

Zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Ferdinand Haenel

Die Erstellung von Kausalitätsgutachten bei Personen mit psychisch reaktiven Folter- und Bürgerkriegsfolgen ist seit langem ein bedeutsamer Aufgabenschwerpunkt im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Diese gutachterliche Tätigkeit bezieht sich sowohl auf Verfahren im sozialen Entschädigungsrecht (SED-Unrechtsbereinigungs-/Opferentschädigungsgesetz) als auch auf aufenthaltsrechtliche Klageverfahren bei Verwaltungsgerichten (Graessner & Wenk-Ansohn 2000). In den aufenthaltsrechtlichen Verfahren geht es zum einen um die Frage, ob psychische oder physische Gesundheitsstörungen vorliegen, welche die Angaben der Antragsteller oder Kläger zu ihrem Asylbegehren auf Grundlage von Art. 16a GG oder § 51 AuslG stützen, zum anderen ob - wie z.B. bei den bosnischen Kriegsflüchtlingen - psychisch reaktive Traumafolgen bestehen und inwieweit diese sich im Kontext einer Rückführung tiefgreifend und lebensbedrohlich verschlechtern können, so dass ein Abschiebehindernis nach §§ 53, 55 AuslG besteht. Im Asyl- und Ausländerrecht, aber ganz besonders auch im sozialen Entschädigungsrecht (Denis et al 2000, Bundessozialgericht 1995) musste in der Vergangenheit nicht selten festgestellt werden, dass Gutachter zu extrem unterschiedlichen Ergebnissen in der Kausalitätsbeurteilung psychisch reaktiver Traumafolgen gelangen können. Dies hat sich in der jüngsten Zeit bei der Begutachtungspraxis bosnischer Kriegsflüchtlinge (Henningsen 2002) oder Abschiebungspraxis von Asylbewerbern (Gierlichs 2002) erneut bestätigt.

Wie kommt es zu diesen hohen Divergenzen in der Beurteilung psychisch reaktiver Extremtraumafolgen selbst unter Fachkollegen? Mangelnder Kenntnis- und Erfahrungsstand des Arztes oder Psychologen mag sich im

Einzelfall aber heute nicht mehr generell als Erklärung anführen lassen. In der Tat hat der Verfasser während seiner Facharztweiterbildung in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in einer psychiatrischen Abteilung eines großen städtischen Krankenhauses in Berlin-Kreuzberg, wo es wirklich keinen Mangel an Personen mit unterschiedlichsten psychopathologischen Zustandsbildern gegeben hat, nichts von den Diagnosen „Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)“ oder „Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung“, geschweige denn von ihren geschichtlichen Vorläufern wie „Kriegsneurose“, „traumatischer Neurose“, „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ (Venzlaff 1963), „KZ-Überlebendensyndrom“ (Niederland 1968) vernommen.

Nun, das hat sich geändert. Der Wissensstand der Fachkollegen hat sich beträchtlich erweitert, man spricht sogar schon von PTBS als einer „Mode“-Diagnose, und der Begriff des hierzu geforderten traumatischen Ereignisses läuft mittlerweile Gefahr, weit jenseits existentieller Bedrohung auf leichtere, weniger bedrohliche Begebenheiten ausgeweitet zu werden. PTBS als Mode? Diese Charakterisierung der posttraumatischen Belastungsstörung als psychisch reaktive Folge auf existentielle Extrembelastung - einmal ganz besonnen und unpolemisch betrachtet - birgt tatsächlich eine Kernwahrheit. Denn: psychiatriehistorisch gesehen war die Anerkennung einer solchen Störung immer abhängig gewesen von den gesellschaftlichen und politischen Umständen Mitteleuropas und der Vereinigten Staaten von Nordamerika. So war in Deutschland in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg die Psychiatrie von der Lehrmeinung bestimmt, dass abnorme Erlebnisreaktionen – also seelische Reaktionen nach psychotraumatischen Einwirkungen – grundsätzlich nach Wochen bis Monaten abklingen. Und auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch galt die Lehrmeinung, dass die Belastbarkeit der menschlichen Seele im Unendlichen liege (Venzlaff 1963).

In den 1950er Jahren hatte dies für die Begutachtungspraxis bei Überlebenden der nationalsozialistischen Konzentrationslager im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes die Folge, dass viele deutsche Psychiater, die zum Teil selbst in die Verbrechen innerhalb der deutschen Psychiatrie im Dritten Reich involviert gewesen waren, erlebnisreaktive psychische Störungen von KZ-Überlebenden als erblich oder entwicklungsbedingt auf die Zeit vor der Lagerinternierung ursächlich zurückgeführt hatten (Pross 1993). Im Gegenzug hat es damals eine Reihe von Psychiatern gegeben, die genau gegensätzlicher Auffassung waren, wie W.G. Niederland, U. Venzlaff, W. v. Baeyer, H. Häfner, K. Kisker, K. Hoppe und K. Eissler, deren wissenschaftliche Arbeiten ganz entscheidend zum heutigen Verständnis psychisch reaktiver Folter- und Bürgerkriegsfolgen beigetragen haben (v. Baeyer et al. 1964, Hoppe 1967, Niederland 1968, Venzlaff 1963). Damals schon war es in den 1950er Jahren zu heftigen und sehr polemischen Auseinandersetzungen unter den Fachkollegen mit extremer Polarisierung gekommen. Der Titel, mit welchem Eissler seine in der Zeitschrift Psyche erschienene Veröffentlichung zu diesem Thema versehen hat, spricht Bände:

„Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um ein normale psychische Konstitution zu haben“ (Eissler 1958).

Diese kleine Abschweifung in die Historie soll illustrieren, wie abhängig von politischen und gesellschaftlichen Umständen die Anerkennung des Vorkommens psychisch reaktiver Traumafolgen in der Fachwelt ist. Es ist eine Geschichte des Vergessens und Wiederfindens. Die Symptome die zur Klassifizierung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Vietnam Kriegsveteranen in den USA geführt haben, waren auch schon 100 Jahre zuvor bei Opfern von Eisenbahnunfällen beobachtet worden. Und auch der Streit des „Für“ und „Wider“ mit allen Divergenzen in der

Kausalitätsbeurteilung unter Fachkollegen ist kein neues Phänomen, sondern dürfte so alt sein wie die Diagnose selbst.

Mangelnder Ausbildungs-, Erfahrungs- und Kenntnisstand von Fachkollegen bezüglich der traumaspezifischen Diagnosen mag daher lediglich einer von weiteren Gründen für die unterschiedliche Beurteilungspraxis sein. Was nämlich Begutachtungen nach dem 2. SED Unrechtsbereinigungsgesetz angeht, haben in den vergangenen 10 Jahren für Kollegen innerhalb und außerhalb der Versorgungsämter - auch vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eingerichtete - viele spezielle Fortbildungsveranstaltungen stattgefunden, ohne dass in der Begutachtungspraxis dieses Bereiches im sozialen Entschädigungsrecht bis heute eine tiefgreifende Veränderung eingetreten wäre.

