere Welt mit anderer Sprache und Tradition, mit Institutionen, die anders organisiert sind als im Herkunftsland, mit anderem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Migrantinnen und Migranten sind zusätzlichen gesundheitsgefährdenden Lebensverhältnissen ausgesetzt, sei es am Arbeitsplatz, durch finanzielle Engpässe oder beengte Wohnverhältnisse. Gravierend auswirken können sich auch der versperrte Zugang zu Informationen über präventives bzw. gesundheitsförderndes Verhalten. Nicht zuletzt ist aber auch der ausländerrechtliche Status ein Hindernis für eine adäquate Gesundheitsversorgung vor allem bei Asylsuchenden, Kriegsflüchtlingen und Menschen, die hier ausländerrechtlich illegal leben.

Das Leben der eingewanderten Minderheiten ist in der Regel immer noch durch erhebliche soziale Ungleichheiten und Benachteiligungen gekennzeichnet. Sie weisen vielfältige Formen auf und sind in nahezu allen Lebensbereichen festzustellen. Hiervon sind die erste aber auch nicht unwesentliche Teile der folgenden Generationen der Migrantinnen und Migranten betroffen. Dies hat auch Konsequenzen für ihre Gesundheit.

Von besonderer Bedeutung sind die Ungleichheiten:

- durch ein weitreichendes Arbeitsverbot für Asylsuchende;
- die Vorrangregelung für deutsche und ihnen gleichgestellte ausländische Erwerbstätige beim Zugang zum Arbeitsmarkt;
- im Wohnbereich durch Konzentration in weniger attraktiven Stadtvierteln mit ungünstig gelegenen oder schlecht ausgestatteten Wohnsiedlungen oder die Gemeinschaftsunterbringung.

Diese sozialen Ungleichheiten lassen sich nicht allein auf subjektive Defizite der Betroffenen selbst zurückführen, wie etwa mangelnde Sprachkenntnisse, unzureichende Qualifikationen, die Neigung zum “unter-sich-Bleiben” oder kulturelle Fremdheiten. Es spielen auch politische und rechtliche Entscheidungen und Prozesse eine Rolle, die Benachteiligungen von Asylbewerbern und Flüchtlingen zur Folge haben. In jedem Fall aber stellt soziale Ungleichheit ein Gesundheitsrisiko für jeden Menschen dar.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 führt u. a. aus: “Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzung gebunden.”

Flüchtlingen fehlt es vor allem an der Chancengleichheit, wenn es um die Gesundheit geht. Fehlende Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen mindert die Lebensperspektive. Dadurch erhöht sich das Risiko gesellschaftlicher Konflikte. Der Grundkonsens einer Gesellschaft gerät in Gefahr. Bisherige Ansätze und auch die bisherigen, mit den besten Absichten realisierten Maßnahmen hatten keine nachhaltigen Erfolge. Sprachliche, kulturelle und institutionelle Barrieren konnten nicht überwunden werden. Dies betrifft alle medizinischen und therapeutischen Bereiche.

Der Zugang zu den bestehenden Angeboten der Gesundheitsdienste wird besonders durch strukturelle Barrieren erschwert. So bieten die Gesundheitsdienste nur selten geeignete und nachvollziehbare Informationen über Umfang, Sinn und Zweck vorhandener Angebote an. Von präventiven Maßnahmen oder Informationen der Gesundheitsförderung sind Migranten oft ausgeschlossen. Mediziner, Therapeuten und Pflegepersonal fehlen qualifizierte Dolmetscher. Wir brauchen viel mehr muttersprachliche Therapeuten und flankierende psychosoziale Versorgungseinrichtungen, die den Versorgungsauftrag auch für Migrantinnen und Migranten erfüllen.

Es fehlt immer noch an einer Sensibilisierung in den verschiedenen medizinischen Bereichen und Fachgebieten, damit die Fachkräfte sich darüber

im Klaren sind, dass beginnend bei der Anamnese bis zur Therapie von Patientinnen und Patienten mit Migrationsbiografien in vielen Fällen Zusätzliches beachtet werden muss.

Begegnung und Auseinandersetzung zwischen den Kulturen findet heute überall statt. In den Familien, den Nachbarschaften, am Arbeitsplatz. Kaum jemand kann dem entgehen. Vielerorts wird die Förderung der interkulturellen Kompetenz gefordert, das interkulturelle Lernen steht bei Experten hoch im Kurs. Im gesamten Gesundheitswesen sind Migrantinnen und Migranten medizinisch, psychiatrisch und psychotherapeutisch zu versorgen. Gerade in der Medizin darf, wenn sie ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden will, der kulturspezifische Ansatz nicht außer Acht gelassen werden.

Alle Bereiche der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung brauchen heute mehr denn je die interkulturelle Zusammenarbeit und das interkulturelle Lernen derjenigen, die professionell darin arbeiten. Aber nicht nur Kooperation sondern auch Vernetzung ist hier gefragt. Die Tatsache, dass in Deutschland rund 7,5 Mio. ausländische Staatsangehörige leben und dazu noch allein in den letzten 10 Jahren etwa 3 Mio. Spätaussiedler gekommen sind, macht deutlich, dass wir in Deutschland dringend weiter kommen müssen.

Die interkulturelle Öffnung der bestehenden sozialen Regeldienste ist voran zu treiben. Es ist nicht davon auszugehen, dass spezifische Angebote für alle Gruppen in ausreichender Form möglich und flächen-deckend angeboten werden könnten. Migrantenspezifische Einrichtungen außerhalb der Regelversorgung sind jedoch dort notwendig, wo die Regelversorgung kurzfristig keine befriedigenden Lösungen anbieten kann. Migrantenspezifische Einrichtungen sollten integrierend wirken. Sie können die Regeleinrichtungen ergänzen, nicht aber ersetzen. Sie können dazu beitragen, dass Migrantinnen und Migranten den angemessenen Zugang zum Gesundheitswesen aber auch in andere Bereiche finden. Eine konzeptionelle Zusammenarbeit zwischen Regeldiensten und migrantenspezifischen Einrichtungen ist dringend nötig. Das Miteinander und nicht das Nebeneinander muss das Ziel sein. Zum Gelingen des Zusammenlebens gehört, dass wir dieses gemeinsam gestalten, zusammen an der Zukunft bauen und nicht verhaftet bleiben in den Problemen und Schwierigkeiten, welche diesen gemeinsamen Prozess begleiten.

Gerade weil die Integrationsleistung trotz aller Probleme und Defizitanalysen insgesamt groß ist, weil Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften und andere viel Arbeit geleistet haben, um Migrantinnen und Migranten den Start zu erleichtern und um die interkulturelle Verständigung zu fördern, bedarf es auch der Übernahme von Verantwortung seitens derjenigen, die professionell in unseren Gesundheits- und Sozialdiensten tätig sind, damit diese Arbeit nicht umsonst getan ist.

Ich bin mir bewusst, dass die notwendigen Anpassungen der politischen Rahmenbedingungen wohl noch viel schwerer zu erreichen sind. Ich hoffe aber, dass das praktische Engagement und die Erfahrungen aus der Praxis es erreichen können, die notwendigen politischen Lösungen auf den Weg zu bringen.

Ich hoffe und wünsche, dass dieses Projekt mit seinen Ergebnissen und Erkenntnissen aus dem und für den Alltag von Flüchtlingen Einfluss gewinnen kann auf die notwendigen Anpassungsprozesse auch der politischen Rahmenbedingungen.



Hildesheim den 19.11.2002

**Aufruf an fachkundige AnwältInnen, ÄrztInnen und
PsychotherapeutInnen:**

Unterstützen Sie die „Interdisziplinäre Gesundheits-Beratungsstelle für Flüchtlinge“

Der Niedersächsische Flüchtlingsrat plant die Einrichtung einer interdisziplinären Gesundheits-Beratungsstelle für Flüchtlinge. Ziel des Projekts ist es, durch eine kompetente, komplexe, umfassende und zeitnahe Beratung

- eine frühzeitige Behandlung von Flüchtlingen zu erreichen,
- Ärzte/innen, Therapeuten/innen und Anwälte/innen zu entlasten,
- einen interdisziplinären Austausch zu Spezialgebieten (z.B. Trauma) zu fördern,
- eine angemessene Interessensvertretung für kranke Flüchtlinge zu gewährleisten.

Zur Umsetzung dieses Projekts, von dem wir uns auch eine Verkürzung der Asylverfahren sowie eine Reduzierung der Kosten der Krankenbehandlung versprechen, brauchen wir Ihre Hilfe: Wir suchen AnwältInnen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, die Erfahrung mit Asylsuchenden haben und sich ehrenamtlich an der Arbeit der Beratungsstelle beteiligen wollen. Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen wollen wir für das Projekt nutzbar machen, indem wir einen Informationspool schaffen, Foren für einen interdisziplinären Austausch ermöglichen und Sie dafür gewinnen, zu bestimmten, von Ihnen festgesetzten Zeiten für fachliche Nachfragen von Multiplikatoren/innen zur Verfügung zu stehen.

Für das auf drei Jahre angelegte Projekt steht ein Arzt (Dr. Baschir Samii) in der Geschäftsstelle des niedersächsischen Flüchtlingsrats zur Verfügung, der die weitere Arbeit koordinieren wird: Dr. Samii filtert die eingehenden Anfragen, fragt die benötigten Informationen ab und vermittelt bestimmte Fragen an fachkundige ehrenamtlich tätige Projektmitarbeiter weiter. Darüber hinaus organisiert er interdisziplinäre Austauschtreffen, archiviert die eingehenden Informationen und wertet die Fallberichte aus. Gesucht werden von uns Fachleute, die eine telefonische Fachberatung durchführen, gemeinsam Anfragen interdisziplinär diskutieren, bestehende Probleme analysieren und nach Lösungsmöglichkeiten suchen wollen. Das Projektteam besteht bislang aus folgenden Personen:

Dr. Gisela Penteker, allg. Ärztin

Dr. Baschir Samii, allg. Arzt

Britta Nitsche, Rechtsanwältin

Ronald und Ingrid Vogt, PädagogInnen

Wenn Sie Lust und Kraft haben, sich auf dieses spannende Experiment einzulassen, melden Sie sich bitte mit dem beiliegenden Schnipsel oder einfach in unserer Geschäftsstelle in Hildesheim unter 05121 – 15605.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gisela Penteker

Projekt
„Interdisziplinäre Gesundheits-Beratungsstelle für
Flüchtlinge“

- Ich habe Interesse, an den o.g. Projekt mitzuwirken
- Ich verfüge über Hintergrundwissen zu folgendem/n Thema/
Themen:

- Ich bin bereit,Stunden pro Woche/Monat ehrenamtlich
Beratungsarbeit für Multiplikatoren/innen zu leisten, und zwar
in der Zeit von bis
- Ich habe Interesse, an interdisziplinären Austauschtreffen teilzu
nehmen.
- Ich biete folgende Unterstützung des Projektes an:

- Ich benötige weitere Informationen

Name, Adresse, Tel/Fax, email:

Flüchtlinge und Gesundheit

Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus

Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen

*Knut Rauchfuss **

In dem 1998 in Kraft getretenen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) wird unter den Grundsätzen der Leistungserbringung für den öffentlichen Gesundheitsdienst in §4 ausgeführt:

(1) Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehörde im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen und diesem Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird.

These dieses Aufsatzes ist es, dass Flüchtlinge eine solche Gruppe darstellen, die *aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedarf* und deren *Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird*. Handlungsempfehlungen für die kommunale Ebene schließen sich an.

Flüchtlinge bedürfen besonderer gesundheitlicher Fürsorge

Als Folge wirtschaftlicher, ökologischer und politischer Krisen in aller Welt, sind Menschen in zunehmendem Maße gezwungen, ihre Heimat zu verlassen. Mehr als 21 Millionen Menschen befinden sich weltweit auf

* Rauchfuss ist Mediziner und Journalist. Er arbeitet u.a. bei der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum mit.

der Flucht. Fast 1 Million von ihnen lebt in Deutschland. Flucht macht krank, beginnend bei den jeweiligen Fluchtursachen, die - ob in Form von Krieg, Unterdrückung oder Armut - die Lebensbedingungen von Menschen und damit ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Systematische Erhebungen hierzu existieren nicht, so dass exemplarische Befragungen von ÄrztInnen, die in Aufnahmelagern tätig sind zur Beschreibung der Schädigungen herangezogen werden müssen.

So finden sich in ärztlichen Untersuchungen diverse körperliche Beeinträchtigungen, die von den befragten Flüchtlingen in unmittelbarem Zusammenhang mit erfahrener Gewalt durch Krieg, Folter und Militär gestellt werden. Exemplarisch seien hier die Ergebnisse einer allgemein-ärztlichen Untersuchung an tamilischen Flüchtlingen angeführt.¹

In der angegebenen Befragung klagten die Asylsuchenden über:

- Kopfschmerzen infolge Überstülpens eines benzingetränkten Jutesacks für längere Zeit
- ständige massive Kopfschmerzen und gelegentlicher Drehschwindel sowie Denk- und Konzentrationsstörungen nach einer Bombenexplosion
- Augentränen nach Schlag mit Eisenstange gegen den Hinterkopf
- Schulterschmerzen nach Schlag auf die Schulter
- Wadenschmerzen nach Stockschlägen
- Schmerzen im Bein als Folge einer Bombenexplosion
- Splitterverletzung im Gesäßbereich
- Schmerzen in der Brust durch Folter
- Schmerzen in den Beinen durch Granatsplitter
- Taubheitsgefühl und Schmerzen im Arm nach Schlägen durch das Militär gegen den Arm

Darüber hinaus äußern Flüchtlinge in der ärztlichen Sprechstunde vermehrt²

- nicht-abheilende Dauerinfektionen der Atemwege
- Magen-Darm-Beschwerden
- Kopf- und Rückenschmerzen

Die in der Erstuntersuchung aus seuchenhygienischen Gründen regelmäßig erfassten Infektionskrankheiten

- Tuberkulose
- Salmonellosen
- Syphilis
- HIV
- Hepatitis
- Parasitäre Erkrankungen

machen lediglich 8,8% der Morbidität der Zuwanderer aus.³

Die geschilderten Beschwerden sind somit einerseits als Folge der erlittenen Verfolgung zu werten. Ein anderer Teil, die nicht unmittelbar verfolgungsbedingten Beschwerden, spiegelt somit qualitativ die Prävalenz armutsbedingter Erkrankungen in den Herkunftsländern wider, wobei die Prävalenz quantitativ deutlich geringer ausfällt als in diesen Ländern selbst, da diejenigen, die Europa als Flüchtlinge erreichen, oftmals eher sozial privilegierteren Schichten entstammen. Der Effekt, dass gesundheitlich geschwächte oder gar stärker erkrankte Armutsflüchtlinge den beschwerlichen Weg nach Europa mehrheitlich nicht auf sich nehmen (können) und somit vergleichsweise „gesündere“ Individuen hier ankommen, wird als „Healthy-Migrant-Effect“ bezeichnet. Dieser manifestiert sich besonders bei ArbeitsmigrantInnen. Dennoch spiegelt sich die soziale und ökonomische Differenz zwischen Herkunftsland und Zielland in der Morbidität der Flüchtlinge wider. (s.u.)

Neben diesen *migrationsbedingenden* Faktoren, fördern auch *migrationsbedingte* Faktoren die Anfälligkeit von Flüchtlingen gegenüber Krankheiten. Flucht macht krank, da wo Menschen gezwungen werden, sich auf den entbehrungsreichen Weg zu machen, ihre angestammten Lebensumstände zu verlassen, nicht zuletzt um beim Versuch der Überwindung von Einreiseschranken erneut Leben und Gesundheit zu riskieren.

Durch eine veränderte Rechtslage in der Asylpraxis sind die zahlen der AntragstellerInnen zwar rückläufig, aufgrund der restriktiveren Bedingungen wächst jedoch die Zahl klandestiner Immigrationen, d.h. von Einwanderungen ohne gleichzeitige, gesetzliche Regelung des Aufenthaltsstatus. (s.u.) Mit Schwinden der Chance europäisches Territorium auf legalem Weg zu erreichen, sind Flüchtlinge zunehmend

gezwungen, sich in die Hände von Schleusergruppen zu begeben, deren vorrangiges Ziel darin besteht, Kapital aus der Misere der Flüchtlinge zu schlagen. Berichte von menschenunwürdigen Transportformen wechseln mit Nachrichten über Gewaltverbrechen an den Flüchtlingen selbst. So kommen nicht nur zahlreiche Flüchtlinge bei dem Versuch Europa auf dem Seeweg zu erreichen ums Leben (Italien, Spanien). Auch bei der Überquerung innereuropäischer Grenzflüsse nehmen jährlich zahlreiche Menschen Schaden an Leib und Leben. Die Überlebenden berichten oftmals von Raubüberfällen während des Transportes oder weisen Folgewirkungen von Unterkühlung, Unterernährung u.v.m. auf.

Und Flucht macht Menschen krank, selbst dann noch, wenn sie scheinbar sicheren Boden in der Bundesrepublik Deutschland erreicht haben. Menschenunwürdige Unterbringungsbedingungen, nahezu fehlende soziale Unterstützung und ein auf Notfallversorgung beschränkter Behandlungsanspruch, unsichere Aufenthaltsbedingungen, gekoppelt an die permanente Bedrohung abgeschoben zu werden und Ausgrenzungspraktiken durch staatliche Behörden wie durch das neue gesellschaftliche Umfeld verursachen, beschleunigen oder begünstigen die Entstehung von Krankheit und verhindern Heilungsmöglichkeiten. Betroffen hiervon sind v.a. Menschen, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) fallen, sowie illegalisierte Flüchtlinge mit unklarem oder ohne Aufenthaltsstatus.

Das Asylbewerberleistungsgesetz

Das AsylbLG ist seit 1993 in Kraft. Es schränkt die Sozialleistungen von Asylsuchenden, Flüchtlingen mit Duldung und von Bürgerkriegsflüchtlingen grundsätzlich ein. Im Juni 1997 wurde das Gesetz nochmals verschärft und die Geltungsdauer von einem auf die ersten drei Jahre des Aufenthaltes ausgedehnt.⁴

Im September 1998 ist eine zusätzliche Leistungseinschränkung (§1a) festgeschrieben worden. Der derzeitige Entwurf des Bundesinnenministeriums für ein Zuwanderungsgesetz (ZuwG) sieht eine weitere Verschärfung der Gültigkeit für die gesamte Dauer des Asylverfahrens vor.⁵

Neben gesundheitsbeeinträchtigenden sozialen Einschränkungen, wie z.B. der Absenkung der Sozialhilfe um rund 25%, die vorrangig in

Sachleistungen ausgezahlt werden soll, sowie der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, ist auch die kurativ-medizinische Versorgung reduziert.

Anspruch auf Behandlung besteht nur bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen (§4) oder auf Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§6). Die Auslegung dieser Paragraphen unterliegt willkürlichen Spielräumen und differiert zwischen den einzelnen Sozial- und Gesundheitsbehörden in weitem Maße. So sind in einigen Städten, wie z.B. Gummersbach⁶, zusätzliche rechtswidrige Einschränkungen vorgenommen worden, wie die Begrenzung auf ausschließlich lebensnotwendige oder unaufschiebbare Behandlungen.

Immer wieder führt die Ausstellung von Behandlungsscheinen durch die zuständigen Sozialämter zu Verzögerungen und Reibungsverlusten im therapeutischen Alltag. Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruchs durch Sozialämter und AmtsärztInnen beruhen zumeist auf einer den gesetzlichen Rahmen sprengenden, übermäßig restriktiven Auslegung des AsylbLG. Nicht selten formulieren medizinisch nicht qualifizierte SachbearbeiterInnen unsachgemäße Einschränkungen. Probleme, die bei der Vergabe von Behandlungsscheinen auftreten, werden leicht den Betroffenen selbst zur Last gelegt, die sich scheinbar nicht ausreichend um ihre Angelegenheiten kümmern. Tatsächlich ist es jedoch nicht einsichtig, wenn z.B. ein ärztliches Attest einer akuten Erkrankung zur Voraussetzung für den Arztbesuch überhaupt erklärt wird.

Auch Krankenhäuser und niedergelassene ÄrztInnen verzichten in dieser Situation oftmals auf die gebotene diagnostische Abklärung nebenbefundlich erhobener Erkrankungen, weil sie bei allgemein hoher Stressbelastung die aufreibenden Verhandlungen mit den Sozialämtern scheuen.

Die Kosten für die Behandlung von psychosomatischen Beschwerden, wie sie oftmals als Folge erlittener Gewalt auftreten, und die Therapie unmittelbarer Behinderungen und Verletzungen werden oftmals nicht oder erst nach langem Insistieren übernommen. In dieser Situation scheuen zahlreiche AsylbewerberInnen die bürokratischen Hürden und suchen den Ausweg im Bereich der Laienhilfe im Angehörigen- oder Bekanntenkreis anstelle einer adäquaten medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung.

MigrantInnen ohne Papiere

Wie bereits erwähnt hat die Verschärfung des Asylrechtes 1993 die Zahl klandestiner Immigrationen, d.h. von Einwanderungen ohne gleichzeitige, gesetzliche Regelung des Aufenthaltsstatus, anwachsen lassen. Seitdem es nahezu unmöglich gemacht wurde, auf legalem Weg nach Deutschland zu fliehen, einzureisen, einzuwandern, ist die Überschreitung der Staatsgrenzen oftmals nur noch „illegal“ möglich. So werden Menschen, die hier Zuflucht suchen, in die Illegalität gedrängt - kriminalisiert. Sie sind „illegal“ in den Augen der Behörden und Gerichte, doch ihr Verbrechen besteht in ihrer bloßen Existenz auf deutschem Boden.

Zur Gruppe der Illegalisierten gehören außerdem AsylbewerberInnen, deren Antrag abgelehnt wurde, die aber aus Angst vor Verfolgung in ihrem Land lieber die unsichere Lebenssituation hier in Kauf nehmen, sowie Menschen, die vor einer akuten Bedrohung aus ihrem Land geflohen sind, die Voraussetzungen für einen Asylantrag jedoch nicht erfüllen (z. B. nicht-staatliche Verfolgung). Illegalisiert wird auch, wer hier bleibt, obwohl der Aufenthalt nicht mehr erlaubt, gestattet oder geduldet ist, z.B. infolge des Verlustes des Arbeitsplatzes oder der Trennung von EhepartnerInnen. Oder Menschen, die wegen mangelnder Rechts- und Sprachkenntnisse versäumt haben, die richtigen Anträge zur richtigen Zeit zu stellen.

Offizielle Stellen schätzen die Anzahl von MigrantInnen ohne Papiere in Deutschland auf $\frac{1}{2}$ bis 1 Million Menschen. Die ständige Furcht vor Entdeckung und Abschiebung prägt das Leben in der „Illegalität“. Für solchermaßen Illegalisierte verlaufen die zu überwindenden Grenzen durch den Alltag. Illegalisierung bedeutet, kein Zugang zu allem, wo Papiere verlangt werden könnten. „Illegalität“ heißt sozialer Abstieg und völlige Rechtlosigkeit: rechtlos gegenüber Behörden, ArbeitgeberInnen und VermieterInnen und schutzlos gegenüber jeder Art von Krankheit.

Im Falle einer Erkrankung oder Schwangerschaft wird der Besuch bei einem Arzt oder einer Ärztin solange wie möglich vermieden. In noch stärkerem Ausmaß als bereits für die Gruppe der Flüchtlinge, die dem AsylbLG unterliegen, beschrieben, greifen Illegalisierte auf die Laienhilfe im Angehörigen- oder Bekanntenkreis zurück. Erst wenn ein weiterer Aufschub von fachkundiger Behandlung unvermeidlich geworden ist, wird fachkundige Hilfe gesucht. Dabei erfolgt die Auswahl der Ärzte und

Ärztinnen nicht immer passend zum Krankheitsbild. Andere Faktoren entscheiden, an wen sich Illegalisierte wenden. So werden vornehmlich Praxen aufgesucht, von denen erzählt wird, dass man denjenigen trauen kann, egal, welcher Fachdisziplin sie angehören.

Ist ein solches Vertrauen nicht gegeben, erfolgen oft einmalige Konsultationen unter falscher Identität, mit fehlender Folgebehandlung aus Angst vor „Enttarnung“.

Andere PatientInnen verschulden sich bei ArbeitgeberInnen, Familie oder Bekannten, um eine Krankenhausbehandlung auf Privatrechnung bezahlen und damit eine Weitergabe ihrer Daten verhindern zu können. Besonders prekär für Illegalisierte ist die Versorgung chronisch oder psychisch Kranker.

Seit 1997 können sich Illegalisierte an die medizinische Flüchtlingshilfe Bochum wenden und dort bis zu einem gewissen finanziellen Rahmen fachkundige Hilfe erhalten.

Gesundheitliche Folgen des Flüchtlingsstatus

In dieser Situation tragen für zahlreiche Flüchtlinge ihre Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland zur Verschlechterung der Gesundheitssituation bei.

Im Unterschied zu Nachbarländern, wie z.B. der Schweiz⁷ fehlen jedoch in Deutschland bislang systematische und repräsentative, populationsbasierte Untersuchungen über die Gesundheitssituation die Gesundheitswahrnehmung, das Gesundheitsverhalten und auch Gesundheitsressourcen von Flüchtlingen und Asylsuchenden.⁸ Erste Tendenzen hierzu weist lediglich eine Befragung von AllgemeinärztInnen aus dem Jahr 1998.⁹ Als Krankheitsursachen werden von den befragten ÄrztInnen verschiedene Aspekte genannt. Zum einen werden die konkreten Lebensbedingungen in den Aufnahmelagern angeführt, wie z.B. Einschränkungen in der Verpflegung oder das Recht selbst zu kochen. Weitere Beschränkungen im alltäglichen Leben erfahren die Flüchtlinge durch diverse Beeinträchtigungen ihres Intimlebens. Die Mindestanforderungen für die Unterbringung, Versorgung und Betreuung von Flüchtlingen, wie sie z.B. vom Arbeitskreis der

Diakonischen Werke der Evangelischen Kirche in Deutschland formuliert werden, werden meist nicht erreicht.¹⁰

Aufgrund der Sammelunterbringung sind jene Schranken, die normalerweise die Lebensbereiche Wohnen, Schlafen, Arbeiten sowie Freizeit voneinander trennen, aufgehoben. Alle Angelegenheiten des alltäglichen Lebens finden an ein und demselben Ort statt. Auch sind die Asylsuchenden aufgrund mangelnder Beschäftigungsmöglichkeiten zu Nichtstun verurteilt, sowie durch Abschiebung bedroht. Die Folgen sind gravierende Beeinträchtigungen im Alltag, was die Erfüllung kulturell verankerter Rollenaufgaben verhindert. Eine dauerhafte, außerordentliche psychomentele wie physische Belastung für die Flüchtlinge ist die Folge, wie bereits Anfang der 80er Jahre für Asylsuchende im Sammellager Tübingen nachgewiesen wurde.¹¹

Die Flüchtlinge im Sammellager zeigten im Vergleich zu individuell untergebrachten Flüchtlingen stärkere depressive Reaktionen. Zum anderen wiesen sie deutlichere Auffälligkeiten auf, was Alkoholmissbrauch, Aggressionen und Regressionstendenzen angeht. Von den Psychologen in dieser Studie wurden diese Persönlichkeitsveränderungen auf die Merkmale der bereits von Goffmann am Beispiel psychiatrischer Anstalten beschriebenen „totalen Institution“ zurückgeführt.¹²

In der bereits erwähnten Befragung von AllgemeinärztInnen wurde ebenfalls die Entwertung der eigenen Lebensanstrengungen und die Wahrnehmung, unwillkommen zu sein, ursächlich für die geschilderten Beschwerden verantwortlich gemacht. Diverse psychische Beeinträchtigungen, wie Suchttendenzen, Depressionen, Ängste und Panikattacken erschlossen sich den ÄrztInnen durch das Erscheinungsbild und das Auftreten der Flüchtlinge sowie aus deren Schilderungen ihrer Migrationsbiographie.

Einen wesentlichen Faktor, im Rahmen der Verhinderung psychischer Genesung von den Folgen erlittener Gewalt, stellt nicht nur der mangelnde Zugang zu fachgerechter therapeutischer Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge dar. Auch der unsichere Aufenthaltsstatus, die permanente Konfrontation mit der Gefahr der Abschiebung, wirkt einer psychischen Stabilisierung von traumatisierten Flüchtlingen systematisch entgegen und kann bis zur Retraumatisierung im Asylverfahren reichen.¹³

Neben den Unterbringungs- und Lebensbedingungen spielt jedoch auch die Frage des Wissens um bestehende Rechte auf Vorsorge und Behandlung eine wesentliche Rolle. Noch heute ist die staatlicherseits organisierte Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland vorwiegend seuchenhygienisch ausgerichtet, orientiert am Schutz der einheimischen Bevölkerung vor möglichen übertragbaren Krankheiten. So differiert die gesetzlich vorgeschriebene Erstuntersuchung nach Form und Inhalt im Rahmen der föderalen Struktur der Bundesrepublik stark. Sie reicht von traditionellen Zwangssystemen (Bayern und Sachsen) bis hin zum Angebot freiwilliger Teilnahme an einem Gesundheitsprogramm („Bremer-Modell“). Das Fehlen einer Einweisung in die bestehenden Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und das Fehlen einer entsprechenden kontinuierlichen Begleitung überlässt vielerorts die mit den gegebenen Strukturen unvertrauten Neuankömmlinge gänzlich sich selbst.

So zeigte eine in Münster durchgeführte Studie eine deutlich geringere Inanspruchnahme kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen durch Flüchtlingsfamilien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (vgl. Tab 1)¹⁴

Auch wenn für den Vergleich lediglich diejenigen Flüchtlingskinder herangezogen werden, die in Deutschland geboren wurden, um den Einfluss der Gesundheitssysteme des jeweiligen Herkunftslandes auszuschließen, erweist sich der Unterschied weiterhin als signifikant. Besonders auffällig ist der Teilnahmeschwund bei den Flüchtlingskindern jenseits des sechsten Lebensmonats.

Tab.1: Dokumentierte Teilnahmen Kindervorsorgeuntersuchungen

	Flüchtlingskinder (gesamt) %	Flüchtlingskinder (in Deutschland geboren) %	Schulanfänger- Innen %
U1 (Geburt)	16,9	69,2	80,1
U2 (3.-10. Tag)	15,7	66,7	79,8
U3 (4.-6. Woche)	14,0	59,0	82,7
U4 (3.-4. Monat)	8,4	35,9	82,7
U5 (6.-7. Monat)	6,2	23,1	78,8
U6 (10.-12. Monat)	1,7	7,7	79,0
U7 (21.-24. Monat)	1,1	2,6	78,0
U8 (43.-48. Monat)	0,0	0,0	75,0
U9 (60.-64. Monat)	0,0	0,0	64,6

Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wird durch das AsylbLG nicht eingeschränkt.

Ähnliche Abweichungen zwischen Flüchtlingskindern und Deutschen weist die Münsteraner Studie im Bereich des Impfschutzes nach. (Tab. 2) Zur Sicherstellung einer methodisch korrekten Vergleichbarkeit wurden nur Flüchtlingskinder in einem Alter über 15 Monaten (Abschluss der Grundimmunisierungen) herangezogen. Als Basis für die Entscheidung über einen altersentsprechend kompletten Impfschutz wurden die Empfehlungen der ständigen Impfkommission von 1996 herangezogen. Hiernach ist bei fehlender Dokumentation von Ungeimpftheit auszugehen.

Die Erkenntnis, dass nicht einmal 10% der gesamten Flüchtlingskinder gegen Tetanus geimpft sind, muss weitreichenden Anlass zur Besorgnis geben, erst recht, wenn man sich die Spielbedingungen in der Umgebung von Flüchtlingsheimen vergegenwärtigt.

Die WHO und internationale Hilfsorganisationen führen in Flüchtlingslagern weltweit als eine der vordringlichsten Maßnahmen Masernimpfungen durch. Vor diesem Hintergrund ist eine Masernimpfrate von gerade mal 12,8 % unter Flüchtlingen in Münster nicht akzeptabel und zeigt dringenden Handlungsbedarf im Sinne zugehender Gesundheitsfürsorge auf.

Die Rate an Klinikaufhalten von Flüchtlingskindern erscheint orientierend relativ hoch. Altersspezifische Vergleichsdaten deutscher Kinder lagen in Münster jedoch nicht mit der erforderlichen Trennschärfe vor.

Tab. 2: Dokumentierter kompletter Impfschutz

	Flüchtlingskinder (gesamt) %	Flüchtlingskinder (in Deutschland geboren) %	Schulanfänger- Innen %
Tetanus	9,6	22,9	81,0
Diphtherie	9,2	25,7	81,0
Keuchhusten	3,2	8,6	7,9
Masern	12,8	28,6	70,8
Mumps	11,2	25,7	70,9
Röteln	8,8	20,0	30,3
Kinderlähmung	12,0	22,9	80,3

24,2% aller Flüchtlingskinder hatte einen oder mehrere (maximal 10) Krankenhausaufenthalte in Deutschland hinter sich, davon 16,3% der Nennungen lediglich für einen und 32,6% bis zu drei Tagen. Erfahrungsgemäß kommt es zu eintägigen Krankenhausaufenthalten oft durch unmittelbare Klinikvorstellung ohne vorherige Konsultation in einer Praxis. Es ist zu vermuten, dass die hiermit verbundenen psychosozialen Belastungen von Kindern und Familien durch eine verbesserte Kenntnis und Inanspruchnahme des medizinischen Regelversorgungssystems zumindest teilweise vermeidbar wären. Auch das AsylbLG trägt einen erheblichen Anteil, an der Verlagerung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung auf Notdienste und Krankenhäuser.

Mit der Dauer des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland verschlechtert sich der Zustand von MigrantInnen stärker, als derjenige der einheimischen Bevölkerung während desselben Vergleichszeitraumes. Im Vergleich dreier Querschnitte aus dem sozioökonomischen Panel (1984, 1988, 1992) wurde der Gesundheitszustand von vor 1973 in die Bundesrepublik eingewanderten ArbeitsmigrantInnen entlang dreier Morbiditätsindikatoren (Behinderung täglicher Aktivitäten durch Gesundheitszustand, chronische Krankheit, Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung) dem Gesundheitszustand altersgleicher Deutscher gegenübergestellt. Für ArbeitsmigrantInnen zeigt sich noch in den 80er Jahren ein deutlicher „Healthy-Migrant-Effect“. Dieser verringert sich jedoch in den Folgejahren drastisch, vor allem für den Indikator „chronische Krankheit“. Dies legt nahe, dass sich die Gesundheit der befragten ArbeitsmigrantInnen altersabhängig stärker verschlechtert haben muss, als die der deutschen Befragten.¹⁵ Für Flüchtlinge liegt eine entsprechende Untersuchung nicht vor.

Zusammenfassung

Trotz mangelnder systematischer Erhebungen zum Gesundheitszustand unterschiedlicher Gruppen von MigrantInnen - insbesondere von Flüchtlingen - lassen die vorliegenden Studien sowie die Erfahrungen behandelnder ÄrztInnen den Rückschluss zu, dass MigrantInnen im Sinne des ÖGDG eine Gruppe darstellen, die *aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge* bedarf und deren *Bedarf nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen wird*.

Migrationsbedingende Faktoren, wie Krieg, Repression und Armut haben einen erheblichen ursächlichen Anteil an gesundheitlichen Beschwerden, die MigrantInnen bei ihrer Ankunft in der Bundesrepublik Deutschland aufweisen.

Migrationsbedingte Faktoren, die vorwiegend in der Verantwortlichkeit der von der Bundesrepublik Deutschland bereitgestellten Aufnahmebedingungen liegen, verschlechtern den Gesundheitszustand systematisch oder verhindern zumindest vielfach eine Genesung. Dies gilt v.a. für die Lebens- und Unterbringungsbedingungen von Flüchtlingen, für den unsicheren Aufenthaltsstatus, für Arbeitsverbot und die Einschränkung sozialer Leistungen, aber auch und erst recht für die mangelnde Bereitstellung medizinischer und psychosozialer Versorgung und das Abdrängen von MigrantInnen ohne Papiere in die Illegalität.

Mangelnde Bereitschaft einer großzügigen Auslegung des AsylbLG sowie das Fehlen einer begleitenden Einweisung in die angebotenen Leistungen des Regelversorgungssystems führen zu einer relativen Verschärfung der Mangelversorgung.

Doch auch für ArbeitsmigrantInnen der 1. Generation, mit vollständigem Anspruch auf gesundheitliche Versorgung, verschlechtert sich der Gesundheitszustand im Laufe ihres Aufenthaltes stärker, als in der deutschen Vergleichspopulation.

Es ist daher Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörde, nach §4, Absatz 1 ÖGDG, *im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen* die erforderliche medizinisch-soziale Versorgung für diese Zielgruppe zu erbringen.

Handlungsempfehlungen

Im einzelnen werden folgende Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitssicherung als notwendiges Angebot an Flüchtlinge auf der kommunalen Ebene für erforderlich gehalten:

- Angebot eines Erstuntersuchungs- und –beratungsprogramms für neuankommende Flüchtlinge nach Bremer Vorbild unter Einschluss einer Kenntnisvermittlung über Aufbau und Zugangswege zum hiesigen Gesundheitsversorgungssystem

- Intensivierung der gesundheitsbezogenen Kooperation mit Betroffenen und Professionellen aus der Flüchtlingspopulation und der bereits vor Ort tätigen NGOs
- Sicherstellung von notwendigen Schutzimpfungen, ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe
- Regelmäßige multiprofessionell besetzte Sprechstunden vor Ort zu Fragen der Entwicklung, Hygiene und Ernährung von Kindern
- Frauenspezifische Sprechstunden und Veranstaltungen durch interkulturell kompetente Ärztinnen
- Intensivierung des Dialogs mit den Flüchtlingen über ihre traditionellen Kompetenzen der Gesundheitsförderung
- Bereitstellung eines angemessenen Zugangs zu kulturspezifischen Ernährungsgewohnheiten im Zuge der Reduzierung von Sachleistungen zugunsten von Bargeld
- Aufsuchende Gesundheitshilfe im lebenspraktischen und sozialmedizinischen Bereich
- Ausbau der bevölkerungsspezifischen Gesundheitsberichterstattung im Sinne eines kontinuierlichen Monitorings der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen
- Aufhebung der Verwahrung von Flüchtlingen in Sammelunterkünften mit dem Ziel der ausschließlichen dezentralen Unterbringung
- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen ebenso wie gesetzlich Versicherten Krankenscheine auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung quartalsweise vorab zur Verfügung gestellt werden
- Die Entscheidungsgewalt von medizinischen Laien in Form von MitarbeiterInnen des Sozialamtes über die Erforderlichkeit einer Behandlung muss komplett an das Votum von ÄrztInnen mit jeweils spezifischer Fachqualifikation abgetreten werden
- Behandlungsscheine dürfen keine einschränkenden Kennzeichnungen des Behandlungsumfangs enthalten
- Bei der Behandlung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG und nach BSHG einschl. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist die freie Arztwahl sicherzustellen, dies gilt auch für Diagnosestellung und Feststellung des Behandlungsbedarfs
- Der Behandlungsumfang nach SGB V, BSHG und AsylbLG muss auch die notwendigen Dolmetscherkosten beinhalten¹⁶

- Für psychologisch traumatisierte Flüchtlinge muss in ausreichendem Maße Zugang zu Therapieplätzen mit spezieller Fachqualifikation geschaffen werden
- Kostenlose und gesichert anonyme Behandlungsmöglichkeiten für alle Menschen in Notlagen – einschl. Flüchtlingen ohne Papiere - sind bereitzustellen

-
- 1 v Graessner S, Gurriss N, Pross C (Hrsg.) (1996). Folter - An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. Eine Veröffentlichung des Therapiezentrum für Folteropfer Berlin. München: Beck, CH
 - 2 Mohammadzadeh Z (1995) Das Bremer Erstuntersuchungsprogramm für Asylsuchende; Gesundheitswesen 57, (8-9), 457 ff.
Sonderegger TS, Holzer B, Frey FJ (1985) Medizinische Probleme bei Asylbewerbern aus Sri Lanka (Tamilen). Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 115 (2): 59 ff.
 - 3 Mohammadzadeh Z (1996). Some Aspects of Migrants and Health in Germany. In: Z. Zenker HJ, Mohammadzadeh Z, Hilbert T (1996). Asylum Seekers/refugees and Health; Proceedings of an Expert Meeting in Bremen, Public Health Office. Bremen, 29-49
 - 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Bundesgesetzblatt Jahrg. 1997 Teil I Nr. 57, ausgegeben zu Bonn am 14. August 1997
 - 5 Entwurf eines Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern; Referentenentwurf (Stand: 7.08.2001), Artikel 8, http://www.bmi.bund.de/Anlage8476/Gesetzentwurf_als_PDF-Download.pdf
 - 6 Stadtdirektor der Stadt Gummersbach März 1998 Az. 50/Fi : An alle im Oberbergischen Kreis niedergelassenen Ärzte
 - 7 Junghans T (1998). Asylsuchende und Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung einer komplexen Minderheit; Soz.-Präventivmedizin 43, 11ff
 - 8 Razum O, Zeeb H (1998). Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland - Notwendigkeiten und Beschränkungen; Gesundheitswesen 60, 238ff
 - 9 Blöchliger C, Osterwalder J, Hatz C, Tanner M, Junghans T (1998). Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallsituation; Soz.-Präventivmedizin 43: 39ff
 - 10 Diakonisches Werk (1986). Mindestanforderungen für die Unterbringung, Versorgung und Betreuung von Flüchtlingen in der Bundesrepublik Deutschland, Arbeitskreis der Diakonischen Werke der Gliedkirchen der Evangelischen Kirche in Deutschland und Freikirchen "Hilfen für Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West"
 - 11 Henning C, Wießner S (1982). Lager und menschliche Würde - die psychische und rechtliche Situation der Asylsuchenden im Sammellager Tübingen. Tübingen: AS-Verlag

- 12 Goffmann E (1973) Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp
- 13 Rauchfuss K (2001). Anforderungen an die Traumatherapie. <http://www.remedio.de/downloads/anfra.pdf>
- 14 Gardemann J, Mashkooi K (1998). Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster; Gesundheitswesen 60, 686ff.
- 15 Lechner I, Mielck A (1998). Die Verkleinerung des "Healthy-Migrant-Effects": Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozioökonomischen Panel 1984-1992; Gesundheitswesen 60, 715ff
- 16 vgl. BVerwG, NJW 1996, 3092, das für § 37 BSHG den Anspruch bestätigt hat

Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld der Kulturen

Viola Hörbst *

*“Wir sind alle aus lauter Flicken und Fetzen
und so kunterbunt unförmlich zusammengestückt,
dass jeder Lappen jeden Augenblick sein eigenes Spiel treibt.
Und es findet sich ebensoviel Verschiedenheit zwischen uns und uns selber
wie zwischen uns und anderen.”*
(Michel de Montaigne)

Als Ethnologin bilde ich in Ihren Reihen medizinischer Fachleute eher das Exotische, das Fremde - und in diesem Fremdsein liegen schon die Berührungspunkte für die Thematik dieser Fachtagung: Migration und Gesundheit. Thema der Ethnologie ist das Fremde, das, was Menschen voneinander unterscheidet. Migrationsprozesse und die damit verbundene *“Präsenz des Fremden auf gesellschaftlicher Ebene”* (Geiger 2000: 12) bedingen, dass, das, *“was die Menschen unterscheidet - religiöse, kulturelle und politische Unterschiede”* an einem Ort, in einer Stadt, *“immer öfter sogar in einer Familie, in einer Biographie”* ist (Beck 1998: 7; vgl. Geiger 2000: 12). Zugleich sind unsere Lebenswelten geprägt von einer unaufhaltsam fortschreitenden Individualisierung und Pluralisierung, die nicht mehr widerspruchs- und ambivalenzfrei gelebt werden können (Keupp 1994: 241f.). Diese Prozesse spiegeln sich auch in Gesundheitsvorstellungen wieder. In diese vielschichtige Fremde des Krankheitsverständnisses möchte ich Sie im folgenden entführen:

Stellen Sie sich vor, Sie sind allein im Urlaub in Mexiko, alles ist wunderbar. Sie wachen am nächsten Morgen auf unter blauem Himmel - aber leider mit massiven, auf Bohnengröße angeschwollenen Lymphknoten,

* Auf dem Fachtag Migration und Gesundheit am 28.3.2001 in Augsburg gehaltener Vortrag. Die Dokumentation des Fachtags ist zu beziehen über: FILL e.V., Mozartstr. 5 ½, 86150 Augsburg.

Viola Hörbst ist Ethnologin und Mitbegründerin der Arbeitsgruppe Medical Anthropology der Deutschen Gesellschaft für Völkerkunde, lehrt zeitweise am Institut für Völkerkunde an der LMU München und arbeitet seit 1996 im Bayerischen Zentrum für transkulturelle Medizin in München mit.

nur an der linken Halsseite, sowie wechselndem Fieber und Gelenkbeschwerden, die sich nicht durch die mitgebrachte Reiseapotheke beheben lassen. Viele Sorgen und Bedenken gehen wohl den meisten dann spontan durch den Kopf. Um heim zu fliegen haben Sie nicht das nötige Geld, der einzig deutschsprachige Arzt vor Ort ist in Urlaub. Also hilft alles nichts, sie gehen ins Krankenhaus: In der ärztlichen Untersuchung können Sie zwar halbwegs ausdrücken, wo es ihnen weh tut, aber das Verhalten des Arztes irritiert Sie. Auch seine Fragen scheinen Ihnen am Kern der Sache vorbeizugehen. Erst recht verunsichert Sie die Methode: anstatt ein Blutbild zu machen, werden Sie am Bauch abgetastet, schließlich ohne weitere Erklärungen entlassen und mit einem Rezept für Antibiotika in die Apotheke geschickt.

Ähnliche Situationen haben bestimmt schon einige von Ihnen erlebt - samt den damit einher gehenden Irritationen. Dies hängt damit zusammen, dass Krankheitssituationen meist durchzogen sind von Unsicherheiten, vor allem dann, wenn sie uns halbwegs ernst erscheinen. Wann sie uns ernst erscheinen, hängt wie oben beschrieben von Verschiedenem ab, z.B. von der Heftigkeit der Symptome und von der Eigenheit der Symptome an sich.

Die Wahrnehmung und Einordnung von körperlichen Störungen ist aber nicht nur eine individuelle oder wissenschaftliche, sondern eine kulturell unterschiedlich arrangierte Angelegenheit. In Aufbau und Form ähneln sich zwar alle menschlichen Körper. Und grundsätzlich sind auch alle Menschen mit Körperlichkeit und Körper konfrontiert. Dem können wir wohl alle zustimmen. Aber wie Störungen erlebt und eingeordnet werden, basiert auf kulturell unterschiedlichen Wahrnehmungen des Körpers und seiner Äußerungen.

Körperkonzepte

Lassen Sie mich dies kurz an unserer eigenen Auffassung des Körper- und Menschenbildes festmachen, die ja unmittelbare Grundlage auch für die Wissenschaften bildet: Unser Körper- und Menschenbild ist Teil des "kartesianischen Erbes": die Trennung in den funktionierenden Körper - res extensa - und in den denkenden Geist - res cogitans. Das denkende Prinzip wurde dem nicht denkenden Prinzip übergeordnet: der Geist steht über der Natur, oder anders ausgedrückt dem Körper. Natur und

Körper wurden objektiviert, d.h. reduziert auf physikalisch-biologische Zusammenhänge, die dem rational erkennenden Geist zugänglich sind und auf Naturgesetzmäßigkeiten hin betrachtet werden können (Sheper-Hughes & Lock 1987: 22). Daraus entstand letztlich ein mechanistisches Körperbild, welches zum Ausdruck kommt als Gleichsetzung des Menschen mit einer Maschine in unserer Metaphorik: Wir fühlen uns "verbraucht", "auf Reserve", "wie ausgewechselt"; "uns geht ein Licht auf" oder "wir haben eine Schraube locker". Das Computerzeitalter stellt weiteres Vokabular bereit: "die Energie herunterfahren", "einen Fehler auf der Festplatte haben" oder "wir suchen nach einem Wort in der falschen Datei" (Adam 1999: 103).

Gleichzeitig sehen wir den mechanistischen Körper als Begrenzung des Individuums bzw. der Person. Das Individuum steht für uns nicht unmittelbar mit der Umgebung in Verbindung, sondern bildet für sich eine autonome Einheit. Der Körper ist für uns individualisiert (vgl. Kinsley 1996: 172f.; Sheper-Hughes & Lock 1987: 22f.).

