

Flucht - Trauma - Abschiebung

Der Umgang mit geflüchteten Menschen als Manifestation verschränkter Disziplinlogiken

Peter Mosser

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 24 (2019), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Im Rahmen des Asylpakets II wurde eine Verschärfung der Regelungen zur gesundheitlichen Begründung von Abschiebehindernissen vorgenommen. Analysen des Grundgedankens der neuen gesetzlichen Regelungen sowie der darauf folgenden Reaktionen psychologischer und psychotherapeutischer Berufsverbände offenbaren das Bild einer sich verselbständigenden Diskursarena, die auf Expertentum und Macht gründet. Innerhalb der hier produzierten Logik gilt das Primat der Diagnose gegenüber dem realen Schicksal geflüchteter Menschen. Im Bemühen, die ärztliche und psychodiagnostische Kompetenz gegenüber dem Gesetzgeber zu legitimieren, drohen menschenunwürdige Lebensbedingungen, reale Gefahren und fehlende Zukunftsperspektiven geflüchteter Menschen in Vergessenheit zu geraten. Die durch die Asylgesetzgebung evozierte politisch-juristisch-psychotherapeutische Konfiguration mündet schließlich in das therapeutische Paradoxon, dass gelingende Behandlungen die Gefahr von Abschiebungen in vielen Fällen erhöhen.

Schlüsselwörter: Flucht, Trauma, PTBS, Psychodiagnostik, Abschiebehindernisse

Summary

Escape - Trauma - Deportation

Manifestations of interlocked disciplinary rationales in dealing with refugee regulations

The legal measures introduced by a new set of asylum regulations in February 2016 ("Asylpaket II") include a tightening of rules for health-related impediments for deportations. An analysis of the foundational ideas for these legal updates and the resulting measures taken by associations representing psychologists and psychotherapists disclose a self-perpetuating discursive arena based on power and professional conceit. Rationales and procedures created by this dynamic favor diagnosis over an empirical assessment of refugees' fates: By trying to legitimize medical and psycho-diagnostic competence to lawmakers, the risks of degrading human conditions, real dangers and missing perspectives are potentially ignored. Ultimately, the political-legal-psychotherapeutic configurations resulting from the new asylum rules imply the practical paradox that succeeding treatments are increasing the danger of deportations in many cases.

Keywords: refugees, trauma, PTSD, psychodiagnostics, deportation impediments

1 Einleitung

Die folgenden Ausführungen sind selektiv. Sie stellen den Versuch dar, anhand eines einzelnen administrativen Vorgangs Aspekte erkennbar zu machen, die paradigmatisch für Systemlogiken sein dürften, die - so wird postuliert - der Dynamik der Verselbständigung (man könnte auch sagen: Entfesselung) unterworfen sind. Seit Adorno wissen wir, dass inhumane Praxen nicht "unmenschliche Menschen"

voraussetzen, sondern dass innerhalb bestimmter politischer Konfigurationen "nach bestem Wissen und Gewissen" Entscheidungen getroffen werden, deren inhumaner Charakter nur außerhalb der Logik, der sie folgen, erkennbar wird (Adorno 1973).

Der folgende Artikel handelt von den §§ 60 und 60a AufenthG. Sofern man voraussetzen kann, dass Gesetze das Ergebnis politischer Entscheidungsprozesse sind, stellt eine Reflexion über einen Paragraphen eine Reflexion über politische Verhältnisse dar. Diese wiederum münden in eine bestimmte Verwaltungspraxis. Im konkreten Fall der beiden hier fokussierten Gesetze sind medizinische/psychotherapeutische Verfahren Teil von Verwaltungsabläufen. Dies ist per se nicht ungewöhnlich, es erscheint aber lohnenswert, bestimmte Implikationen solcher Verschränkungen genauer zu beleuchten.

Wenn im Titel dieses Aufsatzes von "Disziplinlogiken" die Rede ist, dann könnte die Zweideutigkeit dieses Begriffs gewollt sein: Logiken, die den Praxen bestimmter Disziplinen (Recht, Medizin, Psychologie) inhärent sind und Logiken, denen die Disziplinierung von Menschen folgt.