1. Gründe für die Unterschiede der gutachterlichen Beurteilungen

Es stellt sich daher die Frage, welche anderen, weiteren Gründe zu derartigen Unterschieden in der Beurteilungspraxis führen. Es sind:

- Psychisch reaktive posttraumatische Symptome, die einer Exploration entgegenstehen;
- Traumaspezifische Beziehungsaspekte;
- Komorbiditäten die eine spezifische Symptomatik einer PTSD überlagern können;
- Schwierigkeiten bei der Abgrenzung schädigungsabhängiger von schädigungsunabhängigen Störungen;
- sprachliche und kulturell bedingte Erschwernisse in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.
- Unzureichende Kenntnisse im Asyl- und Ausländerrecht

1.1. Symptombezogenen Ursachen

Die Definitionen der posttraumatische Belastungsstörung sowie der Persönlichkeitsänderung nach Extremtrauma, wie sie im DSM IV (APA 1994) und ICD–10 (WHO 1992) definiert sind, bergen besondere Symptombestandteile: Danach ist für Personen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung die intensive psychische Belastung bis zu körperlichen vegetativen Reaktionen typisch, wenn sie mit inneren oder äußeren Hinweisreizen konfrontiert werden, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder mit ihm assoziativ verknüpft sind. Mit der Folge, dass Gedanken, Gefühle oder Gespräche, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, bewusst vermieden werden ebenso wie Aktivitäten, Orte oder Personen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen. Diese Vermeidung kann bis zur Unfähigkeit gehen, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern. Weitere solcherart die Exploration behindernde psychisch reaktive posttraumatischen Symptome finden sich in der unten aufgeführten Auflistung. Alle diese sind als Teilsymptome in der Definition der posttraumatischen Belastungsstörung des DSM-IV der American Psychiatric Association aufgeführt:

- C-1: bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen;
- C-2: bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen;
- C-3: Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern;
- C-4: deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten;
- C-5: Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen;
- C-6: eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden);

- D-2: Reizbarkeit oder Wutausbrüche;
- D-3: Konzentrationsstörungen.

Es wird auch für den medizinischen Laien leicht nachvollziehbar sein, dass diese Symptome nicht gerade dazu geeignet sind, einer psychiatrischen oder psychologischen Exploration entgegenzukommen. Im Gegenteil: Die Begutachtung von Folterüberlebenden mit psychischen Folterfolgen unterscheidet sich von der Begutachtung von unter anderen psychischen Erkrankungen Leidenden ganz entscheidend darin, dass es ein Bestandteil der Symptomatik selbst ist, welcher die gutachterliche Exploration behindern und damit zu Fehlbeurteilungen führen kann. Das ist keineswegs eine neue Entdeckung sondern ein Phänomen, das früher schon in Untersuchungen über psychisch reaktiven Folter- und Traumafolgen von Konzentrationslageropfern im Nationalsozialismus festgestellt worden ist ("Abkapslung extremtraumatischer Erfahrungen von der Umwelt, weil sie nicht "kommunikationsfähig" sind"; "Widerstand gegen die Exploration", v. Baeyer et al. 1964). Die Störungsbilder dieser letzteren Gruppe von Traumatisierten wären nach heutiger Diagnoseklassifikation am ehesten als „Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (früher: Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) unter ICD F62.0 einzuordnen. Auch hier, wie unten aufgeführt, findet man Symptome vor, die der gutachterlichen Exploration entgegenstehen:

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremtrauma ICD-10 F62
(früher: Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel)

- eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt
- sozialer Rückzug
- Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit

- ein chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedroh-Sein
- Entfremdung

Nicht mit aufgeführt in den voran stehenden Übersichten sind Scham- und Schuldgefühle, weil sie nicht mehr in die Definition der Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung oder Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung mit aufgenommen worden sind. Sie müssen aber in unserem Zusammenhang besonders hervorgehoben werden. Denn die genaue Zahl der Opfer, die aus diesen Gründen es vorziehen, lieber zu schweigen – man denke vor allem an Opfer sexualisierter Gewalt werden wir nie erfahren (Schaeffer 1999, Wenk-Ansohn 2002).

Kasuistik Herr C. aus Südostanatolien/ Türkei¹

Herr C ist Kurde und Landwirt aus der Türkei lebt seit 2 Jahren als Asylantragsteller in Deutschland. Er klagt über Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Angstzustände und Alpträume, allgemeine Freudlosigkeit und fehlende Vitalität. Seinem Bericht zufolge sei er im Frühsommer 1995 nach Deutschland geflohen, da er in den beiden vorangegangenen Jahren jeweils für etwa 20 Tage von der türkische Sicherheitspolizei inhaftiert, verhört und gefoltert worden sei und erneut mit Verhaftung und Folterung habe rechnen müssen. Als Landwirt eines freistehenden, 4 km vom nächsten Ort entfernten Bauernhauses sei er der Unterstützung von PKK-Angehörigen mit Nahrungsmitteln verdächtig worden. Anlässlich seiner ersten Verhaftung hätten Angehörige der Spezialeinheiten sein Haus nieder gebrannt und ihn mit seiner Familie in den Nachbarort umgesiedelt.

Nach Art der Folter befragt berichtet Herr C. von Schlägen mit Knüppeln auf den ganzen Körper, von Schlägen auf die Fußsohlen, von Faustschlägen ins Gesicht, von hartem Kaltwasserstrahl auf den unbedeckten Körper, von Elektroschocks und unzureichender Nahrung in einer Einzelzelle.

¹ In dieser wie in folgender Falldarstellung wurden die Abkürzungen der Nachnamen und Ortsnamen geändert. Soweit es nicht den politischen Kontext betraf, ist auf nähere Orts- und Zeitangaben ganz verzichtet worden.

Es handelt sich bei Herrn C. um einen um bestimmt 10 Jahre vorgealtert wirkenden 44-jährigen, freundlichen und kooperativen Mann. Nach anfänglicher Zurückhaltung versucht er sichtlich bemüht, bescheiden mit leiser schneller Stimme alle Fragen prompt zu beantworten. Darunter aber wirkt er atemlos und erregt, was sich bei der Erhebung seiner Verfolgungsgeschichte noch verstärkt. Er schwitzt sehr stark. Er beginnt Daten und die zeitliche Ereignisfolge durcheinander zu bringen, was beim Dolmetscher Irritation auslöst und beim Untersucher Zweifel an der Richtigkeit seiner Angaben weckt. Anhand von Gegenfragen oder anhand schlichter Wiederholungen seiner unstimmgigen Angaben verbunden mit der Zusicherung, dass für die Untersuchung genug Zeit zur Verfügung stehe, kommt Herr C. in die Lage, das in seiner Darstellung auseinander geratene Gefüge der Ereignis- und Zeitenfolge in einen inhaltlich plausiblen und nachvollziehbaren Zusammenhang wieder zusammenzusetzen.