Beides - mechanistische und individualisierte Sicht - bildet die Grundlage für unsere Vorstellung des Körpers als letztliche Ursache von Krankheiten. Dies gilt in unserem Wissenschaftsverständnis als universell gültig, d.h. wir glauben, dass dies auf alle Menschen zutrifft, sie demgemäß genauso empfinden. Aber der Geist-Körper-Dualismus stellt eine kulturelle und historische Konstruktion dar, die gerade nicht universell geteilt wird (Lock/Sheper-Hughes 1996: 45). Auch das individuumzentrierte Selbst entspringt der westlichen Erkenntnisweise, wie viele ethnographische Beispiele zeigen. Einige davon möchte ich Ihnen zur Verdeutlichung kurz schildern:

Nicht in bezug zu Maschinen, sondern zu ihrem Lebensraum stellen die Qollahuayas in Bolivien ihre Körper: Sie beschreiben ihren Körper als Berg und den Berg wiederum in anatomischen Vokabeln wie Kopf, Herz, Bauch, Organe etc. Wie der Mensch muss der Berg mit Blut und Fett ernährt werden, um stark und gesund zu bleiben. Beide, Menschen und Berg sind nicht getrennt voneinander zu betrachten, was Körperbild und davon ausgehende Heilungen anbelangt: der menschliche Körper ist gleichzeitig der Berg und umgekehrt (vgl. Bastien 1985: 597f.; Sheper-Hughes/Lock 1987: 21; vgl. Adam 1999: 102f.;). Für viele Teile der Welt werden soziozentrische Körperkonzepte dokumentiert, in denen der individuelle Körper vom Sozialen absorbiert wird. Für Japan spricht man

von einem “sozialen Relativismus”, d.h. dass eine Person im Kontext ihrer sozialen Beziehungen verstanden wird und nicht als autonomer Mensch (Lock/Sheper-Hughes 1996: 41; 53).

Ein weiteres Konzept, das sich von unserem westlichen individualistischen Körperbild unterscheidet, basiert auf der Annahme, dass das einzelne Individuum in viele Teile zerfällt. Aus gar dreizehn Teilen besteht die Seele eines Zinacanteco in Mexiko. Jede wird mit einem anderen Teil des Körpers assoziiert. Im Tod verlässt die Seele den Körper und gelangt zurück in eine Art “Seelenpool”, wo neue Seelen durch die Ahnengötter kreiert werden. Das Selbst einer Person ist daher eine Komposition, eine Synthese aus Seelenteilen anderer Menschen und es macht keinen Sinn, in Zinacantán von der Einzigartigkeit eines jeden Individuums zu sprechen. Jede Person ist vielmehr eine Komposition der gesamten sozialen Welt (Vogt 1969: 369ff.; vgl. Hörbst 1996: 40ff.; Adam 1999:100).

Der menschliche Körper als Zeichen oder Symbolkomplex ist vieldeutig. Wie der Körper betrachtet und erfahren wird, wie er in sich gewichtet und als Phänomen in Beziehung gesetzt wird mit der sozialen und materiellen Umwelt - hierzu gibt es unzählige Möglichkeiten, die nicht auf unseren Vorstellungen eines mechanistischen, individuumszentrierten und in der Dichotomie von Natur und Kultur gefangenen Vorstellungen basieren. Unterschiedliche Körperkonzeptionen kreieren andere Realitäten. Sie spielen daher eine wichtige Rolle sowohl in der Wahrnehmung und Einordnung körperlicher Zeichen und in ihrer Einschätzung als krankhafte Symptome. Eine zentrale Erkenntnis der Medizinethnologie ist: gleiche körperliche oder psychische Zeichen können gänzlich anders bewertet und in Beziehung zu differierenden soziokulturellen Hintergründen und Bedeutungen gesetzt werden.

Symptome und Krankheiten - kulturspezifisch versus kulturfrei?

Stellen Sie sich einen 40-jährigen Mann vor, der zu Ihnen in Behandlung oder Beratung kommt. Folgende Informationen lassen sich aus dem Anamnesegespräch extrahieren: Der Mann ist seit längerer Zeit traurig, hat hellen und weichen Durchfall, der seit einer Woche andauert. Er scheint abgemagert zu sein und bestätigt, dass er kaum Appetit hat, im Gegenteil bei Speisegerüchen und beim Essen wird ihm latent übel. Seit

langer Zeit hat er andauernd Konflikte mit den Nachbarn. Außerdem hat er seit einer Woche immer wiederkehrendes Fieber, welches immer bis auf 39 Grad hochgeht, dann aber verschwindet um am nächsten Tag wiederzukommen. Zusätzlich plagen ihn diffuse Gelenkschmerzen und Kopfschmerzen. Außerdem erzählt er, dass vor 6 Wochen eines seiner Kinder ums Leben gekommen ist bei einem Unfall und er seither seine religiösen Pflichten vernachlässigt hat.

Höchstwahrscheinlich befinden sich unter Ihren ersten Verdachtsdiagnosen des beschriebenen Falles ähnliches wie Darminfektion, psychisch verursachte Folgeerkrankung oder Hepatitis A. Auf Ihrem Weg zu ersten Vermutungen, woran der Mann leidet, haben Sie sich höchstwahrscheinlich an den fett dargestellten Symptomen orientiert, wovon einige wichtiger erscheinen; andere Symptome wurden dafür vernachlässigt (Tab. 1).

Für einen Mann aus Mexiko könnte Ihre Verdachtsdiagnose oder Vermutung eventuell Unverständnis hervorrufen oder er würde sie ergänzen, mit einer weiteren Vermutung, da er basierend auf einer anderen Körper- und Krankheitskonzept folgende Kriterien als wichtige Symptome mitberücksichtigen würde (Tab.2). Über seine Auswahlkriterien könnte er bspw. zur Verdachtsdiagnose Seelenverlust, Schadenszauber gelangen oder Einwirkungen von Ahnen und Gottheiten anführen, welche selbstverständlich andere Handlungswege nach sich ziehen würden.

Tabelle 1

	Traurigkeit
	heller Durchfall, weich
	Appetitverlust, Abmagerung
	andauernde Konflikte mit Nachbarn
Verdacht auf Hepatitis A	Übelkeit
Darminfektion	Fieber
Psychische verursachte Folgeerkrankungen	Gelenkschmerzen
	Tod eines Kindes
	Kopfschmerz
	Vernachlässigung religiöser Pflichten

Dies mag ein Extrembeispiel sein mit stark unterschiedlichen Körpervorstellungen und Beurteilungskriterien, allerdings werden wir auf extreme kulturelle Unterschiede leichter aufmerksam, als wenn es sich nur um subtile Differenzierungen handelt. Es mag sein, dass Ihnen eine derartige Zuordnung abwegig erscheint und Ihnen in der alltäglichen Praxis hierzulande nicht häufig unterkommt - vielleicht erzählen Ihnen aber auch Ihre PatientInnen ähnlich gelagerte "Erweiterungsdiagnosen" gar nicht erst.

Derartige fremdkulturelle Arrangements und Krankheitserklärungen werden von unserer Schulmedizin häufig als kulturgebundene Syndrome bezeichnet - im Vergleich zu angeblich kulturfreien Krankheiten unserer Medizin. Dabei war das kulturgebundene Syndrom eine Art Kunstgriff für das amerikanisch-europäische Denken, um sich fremdkulturellen Krankheitsarrangement zu nähern. Der jeweilige kulturelle Gesamtkontext (Werte, Normen, soziale Strukturen, Welt- und Glaubensvorstellungen etc.) wurde dabei nicht oder nur oberflächlich herangezogen. Fremdkulturelle Erscheinungen wurden aus dem Kontext gelöst und in westlich-wissenschaftliche Wertekategorien eingeordnet. Kultur wird also nicht als grundsätzlich wirksamer Faktor gewertet, sondern nur auf der Ebene der Ausdrucksformen von Symptomen. Diese werden wiederum gleichzeitig als Folgen universeller, in ihrer Essenz gleichbleibender Krankheiten aufgefasst. Andere Bezüge und Arrangementmöglichkeiten der Symptome werden gänzlich vernachlässigt.

Tabelle 2

Traurigkeit	
heller Durchfall, weich	
Appetitverlust, Abmagerung	
andauernde Konflikte mit Nachbarn	
Übelkeit	Seelenverlust
Fieber	Schadenszauber
Gelenkschmerzen	Ahnen und Gottheiten
Tod eines Kindes	
Kopfschmerz	
vernachlässigt religiöser Pflichten	

sigt. Der Hintergrund, mittels dessen die Phänomene und ihre Erklärungen eingeordnet werden, ist schließlich die westlich-wissenschaftliche Vorstellung der Krankheiten, welche als kulturfreie Kategorien betrachtet werden (Hörbst 1996; 1997). Weil dies als universell gültig festgeschrieben wird, steht es einem Verständnis anderer Realitäten aber eher im Weg, als dass es zum Verstehen beiträgt.

Was ist unter Kultur überhaupt zu verstehen?

Um dieser Problematik entgegenzuwirken, bedient sich die Ethnologie eines umfassenden Kulturkonzeptes zur Erkundung des Fremdkulturellen: Ausgangspunkt ist, dass es keine Phänomene an sich in der Welt gibt, sondern diese ihre Realität erst über Bedeutungszuweisungen erhalten. Interpretierend erschaffen sich die Menschen also bedeutungsvolle Welten, und zwar im ständigen Handlungs- und Kommunikationskontext. Demgemäß kann Kultur verstanden werden als

“ ... ein historisch überliefertes System von Bedeutungen, (...), ein System überkommener Vorstellungen, (...) mit dessen Hilfe die Menschen ihr Wissen vom Leben und ihre Einstellungen zum Leben mitteilen, erhalten und weiterentwickeln.” (Geertz 1987: 46).

In diesem interpretativen Verständnis wird die Körperlichkeit des Menschen zwar als universell bestätigt, Kultur als Wirkungsfaktor wird aber nicht als ein der Biologie aufgesetztes Phänomen begriffen. Vielmehr stehen beide - Kultur und universelle Biologie des Menschen - in wechselseitiger Abhängigkeit. Bereits Wahrnehmung und Erfahrung des menschlichen Körpers, aber auch die Bewertung körperlicher Äußerungen sind als komplexe Zeichen zu verstehen. Sie unterliegen prinzipiell kulturellen Einflüssen und werden erst in Beziehung zu anderen Ebenen wie Religion, Sozialstruktur etc. von außen verständlich. Dabei sind einzelne Zeichen in diesem komplexen Gefüge von Bedeutungen nicht herausgelöst nachvollziehbar, sondern nur in ihrem Kontext, d.h. in ihrem Bezug zum sozio-kulturellen Bedeutungsgefüge. Hier ist die westlich-wissenschaftliche Medizin - trotz ihrer Effizienz und hohen Verbreitung - nur ein Modell neben anderen, um verschiedene Krankheiten in der kulturell für sie zutreffenden Weise, nach ihren Werten, Normen und Grundvorstellungen zu klassifizieren.

Um mit Arthur Kleinman zu sprechen, sind “Symptome als Idiom zu verstehen. Kliniker übersetzen dieses Idiom in Krankheitszeichen und Modelle ihrer Krankheitslehren; insofern ist die Arbeit von Klinikern durch und durch semiotisch“. (Kleinman 1987: 51). Auch in der Medizin werden von vielen auftretenden psychischen und körperlichen Äußerungen nur bestimmte als Symptome ausgewählt, gewichtet und schließlich entlang verschiedener Leitwerte arrangiert und zu bekannten Krankheitsbildern verdichtet. Unsere medizinischen Kategorien und ihre typische Verbindungsstruktur von Ursache und Wirkung können damit nicht als unmittelbare Darstellung einer objektiven Realität des Krankengeschehens aufgefasst werden. Byron Good unterstreicht, dass der falsche Glaube, unsere Kategorien gehörten zur Natur, dass Krankheit wie wir sie kennen natürlich sei und deshalb über oder jenseits oder tiefer als Kultur stehe, einen kategorischen Trugschluss darstellt (Good 1994: 53). Unsere Kategorien sind ebenfalls als kulturell beeinflusste Entitäten zu sehen. Ausgehend von diesem interpretativen Verständnis von Krankheitsgeschehen liefert Kultur nicht nur die Repräsentationsbühne für Krankheitsverhalten, sondern: Kultur ist wesentlich beteiligt an der Bildung menschlicher Realität, damit auch an der Medizin. Die westlich-wissenschaftliche Medizin stellt somit keinen kulturfreien Maßstab für fremdkulturelle Erscheinungen dar.

Medizinethnologische Konzepte für die alltägliche Praxis

Die medizinischen Wissenschaften als eine Erkenntnisweise neben andere Möglichkeiten zu stellen, diesen relativierten Blick auf das Eigene kann sich vor allem die Ethnologie erlauben. Ethnologen sind dem Verstehen des Fremdkulturellen verpflichtet, sie unterliegen aber nicht dem zielorientierten Handlungsauftrag wie z.B. Sie als Mediziner, Beratende oder Therapeuten. Und dennoch lassen sich auf der Basis dieses kulturellen Relativismus gerade für den behandelnden Umgang mit Patienten fremdkultureller Herkunft Einstellungen ableiten, die neue Möglichkeiten im klinischen Alltag erschließen. Hierzu möchte ich Ihnen drei Konzepte aus der Medizinethnologie vorstellen.

1. Medizinischer Pluralismus

Die westlich-wissenschaftliche Medizin ist ebenfalls nichts anderes als ein kulturell eingebettetes Medizinsystem, auch wenn sie einen universell gültigen Anspruch erhebt. Allerdings haben Elemente ihres

Wissensgebäudes und ihrer Behandlungsmaximen in fast alle Kulturen und Medizinsysteme Einzug gehalten. Das bedeutet, dass zumindest Aspekte ihres Wissens und ihrer Erklärungen in unterschiedlicher Form in allgemeine Krankheitsvorstellungen aufgenommen werden. In allen Kulturen, auch in den westlichen Industrienationen, ergibt sich dadurch ein Wechselspiel zwischen der wissenschaftlichen Medizin und weiteren - seien es volksmedizinische oder indigene Medizinsysteme. In der Bundesrepublik Deutschland wäre die wissenschaftliche Medizin das dominierende System. Hinzukommen die am Rande oder außerhalb stehenden Heilpraktiker, Akupunkteure, Homöopathen, Hellseher, Handaufleger, Gesundheitsbetreuer etc., die z.T. alleine oder parallel zur Behandlung herangezogen werden.

2. Krankheit-Haben, Kranksein und Krankheitsgeschehen

Eingebettet in dieses pluralistische Grundverständnis medizinischer Systeme findet sich die analytische Aufteilung von *sickness* in *disease - illness*, die mit dem Namen Arthur Kleinman in Zusammenhang gebracht wird. Eine Krankheit wird hier nicht mehr als gegebene Entität angenommen, sondern prinzipiell in Abhängigkeit von sozio-kulturellen Bedingungen und Bedeutungszusammenhängen innerhalb eines Gesundheitssystems analysiert, das als kulturelles System verstanden wird (Good 1994: 52). Dessen zentrales Herzstück bildet die Beziehung des Patienten zum Behandelnden. Hier kommen die zwei analytischen Seiten des Krankheitsgeschehens (*sickness*) zum tragen, nämlich *disease* und *illness*. Im Deutschen lässt sich diese Aufteilung in Krankheit-Haben (*disease*) und Krank-Sein (*illness*) wiedergeben. Das Krankheit-Haben (*disease*) umfasst Dysfunktionen körperlicher und psychischer Prozesse während Krank-Sein (*illness*) die psychosoziale oder subjektive Wahrnehmung und Erfahrung des Erkrankten meint. Krank-Sein beinhaltet Prozesse der Aufmerksamkeit, der Empfindung, affektive Antworten und Kognition, gerichtet auf die Krankheit und ihre Symptome. Ebenfalls eingeschlossen in diese Idee von Krank-Sein (*illness*) sind Kommunikationsprozesse und Interaktionen, besonders im Kontext der Familie und des sozialen Netzwerkes. Aus dieser Sicht heraus betrachtet ist Krank-Sein (*illness*) der Modellierungsprozess von Krankheit in Verhalten und Erfahrung (Kleinman 1980: 72f.).

Krankheitsgeschehen (*sickness*)

Krankheit-Haben (<i>disease</i>)		Krank-Sein (<i>illness</i>)
= Dysfunktionen körperlicher oder psychischer Prozesse		= Psychosoziale und subjektive Wahrnehmung des Erkrankten
“objektives” Wissen entspricht einer		“subjektives” Wissen entspricht einer
des Wissens	kulturellen Konstruktion	der Erfahrung

Die Ebene der Diagnose meint nun nicht Krankheit als objektive Seite im Gegensatz zur subjektiven Seite des Krank-Seins, auch wenn sie sich in unserer Gesellschaft hauptsächlich um körperliche und psychische Dysfunktionen und ihre Benennung dreht. Die Disease-Ebene umfasst eigentlich den Bereich der Wissenskonstruktion zum Krankheitsgeschehen seitens der Experten. Stellt man sich bspw. Akupunkteure als Behandlungsexperten vor, so wird eingängiger, dass auch diese Seite des Krankheitsgeschehens kulturell konstruiert zu verstehen ist und auf eigene Grundlagen und Bezüge zurückgreift. Jedoch ist diese Ebene der Experten in vielen Gesellschaften, z.B. auch in unserer, der Ebene subjektiver Krankseins-Konzeption hierarchisch übergeordnet. Die beiden Ebenen sind eingebettet in vielschichtige Machtverhältnisse, welche sich unter anderem um “richtiges”, weil wissenschaftliches oder Experten-Wissen und um subjektives, daher oft missverstanden als “nicht richtiges” Wissen, drehen.

3. Erklärungsmodelle von Experten und Patienten

Gemeinsam ist verschiedenen Experten und Patienten aber, dass ihre Erklärungen für spezifische Krankheitssituationen auf unterschiedliche medizinische Weltbilder zurückgreifen. Sie werden in der Medizinethnologie als *Erklärungsmodelle* gefasst, durch sie werden Behandlungs- und Handlungsaktivitäten sowie deren Evaluierung gelei-

tet. Erklärungsmodelle beziehen sich auf spezifische Krankheitsepisoden und sie reflektieren diesbezügliche, individuelle Vorstellungen - auf der Patientenseite, aber auch auf der Seite der Experten. In unterschiedlichem Maße drehen sich medizinische Erklärungsmodelle um folgende Eckpunkte: Krankheitsursache, Zeit des Auftretens und Art der Symptome, Art der Krankheit, deren Verlauf und Ernsthaftigkeit sowie die als notwendig betrachteten Behandlungsschritte und Aktionen hin zu einer Besserung. Erklärungsmodelle bestimmen dabei auch, welche Aspekte für spezifische Situationen als relevant betrachtet werden (Kleinman 1980: 105ff.).

	Erklärungsmodelle werden gebildet von	
Experten		Patienten
	drehen sich um Ätiologie Einsetzen der Symptome Art der Symptome Verlauf der Krankheit Art der Behandlung	
im Vordergrund		im Vordergrund
Diagnose Therapie		Leben mit der Krankheit Besserung

In der Behandlung stehen zunächst zwei Erklärungsmodelle im Vordergrund: die der verschiedenen Experten und die der Patienten. Sie unterscheiden sich häufig in analytischem Gehalt, Abstraktionsniveau, Argumentationsform, Art der Sprache sowie gebrauchten Metaphern. Ein Grund dafür liegt im angestrebten Ziel der Patienten und Behandler. Die Aufmerksamkeit der Experten richtet sich zunächst auf Fehlfunktionen oder pathologische Vorgänge in Organen und Körpersystemen. Im Vordergrund steht hier die Diagnose, die Einordnung der Symptome in ein wissenschaftlich-medizinisches Krankheitsbild als Basis für die anzuwendende Therapie. Insgesamt sind die Erklärungsmodelle der Experten weniger pluralistisch, weil sie sich zumeist auf ein medizinisches System beziehen (Kleinman 1987: 105ff.).

Die Aufmerksamkeit der Patienten hingegen ist neben einer angestrebten Verbesserung auf den Umgang mit sich selbst, mit der Familie, auf die Auswirkungen der Krankheit auf die Arbeitssituation etc. ausgerichtet. Für die Erklärung des Zustandes greifen die Patienten auf unterschiedliche Medizin- und Wissenssysteme zurück, aus denen sie einzelne Erklärungsaspekte heranziehen, oft auch widersprüchliche. Aus diesem Erklärungsmodell heraus eröffnen sich verschiedene Wege für Behandlungsformen und Praktiken, die als nötig erachtet werden für eine Besserung. Häufig stellt die Diagnose des Arztes in dieser gelebten Krankheitsgeschichte nur ein Element neben vielen anderen dar. Oftmals finden sich wenig Verbindungen zwischen den Anzeichen und Symptomen, auf die sich die Ärzte beziehen, z.B. Blutwerte oder Organwerte, und jenen, welche für die Patienten und ihre Vertrauten im Vordergrund stehen. Zweifel an Diagnose oder Behandlung werden häufig nicht mit dem Arzt, sondern mit anderen Heilern, religiösen Amtsinhabern oder Freunden besprochen.

Dies trifft für **alle** Patienten zu, nicht nur für Patienten fremdkultureller Herkunft! Jedoch greifen Patienten fremdkultureller Herkunft häufig auch auf kulturell nochmals unterschiedliche Erklärungs- und Bedeutungsgefüge zurück, oder Elemente hieraus spielen eine subtile Rolle in der Bedeutungszuweisung und in den Erwartungshaltungen.

Migrationsprozesse, Identität und Krankheit

Erklärungsmodelle fremdkultureller Patienten sind, vom Behandelnden aus gesehen, daher komplexer und gleichzeitig unverständlicher, denn sie können auf kulturell nicht bekannte Bereiche zurück greife und können so andere Werte, Verhaltensweisen und Erwartungen umfassen. Dennoch stehen sich keine klar abgegrenzten Denk- und Zuordnungssysteme gegenüber. Kulturen sind prinzipiell keine abgeschlossenen, statischen Systeme oder Gebilde, sondern prozesshaft und veränderbar. Sowohl auf kollektiver als auch auf individueller Ebene werden Einstellungen, Werte, Verhaltensformen und Erwartungen übernommen, bewahrt und gleichzeitig auch abgeändert. Die Rede von Migranten erster, zweiter usw. Generation versucht dem Rechnung zu tragen. Ethnische oder kulturelle Identität wird bei MigrantInnen zwar durch ihr Herkunftsland, aber auch durch das jeweilige Zielland mitbestimmt, und ebenso von sozialen und politischen Bedingungen in beiden.

Mit ihren Vorstellungen, Werten und Gefühlen etc. treffen Migranten auf eine andere Gesellschaft und damit auf andere kulturell gefärbte Verhaltensformen, Erwartungen, Werte, Vorstellungen, Bedingungen und Bedeutungen bzw. deren unterschiedliche Arrangements. Althergebrachte Einstellungen und Werte können sich verstärken, Elemente der fremdkulturellen Normen etc. können in das eigene System integriert werden oder es formen sich neue Umgangsweisen, um nur einige wenige Möglichkeiten zu nennen. Deutlich wird dieser Prozess im Ausspruch eines nach England migrierten Patienten:

“Lassen Sie mich eines klarstellen - ich bin Brahmane, ich bin Punjabi, ich bin Brite und ich bin Inder. Diese vier zusammen bin ich und ich will, dass Sie das niederschreiben. Wann immer ich spreche, sprechen diese vier aus mir heraus.” (Kirmayer 1995: 167).

Es mag sein, dass diese vielfältige Identität situationsabhängig erlebt wird, d.h. durch manche Kontexte oder Situationen heraufbeschworen, in anderen aber in den Hintergrund gerät oder gar willentlich unterdrückt wird. Als “switching identity” oder “Patchwork-Identität” (Keupp 1994: 243) fand diese Konstellation Eingang in die Sozialwissenschaften. Ähnlich der Flickenteppiche oder Patchworks, die aus verschiedenen Mustern, Farben und Stoffqualitäten bestehen, formen sich durch das Leben in verschiedenen kulturellen und sozialen Kontexten Vorstellungen, die auf unterschiedliche kulturelle Werte, Normen, Wertvorstellungen, Lebensentwürfe und Lebensweisen zurückgreifen. Gerade in Krankheitssituationen, die häufig von Unsicherheiten ob ihres Ausgangs unterlegt sind, finden Elemente aus vielfältigen Bereichen und Medizinsystemen Beachtung. Die daraus gewählten Antworten ergeben häufig ein der Patchwork-Decke ähnliches Bild: Wie sich in jener Farbe und Form schrill gegeneinander abheben können, so können widersprüchliche Erklärungselemente und Symbole nebeneinander bestehen. Je nach Situation kann auf diese oder jene Vorstellungen zurückgegriffen werden, auf ethnische Erklärungen oder auf Werte und Ansichten aus fremdkulturellen Bereichen. Diese Prozesse sind zu berücksichtigen, wenn es um kulturelle Aspekte von Gesundheit und Krankheit geht, um Ursachenerklärung und Genesungsaktivitäten.

Das Zusammenspiel verschiedener kultureller und sozialer Bezugsebenen und Bedeutungen nimmt das Konzept der Erklärungsmodelle auf. Deshalb eignet es sich besonders gut als Gedankenmodell für interkulturelle Beratungen und Behandlungen, da es drei grundlegende Bereiche umfasst:

1. Relativität des Eigenen

Das Konzept berücksichtigt die kulturelle Verfasstheit des Handelns, Denkens und Wahrnehmens der Experten, also auch die kulturelle Bedingtheit auch der wissenschaftlichen Kategorien und Konzeptionen. Das Bewusstsein der Relativität eigener Kriterien, Werte und Verhaltensnormen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für kompetente und effiziente interkulturelle Kommunikation. Grundlage dafür ist wiederum ein selbst-reflektiver Umgang mit verschiedensten Situationen des Alltags- und Berufslebens. Die eigene Haltung, egal wie sie gefärbt ist, sollten wir uns in Konfliktfällen immer bewusst machen, denn nur dadurch können wir herausfinden, was uns in verschiedenen Situationen als fremd erscheint, was wir als vertrautes Verhalten von anderen als Reaktion eigentlich erwarten. Von hier ausgehend kann dann Neugier für verschiedene Verhaltens- und Ansichtsweisen entwickelt werden, die weder dem eigenen untergeordnet noch ihm übergeordnet werden müssen, sondern als das akzeptiert werden können, was es ist: anders. Das Wissen um die eigene kulturelle und individuelle Werteinschätzung ist Ausgangspunkt für ein kreativeres Umgehen mit 'den Fremden'.

2. Patchwork der Bedeutungszuschreibungen

Erklärungsmodelle berücksichtigen den ausgesprochen komplexen Pluralismus, aus dem sich Erklärungen und Bedeutungsgefüge bezüglich einzelner Krankheitssituationen bei den Patienten zusammensetzen. Dies umfasst wesentlich mehr, als durch Hintergrundinformationen zu einzelnen Kulturen geleistet werden kann. Zwar sind Hintergrundinformationen seitens der Experten prinzipiell zu begrüßen, aber hier tauchen einige Probleme auf: Zum einen sind die Herkunftsländer Ihrer Patienten oder Klienten wahrscheinlich zu zahlreich, um sich detailliert mit allen zu beschäftigen. Zum anderen sind diese Herkunftskulturen keineswegs in sich homogene Kulturen, sondern bilden durch regionale, ethnische sowie soziale Unterschiede etc. heterogene Gefüge. Außerdem spielt, wie ich bereits gesagt habe, nicht nur das Herkunftsland sondern auch das Zielland eine Rolle, mit eben wieder seinen heterogenen Strukturen und Bedingungen; der Migrationsprozess und seine Umstände außerdem. So reagieren nicht alle Patienten türkischer Herkunft in gleicher Weise in Krankheitssituationen. Sie verwenden auch nicht alle Ausdrücke wie bspw. eine "herabgesunkene Leber" zur Beschreibung ihrer Empfindung oder weisen diesem gleiche Gewichtung und gleiche Bedeutung zu.

Metaphorik kann als sprachliches Symbol genommen werden, und Symbole haben immer plurale Bedeutungsebenen sowie Bezugsmöglichkeiten. Daher ist hier prinzipiell keine einfache Übersetzung dieser Ausdrücke möglich, um sie auf alle zu übertragen, die dieses Bild verwenden. Stereotypisierungen und Karteikastensystem bringen hier nicht weiter (vgl. Flubacher 1999: 6, 11), sondern nur das Nachfragen bei den Patienten: derartige Ausdrücke und Auffassungen werden im spezifischen Krankheitsfall je anders verknüpft und hängen mit verschiedenen Ebenen in Erklärungsmodellen zusammen.

Wie aber kommt man an diese diffusen Bedeutungsgefüge heran?

3. Irritationen in patientenorientierten Gesprächen

Implizit bietet das Konzept der Erklärungsmodelle die verbale und non-verbale Kommunikation als wesentliches Mittel der Verständigung im interkulturellen Bereich an. Und zwar eine auf den Patienten ausgerichtete Kommunikation, die drauf zielt, seine Bedeutungsgefüge zu verstehen. Um die sprachliche Kommunikation grundsätzlich zu gewährleisten, sollten im Gesundheitsbereich wesentlich mehr eigens hierfür geschulte Dolmetscher eingesetzt werden als bisher. Gerade der Aufbau von Erzählungen, Bereiche wie Familie etc., auf die Bezug genommen wird und die in der Symptombeschreibung verwendete Metaphorik sind in der patientenorientierten Kommunikation von Wichtigkeit. Dadurch können Verständniswege für das Gegenüber eröffnet werden. Allerdings sind die Grundlagen dafür auch in einer für den Patienten fremdsprachlichen Kommunikation durchaus umzusetzen. Zum Beispiel kommen Aussagen, die PatientInnen zu ihrem körperlichen Empfinden machen, häufig aus einzeln gewählten Begriffen oder Umschreibungen in der Muttersprache, und werden möglicherweise von ihnen selbst direkt übersetzt. Diese ungewohnten Aussprüche oder Bezugnahmen auf andere Kriterien (wie im Fallbeispiel des kranken Mannes) wirken oft irritierend beim Behandelnden. Diese eigenen Irritationen sollten weder sofort übergangen noch in eigene sprachliche und diagnostische Kategorien übertragen werden, denn gerade diese Irritationen sind wertvolle Ausgangspunkte: zum einen zeigen sie eigene Verknüpfungen und Bedeutungszuordnungen an, denen nicht entsprochen wird und führen damit zur eigenen kulturellen Verknüpfungen; zum anderen kann an diesen Irritationen mit vorsichtigem und respektvollem Nachfragen ange-

setzt werden – und zwar in Gesprächen mit und ohne Dolmetscher. Dabei sollte nicht nur Wert gelegt werden auf das, was der Patient inhaltlich sagt, sondern auch darauf, in welcher Art und Weise er es sagt: vorsichtig, fragend, bekräftigend, zögerlich etc. Aus diesen Irritationspunkten können am Anfang von Behandlungsinteraktionen Anschlussfragen an eigene Irritationen entstehen, mittels derer eine Annäherung an Kontext- und Bedeutungsverknüpfungen der PatientInnen möglich ist (vgl. Krause 1998: 6). Oft verweisen solche von Ihnen wahrgenommenen Irritationen und nicht erwartete Verweise, wie im Beispiel des kranken Mannes, auf religiöse, familiäre und soziale Verknüpfungen, die für den jeweiligen Patienten von Bedeutung sind und für ihn in seinem Krankheitsverständnis eine immanente Rolle spielen.

Vorteile eines kultursensiblen Gesundheitsverständnisses

Um Stressreduzierung der unter Zeitdruck stehenden medizinischen Experten zu gewährleisten, um eine qualitative und vor allem effiziente Gesundheitsversorgung zu erreichen und letztlich auch um unnötige Kosten durch Drehtüreffekte, Chronifizierungen, Fehldiagnosen, mangelnde Compliance des Patienten, verspätet einsetzende Therapien, verlängerte Verweildauern etc. (vgl. Geiger 2001: 14) zu vermeiden, sollten gerade die praktischen Stärken der EthnologInnen und ihre unterschiedliche Zielrichtung verstärkt eingesetzt werden in kultursensiblen Fortbildungen, in Forschungen und vor allem in expliziter Mitarbeit bspw. im Klinikbereich. Derartige findet im Gesundheitsbereich in Deutschland - im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern - bisher nur vereinzelt statt, bietet sich aber gerade als Zukunftsperspektive an. In den beschriebenen Irritationen und Brüchen liegt ein Schritt hin zu kultursensibleren Interaktionen im Gesundheitsbereich. Problem dabei ist aber, dass das Vorgehen der Behandler zumeist darauf ausgerichtet ist, eine Diagnose aufzustellen, um die Art und Weise der Behandlung vorzugeben. Dies bedingt aber eine verstärkte Anwendung eigener Kategorien und auch stereotyper Übersetzungen. Hinzukommt der Zeitdruck seitens der Behandelnden, dem viele Gespräche mit den PatientInnen im medizinischen Bereich unterliegen oder gar zum Opfer fallen. Daher können Gespräche im medizinischen Bereich nur eingeschränkt zur kulturellen Andersartigkeit des Gegenübers führen; oft wird nicht einmal das getroffen, was vom Patienten gebraucht bzw. erwartet wird. Genau diese Lücke aber kann die Ethnologie schließen: auf diese

heterogenen Bedeutungsgefüge sind die ethnographischen Methoden ausgerichtet. Und: Ethnologen gewinnen ihr Wissen durch persönliche Kontakte, wobei sie nicht umhin kommen, ihre eigene Person als Forschungsmedium zu benützen. Beobachten und Teilnehmen, Situationen überblicken, Leute interviewen und sich mit ihnen unterhalten zeichnet die empirische Seite der Ethnologie aus. Zugleich liegt die zentrale Aufmerksamkeit der EthnologInnen in individuellen sowie kulturellen Unterschieden und im Verstehen menschlicher Vielfalt, ein Bereich der im medizinischen Alltag nur geringe Aufmerksamkeit findet (vgl. Krause 1998: 21). Daher sollten diese zentralen ethnologischen Kompetenzen ergänzend im beratenden, klinischen und therapeutischen Bereich nutzbar gemacht werden. *“Denn: von einem dynamischen interkulturellen Denken und Handeln im Gesundheitsbereich werden **alle** profitieren”* (Geiger 2000: 12).

Zitierte Literatur:

- Adam, Yvonne* (1999): Gesundheit, eine anthropologische Dimension. Reflexionen aus medizinethnologischer Sicht. Unveröffentlichte Magisterarbeit, Freiburg
- Bastien, Joseph* (1985): Qollahaya-Andean Body Concepts: A Topographical-Hydraulic Model of Physiology. In: *American Anthropologist* 87, S. 595 - 611
- de Montaigne, Michel* (1953): Essais. Auswahl und Übertragung von Herbert Lüthy. Zürich
- Flubacher, Peter* (1999): Praktische Empfehlungen zur Überwindung ‘transkultureller’ Verständigungsprobleme aus der Sicht eines Hausarztes. In: *Ars Medici*, No. 5 & 7
- Geertz, Clifford* (1987): Religion als kulturelles System. In: ders. (Hg.): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main
- Geiger, Ingrid* (2000): Migration bewegt Menschen und Systeme. In: Heinemann, Horst (Hg.): Grenzenlos - neue Aufgaben. Migration und öffentliche Gesundheit. Dokumentation der Tagung vom 9. Dezember 1999 in Essen-Werden, S. 11 - 16, Essen
- Good, Byron* (1994): *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective.* Rochester, New York

- Habermann, Monika* (1993): Das kulturgebundene Syndrom: Einige Überlegungen zu theoretischen und praxisbezogenen Implikationen des Begriffes. In: Sich, Dorothea et al. (Hg.): Medizin und Kultur. S. 95-106, Frankfurt am Main
- Hörbst, Viola* (1996): Kulturgebundene Syndrome in der Ethnomedizin: Susto, Latah und prämenstruelles Syndrom. Unveröffentlichte Magisterarbeit, München
- (1997): Kulturgebundene Syndrome – ein überholtes Modell der Medizinethnologie? In: Curare 20, S. 29-41, Berlin
- Kattermann, Vera* (1996): Herausforderungen in der ärztlichen interkulturellen Behandlungssituation. In: Brandenburgisches Ärzteblatt 10, 6. Jahrgang
- Keupp, Heiner* (1991): Auf der Suche nach der verlorenen Identität, S. 59
- (1994): Grundzüge einer reflexiven Sozialpsychologie. Postmoderne Perspektiven, S. 226-274, in: ders. (Hg.): Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt am Main
- Kinsley, David* (1996): Health, Healing and Religion. A cross-cultural Perspective. New Jersey
- Kirmayer, Laurence* (1995): Versions of Intercultural Therapy. In: Transcultural Psychiatric Review 32, S. 166-177
- Kleinman, Arthur* (1980): Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley
- (1987): Culture and Clinical Reality: Commentary on Culture-bound Syndromes and International Disease Classifications. In: Culture, Medicine & Psychiatry 11, S. 49 - 52
- Sheper-Hughes, Nance und Margaret Lock* (1987): The mindful body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 1 Nr. 1: S. 6 - 41
- (1996): A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. In: Johnson, Thomas und Carolyn Sargent (Hg): Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method, New York, S. 47-72
- Vogt, Evon Z* (1969): Zinacantan: A Mayan Community in the Highlands of Chiapas. Cambridge

Dolmetscher im Sozial- und Gesundheitswesen

Sprachliche, konzeptionelle, qualitative, politische und rechtliche Aspekte

Ramazan Salman, Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover

Menschen aus anderen Ländern erweitern zunehmend das kulturelle und sprachliche Spektrum der Patienten und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen. Immigrations- und Integrationsprozesse fordern unsere Gesellschaft als ganzes und so auch das Gesundheitswesen und deren Akteure im besonderen Maße heraus. Missverständnisse erfolgen aus sprachlichen und kulturellen Gründen und erschweren Diagnose und Therapie. Sie führen zu Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten und können zur unüberbrückbaren *Hürde* in Beraterischen und therapeutischen Prozessen werden und so auch unsere gesellschaftlichen Integrationsbemühungen ad absurdum führen. Ohne Sprache sind alle weiteren Fragen, wie unterschiedliche beiderseitige Erwartungen, Zielvorstellungen, Vorurteilsstrukturen und Informationsdefizite, die für Migranten zu einer eingeschränkten Inanspruchnahme präventiver, kurativer und rehabilitativer Angebote und Leistungen führen, schlichtweg nicht zu besprechen.

* Salman, Ramazan, Dipl. Sozialwissenschaftler; Medizinsoziologe, * 1960 in Istanbul, lebt seit seiner Einwanderung 1966 als Kind von Arbeitsmigranten in Hannover. Er ist Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover, 1. Vorsitzender des Instituts für transkulturelle Betreuung e.V. in Hannover, Mitbegründer zahlreicher Bundes- und internationaler Gesellschaften sowie Mitglied des klinischen Ethikkomitees der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist auch als Trainer und Lehrbeauftragter zahlreicher Institutionen und Universitäten und als Schulungskraft in der Fortbildung von Dolmetschern tätig. Zusammen mit Collatz, Hegemann und Machleidt gibt er die wissenschaftliche Fachbuchreihe "Forum Migration Gesundheit Integration" heraus. Zahlreiche Publikationen u. a.

Collatz, Hackhausen & Salman (Hrsg.) (1999) "Transkulturelle Begutachtung"

Salman, Tuna & Lessing (Hrsg.) (1999) "Handbuch interkulturelle Suchthilfe"

Schneller, Salman & Goepel (Hrsg.) (2001) "Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten"

Hegemann & Salman (Hrsg.) (2001) "Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen"

Sprache und Gesundheit

Fehlende sprachliche Möglichkeiten erschweren es, Konfliktsituationen zu bewältigen und den Zugang in die Aufnahmegesellschaft zu finden, sie verstärken wesentlich den Eindruck der Ausgeschlossenheit und Ohnmacht. Wenn Migranten die Chance erhalten über Dolmetscher in ihrer Muttersprache ihre Leiden dezidiert zu beschreiben, fühlen sie sich ernst genommen. Ihre Motivation wird sensibilisiert, weil sie und ihr Problem oder ihre Krankheit etwas wert sind. So kann ihnen ermöglicht werden, mitzuarbeiten und zu kooperieren, wenn eine Therapie oder Beratung begonnen oder eine Operation durchgeführt wird.

Wenn Migranten mit Verständigungsproblemen kein ausreichendes Maß an Übereinstimmung ihrer Selbstsichtweisen mit den Sichtweisen von außen, von Medizinerinnen und Therapeuten erzielen, sind Missverständnisse, Verwirrungen und Frustrationen die alltäglichen Begleiterscheinungen - und diese wiederum tragen zu sozialer Isolation sowie zum Verlust des Selbstwertgefühls bei. Dies bedeutet einen Verlust an emotionaler Sicherheit, der dazu führen kann, sich verstärkt an tradierten Werten und Normen festzuhalten. Diese Faktoren stehen somit in einem extremen Widerspruch zu der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Gesundheit als ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bezeichnet, das auf einem Gefühl von Sicherheit beruht.

Durch versierte bzw. professionalisierte Dolmetscher/innen steigen die Chancen, dass die verwendeten Worte bei den Beteiligten dieselben Interpretationen auslösen. Daher wird eine Verbesserung der Versorgung von Migranten im Konsens nur zu erreichen sein, wenn neben konzeptionellen und methodischen Entwicklungen der professionelle Einsatz von *geschulten Dolmetschern* in der vorhandenen öffentlichen Versorgung möglich wird.

Ich möchte jedoch nicht behaupten, dass der Einsatz von Dolmetschern die Lösung der Integrationsproblematik ist, denn eine schlechte Versorgung wird durch den Dolmetscher nicht besser! Anders ausgedrückt: Das Dolmetschen ist das Salz in der Suppe, es ist einer der Wege, die zum Ziel führen können und helfen, den Patienten / Klienten dort abzuholen wo er / sie steht. Der Einsatz des Dolmetschers signalisiert dem Patienten / Klienten, dass ein ernsthaftes Interesse daran besteht, was er zu sagen hat und lädt zur Mitarbeit ein. Damit wird symbolisch

ausgedrückt: „*Wir sind für dich da, wir wollen dir wirklich helfen, deine Gesundheit/ Krankheit sind etwas wert!*“

Gemeindedolmetscher und Dolmetscherzentren

In den letzten Jahren nahm die Zahl von Beratungsstellen und Gesundheitsdiensten zu, die sich verstärkt den gesundheitlichen und sozialen Belangen von MigrantInnen widmen. Die Fachdienste und ihr Personal fühlen sich jedoch ohne Hilfe von Sprach- und KulturberaterInnen überfordert. Sie beklagen als zusätzliche Barrieren fehlende kulturelle und soziale Hintergrundkenntnisse über ihre fremdsprachigen KlientInnen und PatientInnen.

Öffentlich finanzierte Gemeindedolmetscher und entsprechende zentrale Vermittlungsdienste wären geeignet, die Kompetenzlücke zwischen Angebot und Nachfrage in unseren Sozial- und Gesundheitsdiensten zu schließen. Bisher können Fachkräfte jedoch auf MigrantInnen, die als soziokulturelle Mittler oder als sozial und medizinisch kompetente Dolmetscher fungieren, nur eingeschränkt zurückgreifen. Vorhandene professionelle Dolmetscher sind, mangels Aus- und Fortbildung und deshalb häufig fehlender psychologischer, medizinischer und sozialer Kompetenzen kaum in der Lage, die Bedarfslücke zu schließen. Hohe Kosten behindern zusätzlich, denn professionelle Dolmetscher müssen (zumeist) nach dem Zeugen- und Sachverständigengesetz bezahlt werden.

Als GemeindedolmetscherInnen werden MigrantInnen verstanden, die zu Experten für soziale Kommunikation ausgebildet sind. Als „Brücke zwischen den Kulturen“ sollen sie helfen, zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen auf der einen und den MigrantInnen auf der anderen Seite sprachliche sowie kulturelle Verständigung und effektive Hilfeleistung zu ermöglichen. Sprachkundige kompetente MigrantInnen bilden dabei eine Brücke zwischen kultureller Majorität und Minorität. Sie vermitteln sprachlich, kulturell und institutionell. Bei entsprechender Förderung und Absicherung sind sie als Experten in der Lage, Interessenausgleich und Integration sowie bestmögliche Hilfe seitens der Sozial- und Gesundheitsdienste zu ermöglichen. Dazu notwendige Fachkenntnisse und Handlungskompetenzen werden und können durch Aus- und Weiterbildung gesichert werden. Hierzu werden aufbauende, integrierende und gesundheitsfördernde Facheinrichtungen benötigt,

welche die wichtigsten Querschnittsaufgaben für die Mehrzahl der Einrichtungen und Dienste übernehmen, um unnötige Kosten zu vermeiden: Solchen zentralen Vernetzungseinrichtungen fielen Aufgaben der Vernetzung, Vermittlung, Betreuung und Ausbildung zu.

Der Einsatz von Gemeindedolmetschern ist hierbei ein Mittel zur Ausgestaltung von Integrationsprozessen. Er hilft, die Interessen von besonders belasteten und benachteiligten MigrantInnen, Flüchtlingen und AussiedlerInnen zu berücksichtigen, und erhöht ihre Chancen auf gesundheitliche Sicherung und Förderung. Der Ansatz beschreibt zugleich auch ein völlig neues Arbeitsfeld für MigrantInnen mit einem entsprechenden Tätigkeits- oder Berufsprofil.

Politische, rechtliche und internationale Aspekte von Dolmetscherdiensten

In der Versorgung mit GemeindedolmetscherInnen hat die internationale Entwicklung Deutschland weit zurückgelassen. In den meisten Ländern der europäischen Gemeinschaft sind zumindest öffentlich finanzierte Dolmetscherdienste, sog. *interpreterservices* entstanden. Diese haben im Bereich medizinischer und sozialer Versorgung, vor allem die Aufgabe, mit Hilfe ehrenamtlicher oder professioneller Dolmetscher, sprachliche Verständigung zu ermöglichen. Ziel ist es hierbei, eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Behörden und Diensten im Sinne der Gleichberechtigung zu ermöglichen. Politisch hilfreich ist beispielsweise in den Niederlanden das Antidiskriminierungsgesetz, das zur Legitimierung der Bereitstellung und staatlichen Finanzierung als Grundlage dient. Das Gesetz lässt sich derart auslegen, dass eine Diskriminierung vorliegt, wenn ohne Dolmetscher die Chancengleichheit bei der Inanspruchnahme sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen in Frage gestellt ist, denn ohne ausreichende Sprachkenntnisse können Migranten sich im Krankheitsfall nicht ausreichend an Ärzte, Pflegepersonal und Berater wenden.

In der Bundesrepublik ist der Einsatz von Dolmetschern lediglich in der Justiz (Gerichtsdolmetscher) ausreichend geregelt. Regelungen für den Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens finden sich dagegen kaum. Genau genommen steht lediglich die Hinzuziehung von Dolmetschern bei stationären Aufenthalten in Kliniken auf einigermaßen sicheren

Boden. Bedauerlicherweise ist in den Krankenhäusern jedoch das Heranziehen von Klinikmitarbeitern, ausländischen Raumpflegerinnen oder Familienangehörigen die gängige Norm. Mitarbeitern von Kliniken erscheint dieses Vorgehen angesichts der Zeitfrage und der fehlenden Möglichkeit des Zugriffs auf geeignete Dolmetscher oft als die einzig praktikable Lösung, die jedoch hinsichtlich der Schweigepflicht, anderer ethischer Fragen und auch der Übersetzungsqualität mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist.

In allen anderen Bereichen, so in der Sozialberatung (z.B. Sozialämter), in der psychologischen Beratung (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste oder in der Erziehungsberatung) und der Gesundheitsberatung (Gesundheitsämter, Impfberatung etc.) fehlen neben finanziellen auch rechtliche und qualitätsbezogene Regelungen. Die Fachkräfte sollen ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden, können dies aber nur unzureichend, denn die Frage lautet meistens: „*Wo finden und wie bezahlen?*“.

In der Praxis scheitert die Hinzuziehung von Dolmetschern meistens an der Finanzierungsfrage. Lediglich die Hinzuziehung von Dolmetschern vor operativen Eingriffen in Krankenhäusern ist durch ein Urteil des Oberlandesgerichtes Düsseldorf (Az. 8 U 60/ 88) geregelt worden. Hier wurde entschieden, dass Ärzte eine sprachlich sachkundige Person bei der Behandlung von ausländischen Patienten hinzuziehen müssen, wenn nicht ohne weiteres sicher ist, dass die Patienten die deutsche Sprache gut beherrschen. Es müsse gesichert sein, dass die Gefahr von Missverständnissen ausgeschaltet sei. Bei stationärem Aufenthalt fällt die Finanzierung des Dolmetschers in den Pflegesatz.

Für Dolmetscherleistungen in der ambulanten Versorgung gibt es jedoch keine Finanzierungssicherheit. Benötigt ein Kranker einen Dolmetscher, und hier besonders einen in einer Praxis niedergelassenen Arzt um sich verständlich zu machen, braucht die Krankenkasse diesen nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes (Az: 1 RK 20/94) nicht zu bezahlen. In allen anderen Bereichen, so in der Sozialberatung (z.B. Sozialämter), in der psychologischen Beratung (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste oder in der Erziehungsberatung) und der Gesundheitsberatung (Gesundheitsämter, Impfberatung etc.) fehlen neben Finanzierungsregelungen auch Möglichkeiten, auf Dolmetscherinnen aller benötigten Sprachen zuzugreifen. So entstehen vermeidbare Versorgungsnöte. Die Bundesrepublik kann in diesen Zusammenhängen durchaus als „kommunikatives

Entwicklungsland“ bezeichnet werden, denn öffentliche Dolmetscherprojekte rückten hier erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt fachlichen Interesses.