2 §§ 60 und 60a AufenthG

Grundlage der folgenden Ausführungen sind zwei Gesetzesteile, die sich auf ein "Verbot der Abschiebung" (§ 60 AufenthG) sowie auf eine "vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)" (§ 60a AufenthG) beziehen (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2016). Im Besonderen geht es dabei um spezifische, medizinisch begründbare Kriterien, die einer Abschiebung von Flüchtlingen entgegenstehen. Kern der Diskussion ist die Neufassung dieser Gesetzesteile im sogenannten "Asylpaket II", in dem nicht nur die genannten Kriterien enger gefasst werden, sondern auch auf die Praxis der Feststellung dieser Kriterien Bezug genommen wird. Bevor die hier relevanten Gesetzestexte im Wortlaut dargestellt werden, werden aus Gründen der Übersichtlichkeit die neuen Regelungen stichpunktartig aufgeführt (vgl. Gesundheit für Geflüchtete - Informationsportal von Medibüros/Medinetzen, 2016): (1) Medizinische Abschiebehindernisse sollen nur noch akzeptiert werden, wenn es sich um "lebensbedrohliche und schwerwiegende Erkrankungen" handelt; (2) Im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) soll ein Abschiebehindernis nur dann gegeben sein, wenn "die Abschiebung [...] zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung" führt; (3) Ein schwerkranker Mensch kann abgeschoben werden, wenn die medizinische Behandlung in einem Teil des Landes in "ausreichender" Weise gegeben ist; (4) Ein Attest wird nur anerkannt, wenn es von einer approbierten Ärzt*in erstellt und unterschrieben wird und wenn es inhaltlich und formal qualifizierten Ansprüchen genügt; (5) Atteste müssen unverzüglich, d.h. spätestens zwei Wochen nach Erstellung (Datum der ärztlichen Bescheinigung), vorgelegt werden. Steht eine PTBS einer Abschiebung entgegen, muss das Attest unmittelbar nach Erhalt der Androhung (spätestens nach zwei Wochen) vorgelegt werden.

Hier die Gesetze im Wortlaut:

§ 60 Abs. 7: Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden¹. Es ist nicht erforderlich, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt in der Regel auch vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist². Gefahren nach Satz 1, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, sind bei

Anordnungen nach § 60a Abs. 1 Satz 1 zu berücksichtigen.

§ 60a Abs. 2c: Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen. Diese ärztliche Bescheinigung soll insbesondere die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten.

§ 60a Abs. 2d: Der Ausländer ist verpflichtet, der zuständigen Behörde die ärztliche Bescheinigung nach Absatz 2c unverzüglich vorzulegen. Verletzt der Ausländer die Pflicht zur unverzüglichen Vorlage einer solchen ärztlichen Bescheinigung, darf die zuständige Behörde das Vorbringen des Ausländers zu seiner Erkrankung nicht berücksichtigen, es sei denn, der Ausländer war unverschuldet an der Einholung einer solchen Bescheinigung gehindert oder es liegen anderweitig tatsächliche Anhaltspunkte für das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde, vor. Legt der Ausländer eine Bescheinigung vor und ordnet die Behörde daraufhin eine ärztliche Untersuchung an, ist die Behörde berechtigt, die vorgetragene Erkrankung nicht zu berücksichtigen, wenn der Ausländer der Anordnung ohne zureichenden Grund nicht Folge leistet. Der Ausländer ist auf die Verpflichtungen und auf die Rechtsfolgen einer Verletzung dieser Verpflichtungen nach diesem Absatz hinzuweisen.

Man kann solche Texte analytisch lesen. Man kann aber zunächst auch den allgemeinen Eindruck auf sich wirken lassen, dass es sich hier um eine Prosa der Feindseligkeit, des Misstrauens und der unbedingten Kontrolle handelt.