Bei einem zweiten und dritten Untersuchungstermin zur Anamneseerhebung wiederholte sich jeweils das beschriebene Phänomen des Auseinanderfallens des Ereignis- und Zeitfolge in eben derselben Weise wie beim ersten Mal und auch ebenso wie beim ersten Mal gelang es Herrn C. auf der Grundlage ruhiger Gegenfragen mit Geduld und Zeit alles stimmig und plausibel wieder zusammenzusetzen und durch weitere Einzelheiten zu ergänzen, ohne dass trotz der mehrfach gewechselten Ereignis- und Handlungsperspektiven Widersprüche in seiner Darstellung bestehen geblieben wären.

Herr Cs. Grundstimmung ist depressiv. Im Affekt wirkt er eingeeengt und schwingungsarm. Bei herabgesetztem äußeren Antrieb zeigt er deutliche vegetative Zeichen eines angehobenen inneren Erregungspegels. Bei einer unbedachten Handbewegung des Untersuchers während der körperlichen Untersuchung schrickt Herr C. jäh zusammen und er zieht seinen Kopf zwischen die Schultern ein.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt eine große Zahl kleinerer über den ganzen Rücken verteilter Narben auf, deren Herkunft Herr C. nicht angeben kann. Als Ursache einer weiteren etwa 6 cm langen, sichelförmigen und chirurgisch sehr notdürftig mit wenigen groben Nähten versorgte Narbe über der linken Schulter nennt er einen Gewehrkolbenschlag anlässlich der ersten Verhaftung. Als Ursache einer zweiten, quer an der Innenseite des rechten Oberschenkels verlaufende 4 cm lange und 2 cm breite Narbe, die unter dem Hautniveau liegt und keine Zeichen einer chirurgischen Nahtversorgung aufweist, gibt Herr C. eine unbehandelte Stichverletzung während der zweiten Haft an. Die nach längeren Gestreckten schmerzhaften Fußsohlen mit weichen und bis auf die Fußknochen leicht eindrückbaren Fußballen und die breit aufliegenden Fußflächen mit fehlendem Abrollen der Zehen beim Gehen geben einen

Hinweis auf Folter durch Falanga, d.h. durch Schläge auf die Fußsohlen (Skylv 1993).

Allen Quellen zur politischen Situation in Ostanatolien zufolge (amnesty international, Auswärtiges Amt, Presseberichte sowie übereinstimmende Berichte anderer Betroffener aus derselben Region) besteht Übereinstimmung darin, dass im Rahmen des Bürgerkrieges der Türkei gegen die PKK Druck auf die Landbevölkerung ausgeübt wird, sich entweder dem so genannten Dorfschützersystem der türkischen Behörden anzuschließen oder der PKK medizinische Hilfe, Lebensmittel oder logistische Unterstützung zukommen zu lassen. Eine Position der Unparteilichkeit innerhalb dieser beiden, die Gesellschaft dort stark polarisierenden Kräfte gibt es für die Landbevölkerung nicht. "Übergriffe der Sicherheitskräfte in Form von Eigentumszerstörung; Freiheitsberaubung, Misshandlung oder Tötung gegenüber Unbeteiligten kommen in diesem Gebiet verbreitet vor" (Auswärtiges Amt 1994, 1995).

Vorgeschichte, psychisches Beschwerden und Untersuchungsbefunde ergaben die Diagnose einer ausgeprägten Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1). Zusammen mit den Ergebnissen der körperlichen Untersuchung und dem, was dem Autor über die damalige politische Situation seiner Herkunftsregion bekannt war, war mit fast zweifelsfreier Sicherheit festzustellen, dass Herrn Cs. Angaben zu seinem Asylantrag richtig waren. Doch nur für den Autor, nicht für das Bundesamt für Asylenerkennung. Herr Cs. Asylantrag war abgelehnt worden. Laut Anhörungsprotokoll hatte Herr C exakt *eine* Stunde Zeit, mit Hilfe eines Dolmetschers seine Asylgründe "widerspruchsfrei und glaubhaft" vorzutragen; eine Aufgabe, die Herr C. angesichts seiner psychischen Verfassung nicht gelingen konnte².

1.2. Traumaspezifische Beziehungsaspekte

Neben den bei Folteropfern häufig anzutreffenden Konzentrationsstörungen und Verminderung der Gedächtnisleistung für wesentliche Bestandteile der traumatischen Erfahrungen sollte auch der Umstand beachtet werden, dass Asylantragsteller, die im Herkunftsland verhört und gefoltert worden sind, die vergangenen Verhörsituationen

² Bei Untersuchungsbeginn war Herr C.s Klage auf Asyl vom Verwaltungsgericht in D. als unanfechtbar zurückgewiesen worden und seine Abschiebung stand unmittelbar bevor. Die oben beschriebenen Befunde des Verfassers hat eine andere Verwaltungsgerichtskammer als neue Erkenntnisse und bislang unberücksichtigt gebliebene Beweismittel angesehen, die ein Asylfolgeverfahren rechtfertigten, welches derzeit noch anhängig ist.

emotional mit der gegenwärtigen Anhörung beim Bundesamt für Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in Verbindung bringen können. In psychoanalytischen Begriffen gesprochen befände sich dann der Interviewer des Bundesamtes in einer spezifischen Übertragung, nämlich der Täterübertragung. Entsprechend dem verhaltenstherapeutischen Modell wäre diese Situation in der Anhörung ein Hinweisreiz, der assoziativ mit einem Aspekt der traumatischer Erfahrungen verknüpft ist und damit intensive psychische Belastung bis zu körperlichen vegetativen Reaktionen hervorrufen kann. Dies kann bei den Betroffenen vordergründig zu zwei gänzlich einander entgegengesetzten Erscheinungsbildern führen: entweder zu ängstlich agitierter Unruhe, Erregung und Angespanntheit oder zu Emotionslosigkeit, Antriebsarmut und Wortkargheit. In solchen Momenten, die beim Einzelentscheider des Bundesamtes ebenso wie beim Gutachter oder Therapeuten auftreten können, sind Traumatisierte in der Regel nicht in der Lage, ihre Vorgeschichte widerspruchsfrei, erlebnisnah und detailgetreu, wie vom Bundesamt gefordert, zu schildern.