Dolmetscherdienste in Deutschland

Der erste öffentliche medizinische Dolmetscherservice wurde vor neun Jahren in Hannover, finanziert durch die Niedersächsische Ausländerbeauftragte, von dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. entwickelt. Bei der Installation des klinikinternen Dolmetscherservices des Universitätsklinikums in Hamburg war das Zentrum an der Konzeption und der Schulung der Dolmetscherinnen hilfreich beteiligt. In Kooperation mit dem Bayrischen Zentrum für transkulturelle Medizin e.V. richtete das Ethno-Medizinische Zentrum einen vergleichbaren Service auch in München ein. Geplant ist die Einrichtung von lokalen Dolmetscherzentren auch in Berlin und anderen Städten, jeweils in Kooperation mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum. Diese Projekte finden jedoch nur in einem eingeschränkten lokalen Rahmen statt.

Der Dolmetscherdienst des Ethno-Medizinischen Zentrums deckt mit über 200 Dolmetscherinnen und Dolmetschern ein Spektrum von über 50 Sprachen ab. Der Dolmetscherdienst richtet sich an die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, besonders an Kliniken im Großraum Hannover. Ein Anruf in der Servicestelle genügt, um einen qualifizierten Dolmetscher zu erhalten. Es ist lediglich notwendig, mitzuteilen, wann der Dolmetscher benötigt wird, welche Sprache und welches Geschlecht gewünscht ist, und ob spezielle thematische Kenntnisse hilfreich sind. Der Service sendet den Dolmetscher, schreibt die Rechnung, evaluiert den Einsatz und berät die Leistungsnehmer und Dolmetscher. Den Einrichtungen wird eine verlässliche Kostenregelung bereitgestellt. Die Kliniken schätzen die Möglichkeit, kurzfristig, ohne größeren Verwaltungsaufwand und mit planbarer Kostensicherheit auf Dolmetscher zugreifen zu können. Kliniken, Beratungsstellen, Justizvollzugsanstalten und Sozialversicherungsträger nutzen diesen Service. Zu den regelmäßigsten Benutzern dieses Dolmetscherservices gehören die stationären psychiatrischen Einrichtungen. Alle psychiatrischen Kliniken des Großraumes Hannover und Hildesheim nutzen die Möglichkeit, in der therapeutischen Arbeit Dolmetscher einzubeziehen. Im psychiatrischen Landeskrankenhaus Wunstorf wurde der

Dolmetschereinsatz zum Regelfall und bereits in die Therapiekonzeption der Klinik übernommen. Wenn z.B. ein Asylbewerber aus Afrika nach einem Suizidversuch eine Therapie benötigt, wird mit Hilfe eines Dolmetschers eine Therapie ermöglicht.

Die Fach- und Laiendolmetscher werden vom Zentrum fachspezifisch in Kursen mit einem Umfang von 60 Stunden geschult. Im Jahr 2001 wurden in über 2000 Fällen von dem Service des Ethno-Medizinischen Zentrums Dolmetscher vermittelt.

In Zusammenarbeit mit den Psychiatrien der Region werden sie auf ihre gewünschte und unerwünschte co-therapeutische Funktion hingewiesen. Sie lernen, sich abzugrenzen, und trainieren, neutral zu sein. So helfen sie Patienten und Therapeuten Zugang zueinander zu finden. Die Dolmetscher lernen in den Ausbildungskursen natürlich auch Grundzüge psychologischer Terminologie und erwerben zusätzlich zu den bei ihnen bereits vorhandenen kulturellem Wissen, Kenntnisse über soziokulturelle Bedeutungszusammenhänge. Die bisherigen Erfahrungen bei dem Einsatz von speziell geschulten Dolmetschern lassen deutlich annehmen, dass es durchaus auch möglich ist, erfolgreiche Therapien in der Psychiatrie mit der Hilfe von Dolmetschern zu erreichen. Von Therapien mit Dolmetschern die neben ihren guten Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen verfügen, ist eher abzuraten. Die Dolmetscher lernen in den Ausbildungskursen auch Grundzüge psychologischer Terminologie und erwerben Kenntnisse über soziokulturelle Bedeutungszusammenhänge.

Als bedeutsam hat sich in der Praxis jedoch auch erwiesen, dass das Fachpersonal seinerseits Kenntnisse benötigt, wie sachgerecht mit einem Dolmetscher gearbeitet werden kann. An Dolmetscher sollte nicht Verantwortung delegiert werden, die dem Therapeuten obliegt. Vielmehr sollte der Dolmetscher dazu beitragen, dass Therapeuten ihrer Verantwortung gerecht werden können. Er ist das Sprachrohr der Beteiligten und sollte unter keinen Umständen eigene Gespräche mit dem Patienten führen oder gar zu solchen animiert werden. Deshalb führt das Zentrum auch Kurzseminare zum fachgerechten und effektiven Einsatz von Dolmetschern für das Personal der Fachdienste und Kliniken durch.

Die Kliniken und Beratungsstellen im Großraum Hannover werden regelmäßig über die Notwendigkeit und den rechtlichen und sozialen Hintergrund von Dolmetschereinsätzen informiert. Die Dolmetscher des Zentrums arbeiten nach einheitlich festgelegten Tarifen, deren Höhe die Einrichtungen durchaus motivieren, Dolmetschereinsätze zu finanzieren. Die Arbeit der Dolmetscher wird ständig durch Fortbildungen und Qualitätssicherung begleitet. Die Einrichtungen schätzen die Möglichkeit, kurzfristig ohne größeren Verwaltungsaufwand und mit einer planbaren Kostensicherheit auf einen Dolmetscher zurückgreifen zu können.

Rolle, Aufgaben und Auswahl von professionellen Dolmetschern

Soziale und gesundheitliche Fachdienste beteiligen bei sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten häufig ausländische Reinigungskräfte, Familienangehörige oder Freunde sowie engagierte Landsleute der Patienten als „Helfer in der Not“. Dieses Vorgehen führt jedoch zu einer ganzen Reihe von Schwierigkeiten. Anders als professionelle Dolmetscher sind kostenlose ehrenamtliche Helfer und Reinigungskräfte nicht an die Schweigepflicht gebunden. Der Einsatz eines professionellen oder versierten Dolmetschers spart Zeit, erhöht die Chance zu erfolgreicher therapeutischer Intervention und schafft bei Patienten Vertrauen.

Notwendig ist deshalb der Einsatz von professionellen Dolmetschern, denn auch wenn die rein sprachliche Verständigung mit den Ärzten und Pflegepersonal unproblematisch ist, kann die gegenseitige „Fremdenangst“ in Beziehung zwischen betroffenen Migranten und den jeweiligen Fachkräften der Regeldienste nicht immer überwunden werden, falls eine zur Herstellung des Kohärenzgefühls führende Kommunikation nicht gelingt, die von gegenseitigem Vertrauen und Verständnis ausgeht (Hegemann 1996).

Es ist für Dolmetscher eine anspruchsvolle Aufgabe, einen Puffer zwischen interdependenten Erwartungen und Vorstellungen der an Übersetzungssituationen beteiligten Akteure zu bilden. So sind beispielsweise in der Psychiatrie Aspekte wie Co-Abhängigkeit, Co-Therapie oder professionelle Umgangsweisen mit bestimmten Störungen von besonderer Bedeutung, denn hier sind neben sprachlichen auch erhebliche Kenntnisse über Therapieansätze und Therapieverläufe oder über psy-

chiatische Arbeitsweisen erforderlich. Nicht nur aus diesen Gründen sehen sich Dolmetscher mit sehr umfassenden, teilweise sogar widersprüchlichen Erwartungshaltungen konfrontiert:

- Sie sollen verlässliche Experten für soziale Kommunikation sein und zugleich Loyalität gegenüber „Landsleuten“ und „Auftraggebern“ ausüben, also fachliche Verantwortung übernehmen.
- Als „kulturelle Brücke zwischen Majorität und Minorität“ sollen sie zwischen den Fachkräften auf der einen und den Migranten auf der anderen Seite zu sprachlicher und zugleich kultureller Verständigung sowie effektiver Hilfeleistung verhelfen, also individuelle Verantwortung übernehmen.
- Sie sollen institutionell vermitteln und so Interessenausgleich und Integration ermöglichen, also gesellschaftliche Verantwortung übernehmen.

Festzustellen bleibt jedoch, dass viele dieser Erwartungen und Forderungen dem Dolmetscher insgesamt erhebliche Verantwortung zuweisen, obwohl die Verantwortung eher bei der jeweiligen medizinischen / sozialen Fachkraft verortet werden müsste. Deshalb ist es erforderlich, dass Fachpersonen Kenntnisse über den professionellen Umgang mit Dolmetschern erwerben (welche auch bei o.g. Institutionen möglich ist). An Dolmetscher eigene, professionelle Verantwortlichkeiten zu delegieren, hat sich bisher nur in den seltensten Fällen bewährt. Die genuine Aufgabe von Dolmetschern ist es, „Sprachrohr“ der Beteiligten zu sein und nicht eigene Gespräche oder Kontakte mit Patienten zu führen.

Ein Dolmetscher kann nicht zugleich übersetzen, als Sozialarbeiter oder Pfleger tätig sein und selbständig innerhalb von Hilfeleistungsprozessen agieren. Dolmetscher und Klienten oder Patienten werden durch das „Delegationsprinzip“ überfordert. Dolmetscher werden in der Regel lediglich auf sprachliche und nicht auf therapeutische oder sozialarbeiterische Kompetenzen zurückgreifen können. Letztere obliegen behandelnden oder betreuenden Fachpersonen, denn das sprachliche Übersetzen ist eine Sekundärkompetenz. Es obliegt den auftraggebenden Fachkräften oder Institutionen selbst, durch sachgerechten Umgang, konzeptionell und methodisch fundiert, einen erfolgreichen Gesprächsverlauf sicherzustellen und den Dolmetschervermittlungsdiensten durch Training und Supervision die Qualität der Sprach- und Kulturvermittlung zu garantieren.

Auch ist die wichtige Dimension, der Neutralität berührt, die für alle Dolmetscher eine besondere psychische und ethnische Herausforderung darstellt. Nicht selten solidarisieren sie sich mit Landsleuten und geraten so in die Rolle eines Koalitionspartners, der die Rechte des Klienten oder Patienten zu verteidigen habe. Professionelle Dolmetscher sind in der Regel in der Lage, sich abzugrenzen, eigene Übertragungen zu vermeiden und neutral zu sein (Drenthen 2000).

Vieles spricht dafür, in diese Arbeit professionelle Dolmetscherdienste und ihre professionellen Berufsdolmetscher einzubeziehen. Sie kennen die ethischen Grundsätze, nämlich wörtlich sowie inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen und sich an die Schweigepflicht zu halten. Dolmetscherdienste, wie sie oben beispielhaft erwähnt wurden, achten darauf, ob Dolmetscher für bestimmte Fachgebiete oder geschlechtlich bzw. generativ geeignet sind. Vertrauen und Respekt wachsen eher durch kontinuierliche Zusammenarbeit, in der beide Seiten gemeinsam Erfahrungen sammeln und dazulernen können. Auch hat es sich bewährt, bei der Auswahl von Dolmetschern auf Personen zuzugehen, für die kulturelle Vielfalt zu einer lebensgeschichtlichen Selbstverständlichkeit gehört. Denn als „Brücke zwischen den Kulturen“ zu fungieren, ist nur dann möglich, wenn eine Person zu beiden beteiligten Kulturen eine ausgewogene Haltung produzieren kann. Begünstigt werden dadurch auch die häufig geforderte neutrale bzw. parteilose Haltung der Dolmetscher.

Qualitative Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen

Das Gelingen eines guten, verständlichen und effektiven Gesprächs zwischen Patienten, Dolmetschern und Heilern in professionellen Zusammenhängen, ich nenne es den translingualen Dialog, basiert auf methodischen Konzepten. Der translinguale Dialog erfordert, ebenso wie eine therapeutische Sitzung, Planung, Ziel, Methode, Konzept und Auswertung.

Um ein fachlich angemessenes Dolmetschen garantieren zu können, sollte mit dem Dolmetscher ein Vorgespräch geführt werden, in dem die bisherigen Erfahrungen mit dem Klienten dargestellt werden und das Ziel des Gesprächs vorgestellt wird. Dies ermöglicht, sich auf zu erwartende

Schwierigkeiten vorbereiten zu können. Von gleicher Bedeutung ist das Nachgespräch, in dem sich Fachkräfte nach der Verabschiedung des Klienten kulturell fremde Themen und Verhaltensweisen vom Dolmetscher erklären lassen können. Dies erleichtert es, sich abzugrenzen, eigene *Übertragungen* zu vermeiden und eine Haltung der Neutralität aufrecht zu halten.

Neben der Fachlichkeit, wörtlich sowie inhaltlich genau, kommentarlos und unparteiisch zu übersetzen, und sich an die Schweigepflicht zu halten, gehört Neutralität zu den wichtigsten Fähigkeiten von Dolmetschern. Sie stellt eine besondere psychische und ethnische Herausforderung dar, denn es ist nicht immer leicht, sich nicht mit Patienten zu solidarisieren und so in die Rolle eines Koalitionspartners oder eines Co-Therapeuten zu geraten. Der Einsatz von Verwandten und Freunden des Klienten ist gerade aus Gründen der Neutralität eher als problematisch anzusehen. Es hat sich in der Praxis bewährt möglichst gleichgeschlechtliche Dolmetscher einzusetzen und Altersunterschiede nicht zu groß ausfallen zu lassen. Auch Kontinuität in den Gesprächsbeziehungen durch den Einsatz von Dolmetschern, mit denen bereits positive Erfahrungen erzielt wurden, ist sinnvoller als ständig wechselnde Dolmetscher innerhalb einer Beratung oder Therapie. Dolmetscher, die neben ihren Sprachkenntnissen nicht über ausreichendes zusätzliches Hintergrundwissen verfügen, erschweren Therapieprozesse (vgl. Oestereich 2000, Salman 2001).

Der Umgang mit der interkulturellen Kommunikation im Dialog zwischen Professionellen, Dolmetschern und Patienten muss daher zum festen Bestandteil der beruflichen Fachkompetenz in Gesundheitsdiensten werden. Deshalb sollten diesbezüglich in therapeutische und beratende Aus- und Weiterbildung migrations- und kulturspezifische Fachkenntnisse und Arbeitstechniken aufgenommen werden. Das bedeutet Reflexion von routinemäßigen Vorgehensweisen und das Eingehen auf bisher ungewohnte Rituale, sowie die Bereitschaft zu strukturellen Veränderungen. Dies würde die Aufgaben der Professionellen nicht erweitern, sondern ihre Verwirklichung sichern, denn den Einsatz von Dolmetschern begünstigt medizinisches Handeln und die sachliche Mitarbeit des Patienten. Diagnosen und Krankheitserfahrungen sind nicht allein Ausdruck eines statischen Sozialsystems, sondern eher Ausdruck eines dynamischen Beziehungsgeflechts, zu dem Interpretationen, Neuinterpretationen, Optionen, Geheimhaltungen,

Repressionen, Umdeutungen, Bewertungen und kulturelle Hegemonien gehören (Littlewood, 1992). Krankenhäuser und Ambulanzen sind daher Orte, an denen Konflikte über unterschiedliche soziale Realitäten und Konzepte, über Fragen von Arbeitslosigkeit und ethnischem Status und über den Nutzen von Krankheitserfahrungen ausgehandelt werden (Salman & Hegemann 2001).

Strukturelle Handlungsempfehlungen - die Entwicklung von zentralen öffentlichen Dolmetscherdiensten

Generell sollten auf struktureller Ebene folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Wichtig für die Fachdienste des Sozial- und Gesundheitswesens ist eine einheitliche Kostenregelung / Gebührenordnung für den Einsatz von Gemeindedolmetschern, damit auch für die Auftraggeber von Dolmetscherleistungen eine Kosten- und Planungssicherheit gegeben ist.
- Ebenso wichtig ist es, Normen, Qualitätsstandards und Kriterien des Einsatzes von Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen zu entwickeln. Hierbei müssen bereits vorhandene und nicht vorhandene rechtliche Grundlagen Berücksichtigung finden (Arztrecht, Schweigepflicht, Sozial-, Familien-, Kinder- und Jugendrecht, Ausländerrecht, Datenschutzrecht, Versicherungsrecht, Zeugen- und Sachverständigenrecht und Haftungsfragen).
- Es müssen Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen bezüglich der Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Versorgung geführt werden.
- Einführung und Aufbau von Dolmetscherzentren in den Bundesländern zur gemeindenahen Sicherung sprachlicher und kultureller Verständigung im Sozial- und Gesundheitswesen.
- Entwicklung von Qualifikationsprofilen, ethischen Grundprinzipien sowie entsprechenden Qualitätsstandards für das neue Arbeitsfeld „Gemeindedolmetschern im Gesundheitswesen“.
- Durchführung von vernetzenden Tagungen, Workshops und Ausbildertrainings zur Erschließung und Sicherung bereits vorhandener Erfahrungen und Kompetenzen.
- Förderung der Aus- und Weiterbildung von MigrantInnen zu „Gemeindedolmetschern“

Diese Forderungen können zusammengefasst werden als ein Bestreben zur Professionalisierung im Bereich der Verständigung im Gesundheitswesen und als ein wachsendes öffentliches Bewusstsein hinsichtlich der Selbstverständlichkeit sprachlicher Verständigung für Migranten und betroffene Fachkräfte.

Nach öffentlich festgelegter Gebührenordnung und begründeten Standards arbeitende Dolmetscherzentren und Gemeindedolmetscher sollen besonders in folgenden Handlungsfeldern berücksichtigt werden:

- Krankenhäuser (insbesondere Pädiatrie, Gynäkologie, Geburtstation, Sozialdienst)
- Ambulante Sozialpsychiatrische Dienste, psychologische Beratungsstellen
- Gesundheitsämter, Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten
- Praxen niedergelassener Ärzte und Psychologen
- Fachstellen der städtischen Suchthilfe, Behindertenhilfe etc.
- Einrichtungen der Schwangerschafts-, Sexual- und Eheberatung, Frauenhäuser
- Gesundheitsberatungsangebote (z.B. Geburtshilfe, Vorsorge, Nachsorge, Hebammen)

Folgerungen

Insgesamt bleibt festzustellen, dass hier angesprochene Grundlagen zur Interkulturalisierung des Gesundheitswesens häufig nur sehr schwer in die Praxis umgesetzt werden können. Ein Faktor ist sicherlich das mangelnde Problembewusstsein in der Politik und bei den Kostenträgern. Verstärkt bilden Kostenaspekte und nicht Qualität, Effizienz und Chancengleichheit die Ausgangslage von Entscheidungsprozessen. Einigkeit besteht meistens darin, dass alles besser werden soll, dass Migranten in ihrer Gesundheit gefördert und gesichert werden sollen, dass Dolmetscher verstärkt eingesetzt werden müssen, damit Regelangebote auch für sie zugänglicher werden können, dass kulturelle Kompetenzen auf Seiten der Fachprofessionen durch Fort- und Weiterbildung aufgebaut werden müssen etc. Zugleich besteht jedoch paradoxerweise auch Einigkeit darüber, dass das alles keine zusätzlichen

Kosten, keinen zusätzlichen Zeitaufwand und keine zusätzlichen Verantwortlichkeiten verursachen darf.

Damit integrierende Versorgung innerhalb bestehender Regeldienste erfolgen kann, ist eine interkulturelle Öffnung und Sensibilisierung notwendig. Deshalb stehen MitarbeiterInnen der Gesundheitsdienste vor der Aufgabe, ihre vorhandenen (guten) Angebote migrationspezifisch und kulturell abzustimmen bzw. zu erweitern, damit ein bedarfsorientiertes Angebot gesichert werden kann und die vorhandenen (guten) Dienste für den wachsenden Personenkreis der Immigranten effizienter zugänglich werden. Hier ist ein Beitrag des Gesundheitswesens zur Integration von Migranten in unsere Gesellschaft angesprochen.

Literatur

- Collatz, J. & Fischer, G. C.* (1998): *Krankheit, Kranksein und häufige Erkrankungsverläufe*. In: G.-D. Burchard (Hrsg.): *Erkrankungen bei Immigranten. Diagnostik, Therapie, Begutachtung*, S. 16-31. Stuttgart; Jena, Lübeck. Ulm: Gustav Fischer Verlag
- Collatz, J.* (1995): *Auf dem Weg in das Jahrhundert der Migration. Auswirkungen der Migrationbewegungen auf den Bedarf an psychosozialer und sozialpsychiatrischer Versorgung*. In: Koch, E. et al. (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektive*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Collatz, J., Hackhausen, W. & Salman, R.* (Hrsg.) (1999): *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Aus der Reihe: *Forum Migration Gesundheit Integration*, Band 1, hrsg. von R. Salman, J. Collatz, Th. Hegemann. Berlin: VWB.
- Collatz, J.; Salman, R., Koch, E. & Machleidt, W.* (Hrsg.) (1997): *Transkulturelle Begutachtung – Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland*. Aus der Reihe: *Das transkulturelle Psychoforum*, Band 1, hg. von Th. Heise und J. Schuler, Berlin.
- Drenthen, G.* (2000): *Migration und Gesundheit – Lösungsansätze in den Niederlanden*. In: J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (2000):

- Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung, gefördert im Rahmen des Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Gardemann, J., Müller, W. & Remmers, A.* (2000): Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Hegemann, T.* (2002): Das Bayrische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München. In: T. Hegemann & B. Lenk-Neumann (Hrsg.): Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin: VWB.
- Hegemann, T. & Salman, R.* (2001): Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Heise, T., Collatz, J., Machleidt, W. & Salman, R.* (2000): Das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover und die Medizinische Hochschule Hannover im Rahmen der transkulturellen Gesundheitsversorgung. In: Th. Heise (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB.
- Hettlage-Vargas, A.* (1992): Bikulturalität - Privileg oder Belastung? In: E. Kürsat-Ahlers (Hrsg.): Die multikulturelle Gesellschaft: Der Weg zur Gleichstellung? Frankfurt a. M.: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Hörbst, V. & Lenk-Neuman, B.* (2002): Gesundheit, Krankheit und Behandlung im Spannungsfeld der Kulturen - medizinethnologische Ansätze für Praktiker. In: T. Hegemann & B. Lenk-Neumann (Hrsg.): Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin: VWB.
- Kleinman, A.* (1980): Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley, Los Angeles, London.
- Leyer, E. M.* (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Oesterreich, C.* (2000): Seelische Störungen von Migranten - Herausforderungen an eine kulturelle Psychiatrie. In T. Heise & J. Schouler (Hrsg.): Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum Bd.5, S. 241-250, Berlin: VWB.
- (2001): Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. Eine professionelle Herausforderung. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pavkovic, G.* (1993): Interkulturelle Beratungskonstellationen in der psychosozialen Arbeit. In: F. Nestmann & T. Niepel (Bearb.): Beratung von Migranten. Berlin: VWB.
- Röder, F. & Opalic, P.* (1987): Der Einfluß des Hoca (magischer Heiler) auf türkische psychiatrische Patienten in der Bundesrepublik – eine Auswertung klinischer Fallbeispiele. Psychiatrische Praxis 14, S. 157-162.
- Salman, R.* (1995): Hintergründe gelungener Migration. In: E. Koch et al (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg: Lambertus Verlag.
- (2000): Der Einsatz von (Gemeinde-) Dolmetschern im Sozial- und Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In: J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (2000): Migration und Gesundheit. Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Tagungsdokumentation und Handbuch anlässlich einer Arbeitstagung, gefördert im Rahmen des Kooperationsprogramms der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- (2001): Sprach- und Kulturvermittlung. Konzepte und Methoden der Arbeit mit Dolmetschern in therapeutischen Prozessen. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Salman, R.; Tuna, S. & Lessing, A.* (1999): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Schneller, Th., Salman, R. & Goepel, C.* (Hrsg.) (2001): Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten – Stand,

Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa. Bonn: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Forum für Oralprophylaxe und Mundgesundheit.

Sluzki, C. (2001): Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie - Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zeiler, J. & Zarifoglu, F. (1994): Zur Relevanz ethnischer Diskriminierung bei psychiatrischen Erkrankungen, *Psychiatrische Praxis*, 21, S. 101 – 105.

Zimmermann, E. (2000): Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin: ausländische Patienten besser versorgen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber-Verlag.

Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

*Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin**

Nach AsylbLG anspruchsberechtigte Ausländer - auch "Illegale"

Anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind **Asylbewerber** sowie Ausländer mit einer **Duldung**, aber auch sonstige **"ausreisepflichtige Ausländer"**, die sich mit oder ohne Kenntnis der Behörden, mit abgelaufenem Aufenthaltstitel, Grenzübertrittbescheinigung usw. oder ganz ohne Papiere "illegal" hier aufhalten (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG). Mit dem Zuwanderungsgesetz fallen ab 1.1.2003 zudem Ausländer mit "Bescheinigung" (§ 60 AufenthG) sowie manche Ausländer mit humanitärem Aufenthaltstitel (§§ 23, 24, 25 Abs. 4 und 5 AufenthG) unter das AsylbLG.

Die Bezeichnung "Asylbewerberleistungsgesetz" ist demnach irreführend, denn für die Anspruchsberechtigung ausreisepflichtiger Ausländer nach dem AsylbLG spielt es keine Rolle, ob zuvor Asyl beantragt wurde. Auch Ausländer, die in keiner Hinsicht als "Flüchtlinge" anzusehen sind, fallen unter das AsylbLG, sobald sie ausreisepflichtig sind - beispielsweise Touristen ohne gültiges Visum.

* Der Text und im Anhang eine Vielzahl an Urteilen zu dem Thema finden sich im Internet unter www.fluechtlingsrat-berlin.de

Der hier um die Bereiche Anspruchsberechtigte, Zuwanderungsgesetz, Anspruchseinschränkung sowie eine ständig aktualisierte Rechtsprechungsübersicht ergänzte Beitrag 'Krankenhilfe nach dem AsylbLG' wurde erstmals veröffentlicht in: Asylmagazin 11/2000, 11ff., online unter www.asyl.net

Ausführliche Informationen zum AsylbLG von Georg Classen: Classen, G. Menschenwürde mit Rabatt. Leitfaden und Dokumentation zum AsylbLG. 2. A. 2000. ISBN 3-86059-478-8, 15,50 Euro, zzgl. 5.- Euro für CD-ROM mit Materialien, Musteranträgen usw. Bestellanschrift: von Loeper Verlag, Kiefernweg 13, 76149 Karlsruhe, Tel. 0721-788370, Fax 788370, E-Mail: info@ariadne.de
Volltext im Internet unter <http://www.proasyl.de/lit/classen/buch/inhalt.htm>

Da die Sozialämter verpflichtet sind, der Ausländerbehörde den Aufenthaltsort (und dazu kann auch der nächste Sozialamtstermin gehören...) eines "illegalen" Ausländer zu melden, und somit Folge des Sozialhilfeantrags die Abschiebung bzw. Abschiebehaft wäre, wird der Anspruch "Illegaler" in der Praxis nur relevant, wenn entweder eine Abschiebung (und folglich auch die Abschiebehaft) aktuell nicht durchführbar oder rechtlich unzulässig ist (Herkunftsland verweigert Rücknahme, fehlende Verkehrsverbindung, Abschiebestopp für das betreffende Land, Mutterschutzfrist, etc.), oder wenn eine schwere akute oder chronische Erkrankung eine unabweisbare stationäre medizinische Akutversorgung erforderlich macht und deshalb ärztlicherseits Reiseunfähigkeit bescheinigt werden muss.

Nach BSHG anspruchsberechtigte Ausländer

Ist der Aufenthalt des Ausländers (noch) **legal**, und gehört der Antragsteller auch sonst zu keiner unter das AsylbLG fallenden Ausländergruppe (vgl. § 1 AsylbLG), richtet sich sein Anspruch auf medizinische Versorgung nicht nach dem AsylbLG, sondern nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 120 Abs. 1 i.V.m. § 37 BSHG). Eine Zuständigkeitslücke gibt es nicht - fällt ein Ausländer wegen seines Aufenthaltstatus nicht (mehr) unter das BSHG, hat er automatisch Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem AsylbLG (vgl. § 120 Abs. 2 BSHG).

Somit muss der Antragsteller letztendlich nicht entscheiden, auf welcher Rechtsgrundlage er seine medizinische Versorgung beantragt, er kann schlicht "Sozialhilfe" bzw. einen "Krankenschein für... / die Kostenübernahme für ... nach BSHG bzw. AsylbLG" beantragen. Maßgeblich ist allein, dass er beim Sozialamt seine materielle Notlage sowie seinen Behandlungsbedarf glaubhaft macht.

Materielle Notlage und Versicherungsschutz

Voraussetzung für die Anspruchsberechtigung von Ausländern auf "Sozialhilfe" zur medizinischen Versorgung nach BSHG oder AsylbLG ist allein die materielle Notlage (kein - ausreichendes und tatsächlich verfügbares - Einkommen oder Vermögen; kein Krankenversicherungs-

schutz) sowie die “tatsächliche” (physische) Anwesenheit in Deutschland (§ 1 Abs. 1 AsylbLG; § 120 Abs. 1 BSHG).

Die materielle **Notlage** (kein Geld, um die Behandlung selbst zu bezahlen...) wie auch den **fehlenden Krankenversicherungsschutz** sollte der Antragsteller - bei Notaufnahme ins Krankenhaus ggf. das Krankenhaus für ihn - dokumentieren bzw. **glaubhaft machen**. Dazu kann auch eine Erklärung gehören, wovon man bisher gelebt hat. Zu prüfen ist, ob ggf. eine Versicherung im Herkunftsland besteht, die nach internationalen Abkommen auch in Deutschland gültig ist (EU-Staaten, Norwegen, Island, Liechtenstein, Schweiz, Türkei, Jugoslawien, Ungarn, Arbeitnehmer aus Polen), oder ob die Krankenbehandlung nach anderen Gesetzen zu übernehmen ist. Die gesetzliche Unfallversicherung muss im Falle eines Wege- oder Arbeitsunfalls beispielsweise auch dann leisten, wenn der Arbeitgeber keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt hat (“Schwarzarbeit”), und zwar auch dann, wenn der Ausländer ohne Aufenthalts- und/oder Arbeitsgenehmigung beschäftigt wurde.

Einschränkungen wegen Einreise, um Sozialhilfe zu erhalten - § 1a AsylbLG / § 120 Abs. 3 BSHG

Ausländer, die eingereist sind, um hier Sozialhilfe zu beanspruchen, haben keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 1a AsylbLG / § 120 Abs. 3 BSHG). Diese Regelung wird in der Praxis vor allem auf Touristen angewandt, die ihre Notlage fahrlässig durch mangelnde finanzielle Vorsorge verursachen, teilweise aber auch (vor allem in Berlin) auf Kriegsflüchtlinge - denen die Sozialämter mit einem oft unglaublichen Zynismus vorhalten, in ihrer Heimat habe es weder Krieg noch bzw. Schikanierung oder Vertreibung durch Polizei- und Armee gegeben.

Die Regelung gilt hingegen nicht für eine unvorhergesehen erst in Deutschland aufgetretene Notlage, wie beispielsweise eine erst hier aufgetretene Krankheit oder einen Unfall in Deutschland. In diesen Fällen ist uneingeschränkte Krankenhilfe nach BSHG bzw. AsylbLG zu leisten. Selbst wenn aber der Vorwurf der Einreise, um Sozialhilfe bzw. Krankenhilfe zu erhalten zutreffend sein sollte, muss dennoch in jedem Fall die “unerlässliche” Krankenbehandlung (§ 1a AsylbLG) bzw. die “unabweisbare Behandlung einer schweren oder ansteckenden Krankheit” (§ 120 Abs. 3 BSHG) geleistet werden.

Welches Sozialamt ist zuständig?

Nach **BSHG** ist im Zweifelsfall immer das Sozialamt am “tatsächlichen Aufenthaltsort” zuständig (§ 97 BSHG).

Die Zuständigkeit nach **AsylbLG** ist komplizierter, weil im Falle einer erfolgten ausländerrechtlichen oder asylverfahrensrechtlichen Zuweisung an einen bestimmten Wohnort (meist verbunden mit einer sog. “Residenzpflicht”) das Sozialamt am Zuweisungsort zuständig ist (§ 10a Abs. 1 Satz 1 AsylbLG). Fehlt eine solche Zuweisung, ist hingegen auch nach AsylbLG das Sozialamt am “tatsächlichen Aufenthaltsort” zuständig (§ 10a Abs. 1 Satz 2 AsylbLG). Im Einzelfall kann unklar sein, ob eine Zuweisung noch rechtlich wirksam ist, etwa für einen ehemaligen Asylbewerber, der sich inzwischen mit einer Duldung oder illegal tatsächlich an einem anderen als dem ihm als Asylbewerber zugewiesenen Ort aufhält, so dass dann auch die Zuständigkeit des Sozialamts unklar ist.

Noch komplizierter wird es im Falle einer **stationären Behandlung** z.B. im Krankenhaus. Nach § 97 Abs. 2 BSHG ebenso wie nach § 10 Abs. 2 AsylbLG ist dann das Sozialamt an dem Ort zuständig, wo der Hilfeempfänger zuletzt seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte oder in den letzten zwei Monaten vor Aufnahme gelebt hat. Durch diese Bestimmung sollen die Sozialämter am Ort des Krankenhauses (oder einer Einrichtung für Behinderte) entlastet werden. In manchen Fällen, insbesondere bei Ausländern ohne legalen Status, ist der letzte “gewöhnliche” Aufenthaltsort jedoch schwer feststellbar. Ggf. ist zudem die Frage zu prüfen ob eine frühere “Zuweisung” nach AuslG oder AsylVfG noch fortwirkt.

Im Zweifelsfall ist zu empfehlen, die Kosten nicht nur am tatsächlichen Aufenthaltsort, sondern - unter ausdrücklichem Hinweis auf die mehrfachen Anträge - in schriftlicher Form **bei allen ggf. in Frage kommenden Ämtern zu beantragen**. Normalerweise ist zwar persönliche Vorsprache beim Sozialamt erforderlich, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen und/oder wegen Aufenthalts an einem anderen Ort nicht möglich ist, muss es ausreichen, die Unterlagen z.B. über den Sozialdienst des Krankenhauses oder das Sozialamt am tatsächlichen Aufenthaltsort vorzulegen.

§ 121 BSHG - Nothelferparagraf

Wenn ein rechtzeitiger Antrag auf die Sozialhilfeleistung nicht mehr möglich ist, was regelmäßig bei Notaufnahme ins Krankenhaus der Fall ist, hat der im Notfall hilfeleistende Dritte einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt. Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass das Sozialamt zur Hilfe verpflichtet gewesen wäre, d.h. dass das Krankenhaus prüft, ob Versicherungsschutz vorhanden ist und eine materielle Notlage vorliegt. Voraussetzung für den Erstattungsanspruch des Krankenhauses ist zudem, dass es den Anspruch "innerhalb angemessener Frist" geltend macht, was von der Rechtsprechung streng ausgelegt wird, d.h. der Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 121 BSHG sollte - auch wenn er wegen der noch nicht abgeschlossenen Behandlung der Höhe nach noch nicht bezifferbar ist - umgehend, d.h. innerhalb von etwa 10 bis 14 Tagen nach Aufnahme des Kranken, beim Sozialamt geltend gemacht werden.

Zu empfehlen ist zudem, dass sobald möglich auch der Kranke selbst (mit Hilfe des Sozialdienstes) Sozialhilfe für die Krankenhausbehandlung beantragt, da rechtlich umstritten ist, ob das Krankenhaus einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt auch noch für Zeiträume hat, in denen der Kranke selbst wieder handlungsfähig und das Sozialamt erreichbar war.

Obwohl im **AsylbLG** eine § 121 BSHG entsprechende Regelung fehlt, ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass § 121 BSHG auch auf Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG entsprechend anwendbar ist.

Einschränkung des Behandlungsanspruchs nach AsylbLG auf akute Krankheiten?

Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruchs durch Sozialämter und Amtsärzte (Verweigerung von Krankenscheinen, Verweigerung von Rollstühlen für spastisch behinderte Kinder, Verweigerung lebensnotwendiger Lebertransplantationen etc.) sind fast immer gesetzes-, zumeist auch verfassungswidrig. Nach unserer Erfahrung mit der Begutachtung durch Amtsärzte muss festgestellt werden, dass diese in aller Regel die Rechtsgrundlagen des AsylbLG und BSHG nicht kennen, was häufig zu rechtswidrigen Ablehnungen führt.

Unzutreffend ist insbesondere die weitverbreitete Annahme, dass Leistungsberechtigte nach AsylbLG nur bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen behandelt werden dürften.

Richtig ist, dass regelmäßig dann ein uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht, einschl. der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, wenn eine Krankheit **entweder “akut” oder “schmerzhaft”** ist (§ 4 AsylbLG). Ein uneingeschränkter Anspruch auf Krankenbehandlung besteht daher z.B. auch bei schmerzhaften chronischen Erkrankungen.

Der aus § 4 AsylbLG häufig gezogene Umkehrschluss, dass wegen des dort geregelten Behandlungsanspruch bei “akuter” Erkrankung ein Anspruch (jedenfalls nach § 4) bei “chronischer” Krankheit nicht bestehe, ist auch deshalb fragwürdig, weil in vielen Fällen eine medizinisch sinnvolle Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit gar nicht möglich ist, bzw. zumindest bei Nichtbehandlung ein akuter Krankheitszustand droht. Angesichts dessen, dass kein Arzt einem über Krankheit oder Schmerzen klagenden Patienten Diagnose und Behandlung verweigern darf, kann das Kriterium “akute Krankheit” allein im Sinne von “akuter Behandlungsbedarf” zur Heilung, Linderung oder Verhinderung von Krankheit interpretiert werden (Röseler, § 4 Rn 7).

Unaufschiebbarkeit, Unabweisbarkeit oder Unerlässlichkeit oder sonst wie gesteigerte Formen der Notwendigkeit einer Krankenbehandlung sind daher nach § 4 nicht erforderlich, solange die Krankheit entweder Schmerzen verursacht oder aber ein akuter Krankheitszustand bzw. ein akuter Behandlungsbedarf vorliegt. Es reicht die “Notwendigkeit” der Behandlung analog der Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei hat die Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen. Nach § 4 sind z.B. auch orthopädische Einlagen bei schmerzhaften Plattfüßen (VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, IBIS e.V. C 1515) oder orthopädische Schuhe (VGH Baden-Württemberg, Urteil 7 S 920/98 v. 4.5.98, IBIS e.V.: C1348, FEVS 1999, 33) zu leisten. In solchen Fällen statt dessen z.B. Schmerzmittel zu verabreichen, wäre medizinisch falsch und daher unzulässig.

Einschränkungen gibt es nach § 4 beim **Zahnersatz**. Unaufschiebbar im Sinne von § 4 ist Zahnersatz, wenn Folgeschäden bei Nichtbehandlung drohen oder bereits eingetreten sind (Verlust von weiteren Zähnen; Magenerkrankung durch fehlende Kaufähigkeit etc.). Die Einschränkun-

gen des § 4 beziehen sich nicht auf Zahnbehandlungen, bei denen kein Zahnersatz geleistet wird. Hier reicht es, dass die Zahnerkrankung akut behandlungsbedürftig oder schmerzhaft ist. Kariesbehandlungen, Wurzelbehandlungen etc. sind daher ohne Einschränkung zu leisten.

Anspruch für Schwangere nach AsylbLG

Schwangere haben nach § 4 Abs. 2 AsylbLG wie gesetzlich Versicherte einen uneingeschränkten Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen zur Entbindung, Pflege etc. Lediglich das Mutterschaftsgeld bzw. die einmalige Entbindungspauschale von 77 Euro (36b Nr. 5 BSHG / § 200b RVO) kann nach § 4 AsylbLG nicht beansprucht werden.

Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nach AsylbLG

Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG besteht - auch ohne Vorliegen einer akuten oder sonstigen Erkrankung - Anspruch auf Krankenscheine für "medizinisch gebotene" Vorsorgeuntersuchungen. Was geboten ist, richtet sich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu im Einzelnen §§ 20 bis 26 und 30 SGB V). Zahnkrankenscheine können zum Zweck der Vorsorge unter 18 Jahren alle 6 Monate, danach jährlich beansprucht werden. Krankenscheine für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen können Schwangere, kleine Kinder (U1 bis U10), Frauen (gynäkologische Untersuchung), alle Menschen ab 35 (für eine Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre), Frauen ab 20 und Männer ab 45 (Krebsvorsorge einmal jährlich), sowie neu eingereiste Flüchtlinge ohne Asylantrag (eine freiwillige Untersuchung dürfte analog § 62 AsylVfG regelmäßig geboten sein) beanspruchen.

Nach § 4 Abs. 3 besteht - ebenfalls auch ohne Vorliegen einer akuten oder sonstigen Erkrankung - zudem Anspruch auf "amtlich empfohlene Schutzimpfungen". Neben den üblichen Kinderimpfungen haben auch Erwachsene Anspruch auf Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio sowie nach individuellem Risiko weitere Impfungen. Zudem besteht Anspruch auf alle im Hinblick auf die Situation im Herkunftsland anzurathenden Impfungen. Als amtliche Empfehlungen im Sinne von § 4 Abs. 3 sind die Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) beim

Robert Koch Institut Berlin anzusehen, nachzulesen im Internet unter www.rki.de bzw. www.rki.de/GESUND/IMPFFEN/STIKO/STIKO.HTM Die Impfeempfehlungen der STIKO Stand Juli 2002 zum download: www.rki.de/INFEKT/EPIBULL/2002/28_02.PDF (145 KB)

Feststellung des Behandlungsbedarfs

Möchte ein Flüchtling einen Krankenschein, reicht die Angabe von Schmerzen oder diffusen Krankheitssymptomen, da ein Verwaltungssachbearbeiter¹ beim Sozialamt regelmäßig nicht in der Lage ist, eine Diagnose zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hierüber kann auch ein Arzt erst nach Durchführung einer Untersuchung entscheiden. Schon zur Feststellung des Behandlungsbedarfs ist also der Krankenschein erforderlich. Für den Anspruch auf einen Krankenschein reicht es aber auch, wenn der Flüchtling zur Begründung angibt, er/sie möchte eine der vorgenannten Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen erhalten.

Behandlung chronischer Krankheiten nach AsylbLG

Nur bei einer Krankheit, bei der keine der beiden Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 AsylbLG gegeben ist, die also weder akut bzw. akut behandlungsbedürftig noch schmerzhaft ist, darf der Behandlungsanspruch gegenüber dem sonst üblichen Umfang überhaupt eingeschränkt werden. Nur in solchen Fällen reduziert sich der Anspruch auf Leistungen, die "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sind (§ 6 AsylbLG). Die Behandlung einer chronischen Krankheit dürfte im Regelfall "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sein, womit ein Anspruch auf Behandlung nach § 6 besteht. Eine Behandlung ist immer dann "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich", wenn bei Nichtbehandlung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Folgeerkrankungen oder dauerhafte (nicht wieder gutzumachende) gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen.

Zu den medizinischen Leistungen nach § 6 können beispielsweise auch ambulante **Psychotherapien** einschl. der in diesem Zusammenhang notwendigen Fahrtkosten (OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.9.99, IBIS e.V.

C1463; VG Berlin 8 A 366/97 vom 4.7.1997, IBIS e.V.: C1347, VG Braunschweig 3 B 67/00 v. 13.4.00, Asylmagazin 7-8/2000, 62, IBIS e.V. C1540) oder die Unterbringung in einer **Behinderteneinrichtung** (VG Freiburg 5 K 1594/98 v. 1.9.98, IBIS e.V.: C 1456; VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16; IBIS e.V.: C1349) gehören. Auch die Hilfsmittelversorgung ist, soweit sie nicht bereits nach § 4 im Rahmen der Behandlung von Schmerzen bzw. akuter Krankheit erforderlich ist, nach § 6 zu leisten, z.B. Rollstühle, Prothesen, Brillen, Hörgeräte etc. Mobilität, Sehen, Hören, Sprechen sind menschliche Grundbedürfnisse. Der Menschenwürdegrundsatz gebietet es, diese Bedürfnisse im Rahmen des medizinisch möglichen auch für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sicherzustellen.

Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG (gilt seit 1.6.2000 bei bereits mindestens **drei Jahren Bezug von Leistungen nach AsylbLG** unter den weiteren in § 2 genannten Voraussetzungen²) sind über den Verweis in § 2 auf das BSHG (vgl. § 120 Abs. 1 und § 37 BSHG) und den Verweis in § 37 BSHG auf das SGB V gesetzlich Krankenversicherten voll gleichgestellt. Für sie sind beispielsweise auch Einschränkungen beim Zahnersatz unzulässig.

Zu beachten sind bei der Auslegung der genannten Paragraphen des AsylbLG die Regeln der **ärztlichen Ethik** sowie die von Verfassung wegen gebotenen, auch für Ausländer geltenden Grundsätze der **Menschenwürde** und des **Rechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit** (Artikel 1 und 2 Grundgesetz). Der Behandlungsumfang ist damit in fast allen Fällen identisch mit dem Behandlungsanspruch Deutscher. Einschränkungen sind im Ergebnis vor allem beim Zahnersatz in den ersten drei Jahren des Leistungsbezugs möglich - wobei allerdings auch hier regelmäßig das medizinisch unaufschiebbare geleistet werden muss.

Forderungen

- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen ebenso wie gesetzlich Versicherten **Krankenscheine** auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung (quartalsweise) vorab zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch werden unnötige Verzögerungen notwendiger Krankenbehandlungen und die infolge fehlender Krankenscheine

weit überdurchschnittliche (und kostenträchtige) Inanspruchnahme von ärztlichen Notdiensten und Krankenhäusern durch Leistungsrechte nach AsylbLG vermieden. Sozialamtssachbearbeiter sind regelmäßig nicht in der Lage, über einen Krankenbehandlungsbedarf zu entscheiden, dies können auch Ärzte erst nach (gründlicher) Untersuchung und Stellung der Diagnose, bereits hierzu sind aber Krankenscheine unerlässlich.

- Krankenscheine dürfen keine (in der Praxis regelmäßig missverständliche, weil juristisch auslegungsbedürftige) einschränkende Kennzeichnungen des Behandlungsumfanges enthalten,
 - der **Behandlungsumfang** nach AsylbLG muss gesetzlich klargestellt werden, anstelle der bisherigen (missverständlichen) Formulierungen soll ein Verweis auf § 37ff. BSHG bzw. das SGB V erfolgen,
 - Leistungsberechtigte nach AsylbLG und nach BSHG sowie Strafgefangene sind in gleicher Weise wie ArbeitnehmerInnen, Studierende, RenterInnen und Arbeitslose in die **Pflichtversicherung** der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen,
 - Die freiwillige Inanspruchnahme von **Vorsorgeuntersuchungen** und **Impfungen** ist - auch im Hinblick auf die Situation in den Herkunftsländern - durch Ausgabe von Krankenscheinen und umfassende Information der Leistungsberechtigten entsprechend § 4 Abs. 3 AsylbLG sicherzustellen
 - Bei der Behandlung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG und nach BSHG einschl. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist die **freie Arztwahl** sicherzustellen, dies gilt auch für Diagnosestellung und Feststellung des Behandlungsbedarfs,
 - der Behandlungsumfang nach SGB V, BSHG und AsylbLG muss auch die notwendigen **Dolmetscherkosten** beinhalten (vgl. BVerwG, NJW 1996, 3092, das für § 37 BSHG den Anspruch bestätigt hat)
 - Selbstverständnis und gesetzlicher Auftrag der **öffentlichen Gesundheitsdienste** sind zu überprüfen. Flächendeckend sind kostenlose und gesichert anonyme Behandlungsmöglichkeiten für Kranke in akuten Notsituationen (Obdachlose, Prostituierte, Drogenabhängige, illegalisierte AusländerInnen etc.) unabhängig von Einkommensnachweis, Wohnsitz, Aufenthalts- und Versichertenstatus anzubieten.
-

- ¹ In der Praxis maßen sich teilweise Verwaltungssachbearbeiter, Heimleiter, Wachschatzmitarbeiter, Sanitäter, Krankenpflieger usw. an, ohne Hinzuziehen eines Arztes Diagnosen zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hier sollte Strafanzeige erwogen werden.
- ² Vgl. dazu Classen, Eckpunkte zu § 2 AsylbLG, in Asylmagazin 7-8/2000, 31ff, online unter <http://www.asyl.net> ; Decker, Kommentierung des § 2 AsylbLG in Oestreicher, BSHG-Kommentar, EL Juli 1999; Goldmann, G., Zur Leistungsprivilegierung des AsylbLG, ZfF 2000, 121; Hohm, K., NVwZ 2000, 772, Voraussetzungen einer leistungsrechtlichen Besserstellung nach § 2 AsylbLG

Leben in der Illegalität

Krankheitsbilder und Probleme bei der Behandlung

Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt zur Lebenssituation 'illegaler' Migranten in Leipzig

Von 1997 bis 1999 erstellte Jörg Alt in Leipzig eine Studie zur Lebenssituation „illegaler“ MigrantInnen. Dazu führte er mit 35 Illegalisierten Interviews und bekam über Dritte Informationen zu weiteren ca. 65 Illegalisierten. Es handelte sich bei den „Illegalen“ sowohl um Flüchtlinge als auch um illegal eingereiste ArbeitsmigrantInnen. Darüber hinaus führte er Interview mit Behördenvertretern und wertete eine Fülle an Material aus. Es ist zu bedenken, dass durch die begrenzte Stichprobe die Studie nicht als repräsentativ zu werten ist. Der Verfasser weist darauf hin, dass es bestimmte Faktoren (z.B. Leipziger Lebensumstände, philosophisch-theologischer Hintergrund des Verfassers) geben kann, die Auffälligkeiten in der Studie verursachen können. Dennoch gibt die Studie einen Einblick in die Lebenssituation illegalisierter MigrantInnen in Deutschland. Der nachfolgende Artikel ist eine gekürzte und redaktionell bearbeitete Fassung eines Vortrags, den Jörg Alt auf der Fachtagung „Migration und Gesundheit – Perspektiven in einer multikulturellen Gesellschaft“ am 19./20.11.1999 in Dresden gehalten hat. Der komplette Vortrag sowie andere Texte von Jörg Alt finden sich auf der Webseite www.joerg-alt.de. Die Ergebnisse der gesamten Studie wurden von Jörg Alt in Buchform unter dem Titel *Illegal in Deutschland – Forschungsprojekt zur Lebenssituation 'illegaler' Migranten in Leipzig* im von Loeper Literaturverlag veröffentlicht.