Um diesen Eindruck zu fundieren, erscheint es sinnvoll, sich mit den Problemdefinitionen und Begründungen des Gesetzgebers zu beschäftigen (Deutscher Bundestag, 2016). Dabei erstaunt, mit welcher Offenheit hier das Primat ungestörter Verwaltungsabläufe als wesentliches Movens der Gesetzgebung dargestellt wird. Hinter all dem ist der mit zunehmender Schärfe geführte Diskurs über die Beschleunigung von Abschiebungen zu vermuten, der sich in der unverhohlenen postulierten Logik zuspitzt, dass sich Terroranschläge verhindern ließen, wenn man Geflüchtete nur rasch genug wieder in ihr Heimatland zurückschickt. Innerhalb dieser Logik ist es wichtig, gesundheitliche (humanitäre?) Erwägungen auf das Notwendigste zu beschränken. So heißt es im Gesetzesentwurf unter "Problem und Ziel": "Vielfach scheitern Rückführungsversuche daran, dass medizinische Gründe einer Abschiebung entgegengehalten werden. Diese können jedoch oftmals nicht nachvollzogen werden, da keine einheitlichen Vorgaben für die zu erbringenden Atteste bestehen. Um Verzögerungen von Rückführungen und Missbrauch entgegenzuwirken, bedarf es der Präzisierung der Rahmenbedingungen für die Erstellung ärztlicher Atteste im Zusammenhang mit Abschiebungen." (Deutscher Bundestag, 2016, S. 1). Hier deutet sich bereits an, was sich wie ein roter Faden durch die gesamte Konstruktion des Gesetzes zieht: Mediziner, denen nicht zu trauen ist und die der Kumpanei mit hilfebedürftigen Flüchtlingen bezichtigt werden, stellen sich einem geregelten Ablauf der Abschiebungsmaschinerie entgegen. Diese Störvariable gilt es zu kontrollieren, denn "die Geltendmachung von Abschiebehindernissen in gesundheitlicher Hinsicht stellt die zuständigen Behörden quantitativ und qualitativ vor große Herausforderungen" (ebd., S. 18). Es kann nicht Sache der Behörde sein, sich mit der nötigen Sorgfalt jedem einzelnen Menschenschicksal zu widmen, wenn Hunderttausende Flüchtlinge ins Land kommen. Hier bedarf es einer Formalisierung von Abläufen, auch wenn humanitäre Erwägungen dabei auf der Strecke bleiben. Dies wiederum erfordert die Reduktion von Komplexität und diagnostischer Unschärfe, sodass in der Gesetzesbegründung festgestellt wird: "Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden

insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung [PTBS]) sehr häufig als Abschiebehindernis (Vollzugshindernis) geltend gemacht, was in der Praxis zwangsläufig zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung führt" (ebd., S. 18). Dem hier skizzierten Problem wird mit einigermaßen brachialen Winkelzügen begegnet, deren erstaunlichster in der Behauptung besteht, dass es nicht schlimm ist, an PTBS zu erkranken: "Eine solche schwerwiegende Erkrankung kann hingegen zum Beispiel in Fällen von PTBS regelmäßig nicht angenommen werden, sodass "in Fällen einer PTBS [...] die Abschiebung regelmäßig möglich [ist]" (ebd., S. 18). Verhält es sich mit den psychischen Folgen bei mitteleuropäischen Überlebenden von Terroranschlägen eigentlich genauso? Nicht schwerwiegend? Dem Zwangslauf der im Gesetz konstruierten Logik folgend wird schließlich formuliert: "Es wird gesetzlich vermutet³, dass der Ausreisepflichtige reisefähig ist bzw. dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen" (ebd., S. 19). Nur durch ein Attest könnte der Ausländer das Gegenteil beweisen, allerdings ist hier Vorsicht geboten, denn über das, was in einem ärztlichen Attest steht, kann man geteilter Meinung sein. "Mit der Regelung zur Glaubhaftmachung einer Erkrankung durch den Ausländer wird auf erhebliche praktische Probleme hinsichtlich der Bewertung der Validität von ärztlichen Bescheinigungen im Vorfeld einer Abschiebung reagiert" (ebd., S. 19).

Die Situation stellt sich folgendermaßen dar: In dem Moment, da - politisch motivierte - Verwaltungserfordernisse durch humanitäre Erwägungen behindert werden, werden Begründungszusammenhänge konstruiert, in denen der Wert der menschlichen Gesundheit (v.a. der psychischen Gesundheit) kleingeredet und die Kompetenz medizinisch-psychologischer Instanzen bezweifelt wird und diese in der Folge mit Regularien überfrachtet werden. Oder wie es auf dem Informationsportal "Gesundheit für Geflüchtete" exemplarisch heißt: "Die Posttraumatische Belastungsstörung wird migrationspolitisch motiviert in ihrer Bedeutung herabgemindert" (Gesundheit für Geflüchtete, 2016). Diese scharfsinnige Formulierung verweist auf den Zusammenhang von Politik und der Konstruktion von Gesundheit/Krankheit, der für die hier dargelegten Überlegungen zentral ist.

Der im Rahmen der Gesetzeskonstruktion aufgewendete Wortreichtum und die sich ständig zuspitzende Diktion werden offenbar ins Feld geführt, um den einen Fall zu verhindern, der das ganze System des Umgangs mit geflüchteten Menschen in Frage stellen könnte: Dass ein Mensch, der nicht hinreichend krank ist, im Inland verbleibt. Um diesen Fall zu verhindern, wird eine ganze Apparatur in Gang gesetzt, deren letztendlicher Zweck in der Vergewisserung besteht. Unter diesem Primat steht die Notwendigkeit der Verfeinerung nicht nur verwaltungstechnischer und juristischer, sondern auch medizinischer und psychodiagnostischer Strategien. Es ist der Grundstein gelegt für disziplinübergreifende Praxen der Vergewisserung, die alle - von unterschiedlichen Absichten geleitet - dasselbe Ziel verfolgen: Die Wahrheit herauszufinden in Bezug auf das, was mit diesem geflüchteten Menschen los ist. An diesem Punkt wird gerade die Psychologie wieder einmal mit ihrem unauflösbaren Problem der Intersubjektivität konfrontiert, deren erkenntnistheoretische Grundlagen spätestens seit Wittgenstein formuliert sind (Wittgenstein, 1996). Sie wehrt dieses Problem aber erneut ab und beruft sich auf ihr Vermögen, qua Expertise Aussagen über Menschen zu treffen, die wahrer sind als das, was Menschen über sich selbst aussagen.