Wenn es auf der einen Seite die reaktiven psychischen Symptome selbst sind, die einer objektiven gutachterlichen Beurteilung im Wege stehen können, so kann es auf der anderen Seite die Einstellung des Gutachters zum Traumatisierten und dessen Geschichte sein, welche seine objektive Einschätzung und Beurteilung behindert. Nicht nur zwischen Patient und Arzt im therapeutischen Setting sondern auch zwischen Proband und Gutachter entsteht eine Beziehung, in welcher Gefühle, Gedanken, Phantasien und Wertungen des einen zum anderen sich ausbilden. Nach der psychoanalytischen Theorie werden sie beim Patienten/ Probanden als Übertragung sowie beim Arzt oder Gutachter als Gegenübertragung bezeichnet. Ebenso wie in der therapeutischen Beziehung mit Folteropfern und anderweitig Traumatisierten können sich auch beim Gutachter in seiner Beziehung zum zu Begutachtenden sehr schnell extreme

Gegenübertragungsphänomene mit entweder zu großer Distanz und fehlender Empathie oder mit zu geringer Distanz mit der Gefahr der Überidentifizierung und sogar der persönlichen, empathischen Verstrickung einstellen. (Wilson & Lindy 1994; Hoppe 1967).

Eine zu große Distanz und zu geringe Empathie können sich beim Gutachter entwickeln aus dessen unzureichenden Kenntnissen über psychische Traumafolgen sowie fehlender Information über politische, geschichtliche Fakten und Haftbedingungen in den Herkunftsländern, aber auch dadurch, dass er, ausgehend von seiner eigenen Lebenserfahrung und seinem Bild von einer im Grunde harmonischen Welt, die Darstellungen des anderen für übertrieben und unglaublich hält (Wilson & Lindy 1994). Aus der Sicht des Traumatisierten nimmt er dann insofern eine Eigenschaft der früheren Täter an, als er ebenso wie diese das Geschehene zu verschweigen und verleugnen scheint. Eine derartige Beziehungskonstellation ist auch ein Grund für die oft zu beobachtende resignative Zurückhaltung von Folterüberlebenden in den Explorationsgesprächen, was nicht selten Gutachter zu der irrtümlichen Annahme gelangen lässt, hier einen Menschen ohne oder mit nur gering ausgeprägten traumabedingten psychischen Symptomen vor sich zu haben. Diese fehlende Anerkennung bedeutet für die Betroffenen eine erneute Kränkung, und oft schließt sich hieran eine zeit- und kostenaufwendige Kette von Widerspruchs- und Klageverfahren über sämtliche Verwaltungs- und Gerichtsinstanzen.

Eine zu geringe Distanz und zu große Empathie mögen beim Gutachter aus der Abwehr eigener Schuld und Schamgefühle entstehen oder aus Erschütterung und Entsetzen über die vom Überlebenden geschilderte traumatische Erfahrung oder aus bewusster oder unbewusster Furcht heraus, von diesem in die Nähe der damaligen Tätern („Täterübertragung“) gerückt zu werden. Hieraus kann eine zu große,

undistanzierte und kämpferische Hilfsbereitschaft gegenüber dem Traumatisierten erwachsen, die, wenn sie unreflektiert bleibt, den Gutachter dazu verleitet, gegenüber Kollegen und Behörden unsachlich, pauschal und polemisch zu argumentieren.

Daher ist nicht allein das Vorhandensein spezifischer psychiatrischer oder auch psychologischer Fachkenntnisse bei der Beantwortung gutachterlicher Fragestellung von Traumatisierten eine entscheidende Voraussetzung, sondern ebenso wie in der Psychotherapie ist es auch bei der Begutachtung von Personen mit psychischen Traumafolgen von grundlegender Bedeutung, zwischen den beiden bei dieser Klientel sich schnell einstellenden extremen Gegenübertragungsphänomenen mit entweder zu großer oder zu geringer Distanz eine mittlere Position einzunehmen, welche sich durch "größtmögliche Empathie im Verbund mit größtmöglicher Distanz" (Lansen 1996) oder "kontrollierter Identifikation" (Hoppe 1967) charakterisieren lässt;

1.3. Traumaassoziierte Störungsbilder neben PTBS

Entsprechend der im Jahr 1999 in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegebenen Leitlinien der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die posttraumatische Belastungsstörung eine mögliche Folgereaktion auf eines oder mehrere traumatische Ereignisse (Flatten et al. 2001). Die im ICD-10 und DSM-IV formulierten Kriterien der PTBS decken bei weitem nicht das Spektrum traumabedingter Störungen ab. Abgesehen von der unten aufgeführten, nach wenigen Tagen einsetzenden und spontan remittierenden akuten Belastungsreaktion sowie der oben schon erwähnten andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gibt es noch weitere psychische Störungen, die im Zusammenhang traumatischer Einwirkungen entstehen können. Diese sind: Akute

posttraumatische Belastungsreaktion; dissoziative Störungen; Somatisierungsstörungen; Zwangserkrankungen; Borderline Persönlichkeitsstörung; Angsterkrankungen; posttraumatische Depression; Substanzmittelabusus; andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Besonders bei Personen, die lang anhaltender, auch mehrfacher, so genannter kumulativer Traumatisierung durch Mitmenschen ausgesetzt waren, beschränkt sich das Spektrum psychisch reaktiver Folterfolgen keineswegs auf die im ICD-10 zur Verfügung stehenden Diagnosekategorien der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) und der Persönlichkeitsveränderung nach Extremtrauma (F62.0). Schwere Depressionen, phobische Angststörungen, Somatisierungs- und dissoziative Störungen können Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung überdecken (Wöller et al. 2001). Ein Gutachter, der sich auf die Diagnosenkategorien der posttraumatischen Belastungsstörung des DSM-IV und einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach ICD-10 als einzige Manifestationsformen psychisch reaktiver Traumafolgen beschränkt, wird daher in vielen Fällen die Frage nach der Genese nicht angemessen beantworten können.

Kasuistik Frau Z. aus Bosnien

Zum Untersuchungstermin erscheint Frau Z. eine 34-jährige Frau, die in Auftreten und sprachlichem Ausdruck einen eher kindlichen Eindruck macht. In euphorisch gehobener Stimmung verneint sie zunächst Fragen nach Beschwerden. Sie sei vollkommen gesund, schlafe gut. Schlechte Erinnerungen habe sie nicht, sondern nur gute an Erlebnissen ihrer Kindheit und Jugend. Bei der Frage nach Bürgerkriegserlebnissen gerät Frau Z. in ängstlich verzweifelte Unruhe und beginnt schneller und hektisch zu sprechen. Plötzlich dem Untersucher gegenüber aggressiv ablehnend äußert sie entschieden und vehement, lieber nach Bosnien zurückkehren zu wollen, als das, was ihr dort widerfahren sei, ein erneutes Mal darlegen zu müssen. Sollte letzteres der Preis für einen weiteren

Aufenthalt in Deutschland sein, würde sie darauf verzichten. Ein solcher Preis sei ihr zu hoch.

Unvermittelt beruhigt sich Frau Z. wieder und wird in Affekt und Verhalten dem Untersucher gegenüber versöhnlicher, dabei aber depressiv, und richtet verzweifelte Schuldvorwürfe gegen sich.