1. Krankheitsfördernde bzw. –verursachende Umstände eines Lebens in der Illegalität

1.1 Generelle Unsicherheit und Belastung

Das Leben in der Illegalität beinhaltet für alle Migranten eine große Anzahl an Unsicherheit und Druck. Am größten ist die Angst vor einer Enttarnung des unerlaubten Aufenthalts. Dieser Druck verstärkt even-

tuell bereits vorhandene, persönliche Veranlagungen, etwa eine depressiv-melancholischer Grundtönung. Auch sind sensible Naturen generell anfällig für psychische Störungen, weil sie den Härten eines von Erwartungsdruck, Verdrängung und Zwang zur Anpassung bzw. Unauffälligkeit geprägten Lebens nicht gewachsen sind. Besonders die sich seit Ende 1996 verschlechternde Situation auf dem Arbeitsmarkt hinterlässt unmittelbare Spuren bei bereits depressiv veranlagten Menschen: Gelingt es ihnen nicht, Arbeit zu finden, tröstet kein Verweisen darauf, dass es ihren Kollegen auch so geht. Sie erleben ihr Schicksal als persönliche Kette von Fehlschlägen. Besonders Familienväter leiden darunter, dass sie nicht 'fähig' sind, die Erwartungen der Daheimgebliebenen, z.B. durch Zurückzahlung von Schulden oder Überweisungen von Unterstützungszahlungen, verbessern zu können. Sie kommen sich mehr und mehr als 'Versager' vor und schielen nur auf diejenigen, die Glück hatten bzw. denen es besser geht: „Wenn es so viel andere doch geschafft haben, in Deutschland Geld zu verdienen, warum bin dann ausgerechnet ich zu dumm, das Gleiche zu tun?“ Ihre depressive Grundstimmung verstärkt sich proportional zu den Fehlschlägen in ihren Bemühungen, sich ein 'ordentliches' und 'ehrliches' Leben aufzubauen: Die Arbeitsstelle, die er nicht bekommt, die Baustellenprüfung, bei der er erwischt wird, der Freund, der ihm aus Angst nahe legt, er möge sich woanders eine Wohnung suchen. Irgendwann sinkt bei vielen die Bereitschaft, sich weiter aktiv und kreativ um neue (Über-)Lebensmöglichkeiten zu bemühen, und es wächst die Selbstaggression (weil sie sich persönlich die Schuld für ihres Situation zuweisen) oder Apathie.

Schließlich können kulturell-herkunftsbedingte Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen zu Kommunikationsproblemen und Negativerfahrungen führen, die sich wiederum verstärkend auf mögliche bereits vorhandene psychische Labilitäten und Störungen auswirken können.

1.2 Äußere Lebensumstände

Der weit verbreitete Zwang, mit wenig Geld auskommen bzw. möglichst versteckt leben zu müssen führt dazu, dass das Leben der meisten 'Illegalen' von den äußerlichen Umständen her sehr hart ist: Sie wohnen in Abbruchhäusern oder unsanierten Wohnungen, vielleicht sogar im Freien. Warmes Wasser und Heizung ist nichts selbstverständliches,

besonders im Winter kann es vorkommen, dass man aus Angst vor Entdeckung kein Feuer anzündet, selbst wenn Kohlen gefunden werden können.

Die Ernährung ist – entweder weil man das Geld für andere Zwecke sparen möchte oder weil man kein Geld hat – in der Regel sehr einfach und einseitig und oft Grund für Mangelerscheinungen, eine größere Anfälligkeit für Infektionen oder allergischer Reaktionen. Manchmal wird Nahrung, deren Haltbarkeitsdatum schon lange abgelaufen ist, aus Müll- und Abfallcontainern zusammengesucht.

1.3 Situation am Arbeitsplatz

Arbeitszeitbegrenzung existiert für 'Illegale' nicht – im Gegenteil: Gerade dann, wenn legal in Deutschland lebende Arbeitnehmer ihre tariflich zustehende Freizeit einklagen, müssen 'Illegale' 'ran und Liegendebliebenes fertig stellen. Arbeitszeiten von 10-15 Stunden unter härtesten Bedingungen sind keine Seltenheit. Selbst Nachts und an Wochenenden wird gearbeitet. Da die Löhne aber sinken (durchschnittlich zwischen 3-9 DM pro Stunde) und oft nicht einmal ausgezahlt werden, verlängern sich die Arbeitseinsätze mehr und mehr, was zu einer Auszehrung der Kräfte und Abnahme der Aufmerksamkeit führen kann, all dies ist wiederum Vorbedingung für größere Anfälligkeit für Arbeitsunfälle. Allzu oft sparen Arbeitgeber bzw. deren Mittelsmänner gegenüber 'illegalen' Arbeitnehmern an Einweisungen in Arbeitsschutzbestimmungen bzw. bei der Verfügungstellung von Schutzkleidung. Auch dies hat eine erhöhte Unfallhäufigkeit zur Folge.

1.4 Gewalttätigkeit

Eine letzte große „Krankheitsquelle“ sind die vielfältigen Verletzungsmöglichkeiten, die durch Gewalttätigkeit entstehen. Im Falle eines rassistischen Übergriffs steht ein Illegaler neben der direkten Bedrohung durch die Angreifer noch vor einem weiteren Problem. Wird er angegriffen, so zögert er in der Regel, um Hilfe zu rufen oder zu bitten: Größer als die Angst vor Schmerz und Verletzung ist die Sorge, dass die eintreffende Polizei nach der Beendigung der Auseinandersetzung die Papiere sehen möchte, was die Ausweisung oder Abschiebung zur Folge hätte.

Auch am Arbeitsplatz kann es, ausgelöst v.a. durch Konkurrenzdruck zwischen den Arbeitnehmern zu Streit und daraus resultierenden Gewalttätigkeiten kommen.

2. Allgemeine Probleme bei der Behandlung von Krankheiten

2.1 Beratungs- und Hilfezentren

A. Probleme seitens der Aufnahmegesellschaft

Ein zentrales Problem im Kontext der Gesundheitsfürsorge scheint in Deutschland der Mangel an Institutionen zu sein, die, in einer Atmosphäre des Misstrauens und der Repression, auf vertraulicher und informeller Basis zwischen den Migranten auf der einen und Ärzten, Krankenhäusern oder gar Kostenträgern auf der anderen Seite vermitteln können. Zwar wird seitens der Kirchen, Wohlfahrtsverbänden und Flüchtlingshilfe-Organisationen der dringende Bedarf auf diesem Gebiet gesehen. Dieser Einsicht Rechnung zu tragen ist jedoch nicht so einfach, denn:

Zunächst machen sich Personen und Institutionen, die 'Illegalen' helfen, nach wie vor *strafrechtlich sanktionierter Vergehen* (z.B. Beihilfe zu unerlaubter Einreise und unerlaubtem Aufenthalt) schuldig¹. Zwar gibt es auch Positionen, die ein verfassungsmäßig abgedecktes Recht gerade von kirchlichen Organisationen sehen, Menschen in diesem Kontext Hilfe zu leisten. Indirekt besteht aber nach Auffassung einer Reihe von Gesprächspartnern auf Seiten der Wohlfahrtsverbände vor allem der Eindruck, dass ihr Engagement auf diesem Gebiet, wenn es Behörden bekannt werden, indirekt, etwa durch die *Kürzung von finanziellen Zuschüssen* für ihre reguläre Arbeit geahndet wird. Nur wenige Verbände haben deshalb den Mut, offenes oder verdecktes Engagement ihrer Mitarbeiter auch nur dienststellenintern gutzuheißen. Dies hat zur Folge, dass hier erforderliche Beratungs- und Vermittlungstätigkeit bestenfalls neben der eigentlichen Arbeitslast getan werden können. Manche Arbeitgeber verbieten ihren Angestellten sogar jegliches Engagement mit der Begründung, dass Behörden nicht unterscheiden könnten, ob XY die erforderliche Hilfeleistung in seiner Eigenschaft als Mitarbeiter in einem Wohlfahrtsverband oder als Privatperson macht. Der Verfasser geht dennoch davon aus, dass wesentlich mehr Beratungs- und Hilfsdienste gelei-

stet werden als nach außen hin zugegeben wird. Bei Gesprächspartnern in Leipzig war es jedenfalls so, dass sie ihm gegenüber selbst dann Kontakte zu 'Illegalen' abstritten nachdem dieser von ihrem Einsatz durch andere Quellen, etwa durch die Migranten selbst, erfahren hatte.

Daneben gibt es eine zunehmende Anzahl medizinischer Hilfezentren für 'Illegale', die weitgehend von ehrenamtlichen Mitarbeitern getragen werden. Deren personelle und zeitliche Ressourcen sind jedoch begrenzt, was wiederum zur Folge hat, dass solche Zentren nur gelegentlich -und nicht etwa regelmäßig oder gar durchgehend- geöffnet sind. Ebenso stoßen solche Zentren dann an ihre Grenzen, wenn Krankheiten der Hilfesuchenden teure Untersuchungen und Behandlungen erfordern, die von Ärzten und Krankenhäusern beim besten Willen nicht mehr umsonst geleistet werden können. Beispiele hier sind etwa erforderliche stationäre Behandlung von Kranken oder die medikamentöse Versorgung von AIDS-Patienten, die etwa aus Angst vor einer Abschiebung untergetaucht sind.

B. Probleme seitens der Migranten

Viele Migranten haben wiederum – sei es aus Misstrauen und Angst (Flüchtlinge), sei es, weil sie ihren Lebensmittelpunkt nach wie vor im Herkunftsland sehen (Arbeitsmigranten) – kaum Interesse, überhaupt rechtzeitig Kontakte in die Aufnahmegesellschaft hinein zu knüpfen. Sodann sind aufgrund der generellen Isolierung einzelner oder kleinerer Gruppen voneinander professionelle Hilfsangebote vielen 'Illegalen' gar nicht bekannt. Auch Informationsblätter, vorausgesetzt sie sind in der richtigen Sprache verfasst und liegen an den richtigen Stellen aus, können dieses Informationsdefizit nur bedingt beheben.

Ein weiteres Hindernis zur Inanspruchnahme solcher Beratungsstelle ist deren *äußeres Erscheinungsbild* (Sprechzeiten, Bürocharakter): Es gleicht dem, was man von Behörden, Ämtern und anderen offiziellen Institutionen her kennt und unterscheidet sie von der Zugänglichkeit persönlich bekannten Kontaktpersonen und deren Ärzten, die 'rund um die Uhr' erreichbar sind. Somit wird solchen Stellen zunächst einmal das gleiche von zu Hause mitgebrachte Grundmisstrauen entgegengebracht wie allen „offiziellen“ Einrichtungen. Ferner gehören zum Alltagsleben der 'Illegalen' Arbeitsplatz- und Straßenrazzien und jeder kennt Geschichten von Bekannten, die etwa auf dem Sozialamt, im Krankenhaus oder auf dem Standesamt als 'Illegaler' verhaftet worden sind.²

Für sie sind auch solche Stellen deshalb zunächst einmal eine weitere Einrichtung, bei der die Gefahr unterstellt werden muss, dass man dort an der Aufdeckung ihrer Illegalität interessiert ist. Anders gesagt: Für viele ist unvorstellbar, dass es tatsächlich offiziell aussehende Stellen gibt, von denen sie nichts zu befürchten haben. Hier wird es lange dauern, bis Vertrauen wächst und sich gute Erfahrungen herumsprechen werden.³

Schließlich sind *Sprachprobleme* ein wichtiges Hindernis für eine konkrete Kontaktaufnahme. Während alle Migranten gezwungen sind, sich schnell einen Wortschatz für die Erledigung von Arbeiten zuzulegen, entfällt diese Notwendigkeit für den Erwerb eines Grundwortschatzes für den Alltag oder gar die Situation einer Erkrankung. So ist in akuten Fällen oft nicht gewährleistet, dass auf Seiten der Beratungsstelle oder der Migranten Sprachkenntnisse oder der passende Dolmetscher vorhanden sind. Nach Erfahrung des Verfassers versuchen Migranten deshalb in der Regel erst, alle nur denkbaren Selbsthilfemöglichkeiten auszuschöpfen.

2.2 Selbstbehandlung

Kleinere Erkrankungen werden zunächst einmal selbst therapiert. Flüchtlinge können, mit etwas Glück, Hilfe über ihre Landsleute organisieren. Arbeitsmigranten können zusätzlich innerhalb ihres 'Milieus' Ärzte oder Apotheker auftreiben und um Rat und Hilfe angehen. Auch Medikamenten bringen sich die meisten Arbeitsmigranten von zu Hause für bestimmte Krankheiten wie Erkältung, Fieber oder kleinere Wundenbehandlungen mit. Diesen Vorrat lassen sie sich entweder über milieuinterne Nachschubwege auffüllen (es gibt beispielsweise vielfältige Kurierdienste zwischen den Herkunftsländern und dem gegenwärtigen Aufenthaltsort), oder man bittet andere 'Legale' (Deutsche und Nichtdeutsche), ihnen das Benötigte zu besorgen.

2.3 Krankheit und Geld ⁴

Wird das *Konsultieren eines* in Deutschland niedergelassenen *Arztes* dennoch unvermeidlich, so ist dies für Personen, die sich bereits längere Zeit in Deutschland aufhalten, zum Teil kostenlos möglich – vor allem dann, wenn die Verbindung zum Arzt durch eine beiden Seiten vertraute Kontaktperson (legal in Deutschland lebende Nichtdeutsche oder

Deutsche) vermittelt wurde. Auf dieser Ebene gibt es auch Möglichkeiten, um zu *medizinischen Hilfsmitteln* wie Hörgeräten, Zahnersatz, prothetischen Hilfsmitteln oder Vorsorgeuntersuchungen zu kommen. Problematischer gestaltet sich das Aufsuchen eines Arztes für Personen, die neu in Deutschland sind, die über keinerlei Beziehungen und Anlaufstellen verfügen oder die nicht genügend Geld haben, um sich die medizinische Hilfe 'leisten' zu können. Viele Ärzte helfen 'Illegalen' schnell und unbürokratisch. In den meisten Fällen werden nur die üblichen Tarife verlangt, aber selbst dies kann für 'Illegale' ein Problem sein. Aufgrund der derzeitigen Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten können selbst 70 DM, die Regelbezahlung für eine Zahnextraktion, in der akuten Notsituation nicht vorhanden sein und eine 'Selbstbehandlung' wie oben geschildert nötig machen.⁵

2.4 Krankheit als Sicherheitsrisiko

Das *Sicherheitsrisiko par excellence* im vorliegenden Kontext ist für alle Gesprächspartner *der Aufenthalt in einem Krankenhaus*. Gerade aufgrund ihrer Hilflosigkeit und dem dadurch bedingten Kontrollverlust über ihre Situation droht ihnen hier am ehesten die 'Enttarnung' mit nachfolgender Ausweisung, Abschiebehaft oder Abschiebung. Zwar erhält ein ins Krankenhaus eingelieferter 'Illegaler' die notwendige medizinische Versorgung. Zugleich erfolgt seitens des Krankenhauses aber eine routinemäßige Überprüfung, weil man wissen möchte, an wen die Rechnungsstellung erfolgen kann, die Polizei ermittelt automatisch, wenn im Fall einer Krankenhauseinlieferung der Verdacht auf eine Straftat vorliegt – bei alledem wird aber vor allem die Statuslosigkeit aufgedeckt. Es gibt zahlreiche Berichte, nach denen 'Illegale' nach Entdeckung ihres Status in Haftkrankenhäuser verlegt wurden oder früher oder später verhaftet wurden. Kann eine Einlieferung in ein Krankenhaus nicht vermieden werden, so gibt es übereinstimmende Berichte darüber, dass 'Illegale' sich vor der ärztlich genehmigten Entlassung entfernen, nur um einer möglichen Verhaftung entgehen zu können. Eine Gefährdung ihrer Genesung nehmen sie bewusst in Kauf.

'Illegale' versuchen deshalb eine Krankenhauseinweisung um jeden Preis zu vermeiden. In solchen Situationen sind 'Illegale' in besonderer Gefahr, dass ihnen dauerhafte Gesundheitsschäden zugefügt werden oder dass sie größte Schmerzen ertragen müssen, weil die nötigen Medikamente

fehlen. Ein Gewerkschaftsmitglied berichtete beispielsweise von einer Kontrolle, bei der sie in einer völlig verschmutzten Unterkunft einen Kranken entdeckten, der unter hoher Infektionsgefahr versuchte, einen offenen Beinbruch auszukurieren.

3. Psychische Auffälligkeiten und Störungen

Es folgen nun Ausführungen zu psychischen Störungen, die unter den 'Illegalen' anzutreffen waren. Diese stellen Migranten ebenfalls in der Regel vor Probleme, die sie nicht innerhalb der bewährten Selbsthilfestrukturen lösen können.

3.1 Besondere Probleme von Flüchtlingen

Dem Verfasser scheint jedoch, dass vor allem Flüchtlinge unter psychischen Störungen leiden. Sie wurden und werden stärker mit belastenden Situationen konfrontiert, die entweder latent vorhandene Veranlagungen verstärken oder die Störung direkt verursachen. Alle Flüchtlinge leben beispielsweise, anders als Arbeitsmigranten, aufgrund ihrer Fluchtsituation in einem starken *grundsätzlichen Zwiespalt, der sie nirgendwo anwesend oder daheim sein* lässt: Vor der Flucht hatten sie keine Zeit, um sich von zu Hause zu verabschieden. Dies bedingt, dass sie immer noch in ihrem Heimatland 'weilen', all den Menschen nachtrauern, die sie zurückgelassen haben. Zum anderen aber hegen sie ihrem Herkunftsland gegenüber äußerst negative Gefühle wegen des dort erlittenen Unrechts. Beides bindet Kapazitäten, die sie dringend bräuchten, um sich dem neuen Lebensumfeld zu öffnen und darin zurechtzufinden.

A. Übergroße Angst

Im Vergleich mit Arbeitsmigranten scheint unter den Flüchtlingen ein überdurchschnittlicher Anteil von Menschen zu sein, deren Verhalten von diffuser und allumfassender Angst und Anspannung davor bestimmt ist, dass ihnen jederzeit überall irgendetwas zustoßen könnte. Angst ist, nach Erkenntnissen der Spezialisten, eine herausragende posttraumatische Belastungsreaktion. Ihre Ursachen können in Ereignissen vor und während der Flucht liegen. Damit zusammenhängend existiert bei Flüchtlingen eine größere Angst vor Abschiebung: Während für

Arbeitsmigranten aus Mittel- Ost und Südosteuropa eine Abschiebung oftmals nur eine Unterbrechung ihres Arbeitsverhältnisses bis zu einer erneuten Einreise war, bedeutet die Abschiebung für sie in der Regel die unwiderrufliche Rückführung in eine lebensbedrohliche Situation, aus der es für sie kein zweites Entkommen gibt⁶. Diese Angst schränkt die sozialen Beziehungen ein, dies wiederum die Möglichkeit, im Notfall Dritte um Hilfe bitten zu können. Verbreitet ist die Angst vor Verfolgung oder Entdeckung.

B. Übergroße Unsicherheit

Konkret erlittene Traumata beeinflussen das gegenwärtige Verhalten im Zufluchtsland in besonderer Weise. Diese Menschen überfallen dauernd Parallelen zwischen 'hier' und 'daheim': Bestimmte Auslöser hier lassen unangenehme und vielleicht verdrängte Erinnerungen an 'daheim' plötzlich wieder real werden: Kontaktpersonen berichteten von Flüchtlingen, die auf der Straße einen Menschen 'sehen' und in ihm unwillkürlich ihren Folterer von zu Hause 'erkennen', wieder andere werden von schräg einfallendem Sonnenlicht an die Lampen beim Verhör erinnert oder verkrampfen sich aus Furcht, wenn hinter ihnen eine Türe aufgeht. Ein Gesprächspartner konnte sein Telefon nicht mehr benutzen („Es klickt hörbar in der Leitung - wie früher“) und leidet darunter, dass er deshalb nicht einmal mehr mit den daheimgebliebenen Familienmitgliedern offen reden kann.⁷

C. Übergroßes Misstrauen

Tiefverwurzeltes *Misstrauen und Beziehungsunfähigkeit* finden sich vor allem bei Gesprächspartnern, die vor Gefängnis oder Folter geflohen sind. Ursache ist zunächst die Erfahrung, die sie im Herkunftsland mit 'offiziellen' Personen gemacht haben - seien es Polizisten, Soldaten, Gefängniswärter oder Beamte: Diese verkörperten und symbolisierten bedrohende Macht, Ausgeliefertsein und Demütigungen. Dieses Gefühl des Ausgeliefertseins erhält sich auch in Deutschland - wengleich seine Auslöser anders sind: Hier weckt die Allumfassendheit, Unbestechlichkeit, Anonymität, Perfektion und Undurchschaubarkeit einer total durchorganisierten Gesellschaft Bedrohungsgefühle, und dies um so mehr, da dieses Gegenüber als nicht in der Weise beeinflussbar erlebt wird, wie es von zu Hause z.B. durch Bestechlichkeit gekannt wird. Dieses Grundmis-

strauen und die daraus erwachsende Beziehungsunfähigkeit wird auf die Menschen hier in Deutschland übertragen. Die Vorfluchtsituation zu Hause lehrt den Flüchtling, keinem zu vertrauen, da man nie ganz sicher sein konnte, wer ein wahrer Freund und wer ein Spitzel war. Um dies herauszufinden, bedarf es viel Zeit und vieler Tests, deren positiver und negativer Ausgang jedoch nie erhaben vor neuen Zweifeln ist.

D. Passivität

Bei einer Reihe von Flüchtlingen war sodann ihre abwartend-passive Art allem und jedem gegenüber festzustellen, auch ein Symptom traumatischer Erlebnisse, da bestimmte Handlungen, wie z.B. Folter, Vergewaltigung und allgemeine, physische Gewalttaten, geradezu darauf angelegt sind, Widerstandsvermögen, Aktivität und Eigeninitiative eines Menschen zu brechen. Aufgrund ihrer Passivität und Reaktivität sind diese Menschen ihrem Umfeld gegenüber besonders orientierungs- und hilflos. Sie hoffen, dass Probleme, die sie in ihrer Komplexität oder von ihren Ursachen und Zusammenhängen her nicht verstehen, von anderen gelöst werden oder 'sonst wie' vorübergehen werden.

Abschließend soll erwähnt werden, dass viele der vorgenannten Störungen ein Grund dafür sind, dass besonders traumatisierte Flüchtlinge von der Anhörung ihres Asylantrags beim Bundesamt oftmals überfordert sind und ihre Anträge deshalb als (offensichtlich) unbegründet abgelehnt werden, obwohl es objektive Gründe gäbe, ihnen einen Aufenthalt in Deutschland zu gewähren. Dieser Nachweis wird aber, da er ausführliche Darlegungen erfordert, andernorts geführt

3.2 Probleme bei der Behandlung von psychischen Krankheiten

Bei vielen psychisch gestörten Menschen, also auch unter den 'Illegalen', ist die Tendenz anzutreffen, dass sie das Vorhandensein von psychischen Störungen bei sich nicht erkennen und zugeben zu wollen. Flüchtlinge wiederum tendieren zu dem Verhalten, andere nicht mit ihrer Geschichte belasten zu wollen. Für sie ist jede Selbsteröffnung gegenüber einem Zweiten mit Selbststigmatisierung verbunden, die man vermeiden möchte, weil man befürchtet, dann weniger geliebt und akzeptiert zu werden.

Um diese Schutzmauer zugunsten einer Therapiefähigkeit und -einsicht zu durchbrechen, bedarf es einer psychoedukativen Vorbereitung. Diese ist aber aufgrund der isolierten Lebensumstände der meisten psychisch gestörten 'Illegalen' kaum möglich, weil dadurch der Aufbau vertrauensvoller, stabilisierender Beziehungen massiv behindert wird.

Kommt dennoch ein Kontakt zustande, so ergeben sich oftmals *kulturell bedingte* Probleme für Klient und Therapeuten: Zuerst soll das bei einer Reihe von Angehörigen anderer Kulturen anzutreffende Verhalten erwähnt werden, dass man eher über somatische Schmerzen als über psychische Probleme spricht, d.h. man hat „Rücken-“ oder „Magenprobleme“, auch wenn hierfür keinerlei physiologische Ursache erkennbar ist. Dies zu durchschauen stellt die Helfer (oder gar Therapeuten) vor besondere Herausforderungen, denen viele, ohne eine entsprechende Schulung, nicht gewachsen sind.

Selbst wenn alle vorgenannten Hindernisse ausgeräumt werden können ist *eine aussichtsreiche Behandlung aufgrund der konkreten Lebensumstände 'illegaler' Migranten kaum anzunehmen*. Das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin hält beispielsweise schon eine Behandlung psychischer Störungen bei Asylbewerbern kaum für möglich: Eine Grundbedingung für eine erfolgreiche Therapie sind geordnete und nicht zusätzlich belastende Lebensumstände. Hiervon kann bei 'Illegalen' erst recht keine Rede sein: Selbst wenn zwischen einem (idealistischen) Therapeuten und einem therapiewilligen 'Illegalen' ein Therapieplan vereinbart würde, stehen zu viele äußere Umstände der Einhaltung von Terminen entgegen: Terminvereinbarungen fallen etwa ungewollt aus, weil die Betroffenen ihre Planung dem Arbeitgeber unterwerfen müssen, weil ein sich kurzfristig ergebendes Projekt oder Kontakt unmittelbaren Nutzen verspricht oder weil der Betreffende bei der Straßenbahnfahrt zum vereinbarten Ort in eine Fahrscheinkontrolle gerät und erwischt wird bzw. fluchtartig das Fahrzeug verlassen muss. Da viele 'Illegale' auch seitens des Therapeuten nicht erreichbar sind, etwa weil sie kein Telefon haben oder ihre Adresse/Telefonnummer nicht preisgeben wollen, sind Kontakt- und Terminvereinbarungen und -änderungen kaum möglich. Vornehmlich aus finanziellen Gründen scheitert eine stationäre Behandlung 'Illegaler', die psychisch krank sind.

4. Schluss und Ausblick

Bei all diesem sind Arbeitsmigranten eine eher privilegierte Gruppe. Nicht nur, weil es sich bei ihnen mehrheitlich um jüngere Männer unter 40 Jahren handelt, die allein vom Alter her eine größere Widerstandsfähigkeit aufweisen. Wichtig ist auch, dass sie die Nachteile eines Lebens in der Illegalität bewusst in Kauf nehmen. Zum einen sehen sie dieses Leben als einen vorübergehenden Zustand an, zum anderen haben viele von ihnen jemanden (die Angehörigen), für den sie die unvermeidlichen Härten auf sich nehmen. Der Arbeitsmigrant hat, – sofern er nur das nötige Geld hat – eine reale Rückkehroption, sei es für eine Krankenbehandlung, sei es für einen Urlaub. Diese Personengruppe geht relativ robust und kreativ mit ihrer Situation um. Dies, sowie das Vorhandensein von Netzwerken innerhalb des Milieus trägt dazu bei, dass gesundheitliche Probleme in ihrem Alltag keine allzu große Rolle spielen.

Bei Flüchtlingen stellt sich vieles schwieriger dar. Der Flüchtling hat sich das Leben in der Illegalität nicht frei gewählt, sondern ist alternativlos in es hineingerutscht und erlebt es als perspektivlosen Zustand ohne Ausweg. Sie bringen aufgrund ihrer Fluchtsituation physiologische (z.B. durch Folter) oder psychische Störungen mit nach Deutschland, sie kommen in der Regel aus einem fremden Kulturkreis, die Angst vor Abschiebung behindert massiv ihre Lebensoptionen.

Natürlich ist die ideale Unterscheidung zwischen dem robust- kreativen Arbeitsmigrant, der die meisten seiner Probleme innerhalb seiner sozialen Netzwerke zu lösen in der Lage ist und dem Flüchtling, der isoliert im Verborgenen lebt nur eine theoretische. Auch unter den Flüchtlingen trifft man unbekümmert-fröhliche Menschen an, auch Arbeitsmigranten sind bekannt, die isoliert in Abrisshäusern leben und sich aus Mülltonnen ernähren. Besonders erwähnenswert ist, dass es viele 'illegale' Migranten gibt, welche die harten Lebensbedingungen anfänglich in Kauf nehmen, allmählich aber davon überfordert werden. Ein weiteres kommt hinzu: Das generelle Überangebot an 'illegalen' Arbeitskräften, die Notwendigkeit der Migranten, einen Arbeitsplatz um alles in der Welt halten zu müssen, weil er ansonsten von einem anderen eingenommen wird führt auch bei Arbeitsmigranten zunehmend dazu, dass Krankheiten unterdrückt und verschleppt werden. Der Zwang, einen eigenen Job zu suchen und zu halten, führt auch dazu, dass bisherige Entlastungsmöglichkeiten – wo etwa ein Kollege während der Krankheit

den Platz des Erkrankten bis zu dessen Gesundung einnimmt – weniger und weniger zum Tragen kommen können. Last but not least: Die steigende Anzahl ‘illegaler’ Migranten und ihre aus verschiedensten Gründen zunehmende Hilfsbedürftigkeit überfordert die Unterstützerstrukturen im Aufnahmeland. Kurzum: Das Klima ist generell rauer geworden im ‘Illegalemilieu’.

Literatur

- Alt, J.* (1999). *Illegal in Deutschland – Forschungsprojekt zur Lebenssituation ‘illegaler’ Migranten in Leipzig*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag
- Anderson, P.* (1999). *In a Twilight World - Undocumented Migrants in the UK*. Volltext der JRS-Teilstudie zu Großbritannien. Im Internet abrufbar unter: www.geocities.com/Paris/Chateau/5532/Twilight.html.
- Cross the border (Hrsg.)* (1999). *Kein Mensch ist illegal – ein Handbuch zu einer Kampagne*. Berlin: ID Verlag.
- Cyrus, N.* (1995a). *Polnische PendlerInnen in Berlin*. Bestandsaufnahme der rechtlichen und sozialen Lagen polnischer Staatsangehöriger in Berlin mit unsicherem, befristetem oder ohne Aufenthaltsstatus. Bericht für die Ausländerbeauftragte des Senats von Berlin. Berlin.
- (1995b). „Wir haben keine Rechte...“ Probleme polnischer Bauarbeiter in der Bundesrepublik Deutschland und konkrete Vorschläge zu ihrer Entschärfung. In: B. Köbele u. G. Leuschner, *Dokumentation der Konferenz „Europäischer Arbeitsmarkt. Grenzenlos mobil?“* (06.-08. März 1995 in Bonn). Baden-Baden: Nomos.
- Densto, Universidad de* (Im Erscheinen). *From a Life Project to a Civil Death*. JRS-Teilstudie in Spanien
- Düvell, F.* (1998) *Undocumented Migrant Workers in the UK – Provisional Thesis, Findings, Emerging Patterns*. An Interim Report. An Exeter University Research Project, Report Nr.2.
- Düvell, F./Jordan, B.* (1999). *Immigration, Asylum and Citizenship: Social Justice in a Global Context*. Unveröffentlichtes Manuskript
- Engbersen, G.* (1996). *The Unknown City*. Manuskript eines Vortrags vom 27.02.1996, gehalten am Center for Western European Studies at the University of California.

- Graessner, S.* (1996). 200 Schläge an den Kopf. Möglichkeiten und Grenzen der Beurteilung von körperlichen Folterfolgen. In: Graessner et al., S. 200-218.
- Graessner, S./Gurris, N./Pross, Chr. (Hrsg.).* (1996). Folter. An der Seite der Überlebenden - Unterstützung und Therapie. München: Beck.
- Gurris, N.* (1996). Seelisches Trauma durch Folter - Heilung durch Psychotherapie? In: Graessner et al., S. 49-82.
- Heine-Wiedenmann, D./Ackermann, L./Wiedenmann, R.* (1991). Umfeld und Ausmaß des Menschenhandels mit ausländischen Mädchen und Frauen. Schriftenreihe des Bundesministers für Frauen und Jugend, Bd. 8. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hillmann, F.* (1996). Jenseits der Kontinente. Migrationsstrategien von Frauen nach Europa. Pfaffenweiler: Centaurus
- Mabler, S.* (1995). American Dreaming. Immigrant Life on the Margins. New Jersey: Princeton University Press.
- Marburger, H. (Hrsg.).* (1994). Ost-West-Migration. Frankfurt: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Merkord, F.* (1996). „Wie ein Tropfen Wasser ...“ - Der Alltag von Asylbewerbern und die Sozialarbeit mit Folterüberlebenden. In: Graessner et al., S. 219-236.
- Robbers, G.* (1995). Ausländerarbeit der Caritas zwischen strafrechtlicher Verantwortung und verfassungsrechtlichem Schutz. Unveröffentlichtes Manuskript. Wesentlichen Inhalte sind zusammengefaßt in: Robbers, G. (1995). Wann Sozialarbeit mit Ausländern ohne legalen Status strafbar sein kann. In: Beihefte der Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft, Heft 1, November 1995, S. 41-49
- Stobbe, H.* (1998) Illegale Migration in Deutschland. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Göttingen.
- Vogel, D.* (1996a). Illegale Zuwanderung und soziales Sicherungssystem - eine Analyse ökonomischer und sozialpolitischer Aspekte. Zentrum für Sozialpolitik - Arbeitspapier 2/1996. Universität Bremen.
- (1996b). Soziale Sicherung und illegaler Aufenthalt. Eine explorative Studie am Beispiel brasilianischer Zuwanderer in Berlin. Zentrum für Sozialpolitik - Arbeitspapier 13/1996. Universität Bremen

- Weber, R. (1998). Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland – Asylrecht und Asylverfahren. Frankfurt: Campus.
- Wenk-Ansohn, M. (1996). Die Spur des Schmerzes - Psychosomatische Störungen bei Folterüberlebenden. In: Graessner et al., S. 83-98.
- Westphal V./Stoppa E. (1999). Straftaten im Zusammenhang mit der unerlaubten Einreise und dem unerlaubten Aufenthalt von Ausländern nach dem Ausländergesetz. Neue Juristische Wochenszeitung, 30/1999, S. 2137-2144
-

- 1 "Mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe wird bestraft... wer wiederholt oder zugunsten von mehreren Ausländern handelt" [§ 92a, Abs. 1 AuslG] wenn es um Beihilfe zu illegaler Einreise oder illegalem Aufenthalt geht [cf. auch Westphal/Stoppa].
- 2 Ein wichtiges Problem in diesem Zusammenhang ist § 76 AuslG, der sogenannte "Denunziationsparagrah". Dieser verlangt, dass öffentliche Stellen, wenn sie im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung Kenntnis vom illegalen Aufenthalt eines Ausländers erhalten, die Ausländerbehörde davon zu verständigen haben ("Spontanmitteilung").
- 3 Das Bestehen einer solchen Hemmschwelle zum Betreten der Büros von Verbänden und Hilfswerken wurde seitens der MitarbeiterInnen eines Wohlfahrtsverbandes gegenüber dem Verfasser auch ausdrücklich zugegeben. Freilich ist eine Kontaktaufnahme unproblematisch, wenn jemand, der mit der Stellung der freien Träger in Deutschland vertraut ist, Migranten zu solchen Büros begleitet.
- 4 Die Kosten im Falle einer Erkrankung mit nachfolgender Behandlung sind -rein theoretisch wenigstens- auch bei 'Illegalen' von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt da in Deutschland generell alle abhängig beschäftigten Arbeitnehmer pflichtversichert sind. Auch beim Versicherungsschutz der Unfallversicherung ist "der illegale Charakter der Beschäftigung ... sozialversicherungsrechtlich ohne Bedeutung" [§ 2 SGB VII]: Der Arbeitgeber ist per Gesetz dazu verpflichtet, Sozialabgaben für alle Beschäftigten zu entrichten - was er natürlich in der Regel nicht tut: Das Einsparen von Sozialabgaben ist schließlich einer der Gründe, die illegale Ausländerbeschäftigung so lukrativ macht. 'Illegale' ihrerseits sind nicht oder kaum in der Lage, den Versicherungsanspruch einzuklagen, da sie nicht oder kaum in der Lage sind, nachzuweisen, dass sie in einem formal sozialversicherungspflichtigen Verhältnis gearbeitet haben. Zudem ist der Versuch einer solchen Nachweiserbringung in aller Regel mit einer Überprüfung der Personalien verbunden, den die Migranten um jeden Preis vermeiden wollen. Natürlich besteht auch für 'Illegale' die Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung. Deren Beitragssätze sind in der Regel jedoch zu teuer.
- 5 Generell scheint hier die Situation für 'Illegale' in Großbritannien vergleichsweise günstig zu sein: Der Erwerb von Nummern des National Health Service ist relativ problemlos, viele Migranten, die einst legal ins Land gekommen sind, konnten sich ord-

nungsgemäß bei einem "General Practitioners" registrieren lassen, sodann existieren in England, aufgrund der vergleichsweise langen Migrationstradition, ausgeprägtere Beziehungen der ethnischen Netzwerken zu Ärzten der eigenen Nationalität, und schließlich gibt es keine Kontrollen bzw. "Denunziationspflicht" vergleichbar den Regelungen des deutschen §76 AuslG [cf. Anderson: 62ff., Düvell:24f.]

- 6 Freilich wächst die Angst vor Abschiebung auch bei Arbeitsmigranten: Je undurchlässiger die Grenze wird, desto teurer wird für abgeschobene Arbeitsmigranten die Rückkehr nach Deutschland, da sowohl die Preise für scheinlegale Papiere als auch für "Grenzübertrittshilfen" steigen. Dies hat zur Folge, dass auch Arbeitsmigranten vermehrt versuchen, einer Entdeckung auszuweichen oder sich -mehr oder weniger gewalttätig- Kontrollen zu entziehen.
- 7 Cf. hierzu Gurrus' Beispiel des Iraners, für den ganz normaler Schweißgeruch die gesamte Assoziationskette von Folterern und Gefangenschaft auslösen konnte, oder die Bosnierin, die keinen Bus besteigen konnte, weil Klickgeräusche sie an das Entsichern von Pistolen erinnerte. Lebensgeschichtlich bedingte Traumata bei ange-troffenen 'Illegalen' entstammten aber nicht nur direkt erlebten Folter- und Gefängnissituationen. Psychische Schäden können auch verursacht werden, indem Menschen z.B. eine Naturkatastrophe (über-)erleben, lange Zeit zwischen Konfliktparteien leben und unter der ständigen Angst zusammenbrechen, zwischen die Fronten zu geraten, oder indem ein Vorfall in der näheren Umgebung und Nachbarschaft ihnen schockartig klar werden lässt, dass auch ihnen Derartiges geschehen kann.

*„Es ist politisch gewollt, dass Illegalisierte hier
keine medizinische Versorgung erhalten“*

*Interview mit der Medizinischen Flüchtlingsolidarität Hannover**

NFR: Was genau macht die Medizinische Flüchtlingsolidarität? Was umfasst eure Arbeit?

Christian: Also die Medizinische Flüchtlingsolidarität ist eine Beratungsstelle für Illegalisierte. Es gibt uns ungefähr seit 1998, seitdem haben wir angefangen, ein Netzwerk mit ÄrztInnen, HeilpraktikerInnen, PhysiotherapeutInnen auch PsychotherapeutInnen, aufzubauen. Das was wir dabei quasi als Dienstleistung anbieten ist, dass wir einmal die Woche Montags von 16-18 Uhr eine Sprechstunde für Menschen, die keinen legalen Aufenthaltsstatus hier haben, anbieten. Diese Leute können die Erkrankungen oder medizinischen Fragen zu uns in die Sprechstunde kommen und wir können sie dann halt weitervermitteln an Ärzte, die sie dann anonym und kostenlos behandeln. Diese beiden Punkte sind eigentlich die wichtigen: dass wir anonyme Dienstleistung anbieten und soweit für uns das möglich ist auch kostenlose Dienstleistung. Es ist eigentlich so, dass die Ärzte, die mit uns zusammenarbeiten, keine Behandlungskosten verlangen, was allerdings häufiger auftritt sind Laborkosten oder dass auch für z.B. Röntgenbilder Kosten anfallen, die von den Ärzten nicht getragen werden können und solche Sachen bezahlen wir dann. Dazu gehören auch z.B. Medikamente, die die Ärzte nicht in den Praxen vorrätig haben, dass wir da die Rezeptkosten übernehmen.

NFR: Aber ihr selbst seid keine MedizinerInnen?

Christian: Das ist unterschiedlich. Also es gibt MedizinerInnen unter uns, aber auch Leute, die gar nicht aus dem medizinischen Bereich kommen, sondern eher aus dem politischen Bereich, der Flüchtlingsarbeit...

NFR: Wie seid ihr dazu gekommen, euch gerade in dem Bereich „Medizinische Flüchtlingsolidarität“ zu engagieren?

Christian: Ich muss jetzt vielleicht noch mal ein bisschen weiter erzählen, weil ich bei der Gründung auch mit dabei war, wir haben uns wie gesagt 1998 gegründet. 1997 wurde die zweite Verschärfung des AsylbLG

* Für Kontakt zur Medizinischen Flüchtlingsolidarität siehe den Adressteil hinten im Heft. Das Interview führte Timmo Scherenberg.

verabschiedet, und damals war auch das Schengener Abkommen gerade in Kraft getreten. Es gab also – nach 1993, als der Artikel 16 geändert wurde – eine allgemeine Verschärfung der Flüchtlings- und Asylpolitik hier in Deutschland und das wurde auch innerhalb der Linken, wo schon die meisten bzw. alle von uns herkommen, auch recht breit diskutiert. Und Teil dieser Diskussion war eben auch, dass bestimmte Flüchtlingsarbeit gemacht werden muss, die auch im Bereich medizinischer Versorgung von Illegalisierten auch angesiedelt ist. Was damals auch offenkundiger wurde, war eben die Problematik der medizinischen Versorgung von Illegalisierten, es gibt ja auch eine Gruppe in Hannover, die sich um allgemein um Illegale kümmert, auch um rechtliche Möglichkeiten, um Alltagsorganisation etc. Vorher hatte diese Gruppe auch die medizinische Beratung gemacht, das wurde dann aber zunehmend immer schwieriger und auch eine zunehmende Belastung für diese Gruppe. Deswegen haben wir uns damals dann auch gegründet, dem Selbstverständnis nach schon als politische Gruppe, die allerdings auch im weitesten Sinne Sozialarbeit macht. Aber das ist auch einer der wichtigen Punkte, dass wir unsere Arbeit am liebsten überflüssig machen wollen, also das ist quasi unser Endziel: dass wir die Arbeit, die wir machen, nicht mehr machen müssen, solange sie jedoch notwendig ist, machen wir sie.

NFR: Dass ihr euch überflüssig machen wollt, bedeutet, dass ihr versucht, auch einen politische Druck aufzubauen, Öffentlichkeitsarbeit zu machen, um die Gesetze, die eure Arbeit notwendig machen, weg zu bekommen?

Iris: Ja, es gibt einen bundesweiten Zusammenschluss von verschiedenen Medibüros aus verschiedenen Städten. Da wird auch immer mal angedacht, ob man nicht eine Kampagne macht z.B. zu Kontingentbetten in Krankenhäusern oder zu Schwangerenbetreuung, Vor- und Nachsorge. Das Problem ist, dass durch die eigentliche Arbeit, die wir machen – und in den anderen Städten sieht es z.T. noch schärfer aus als hier – lässt Kapazitäten dafür eigentlich gar nicht frei werden. Um wirklich Forderungen zu stellen und die mit so einem Druck, dass sich auch was bewegt, zu vertreten, dafür braucht es einfach auch mehr Kapazitäten, und die sind halt schwierig freizumachen.

NFR: Wie sieht das konkret bei euch aus, zu wievielt seid ihr? Wie groß ist der Bedarf, seit ihr ausgelastet, überlastet?

Christian: Wir sind eigentlich zu wenig, acht Leute etwa. Wir haben ungefähr drei Vermittlungen pro Woche, aber natürlich ist die Zahl der Erkrankungen unter den Illegalisierten in Hannover sehr viel höher.

Wenn man sich z.B. Berlin anguckt, das sind auf alle Fälle Zahlen von bis zu 100.000 Illegalisierten, die dort leben und das kann man jetzt mal ein bisschen runterrechnen auf Hannover, jedenfalls ist die Anzahl derer, die wir überhaupt nicht erreichen, relativ hoch. Es gibt natürlich auch bestimmte Communities, die relativ gut organisiert sind und wo auch die Flüchtlinge untereinander ein Netzwerk organisiert haben, durch das auch medizinische Versorgung stattfindet. Dennoch sind wir schon am Rande unserer Kapazität, was das Organisieren unserer Beratungstätigkeit angeht. Dadurch fällt leider der Faktor politische Arbeit hinten runter.

NFR: Wie erfahren die Leute von euch? Macht ihr Werbung, vertraut ihr eher auf Mund-zu-Mund-Propaganda?

Iris: Beides eigentlich. Wir haben zum einen Flyer herausgegeben, die sowohl in deutsch sind als auch mehrsprachig und die wir an verschiedenen Punkten, in „Kneipen, in Apotheken, in Telefonläden etc. auslegen. Dann ist es natürlich auch so, dass Klienten, die hier waren, das auch an Bedarfspersonen weitergeben. Manchmal stellen wir uns auch über Radiosendungen oder ähnliches vor.

Christian: Ich denke, der Großteil der Leute, die zu uns kommen, kommen über Mund-zu-Mund-Propaganda. Das liegt daran, dass das für viele einfach unklar ist, was wir für eine Beratung machen. Also jetzt nicht welche Art von Beratung, sondern die Angst davor an eine staatliche Stelle zu geraten, oder an eine Stelle, wo ganz explizit gefragt wird, woher sie kommen. Die Angst davor, aufzufliegen und den rechtlichen Status bekannt geben zu müssen, ist relativ groß.

Iris: Der Schritt, diese Dienstleistung wahrzunehmen, kann aus vielen unterschiedlichen Gründen ein recht schwerer sein: neben der Angst, aufzufliegen z.B. dass die Leute denken, wir wären dafür nicht zuständig oder dass es zu teuer wäre. Dadurch verschlimmern sich dann oftmals die Krankheiten oder werden im schlimmsten Falle chronisch.

NFR: Was sind so die Sachen, um die ihr euch am häufigsten kümmert? Seid ihr in der Lage, chronisch Erkrankte zu betreuen? Wo stoßt ihr an eure Grenzen und wie geht ihr damit um, wenn ihr sagen müsst: „hier sind wir überfordert“?

Christian: Das, was am häufigsten nachgefragt wird, sind Zahnbehandlungen, natürlich aber auch anderes. Es kommen auch Leute mit chronischen Erkrankungen zu uns, da kommt es schon auch immer darauf an, was das für Erkrankungen sind. An unsere Grenzen sind wir da bisher aber noch nicht gestoßen, meistens geht es da um

Medikationen, z.B. bei Bluthochdruckerkrankungen oder so. Bei schwerwiegenderen Sachen haben wir schon auch Kontakte zu Krankenhäusern und können im Einzelfall auch Leute im Krankenhaus unterbringen, ohne dass die Person der Ausländerbehörde gemeldet wird. Allerdings braucht ein Krankenhausaufenthalt eine etwas längere Vorlaufzeit. Akute Fälle stellen für uns noch ein recht großes Problem dar, da können wir nicht gewährleisten, dass wir innerhalb kurzer Zeit einen Platz im Krankenhaus organisieren können. In solchen Fällen müssen dann unsere KlientInnen selbst entscheiden, ins Krankenhaus zu gehen oder zu versuchen, es auf irgend eine andere Art und Weise behandeln zu lassen.

Es gibt auch einige andere Erkrankungen, bei denen wir rein logistisch an unsere Grenzen stoßen, z.B. hatten wir mal eine Klientin, die regelmäßig Bluttransfusionen brauchte, was ziemlich aufwendig ist, da immer mehrere Ärzte bei einer solchen Transfusion dabei sein mussten. Das haben wir dann abgegeben, haben allerdings den Kontakt hergestellt zu der Person, die das dann im Endeffekt übernommen hat zu organisieren.

NFR: Medizinische Probleme sind oftmals ja schon ohne „Sprachbarriere“ schwierig zu vermitteln. Wie geht ihr mit diesem Problem um, habt ihr Kontakt zu DolmetscherInnen, sprecht ihr die wichtigsten Sprachen selbst oder was macht ihr sonst?