3 Fachpolitische Reaktionen

Im Vorfeld der Gesetzesänderung kam es zu Reaktionen von Berufsverbänden, deren Mitglieder unmittelbar von den beschriebenen juristischen Anforderungen betroffen sind. Es wurden fundierte Stellungnahmen abgegeben, die vor allem zwei Zielrichtungen verfolgten: (1) Die engere Fassung der gesundheitlichen Kriterien, die noch als Abschiebehindernis geltend gemacht werden können, ist als menschenrechtswidrig zu qualifizieren. (2) Der Arbeit von Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen wird durch Formulierungen und Vorgaben des Gesetzes offenbar ein weitreichendes Misstrauen entgegengebracht. Indem der Gesetzgeber Kompetenzen und Zuständigkeiten definiert, schafft er berufsgruppenbezogene Hierarchien, innerhalb derer bestimmten Berufsgruppen Kompetenzen abgesprochen werden, die diese ihrem

Selbstverständnis zufolge für sich beanspruchen.

Neben einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK, 2016) sind in diesem Zusammenhang insbesondere auch ein Schreiben des Bundes Deutscher Psychologen (BDP) an Innenminister de Maizière (BDP, 2015) sowie eine Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2016) von Belang. Es ist hier zu bemerken, dass diese Schriftstücke sowohl als Ausdruck des gesellschaftlichen Verantwortungsbewusstseins der jeweiligen Berufsverbände zu verstehen sind als auch deren Bemühen manifestiert, den im Gesetz formulierten Prämissen und Schlussfolgerungen fachlich fundierte Argumentationen entgegenzuhalten. Insbesondere die BPtK scheut sich aber auch nicht davor, offen politische Stellung zu beziehen, um den Geist des Gesetzes zu entlarven. So wird deutlich konstatiert: "Die Bundesregierung stellt mit dem Gesetzesentwurf Asylsuchende unter Generalverdacht, Erkrankungen lediglich vorzutäuschen, um eine Abschiebung zu verhindern. Dieser Vorwurf gilt insbesondere für psychische Erkrankungen und hier besonders die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)" (BPtK, 2016, S. 3). Weiter unten wird die Motivation des Gesetzgebers noch einmal beim Namen benannt: "Die Abschiebung von kranken Menschen wird ausweislich der Gesetzesbegründung nicht etwa deshalb erleichtert, weil es dafür fachliche und empirisch belastbare Gründe gibt, sondern weil die deutschen Behörden quantitativ und qualitativ damit überfordert sind" (ebd., S. 9). Sowohl der BDP als auch die BPtK betonen die nachweislich hohen Prävalenzen posttraumatischer Belastungsstörungen bei Flüchtlingen und die Schwere der Erkrankung. Die BPtK verweist darüber hinaus darauf, dass sich Traumafolgestörungen in einer großen Vielfalt von Krankheitsbildern manifestieren können und eine Reduktion auf die PTBS-Symptomatik der Problematik nicht gerecht wird. Des Weiteren wird klargestellt, dass eine Abschiebung regelhaft zu einer massiven Verschlechterung einer PTBS-Symptomatik bis hin zur Selbstgefährdung führt (ebd., S. 13).

Es ist das Verdienst der genannten Berufsverbände, die fachlich-inhaltlichen Fehler des Gesetzgebers aufgedeckt und deren zugrundeliegende Motivationen offengelegt zu haben. Nichts davon hat die Bundesregierung daran gehindert, das Asylpaket II mit all seinen inhumanen Bestandteilen umzusetzen. Aber noch etwas ist interessant: Die Berufsverbände laufen Gefahr, sich in ihrer Argumentation in die Logik jener politischen Justiz zu verstricken, die der Konstruktion der Abschiebungsgesetze zugrunde liegt. Psychologie und Psychotherapie offenbaren in ihrer engagierten und fundierten Kritik bestimmte Probleme des Selbstverständnisses, die im Folgenden kurz dargestellt werden, um eine reflexiv-fachliche Kontextualisierung zu ermöglichen.