Im Verlaufe der Untersuchung wiederholen sich derartige jähe affektive Umbrüche, die später unter Einbeziehung der Dolmetscherin sogar gleichzeitig ausagiert werden. So wendet sich Frau Z. der Dolmetscherin zu und vertraut ihr in ihrer Sprache Einzelheiten traumatischer Erlebnisse mit der Bitte an, nichts davon an den Untersucher weiterzugeben. Gegen Ende kostet es diesem einige Mühe, behutsam, aber bestimmt den Rahmen des Untersuchungssettings wieder aufzurichten, was um so wichtiger erscheint, als Unruhe und Agitiertheit sowie die gereizt aggressiven Affekteinbrüche Frau Z.s nun auch von untergründiger panischer Angst begleitet werden und bei jedem erneuten Umschwung bedrohlich zunehmen.

Als einziges Kind ihrer Eltern sei Frau Z. offenbar sehr behütet aufgewachsen. Nach Schulabschluß habe sie eine Ausbildung als Verkäuferin gemacht und als solche bis zu ihrer Entlassung Anfang 92 gearbeitet. Der Kriegsbeginn 1992 sei im Alltagsleben in ihrer Heimatstadt in Bosnien zunächst nicht besonders wahrzunehmen gewesen. Kämpfe hätte es zunächst auch im Umkreis nicht gegeben. Für die Bosnier in der Stadt hätten sich die Veränderungen zunächst im Stillen vollzogen. So sei ihr Anfang 1992 der Arbeitsplatz als Verkäuferin gekündigt worden. Wenige Monate darauf war die Stadt von paramilitärischen wie später auch regulären serbischen Truppen eingeschlossen. Für die verbliebenen Bosnier erfolgte Ausgangssperre und soziale Isolierung.

Frau Z. nennt das Datum, an dem sie ihre Eltern zuletzt gesehen habe. Sie schildert, wie sie von einem nachmittäglichen Besuch bei einer Freundin nach Hause zurückgekommen sei und wie eine Nachbarin vor der Haustüre auf sie gewartet und ihr schonend beigebracht habe, dass die Eltern von Soldaten abgeholt worden seien. Seither seien die Eltern verschollen.

Die folgenden zwei Jahre habe Frau Z. mit Unterstützung von Nachbarn und des Roten Kreuzes in ihrem Elternhaus alleine gewohnt. Bei der Rekrutierung leerstehender Häuser für serbische Flüchtlinge sei sie von serbischen Soldaten entdeckt und in eine Militäreinrichtung verbracht worden. Sie sei dort vielfach und brutal vergewaltigt und gefoltert worden. Ein im Ruhestand befindlicher Arzt und Freund der Familie habe nach ihrer Entlassung nach neun Tagen ihre Unterleibsverletzungen in seiner Privatwohnung notdürftig chirurgisch versorgt. Angesichts einer bevorstehenden erneuten Vorladung durch die serbischen Behörden habe

sie sich versteckt und sei mit Hilfe der Nachbarn nach Deutschland geflohen.

Körperlich leide seither an episodisch auftretenden Unterleibs- und Kopfschmerzen. Anfangs hätte sie deswegen ärztliche Kollegen konsultiert, aber in der letzten Zeit sei sie dazu übergegangen, sich eine Vielzahl unterschiedlicher und nicht verschreibungspflichtiger Schmerzmittel aus der Apotheke zu besorgen. Nach eingehenden Untersuchungen im örtlichen Krankenhaus seien die chronischen Kopfschmerzen auf knöcherne Veränderungen der Halswirbelsäule zurückgeführt worden. Sie aber wisse ganz genau, woher die Kopfschmerzen stammten. Aber sie hätte den dortigen Ärzten nichts näheres berichtet. Dies sei schließlich ihre Sache, die sonst keinen etwas angehe.

Was sich damals mit ihr bei den Serben zugetragen habe, gehe niemanden etwas an. Diese Ereignisse seien ihr jetzt auch gleichgültig. Denn wenn Bilder vor ihre Augen träten, sei das für sie ähnlich wie in einem Kinofilm mit Begebenheiten, die nicht sie sondern eine andere Person beträfen. Gefühle und Empfindungen habe sie dabei nicht.

Für ihre Zukunft habe sie den einzigen Wunsch, man möge sie in Deutschland für die folgenden zehn Jahre, die ihr allenfalls noch blieben, in Ruhe lassen. Besondere Pläne für die Zukunft habe sie nicht, das Einzige, was sie interessiere sei, was sie am Folgetag mit ihren deutschen Freunden unternehme. Im Falle einer schweren Erkrankung gedenke sie keine ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, die ihr möglicherweise ihr Leben verlängern könne, da ihr im Grunde an ihrem Leben nichts mehr läge, zu einem Suizid ihr aber der Mut fehle.

Neben Verleugnung und der Tendenz zur Regression ist die oben beschriebene Beziehungsdynamik bei Frau Z. sehr spezifisch für weitere frühe Angstabwehrformen, nämlich die der Spaltung sowie auch der projektiven Identifizierung, wie man es bei dem von Otto Kernberg strukturell beschriebenen Borderline-Syndrom vorfindet (Kernberg 1978), welches in der Klassifikation der WHO am ehesten der dissoziativen Identitätsstörung nach ICD-10 (F44.81) entspricht. Von besonderer Bedeutung ist in dieser Kasuistik nicht nur die Schwierigkeit der Exploration unter der für dieses Krankheitsbild typischen Beziehungsdynamik sondern auch, dass hier nicht das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung sondern allenfalls nur Teilsymptome einer solchen zu eruieren sind. Ein Gutachter, der sich auf die Diagnosenkriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung im DSM IV und einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach ICD-10 als einzige Manifestationsformen psychisch reaktiver Traumafolgen

beschränkt, wird die Fragen nach der Genese hier nicht angemessen beurteilen können.