Iris: Wir haben schon DolmetscherInnen, z.T. können wir auch bestimmte Sprachen selbst abdecken, und auch Ärzte und Ärztinnen die mit uns zusammenarbeiten sind z.T. auch mehrsprachig. Manchmal ist es auch so, wenn eine Person hier herkommt und es niemanden gibt, der die Sprache kann, dann wird das mit der Ärztin abgesprochen, wie man sich da trotzdem irgendwie verständigen kann, z.B. über Wörterbücher oder eine dritte Person, die die betreffende Person selbst mitbringt. Es ist auch wichtig, dass unsere KlientInnen selbstständig zum Arzt gehen können, wir machen da in der Regel nur den Termin. Wir gehen aber natürlich auch mit, wenn es von Nöten ist, weil z.B. ein Dolmetscher gebraucht wird oder die Person gern jemanden dabei hätte oder sich nicht auskennt.

NFR: Neben direkten Sprachproblemen wird in der Literatur immer wieder der Begriff „kulturelles Krankheitsverständnis“ beschrieben, d.h. dass es Unterschiedliche Konzepte von Krankheit gibt und Krankheit daher auch unterschiedlich wahrgenommen und auch geschildert wird. Dies kann, vor allem wenn es nicht bedacht wird, die Diagnose erschweren. Wie sind da eure Erfahrungen und wie geht ihr damit um, oder betrifft euch das gar nicht so, weil ihr ja nur die VermittlerInnen seid?

Christian: So direkt betrifft es uns glaube ich nicht, weil wir hier eigentlich keine genaue Anamnese machen. Das was wir machen ist eine grobe Beurteilung, zu welchem Facharzt oder –ärztin die Person geschickt werden muss und damit ist es im Prinzip auch schon getan. Das Problem der kulturellen Krankheitskonzepte taucht dann aber wieder bei den Ärzten, die bei uns im Netzwerk mitarbeiten, auf. Wir haben uns dazu auch schon Gedanken gemacht und wollen demnächst mal bei diesen nachfragen, ob ein Bedarf an Weiterbildungsmöglichkeiten zu dem Thema besteht, zumal das Thema ja schon für das Verständnis der Erkrankungen von Flüchtlingen recht wichtig sein kann.

NFR: Wie ist denn im Allgemeinen euer Verhältnis zu MedizinerInnen? Tretet ihr auf die zu oder melden sich auch welche von sich aus bei euch?

Iris: Meistens schreiben wir die direkt an und stellen uns in diesem Schreiben kurz, manchmal sprechen wir sie auch direkt an und vereinbaren dann ein Gespräch mit ihnen. Da sprechen wir dann halt solche Dinge ab z.B. wie viele Personen sie in der Woche oder im Monat behandeln können / wollen, oder andere Dinge, die eben wichtig sind für den Praxisablauf, oder die einfach den ÄrztInnen oder TherapeutInnen wichtig sind. Zu dem Verhältnis von denen zu uns haben wir kürzlich eine Umfrage gemacht und hoffen, dass da viele Ärzte auch drauf reagieren und auch mal sagen, was ihr Eindruck von der Arbeit mit uns ist, so dass wir das auch mal einschätzen können und sehen können, was man verbessern kann. Dass jetzt aber von sich aus eine ÄrztIn bei uns gemeldet hat und mitarbeiten wollte, daran kann ich mich, abgesehen von der Gründung, nicht erinnern.

Im Endeffekt haben wir einen Stamm von Ärzten, der bei uns mitmacht, wodurch die häufigsten Erkrankungen auch ganz gut abgedeckt werden. Bei bestimmten Sachen, die einen Facharzt erfordern, ist das dann schon etwas schwieriger, z.T. sind bestimmte Fachrichtungen jahrelang nicht nötig, da muss man die Kontakte von Zeit zu Zeit wieder auffrischen, sonst steht man am Ende von der Tür und die Ärztin oder die Therapeutin weiß gar nicht mehr um was es geht.

Christian: Zum Teil können wir auch über Kontakte zu der Niedersächsischen Ärztekammer an Ärzte kommen, die mit uns zusammenarbeiten. Die Motivation der Ärzte, bei unserem Netzwerk mitzuarbeiten, ist allerdings auch sehr unterschiedlich, von daher ist auch das Arbeiten mit uns sehr unterschiedlich. So eine Zusammenarbeit mit uns kann aus diversen Gründen erfolgen, sei es aus humanistischen, religiösen, politischen oder noch anderen Motivationen heraus.

NFR: Wie geht ihr mit Abhängigkeitsverhältnissen um, die ja in Beziehungen von kranken Menschen zu HelferInnen so gut wie immer vorhanden sind und durch die Situation der Illegalität eher noch verstärkt werden?

Iris: Das Problem kommt vor allem dann auf, wenn es um mehr geht, als nur um die reine Vermittlungsfunktion. Wenn du z.B. eine Person zum Arzt begleitest und der dir dann auch noch die ganze Krankengeschichte erzählt, damit du übersetzt, musst du schon sehr darauf achten, auch deine Grenzen zu wahren. Es entsteht dann eine Situation, die weder für dich noch für die Klienten oder die Ärzte besonders toll ist, aber es liegt halt auch an den Umständen, die diese Situation erst hervorrufen. Manchmal habe ich aber auch das Gefühl, dass es Klienten unangenehm ist, ein zweites oder ein drittes Mal hier herzukommen, vielleicht aus so einem Gefühl heraus, das nicht „überstrapazieren“ zu wollen. Das ist natürlich völlig überflüssig, denn man muss ja keine Schuldgefühle haben, wenn man jetzt zwei, drei oder zehnmal krank wird, zumal wir ja auch genau dafür da sind.

NFR: Was bedeutet die Arbeit an psychischer Belastung auch für euch?

Christian: Bisher hatten wir noch keine Fälle, wo ich jetzt sagen würde, durch die Schwere der Erkrankung gab es eine besondere psychische Belastung. Belastend ist eher der Aspekt, mitzubekommen unter welchen Bedingungen Menschen, die sich hier illegal aufhalten, leben. Das ist schon etwas grundsätzliches, was aber immer wieder auftaucht: wenn man mitbekommt, dass bestimmte Erkrankungen einfach ganz klar damit zusammenhängen, wie die Lebensbedingungen hier in Deutschland oder hier in Hannover für die Personen sind.

Iris: Ja, das geht mir ähnlich, zu sehen, dass der Staat eigentlich für die Erkrankungen der Leute, die hier herkommen, mitverantwortlich ist, sich aber so aus der Verantwortung rauszieht. Der ganze psychische Druck, der durch die Situation der Illegalität entsteht und der auch irgendwo Ventile finden muss, zu sehen, dass der Körper auch autoaggressiv darauf reagiert oder man selber eben auch auf sich, das ist es eher, was ich als belastend empfinde.

NFR: Zum Staat - wie ist denn so euer Verhältnis zu staatlichen Institutionen?

Iris: Wenn ich an Staat und Institution denke, dann fällt mir als erstes ein, dass das Zuwanderungsgesetz weiter verschärft wird, noch mehr Illegalisierte produziert werden, unsere Arbeit dann einfach noch mehr

gebraucht wird. Unser Ziel ist ja aber, dass es Illegalisierung nicht gibt. Und von daher wäre es für unsere Arbeit, von dem Konzept her was wir haben, einfach fatal, wenn wir mit einer staatlichen Institution zusammenarbeiten würden, weil es auch das Vertrauen der Leute, die hier herkommen, untergraben würde. Es gibt aber auch Städte, in denen sich aufgrund einer unglaublich hohen Zahl von Vermittlungen die Ausländerbeauftragten genötigt gesehen hat, darauf zu reagieren. Einfach weil es diese Tätigkeit gibt und da auch sehr viele Leute mitgearbeitet haben und auch ein entsprechender politischer Druck aufgebaut werden konnte. Barbera John in Berlin hat z.B. mal auf die Nachfrage, wie die medizinische Versorgung Illegalisierter zu gewährleisten sei, gesagt, dass das überhaupt nicht notwendig sei, denn es gäbe ja das Medibüro in Berlin, da machten das die Leute ehrenamtlich. Das ist schon eine zweischneidige Sache, wir nehmen dem Staat ja auch Arbeit und Kosten ab, natürlich würde ich lieber den Staat in die Pflicht nehmen...

Christian: Eigentlich bewegen wir uns mit unserer Arbeit in so einem grauen Bereich. Also im Prinzip fallen wir schon unter den so genannten „Schlepperparagraphen“, d.h. die Strafbarkeit von Sozialarbeit mit Illegalisierten. Von daher ist das auch keine Anerkennung der Arbeit von Beratungsstellen, wenn das Sozialamt Menschen einfach an eine Beratungsstelle verweist. Trotzdem kann es mal vorkommen, dass es in Einzelfällen Sinn machen kann, mit Behörden zusammenzuarbeiten, z.B. für eine Schwangere, für die wir keinen Platz im Krankenhaus bekommen konnten, eine vorübergehende Duldung zu erwirken. Aber diese Art von Zusammenarbeit bezieht sich nicht auf eine grundsätzliche Erwägung.

NFR: Was ergeben sich aus eurer Arbeit für politische Forderungen?

Christian: Zum einen natürlich, dass die beiden großen Verschärfungen der Asylpolitik der letzten Jahre wieder rückgängig gemacht werden, d.h. dass der Artikel 16 wiederhergestellt und das Asylbewerberleistungsgesetz aufgehoben wird. Aber auch durch das neue Zuwanderungsgesetz, so es denn in Kraft tritt, wird es zu einer erheblichen Verschärfung der Illegalisierung von Menschen hier in Deutschland kommen, weil die Duldung nicht mehr vorgesehen ist. Das wird auch unsere Arbeit belasten und deswegen ist es für uns auch wichtig, dass wir im Frühjahr verstärkte Öffentlichkeitsarbeit eben zu dem Zuwanderungsgesetz machen werden.

Konkret für den medizinischen Bereich ist es natürlich so, dass die medizinischen Einschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz auf alle Fälle aufgehoben werden müssen, nach denen es nur für akute Notfälle und

für chronische Erkrankungen eine Versorgung gibt, der große Zwischenbereich aber herausfällt, wodurch die medizinische Versorgung von Asylbewerbern sehr stark eingeschränkt wird. Es ist einfach unmöglich, hier eine derartige Zwei-Klassen-Medizin einzuführen, wo nicht mal medizinische Versorgung nach dem Sozialhilfegesetz gewährleistet wird.

Und eine ganz wichtige Forderung ist auch, dass auch Menschen, die hier keinen legalen Aufenthaltsstatus haben, eine medizinische Versorgung zuerkannt wird. Und da kann ich eben nur drauf verweisen, dass es politisch gewollt ist, dass Menschen, die sich hier angeblich illegal aufhalten, keine medizinische Versorgung bekommen. Dass Illegalisierte hier keine medizinische Versorgung bekommen, ist politisch gewollt. Wie es auch anders geht, kann man sehen, wenn man sich z.B. Italien anguckt, wo auch Menschen, die sich illegal in Italien aufhalten, eine medizinische Versorgung bekommen. Es gibt da ein ganz normales Kartensystem, bei dem sie sich eintragen lassen können und bei dem nicht danach gefragt wird, woher sie kommen. Wie gesagt, es ist kein Zufall, weswegen Illegalisierten hier keine Versorgung gewährleistet wird.

NFR: Zum Abschluss vielleicht noch mal die Frage, wie man euch bei eurer Arbeit am besten unterstützen kann. Was habt ihr am dringendsten nötig?

Christian: Geld!

Iris (gleichzeitig): Ärzte! ...aber auch Geld!

Christian: Neben Ärzten und Ärztinnen, die bei uns mitmachen sollen, ist natürlich eines unserer Hauptprobleme immer das Geld. Wir finanzieren uns ja nur über Spenden, und müssen aber z.T. schon recht hohe Kosten für einige Behandlungen übernehmen, von daher sind viele und möglichst auch regelmäßige Spenden enorm wichtig für unsere Arbeit.

**Spenden an die
Medizinische Flüchtlingssolidarität Hannover:**

Kontoinhaberin: Flüchtlingshilfefonds e.V.

Kontonummer: 129690

Stichwort (wichtig, immer angeben!):

“Medizinische Flüchtlingssolidarität”

Stadtsparkasse Hannover, BLZ: 25050180

Traumatisierung und Flüchtlinge

Im Rahmen von SPUK fand am 6. September in der Ärztekammer Niedersachsen in Hannover eine Fortbildung für MitarbeiterInnen in der Flüchtlingshilfe (Multiplikatoren) statt.

Zum Thema „Traumatisierung von Flüchtlingen – Möglichkeiten der Erkennung und Bedeutung für das Asylverfahren“ hatten sich mehr Leute angemeldet, als der Raum Möglichkeiten bot, so dass einigen abge sagt werden musste. Die 27 TeilnehmerInnen kamen aus den Bereichen Medizin, Sozialarbeit, Psychotherapie, aus der kommunalen Verwaltung und der anwaltlichen Praxis.

Dr. Gisela Penteker, niedergelassene Ärztin, Vorstandsmitglied des Flüchtlingsrates und Mitglied des IPPNW-Arbeitskreises Flüchtlinge und Asyl, referierte zum angegebenen Thema. Wir dokumentieren ihren Beitrag im Anschluss.

Ingrid Hildebrandt, die in Frankfurt eine Praxis für Psychotraumatologie führt, gab einen spannenden Überblick über die derzeitigen Erkenntnisse zu den hirnhypophysologischen Veränderungen bei Trauma. Es gibt bei Traumatisierten – auch Flüchtlingen – messbare Veränderungen und Blockaden im Gehirn, deren Erforschung auch zu nachvollziehbaren und neuen Behandlungsmöglichkeiten führen.

Es gab eine lebhaft diskutierte Diskussion, die in drei Arbeitsgruppen weiter vertieft werden konnte. Zum einen ging es um einen Erfahrungsaustausch über Traumatisierte im derzeitigen Asylverfahren, zum anderen um Behandlungsmöglichkeiten für Flüchtlinge mit posttraumatischen Belastungsstörungen und zum dritten um die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Unterstützung von Traumatisierten.

Die Diskussion zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Arbeitsbereichen wurde als sehr fruchtbar und bereichernd erlebt.

Traumatisierung von Flüchtlingen

Möglichkeiten der Erkennung und Bedeutung für das Asylverfahren

Gisela Penteker

Trauma – darüber wird heutzutage viel gesprochen. Das Wort wird fast so inflationär gebraucht wie das Wort Menschenrechte. Spätestens seit Eschede weiß jeder Fernsehkonsument, was PTSD, das posttraumatische Belastungssyndrom, ist und dass Psychologen und Psychotherapeuten das behandeln können.

Auch in der Medizin ist das Krankheitsbild gut bekannt und beschrieben und es gibt inzwischen einige Erfahrung in der Behandlung. Nur in der Flüchtlingspolitik und im derzeitigen Asylverfahren haben diese Kenntnisse keinen Niederschlag gefunden.

Verfolgung, Haft, Misshandlung und Folter, wie auch Zeugenschaft von Misshandlung und Töten von nahestehenden Menschen und Familienangehörigen in Kriegs- und Krisengebieten bedeuten eine Traumatisierung der betreffenden Menschen. *„Das Trauma entsteht in dem Augenblick, wo das Opfer von einer überwältigenden Macht hilflos gemacht wird.“* Dem Comprehensive Textbook of Psychiatrie zufolge sind psychische Traumata immer von Gefühlen „intensiver Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und drohender Vernichtung begleitet. (Herman, 1994) *„Die traumatische Erfahrung ist immer auch eine Begegnung mit dem eigenen Tod, dem die traumatisierte Person nur knapp entgeht.“* (Lifton, 1993).

Schwere Belastungen eines Menschen können unterschiedliche Reaktionen hervorrufen. Die von der American Psychiatry Association erarbeitete internationale Klassifikation der Krankheiten unterscheidet drei Reaktionstypen: die akute Belastungsreaktion als vorübergehende Reaktion, die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt, Anpassungsstörungen als Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung sowie die posttraumatische Belastungsstörung. PTSD wird definiert als verzögerte oder protrahierte

Ich habe Angst

Angst, die Euch draußen fremd ist und hoffentlich fremd bleiben wird.

Die Angst lebt bei mir im Bauch, im Kopf, in den Füßen, in den Händen.

Meine Hände zittern und sind nass und kalt wie die Hände meiner Großmutter, ehe sie starb.

Die Angst verlässt mich auch nicht im Schlaf. Ich kann sie mit niemandem teilen und niemandem mitteilen.

In den ersten Wochen hatte ich noch Hoffnung, Hoffnung, dass der Richter mir glaubt, Hoffnung, dass die Behörden mich anhören, Hoffnung, dass es jenseits der Gitterstäbe noch jemanden gibt, der sich mir zuwendet.

Die Hoffnungen sind zerplatzt.

Der Hass ist zerplatzt.

Die Sehnsucht nach Freiheit ist verschwunden.

Geblieden ist die Angst vor den Polizisten und Sicherheitsbeamten im Land meiner Geburt.

Mir wurde aber gesagt, Angst ist nicht asylrelevant.

Ihr da draußen baut Transparente und Fahnen auf.

Ihr sagt, dass der Tag des Flüchtlings sei.

Ihr hört Reden unterbrochen von Musik.

Ich bitte Euch:

Schweigt und riecht die Angst, die durch diese Wände kriecht.

Die Botschaft eines Fünfzehnjährigen, dessen Trauma nicht erkannt worden war, vier Tage vor seiner Abschiebung.

Quelle: Dr. Wolfram Braun

Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß. Die Latenzzeit beträgt einige Wochen bis Monate. Die Symptomdauer beträgt mehr als einen Monat, ist ansonsten aber unterschiedlich. In der Hälfte der Fälle gibt es innerhalb von 3 Monaten ein Abklingen, bei vielen anderen bleiben die Symptome länger als 12 Monate bestehen. PTSD ist eine Störung, die in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen führt. Die PTSD-Reaktion bedeutet, dass der betroffene Mensch aufgrund des kritisch-traumatischen Lebensereignisses überfordert ist, dass seine Kompensations- - Mechanismen versagen.

Die Formulierung und Einführung der PTSD Diagnose liegt noch nicht allzu lange zurück. Sie resultiert aus der Erkenntnis (ähnlicher) psychischer Folgen von Kriegs- und Lagererlebnissen aus dem Holocaust und dem Vietnamkrieg.

Als diagnostische Merkmale bzw. Kriterien für posttraumatische Belastungsstörung werden formuliert:

- A) Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert; die Reaktion umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B) Das traumatische Ereignis wird ständig wiedererlebt (wiederkehrende, belastende Erinnerungen oder Träume; „flashbacks“; psychische oder körperliche Reaktionen auf bestimmte Auslöserreize).
- C) Es werden anhaltend Reize vermieden, die mit dem Trauma verbunden sind. (Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Orten oder Menschen; stark eingeschränkte Erinnerungsfähigkeit; Entfremdungsgefühle; Gefühl einer eingeschränkten Zukunft).
- D) Es besteht ein anhaltend erhöhtes Erregungsniveau (Schlafstörungen, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit u.a.).

Der Zeitpunkt der Traumatisierung z.B. in der Kindheit, Jugend oder im Erwachsenenalter wie auch andere Vulnerabilitätsfaktoren sind bedeutsam für das Ausmaß, die Art und die Dauer der Folgen wie z.B. Entwicklungsstörung oder Entwicklungsstillstand je nach Alter. Dazu kommen kulturspezifische Besonderheiten. Bei Flüchtlingen verläuft der traumatisierende Prozess in Sequenzen, die von Keilson im Vorflucht, Flucht und sog. Nachfluchtphase aufgeteilt werden. Unter den heutigen

Bedingungen in Deutschland folgt in den meisten Fällen eine weitere Sequenz, die der Wiedereingliederung nach der zumeist zwangsweisen Rückkehr der Flüchtlinge in das Land, aus dem sie zuvor hatten fliehen müssen.

Erfolgversprechende Behandlungen sind, wie bei jeder anderen Therapie, an bestimmte wissenschaftliche Standards und Voraussetzungen geknüpft. Entsprechende Standards wurden in den letzten Jahren entwickelt für Traumapatienten als Opfer von Großunfällen, Naturkatastrophen u.ä., die schnellstmögliche und optimale Hilfsangebote beinhalten. Bestmögliche Chancen zur Linderung der Beschwerden und der Verhinderung von Chronifizierung und Sekundärkrankheiten werden damit genutzt. Die Rückkehr ins normale Leben wird so ermöglicht.

Für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer als Opfer von „men made disaster“ gelten einige Besonderheiten, die aus dem tiefgreifenden Vertrauensverlust resultieren. Die wichtigste Voraussetzung für eine Befragung und Behandlung dieser Traumatisierten ist, dass sie Vertrauen fassen zum Untersucher oder Therapeuten. Das erfordert Zeit und eine angstfreie Umgebung. Es erfordert eine gute Sprachmittlung und eine gewisse soziale Sicherheit ohne ständig wiederkehrende Abschiebedrohungen oder Ausreiseaufforderungen.

Man braucht weder medizinischen Sachverstand noch besonders viel Phantasie um sich vorzustellen, was mit traumatisierten Menschen im deutschen Asylverfahren geschieht. Die schlimmste Situation ist sicher das Flughafen-Verfahren, wo die Flüchtlinge auf engem Raum ständig von uniformierten Wächtern umgeben sind und alle Gespräche oder gar Anhörungen Verhöre gleichen. Es ist ganz zwangsläufig und krankheitsbedingt, dass sie keine oder widersprüchliche Angaben machen, die ihnen im Verfahren als Unglaubwürdigkeit angelastet werden und zu ihrer schnellen Ablehnung und Abschiebung führen.

Auch in normalen Anhörungsverfahren sind Traumatisierte nicht in der Lage, ihr Schicksal glaubhaft zu schildern. Die Sprachlosigkeit und das Vermeiden der schmerzhaften Erinnerung sind ja gerade Merkmale ihrer Krankheit. Dazu kommt, dass häufig Familienangehörige als Übersetzer fungieren oder männliche Dolmetscher und Anhörer Frauen befragen, die möglicherweise vergewaltigt worden sind.

Man schätzt, dass unter den Flüchtlingen im Asylverfahren mindestens 20% schwer traumatisiert sind, viel von ihnen Frauen und Kinder. Die wenigsten werden unter den derzeitigen Bedingungen erkannt und noch weniger kommen in fachkundige Behandlung. Die Flüchtlinge unterliegen in der Regel dem Asylbewerberleistungsgesetz. Nach § 4 Abs.1 sind nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Maßnahmen zu gewähren. Damit tritt eine Reduzierung auf eine Notfallversorgung ein, aus der psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung heraus fällt. Die Behandlung kann dann in einem der psychosozialen Zentren erfolgen, von denen es in der BRD etwa 15 gibt, die sich in einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben. Nach ihrem Selbstverständnis behandeln und betreuen die Zentren Menschen, die von schweren Menschenrechtsverletzungen betroffen sind. Dies sind vor allem schwer traumatisierte Flüchtlinge aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten, Opfer staatlich organisierter Gewalt und Folter sowie Flüchtlinge, die in Deutschland Opfer von rassistisch motivierter Gewalt wurden. Hinzu kommen die spezifischen Migrations- und Entwurzelungsfaktoren, die das Leben der Flüchtlinge zusätzlich beeinflussen. Ich nenne nur ein paar Stichpunkte: Arbeitsverbot, Gemeinschaftsunterkünfte, Entmündigung durch Gutscheine und Essenspakete usw. Die Zentren sind in der Republik sehr unregelmäßig verteilt und haben lange Wartelisten. Auch niedergelassene Therapeuten behandeln traumatisierte Flüchtlinge mit großem Idealismus und ständigem Kampf um ihr Honorar.

Viele traumatisierte Flüchtlinge leben lange bei uns, ohne ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Erst soziale oder familiäre Konfliktsituationen oder andere akute psychische Belastungen wie erneute traumatische Erfahrungen durch Rückführungsandrohung führen zur akuten psychischen Dekompensation und machen den Weg zum Arzt/Psychiater unumgänglich. Bittenbinder und Wirtgen nennen dafür folgende Gründe:

- Scham, Schuldgefühle und Verunsicherung über die Veränderungen im Verhalten und Fühlen
- Unkenntnis über die Zusammenhänge der erlebten Traumatisierung mit diesen Veränderungen
- Angst, bei Aufsuchen eines Psychologen/Psychotherapeuten verrückt zu sein, bei der ständigen Angst und Vorstellung „verrückt“, d.h. sich selbst fremd geworden zu sein.

- Unkenntnis darüber, dass Hilfe möglich ist.
- Der Wunsch, zu vergessen, „normal“ zu sein. Es soll „alles nicht geschehen sein“.
- Vermeidung von Stimuli oder Konfrontationen, die mit den traumatischen Erlebnissen und Gefühlen in Zusammenhang stehen.
- Symptomatik und Beschwerden können sich zeigen als psychosomatischer Symptomenkomplex, Befindlichkeitsstörungen, Angstsymptomatik, so dass sie vom behandelnden Arzt oftmals nicht als Gesundheitsstörungen nach traumatischen Erfahrungen diagnostiziert und behandelt werden. Die Forschung zeigt, dass traumatische Erfahrungen zunächst als Empfindungen und Gefühlszustände gespeichert werden statt einer persönlichen Geschichte (traumatische Erlebnisse) zugeschrieben zu werden.
- Nicht jedes traumatische Erlebnis führt sofort oder kurzfristig nach dem Ereignis zu PTSD oder anderen komorbiden Krankheitsbildern. Auch Jahre später kann die Symptomatik ausbrechen.

Fachärztliche Gutachten, die eine Traumatisierung attestieren, schützen häufig nicht vor Abschiebung. Zunehmend werden diese Gutachten von den Behörden als Gefälligkeitsgutachten abgetan und wie z.B. in Berlin von Polizeiarzten „überprüft“. Diese Untersuchungen erfüllen naturgemäß nicht einmal die elementarsten Voraussetzungen und machen oft das in der Therapie Erreichte mit einem Schlage wieder zunichte. Zunehmend geht es in diesen Untersuchungen nur noch um die Reisefähigkeit des Flüchtlings. Wie es im Herkunftsland für ihn weitergeht, spielt keine Rolle. Es gibt groteske Beispiele, dass suizidale oder akut psychotische Menschen als reisefähig bezeichnet werden, es müsse sie eben ein Arzt begleiten.

Bis Ende 99 gab es eine Ausnahme von der rigiden Regelung. Traumatisierte Flüchtlinge aus Bosnien waren unter bestimmten Bedingungen vor Ausweisung geschützt, weil es in Bosnien keine ausreichenden Möglichkeiten zur Behandlung des Traumas gab. Auf ihrer Sitzung im November 99 haben die Innenminister und –Senatoren der Länder diese Sonderregelung aufgehoben. Das wurde wie folgt begründet, ich zitiere: *„Nach Auskunft der Vertrauensärztin der Deutschen Botschaft in Sarajewo ist die Behandlung von psychisch kranken und traumatisierten Personen in Bosnien und Herzegowina grundsätzlich möglich. Die Anzahl der medizinischen Einrichtungen zu deren Behandlung steigt*

ständig und wird voraussichtlich bis Ende 99 ein ausreichendes Niveau erreichen. Fachärzte, die an diesen Einrichtungen tätig sind, sind Fachärzte für Neuropsychiatrie. Neurologie und Psychiatrie werden in Bosnien und Herzegowina immer noch nicht als einzelne Fachbereiche betrachtet. Daher können im Einzelfall geringe Abweichungen bezüglich der fachlichen Kompetenz einzelner Ärzte auftreten, falls die Spezialisierung eines Arztes eher in Richtung Neurologie geht. Das dürfte aber auf den Erfolg der hier üblichen Therapie keine schwerwiegenden Auswirkungen haben. Der weitere Aufenthalt von Traumatisierten im Bundesgebiet ist daher grundsätzlich nicht mehr notwendig.... Der Aufenthalt von traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen richtet sich nur noch nach den allgemeinen Regelungen des Ausländerrechts. Der Aufenthalt traumatisierter Flüchtlinge kann daher jetzt beendet werden. Eine Verlängerung der Duldung ist nicht mehr angezeigt. Vor einer beabsichtigten Beendigung des Aufenthalts ist jedoch die Reisefähigkeit durch den jeweils zuständigen Amtsarzt zu prüfen“. (Reisefähigkeit im Sinne des Ausländerrechts heißt Transportfähigkeit = Abschiebefähigkeit).

Es gibt einen kleinen Hoffnungsschimmer: (Zitat aus der SZ von 23.4.00) „ 100 Parlamentarier der SPD, der Grünen, der CDU/CSU und der FDP haben einen Appell an die Ministerpräsidenten gerichtet: sie fordern, bitten und betteln um Humanität für die Flüchtlinge in Deutschland. Sie warnen vor der Ruck-Zuck-Abschiebung der noch in Deutschland verbliebenen „Problemfälle“ nach Bosnien und in den Kosovo. Sie werben für eine gewissenhafte Einzelfallprüfung- und zwar nicht erst dann, wenn man die ehemaligen Lagerinsassen oder Deserteure, all die traumatisierten Menschen oder die Mütter mit Kleinkindern schon einmal mittels automatisierter Abschiebungsverfügung in Panik versetzt hat.“

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) regt zusammen mit der IPPNW ein Hearing im Bundestag an. Ziel ist es, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und therapeutischen Erfahrungen in der Asylgesetzgebung Geltung zu verschaffen. Die jetzige Legislaturperiode ist trotz fleißiger Lobbyarbeit ohne ein solches Experten-Hearing verstrichen.

Die BAFF hat Richtlinien erarbeitet für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern, die dort bestellt werden können (s.u.)

Eine Projektgruppe aus Psychiatern und Psychotherapeuten hat Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen entwickelt und die ersten Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die auf breites Interesse insbesondere auch bei Richtern gestoßen sind. Zitat aus dem Anschreiben:

„In aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren hat der psychologische oder ärztliche Gutachter in der Regel Fragen nach eventuell bei Antragstellern oder Klägern bestehenden psychisch reaktiven Traumafolgen zu beantworten. Die Erfahrung hat aber in den letzten Jahren gezeigt, dass Auftraggeber, Ausländerbehörden, Verwaltungsgerichte und selbst Gutachter nicht über ausreichende Kenntnisse und Erfahrung im Umgang mit extremtraumatisierten Personen bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen verfügen.

So wurde z.B. am 31.10.2000 der kurdische Träger des Aachener Friedenspreises Herr H. Calban von einem Amtsarzt als nicht traumatisiert eingestuft, obwohl in seinen Akten seine psychische Traumatisierung infolge Folter durch verschiedene ärztliche Atteste mehrfach bestätigt worden war. Er wurde vom Amtsarzt für „reisefähig“ erklärt und in sein Herkunftsland abgeschoben. Dieser Vorgang löste in Aachen und später bundesweit Empörung aus und war der Anlass dafür, dass in mehreren Orten der Bundesrepublik Psychoanalytiker und Psychotherapeuten, die mit psychisch traumatisierten Patienten arbeiten, dagegen protestierten. U.a. wurde der Aachener Friedensappell von 650 Psychotherapeuten unterschrieben. Das Abschiebegutachten von Herrn Calban wies deutliche fachliche, rechtliche und ethische Mängel auf, was inzwischen von der zuständigen Landesärztekammer bestätigt wurde.

Dieser Vorfall ist leider kein Einzelfall. Viele Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern, die mit der Betreuung oder Behandlung von durch Krieg und Folter traumatisierten Flüchtlingen und Asylbewerbern befasst sind, haben in der Vergangenheit ähnliche gravierende Erfahrungen gemacht. Behördenvertreter sind in der Regel nicht in der Lage, gesunde Personen von solchen, die an psychisch reaktiven Extremtraumafolgen leiden, zu unterscheiden. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass bei letzteren krankheits- bzw. symptombedingt der kognitive und verbale Rapport erheblich beeinträchtigt sein kann, wenn es um das Trauma geht. Bei inhaltlichen oder zeitlichen Widersprüchen in ihren Angaben wird den Flüchtlingen oft zu Unrecht unterstellt, sie würden die Unwahrheit sagen. Nicht geschulte

Untersucher können dazu neigen, ein Trauma wegen seiner inneren Abkapselung, dem fragmentarischen Charakter traumatischer Erinnerung und dem Vermeidungsverhalten Traumatisierter nicht wahrzunehmen. Um diesen schwer traumatisierten Menschen gerecht zu werden und die wahren Sachverhalte zu erkennen, bedarf es spezieller Gesprächstechniken und Untersuchungsmethoden.

Aus diesem Grunde halten wir Richtlinien zur Erstellung derartiger Gutachten unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die posttraumatische Belastungsstörung und andere psychisch reaktive Traumafolgen für unumgänglich. Darüber hinaus meinen wir, der mit dieser speziellen Fragestellung befasste Gutachter sollte über eine gründliche klinische Erfahrung verfügen und auch gegebenenfalls seine eigene „trauma history“ kennen und integriert haben. Ferner sollte er nachweisen, dass er sich mit den speziellen rechtlichen Problemen der Betroffenen vertraut gemacht hat. Nur dann wird er in der Lage sein, sich auf diesem Gebiet verantwortungsbewusst zu betätigen.“

In der Bleiberechts-Kampagne der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs / Ärzte in sozialer Verantwortung) geht es um die Durchsetzung eines gesetzlich verbrieften Bleiberechts für Traumatisierte. Dazu ist es nötig, gesellschaftliche und politische Entscheidungsträger und Kolleginnen und Kollegen zu informieren und zu sensibilisieren. Im November 2001 konnte 27 100 Unterschriften an der Bundestagspräsidenten Thierse übergeben werden.

Traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer benötigen dringend:

- einen gesetzlich garantierten Abschiebeschutz, bzw. einen stabilen und sicheren Aufenthaltsstatus mit einem schützenden sozialen Umfeld,
- eine spezifische psychotherapeutische Behandlung zur Linderung der Beschwerden und Verhinderung von Sekundärkrankheiten
- eine faire Prüfung im Asylverfahren.

Insbesondere müssen im Anhörungsverfahren beim Bundesamt traumabedingte Verletzungen Berücksichtigung finden. Das heißt:

- Vor der Anhörung muss eine Aufklärung und gründliche Vorbereitung durch geschulte Sozialarbeiter / Sozialarbeiterinnen stehen, die beurteilen können, ob ein Flüchtling überhaupt anhörungsfähig ist.

- Im Vordergrund der Anhörung muss die Verfolgungsgeschichte stehen, nicht der Fluchtweg.
- Die Anhörung muss von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Bundesamtes und von Dolmetschern und Dolmetscherinnen durchgeführt werden, die in der Lage sind, traumabedingte Symptome zu erkennen. Bei Anzeichen von Traumatisierung müssen fachkundige Ärztinnen und Ärzte zugezogen werden.
- Traumatisierte Flüchtlinge müssen vom Bundesamt an Beratungsstellen für psychotherapeutische Hilfe vermittelt werden.

Es hat in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Traumatisierung von Flüchtlingen viel engagierte Arbeit gegeben und auch kleine Erfolge. Was wird unter dem neuen Zuwanderungsgesetz davon bleiben (in welcher Form auch immer es in Kraft tritt)?

Lesetipps zur Vertiefung:

Waltraud Wirtgen: Trauma – Wahrnehmung des Unsagbaren. Roland Asanger Verlag; Heidelberg

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Angelika Birck: Traumatisierte Flüchtlinge Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Roland Asanger Verlag; Heidelberg

Traumakonzepte in nicht-europäischen Ländern - Ethnokulturelle Aspekte in der internationalen Traumaarbeit

*Sibylle Rothkegel**

Der Begriff PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) oder PTSS (Posttraumatic Stress Syndrome) nach dem DSM IV oder dem ICD 10 wird als psychiatrisch diagnostizierbare Angsterkrankung mit den dazugehörigen Symptomen definiert. Hier besteht folgender Grundgedanke: Menschen, gleichgültig, woher sie kommen, reagieren auf traumatische, extremen Stress erzeugende Ereignisse, sei es eine Naturkatastrophe, ein Eisenbahnunglück, eine Vergewaltigung oder eben auch Folter auf ähnliche Art und Weise. Es werden also in den diagnostischen Erhebungen weder geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt, noch die Folgen der traumatischen Einwirkungen, die durch ein Unglück mehr oder weniger zufällig entstehen und die, die durch ein Verbrechen von Menschenhand an einem anderen Menschen absichtsvoll herbeigeführt werden, differenziert beachtet. Die Erkenntnisse der PTSD-Forschung wurden ausschließlich in Ländern des westlichen Kulturkreises wie den USA (zum größten Teil an Veteranen des Vietnamkrieges), Europa, Israel und Australien (in zahlreichen Studien zu Überlebenden der Shoa) gewonnen; sie reflektieren die Annahmen der hiesigen Psychologie und Psychiatrie. Marsella hebt in seinem Übersichtsartikel über ethnokulturelle Aspekte von PTSD im Kontext von Flüchtlingen, Veteranen und Überlebenden von Naturkatastrophen hervor, dass kulturell sensible Forschungsinstrumente sicherlich auch mehr ethnokulturelle Variationen hinsichtlich PTSD aufzeigen würden (Marsella et al. 1993). Ohne Beachtung des politisch-historischen und auch sozialen Kontextes kann es weder die Einsicht in die traumatisierenden Umstände noch eine wirkungsvolle Behandlung geben. Der kulturelle Kontext darf also in der Traumaforschung nicht ausgeklammert bleiben, denn er bestimmt, auf welche Weise Symptome erlebt und ausgedrückt werden und stellt einen Verständnisrahmen für die traumatischen Ereignisse, die Heilungschancen

* Der Aufsatz wurde zuerst in dem von Marlies Fröse und Ina Volpp-Teuscher herausgegebenen Buch *Krieg, Geschlecht und Traumatisierung*, das im Iko-Verlag, Frankfurt a.M. erschienen ist, veröffentlicht.

cen und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Eine internationale Studie, die Opfer des staatlichen Terrors in Uganda untersuchte, ergab, dass die üblichen PTSD-Symptome (trotz ausdrücklicher Nachfrage) keinen wesentlichen Teil bei der Beschreibung der Leiden darstellten. Es standen ausdrücklich körperliche Symptome im Vordergrund. Existenzangst und Schlaflosigkeit schienen für ein Leben in ständiger Verfolgung zur Normalität geworden zu sein. In jedem therapeutischen Prozess geht es auch darum, die jeweils lokal existierenden Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit herauszuarbeiten.

Wie also Menschen auf traumatische Ereignisse reagieren, sie interpretieren und ihr Handeln danach ausrichten, ist ohne ihren sozialen, historischen, kulturellen und politischen Hintergrund nicht zu verstehen. Für eine Buddhistin kann das "Trauma" Folge eines schlechten Kharmas sein, für eine Afrikanerin die Machenschaft eines bösen Ahnen, der sie dann im Exilland aufsucht, um ihr in ihren Alpträumen zu begegnen und für eine Iranerin die Möglichkeit, ihre Bereitschaft, "Heldin" sein, unter Beweis zu stellen (Kopecny 1998). Hierzu kommt mir S. aus Teheran in den Sinn, die acht Jahre Gefängnis mit den dort üblichen Folterungen wegen ihrer Aktivitäten für die kommunistische Partei Irans erleiden musste. Besonders hart wurde sie immer wieder dafür bestraft, weil sie sich auch während der Inhaftierung nicht dem islamischen Regime unterwarf. Sie beschreibt, wie sie nach der Entlassung aus dem Gefängnis innerhalb ihrer Gesellschaft anerkannt, respektiert und sogar noch bewundert worden sei. Konnte sich doch jeder ganz gut vorstellen, was diese Frau überstanden hatte und welche Kraft wohl in ihr stecken musste. S. entschied sich schließlich zu fliehen, weil sie in Gefahr war, erneut gefoltert zu werden und hat in Deutschland problemlos Asyl erhalten. Als sie ihren langgehegten Wunsch, Hebamme zu werden, in die Tat umsetzen und sich bei der entsprechenden Schule in Berlin anmelden wollte, bekam sie jedoch eine Absage. Zur Begründung hieß es, ihr Lebenslauf und die Tatsache, dass sie im Gefängnis gewesen sei, spreche gegen die Belastbarkeit, die für diese Ausbildung und spätere Berufstätigkeit doch so notwendig sei. Wie soll S. diesen Entschluss begreifen können? Wie werden ihre Symptome in Zukunft zu interpretieren sein? Welche von ihnen sind durch die Traumata in ihrer Heimat entstanden, und welche Leiden führt die erlebte Stigmatisierung im Exil herbei?

In Therapien mit Opfern extremer Gewalt aus anderen Kulturkreisen zeigt es sich, dass Kommunikation nicht stattfinden kann, wenn

Therapeutinnen und Klientinnen sich nicht wirklich über das Erlebte verständigen können. Es gilt, ein differenziertes Bild zu gewinnen, wie ein Trauma in verschiedenen Kulturen wahrgenommen, interpretiert und verarbeitet wird. Die soziale Umgebung und kulturelle Sozialisation (mit der dazugehörigen Religion) bestimmen ganz wesentlich Themen wie: Geburt und Tod, Leiden, Ausdruck von Schmerz und Trauer, Sexualität, die Stellung der Frau in der Gesellschaft, Unterstützung in der Gemeinschaft und die Aktivierung von Ressourcen und anderen Heilkräften mit den daraus resultierenden Copingstrategien. Copingstrategien sind niemals "statische Verfahren", sondern sie entwickeln sich in Wechselwirkung zwischen Individuum und der jeweiligen Umgebung. Kulturelle und kollektive Sinnstrukturen und Muster spiegeln sich demnach im Denken und den Handlungsweisen jedes Menschen wider. Für S. aus dem Iran ist es zum Beispiel lebenswichtig, Leistung zu erbringen und sich dafür anzustrengen. Ratschläge in Richtung: "Sie müssen sich ausruhen und schonen nach alledem, was Sie erlitten haben", wären für sie in dieser Form nicht hilfreich, denn sie braucht die Möglichkeit, sich zu beweisen, und ohne diese fühlte sie sich ihrer Identität und Würde beraubt.

Um das ein wenig zu veranschaulichen, können wir uns vor Augen führen, wie Trauer in der westlichen Kultur ausgedrückt wird. Viele Ethnologen gehen davon aus, dass alle Menschen auf ähnliche Art und Weise seelisch erschütternde Erlebnisse empfinden. Wie sie sie aber interpretieren und zum Ausdruck bringen, ist von Kultur zu Kultur unterschiedlich. In Europa oder Amerika muss man mit Trauer üblicherweise allein oder in einer kleinen Gruppe und in möglichst kurzer Zeit fertig werden. Dabei sollte man seine Gefühle in der Öffentlichkeit möglichst unter Kontrolle haben. Oft finden wir in unseren Zeitungen Todesanzeigen veröffentlicht, die den Satz enthalten: "Von Beileidsbesuchen ist abzusehen!" In anderen Kulturen ist es üblich, Kummer und Schmerz mit der ganzen Gemeinschaft in festen Ritualen zu teilen, wobei man auch schreien und klagen, sich auf der Erde wälzen oder die Kleider zerreißen darf. Manchmal trauern ausgewählte Mitglieder der Gesellschaft auch stellvertretend, wie zum Beispiel die Klageweiber in Ägypten und anderen orientalischen Ländern. Angehörige muslimischen Glaubens trauern 40 Tage lang um den Tod eines Menschen; am vierzigsten Tag kommen Familienangehörige und Freunde noch einmal zusammen, so auch nach einem Jahr zum Gedenken an den Toten. Wie also müssen die muslimischen Frauen aus

Srebrenica leiden, die mit ihren Kindern den Massakern entkommen konnten, die serbische Militärs bei der Einnahme der Stadt Anfang Juli 1995 verübt haben! Tausende von ihnen haben an diesem Tag ihre Männer zum letzten Mal gesehen und seither keine Nachricht von ihnen und über sie erhalten. Wie sollen sie sich von ihnen verabschieden nach den für sie so wichtigen Ritualen, wo sie noch nicht einmal Kenntnis über ihren Verbleib und ihr weiteres Schicksal haben? Immer wieder erscheinen Bilder über Ausgrabungen von Massengräbern, aber besteht nicht doch noch ein wenig Hoffnung, dass da oder dort noch jemand überlebt hat? Die für den Abschied von einem Toten so wichtigen Trauerrituale, wie sie in ihrem Kulturkreis gebräuchlich sind, können also nicht eingeleitet werden. Detaillierte Informationen darüber sind für die Diagnostik, Therapie und die Rehabilitation von traumatisierten Flüchtlingen dringend notwendig, denn so viele unter ihnen haben tote Verwandte, Freunde oder Genossen in der Heimat oder auf der Flucht zu beklagen, ohne die Möglichkeit gehabt zu haben, sie nur annähernd nach den gewohnten Gebräuchen begraben zu können, um sich würdig zu verabschieden.

In der transkulturellen Psychologie herrscht weitgehend Übereinstimmung, dass der Unterschied zwischen den westlichen Industrienationen und den meisten anderen Kulturen in der Dominanz der *individualistischen Werte* im Gegensatz zu *kollektivistischen Werten* besteht. Die Grundfrage jeder Gesellschaft ist, wie Norbert Elias meint, ob die Gesellschaft in erster Linie zur Förderung und Sicherung der Individuen da ist oder umgekehrt die Individuen in erster Linie zur Aufrechterhaltung der Gemeinschaft (Elias 1988). Das wird in der westlichen patriarchal-kapitalistischen Welt eindeutig zugunsten des Individuums beantwortet, zu dessen Nutzen die Gesellschaft dazusein hat. In Gesellschaften, in denen das Gemeinschaftsgefühl eine große Rolle spielt, werden also Gewaltstrategien und ihre systematische Anwendung, die kommunikative Strukturen und das Zusammenleben von ethnischen Gruppen stören, besonders effektiv auch bei der Zerstörung von persönlichen Identitäten sein. Viele Lebens- und Leidengeschichten hören wir diesbezüglich von unseren Patientinnen und Patienten aus Kurdistan und aus Bosnien-Herzegowina.

S. aus Teheran hat in der Therapie immer wieder – trotz aller auch von ihr geschilderten Grausamkeiten im Gefängnis – mit leuchtenden Augen von der “wunderbaren Gemeinschaft und der Solidarität” unter den

inhaftierten Frauen während der Haftzeit geschwärmt, wie sie sich trotz der Terrormaßnahmen auf kreative Weise unterstützt haben. Sie äußerte dies immer dann, wenn sie unter der Einsamkeit im Exil besonders litt. Erst zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieverlauf war sie in der Lage zu berichten, was für sie eine besonders schwere Strafe im Gefängnis darstellte, und diese Berichte waren von starken Schamgefühlen begleitet: Es war üblich, "Verräterinnen" in die Zellen von "Standhaften" zu sperren, um Misstrauen gegeneinander zu säen oder aber eine "Standhafte" musste eine gewisse Zeit in der Zelle der "Verräterinnen" verbringen. Bei ihren "Genossinnen" sollte so der Eindruck erweckt werden, sie habe sich ergeben. Dies hat sie nachhaltig als die schwerwiegendste psychische Misshandlung erlebt: die Zersetzung ihrer Gemeinschaft im Gefängnis.

Behandlungen von Folterüberlebenden beinhalten meist auch Begegnung, Kontakt und Auseinandersetzung mit anderen Kulturen und den damit verbundenen Normen- und Wertesystemen. Jährlich suchen etwa 250 Menschen aus vielen Ländern dieser Welt Rat, soziale Unterstützung und medizinische und psychotherapeutische Hilfe im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Es liegt auf der Hand, dass für Therapeuten diese Herausforderung nicht allein auf der Basis von ausschließlich "westlich fundierten" Behandlungsstrategien bewältigt werden kann. Es gilt soziokulturelle Besonderheiten, Normen und Werte, die den Kontaktprozess beeinflussen, wahrzunehmen, zu verarbeiten und angemessen zu berücksichtigen. Das ist nach meiner Erfahrung besonders in der ersten Phase des therapeutischen Kontaktes, der vorrangig dem Aufbau einer vertrauensvollen, verlässlichen Beziehung dient, wichtig. Dabei gehe ich von einer selbstverständlichen Akzeptanz des anderen Normen- und Wertgefüges aus.

Klassische Settings in der Therapie können bei vielen unserer Klienten Misstrauen und Unverständnis auslösen. Direkte Fragen nach seelischer Befindlichkeit oder nach Gefühlen lösen z.B. in der Regel Abwehr und Widerstand aus. Zudem dominiert in orientalischen Ländern im Alltagsverständnis immer noch eine orthodoxe Psychiatrie, die von den Menschen gleichgesetzt wird mit Irresein, Abartigkeit und Verrücktheit. Demnach ist alles, was mit Psyche zu tun hat, stigmatisiert und tabuisiert. Ganz besonders wichtig kann zu Beginn einer Therapie das psychoedukative Vorgehen sein, was hier bedeuten soll: Aufklärung über die quälenden Symptome als "normale" (paradoxe Weise sogar noch eher gesunde) Reaktion eines Menschen auf ein erlebtes Verbrechen an der

Menschlichkeit, auf “anormale Erfahrungen und Zustände” mit den einhergehenden extremen Belastungen (Frankl 1984).

Werte und Normen der Herkunftskultur unserer Patienten stehen teilweise im krassen Widerspruch zu denen der bundesdeutschen Aufnahmegesellschaft, was zu mehr oder minder großen Krisen führen kann; auf jeden Fall aber eine hohe Energieleistung zur Anpassung erfordert. “Hintergrund” dieser Menschen aber ist eine leidvolle Geschichte; viele ‘Gestalten sind nicht geschlossen’: unverarbeitete Abschiedssituationen, enttäuschte Erwartungen, familiäre Konflikte dramatischen Ausmaßes etc. Sie sind umso schwieriger zu bearbeiten, je größer das kulturelle oder familiäre Tabu ist, mit dem sie belegt sind. Es entspricht z.B. den kulturellen Normen orientalischer Familien, dass Probleme und Konflikte innerhalb der Familie gelöst bzw. totgeschwiegen werden. Das Heraustreten aus dem familiären Verband und “Sich-an-eine-fremde-Person-Wenden” kann also bedeuten, die Ehre der Familie aufs Spiel zu setzen. Wie viele Kurdinnen werden auf diese Weise nie die an ihnen verübten Verbrechen, unter denen sexuelle Gewalt an der Tagesordnung ist, veröffentlichen können?

Traumatisierte Menschen scheuen sich häufig, um Hilfe zu bitten, insbesondere um psychotherapeutische. Bei einigen unserer Patienten sind – trotz erlittener vielfältiger Torturen – medizinisch keine klaren Spuren zu erkennen. Das Fehlen von objektiven Befunden verstärkt meist Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung und Selbstzweifel. Viele befürchten, sie könnten als Simulanten angesehen oder für verrückt erklärt werden, obwohl sie doch nur adäquat auf verrücktmachende Zustände reagieren. Die meisten psychologischen Ansätze zur Bearbeitung eines Traumas gehen davon aus, dass das traumatische Ereignis in die Vorstellungs- und Erlebniswelt der Klientinnen integriert werden muss. Die traumatischen Erfahrungen sollen dazu verbalisiert oder szenisch ausagiert werden – dies gilt als Voraussetzung für die Reduzierung des Leidensdruckes. Diese Annahmen haben jedoch keine universelle Gültigkeit, denn in manchen Kulturen, wird es befürwortet, traumatische Erfahrungen unter Verschluss zu bringen. Auch das Kommunizieren über negative Zustände kann in anderen Kulturen ein sehr subtiler und komplizierter Prozess sein, der sich von der westlichen Art der Gesprächsführung unterscheidet. Einige Patientinnen, die aus ländlichen Gebieten Bosnien-Herzegowinas stammen, beschreiben ihr “Trauma” als “Fremdkörper in der Seele”, als schweren Stein, der in ihnen herumirrt und starke

Schmerzen verursacht. Sie wünschen sich, man könnte ihn einfach nur herausoperieren und möge sie sonst in Ruhe lassen.

Wir Therapeutinnen sind herausgefordert, auf kreative Weise einen Zugang zur Innenwelt unserer Klientinnen zu finden. Wir müssen Wege finden, sie "da abzuholen, wo sie herkommen". Es sind vor allem solche Formen der Intervention sinnvoll, die den Menschen auch vertraut sind. So liegen in den Märchen, Geschichten, Parabeln, Mythen und Metaphern sowie den Kenntnissen um das Wesen der Träume, die sie aus ihren Kulturen mitbringen, über Tausende von Jahren erworbene Weisheiten und heilende Kräfte, die von Generation zu Generation tradiert wurden. Therapeutisch können wir uns diese Geschichten und Bilder zunutze machen, da die in ihnen eingebetteten Inhalte und Botschaften von den Klienten aufgenommen werden und so eine heilende Wirkung entfalten können.

Der Psychologe Boja Efraime beschreibt Heilrituale in der Therapie mit Kindersoldaten in Mozambique, eine Integration traditioneller und moderner psychotherapeutischer Interventionen wird auch aus Südafrika berichtet. In dem Projekt "Medica Zenica" arbeitet eine Mualima, eine Islam-Gelehrte und in spirituelle Heilrituale Eingeweihte. Michaela Schumacher (1996) teilt uns mit, wie wichtig die Anwesenheit und Mitarbeit einer Mualima für die muslimischen Frauen ist, "um das ihnen Angetane nicht fehl zu interpretieren, sondern auch spirituell durchzuarbeiten. Wir dürfen auch nie vergessen, dass die Menschen, die uns um Unterstützung bitten, eine Menge an Erfahrung, Fertigkeiten und Potential mitbringen, nach denen sie im Aufnahmeland nie gefragt werden. Sicherlich könnten wir, würden wir mehr nachfragen, auch viel von unseren Klientinnen lernen und somit unsere Ideen erweitern."

Ich möchte die Vielfältigkeit unserer "Angebote" am Behandlungszentrum mit dem Bild eines bunten Fächers beschreiben: Darin sind vertreten medizinische und soziale Kontakte, die auch in eine Psychotherapie münden können, wo wir als Kollegen und Kolleginnen einzeln sowie gemeinsam in Gruppen- und auch Einzelbehandlungen arbeiten. Wir haben einen integrativen Behandlungsansatz, der versucht, auch interkulturell therapeutische Möglichkeiten zu erschließen. Die Gestaltung der Behandlung reicht von der zunächst symptomorientierten Schmerzbewältigung und -reduktion über das Aufspüren von persönlichen und kulturellen Ressourcen vor dem Trauma bis hin zum Bewältigungs- oder

manchmal auch Integrationsversuch der traumatisierenden Erlebnisse. Das heißt, ich muss einen verlässlichen Halt bieten und immer wieder bereit sein, mit den Patienten bildlich an die Orte des Schreckens zurückzugehen, wenn sie das wollen und aushalten können. So können sie Erfahrungen gewinnen, die den Gegenpol zu ihren Erfahrungen von Ohnmacht und Isolation bilden und die Möglichkeit zur Integration des Teils ihrer Lebensgeschichte erhalten, den sie am liebsten verdrängen und vergessen möchten. Dabei ist die Stärkung von Gegenwarts- und Realitätsbezügen sowie die Gestaltung von Zukunft nicht zu vernachlässigen. Neben kognitiven Verfahren oder verhaltenstherapeutischen angst-reduzierenden sowie Entspannungs- und Atemtechniken sehen wir die Verwendung von Märchen und Geschichten, die Gestaltung der Phantasie- und Innenwelt, die Arbeit mit Träumen und das Reich der Metaphern als hilfreich im interkulturellen Austausch und der Arbeit mit Extremtraumatisierten an. Wir arbeiten mit der systemischen Familientherapie, der Hypnotherapie nach Erickson und gestalttherapeutisch. Die Spuren der Gewalt, das seelische Leid, ist manchmal nicht in Worte zu fassen. In der Kunst- und Gestaltungstherapie, in den gemalten Bildern der Patienten, können diese Spuren sichtbar werden. Sie können sich der symbolischen Bildersprache bedienen und so ihr z.T. unbewusstes inneres Erleben zum Ausdruck bringen. In der konzentrativen Bewegungstherapie wird der Versuch unternommen, über körper- und erlebnisorientierte Verfahren abgespaltene Emotionen aufzuspüren. Trotz zum Teil unterschiedlicher Herangehensweisen bewegen wir uns alle auf der Basis einer Behandlungsphilosophie, die der phänomenalen Vielfalt menschlichen Seins und menschlicher Vulnerabilität in ihren kulturellen und systemischen Bezügen Beachtung schenkt.

Die meisten existierenden Studien und klinischen Berichte zu den Leiden schwertraumatisierter Menschen haben westliche Diagnosekriterien verwendet. Kulturell und geschlechtsspezifisch sensiblere Forschungsinstrumente ergäben sicherlich auch mehr kulturelle und geschlechtsspezifische Variationen hinsichtlich der Symptombildung von PTSD. Reaktionen auf traumatische Ereignisse mögen universelle Anteile haben; bei der individuellen Vulnerabilität und der Phänomenologie von PTSD sowie den Behandlungsmöglichkeiten können bei schweren Traumata ethnokulturelle und soziale Faktoren einen wichtigen Einfluss haben. Auch die Berücksichtigung der gesellschaftlichen Situation und der politischen Gegebenheiten, in denen wir leben, ist bei der Überwindung der Traumafolgen wesentlich. Solidarität unter den "Verschonten" und den

Traumatisierten sowie gemeinsames Bemühen für “eine bessere Welt” mit all ihrer Vielfalt und Respekt vor anderen Menschen haben einen wesentlichen Anteil daran, eigenes und fremdes Trauma sinnvoll zu verarbeiten und in Lebensgeschichten zu integrieren.

Literatur

- Elias, Norbert* 1988: Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt a.M.
- Frankl, V.* 1984: Man's Search for Meaning. New York
- Kopecný, Angelika* 1998: ÜberLebensGeschichten – Eine Studie zum Coping von Folterüberlebenden im sozialen und kulturellen Kontext in Zusammenarbeit mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. (Unveröffentlichtes Manuskript)
- Marsella, A. J. et al.* 1993: Ethnocultural aspects of PTSD – an Overview of Issues, Research and Directions. In: Oldham, J. et al. (Hg.): Review of Psychiatry. Washington, DC, 157-182
- Medico International e.V. (Hg.)* 1997: Schnelle Eingreiftruppe “Seele” – auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische “Trauma-Arbeit”. Frankfurt a.M.
- Peltzer, Karl* 1995: Ethnokulturelle Aspekte von Trauma und deren Behandlung. In: Peltzer, Karl et al. (Hg.):Gewalt und Trauma – Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt am Main
- Perren-Klingler, Gisela (Hg.)* 1995: Trauma – vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Bern
- Schumacher, Michaela A. C.* 1996: Mische Dich ein, wo Toleranz und Neutralität unmenschlich sind – Krieg, Vergewaltigung und Folter. Genozid in Bosnien. In: Themenzentrierte Interaktion, 10 Jg., Heft 1.

“Psychische Belastungen von Migranten erst nehmen”

**Interview zu transkultureller Psychiatrie
mit Wielant Machleidt***

Studenten der Universität Hannover und der MHH können an Ihrem Lehrstuhl der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie Lehrveranstaltungen in „Transkultureller Psychiatrie“ besuchen. Können Sie zunächst einmal kurz umreißen, was „Transkulturelle Psychiatrie“ eigentlich meint?

Der Ursprung der Transkulturellen Psychiatrie geht auf die Forschungsarbeiten von Kraepelin zur Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zurück. Kraepelin hat eine Klassifizierung psychischer Erkrankungen entwickelt und hat überprüft, ob diese auch auf andere Kulturen angewandt werden könne. Er ist damit der Frage nachgegangen, ob psychische Erkrankungen, wie man sie in Europa kennt, Ausdruck einer spezifischen europäischen Kultur seien oder ob sie nicht vielmehr Ausdruck des Menschseins überhaupt seien. Kraepelin ist nach Java gereist und stieß dort auf dieselben Kernsymptome psychotischer Erkrankungen, wie er sie in Europa gefunden hatte - etwa bei schizophrenen Psychosen oder manisch-depressiven Erkrankungen. Heute geht man davon aus, dass die Kernsymptome psychotischer Krankheiten bei Menschen aus allen Kulturen gefunden werden und dass es nur die Ausdrucksformen sind, in denen sich die Krankheiten kulturell unterscheiden - das heißt, die gemeinsamen Kernsymptome werden von den jeweils kulturell bedingten Ausdrucksformen der Krankheit überlagert.

Und die Erforschung dieser kulturellen Unterschiede wäre dann der Gegenstand der Transkulturellen Psychiatrie?

Ja, denn hier stellt sich ja das Problem: Erkrankungen wie Schizophrenie, Depressionen oder anderen Psychosen und Neurosen treten zwar universell auf, doch in variabler Gestalt. Und deutsche Psychotherapeuten

* Wielant Machleidt ist Professor für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Hannovers (MHH). Er ist Nachfolger von Erich Wulff, der die Transkulturelle Psychiatrie als Forschungsschwerpunkt an der MHH in den 70er Jahren einführte. Das Interview führte Bettina Stang.

etwa stehen vor einer besonderen Herausforderung, wenn ein Patient vor ihnen sitzt und von den Einflüsterungen von Ahnengeistern berichtet oder vom "Bösen Blick". Geht der Arzt oder Therapeut hier von seiner gewohnten, eurozentrischen Sichtweise aus, würde er dem Patienten eine Wahnvorstellung - noch dazu von besonders bizarrer Art - diagnostizieren. Und doch dreht es sich hier nur um eigentlich „normal-psychologische“ aber kulturabhängige Phänomene. Hier kommt eine psychische Belastung zum Ausdruck, der in transkulturell gewandelter Form Bildhaftigkeit verliehen wird, aber eben keine ernsthafte Erkrankung ist!

Es geht also in der Transkulturellen Psychiatrie darum, dass psychische Probleme je nach Kultur anders kommuniziert werden?

Davon geht die Transkulturelle Psychiatrie aus und untersucht weiter, wie dann die ernsthaften Erkrankungen zu behandeln sind: Wenden wir die hier in Europa entwickelten Methoden an, beziehungsweise: Wie variieren wir sie so, dass sie auch auf Menschen passen, die die in westlichen Ländern übliche „Psychologisierung“ nicht kennen, die diesen ständigen Blick nach Innen nicht gelernt haben? Und als zweites stellt sich die Frage: Was können wir von den Heilmethoden anderer Kulturen lernen? Was lässt sich übertragen? Wo sind die uns voraus?

Wie sieht das denn in der Praxis aus - werden die psychischen Probleme und Erkrankungen von Migranten und Flüchtlingen in Deutschland ausreichend aufgefangen?

Wir haben in einer Untersuchung festgestellt, dass - wenn man die Zahlen aus der deutschen Bevölkerung als Vergleichsbasis heranzieht - etwa nur die Hälfte der erwarteten Patienten mit migrantischem Hintergrund psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote wahrnehmen. Und dass, obwohl diese Gruppe oft unter einem besonderen Druck steht und unter „Migrationsstress“ leidet. Hier kommt es darauf an, die Angebote niedrigschwelliger zu machen und besser zu vermitteln qualitativ zu verbessern. Grundsätzlich müssen wir in Deutschland dazu kommen, die eigene Kultur stärker zu relativieren und die eigene kulturelle Eingebundenheit zu reflektieren - da ist Deutschland noch Entwicklungsland!

Wie sollte denn ein Psychotherapeut idealerweise auf die Rede vom Bösen Blick etwa reagieren? Wie kann er oder sie da überhaupt weiterhelfen?

Wären hier nicht doch ganz andere Methoden gefragt als ausgerechnet eine Psychotherapie, die ja auch eine „Psychologisierung“ als fremde Methode automatisch mit sich bringt?

Es geht in jedem Fall darum, solche Äußerungen ernst zu nehmen. Die Menschen sind hier und drücken Probleme, die sie haben, auf ihre Weise aus. Oder sie kommen zu ihrem Allgemeinarzt und klagen über Schmerzen oder Angstzustände, wohingegen er oder sie keine Erkrankung entdecken kann und die Leute wieder nach Hause schickt, oder zum nächsten Facharzt, und ein Kreislauf beginnt, der mit einer Fehldiagnose enden kann oder in Nichtbehandlung. Aber es kann eben auch zu einer erfolgreichen Behandlung kommen, wenn der Patient jemanden findet, der seine Beschwerden respektiert und ihm erst einmal zuhört, nachfragt - und der dann entscheiden kann, ob eine schwerere Erkrankung vorliegt. Oft reicht es durchaus schon, die Probleme anzusprechen, die sich hinter den Beschwerden oder den „abergläubischen“ Äußerungen verbergen: Was ist das Problem in den Sozialkontakten oder was ist das Problem in der Familie? Die Patienten erwarten Nachfragen und ein Lösungsangebot von Seiten des Arztes. Sie äußern sich über ihr seelisches Innenleben, indem sie - je nach kulturellem Hintergrund - von Schmerzen oder von magischen Praktiken wie dem Bösen Blick oder der Verhexung sprechen. Sie geben damit letztlich ihren gestörten Beziehungen Ausdruck. Und die kann man helfen aufzuklären - etwa, indem Missverständnisse ausgeräumt werden, die sich vielleicht in Sozialkontakten aufgetürmt haben können. Bei wirklichen psychischen Erkrankungen ist dann außerdem auch eine Flexibilität der angewandten Methoden gefragt - verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Methoden in modifizierter Art könnten sinnvoll sein oder eben auch außereuropäische Methoden.

Welcher Stellenwert kommt denn der Transkulturellen Psychiatrie mittlerweile in der deutschen psychiatrischen Wissenschaft zu? Steht die Medizinische Hochschule in Hannover hier noch mehr oder weniger alleine da?

Die MHH hat hier tatsächlich einen Anfang gesetzt, aber das Interesse anderer Hochschulen steigt, und es gibt immer mehr Bemühungen, einen entsprechenden wissenschaftlichen Schwerpunkt auch an anderen Universitäten einzurichten. Unser Ziel wäre es letztlich aber, einen eigenen Lehrstuhl für Transkulturelle Psychiatrie zu haben, wie das in anderen europäischen Ländern schon der Fall ist. Aber, wie gesagt, die

Bedeutung der Transkulturellen Psychiatrie nimmt auch in Deutschland zu, und das ist auch bitter notwendig in einem Land, das mittlerweile einen Migrantenanteil von gut 10 Prozent erreicht hat. Mit den seelischen Nöten dieser Bevölkerung müssen wir lernen umzugehen! Und daran arbeiten wir: das Thema in den Praxen, Kliniken und Hochschulen voranzubringen. Transkulturelle Inhalte müssen in die Lehrbücher, in die Facharztfortbildung! Ein weiterer Hinweis darauf, dass das Interesse zunimmt, lässt sich auch daran ablesen, dass die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) auf ihrem diesjährigen Jahreskongress in Berlin ein Symposium und eine Fortbildung zur Transkulturellen Psychiatrie in ihr Programm aufgenommen hat.

Sie sind außerdem Vorstandsmitglied im Ethno-Medizinischen Zentrum Hannovers. Was ist dessen Aufgabe? Wie weit reicht dessen Wirkungsbereich?

Das Ethno-Medizinische Zentrum ist ein wirklicher Impulsgeber, was die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Migranten insgesamt angeht - und zwar nicht nur in Hannover oder Niedersachsen sondern durchaus in der Bundesrepublik insgesamt. Ramazan Salman und mein MHH-Kollege, der Medizinsoziologe Dr. Jürgen Collatz haben das Zentrum 1990 gegründet und von ihm gingen schon eine ganze Reihe wichtiger Forschungsprojekte im Bereich Migration und Gesundheit aus. Schwerpunkte dieser Untersuchungen waren unter anderem die AIDS/HIV-Behandlung und -Aufklärung, Suchtprobleme, die Oralprophylaxe (Zahnpflege etc.) oder die sozialrechtliche Begutachtungspraxis bei älteren Migranten, die Versorgung psychisch kranker Migranten etc. Außerdem organisiert das Ethno-Medizinische Zentrum jährlich eine ganze Reihe von Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen. Und das Zentrum ist natürlich in der praktischen Arbeit in Niedersachsen tätig, organisiert etwa Dolmetscherdienste und arbeitet hier mit der Stadt Hannover, mit dem Land und mit vielen Kliniken zusammen. Nach diesen ersten zehn Jahren können wir sagen, dass das Zentrum wichtige Pionierarbeit auf dem Gebiet der - ich nenne es einmal "Transkulturellen Medizin" - geleistet hat, aber es wird wohl noch weitere zehn Jahre brauchen, bis die angestoßene Diskussion zu einer noch umfassenderen Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation von Migranten führen wird.

Anforderungen an die Traumatherapie

von Knut Rauchfuss

Im öffentlichen Diskurs, wie auch in Veröffentlichungen von Landes- und Bundesbehörden ist ein zunehmend inflationärer Umgang mit dem Wort "Trauma" zu verzeichnen. Auch fachmedizinisch wird gelegentlich offensiv vertreten, es bestehe kein Unterschied in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (PTSD), der mit der Ursache des Traumas (Unfall, Krieg etc.) in Zusammenhang stehe; die Therapie sei im Wesentlichen identisch und könne daher von den herkömmlichen therapeutischen Einrichtungen in hinreichendem Maße abgedeckt werden. - Das Gegenteil ist jedoch der Fall.

Der inflationäre Gebrauch des Traumabegriffs verwischt die Grenzen zwischen extremer Traumatisierung und Alltagskonflikten, wenn Unfall, "Mobbing und Arbeitslosigkeit neben den Holocaust und die Vergewaltigung gestellt werden". (Küchenhoff 2000) Derart werden traumatische Erfahrungen banalisiert, erhalten banale Konflikte den Stellenwert eines Traumas. Von einer solchen Gleichsetzung distanzieren sich Fachkreise, die über Erfahrungen im Umgang mit Opfern staatlicher Gewalt verfügen, in zunehmendem Maße.

Die nivellierenden Folgen der Diagnosekategorie PTSD

In gewisser Weise leistete die Einordnung des posttraumatischen Stresses, bzw. der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD), in die Diagnosekategorie "Angststörungen" im "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM IV) durch die American Psychiatric Association dieser Gleichsetzung Vorschub, denn während die Liste der Symptome lang und ausführlich ist, fallen die Bezüge auf das traumatische Ereignis äußerst vage aus. Auch die Reaktionen des Subjekts werden ausschließlich an einer unvollständigen Reihe von Symptomen festgemacht.

Wie David Becker 1997 ausführt, ist *"diese mangelnde Differenzierung nicht nur falsch, sondern in Bezug auf verschiedene Aspekte sogar gefährlich."* Becker wendet ein, dass die gleichmacherische Definition des

Stresses die Täterschaft verleugne, sie konzeptionell zum Verschwinden bringe und damit ein Verständnis des Verhältnisses zwischen der Symptomatik und dem gesellschaftlichen Zusammenhang verhindere. Dies habe zur Folge, dass das Augenmerk sich nur noch auf die individuelle Pathologisierung der Opfer richte und damit Heilungschancen, z.B. durch Anklage und Verurteilung der Täter, außer Acht lasse. Rückfälle bei erneuter Konfrontation mit der Unterdrückungssituation seien die Folge. Auch könnten mit PTSD die langfristigen Folgen einer Traumatisierung nicht erfasst werden. *“Im Rahmen des PTSD ist das Trauma ein einmaliges Ereignis, das entsprechende Folgen nach sich zieht. Ein Verständnis der Akkumulation und der Prozesshaftigkeit einer traumatischen Erfahrung sowie des Wechselverhältnisses zwischen gesellschaftlichen Ursachen und individueller Reaktion wird nicht möglich.”* (Becker 1997)

Gleichermaßen kritisieren auch andere AutorInnen das eindimensionale Konzept des PTSD mit ähnlichen Argumenten (Summerfield 1997, Seibert 2000, Merk 2000).

Doch auch als Diagnose im medizinischen Sinne, als Begriff zur Kategorisierung der bei traumatisierten KlientInnen auftretenden Symptome, leistet PTSD nicht, was es leisten sollte. Zu ungenau und unzureichend in seiner Definition, erweist es sich nicht als Hilfestellung, Beobachtungen zu ordnen und eine Diagnose zu stellen. Im Gegenteil, bisweilen erscheint PTSD wie eine erfundene “Krankheit”, die manchmal nach diesem Muster verläuft, aber manchmal auch völlig anders. Die Symptome, die PTSD anführt, sind eben nicht die einzigen, die jenen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, begegnen. Auch die Medizinische Flüchtlingshilfe ist immer wieder mit der gesamten Bandbreite psychischer, somatischer und psychosomatischer Krankheitsbilder konfrontiert, ebenso wie mit Problemen im sozialen Umfeld der Betroffenen.

Zwischen den jeweiligen Ursachen eines Traumas und Ausmaß und Art der resultierenden Störungen bestehen - vermittelt über die individuelle Konstitution des Opfers und seines bzw. ihres sozialen Umfeldes - erhebliche Unterschiede. Diese Unterschiede muss eine angemessene Therapie anerkennen, aufgreifen und integrieren, um Wege aus dem Trauma aufzeigen zu können. Dies soll im Folgenden am Beispiel von Folteropfern erläutert werden.

Wer die Folter überlebt, kann nicht mehr heimisch werden in dieser Welt

Entgegen der landläufigen Meinung besteht das Ziel von Folter nicht darin, Geständnisse im Verhör zu erpressen, sondern die Persönlichkeit des gefolterten Menschen zu zerstören. Folter arbeitet mit wissenschaftlichen Methoden und zielt darauf ab, Menschen seelisch zu brechen. Amnesty international hat dies in den vergangenen 25 Jahren in zahlreichen Veröffentlichungen überzeugend dargelegt. (Fiechtner, Waldmann 1984; amnesty international 1984; Lipps 1984; Kaiser 1998; van der Veen-Wahabzada 2001)

“Politische Repression und Folter dienen der Absicherung von Herrschaft und zielen neben dem Individuum auch auf die Gesellschaft ab. Durch ‚Verwissenschaftlichung‘ und ‚Professionalisierung‘ im Zusammenwirken mit modernster Überwachungstechnologie entsteht ein Foltersystem, das das Individuum zerstört und in seine psychischen Strukturen eingreift. Der Einsatz subtiler psychologischer und körperlicher Foltermethoden und die daraus resultierende Regression machen es dem Gefolterten zunehmend unmöglich, die Zerstörung als von außen kommend wahrzunehmen. Die externe Realität zwingt sich in die Psyche des Opfers und beschädigt bzw. zerstört dessen psychische Strukturen, was zur Aufrechterhaltung des repressiven politischen Systems dient.” (Möller, Regner 1999)

Wer die Folter überlebt, wird zeitlebens in der Erinnerung auf das Erlebte zurückgeworfen. Die Folgen der Gewalt wirken weit über die Haft hinaus und beeinträchtigen oft das gesamte weitere Leben. Die Erfahrung von Gewalt und Ohnmacht hinterlässt im Überleben der Opfer Störungen sehr unterschiedlichen Ausmaßes und unterschiedlicher Ausprägung. Psychische Traumatisierungen haben neben psychosomatischen Beschwerden bei den betroffenen Personen häufig schwerste Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Anpassungsstörungen, Beziehungsstörungen, Angstzustände, Panikattacken, psychotische Zustände und Depressionen zur Folge, die eine selbständige Bewältigung des Alltags unmöglich machen. Die diagnostisch unter PTSD zusammengefassten posttraumatischen Belastungsstörungen stellen nur einen möglichen Ausschnitt der zahlreichen möglichen Folgen von Traumatisierung dar. Dies gilt in anderer, aber ähnlicher Weise auch für Traumatisierungen aufgrund von Krieg oder sexualisierter Misshandlung.

Psychosoziales Trauma - also Trauma, das aufgrund von politischen und sozialen Verhältnissen, von Krieg, Unterdrückung und speziell Folter zustande kommt - ist damit etwas ganz anderes als ein Trauma aufgrund eines Unfalls oder einer Naturkatastrophe. Bei einem psychosozialen Trauma handelt es sich um "man made disaster". Es bezieht sich immer auf die Individuen und die gesamte Gesellschaft, es hat Prozesscharakter, bleibt also nicht auf ein Einzelereignis beschränkt, und ist immer nur in Bezug auf einen spezifischen soziokulturellen Kontext zu verstehen. (Möller, Regner 1999; Friedrich 1999; Preitler 1999)

Das Trauma als Prozess

Verlässt eine Person ihre Heimat nicht freiwillig, so wirken die entstandenen Brüche und Verluste, Enttäuschungen und Traumata umso schmerzlicher. Die Flucht ist sowohl ein geografischer Wechsel und Bewegung, als auch und vor allem ein innerseelischer Bruch mit bisher Bekanntem. Dieser dauert lebenslang an. In der neuen Gesellschaft angekommen, geht der Prozess des Traumas weiter. Dieser wird u.a. durch die Ungewissheit über den Verbleib der zurückgebliebenen Familienmitglieder und Bekannten, durch negative Nachrichten aus der Heimat, durch die negativen Erfahrungen in Deutschland, durch die sozialrechtliche Lebenssituation fortgesetzt bzw. verschärft. (Aycha 2001)

Es scheint daher sinnvoll, das von Hans Keilson stammende Konzept der "sequentiellen Traumatisierung" zu verwenden. Dieses Konzept erfasst den Prozesscharakter, indem es verschiedene Sequenzen unterscheidet, z.B.: im Krieg, die Nachkriegssituation, der Friede, oder auch: Exil und Rückkehr. Sie dienen als Rahmen, mittels dessen man den aktuellen Stand der Traumaarbeit erfassen kann. So wird verständlich, weshalb in der Therapie von Flüchtlingen im Exil nicht allein die Konsequenzen des primären Traumas bearbeitet werden, nicht allein die Vergangenheit, sondern ebenso die Gegenwart als Bestandteil des traumatischen Prozesses Berücksichtigung findet.

Teil des Traumas ist also nicht nur z.B. die Vergewaltigung im Lager, sondern auch die Retraumatisierung durch aktuelle Ausgrenzung, Sondergesetze für Flüchtlinge, drohende Abschiebung, Wohnsituation, Arbeitseinschränkung etc. Auch die Symptome chronischer Angst, wie Passivität, Gefühle von Nutzlosigkeit und Abhängigkeit, können so bes-

ser verstanden werden. Behandlung ist dann auch nicht mehr nur eine ausschließliche psychotherapeutische Spezialaktivität, sondern umfasst ein breites interdisziplinäres Spektrum. (Keilson 1979)

Therapie mit Folteropfern - eine interdisziplinäre Aufgabe

Um der besonderen Situation von traumatisierten Flüchtlingen gerecht zu werden, kommen verschiedene Therapieansätze zur Anwendung. Starre Therapiemuster sind nicht geeignet. Nur durch eine Kombination unterschiedlicher Methoden, die flexibel angewendet werden, und eine variable Handhabung des therapeutischen Settings ist es möglich, den Teufelskreis traumatischer Belastungen im therapeutischen Prozess aufzubrechen.

Stets müssen jene Anteile aus dem allgemein anwendbaren Therapiespektrum ausgewählt, kombiniert und integriert werden - von Gesprächstherapie, über Verhaltenstherapie, psychosoziale Therapie, tiefenpsychologische Ansätze, bis hin zu Kunst- und Musiktherapie -, die den individuellen Umständen und Notwendigkeiten der KlientInnen entsprechen, abhängig vom aktuellen Status ihres Traumaprozesses und abhängig vom jeweiligen soziokulturellen Hintergrund. Bei Bedarf sollten zusätzlich Entspannungstechniken oder konzentrierte Bewegungstherapie zur Verfügung stehen.

Außer kognitiv-sprachlichen Therapiemethoden spielen in der Therapie von Folteropfern auch nonverbale Methoden eine wichtige Rolle. Sie ermöglichen die Annäherung an das "Unaussprechliche" und fördern die Wiederaneignung der eigenen Biographie. Jenseits dessen, können diese Therapieformen dazu beitragen, blockierte Energien über eine Mobilisierung vorhandener Potentiale freizusetzen. Dieses kann einen positiven Einfluss auf den Verarbeitungsprozess, die sogenannte Traumaarbeit, haben. In speziellen Fällen kann auch der Einsatz von Psychopharmaka notwendig sein, um schwere Krisensituationen zu überwinden und die Therapiefähigkeit der KlientInnen wiederherzustellen.

Welche Strategie auch immer einer spezifischen Störung angemessen ist, sie muss mittelfristig dazu führen, das Erlebte als Bestandteil der eigenen Biographie zu akzeptieren, es aktiv in diese zu integrieren und das Erlittene langfristig in Form von Trauerarbeit zu durchdringen und seine Folgen zu überwinden.

Mehr noch als in anderen TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehungen ist bei der Arbeit mit Folteropfern die Schaffung eines intensiven Vertrauensverhältnisses zwischen TherapeutInnen und KlientInnen unverzichtbar. Dies wird entscheidend durch das Selbstverständnis der TherapeutInnen beeinflusst und erfordert eine positive Parteinahme hinsichtlich des Verfolgungsschicksals der KlientInnen. Zusätzlich wird der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses durch das äußere Bild der Institution geschaffen. Hierzu zählt neben den üblichen Faktoren auch die öffentliche Wahrnehmung der Behandlungseinrichtung als eine parteilich im Sinne von Menschenrechtsarbeit agierende Institution.

Der therapeutische Ansatz in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen liegt darin, das gesellschaftlich bedingte, aber stets individuell erlittene Leiden zu entprivatisieren: die traumatische Erfahrung wird aus ihrer gesellschaftlichen Verursachung im intersubjektiven Zusammenhang verstanden. Die Therapie verbindet daher die Rehabilitation der Einzelnen mit dem Versuch der Rehabilitation ihrer sozialen Welt - der Gemeinde im engeren Sinn, des zerrissenen Netzes der alltäglichen Beziehungen, aber auch der weiteren politischen und ökonomischen Verhältnisse. Dies setzt die Durcharbeitung des einzigartigen individuellen Schicksals im historischen Zusammenhang voraus, der selbst erst verständlich wird, wenn die Einzelnen die Gelegenheit erhalten, ihren Schmerz, ihre Verzweiflung, aber auch ihre Wut und ihren legitimen Anspruch auf Vergeltung des erlittenen Unrechts zu artikulieren.

Psychosoziale Therapie

Diese Einsicht ist eine Grundvoraussetzung, um psychosoziale Therapieformen erfolgreich zur Anwendung bringen zu können, denen im Rahmen der Traumatherapie eine außergewöhnliche Bedeutung zukommt. Für das Verständnis der Rolle psychosozialer Therapie ist es wichtig, "psychosozial" als Methode und nicht allein als Ziel im Sinne psychosozialer Rehabilitation zu verstehen, d.h. als spezifische methodische Annäherung an die Lösung der vorhandenen Probleme. Darüber hinaus ist der psychosoziale Ansatz als Verpflichtung anzunehmen: einerseits, um das Interesse auf den einzelnen Menschen in seiner oder ihrer subjektiven Lebensrealität lenken zu können, d.h. Gefühle und Bedürfnisse herauszufinden und deren im Laufe der individuellen Lebensgeschichte gewachsene Ausprägung zu verstehen; andererseits

aber auch immer das Interesse dem umgebenden soziokulturellen Kontext zuzuwenden, d.h. stets die spezifischen ökonomischen, kulturellen, politischen Bedingungen mit in Betracht zu ziehen. In diesem Sinne sollte die Orientierung niemals allein psychologisch oder ausschließlich soziokulturell sein, sondern sie muss stets beides gleichzeitig im Auge haben.

Ferner ist "psychosoziale Therapie" als die Notwendigkeit zu verstehen, prozessorientiert zu arbeiten, sowohl in Bezug auf die Einzelperson, als auch in sozialer Hinsicht. Und "psychosozial" ist niemals im Sinne einer Defizittheorie zu verstehen, sondern setzt voraus, nach den vorhandenen Potentialen zu fragen und diese zu stärken.

Um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erreichen, verfolgt psychosoziale Therapie auch das Ziel, Perspektiven und Strategien für die soziale und berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung zusammen mit den KlientInnen und ihren sozialen Netzwerken zu entwickeln, ihnen Schritt für Schritt zu ermöglichen, die Kontrolle über den Alltag zurückzugewinnen und schließlich ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen zu können.

Diese Ziele psychosozialer Therapie müssen durch entsprechend ausgebildetes und erfahrenes Fachpersonal wie SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen durchgeführt werden, um retraumatisierende Faktoren im Alltag frühzeitig zu erkennen, diesen Entwicklungen soweit möglich entgegenwirken und auf diese Art eine erfolgreiche psychologische und soziale Rehabilitation sicherstellen zu können. Aus diesem Grund gehört es zur psychosozialen Therapie traumatisierter Flüchtlinge, einen sicheren Aufenthaltsstatus durchzusetzen, da nur in einer dauerhaft sicheren Umgebung eine langfristige Option zur Genesung wirklich besteht.

Auch die Herstellung von Kontakten zu in Deutschland lebenden MigrantInnengruppen aus dem Herkunftsland, einschließlich der Bereitstellung eines Angebots spezifischer soziokultureller Aktivitäten, kann eine maßgebliche Rolle spielen, wenn sie den KlientInnen bei der Überwindung einer möglichen sozialen Isolation hilft.

Zur Entlastung des alltäglichen Lebens, das zahlreiche Konfliktpunkte mit vielen den Flüchtlingen selbst unbekanntem bürokratischen Prozessen und Behörden beinhaltet, kann es notwendig sein, die

KlientInnen bei Besuchen von Verwaltungseinrichtungen, wie Ausländeramt, Arbeitsamt, Sozial-, Gesundheits- und Wohnungsamt, zu begleiten. Auch gehört es zu den Arbeitsaufgaben, die sozialarbeiterisch Geschulten im Rahmen der psychosozialen Therapie zukommen, Konflikte zu klären und Nachteile zu beseitigen, die sich aus strukturellem Rassismus gegenüber Flüchtlingen ebenso ergeben können, wie aus bestimmten Verhaltensauffälligkeiten der Traumatisierten selbst, die aus einer mehr oder minder starken Persönlichkeitsstörung resultieren können. Klärende Diskussionen mit RechtsanwältInnen, VermieterInnen, TeammitarbeiterInnen, ArbeitgeberInnen und anderen, denen unter Umständen eine spezielle Geduld und Rücksichtnahme während der Dauer der Therapie abverlangt werden muss, können notwendig sein und müssen von kompetenten SozialarbeiterInnen übernommen werden.

Bereitstellung gleichgeschlechtlicher TherapeutInnen

Da Folter das Ziel verfolgt, die menschliche Würde zu zerstören, gehört die Ausübung von sexualisierter Gewalt und Vergewaltigung zu den regulär und systematisch gegen Frauen wie Männer ausgeübten Foltermethoden. Aufgrund gesellschaftlicher Tabus zählt erlittene sexualisierte Gewalt zu den von Seiten der Opfer am schwersten auszusprechenden Verletzungen. Folglich ist die Bereitstellung gleichgeschlechtlicher TherapeutInnen eine essentielle Voraussetzung, damit die KlientInnen eine Chance erhalten, sich in der Therapie auch in diesem sensiblen Bereich zu öffnen und die damit verbundene spezifische Scham und die empfundene Schande überwinden zu können.

Interkulturelle Therapieansätze

Doch nicht nur dieser Ansatz unterscheidet die Therapie mit Opfern von Folter, Krieg oder Vergewaltigung erheblich von der Therapie mit aus anderen Gründen traumatisierten KlientInnen. Auch die Herkunft von Flüchtlingen muss bei der Auswahl der Therapiemethoden spezielle Berücksichtigung finden.

Ein interkultureller Therapieansatz erschöpft sich nicht alleine in der notwendigen sprachlichen Kompetenz der TherapeutInnen. Auch eine Vertrautheit mit kulturellen Gewohnheiten sowie den sozialen und poli-

tischen Verhältnissen im Herkunftsland ist erforderlich. So erreichen z.B. zahlreiche Flüchtlinge die Bundesrepublik, die aus Ländern stammen, in denen der kulturelle Umgang mit psychischen Schwierigkeiten oder Erkrankungen nicht in Form einer Individualtherapie geregelt ist. In diesem Verständnis soll in der Regel nicht die Person an ihre Umwelt angepasst werden, sondern das erschütterte Verhältnis zwischen Individuum und sozialer Umwelt wird rituell, mittels Symboliken, wiederhergestellt. Hierzu gehört die Wiederherstellung der verlorenen Ehre (z.B. durch Rache) ebenso, wie religiöse Kulthandlungen. Individuelle Psychotherapie als Methode der Heilung ist jedoch in zahlreichen Kulturen weitgehend unbekannt. Nur mit einem hohen Maß an interkultureller Kompetenz kann es daher gelingen, einen entsprechenden therapeutischen Zugang aufzubauen. (Preitler 1999)

Traumatherapie mit Flüchtlingen - eine Aufgabe für Spezialeinrichtungen

Die Maßnahmen einer Therapie mit Opfern und Überlebenden von schweren Traumatisierungen müssen daher speziell auf diese Personengruppe zugeschnitten sein. Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein therapeutisches Konzept erforderlich, das folgenden Punkten Rechnung trägt:

- Art und Geschichte des Traumas
- persönlicher, politischer, kultureller und sprachlicher Hintergrund des Opfers
- Biographie im Herkunftsland
- Biographie im Exil, in Deutschland
- Beziehungsgefüge zwischen Individuum und sozialen Netzwerken (familiäre Situation, Bekanntenkreis)
- ökonomische und berufliche Situation des Opfers

Einrichtungen, die über das nötige Spezialwissen, die unerlässliche interkulturelle Kompetenz und die erforderliche Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen verfügen, sind im gesamten Bundesgebiet Mangelware und können nicht durch das bestehende Gesundheitssystem ersetzt werden. In NRW existieren nur drei Zentren (in Köln, Much und Düsseldorf), die in unterschiedlichem Ausmaß Hilfe für Folteropfer

anbieten können, sowie einzelne TherapeutInnen, die sich - wie innerhalb der Medizinischen Flüchtlingshilfe - auf die Therapie von Folteropfern spezialisiert haben. All diese Zentren, in NRW und darüber hinaus, sind hoffnungslos überlaufen und weisen lange Wartelisten auf. Allein die Warteliste der Medizinischen Flüchtlingshilfe umfasst derzeit ca. 45 Personen, ohne dass die Therapiemöglichkeit bisher öffentlich angekündigt wurde.

Internationalen Statistiken zufolge finden sich unter den in Deutschland Schutz und Asyl suchenden Flüchtlingen und Asylbewerbern zwischen 5 und 30% Überlebende von Folter, insbesondere von sexualisierter Folter, Misshandlung, Verfolgung, Vertreibung und zum Teil schwerwiegender Traumatisierung aus Kriegs- und Krisengebieten. Vor diesem Hintergrund entspricht die Anzahl der zur Verfügung stehenden ExpertInnen nicht annähernd dem notwendigen Bedarf.

Literatur

- amnesty international* 1984: Gegen Folter - Ein Bericht zur Kampagne gegen die Folter
- Aycha, A.* 2001: Behandlungsmöglichkeiten traumatisierter Flüchtlinge, in: Asylpraxis, Schriftenreihe des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, Band 7
- Becker, D.* 1997: Prüfstempel PTSD - Einwände gegen das herrschende ‚Trauma‘-Konzept, in: medico international Schnelle Eingreiftruppe Seele
- Fiechtner, U., Waldmann, U.* 1984: Am Rande - Fragmente über die Folter, Schriften für amnesty international 7
- Friedrich, V.* 1999: Die Überwältigung der Sinne durch das Foltertrauma, in: B. Möller et al.: Politische Traumatisierung: Verfolgung, Erzwungene Migration und Möglichkeiten therapeutischer Hilfe, in: Zeitschrift für politische Psychologie, Jg. 7, Nr. 1+2
- Kaiser, G.* 1998: Folter und Mißhandlungen in Europa, in: G. Köhne: Die Zukunft der Menschenrechte - 50 Jahre UN-Erklärung: Bilanz eines Aufbruchs

- Keilson, H.* 1979: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden
- Küchenhoff, J.* 2000: Trauma Gewalt und kollektives Gedächtnis, *Psyche-Sonderheft* 9/10
- Lipps, E.* 1984: Psychologie der Folter, in: amnesty international Campaign Against Torture, CAT-Infopaket II 12.1
- Merk, U.* 2000: Psychosoziale Arbeit nach Krieg und Diktatur. Tagungsunterlagen 21.06.2000, medico international
- Möller, B., Regner, F.* 1999: Die Verschränkung von äußerer und innerer Realität bei politischer Verfolgung und Folter, in: *Zeitschrift für politische Psychologie*, Jg. 7, Nr. 1+2
- Preitler, B.* 1999: Psychotherapie mit Folterüberlebenden im europäischen Exil, in: B. Möller et al.: Politische Traumatisierung: Verfolgung, Erzwungene Migration und Möglichkeiten therapeutischer Hilfe, in: *Zeitschrift für politische Psychologie*, Jg. 7, Nr. 1+2
- Seibert, T.* 2000: Die Gewalt überleben, in: *ak - analyse & kritik*, Nr. 441
- Summerfield, D.* 1997: Das Hilfsbusiness mit dem ‚Trauma‘, in: medico international Schnelle Eingreiftruppe Seele
- van der Veen-Wahabzada, A.* 2001: Kampagne gegen die Folter. Aus der Arbeit von amnesty international, in: *Jahrbuch Menschenrechte* 2001

Katastrophale Folgen

Gutachten über (traumatisierte) Asylbewerber

Hans Wolfgang Gierlichs

Viele Menschen, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen, wurden zuvor misshandelt und gequält, verloren ihre Heimat und ihre Angehörigen. Sie haben schreckliche Erfahrungen gemacht. Wenn sie hier im Asylverfahren geltend machen, an den Folgen dieser Traumatisierungen zu leiden, wird dies häufig nicht anerkannt und als unglaubwürdig dargestellt.

Ihnen droht damit die Abschiebung in ihr Ursprungsland, das heißt die Rückkehr an den Ort der erlittenen Torturen. Sie erleben dies häufig als erneute extreme Bedrohung. Manchen gelingt es, Hilfe bei Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfern, bei Beratungsstellen oder PsychotherapeutInnen zu finden. Sie werden dort betreut. Gegebenenfalls wird eine fachärztliche oder psychologische Begutachtung veranlasst. Behörden und Gerichte erklären in vielen Fällen diese fachärztlichen / psychologischen Gutachten für unzureichend oder einseitig und lassen erneute Gutachten erstellen, meist durch Amtsärzte / Polizeiarzte. Diese Gutachten zeigen häufig deutliche fachliche und auch ethische Mängel. Warum ist das so?

Psychische Folgen von Traumatisierungen

Die psychischen Folgen von Traumatisierungen sind den Gutachtern oft nicht ausreichend bekannt. Schwere Traumatisierungen wie Folter, Misshandlungen, Vertreibung und Miterleben der Ermordung naher Angehöriger hinterlassen häufig keine sichtbaren körperlichen Spuren, aber immer schwere seelische Verletzungen, die je nach psychischer Stabilität unterschiedlich heilen und das weitere Leben der Opfer mehr

* Nachdruck eines Artikel aus der Zeitschrift Dr. med. Mabuse, Heft 132, Juli/August 2001.

Das demnächst erscheinende Heft 139 dieser Zeitschrift wird als Schwerpunkt das Thema Trauma haben. Zu bestellen ist diese beim Mabuse-Verlag, Kasseler Str. 1a, 60486 Frankfurt am Main. www.mabuse-verlag.de

oder weniger beeinträchtigen. Sie führen zu einer Flut überschwemmender unerträglicher Affekte, die unser Gehirn und unsere Seele massiv überfordern und gegen die sich unser Gehirn mit einigen Mechanismen zu schützen versucht, indem es die Verarbeitung der Eindrücke teilweise blockiert. Viele kennen dieses „Abschalten“ aus der Erinnerung an Autounfälle oder andere umschriebene Traumata. Die Erinnerung ist zerfetzt, Sinneseindrücke sind getrennt, Szenen ohne Ton, wie in Zeitlupe. Menschen laufen wie betäubt herum, stehen „unter Schock“, spüren kaum Schmerzen.

Diese Veränderungen der Wahrnehmung können als ein Versuch verstanden werden, sich vor dem vollen Miterleben des Grauens zu schützen. Sie klingen häufig spontan wieder ab. Bei stärkerem Gewalterleben mit ausgeprägter Hilflosigkeit und Todesangst kommt es bei bis zu 50 % der Opfer zu bleibenden Veränderungen: Die Menschen sind alarmiert und überwacht mit Unruhe, Schlafstörungen, vegetativer Übererregbarkeit und entsprechenden körperlichen Störungen. Die bruchstückhaft gespeicherten Bilder und schrecklichen Gefühle brechen bei geringen Auslösern wie Geräuschen, Gerüchen oder Tönen als „flashbacks“ oder Intrusionen, quälende Zustände des Zurückfallens in die traumatischen Szenen in das Leben der Opfer ein. Im Vergleich zu Erinnerungen fehlt die Distanz, die Qual ist wieder gegenwärtig. Um dem zu entrinnen, versuchen viele Opfer, alle auslösenden Situationen zu meiden. Sie ziehen sich zurück und vereinsamen, ihre sozialen Kontakte brechen ab.

Andere schaffen es, ein oberflächlich unauffälliges Leben zu führen. Sie wirken erst bei näherem Hinsehen leer und maskenhaft, sie haben sich betäubt. Manche wirken sehr aktiv, tatkräftig, ihr Mut scheint unüberlegt, ohne Vorsicht. Viele tendieren dazu, sich selbst zu schädigen. Je nach ihrer psychischen Stabilität scheinen einige von ihnen mit den traumatischen Erfahrungen ganz gut zurecht zu kommen. Man muss schon genauer hinschauen, um ihre Verletzungen zu erkennen.

Erst bei längerem Kontakt wird deutlich, dass sie verzweifelt versuchen, sich als Teil einer verstehbaren, Sinn gebenden Welt, aus der sie herausgefallen waren, wiederzufinden und erneut Halt, Hoffnung und Kontinuität zu erreichen. Nach „sozialen“ Traumata, also Misshandlungen durch andere Menschen, sind die Opfer in ihrem Erleben oft besonders beeinträchtigt. Sie sind misstrauisch, ihr Glaube an soziale Hilfe ist nachhaltig gestört. Durch das Erleiden demütigender

Qualen fühlen sie sich wertlos und beschämt, die Regeln der Kultur, aus der sie kommen, verstärken häufig diese Gefühle und führen zu Isolierung. Dies gilt besonders für Frauen, die vergewaltigt wurden. Häufig sind grundlegende Gefühle von Sicherheit im sozialen Bezug zerstört. Kontakt zu andern Menschen bedeutet für die Opfer dann Unruhe, Stress, Angst, Orientierungslosigkeit. In einem fremden Land mit einer unverständlichen Sprache fühlen sie sich besonders unsicher.