1.4. Abgrenzung von anderen Störungen

In Fragen an den Gutachter nach eventuell bestehenden chronischen, psychisch reaktiven Traumafolgen und ihrer Kausalität ist es aber nicht nur die Diagnosestellung, welche Schwierigkeiten bereitet, sondern auch die Abgrenzung von nicht traumatisch bedingten - sei es hereditärer oder psychoneurotischer Genese -, im sozialen Entschädigungsrecht oft auch als anlagebedingt bezeichnete, schädigungsunabhängige Störungen, die sich gegebenenfalls schädigungsunabhängig weiterentwickelt haben. Manchmal ist es schwierig, diese von schädigungsabhängigen, erlebnisreaktiven, posttraumatischen Störungen zu unterscheiden. In aufenthaltsrechtlichen Verfahren ist die Abgrenzung posttraumatischer von anderen erlebnisreaktiven Störungen wie migrationsbedingte Anpassungsstörungen oder reaktive depressive Entwicklungen von posttraumatischen Störungen bedeutsam. Wenn bei deutschen Probanden psychodynamische Kenntnisse zur Unterscheidung traumatischer von nicht traumatischen bedingten Störungen im sozialen Entschädigungsrecht notwendig sind (Haenel 2002b), kann aber Ihre Anwendung bei Personen aus anderen Kulturkreisen mit anderen familiären und sozialen Gepflogenheiten, Bräuchen und Tabus nicht vorbehaltlos erfolgen. Hilfreich dabei sind die anamnestic Angaben zur sozialen und beruflichen Entwicklung im Herkunftsland vor der Verfolgung. Auch wenn man ebenso wie in den westlichen Ländern auch in anderen Kulturen bei normaler Lebensentwicklung im Herkunftsland von der endemischen Verbreitung neurotischer Konfliktkonstellationen ausgehen muss, ist dennoch ähnlich wie im sozialen Entschädigungsrecht die Frage zu berücksichtigen, ob eine Extremtraumatisierung durch Bürgerkrieg oder Folter zu wesentlichen Verschlimmerung einer latent, lediglich in Disposition vorhandenen und bislang kompensierten psychischen Störung beigetragen hat. In letzterem Falle müsste diese

Störung zwar nicht im Sinne der Entstehung so doch im Sinne einer wesentlichen Verschlimmerung ebenfalls als psychische Extremtraumafolge angesehen werden.

Frau Z Angaben zu Biographie und Kindheitsentwicklung vor dem Krieg erschienen angesichts der dominierenden traumatische Erfahrung recht blass und wirkten idealisiert. Aufgrund ihrer labilen psychischen Verfassung und der begrenzten Möglichkeiten im Rahmen einer Begutachtung hatte der Verfasser auf eine weitergehende Exploration verzichtet. Inwieweit schon vor den Bürgerkriegsereignissen eine psychische Störung vorgelegen hatte, musste offen bleiben. Den wenigen Angaben zufolge sprach jedoch nichts für eine bedeutsame psychische Vorerkrankung. Ungewöhnlich war nur, dass Frau Z. zu Kriegsbeginn mit ihren damals 25 Jahren noch – für eine Bosnierin unüblich - unverheiratet gewesen war. Frau Z., vor dem Krieg in sehr behüteten, überbeschützenden Verhältnissen aufgewachsen, hatte aber offenbar eine normale und unauffällige schulische Entwicklung und Berufsausbildung und Berufspraxis als Verkäuferin hinter sich. Da sich die Fragen des Verwaltungsgerichtes lediglich auf die aktuelle gesundheitliche Verfassung der Klägerin und auf mögliche gesundheitliche Folgen im Falle einer Rückkehr nach Bosnien beschränkt hatten, konnte hier auf eine differenzierte Kausalitätsbetrachtung verzichtet werden.

1.5. Interkulturell bedingte Besonderheiten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

Bei psychiatrischen und psychologischen Begutachtungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren handelt es sich bei den zu Untersuchenden um Personen aus anderer Kulturen mit anderen Traditionen, Religionen und Sprachen. In der Regel findet daher die Begutachtung mithilfe einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers statt (Dhawan et al. 1996). Dabei darf nicht allein nur auf eine korrekte und möglichst wortgetreue sprachliche Übersetzung geachtet werden. Denn was im obigen Abschnitt bezüglich traumaspezifischer Beziehungsaspekte zwischen Proband und Gutachter ausgeführt worden ist, gilt natürlich auch für die Beziehung des Dolmetschers zum Probanden. Das um einen Dolmetscher erweiterte Setting führt zu einer wesentlich komplexeren und störungsanfälligeren Beziehungstriade. Denn fehlendes Vertrauen des

Probanden zum Dolmetscher erschwert ebenso die Exploration oder macht sie unmöglich wie Misstrauen gegenüber dem Gutachter. Wie im therapeutischen bilden auch im gutachterlichen Kontext alle drei Beteiligten ein Beziehungssystem, in welchem sich bewußte wie auch unbewußte Gefühle, Wertungen, Gedanken und Phantasien des einen zum anderen einstellen. Diese können nicht nur auf die aktuellen Personen und die augenblickliche Situation beziehen, sondern auch – vielleicht in geringerem Ausmaße als im therapeutischen Prozess - in der Art ihrer Übertragung/ Gegenübertragung zueinander auf ältere Beziehungserfahrungen aus den jeweiligen Biographien der Beteiligten zurückgreifen (Haenel 1997).

Aber nicht nur psychiatrische und psychologische Fachkompetenz mit Kenntnissen und Erfahrung zu psychisch reaktiven Trauma- und Folterfolgen sowie zur Anamnese- und Befunderhebung mit Hilfe von Dolmetschern, sondern auch Informationen über politische und kulturelle Hintergründe des Herkunftslandes sind für die gutachterliche Tätigkeit in diesem Bereich notwendige Voraussetzungen.

1.6 Kenntnisse in Asyl- und Ausländerrecht

Gemeinhin unterliegen Flüchtlinge, die in aufenthaltsrechtlichen Verfahren begutachtet werden, nach dem Ausländerrecht besonderen, gesetzlich festgelegten Restriktionen wie eingeschränkte ärztliche Versorgung und herabgesetzte Sozialhilfe, obligate Heimunterbringung, Verbot jeglicher Erwerbstätigkeit und Ausbildung sowie Beschränkung des Aufenthaltsbereiches auf den Landkreis. Über die damit verbundenen psychosozialen Folgen im Alltag sowie ihre sozialmedizinische Bedeutung sollte der Gutachter Bescheid wissen (Haenel 2002, Kessler 2002, Wirtgen 1997). Ebenso unentbehrlich sind einige Kenntnisse über Grundlagen des Asyl- und Ausländergesetzes und der unterschiedlichen

gesetzlichen Hintergründe, die sich hinter unterschiedlichen Fragestellungen der Gutachtauftraggeber verbergen.

In Asylverfahren sind es Art. 16 a GG sowie der § 51 AuslG, die der Fragestellung nach psychischen oder physischen Gesundheitsstörungen der Antragsteller oder Kläger zugrunde liegen. In solchen Fällen wird in der Regel gefragt, ob und welche Gesundheitsstörungen vorliegen und mit welcher Wahrscheinlichkeit ggf. diese auf die in der Anhörung beim Bundesamt angegebenen Folter- oder Haft erlebnisse ursächlich zurückgeführt werden können.

Die anderen Fragestellungen zielen ab auf gesundheitlich bedingte Abschiebungshindernisse. Hier wird der Gutachter gefragt, ob bei den Betroffenen psychische oder körperliche Gesundheitsstörungen vorliegen und inwieweit diese ggf. sich im Kontext einer Rückführung tiefgreifend und lebensbedrohlich verschlechtern können. Beachtet werden sollte hierbei der Unterschied, den der Gesetzgeber zwischen den im § 53 AuslG geregelten so genannten „zielstaatenbezogenen“ und den „inlandsbezogenen“ Abschiebungshindernissen nach § 55 AuslG macht. Fragen nach letzteren beziehen sich auf aktuelle Gesundheitsstörungen, welche die Reise – oder besser Flugfähigkeit des Betroffenen einschränken könnten, so dass dieser nicht ohne Gefährdung seiner Gesundheit oder gar seines Lebens in sein Herkunftsland zurückgebracht werden kann. Die Überprüfung der Flugfähigkeit zum Ausschluß eines so genannten „inlandsbezogenen“ Abschiebungshindernisses bezieht demnach lediglich auf den Zeitraum des Transportes vom Zeitpunkt der Abreise bis zur Ankunft auf dem Zielflughafen und kann sinnvoller Weise nur durchgeführt werden, wenn - zugespitzt formuliert - das Flugzeug bereits voll getankt und abflugbereit auf dem Flugfeld steht.

Anders sieht es mit der Frage nach den „zielstaatenbezogenen“ Abschiebungshindernissen aus. Hier geht es um Fragen nach im Zielland nicht oder nicht ausreichend therapierbaren körperlichen oder psychischen Gesundheitsstörungen oder auch - wie z.B. bei den bosnischen Kriegsflüchtlingen – ob psychisch reaktive Folter- oder Bürgerkriegsfolgen bestehen und ob diese im Zusammenhang mit Begegnungen mit Örtlichkeiten oder Personen, die mit früheren traumatischen Ereignissen mittel- oder gar unmittelbar in Verbindung stehen, durch Reaktualisierung oder gar Retraumatisierung sich tiefgreifend verschlechtern können. In der Vergangenheit waren im Zusammenhang mit Bosnischen Kriegsflüchtlingen und dem Problem einer möglicherweise drohenden Retraumatisierung im Rahmen einer Rückkehr von Ausländerbehörden Gutachtenaufträge an Ärzte und Psychologen ergangen, die sich lediglich auf die Frage nach Reisefähigkeit beschränkt und das Problem einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Zeit nach der Rückkehr außer Acht gelassen hatten.

Bei Bundesbehörden und Verwaltungsgerichten bestehen mitunter Unklarheiten, was von einem fachgerecht ausgeführten klinischen Gutachten zu erwarten ist und welche fachlichen Voraussetzungen die Gutachter hierfür mitbringen müssen (Wenk-Ansohn et al. 2002). Bei den üblicherweise in Asylklageverfahren von den Verwaltungsgerichten erhobenen Fragen nach möglichen psychischen oder physischen Gesundheitsstörungen, welche die Angaben über erlittene Haft und Folter der Kläger zu ihrem Asylbegehren stützen oder nicht, oder bei Fragen nach eventuell vorliegenden psychisch reaktiven Traumafolgen und ihrer Prognose im Falle einer Rückkehr der Kläger in das Herkunftsland handelt es sich um klinische Fragestellungen, die von in diesem Bereich erfahrenen Medizinern, Psychologen und Psychotherapeuten beantwortet werden müssen. Hierin mit eingeschlossen können auch Beurteilungen über eine mögliche symptombedingte Einschränkung der allgemeinen

Aussagefähigkeit sein. Jedoch Fragen nach Glaubhaftigkeit von Aussagen eines Asylbewerbers und der Einschätzung, inwieweit diese Aussagen zu vergangenen Ereignissen auch auf tatsächlich Erlebtem beruhen oder nicht, können am besten mit der Methode der forensischen Aussagepsychologie beantwortet werden, in welcher allerdings zur Zeit keine standardisierten und wissenschaftlich validierten Verfahren zur Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch traumatisierter Personen aus anderen als den mitteleuropäischen und nordamerikanischen Kulturkreisen zur Verfügung stehen.

Die Erstellung aussagepsychologischer Gutachten liegt außerhalb des Kompetenzbereichs eines Facharztes oder klinischen, psychotherapeutisch ausgerichteten Psychologen, wie auch ein in aussagepsychologischen Gutachten versierter forensischer Psychologe in der Regel nicht in der Lage ist, klinische Gutachten zu erstellen. Darüber hinaus sind die Untersuchungsmethoden grundverschieden, so dass man auch nicht beides zugleich durchführen kann (Birck 2002).

Häufig wird auch gefragt, „wie lange eine evtl. vorzunehmende psychiatrische Behandlung mit dem Ziel der gesundheitlichen gefahrlosen Rückführung in die Heimat benötigen würde.“ Hierzu ist festzustellen, dass bei Patienten mit erlebnisbegründeten, psychisch reaktiven Traumafolgen eine lebenslange Vulnerabilität besteht mit der Gefahr symptomverstärkender Reaktualisierung bei Ereignissen, die in einem Zusammenhang mit den damaligen traumatischen Erfahrungen stehen (Spranger 2002). Eine Verknüpfung eines erfolgreichen Therapieausgangs mit einer späteren Rückkehr in das Land, wo die traumatischen Ereignisse stattgefunden haben, ist sinnlos, insofern als sich Vertrauen und Offenheit des Patienten zum Therapeuten als eine Grundbedingung jeder psychotherapeutischen Beziehung schwerlich entwickeln kann, wenn mit ihr zugleich die möglicherweise retraumatisierende und als Bedrohung

erlebte Rückkehr in das Herkunftsland am Ende einer Behandlung in Aussicht steht. Eine unter solchen Auspizien begonnene Psychotherapie bietet grundsätzlich wenig Aussicht auf Erfolg.

Wichtig ist: Bei Unklarheiten im Gutachtauftrag und bei Fragestellungen, deren Beantwortung am Kern des Problems vorbeigeht, sollte zur Klärung - am besten telefonisch - Kontakt mit dem Auftraggeber aufgenommen werden.

2. Lösungsweg

2.1 Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM)

Angesichts dieser besonderen Ausgangssituation und dem besonders seit dem Krieg im ehemaligen Jugoslawien gestiegenen Interesse der Behörden an der Klärung derartiger klinischer Fragestellungen (Treiber 2002) hat im Jahre 2002 eine Arbeitsgruppe in diesem Bereich erfahrener Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen (SBPM) entwickelt (Gierlich et al 2002). Diese Standards umfassen Richtlinien zur Erstellung von klinischen Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Klageverfahren unter Einbeziehung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die posttraumatische Belastungsstörung und andere psychisch reaktive Traumafolgen und berücksichtigen deren oben dargestellte Besonderheiten und Erschwernisse bei der Begutachtung. Mittlerweile haben sie auch bei vielen Fachgesellschaften (DGPT = Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V., DeGPT = Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) und Landesvertretungen wie die Bundesärztekammer, die Landesärztekammer Nordrhein-Westfalens sowie die Berliner

Ärzttekammer und Psychotherapeutenkammer breite Aufnahme und Unterstützung gefunden. Ihre ausführliche Version mit den Namen aller beteiligter Autoren kann über das Internet unter folgender Adresse abgerufen werden:

<http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995>.