Gutachter kennen das Krankheitsbild nicht ausreichend

Sie treffen hier auf ärztlich-psychiatrische oder psychologische Gutachter, die oft nicht ausreichend mit ihrer psychischen Situation, ihrer „Störung“, vertraut sind.

Die Folgen von Traumatisierungen wurden in den USA nach dem Korea- und dem Vietnamkrieg schon seit längerem recht gut untersucht und in dem Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zusammengefasst, das bei all seinen Schwächen einigermaßen praktikabel ist. In Deutschland wurde das Thema Trauma spät aufgegriffen. Das Krankheitsbild der PTSD wurde erst in den letzten 10 bis 15 Jahren allmählich bekannter. Es war (und ist auch heute noch) in der Regel nicht Teil der Fachausbildung zum Psychiater, es wird auch an vielen psychotherapeutischen Ausbildungsstätten nicht oder nur oberflächlich gelehrt.

Viele vor allem ältere Gutachter kennen also dieses Krankheitsbild nicht oder nicht ausreichend. Sie begegnen in ihren Untersuchungen Menschen, die einerseits dumpf und fühllos wirken und andererseits wenig Reizschutz haben, für die schon die Untersuchung selbst eine unerträgliche Situation von Auslieferung sein kann, die sie in Angst und Unruhe versetzt und alte Wunden aufreißt. Sie treffen auf Störungen der Erinnerung, auf Fragmente traumatischer Szenen, auf einen Wechsel völliger Erinnerungsblockaden und Überflutungen. Sie verstehen nicht, dass ihnen Menschen gegenüber sitzen, die oft in einer anderen inneren Welt leben, für die Wahrnehmung und Kommunikation ein Problem ist, bei denen die Vergangenheit immer wieder in die Gegenwart einbricht. Sie wundern sich über die fehlenden Worte, weil sie die Studien nicht kennen, in denen festgestellt wurde, dass bei traumatischem Stress besonders das Sprachzentrum unterdrückt wird. Sie sind befremdet über die inkongruenten Erinnerungsabläufe und die Wechsel von

Teilnahmslosigkeit und Angst, weil sie die psychobiologischen Veränderungen nicht kennen, die nach schweren Traumatisierungen im Gehirn auftreten.

Begegnung löst starke eigene Gefühle aus

Die Begegnung mit Traumatisierten löst in den meisten Menschen starke eigene Gefühle aus, die häufig zu Abwehr führen. Traumatisierung ist auch gesellschaftlich tabuisiert. Die Begegnung mit den Gefühlen des Grauens und der existentiellen Bedrohung, die Traumatisierte, oft nur ganz unterschwellig, ausstrahlen, löst Schrecken, Schuldgefühle und Angst aus, Gefühle, mit denen wir nichts zu tun haben wollen. Das Verhalten von Traumatisierten erscheint manchmal seltsam, befremdlich, sie strahlen etwas aus, was bedrohlich sein kann und die dunklen Seiten menschlicher Existenz, die wir alle in uns tragen, anklingen lässt.

Die Abwehr, die hieraus resultiert, beeinflusst oft die Beurteilung erheblich. Sie kann es fördern, dass sich Gutachter in sichere Distanz und Skepsis zurückziehen. Sie kann andererseits dazu führen, dass behandelnde Ärzte oder Psychologen spontan und tief betroffenen Atteste ausstellen, die engagiert, aber unzureichend sind und die Abwehr der Gutachter nur verstärken. Gutachter brauchen daher Selbstreflexion, Sachkenntnis und ethische Sicherheit, häufig auch Supervision, um den Belastungen ihrer Arbeit gewachsen zu sein

Politische Situation der Abschottung

Die Begutachtung von Asylbewerbern geschieht in einem gespannten politisch-gesellschaftlichen Raum. Die Gutachter arbeiten in einer politischen Situation deutlicher Abschottung gegenüber nicht „nützlichen“ Fremden und sichtbarer Aushöhlung der Asylgrundsätze, auch unter Rot-Grün. Die Asylsuchenden werden meist erst begutachtet, wenn ihren Angaben nicht geglaubt wird, wenn ihre Anträge abgelehnt werden und die Frage der Abschiebung im Raum steht. In der Regel werden dann beamtete Ärzte als Gutachter eingesetzt, die in Gesundheitsämtern oder wie z.B. in Berlin als Polizeiärztinnen und -ärzte arbeiten. Diese Gutachter werden in einer Situation tätig, in der politisch die Abschiebung gewollt ist. Sie fühlen sich häufig unter einem mehr oder

weniger großen Druck ihrer Arbeitgeber. Eigene politische Überzeugungen und Vorbehalte fließen in die Begutachtungen ein. Oft sind auch die ihnen vorgelegten Fragestellungen (bewusst?) unklar oder verkürzt. Bei eventuell traumatisierten Personen wird oft nicht danach gefragt, ob Hilfe zur Gesundung nötig ist, sondern es wird Hilfestellung bei der Abschiebung verlangt.

So wurde früher häufig nach „Suizidalität“ gefragt. Dies bedeutete, Stellung zu der Frage zu nehmen, ob während des erzwungenen Transportes die Gefahr der Selbsttötung bestehen könnte und wie groß das Risiko sei. Da viele Ärzte trotz des oben beschriebenen Druckes nicht bereit waren, dieses Risiko bei den so offensichtlich verzweifelten zu begutachtenden Menschen auszuschließen, wurde die Fragestellung in „Reisefähigkeit“ geändert, ein völlig sinnloser Auftrag in einer Zeit, in der selbst Intensivpatienten mit Flugzeugen transportiert werden. Tatsächlich wiederholt diese „Fragestellung“ den alten Auftrag, zu klären, ob die abzuschiebende Person ohne größeres Risiko, „Ärger“ zu bekommen, in ihr Ursprungsland transportiert werden kann. Sie interessiert sich nicht für das Wohl des Flüchtlings.

Der deutsche Ärztetag hat 1999 eine Entschließung verabschiedet, in der es heißt: „Ausstellung einer ‚Reisefähigkeitsbescheinigung‘ unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse wie z.B. Traumatisierungen sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.“ Dennoch werden diese Bescheinigungen weiter ausgestellt.

Katastrophale Folgen für die Asylbewerber

Die Mängel in der Begutachtung haben oft katastrophale Folgen für die Asylbewerber. So wurde im Herbst 2000 der Aachener Friedenspreisträger und Sprecher des Wanderkirchenasyls NRW, Herr H. C., in die Türkei abgeschoben, nachdem ihm in einem amtsärztlichen Gutachten bescheinigt worden war, nicht traumatisiert zu sein. Der Gutachter bescheinigte einerseits „Reisefähigkeit“ und bestritt (ohne einen so weitgehenden Gutachtenauftrag zu haben) bei Herrn C., dem mehrere Fachärzte attestiert hatten, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu leiden, das Vorliegen dieser Störung. Proteste verhallten, Herr C. musste Deutschland verlassen. Dies veranlasste uns, eine

Gruppe überwiegend Aachener Psychotherapeuten, das Abschiebe-Gutachten zu untersuchen. Wir fanden übereinstimmend gravierende ethische und fachliche Mängel.

Wir formulierten notwendige Schritte, um diese Situation zu ändern:

- Es müssen eindeutige und bindende Richtlinien für die Begutachtung von eventuell traumatisierten Asylbewerbern erstellt werden. Solche Richtlinien sind u.a. von der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern, aber auch von anderen Stellen bereits in guter Qualität angedacht worden. Sie müssen Form und Inhalt der Gutachten, die Dauer der Begutachtung, die Anwesenheit von DolmetscherInnen etc. regeln. Sie müssen die fachlichen Voraussetzungen der GutachterInnen beschreiben, z. B. eine ausreichende psychotherapeutische Ausbildung und laufende psychotherapeutische Tätigkeit sowie ausreichende Selbsterfahrung.
- Gutachter müssen verstärkt fortgebildet werden, sowohl bezüglich ihrer Kenntnisse des Krankheitsbildes als auch bezüglich ihrer psychischen Belastung. Dies ist eine Aufgabe der Ärzte-(und später Psychologen)kammern, gemeinsam mit den Fachgesellschaften, den Behandlungszentren für Folteropfer und anderen Fortbildungszentren.
- Die Ärzte-(und später auch die Psychologen)kammern müssen immer wieder die ethischen Standards wie die Pflicht zu Unabhängigkeit und Sorgfalt bei ärztlicher oder psychologischer Arbeit einfordern.

In einem Aufruf, Aachener Appell genannt, forderten wir als erste Maßnahme bindende Gutachten-Richtlinien und erinnerten an die Pflicht zu ärztlicher Eigenständigkeit. Der Aufruf wird bisher von vielen hundert KollegInnen unterstützt, unter ihnen Vorstände großer Ausbildungsinstitute, universitärer und klinischer Einrichtungen sowie Fachgesellschaften wie BDP und der DGPT. Auch der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer unterstützt ihn. Aus dem Unterstützerkreis hat sich eine Projektgruppe entwickelt, die Gutachten-Richtlinien zusammenfasst und mit Behörden wie dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in Nürnberg diskutiert sowie über die Akademien der Landesärztekammern Fortbildungsmaßnahmen initiiert. Um unsere Ziele zu erreichen, brauchen wir weiterhin Unterstützung.

Schirmherrschaft:
Priv. Doz. Dr. Phil. Thea Bauriedl
Prof. Dr. Horst Eberhard Richter

Aachener Appell

zur Bedeutung ärztlicher Gutachten für die Abschiebep Praxis von Flüchtlingen

Im Herbst 2000 wurde der Aachener Friedenspreisträger, Herr H. C., in die Türkei abgeschoben. Er war in einem amtsärztlichen Gutachten für reisefähig erklärt worden, obwohl psychiatrische Fachärzte ihm zuvor bescheinigt hatten, psychisch gefährdet und traumatisiert zu sein. Wir haben als Psychoanalytiker- und PsychotherapeutInnen, die über lange Erfahrung in ihrem Beruf verfügen, das Gutachten untersucht. Es stellte sich als fachlich und ethisch unzureichend heraus.

Aus Sorge über eine Zunahme ärztlicher Gutachten, in denen Abschiebungen von Personen befürwortet werden, die zuvor von unabhängigen qualifizierten Vorgutachtern als gefährdet/traumatisiert bezeichnet wurden und nach Rücksprache mit KollegInnen in ganz Deutschland, die ähnliche Erfahrungen mit berufsethisch kaum hinnehmbaren Gutachten gemacht haben, streben wir eine Verbesserung der Begutachtung von evtl. traumatisierten Migranten/Flüchtlingen an. Es erscheint uns wichtig, gerade in Deutschland daran zu erinnern, dass Ärzte zu Unabhängigkeit und Sorgfalt verpflichtet sind und sich der Tendenz, politischen Wünschen entgegenzukommen, frühzeitig und eindeutig entziehen müssen.

Wir wollen zunächst bindende Gutachter-Richtlinien durchsetzen.

Um uns offensiv gegen Fehlentwicklungen wenden zu können, bitten wir Sie um Unterstützung: Teilen sie uns Ihren Namen und Titel, e-Mail-Adresse mit.

Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs, Arzt für Innere und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Hahner Str. 29, 52076 Aachen, Tel. (+49) 02408 5585 oder 5589 privat, Fax 02408 959375, E-Mail hwgierlichs@t-online.de

Dr. med. Helga Spranger, Ärztin f. Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapt. Medizin, Strande

Dr. phil. Bernd Radtke, Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, Lehranalytiker am Alfred Adler Institut Aachen-Köln

Dr. med. Rainer Schmidt, Arzt für Inneren Medizin und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker, Ehrenvorsitzender und Lehranalytiker am Alfred Adler Institut Aachen-Köln

Thomas Auchter, Dipl. Psych, Psychoanalytiker, Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft Köln-Düsseldorf

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

Dr. Angelika Birck

Zusammenfassung

In Deutschland dürfen Flüchtlinge nicht in ihr Herkunftsland abgeschoben werden, wenn dort eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und Leben besteht. Vor diesem Hintergrund untersuchten in Berlin niedergelassene Mediziner und Psychologen sowie solche, die für den Polizeiärztlichen Dienst (PÄD) und damit im Auftrag des Innenministeriums tätig sind, den Gesundheitszustand von Flüchtlingen. Die Studie vergleicht die Ergebnisse dieser verschiedenen medizinischen und psychologischen Stellungnahmen für 26 Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina. Die Ergebnisse der Untersuchungen unterscheiden sich erheblich. Die Argumentationen, die zu den gravierenden Unterschieden zwischen PÄD und niedergelassenen Diagnostikern führen, werden inhaltsanalytisch beschrieben und Konsequenzen dargestellt.

1. Ausgangslage

Menschen, die aus Kriegsgebieten flüchten, haben oft in ihren Heimatländern mehrere traumatische Ereignisse erlebt. Durch die Flucht haben sie weitere Verluste erfahren, das Sich-Niederlassen in Deutschland ist in der Regel durch zusätzliche hohe Belastungen (unsicherer Aufenthalt, Arbeitsverbot, Kulturwechsel etc.) gekennzeichnet. Diese Lebensereignisse bilden einen hohen Risikofaktor für das Auftreten gesundheitlicher Störungen.

* Die Autorin ist Psychologin und Mitarbeiterin im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.

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

Danksagung: Die Studie wurde finanziert vom Hamburger Institut für Sozialforschung. Für die Einsicht in anonymisierte medizinische und psychologische Stellungnahmen danke ich Frau RA Ellen Aplitz.

In Berlin gibt es verschiedene Organisationen und niedergelassene Ärzte und Psychologen, an die sich Flüchtlinge mit gesundheitlichen Problemen wenden können. Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina und oft auch andere Flüchtlinge, deren Asylanträge abgelehnt worden sind, haben dabei den aufenthaltsrechtlichen Status einer Duldung, damit können sie jederzeit abgeschoben werden. Allerdings ist nach AuslG §53 Abs. 6 und §55 Abs. 2 von einer Abschiebung abzusehen, wenn für den Ausländer im anderen Staat eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht¹. Die Gefahr für Leib und Leben wird dabei von Medizinern und Psychologen beurteilt. In Berlin geschieht das einerseits durch Mitarbeiter des Polizeiärztlichen Dienstes (dem Innensenat unterstellt), andererseits durch niedergelassene Fachkollegen.

Es zeigte sich, dass die Ergebnisse der polizeiärztlichen Untersuchung fast immer erheblich von jenen niedergelassener Diagnostiker abwichen. Zur Beschreibung und Erklärung dieser Unterschiede wurden Stellungnahmen von polizeiärztlichen Mitarbeitern und von niedergelassenen Fachkollegen bezüglich struktureller und inhaltlicher Merkmale analytisch verglichen.

2. Datenmaterial und Stichprobe

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 1999 wurden von der Autorin mit der Hilfe von Rechtsanwälten, denen die untersuchten Personen Akteneinsicht gewährt hatten, polizeiärztliche Atteste und Stellungnahmen von niedergelassenen Fachkollegen gesammelt. In allen Stellungnahmen waren Namen von Personen, Orten und Datumsangaben unkenntlich gemacht, ausgenommen von den Schwärzungen waren Geburtsjahr, staatliche und/oder ethnische Zugehörigkeit und die Datumsangaben der Untersuchungen für die zeitliche Zuordnung von Stellungnahmen. Alle erhaltenen Stellungnahmen wurden in die Analyse miteinbezogen, sofern sich die Untersuchungen polizeiärztlicher und niedergelassener Diagnostiker auf denselben Zeitraum von maximal sechs Monaten bezogen. Atteste, die mehr als 6 Monate vor der polizeiärztlichen Untersuchung erstellt worden waren, wurden nur in jenen Ausschnitten berücksichtigt, auf die in späteren Folgeattesten desselben Kliniklers ausdrücklich verwiesen wurde (z.B. traumatische Vorgeschichte). Dieser relativ grobe Zeitrahmen wurde zugelassen, da bei den zu erwartenden posttraumatischen Störungen ein

hohes Chronifizierungsrisiko besteht und eine geringe Häufigkeit von Spontanremissionen zu erwarten ist². Die überwiegende Zahl der verglichenen Stellungnahmen bezogen sich indes auf Untersuchungen, die im Zeitraum von 1-2 Monaten stattgefunden hatten.

Es lagen insgesamt für 26 Personen Stellungnahmen des Polizeiärztlichen Dienstes und von niedergelassenen Fachkollegen vor. Alle Atteste wurden in die Untersuchung einbezogen, es waren im einzelnen 24 polizeiärztliche Atteste (2 für 1 Person, 1 für 3 Personen, 1 für 2 Personen) und 47 Stellungnahmen von niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten (davon 5 Folgeatteste vom ersten Diagnostiker). Unter den 26 Personen waren 13 Männer und 13 Frauen. 25 Personen kamen aus Bosnien-Herzegowina, davon waren ihrer ethnischen Zugehörigkeit nach 23 bosnische Muslime, eine Kroatin und eine Mazedonierin. Eine Person war Kurde aus der Türkei. Die Personen waren durchschnittlich 42 Jahre alt (SD 14,9; Min. 18, Max. 75). Weitere demographische Angaben zu den Personen waren aus Gründen des Datenschutzes nicht zugänglich. In 14 Stellungnahmen von niedergelassenen Klinikern, aber in keinem Attest des Polizeiärztlichen Dienstes wurde auf das Vorliegen einer Entbindung von der Schweigepflicht hingewiesen.

3. Fragestellung und Methode der Datenanalyse

Ziel war ein Vergleich der Stellungnahmen des Polizeiärztlichen Dienstes und jenen von niedergelassenen Diagnostikern bezüglich folgender Kriterien: Umfang der anamnestisch erhobenen Vorgeschichte (Maßeinheit: Anzahl der Zeilen), Berücksichtigung traumatischer Ereignisse, Beschwerden, klinische Diagnose, Kriterien der Diagnosestellung, Behandlungsbedarf, Reisefähigkeit, verwendete Argumentationslinien.

In einem ersten Auswertungsschritt wurde das Material einzelfallorientiert analysiert. Dazu wurden alle Stellungnahmen, die für eine Person bezüglich des beschriebenen Zeitraums vorlagen, entsprechend der tabellarischen Methode qualitativer Datenanalyse geordnet und analysiert³. Bei Personen, für die von einem Diagnostiker mehrere Stellungnahmen (Folgeatteste) vorhanden waren, wurden Inhalte desselben Diagnostikers immer nur einmal berücksichtigt, d.h. Wiederholungen wurden nicht doppelt ausgewertet. Ziel der Einzelfallanalysen war der direkte perso-

nenbezogene Vergleich zwischen den Ergebnissen verschiedener Stellungnahmen. In einem weiteren Analyseschritt wurden die einzelnen inhaltlichen und formalen Kriterien personenübergreifend gegenübergestellt⁴. Die Methode erlaubte durch die systematische Integration von Einzelfallergebnissen in einen personenübergreifenden Vergleich eine Modifikation, Differenzierung und Verallgemeinerung der Ergebnisse und führt so zu einer differenzierten qualitativen Beschreibung von Inhalten und Strukturen der verschiedenen Stellungnahmen. Die Ergebnisse der vergleichenden Analyse zeigten deutliche Unterschiede in den Argumentationslinien der verschiedenen Stellungnahmen. Alle Argumentationen wurden personenübergreifend gesammelt und nach der inhaltsanalytischen Technik der Strukturierung weiter ausgewertet⁵. Dabei wurden Typen von Argumentationsmustern gebildet.

4. Ergebnisse

4.1 Vorgeschichte und traumatische Erlebnisse

In polizeiärztlichen Attesten wurde die Vorgeschichte des Untersuchten im Durchschnitt mit 5,6 Zeilen beschrieben (Min. keine Angaben zur Vorgeschichte, Max. 14 Zeilen), dabei wurden traumatische Ereignisse in 16 Attesten für 17 Personen berücksichtigt und in 8 Attesten für 9 Personen nicht berücksichtigt (d.h. traumatische Ereignisse wurden in 66% der Atteste und für 65% der untersuchten Personen angegeben).

In den Stellungnahmen von niedergelassenen Fachkollegen nahm die Vorgeschichte durchschnittlich Raum von 10,8 Zeilen (Min. 1 Zeile, Max. 52 Zeilen) ein. Dabei wurden traumatische Ereignisse in 32 Stellungnahmen (71%) für 25 Personen (96%) berücksichtigt, in 13 Stellungnahmen für 12 Personen nicht berücksichtigt. Nur bei einer Person lag keine Stellungnahme eines niedergelassenen Arztes oder Psychologen vor, in der traumatische Erlebnisse der zu untersuchenden Person zur Sprache kamen. 2 Folgeatteste ohne diesbezüglichen Neuerungswert wurden nicht ausgewertet.

4.2 Beschwerden und Diagnosestellung

In den polizeiärztlichen Attesten wurde bei 7 Personen (27%) auf das Vorliegen von Beschwerden verwiesen (dabei wurden durchschnittlich

2,4 verschiedene Symptome genannt), für 19 Personen (73%) wurden Beschwerden verneint. Bei 18 Personen (69%) wurde das Vorliegen einer klinischen Diagnose verneint, für 8 Personen (31%) wurden klinische Diagnosen gestellt (viermal Befindlichkeitsstörungen, je einmal Depression, posttraumatische Belastungsstörung, psychische Traumatisierung mit psychosomatischen Beschwerden, chronische Krankheitsbilder). Bei keiner dieser acht gestellten Diagnosen wurde auf internationale Klassifikationen verwiesen⁶. Zwei polizeiärztliche Diagnosen verwendeten eine Terminologie, die analog zu jener in internationalen Klassifikationssystemen war (Depression, posttraumatische Belastungsstörung; 25%), bei 6 Diagnosen (75%) entsprach die Terminologie nicht internationalen Gepflogenheiten und war daher in ihrer Bedeutung unklar (Befindlichkeitsstörungen, psychische Traumatisierung mit psychosomatischen Beschwerden, chronische Krankheitsbilder).

Im Gegensatz dazu gingen 38 Stellungnahmen niedergelassener Diagnostiker (81%) für 26 Personen auf Beschwerden ein, im Durchschnitt wurden 8,1 verschiedene Symptome genannt. In 7 Stellungnahmen (19%) wurden keine Beschwerden genannt. In allen 47 Stellungnahmen der niedergelassenen Mediziner, Psychologen und Psychotherapeuten für 26 Personen wurde eine klinische Störung diagnostiziert. Dabei handelte es sich in 34 Attesten für 24 Personen um eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), in 3 Attesten für 3 Personen um eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung bzw. eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, in 19 Attesten für 17 Personen um Depression. In je einer Stellungnahme niedergelassener Diagnostiker für je eine Person fanden sich folgende Diagnosen: generalisierte Angststörung, paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, Psychosis reactiva (posttraumatisch), posttraumatisch reaktive Psychose, Kriegspsychose, Herzneurose, Ulcus duodeni, Ulcus ventriculi, Diabetes mellitus, cerebrovaskuläre Insuffizienz, chronische Lungenerkrankung. 16 (34%) der insgesamt 47 untersuchten Stellungnahmen niedergelassener Diagnostiker verwiesen explizit auf internationale Klassifikationssysteme zur Beschreibung von Störungen (ICD-10, DSM-IV), in 28 Stellungnahmen (55%) wurde eine Terminologie verwendet, die ICD-10 oder DSM-IV entspricht, fünfmal (11%) war die Terminologie der Diagnose unüblich und ihre Bedeutung unklar (Kriegspsychose, posttraumatisch reaktive Psychose, Psychosis reactiva (posttraumatisch), Herzneurose, chronische Lungenerkrankung).

4.3 Behandlungsbedarf und Reisefähigkeit

In den polizeiärztlichen Attesten für 26 Personen wurde das Vorliegen eines Behandlungsbedarfes für 5 Personen (19%) bejaht, für 9 Personen (35%) verneint, bei 12 Personen (46%) wurden bei fehlender klinischen Diagnose dazu keine dezidierten Angaben gemacht. Für 25 Personen (96%) wurde die Reisefähigkeit bejaht, für eine Person verneint. Dagegen wurde in 41 Stellungnahmen (87%) von niedergelassenen Fachkollegen für 26 Personen (100%) ein Behandlungsbedarf festgestellt, in 6 Stellungnahmen (13%) fehlen (bei Vorliegen einer klinischen Diagnose) dazu explizite Angaben. Die Reisefähigkeit wurde in 26 Stellungnahmen für 15 Personen (58%) explizit verneint, in den restlichen Fällen wurden zur Reisefähigkeit keine Angaben gemacht.

4.4 Hinweise zum Sprachverständnis

Insgesamt lassen sich in nur sehr wenigen Stellungnahmen Hinweise auf das Zustandekommen eines Sprachverständnisses zwischen den zu untersuchenden fremdsprachigen Personen und den Diagnostikern finden. In keinem polizeiärztlichen Attest finden sich dazu Angaben. Hinweise enthält das Anschreiben des Landeseinwohneramtes Berlin, in dem Betroffene aufgefordert werden, sich zur polizeiärztlichen Untersuchung zu begeben. Darin heißt es: „Wir bitten Sie, zur Untersuchung eine sprachkundige Person mitzubringen, sofern Sie selbst der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind.“ Dagegen geht aus den Stellungnahmen von niedergelassenen Diagnostikern hervor, dass 17x der Kliniker die Muttersprache des zu Untersuchenden sprach, 11x übersetzten professionelle Dolmetscher, 19x fanden sich keine Angaben zum Sprachverständnis, häufig bei Institutionen, von denen bekannt ist, dass sie grundsätzlich mit professionellen Dolmetschern arbeiten.

Zusammenfassung des Vergleichs:

	Polizeiärztlicher Dienst (Anzahl der Personen, N=26)	Niedergelassene Diagnostiker (Anzahl der Personen, N=26)
Traumatische Ereignisse erwähnt	17	25
Klinische Diagnose	8	26
Behandlungsbedarf	5 ja 9 nein 3 fehlende Angaben, keine Diagnose gestellt	26 ja
Reisefähigkeit	25 ja 1 nein	15 nein 11 fehlende Angaben

4.5 Argumentationslinien des polizeiärztlichen Dienstes

1. Beschwerden werden nicht als krankheitswertig erkannt.
 - Beschwerden, die in Stellungnahmen von Fachkollegen dargestellt werden, werden nicht beschrieben. In der klinischen Diagnostik ist mit zufälligen Differenzen in verschiedenen Untersuchungen zu rechnen. Gegen ein zufälliges Zustandekommen der beobachteten Unterschiede spricht die Tatsache, dass die Inhalte der Stellungnahmen zwischen niedergelassenen Diagnostikern untereinander deutlich besser übereinstimmen als mit jenen des polizeiärztlichen Dienstes.
 - Vermeidungssymptome werden als Zeichen von Besserung bzw. als Begründung für das Fehlen einer krankheitswertigen Störung verwendet. Diese Argumentation ist fachlich unhaltbar, da Symptome der Vermeidung neben Intrusion und Übererregung als krankheitswertige Symptome im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben werden (DSM-IV, ICD-10).
 - Einer bestehenden Symptomatik wird die Erheblichkeit abgesprochen und deshalb keine krankheitswertige Störung diagnostiziert. Eine Unterscheidung zwischen Gesundheitsstörung ohne Erheblichkeit einerseits und Krankheit andererseits ist vom fachlichen Standpunkt aus unsinnig. ICD-10 und DSM-IV legen die Kriterien krankheitswertiger Gesundheitsstörungen eindeutig fest. Wenn alle für die Diagnose einer Störung verlangten Kriterien vorliegen, kann die Vergabe der Diagnose nicht mit dem Argument mangelnder Erheblichkeit vorenthalten werden.
 - Symptome werden als „Befindlichkeitsstörungen“ (ohne Krankheitswert) bezeichnet. Auf internationale Gepflogenheiten der Diagnostik (Klassifikationssysteme) wird verzichtet. Die Verwendung des unklaren und nicht weiter explizierten Terminus „Befindlichkeitsstörungen“ zur Bezeichnung von klinischen Beeinträchtigungen verhindert zwangsläufig einen fachlichen Austausch über den Beeinträchtigungsgrad durch diese Störung, über ihren Verlauf und die weitere Prognose.
 - Willkürlich ausgewählte Symptome werden als typische Zeichen von Störungen nach dem Erleben traumatischer Ereignisse bezeichnet. Diese Symptome stimmen nicht mit jenen überein, die nach internationalen Forschungsergebnissen häufig als Folge traumatischer Erlebnisse auftreten. Anerkannte posttraumatische Symptome (intru-

sives Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung) oder zahlreiche andere Krankheitsbilder, die bei Überlebenden von Krieg, Gefangenschaft und Folter gehäuft vorkommen, z.B. dissoziative Störungen, Angsterkrankungen und depressive Störungen, Schmerzen und andere somatoforme Störungen, kognitive Störungen, sozialer Rückzug u.a. werden nicht berücksichtigt⁷. Beim Fehlen von willkürlich ausgewählten Symptomen, die in keinem zu erwartenden Zusammenhang stehen mit jenen Störungsbildern, die bei Opfern und Zeugen extremer Gewalt häufig sind, wird das Vorliegen einer posttraumatischen oder anderer krankheitswertigen psychiatrischen Störung verneint.

- Die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen traumatischem Erleben einerseits und Symptomatik andererseits wird dezidiert verneint. Damit bleiben wissenschaftliche Erkenntnisse, die eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Erleiden traumatischer Ereignisse und der Entwicklung psychischer und psychiatrischer Störungen, insbesondere posttraumatischer Störungen, aufzeigen, unberücksichtigt.

BSP 1, fast wortgleich bei BSP 21: „*Es liegt keine psychiatrische Erkrankung von Erheblichkeit (Anm: Hervorhebung im Original) vor, das Bestehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird wegen des Fehlens der Erheblichkeit psychopathologischer Befunde verneint. Beide Frauen wurden in ihrem Lebenswillen trotz äußerst leidvoller Widerfahrnisse nicht soweit gebrochen, dass sie diesen verloren hätten oder gänzlich lebensuntüchtig wurden. Die Einwirkungen durch Wahrnehmungen aus dem Bürgerkriegsgeschehen führten nicht zu einem völligen Darniederliegen jeglichen Lebenswillens, auch nicht zu schwerer Zerrüttung des psychischen Zustandsbildes mit anhaltenden, stark hervortretenden Psychopathologica, wie z.B. Angst, Stupor, Mutismus, Abulie, tage- u. wochenlange Nahrungsverweigerung, psychotische Erlebnisse, Realitätsverkennung usw. Beide bekunden, dass sie ihre alltagspraktischen Verrichtungen selbst bewältigen können, selbst wenn leidvolle Erinnerungsbilder aus ihrem Herkunftsland immer wieder in ihren Bewusstseinshorizont eintreten.*“

BSP 3: „*Im Vordergrund der zweifellos vorhandenen psychischer Störungen steht die Reaktion auf enttäuschte Erwartungen (Frustration). Eine Traumatisierung mit Krankheitswert durch Kriegseinwirkungen konnte nicht erkannt werden.*“

BSP 23: „Frau X bekundete, dass es ihr bereits schon gelinge, die Kriegserinnerungsbilder zu vergessen, dann fühle sie sich hinreichend gut, nur bei ihrer Wiedererinnerung fühle sie sich leidvoll tangiert. Es ist sicherlich richtig und zutreffend, dass Frau X leidvolle Wahrnehmungen des Bürgerkrieges erfahren musste. Summiert man indessen die hier geklagten Beschwerden und berücksichtigt ihren aktuellen Psychostatus, kann vom Bestehen einer psychiatrischen Erkrankung mit erheblicher Krankheits-symptomatik nicht gesprochen werden. Es liegt also keine posttraumatische Störung vor. Die Mitteilungnahmen aus der Stellungnahme (eines niedergelassenen Arztes, Anm. A.B.) beschreiben leidvolle Erfahrungen mit Folgewirkungen eines Menschen im Kriege, aber keine schwere psychiatrische Erkrankung.“

2. Beschwerden werden entweder als Zeichen einer Persönlichkeitsstörung, die schon vor der Flucht bestand, oder aber als Resultat der ungünstigen sozialen Umstände im Fluchtland beschrieben. In beiden Fällen wird geleugnet, dass Symptome mit den traumatischen Erlebnissen im Heimatland in Verbindung stehen.

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. Störungen haben sich in der Argumentation des Polizeiärztlichen Dienstes nicht durch traumatische Ereignisse im Heimatland entwickelt, sondern erst durch die „Reflexion“ dieser Ereignisse in einer unsicheren sozialen Situation in Deutschland. Diese willkürliche Zuschreibung von möglichen Ursachen zu beobachteten Beschwerden führt in den polizeiärztlichen Attesten dazu, dass die Symptomursache der unsicheren sozialen und Aufenthaltssituation in Deutschland durch Rückführung ins Herkunftsland beseitigt werden soll. Es ist gemeinhin anerkannt, dass das Erleben oder Bezeugen traumatischer Ereignisse zu schweren psychischen Störungen führen kann. Internationale Erkenntnisse zeigen, dass posttraumatische Störungen sich nicht immer in unmittelbarem Anschluss an traumatische Ereignisse entwickeln, sondern manchmal ein verzögerter Krankheitsbeginn beobachtet werden kann, d.h. auch wenn sich Beschwerden erst nach einem symptomfreien Intervall in Deutschland gebildet haben, spricht das nicht gegen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10, DSM-IV).

BSP 3: „Eine psychotherapeutische Behandlung in Deutschland mit dem Ziel, die vorhandenen Persönlichkeitsstörungen so weit zu reduzieren, dass sie keine Einschränkungen der Lebensqualität mehr darstellen, ist kontraindiziert, denn dafür müssten die in Deutschland geltenden sozialen Standards verinnerlicht werden. Eine Rückkehr nach Bosnien wäre dann einer erneuten, sehr schweren (absehbaren!) Traumatisierung gleichzusetzen.“

BSP 7: „Durch die Wahrnehmung traumatisierender Vorkommnisse während des Kriegsgeschehens entwickelte sie hier bei der Reflexion der Ereignisse eine psychotische Reaktion mit (...) zweimaligem Versuch zu suizidaler Handlung.“

BSP10: „Man kann bei einer unvorbelasteten (so im Original, Anm. A.B.) Person davon ausgehen, dass sie in der Lage sein muss, den Tod einer ihr nahestehenden Person innerhalb einer kurzen Zeit angemessen zu verarbeiten. Die Versagung eines Visums und durch den (so im Original, Anm. A.B.) daraus ableitbaren Suizidversuch ist menschlich verständlich, berechtigt indessen nicht, der Begehrendenz unter erneuten Suiziddrohungen zu entsprechen, da außerhalb der Begehrendenz (Erhalt eines Visums und Fortdauer des Aufenthalts hier) keine Gemütsstörungen vorliegen.“

BSP 14: „Als Ergebnis der Untersuchung kann festgestellt werden, dass die psychischen und psychovegetativen Befindlichkeitsstörungen reaktiv verursacht sind und in der Unsicherheit des Aufenthaltsstatus und der sozialen Zukunft ihren Entstehungsgrund haben.“

BSP 16: „Es ist bemerkenswert, dass die psychischen Störungen zur vollen Ausbildung erst im Fluchtland, also an einem Aufenthaltsort gekommen sind, wo die Betroffene nicht durch traumatisierende Wahrnehmungen beeindrückt und wiedererinnert wurde, sie indessen Schutz und allgemeine Lebenssicherheit durch hochrangige Grundgesetzgarantien genoss. Der Verbleib im Fluchtland stellt also nicht ausschließlich und allein die Gewähr für einen verbesserten Gesundheitsstatus dar.“

3. Falls Menschen irgendwie in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen, wird das als Zeichen hinreichender Gesundheit bewertet.

Dabei wird insbesondere auf praktische Verrichtungen des Alltags im Haushalt (Körperhygiene, Ernährung) bezug genommen. Andere

Lebensbereiche, die zur Beurteilung von Gesundheit oder Krankheit bedeutsam sind (vgl. DSM-IV 5. Achse: Globale Erfassung des Funktionsniveaus), werden nicht angesprochen. Gesundheit mit der Fähigkeit zur Befriedigung basaler Lebensbedürfnisse gleichzusetzen und das Vorliegen von krankheitswertigen Störungen mit dem Verweis auf eben diese noch bestehenden Fähigkeiten zu verneinen, kommt einer krassen Reduzierung des Mensch-Seins gleich und entspricht weder jenen Standards, anhand derer die Gesundheit oder Krankheit üblicherweise bei deutschen Patienten eingeschätzt wird noch internationalen Gepflogenheiten ⁸.

BSP 1 (gleicher Text bei BSP 21): *„Beide Frauen wurden in ihrem Lebenswillen trotz äußerst leidvoller Widerfahrnisse nicht soweit gebrochen, dass sie diesen verloren hätten oder gänzlich lebensuntüchtig wurden.“*

BSP 21: *„Die Frauen bekundeten, dass sie befähigt seien, ihre alltagspraktischen Verrichtungen selbst bewältigen zu können, selbst wenn leidvolle Erinnerungsbilder aus ihrem Herkunftsland immer wieder in ihren Bewusstseinshorizont eintreten.“*

4. Werden das Vorliegen von Beschwerden oder die Krankheitswertigkeit von Störungen nicht verneint, wird argumentiert, diese Beschwerden könnten auch im Herkunftsland adäquat behandelt werden.

Im Anschluss daran wird häufig festgestellt, eine Behandlung der Störungen sei vorzugsweise medikamentös zu erfolgen. Der Verzicht auf psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei psychischen und psychiatrischen Störungen entspricht dabei insbesondere für Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung nicht der heute üblichen Behandlungspraxis. Untersuchungen haben sowohl bei Patienten mit unterschiedlichen Traumatisierungen als auch der speziellen Population bosnischer Kriegsflüchtlinge bewiesen, dass psychotherapeutische Behandlung bei posttraumatischen Störungen ebenso effektiv ist wie pharmakologische Methoden ⁹.

BSP 5: *„Eine Weiterbehandlung des bedrückenden Allgemeinbefindens durch die eingetretene soziale Lage lässt sich mit den Mitteln der ambulanten Medizin (Psychopharmakotherapie) auch im Herkunftsland realisieren.“*

BSP 7: *„Die Betroffene sollte sich mit den ärztlich verordneten Medikamenten versorgen und diese während der Reise und für die ersten Tage nach der Ankunft bei sich führen und nach Weisung des verordnenden Arztes einnehmen.“*

BSP 21: *„Laut Auskunft des LEA (Landeseinwohneramt, Anm. A.B.) ist auch im Herkunftsland eine nervenärztliche Infrastruktur vorhanden, die imstande ist, auf die (...) Symptomatiken mit den Mitteln der Psychopharmakotherapie schneller, wirksamer und kostengünstiger einzugehen als mit der noch heute umstrittenen Methode der Psychotherapie.“*

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.

- Die Einschätzung der Auswirkungen einer Rückführung auf den Gesundheitszustand bezieht sich ausschließlich auf die Dauer der Rückreise ins Herkunftsland. Die Wahrscheinlichkeit weiterer nachfolgender Auswirkungen, die eine Rückführung ins Herkunftsland für den Gesundheitszustand des zu Untersuchenden haben kann, wird nicht berücksichtigt.
- Äußern zu Untersuchende, sie wollten, um der drohenden Abschiebung ins Herkunftsland zu entgehen, in ein anderes Fluchtland weiter wandern, wird diese Äußerung als zusätzliche Bestätigung der Reisefähigkeit bewertet. Dabei werden in der Beurteilung weder Ziel der Reise noch ihre weiteren Folgen berücksichtigt, als mache es keinen Unterschied, ob jemand in sein Herkunftsland abgeschoben wird oder ob er in ein anderes Land flüchten möchte.

BSP 7: *„Wir halten es für erforderlich, um suizidalen oder parasuizidalen Fehlhandlungen vorzubeugen, ihr am Abreisetag eine Sicherheitsbegleitung bis zum öffentlichen Verkehrsmittel hin zur Verfügung zu stellen, im Bedarfsfalle sogar diese Begleitung bis zur Ankunft im Herkunftsland mit auf den Weg zu geben.“*

BSP 10: *„Wir empfehlen, um nicht auszuschließende Überreaktionen beherrschbar zu machen und möglichen Schaden prophylaktisch abzuwenden, die Eröffnung und den Vollzug der Ausreiseverpflichtung in kurzen zeitlichen Abständen folgen zu lassen. Ferner die Abreise bei*

Sicherheitsbegleitung mindestens bis zum Startpunkt der Rückreise zu gewährleisten. Bei diesem fürsorglichen Mühewalten um das Wohl der Betroffenen ist die Flug- und Reisefähigkeit zu bejahen."

BSP 13: *„Er gab an, dass er die Absicht habe, nach Amerika auszuwandern (...). Der Wille, auswandern zu wollen, bezeugt die subjektive Feststellung der Flug- und Reisefähigkeit des Betroffenen selbst."*

BSP 14: *„Zwar liegen gesundheitliche Störungen vor, jedoch stehen diese nicht einer kurzen Flugreise von ca. 2,5 bis 3 Stunden Dauer entgegen."*

6. Traumatische Erlebnisse werden bagatellisiert.

- Traumatische Ereignisse werden auch dann, wenn Menschen direktes Opfer von Gewalt wurden, nicht als Erlebnisse dargestellt, sondern als „Wahrnehmungen“.
- Traumatische Ereignisse werden als kriegsübliche beschrieben, sie hätten nicht das durchschnittliche Maß dessen überstiegen, was eben alle Menschen im Krieg erlebt hätten. Die Ereignisse seien aufgrund des landesüblichen Ausmaßes an Gewalt im Einzelfall nicht traumatisch, weshalb bei individuellem Leiden nicht von Krankheit zu sprechen sei. Vom fachlichen Standpunkt aus ist es weder üblich noch gerechtfertigt, deshalb die potentiell pathogene Wirkung traumatischer Erlebnisse zu verneinen, weil viele Menschen von diesen Ereignissen betroffen sind (vgl. Studien zur Häufigkeit posttraumatischer Störungen in großen traumaspezifischen Populationen - z.B. Katastrophenopfer, Vietnam-Veteranen etc.).

BSP 15: *„Die Äußerungen zu den von Herrn X erlebten Bürgerkriegshandlungen entsprechen mit hoher Wahrscheinlichkeit gleichen oder ähnlichen Widerfahrnissen von gleichbetroffenen, wehrhaften Männern im Herkunftsland. Eine außerordentliche Traumatisierung liegt nicht vor."*

BSP 16: *„Frau X erlebte im Krieg durch eigene Wahrnehmung traumatisierende Ereignisse im Zuge ethnischer Säuberungen. Dieses Schicksal teilt sie mit vielen gleich betroffenen Landsleuten, die, soweit Angehörige des weiblichen Geschlechtes, oft auch vergewaltigt wurden. Sie selbst verneint, eine sexuelle Vergewaltigung bei sich erlitten zu haben." (Zur selben Frau schreibt eine niedergelassene Ärztin: „Frau X und viele ihrer Freundinnen wurden in ein Haus verschleppt, dort sollten sie vergewaltigt*

werden. Die Vergewaltiger waren alle maskiert, aber Frau X erkannte an den Stimmen frühere Freunde und Bekannte. Sie musste zuschauen, wie andere systematisch vergewaltigt wurden, eine nach der anderen sollte drankommen. In der Zeit griffen Männer das Haus an, in dem die Frauen gefangen waren. Im entstehenden Gefecht konnte Frau X durch ein offenes Fenster fliehen.“)

4.6 Argumentationslinien niedergelassener Diagnostiker

7. Es liegen Beschwerden vor, die zur Diagnose einer krankheitswertigen Gesundheitsstörung führen, die der Behandlung bedarf.

- Im Zusammenhang mit dem Erleben traumatischer Ereignisse wird eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung diagnostiziert. Dabei wird die Symptomatik nach dem allgemein anerkannten Forschungsstand (DSM-IV, ICD-10) als Folge von traumatischen Ereignissen bewertet.
- Eine andere krankheitswertige Störung liegt vor. Das Erleiden traumatischer Ereignisse erhöht das Risiko insgesamt, an einer psychischen oder psychiatrischen Störung zu erkranken. Daneben können andere nicht-psychiatrische schwere Erkrankungen vorliegen.

8. Eine adäquate Behandlung ist bei Abschiebung ins Herkunftsland nicht möglich.

- Je nach Erkrankung kann aus verschiedenen Gründen eine adäquate Behandlung im Herkunftsland im individuellen Einzelfall nicht zugänglich sein, etwa weil im Herkunftsland die finanziellen Mittel für Medikamente o.a. nicht aufgebracht werden können, weil kaum spezialisierte Behandlungseinrichtungen (oder Psychotherapeuten) zur Verfügung stehen etc.
- Je nach Störung können Gründe dafür vorliegen, warum der Abbruch einer im Zufluchtsland begonnenen Behandlung selbst dann zu einer möglichen Schädigung des Gesundheitszustandes des Betroffenen führt, wenn im Herkunftsland erneute Behandlung individuell verfügbar ist. So ist psychotherapeutische Behandlung nur im Rahmen einer sicheren, vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeuten und Patienten möglich. Besonders bei Störungsbildern, bei denen die

Fähigkeit, sich auf vertrauensvolle Beziehungen einzulassen, beeinträchtigt ist (z.B. PTBS), muss davon ausgegangen werden, dass der willkürliche Abbruch der therapeutischen Beziehung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Patienten führen kann.

BSP 1: „*Obne therapeutische Unterstützung (...) kommt es mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Zusammenbruch mühsam entstehender psychischer Schutzmechanismen und Ressourcen.*”

BSP 14: „*Eine Rück siedelung zum jetzigen Zeitpunkt macht eine regelmäßige Kontrolle und Behandlung der Erkrankungen unmöglich, es wären dadurch deutliche Verschlechterungen und möglicherweise lebensgefährdende Komplikationen zu erwarten.*”

BSP 20: „*Vor dem Hintergrund fehlender medizinischer und adäquater therapeutischer Versorgung in Bosnien muss Gefahr für Leib und Leben angenommen werden.*”

9. Der Betroffene ist aufgrund der Störung auf eine möglichst sichere und belastungsarme Umgebung angewiesen. Selbst minimale Belastungen können zu einer Verstärkung der Symptomatik führen.

- Die Unsicherheit über den Aufenthalt in Deutschland bedeutet eine Belastung, die den Heilungsprozess behindert. Stabilisierung und Reduktion der Symptomatik kann erst dann erwartet werden, wenn der Aufenthalt im Fluchtland langfristig gesichert wird.
- Angst vor der zwangsweisen Rückführung ins Herkunftsland ist als enorme Belastung zu bewerten und bedeutet daher ein Gesundheitsrisiko. Die große Nähe zu traumatisierenden Ereignissen im Herkunftsland, zu Orten von Gewaltverbrechen und zu Tätern bedeutet eine derart starke Belastung, dass von einer Reaktualisierung der traumatisierenden Ereignisse oder von einer Retraumatisierung mit einer Verstärkung der Symptomatik ausgegangen werden muss.

BSP 1: „*Die Suizidalität droht unter geringsten Belastungen zu kompensieren (dekompensieren? Anm. A.B.), drohende Abschiebung stellt eine höchste Gefährdung dar. Bei Rückführung ist die Reaktivierung traumatischer Erlebnisse wahrscheinlich, es besteht die Gefahr einer völligen Dekompensation mit Gefahr für Leib und Leben. Die Unsicherheit über den Aufenthalt behindert den Stabilisierungs- und Heilungsprozesses.*”

BSP 13: „Bei Rückkehr im derzeitigen Zustand der Erkrankung ist von der Gefahr einer Reaktualisierung der traumatisierenden Erlebnisse (Retraumatisierungsgefahr) auszugehen. Herr X ist auf vertrauensvolle und stützende Betreuung dringendst angewiesen, diese Möglichkeit ist in Berlin (...) gegeben. Die Unterbringung in der Nähe von Vertrauenspersonen ist wichtig, da es in seiner instabilen psychischen Verfassung zu plötzlich auftretenden Krisen kommen kann, die stabilisierende Wirkung der sicheren Umgebung ist ein bedeutender Faktor im Heilungsprozess.“

BSP 21: „Nachdem Familie X die Aufforderung erhalten hatte, sich beim Amtsarzt vorzustellen, verschlechterte sich ihr Zustand dramatisch. Die amtsärztliche Untersuchung ließ alle drei psychisch dekompensieren. Akute Suizidalität konnte nur durch direkte Kriseninterventionen gebannt werden. Die amtsärztliche Untersuchung führte bei Familie X zu einer Retraumatisierung, die den bisherigen Behandlungserfolg zunichte gemacht hat. Kollektiver Suizid wurde nur durch den unverhältnismäßig großen Aufwand der Behandler verhindert.“

Übersicht über Anzahl der Argumentationen:

Argumentationslinie	Polizeiärztl. Dienst: (24 Atteste)	Niedergelassene : (45 Atteste)
1. Beschwerden sind nicht krankheitswertig.	14	0
2. Symptome hängen nicht mit traumatischen Erlebnissen zusammen.	11	0
3. Rudimentäre Alltagsbewältigung ist Zeichen hinreichender Gesundheit.	3	0
4. Beschwerden können im Herkunftsland adäquat behandelt werden.	5	0
5. Isolierte Fragestellung der Flug- und Reisefähigkeit.	6	0
6. Traumatische Erlebnisse werden bagatellisiert.	6	0
7. Diagnose einer krankheitswertigen Störung mit (kontinuierlichem) Behandlungsbedarf.	1	45
8. Adäquate Behandlung ist im Herkunftsland nicht möglich.	1	14 (für 10 Personen)
9. Sicherheit als Voraussetzung für Genesung, Symptomeinbrüche bei Belastungen wahrscheinlich.	1	25 (für 15 Personen)
10. Rückführung bedeutet erheblichen Nachteil für noch minderjährige Kinder.	0	2 (für 2 Personen)

10. Rückführung bedeutet erheblichen Nachteil für die noch minderjährigen Kinder des/der Betroffenen.

BSP 11: „Frau X hat Angst vor ihrem geschiedenen Mann (Serbe), der gedroht hat, den jetzt 12jährigen Sohn, welcher ihr gerichtlich zugesprochen wurde, bei einer Rückkehr nach Hause, also in die serbische Republik Bosniens, ihr wegzunehmen, wozu er aufgrund einflussreicher Freunde sehr wohl in der Lage sei.“

BSP 16: „Auch beide Kinder sind behandlungsbedürftig und leiden unter schweren Angstzuständen.“

Alle Stellungnahmen wurden nach der Häufigkeit der beschriebenen Argumentationslinien untersucht und sind im folgenden dargestellt (2 Folge-Stellungnahmen niedergelassener Diagnostiker wurden aufgrund des Fehlens neuer Argumente nicht berücksichtigt):

5. Diskussion

Bei diagnostischen Untersuchungen von geduldeten Flüchtlingen kamen niedergelassene Mediziner und Psychologen und Fachkollegen des Polizeiarztlichen Dienstes zu gravierend unterschiedlichen Ergebnissen. Die Darstellung der individuellen Vorgeschichte war in Stellungnahmen des Polizeiarztlichen Dienstes nicht nur deutlich kürzer als in jenen niedergelassener Kollegen, auch wurden traumatische Ereignisse seltener erwähnt. In den polizeiarztlichen Attesten wurde bei weniger Personen auf eine deutlich geringere Anzahl von Beschwerden verwiesen, und nur bei einem geringen Prozentsatz der untersuchten Personen wurden klinische Störungen diagnostiziert. Dagegen nahm die Beschreibung von Beschwerden in Stellungnahmen niedergelassener Fachkollegen einen deutlich größeren Raum ein. Außerdem wurde in jeder Stellungnahme niedergelassener Diagnostiker das Vorliegen einer klinischen Störung festgestellt, dabei dominierten posttraumatische Störungen.

Diese Unterschiede sind so gravierend, dass sie durch die Abweichungen im Bereich der Schweigepflichtsentbindungen nicht hinreichend erklärt werden können. Ausgehend von der Annahme, dass polizeiarztliche Diagnostiker seltener als niedergelassenen Fachkollegen von der Schweigepflicht entbunden sind, ist zwar ein Unterschied in der

Ausführlichkeit der Anamnese und in der Beschreibung von Beschwerden und Diagnosen zu erwarten, das Ergebnis der Untersuchung (Vorliegen von Traumatisierung bzw. Reisefähigkeit, Behandlungsbedarf, drohende Gefahr für Leib und Leben im Falle einer Abschiebung) ist davon aber nicht betroffen. Die Argumente, die zur Begründung des Untersuchungsergebnisses verwendet werden, werden von der Schweigepflicht ebenfalls nicht berührt. Eine fehlende Schweigepflichtsentbindung kann nicht erklären, warum selbst in jenen polizeiärztlichen Attesten, in denen sowohl traumatische Ereignisse als auch Beschwerden beschrieben wurden, diese nicht in einen Zusammenhang gebracht wurden: In polizeiärztlichen Attesten wurden nicht nur dann keine posttraumatischen Störungen diagnostiziert, wenn entweder keine traumatischen Ereignisse oder keine Beschwerden festgestellt wurden, sondern entsprechende Diagnosen fehlen sogar dann, wenn sowohl traumatische Ereignisse als auch typische Beschwerden beschrieben wurden.

Klinische Diagnosen von niedergelassenen Medizinern und Psychologen entsprachen deutlich häufiger internationalen Qualitätsstandards als jene, die vom Polizeiärztlichen Dienst gestellt wurden. Die wenigen Diagnosen des Polizeiärztlichen Dienstes waren durch das Fehlen üblicher klinischer Termini und durch einen Verzicht auf Standardisierung (ICD-10, DSM-IV) gekennzeichnet. Klinische Diagnosestellung nach internationaler Klassifikation macht durch die einheitliche Terminologie die inhaltliche Bedeutung der festgestellten Störung explizit und stellt damit eine von Fachkollegen geteilte Kommunikationsbasis dar. Dadurch werden Beschwerden, ihre Stärke und zeitliche Dauer, Prognosen und empfohlene therapeutische Maßnahmen transparent. Darüber hinaus berücksichtigen die Klassifikationssysteme einen allgemein anerkannten Forschungsstand zu einzelnen Störungen. Werden Störungen in einer nicht üblichen Terminologie beschrieben, bleibt unklar, welche Symptome die Störung kennzeichnen und damit auch, auf welchen Beobachtungen das Ergebnis des diagnostischen Prozesses beruht. Es können außerdem kaum Aussagen über Behandlungsbedarf und Prognosen gestellt werden. Diese Ungenauigkeit und Unbestimmtheit, die in Diagnosen des Polizeiärztlichen Dienstes häufig ist, macht ein Nachvollziehen klinischer Merkmale unmöglich und behindert den fachlichen Austausch über die Schlussfolgerungen, die aus der Diagnose gezogen werden.

Die geringe Güte der klinischen Diagnosen des Polizeiärztlichen Dienstes kommt zusätzlich darin zum Ausdruck, dass nach unseren Ergebnissen das sprachliche Verständnis zwischen Diagnostiker und zu Untersuchendem in der polizeiärztlichen Untersuchung deutlich beeinträchtigt war. Dabei bildet ein gutes Sprachverständnis die Voraussetzung für jede diagnostische Tätigkeit. Es ist nicht nachzuvollziehen, wie klinische Aussagen über Personen getroffen werden können, mit denen im Rahmen der Untersuchung eine sprachliche Verständigung kaum möglich ist, umso mehr, wenn psychische Störungen im Vordergrund stehen, bei denen der körperliche Befund in der Regel von untergeordneter Bedeutung ist. Klinische Diagnostik muss, um zu zuverlässigen Ergebnissen zu führen, in einer Sprache stattfinden, in der sich die zu untersuchende Person möglichst mühelos verständigen kann, bestenfalls in der Muttersprache. Sprachvermittlung im klinischen Kontext muss daher durch professionelle Dolmetscher geschehen. Angehörige oder Bekannte der zu untersuchenden Personen eignen sich aus Gründen der hohen Anforderungen an die Qualität der Übersetzung, wegen der zu erwartenden stark belastenden und/oder tabuisierten Inhalte, aufgrund von Schweigeverpflichtungen u.a. nicht für die Sprachvermittlung. Es kann nicht erwartet werden, dass die zu untersuchenden Personen im allgemeinen selbst in der Lage sind, die Bedeutung eines professionellen Dolmetschers für die klinische Untersuchung richtig einzuschätzen und dementsprechend einen professionellen Sprachvermittler zu engagieren und zu bezahlen. Die gängige Praxis, wonach Flüchtlinge selbst für die Sprachvermittlung im Rahmen der polizeiärztlichen Untersuchung sorgen müssen, beeinträchtigt daher in bedeutendem Umfang die Qualität der getroffenen klinischen Diagnosen und macht die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen nicht zuverlässig.

Die Analyse der Argumentationslinien trug wesentlich zur Klärung der systematischen Unterschiede zwischen Attesten des Polizeiärztlichen Dienstes und jenen von niedergelassenen Fachkollegen bei. Insgesamt waren die Argumentationen von niedergelassenen Diagnostikern in sich stärker konsistent und weniger widersprüchlich als jene des Polizeiärztlichen Dienstes, die Argumentationen niedergelassener Diagnostiker ließen sich aus einem fachlichen medizinisch-psychologischen Verständnis heraus gut nachvollziehen. Das Hauptargument der niedergelassenen Mediziner und Psychologen war dabei die festgestellte klinische Störung, aus der sich ein häufig kontinuierlicher Behandlungsbedarf ergab, der einer Abschiebung entgegenstand.

Dagegen waren 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, gleichzeitig scheint in diesem politischen Kontext die Vernachlässigung internationaler klinisch-diagnostischer Standards sinnvoll. Damit waren die Mitarbeiter des Polizeiärztlichen Dienstes offenbar nicht vorrangig medizinisch oder psychologisch tätig, denn sie entfernten sich sowohl von medizinischen und psychologischen Kriterien als auch von einer wohlwollenden Haltung. Stattdessen erfüllten sie offenbar fachfremde Aufgaben und wurden so ihrem diagnostischen Auftrag nicht gerecht. Die beobachtete polizeiärztliche Argumentationsstruktur kennzeichnete sich durch eine Verleugnung des Vorliegens und/oder der pathogenen Bedeutung traumatischer Erlebnisse und durch eine Verneinung des Vorliegens klinischer Diagnosen. Innerhalb dieser Argumentationsstruktur wurde folgende Hierarchie von Argumenten beobachtet:

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

Auf alle Fälle (mit einer Ausnahme) stand 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 bei einer Frau, die in Berlin vergewaltigt wurde und die Täter anzeigte). Ansonsten wird von einer Abschiebung entsprechend der Argumente des Polizeiärztlichen Dienstes aus Gründen der Gefährdung von Leib und Leben 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

- 1 Deutsches Ausländerrecht. 12., Aufl., Stand: 1. November 1997. München: Beck-Texte, Deutscher Taschenbuch Verlag, 1997
- 2 *Zlotnick C, Warshaw M, Shea T, Allsworth J, Pearlstein T, Keller M.* Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress* 1999; 12(1): 89-100
McFarlane A. The longitudinal course of Trauma. *Bailliere's Clinical Psychiatry* 1996; 2: 353-370
Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1994; 182: 85-90
- 3 In Anlehnung an die „Checklist Matrix“ nach Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook.* London: Sage Publications, 1994:105-107
- 4 Die Cross-Case-Analyse orientierte sich an der „Case-ordered descriptive meta matrix“ nach Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook.* London: Sage Publications, 1994: 187-193
- 5 *Mayring P.* *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim: Deutscher Studienverlag, 5. Aufl., 1995: 76-77
- 6 *Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.)* Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. (ICD-10). Amtliche deutschsprachige Ausgabe. Bern: Hans Huber, 1995
Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Dt. Bearbeitung von H Saß, HU Wittchen, M Zaudig. Göttingen: Hogrefe, 1996

- 7 *Goldfeld A, Mollica R, Pesavento B, Faraone S.* (1988): The physical and psychological sequelae of torture. *Journal of the American Medical Association* 1988; 259(18): 2725-2729
- Herman J L.* Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5(3): 377-391
- 8 *World health Organization:* Definition of Health. Online.
www.who.int/aboutwho/en/definition.html vom 13.1.2000.
- 9 *Drożdżek B.* Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: Three years later. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997; 185: 690-694
- Ebbinghaus R, Bauer M, Priebe S.* Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1996; 64: 433-443



Ärztliche Pressestelle der Ärztekammer Niedersachsen

Hannover, den 15. August 2002

Hy/Sm

P R E S S E - I N F O R M A T I O N

Ärzttekammer Niedersachsen will ärztlich begleitete Abschiebung einer siebenköpfigen Familie in die Türkei nicht hinnehmen

Hannover (äpn)- Die von der Ausländerbehörde des Landkreises Northeim (Süd-niedersachsen) betriebene ärztlich begleitete Abschiebung einer siebenköpfigen Familie lässt sich nach Auffassung der Ärztekammer Niedersachsen nicht mit den ethischen Grundsätzen des Arztberufes vereinbaren. Die Standesorganisation der rund 33.000 niedersächsischen Ärztinnen und Ärzte sieht in der ärztlich begleiteten Ausreise die Gefahr, dass trotz medizinisch nachgewiesener Reiseunfähigkeit der Eltern der Arztberuf zum Vollzugsinstrument eines zumindest zweifelhaften Abschiebeverfahrens wird. Die der Behörde vorliegenden internistischen und psychiatrisch-neurologischen Befunde, die auch eine Suizidgefährdung der Frau nicht ausschließen, verbietet aus medizinischer Sicht den Vollzug der für den 22. August terminierten Ausreiseverfügung. Erschwerend komme hinzu, dass nach Angaben von ärztlichen Hilfsorganisationen die gesundheitliche Versorgung in der Türkei für Angehörige von Minderheiten - die betroffene Northeimer Familie ist arabisch-stämmig - völlig ungesichert ist. Mit einer Verschlimmerung des Krankheitszustandes sei in jedem Falle zu rechnen.

Die Ärztekammer Niedersachsen stützt ihr ablehnendes Votum des Abschiebungsbegehrens einschließlich der ärztlichen Begleitung auf einen Beschluss des Deutschen Ärztetages, wonach es heißt: „Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser

Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer Reisefähigkeitsbescheinigung unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse, wie z. B. in Behandlung stehende Traumatisierungen, sind mit denen in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.“ Nach diesen Grundsätzen übt „der Arzt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind, oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“

Dem Vernehmen nach ist der Fall der Northeimer Familie die erste behördlich angeordnete ärztliche Begleitung einer zwangsweisen Ausreise in Niedersachsen überhaupt. Sollte sich auf freiwilliger Basis kein Arzt oder keine Ärztin für die Reisebegleitung bereit finden, wäre die Behörde allerdings berechtigt, Mediziner vor allem aus dem Bereich des öffentlichen Dienstes für diese Aufgabe zu rekrutieren.

ÄPN 14/2002_

XENION

Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte

Roscherstr. 2a

10629 Berlin

Tel: 323 29 3

Fax: 324 85 75

e-mail:xenion@bln.netdiscounter.de

Offener Brief

Gerichtsverhandlung wegen Widerstands gegen Vollstreckungsbeamte gegen Mitarbeiter der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte XENION

Zur Erinnerung:

Am 24.11.2000 drang ein Einsatzkommando der Polizei auf der Suchen nach einem kurdischen Flüchtling in die Behandlungseinrichtung für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer XENION in Berlin ein. Der junge Mann war auf dem Weg zu seinem Behandlungstermin in einer Fahrausweiskontrolle wegen seines abgelaufenen Aufenthalts aufgefallen und entzog sich der angedrohten Übergabe an die Polizei durch Flucht. Er kam trotz seiner Befürchtung, dass man ihm folgen könnte in die Einrichtung. Die Polizei folgte dann tatsächlich den Angaben der sichergestellten Terminvereinbarung und drang trotz mehrfacher Warnung von Seiten der Mitarbeiter mit gezogenen Dienstwaffen in die Therapieeinrichtung ein. Der junge Mann stürzte in panischer Flucht vor der Festnahme zur Abschiebung aus einem Fenster des dritten Stocks der Einrichtung und verletzte sich lebensgefährlich.

Tatsächlich waren trotz deutlich sichtbarer körperlicher Folterspuren und klarer Darstellung von Folterungen in der Anhörung seiner Asylgründe das Asylbegehren und mehrere Eilanträge zur Wiederaufnahme eines Folgeverfahrens gescheitert und es drohte die Abschiebung in die Türkei. Selbst die im Asylverfahren vorgelegten Kopien eines Gerichtsurteils wurden vom Bundesamt und dem beteiligten Gericht ungeprüft als Fälschungen zu den Akten gelegt. Diesen zufolge drohten in der Türkei eine Haftstrafe von mehr als 11 Jahren und erneute Folter.

Was weiter geschah:

Davut Karayilan schwebte zwei Wochen lang in Lebensgefahr bis durch die intensivmedizinische Behandlung sein Gesundheitszustand wieder stabilisiert werden konnte. Er verbrachte mehrere Monate im Krankenhaus, bis ein komplizierter Bruch der Wirbelsäule und des Beckens so weit wieder geheilt waren, dass er wieder auf seinen eigenen Beinen gehen konnte. Es dauerte viele weitere Monate, bis die Schmerzen des Sturzes die der Folter nicht mehr übertrafen. Bis heute und vermutlich zeitlebens kann er die Wirbelsäule nicht mehr normal belasten.

Nachdem der junge Mann durch seine Verzweiflungstat genügend öffentliche Aufmerksamkeit gewonnen hatte, war das Gericht bereit, sich der Sache noch einmal anzunehmen. Nachdem ein deutsches Fernsehteam in der Türkei die Echtheit der vorgelegten Dokumente bestätigte und die Fehlentscheidung und Oberflächlichkeit der Entscheidungsträger nicht mehr zu kaschieren war, bekam er schließlich Asyl zugesprochen. Er kann jetzt in Deutschland bleiben? aber um welchen Preis!

Was bleibt:

Trotz breiter öffentlicher Proteste und prominenter Unterstützung auch durch die Medien halten Polizei und Staatsanwaltschaft an einem Strafverfahren wegen Widerstands gegen Vollstreckungsbeamte fest. Der Strafbefehl richtet sich gegen den Leiter der Beratungsstelle und die Sekretärin.

Es gibt außer einer widerwärtigen Rechtfertigung von Seiten der Polizei und einem unverbindlichen Gesprächsangebot des alten Innensenats keine Reaktion, die erkennen ließe, dass man den Vorfall ernst nehmen würde, geschweige denn Absprachen oder Vorkehrungen, wie so etwas für alle Zukunft verhindert werden kann.

Therapieräume sind Schutzräume - für politisch Verfolgte allemal. Das Risiko von Panikreaktionen von Traumatisierten bei erneuter Traumaexposition ist in Fachkreisen bekannt. Der Leiter der Einrichtung hat die Einsatzleitung mehrfach vor dem bewaffneten Eindringen in die Therapieräume gewarnt. Auch die Polizei muss das respektieren.

Der Name XENION stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie Gastfreundschaft in der Fremde. Die mythologische Bedeutung dieses Begriffes geht aber noch viel weiter. Dieser Schutz des Fremden galt den antiken Griechen als heilig. Sie war dem Göttervater selbst zuge-

ordnet und die Tempel des Zeus waren Zufluchtsorte für Verfolgte, sogar für Feinde. Niemand hätte es gewagt, den Frieden dieses Ortes zu stören. XENION sollte ein solcher Schutzraum für politisch Verfolgte sein. Die Symbolik des Begriffes sollte der Einrichtung Programm und Verpflichtung sein. Für XENION war der Polizeieinsatz, bei dem der junge Mann zur Abschiebung in die Türkei in der Therapieeinrichtung festgenommen werden sollte, der SuperGAU, der größte anzunehmende Unfall. Er löste die schwerste Krise seit Gründung der Einrichtung 1987 aus.

XENION ist durch sein Selbstverständnis dem Schutz von politischen Flüchtlingen vor weiterer Verfolgung verpflichtet. Die Einrichtung arbeitet seit nunmehr 15 Jahren in der Diagnostik und Behandlung von Folter und ihren physischen und psychischen Folgen. Sie gehört zu den in Deutschland renommiertesten Einrichtungen dieser Art und genießt auch international größten Respekt und Anerkennung. Sie wird für diese Arbeit aus öffentlichen Mitteln der Initiative Demokratie und Menschenrechte der Europäischen Kommission, dem Freiwilligen Fonds der Vereinten Nationen für Folteropfer und der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz gefördert. Die Mitarbeiter haben sich sorgfältig von der Glaubhaftigkeit stattgehabter Folter und von der begründeten Furcht des jungen Kurden vor weiterer Folter in der Türkei überzeugt. Die eklatante Fehlentscheidung der beteiligten Behörde und des zuständigen Verwaltungsgerichts waren offenkundig. Der Fortgang der Ereignisse hat die Richtigkeit dieser Einschätzung in vollem Umfang bestätigt. Die Mitarbeiter haben nicht mehr und nicht weniger als die Schutzverpflichtung unserer Verfassung gegenüber Folteropfern wahrgenommen. Sie waren dem Selbstverständnis der Einrichtung entsprechend geradezu dazu verpflichtet.

Es geht uns nicht um Schuldzuweisungen. Unsere Einrichtung ist zum Austragungsort eines Dramas geworden, an dem die nicht getragene Verantwortung vieler mitgewirkt hat. Auch die Polizeibeamten waren mit der Situation überfordert. Sie reagierten durch die bewaffnete Stürmung der Therapieräume und das bewusste Übergehen der Warnungen des Leiters aber völlig unverhältnismäßig und fahrlässig. Am Ende aber die Mitarbeiter der Einrichtung für die dramatische Eskalation der Ereignisse verantwortlich machen zu wollen wird auf das Schärfste zurückgewiesen.

Berlin, den 08.10.2002

Koch, Dietrich F., Leiter der Einrichtung

Literaturtipp:



Nachschlagewerk und Praxishelfer

Interkulturelle Beratung - Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung
Thomas Hegemann & Britta Lenk-Neumann (Hg.) 198 Seiten, Preis: 24€
ISBN: 3-86135-291-5

Dieser zweite Band der Reihe Forum Migration Integration Gesundheit widmet sich Fragen Interkultureller Beratung in psychosozialen und gesundheitlichen Kontexten. Es werden bewährte Praxismodelle und Konzepte vorgestellt und diskutiert. Das Buch wendet sich als praxisorientierter Band an alle Fachleute, die auf der Reise nach einem neuen professionellen Umgang mit anderen Kulturen, nach Anregung und Hilfestellung suchen. Das betrifft Pflegenden wie Ärzte, Ergotherapeuten wie Psychologen, Sozialpädagogen wie Verwaltungsfachleute und Gesundheits- und Sozialpolitiker in gleicher Weise. Mit Beiträgen von Thomas Hegemann, Britta Lenk Neumann, Lale Akgün, Peter Flubacher, Güldane Atik-Yildizgördü, Gabriele Schwab, Pavlos Delkos, David Mengistu, Rainer Wolf, Miguel Macek, Karin Schulze-Rostek, Viola Hörbst, Norma Mattarei, Katrin Fließ und Elly Geiger.



Deutsche Sektion der
Internationalen Ärzte für die
Verhütung des Atomkrieges,
Ärzte in sozialer Verantwortung
e.V. (IPPNW)

www.ippnw.de

Bundesweite Unterschriftenkampagne

Bleiberecht für Traumatisierte

Mit meiner Unterschrift unterstütze ich die Forderung nach einem Bleiberecht für traumatisierte Flüchtlinge

Überlebende von Folter, Vergewaltigung und Krieg finden in Deutschland nur noch selten den notwendigen Schutz und die Sicherheit, um ihr Trauma zu bewältigen. Sie leiden unter den gravierenden Folgen ihrer Erlebnisse, die ihre Gesundheit nachhaltig schädigen. Die erlebte Gewalt findet ihren Ausdruck u.a. in «posttraumatischen Belastungsstörungen» und psychosomatischen Erkrankungen.

Aufgrund ihrer traumabedingten Sprachlosigkeit werden ihre Asylanträge häufig frühzeitig abgelehnt. Ihre Duldung als Bürgerkriegsflüchtlinge gilt nur vorübergehend, unabhängig von ihrer Traumatisierung.

Permanente Angst vor Abschiebung steht einer therapeutischen Behandlung entgegen. Die drohende Abschiebung in das Land, in der die Traumatisierungen stattfanden, führt bei vielen Flüchtlingen zu einer erneuten traumatisierenden Kränkung ihrer Integrität und Autonomie. Sie hat oft eine dramatische Verschlimmerung ihres ohnehin schon angegriffenen Gesundheitszustandes mit unerträglichen Ängsten und Depressionen bis zur Selbsttötungsgefahr zur Folge. Obwohl diese Traumafolgen von behandelnden Ärzten bescheinigt werden, gelten sie nicht als Abschiebehindernis.

Service

Dokumentation: Ausgewählte Beschlüsse der Deutschen Ärztetage 2000 – 2002*

**Aus dem Beschlussprotokoll des 103. Deutschen Ärztetages
vom 09.-12. Mai 2000 in Köln**

Abschiebung von Folteropfern

Der Deutsche Ärztetag verurteilt die Abschiebung kranker und behandlungsbedürftiger Opfer von Foltermaßnahmen. Er spricht sich für einen gesicherten Aufenthaltsstatus aus, solange aufgrund ärztlicher Begutachtung eine Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen aufgrund erlittener Verfolgung und Folter besteht. Die Begutachtung hat durch unabhängige und mit "Posttraumatischen Belastungsstörungen" (PTSD) nach DSM IV bzw. ICD 10 ausreichend vertraute Ärzte zu erfolgen.

Begründung:

Immer wieder kommt es zur Abschiebung von Flüchtlingen, deren Behandlungsbedürftigkeit nicht erkannt und bei der Entscheidung über das weitere Aufenthaltsrecht nicht ausreichend berücksichtigt wurde. In der oft schwierigen Entscheidung zwischen Bleiberecht und Abschiebung sollen qualifizierte ärztliche Stellungnahmen, die sich für die Notwendigkeit einer Behandlung bei PTSD aussprechen, im Zweifel zugunsten des Bleiberechts den Ausschlag geben.

Medizinische Versorgung von Asylbewerbern nach Asylbewerberleistungsgesetz

Der Antrag von Dr. Wesser (Drucksache VI-55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

* Die Beschlussprotokolle der Ärztetage im Internet:
http://www.aerztetag.de/30/Aerztetag/90_Beschluss/index.html

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, Asylbewerber nach Ablauf einer zeitlich sehr eng zu begrenzenden Frist entsprechend den Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) medizinisch behandeln zu lassen.

Begründung:

Das Asylbewerberleistungsgesetz impliziert, dass Leistungspflicht nur für akute Krankheitszustände besteht, obwohl auch nicht akute Krankheitszustände dringend behandlungsbedürftig sein können. Bei diesen Festlegungen wurde von einer endgültigen Entscheidung des Asylverfahrens innerhalb weniger Monate ausgegangen. Tatsächlich verweilen Asylbewerber in der Regel Jahre in diesem Verfahrenszustand. Ethisch kommen Ärzte zunehmend in Entscheidungskonflikte, da auch chronische Erkrankungen in der Behandlung keinen Aufschub dulden. Längeres restriktives Verhalten kollidiert immer mehr mit der Berufsordnung.

Menschenrechte - Prozessbeobachtung

Auf Antrag von Dr. Schagen (Drucksache VI-42) fasst der 103. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag verurteilt erneut Prozesse gegen ärztliche Kollegen im Ausland, die nichts anderes tun, als Opfer von Folterungen zu behandeln und dies auch dokumentieren. Über Beispiele wurde im Deutschen Ärzteblatt, zuletzt am 28.4.2000 (S. A-1100) über die Prozessserie gegen drei Ärzte des Behandlungszentrums für Folteropfer der Türkischen Menschenrechtsstiftung Izmir, mehrfach berichtet.

Der Deutsche Ärztetag weist auf die Bedeutung von Prozessbeobachtern, die von Deutschen Ärztekammern entsandt oder unterstützt werden, für die Durchsetzung von Menschenrechten hin und begrüÙt die Entsendung solcher Vertreter ausdrücklich. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden zu enger Zusammenarbeit und verstärkter Unterstützung solcher Maßnahmen aufgefordert.

Begründung:

Die Entsendung von Prozessbeobachtern in enger Zusammenarbeit mit dem Auswärtigen Amt, mit Ärzteverbänden und Menschenrechtsorganisationen hat für die betroffenen ausländischen Kollegen, denen auf Grund ihrer Gewissenhaftigkeit und berufsethischen Grundhaltung z. T. mehrjährige Gefängnisstrafen drohen, eine immense Bedeutung. Schon

mehrfach konnten dadurch Verfolgungsmaßnahmen erfolgreich eingeschränkt oder verhindert werden. Sie entspricht der Deklaration des Weltärztebundes 1997 in Hamburg.

Aus dem Beschlussprotokoll des 104. Deutschen Ärztetages vom 22.-25. Mai 2001 in Ludwigshafen

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer zu beauftragen, sich verstärkt des Problems der medizinisch nicht versorgten Flüchtlinge ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik Deutschland anzunehmen und (ggf. in Kooperation mit den politisch Verantwortlichen im Bund) geeignete Lösungen zu erarbeiten.

Begründung:

Flüchtlinge in unserem Land sind von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Einige Ärztinnen und Ärzte stellen sich den gesetzlichen Regelungen entgegen. Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, denen die Behörden eine angemessene Versorgung verweigern, behandeln sie unentgeltlich. Das ist keine Lösung. Jeder muss ein Recht auf medizinische Betreuung haben. Die gesetzliche Ausgrenzung von Flüchtlingen können wir nicht hinnehmen.

Bleiberecht für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer

Die Delegierten des 104. Deutschen Ärztetages stellen mit großer Sorge fest, dass Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen die adäquate medizinische und psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer nicht gewährleisten können.

In Anknüpfung an den Beschluss des Weltärztekongresses 1998 in Ottawa zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen ("Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung noch die Pflicht des Arztes zu helfen, beschränken...") fordert der Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, Flüchtlingen/Asylbewerbern mit traumatisch bedingten Gesundheitsstörungen (Posttraumatische Belastungsstörung, diagnostiziert nach ICD 10 / DSM IV und als komorbide

Störungen (Depressionen, Angststörungen, psychosomatischer Symptomenkomplex) ein unbefristetes Aufenthalts- und Bleiberecht zu erteilen.

Begründung:

Auf Grund der geltenden gesetzlichen Regelungen ist Foltererfahrung und Traumatisierung bei Flüchtlingen/Asylbewerbern kein Grund für Asyl oder für ein Aufenthaltsrecht. Vielmehr führt frühzeitige Ablehnung des Asylantrages mit drohender Abschiebung in das Land der stattgehabten Traumatisierung und immer nur kurzfristige Aufenthaltsverlängerungen von Wochen bis einigen Monaten zu Verstärkung des gesamten Krankheitsbildes (s. oben: wie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Depression, Angststörungen, psychosomatische Gesundheitsstörungen, Suchtverhalten).

Häufige Folgen sind. Chronifizierungen, Sekundärkrankheiten, anhaltende Persönlichkeitsveränderungen, psychotische Episoden, Suizidalität und Suizidversuche (s. auch H. Keilson, 1979, Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern, Stuttgart, Enke).

Therapeutische Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ist ohne stabile Aufenthaltsbedingungen nicht möglich. Ohne diese kann lediglich versucht werden, Probleme im Lebensumfeld und Krisensituationen notdürftig aufzufangen. Kindliche Entwicklungsstörungen und die Weitergabe der Störungsbilder der traumatisierten Eltern an die Folgegenerationen sind zu befürchten.

Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28.-31. Mai 2002 in Rostock

Fortbildungscurriculum zur Gutachtenerstellung bei psychisch traumatisierten ausländischen Flüchtlingen

Die Bundesärztekammer wird gebeten, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in Asyl- sowie anderen aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entsprechendes Fortbildungscurriculum mit Bescheinigung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln.

Begründung:

Seit mehreren Jahren bestehen Auseinandersetzungen zwischen den Innenbehörden der Länder und Ärztinnen und Ärzten, die Gutachten und Stellungnahmen zum Vorliegen psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren erstellen. Vielfach wurde dabei von Behördenvertretern der Vorwurf erhoben, Kolleginnen und Kollegen würden Gefälligkeitsgutachten erstellen. Von Seiten der Ärztekammern ist diesen Vorwürfen auf der politischen Ebene bereits mehrmals begegnet worden. Die tägliche Praxis zeigt jedoch, dass weiterhin ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen von Behörden mit dem Hinweis zurückgewiesen werden, sie würden nicht näher präzierte formale und inhaltliche Kriterien unberücksichtigt lassen. Über die Entwicklung formaler Kriterien für die Gutachten, wie sie von einigen Landesärztekammern erarbeitet worden sind, hinausgehend bedarf es daher noch weiterer, ausführlicherer, formaler und inhaltlicher Voraussetzungen wie z. B. Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik psychisch reaktiver Traumafolgen, Kenntnisse in der Explorationstechnik ausländischer Probanden mit Hilfe von Dolmetschern, Kenntnisse über Geschichte der Herkunftsländer sowie deren gegenwärtige kulturspezifische, soziale und politische Strukturen und vieles mehr, was in einem eigens dafür erstellten Fortbildungscurriculum interessierten Kolleginnen und Kollegen angeboten werden soll. Eine Bescheinigung macht auch für nichtärztliche Behördenvertreter die Qualifikation der/des unterzeichnenden Gutachterin/Gutachters vorab erkennbar.

Sicherung von Beweismitteln - Exkorporation von Drogen durch Verabreichung sog. Brechmittel oder sonstige Maßnahmen

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt die staatlichen Verfolgungsbehörden bei zulässigen Maßnahmen der körperlichen Untersuchung im Rahmen von § 81 StPO. Nach dieser Vorschrift ist eine körperliche Untersuchung eines Beschuldigten zur Feststellung von Tatsachen zulässig, wenn sie für das Verfahren von Bedeutung ist. Blutproben und andere

körperliche Eingriffe, die von einer Ärztin/einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, sind ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für dessen Gesundheit zu fürchten ist. Vor diesem Hintergrund unterstreicht die deutsche Ärzteschaft ihre kritische Haltung gegenüber der

gewaltsamen Verabreichung von sog. Brechmitteln oder invasiven Eingriffen an Drogendealern.

Bei nichtfreiwilliger Mitwirkung des Beschuldigten ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten. Die Stärke des Tatverdachts muss die Maßnahme rechtfertigen, nicht der mögliche Widerstand des Beschuldigten. Nur wenn die Verabreichung von Brechmitteln unerlässlich ist, kann sie unter qualifizierter und ärztlicher Aufsicht vertretbar sein, da ansonsten weniger gesundheitsgefährdende Maßnahmen, wie die Verabreichung von Bittersaft oder ähnlichen Substanzen ausreichen würden, um zum Erfolg zu gelangen. Beweissicherungsmaßnahmen sind staatliche Maßnahmen, zu deren Teilnahme Ärztinnen und Ärzte nicht gezwungen werden können. Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich nicht an Maßnahmen der Gewaltanwendung.

Beweismittelsicherung bei Drogendelikten durch Ärztinnen und Ärzte

Die Vergabe von Brechmitteln an verdächtige Drogendealer zum Zwecke der Beweismittelsicherung ist ohne Zustimmung des Betroffenen ärztlich nicht zu vertreten. Das gewaltsame Einbringen von Brechmitteln mittels einer Magensonde stellt ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko dar. Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht gezwungen werden, direkt oder indirekt an derartigen Maßnahmen mitzuwirken bzw. sie zu ermöglichen.

Begründung:

Nach § 81a der Strafprozessordnung können Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, sie sind aber nur dann "ohne den Willen des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist". In der UN-Resolution vom 18.12.1982 heißt es im Grundsatz: "Es verstößt gegen die ärztliche Ethik, wenn medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, sich mit Gefangenen oder Häftlingen in einer Weise beruflich befassen, die nicht einzig und allein den Zweck hat, ihre körperliche und geistige Gesundheit zu beurteilen, zu schützen oder zu verbessern". Nicht erst der Tod des 19-jährigen Afrikaners bei einer gewaltsamen ärztlichen Brechmittelgabe (in Hamburg) macht deutlich, dass diese Maßnahme der Beweismittelsicherung mit unserem ärztlichen Berufsethos nicht zu vereinbaren ist.

Zum Weiterlesen:

Angelika Birck: *Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Heidelberg 2002. 164 Seiten, Preis:17€

Angelika Birck hat fleißig zusammengetragen, was es zum Thema in der Fachliteratur gibt, und hat es in eine gut lesbare, auch für Laien verständliche Form gebracht. Das macht ihr Buch wertvoll für Mediziner, Psychologen und Juristen aber auch für alle anderen Helfer, die mit Flüchtlingen und Asylbewerbern zu tun haben. Das Buch verhilft zu einem besseren Verständnis der Probleme und Missverständnisse, die immer wieder zwischen Unterstützern und Betreuten auftreten und es liefert Argumente für die Auseinandersetzung mit Behörden und Gerichten. Hilfreich ist auch das ausführliche Literaturverzeichnis. Eine Investition, die sich lohnt, und eine Pflichtlektüre für alle Entscheider.

Thomas Hegeman / Ramazan Salman (Hrsg.): *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen.* Bonn 2001. 375 Seiten, Preis: 19,90€

Ein umfangreiches und preisgünstiges Standardwerk, das sich sowohl als Einstiegslektüre als auch als Nachschlagewerk für diejenigen anbietet, die in dem Bereich transkulturelle Psychiatrie tätig sind oder sich für das Thema interessieren. Es wird gut in das Thema eingeführt, von Grundwissenartikeln zu Migration und sich daraus ergebenden Herausforderungen über Einzelaspekte wie Sprachproblematik oder interkulturellem Lernen bis hin zu Beiträgen, die spezifische Thematiken der transkulturellen Psychiatrie untersuchen. Geballtes Wissen und doch verständlich geschrieben.

Matthias David, Theda Borde, Heribert Kentenich (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodell.* Frankfurt a.M. 1998. 211 Seiten, Preis: 19,90€

Nachdem das Thema „Migration und Gesundheit“ lange Zeit völlig unbeachtet blieb, erscheint in den letzten Jahren doch vermehrt Literatur darüber. Mittlerweile in der dritten Auflage erschienen, ist dieser 1998 erschienene Sammelband bereits jetzt eine Art Klassiker. In 14 Beiträgen wird sich dem lange ignorierten Faktum, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist und dass dem auch im medizinischen Bereich Rechnung getragen werden muss, zugewandt.

Empfehlenswerte Links:

www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de

Seite des *amnesty international* Aktionsnetzes, viele Texte, v.a. auch zum Thema Folter und Traumatisierung.

www.bo-alternativ.de/mfh und www.remedio.de

Seiten der medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum und des Psychosozialen Zentrums für Folteropfer Bochum, Hintergrundtexte, Aktuelles...

www.folteropfer.de

Seite vom Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, informiert umfangreich über die Arbeit mit Folteropfern, viele Literaturhinweise.

www.infodienst.bzga.de/migration/index.htm

Der Infodienst Migration und Gesundheit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Literaturneuerscheinungen, Tagungs- und Projektankündigungen,

www.ippnw.de

Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges. Es gibt verschiedene Arbeitsgruppen, auch einen AK Flüchtlinge. Sie haben u.a. die Abschiebestoppkampagne für traumatisierte Flüchtlinge initiiert.

www.kinderaerzte-lippe.de

Umfangreiche Linksammlung zum Thema Migration und Gesundheit.

www.medknowledge.de/migration/migration.htm

Suchkatalog für medizinische Artikel zum Thema Migration und Gesundheit.

www.spuk.info

Aktuelles vom SPuK-Projekt, in dessen Rahmen ja auch dieses Heft entstand.

www.trauma-netz.drk.de

Das Trauma-Netzwerk des Roten Kreuzes, viele Materialien zur Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.

www.traumanetzwerk.de

Das Trauma-Netzwerk des Malteser-Hilfsdienstes. Es gibt eine Online-Datenbank für TherapeutInnen, die speziell mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten. Dazu gibt es aktuelle Infos zu Literatur, Veranstaltungen, Schulungen etc.

Adressen: Folteropferhilfe

Aachen

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Aachen
Mariahilfstr. 16
52062 Aachen
Tel. 0241/406500
Fax 0241/49004

Berlin

Behandlungszentrum für Folteropfer e.V.
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Tel. 030/303 906 0
Fax 030/306 143 71
Mail: mail@bzfo.de
www.bzfo.de

“Al Muntada” - Psychosoziale Beratungsstelle für Flüchtlinge aus dem arabischen Raum
Morusstr. 18a
12053 Berlin
Tel. 030/68247718 / -19
Fax 030/68247712

FrauenRechtsBüro gegen sexuelle Folter e.V.
Friedelstr. 52
12047 Berlin
Tel. 030/62 73 79 41
Fax 030/62 73 79 42
Mail: info@womensrightsproject.de
www.womensrightsproject.de

XENION - Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
Roscher Str. 2a
10629 Berlin
Tel. 030/3232933
Fax 030/3248575
Mail: xenion@bln.netdiscounter.de

Bremen

Refugio.e.V.
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Folterüberlebende
Parkstr. 2-4
28209 Bremen
Tel. 0421/3760749
Fax 0421/3760722
Refugio-bremen@t-online.de

Bochum

remedio e.V.
c/o Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum
Engelsburger Str. 168
44793 Bochum
Tel. und Fax 0234/9041380
Mail: info@remedio.de
www.remedio.de

Düsseldorf

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Benrather Str. 7
40213 Düsseldorf
Tel. 0211/353315 / -16
Fax 0211/353314
Mail: psz.ddorf@mail.isis.de

Frankfurt am Main

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt
Fichardstr. 46
60322 Frankfurt/M.
Tel. 069/5531-10 / -16
Fax 069/553140
psychosozialeszentrum-ervffm@t-online.de

Freiburg i. Br.

Migrationsdienst / Psychosoziale Beratungsstelle des DRK-
Kreisverband Freiburg i. Br.

Schwimmbadstr. 38
79100 Freiburg i. Br.
Tel. 0761/8850852
Fax 0761/8850851
Mail: migrationsdienst@drk-freiburg.de
www.drk-freiburg.de/sozialarbeit/migration

Greifswald

Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern e.V.
Domstr. 36
17489 Greifswald
Tel. 03834/799274
Fax 03834/799273
Mail: info@pszev.de
www.pszev.de

Hamburg

Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V.
Durchschnitt 27
20144 Hamburg
Tel. 040/448576
Fax 040/4480603
gogeV@compuserve.de

Hannover

Psychosoziale Beratung
c/o Initiative für ein Internationales Kulturzentrum (IIK)
Schaufelder Str. 11
30167 Hannover
Tel. 0511/55089293
Tel. 0511/44 04 84
Fax 0511/261 73 76
www.iik-hannover.de

Kiel

Refugio - Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von
Folter-, Flucht- und Gewaltopfer in Schleswig-Holstein e.V.
Königsweg 20

24103 Kiel
Tel. 0431/73 33 13
Fax 0431/7068966
Mail: info@refugio-kiel.de
www.refugio-kiel.de

Köln

Therapiezentrum für Folteropfer
Spiesergasse 12
50670 Köln
Tel.: 0221/1 60 74 0
Fax: 0221/139 02 72
therapiefolteropfer@caritas-koeln.de
www.caritas-koeln.de

Lindau

exilio - Hilfe für Flüchtlinge und Folterüberlebende e.V.
Reutiner Str. 5
88131 Lindau
Tel. 08382/409450
Fax 08382/409454
Mail: info@exilio.de
www.exilio.de

München

REFUGIO München e.V.
Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
Mariahilfplatz 10
81541 München
Tel. 089/9829570
Fax 089/98295757
Mail: info@refugio-muenchen.de
www.refugio-muenchen.de

Nürnberg

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Bucherstraße 43
90419 Nürnberg

Tel.: 0911/3936355

Fax: 0911/3936361

Saarbrücken

Psychosoziales Behandlungszentrum des DRK

Psychosoziales Beratungszentrum des DRK

Vollweidestr. 2

65115 Saarbrücken

Tel. 0681/9764270

Fax 0681/9764290

Mail: drklvsaar@t-online.de

Stade

Refugium Stade – Psychosoziales Behandlungs- und Beratungszentrum
für Folteropfer und extremtraumatisierte Flüchtlinge

Teichstr. 6

21680 Stade

Tel. 04141/534411

Fax 04141/534422

Mail: AWOSTade@t-online.de

Stuttgart

Psychologisch Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene

PBV Stuttgart

Landhausstr. 62

70190 Stuttgart

Tel.: 0711/26843282

Fax: 0711/26843289

Mail: pbv-stuttgart@emdw-diakonie.de

Arbeitskreis “analytische Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge”

an der “Stuttgarter Akademie für Tiefenpsychologie und anal.

Psychotherapie e.V.”

Hohenzollernstraße 26

70178 Stuttgart

Tel. 0711/6485220

Fax 0711/6485240

Mail: ak-trauma@psychoanalysestgt.de

www.psychoanalysestgt.de/ak-trauma

Ulm

Behandlungszentrum für Folteropfer
Böblinger Str. 30 a
89077 Ulm
Tel. 0731/22 836
Fax: 0731/15979000
Mail: bfuulm@web.de

Villingen-Schwenningen

Refugio Villingen-Schwenningen
Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
Klosterring 1
78050 VS-Villingen
Tel.: 07721/5041-55
Fax: 07721/5041-65
E-Mail: kontaktstelle@refugio-vs.de
Internet: www.refugio-vs.de

Adressen: Medizinische Hilfe für MigrantInnen ohne Gesundheitsversorgung

Berlin

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
Gneisenastr.2a
10961 Berlin
Tel. 030-6946746
Mail: medizinische-fluechtlingshilfe@gmx.de
www.ffmpeg-berlin.de/deutsch/medibuero

Bielefeld

Medizinische Hilfe für Flüchtlinge
Teutoburgerstr. 106
33607 Bielefeld
Tel. 0521-176711

Bochum

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.
Engelsburger Str. 168,
44793 Bochum
Tel. 0234-235464
Mail: mfh-bochum@gmx.de
www.bo-alternativ.de/mfh.htm

Bremen

MediNetz Bremen
Friesenstr. 21
28203 Bremen
Tel. 0421-7901959
Mail: medinetz-bremen@gmx.net
www.is-bremen.de/arab/medinetz

Frankfurt a. Main

Café für offene Grenzen
c/o Dritte Welt Haus
Falkstr. 74
60487 Frankfurt/M.
Tel. 069-79201772
Mail: dwhffm@t-online.de

Freiburg

Medi-Netz
Adlerstr. 12
79098 Freiburg
Tel. 0761-2088331
Mail: medinetz@netscape.net

Göttingen

Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
c/o Beratungszentrum für Flüchtlinge
Bühlstr. 4
37073 Göttingen
Tel. 0551-55766
Mail: med.fluechtlingshilfe.goe@gmx.de

Hamburg

Medizinische Beratungsstelle für Flüchtlinge und MigrantInnen
c/o WIR-Zentrum
Hospitalstr. 109
22767 Hamburg
Tel. 040-385739

Hannover

Medizinische Flüchtlingssolidarität
c/o Flüchtlingsbüro
Zur Bettfedernfabrik 3
30451 Hannover
Tel. 0511-2153031
Mail: mfs_hannover@yahoo.de

Köln

AG Medizinische Versorgung
c/o Flüchtlingscafé im Allerweltshaus
Körnerstr. 77-79
50823 Köln

München

Café 104 - Beratungscafé für Flüchtlinge und MigrantInnen
Schwanthalerstr. 139 Rgb
80339 München
Tel. 089-76702964
Mail: bfr@ibu.de

Nürnberg

Medizinische Flüchtlingshilfe Nürnberg
c/o Nachbarschaftshaus Gostenhof
Adam-Klein-Str. 6
90429 Nürnberg
Tel. 0171-5470003

Oldenburg

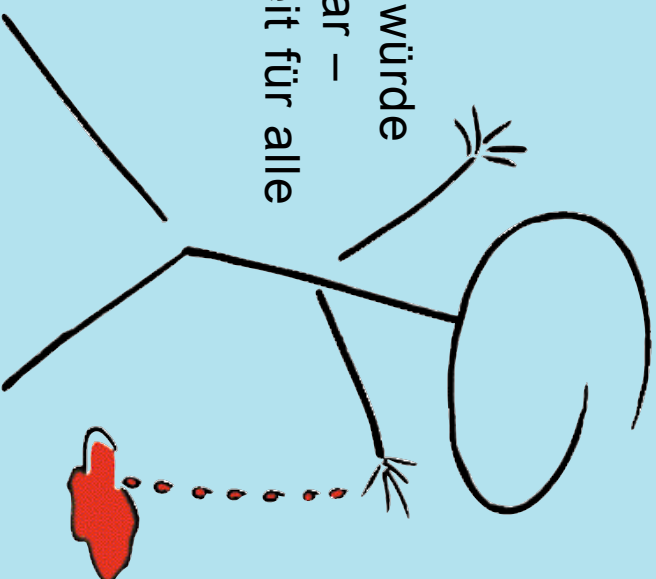
Medizinische Flüchtlingshilfe
c/o Hochschulgruppe ausländischer Studierender (HGAS)
AstA der Carl-von-Ossietzki-Universität
26111 Oldenburg
Tel. 0441/7982673
Mail: hgas@uni-oldenburg.de

Wiesbaden

Flüchtlingsrat Wiesbaden
Blücherstr. 32
65195 Wiesbaden
Tel. 0611/495249
Mail: fluechtlingsrat@naspa-online.de

Flüchtlinge sind von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Einige Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Physio- und Psychotherapeutinnen stellen sich den gesetzlichen Einschränkungen entgegen. Flüchtlinge und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, denen die Behörden eine angemessene Versorgung verweigern, behandeln sie unentgeltlich. Das ist keine Lösung. Jeder muß ein Recht auf medizinische Betreuung haben. Die gesetzliche Ausgrenzung von Flüchtlingen können wir nicht hinnehmen!

Menschenwürde ist unteilbar – Gesundheit für alle



Kampagne für die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Flüchtlingen

unterstützt von: Niedersächsischer Flüchtlingsrat, Ärztekammer Niedersachsen, Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, IPPNW, kein mensch ist illegal, Pro Asyl e.V.,