2.2. Umsetzung der Gutachtenstandards in die Praxis

Auf Initiative der Ärztekammer Berlin hat im Jahre 2002 der Vorstand der Bundesärztekammer beim 105. Deutschen Ärztetag beantragt, die Bundesärztekammer zu beauftragen, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entsprechendes Fortbildungscurriculum mit Bescheinigung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln. Dieser Antrag war von den Delegierten des Ärztetags im Mai 2002 mehrheitlich angenommen worden (Deutsche Ärzteblatt 2002). Entsprechend diesem Ärztetagbeschluss haben im vergangenen Jahr in Würzburg sowie Berlin nach den Richtlinien der SBPM-Arbeitsgruppe mehrere Fortbildungsseminare mit großem Erfolg stattgefunden. In Würzburg war diese Fortbildung von der Bundesärztekammer, in Berlin von Ärztekammer Berlin und die Berliner Psychotherapeutenkammer gemeinsam mit dem Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer ausgerichtet worden. Sie findet hier seit Beginn des Jahres 2003 an insgesamt zwei Wochenenden mit jeweils zweimal acht Seminarstunden statt und soll nach erfolgreicher Teilnahme und Erstellung dreier supervidierter Gutachten psychologische und ärztliche Fachkollegen in die Lage versetzen, klinische Gutachten zu Fragen nach Vorliegen psychisch reaktiven Traumafolgen und ihrer Genese in aufenthaltsrechtlichen Verfahren fachkompetent zu erstellen.

Literatur

Auswärtiges Amt (1994, 1995): Lageberichte Türkei

Baeyer W von, Häfner H, Kisker K (1964) Psychiatrie der Verfolgten.
Springer Berlin Göttingen Heidelberg

Birck, A (2002) Traumatisierte Flüchtlinge. Asanger Verlag, Heidelberg

Bundessozialgericht Urteil vom 18.10.1995 Az: 9/9a RVg 4/92

Denis D, Kummer P, Priebe S (2000) Entschädigung und Begutachtung
psychischer Störungen nach politischer Haft in der SBZ/DDR. Med Sach
96 :77-83

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99 Heft 24, 2002, S. 1402.

Dhawan S, Entrena E, Erikson-Söder U, Landahl M (1996) Der
Dolmetscher als Brücke zwischen den Kulturen und opfern organisierter
Gewalt. In: Peltzer K, Aycha A, Bittenbinder E (Hrsg) Gewalt und Trauma
IKO Verlag, Frankfurt, S. 178-192

Eissler K. Die Ermordung wie viel seiner Kinder muß ein Mensch ertragen
können, um eine normale psychische Konstitution zu haben. Psyche 5/63:
241-291.

Flatten G, Hofmann A, Liebermann P, Wöller W, Siol T, Petzold E R
(2001) Posttraumatische Belastungsstörungen, Leitlinie und Quellentext.
Schattauer Verlag, Stuttgart

Gierlichs H W, Haenel F, Henningsen F, Schaeffer E, Spranger H, Wenk-Ansohn M, Wirtgen W (2002) Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen

Gierlichs H W (2002) Wissen über Traumata mangelhaft. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 33, S 2148-2149

Graessner S, Wenk-Ansohn M (2000) Spuren der Folter. Verlag des Behandlungszentrums für Folteropfer, Berlin

Haenel F (1997): Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. Systema 11:136-144

Haenel F (1998) Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In: Oehmichen M (Hrsg) Maltreatment and Torture. Schmidt Roemhild Verlag, Lübeck

Haenel F (2000) Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronisch psychischer Traumafolgen. Med Sach 96: 84-87

Haenel F (2002 a) Die Einflüsse sozialer und rechtlicher Umstände auf die psychotherapeutische Behandlung von Folterüberleben. Psychotherapeut 47: 185-188

Haenel F (2002 b) Haenel F Zur Abgrenzung psychisch reaktiver Haft und Folterfolgen von schädigungsunabhängigen neurotischen Störungen Med Sach 98, S 194-198

Hoppe K (1967) The emotional reactions of psychiatrists when confronting survivors of persecution. *The Psychoanalytic Forum* 3: 187-196

Kessler S (2002) Jubeln oder verzweifeln? Flüchtlingsbewegung und Zuwanderungsgesetz. In: *Leben unter Vorbehalt. Institutioneller Rassismus in Deutschland*. Hrsg. Von Margarete Jäger und Heiko Kauffmann. Duisburg 2002, S. 279-288.

Lansen J (1996) Was tut "es" mit uns? In: Graessner S, Gurriss N, Pross C (Hrsg) *Folter, an der Seite der Überlebenden*. Beck Verlag, München, S. 253-270

Niederland W (1968) Studies of concentration-camp survivors. In: Kristal H (Hrsg) *Massive Psychic Trauma*. International University Press, New York, S. 23-40

Pross C (1993) *Wiedergutmachung Kleinkrieg gegen die Opfer Frankfurt Athenaeum*

Schaeffer E (1999) Traumatisierte Flüchtlinge – Die posttraumatische Belastungsstörung. In: *Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf* (Hrsg): „Du musst lernen, deine Strin offen zu tragen“ – Aufsätze zur Situation von Flüchtlingsfrauen, Düsseldorf, S.12-18

Skylv G (1993) Falanga - diagnosis and treatment of late sequela. *Torture* 3: 11-15

Spranger H (2002) Retraumatisierungen der Eltern- und Kindgeneration des 2. Weltkriegs. *Psychotraumatologie* 48

Treiber W (2002) Flüchtlingstraumatisierung im Schnittpunkt zwischen Justiz und Medizin. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 22: 282-288

Venzlaff (1963) U Erlebnishintergrund und Dynamik seelischer Verfolgungsschäden, in: Paul/ Herberg (Hrsg), Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung, Karger Verlag, Basel, S.111-124.

Wenk-Ansohn M (1996) Die Spur des Schmerzes. Psychosomatische Störungen bei Folterüberlebenden. In: Graessner S, Gurrig N, Pross C (Hrsg) Folter, an der Seite der Überlebenden. Beck Verlag, München, S. 83-98

Wenk-Ansohn, (2002) Folgen sexualisierter Folter. Therapeutische Arbeit mit kurdischen Patientinnen. In: Birck A, Pross C, Lansen J (Hrsg) Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. Springer Verlag Heidelberg, S.56-77

Wenk-Ansohn M, Haenel F, Birck A, Weber R (2002) Anforderungen an Gutachten, Einzelentscheider-Brief 8+9: S. 3-4.

Wilson J, Lindy J (1994) Countertransference in the treatment of PTSD. Guilford Press, New York

Wirtgen W (1997) Überlebende von Folter. In Wirtgen W (Hrsg): Trauma Wahrnehmung der Unsagbaren. Asanger Verlag, Heidelberg, S.75-91

World Health Organisation (1992) The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders and diagnostic guidelines. Geneva