3.1 Demonstrative Selbstüberschätzung

Sowohl der BDP als auch die BPtK treten entschieden der Behauptung entgegen, dass psychische Erkrankungen (z.B. PTBS) "schwer diagnostizier- und überprüfbar" seien. Hinter der von erstaunlicher Zuversicht und unverhohlenem Trotz vorgebrachten Entgegnung der Verbände ist möglicherweise so etwas wie eine Abwehr der Unzulänglichkeiten des eigenen diagnostischen Instrumentariums zu erkennen. Der Behauptung des Gesetzgebers wird mit nichts anderem als der Behauptung der eigenen Kompetenz entgegengetreten: "Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie auf psychische Erkrankungen qualifizierte Fachärzte sind Experten für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. Diese qualifizierten Berufsgruppen sind in der Lage, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und die Validität der Diagnose auch zu überprüfen" (BPtK, 2016, S. 12). Der BDP stellt apodiktisch fest: "PTBS kann hinreichend sicher diagnostiziert werden - von Fachleuten, zu denen folgende Berufsgruppen zählen: Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie, für Psychotherapie und psychosomatische Medizin" (BDP, 2015, S. 2). Es wird also nicht inhaltlich argumentiert, sondern von beiden Verbänden einfach nur festgestellt, dass es klar definierte Experten gibt, die das können. Diese Position ist angreifbar, weil sie die vielfältigen Probleme der Psychodiagnostik nicht einmal andeutungsweise benennt. Insbesondere im Zusammenhang mit Flüchtlingen wären hier beispielsweise zu nennen (vgl. Stammel & Böttche, 2016; Scheef-Maier & Haenel, 2016): (1) Der

fehlende Nachweis des zugrundeliegenden traumatischen Erlebnisses, da Diagnostiker keine Tatsachen ermitteln können und sollen; (2) Probleme der Objektivierbarkeit der Symptomatik und die mangelnde Spezifität der Symptome; (3) Aufenthaltsrechtlich bedingte Motivationen der Patient*innen; (4) Traumaspezifische Besonderheiten bei der Exploration (Vermeidung, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen); (5) Analogie zwischen psychologischen Explorationen einerseits und Verhörsituationen, die Patient*innen aus ihren Herkunftsländern/von der Flucht kennen, andererseits; (6) Komplexe traumatogene Vorgeschichte der Patient*innen mit vielfältigen Krankheitsbildern; (7) Ausgeprägte Gegenübertragungspänomene bei multipler Gewalt in der Biografie von Patient*innen; (8) Interkulturell bedingte Besonderheiten (anderes Krankheitsverständnis, andere Symptommanifestationen, andere Kommunikationsgepflogenheiten, anderes Krankheitsempfinden, kulturelle Tabus); (9) Sprachprobleme; Übersetzungsfehler durch Sprachmittler*innen; (10) Dissoziative Phänomene während der Exploration; (11) Inkohärente Auskünfte (bei mehreren Explorationssitzungen); (12) Mangel an übersetzten, kulturell adaptierten Diagnoseinstrumenten; (13) Unterschiedliche Angaben von Patient*innen bei klinischer vs. standardisierter Diagnostik.

Selbst diese umfangreiche Aufzählung ist zweifellos unvollständig. Die im Zusammenhang mit der Flüchtlingsproblematik entfachte Diskussion verweist auf grundsätzliche Probleme der Psychodiagnostik, die mit dem Hochhalten von Testgütekriterien nicht zu lösen sind. Unter Beachtung dieser Probleme ist eher dem Gesetzgeber zuzustimmen, wonach psychische Erkrankungen schwer diagnostizier- und überprüfbar sind. Die Konsequenzen, die er aus dieser Einschätzung zieht, sind allerdings von haarsträubender Einfachheit, weil er - im Einklang mit den genannten Berufsverbänden - das Heil im Spezialwissen ausgewiesener Expert*innen sucht. Der BDP bemüht in diesem Zusammenhang eine Metapher, die wenig Überzeugungskraft besitzt: "Dass Berufsgruppen außerhalb dieser Gruppen [Psychologische Psychotherapeuten etc..., Anm. d. A.] die Diagnostik als schwierig empfinden, ist nachvollziehbar, aber wenig aussagekräftig. Für die Beurteilung eines statischen Problems in einem Haus wird ja ebenfalls ein Statiker benötigt, und nicht der Innenarchitekt" (BDP, 2015, S. 2). Dieses trotziges Beharren auf der eigenen Expertise ist verdächtig. Sie verneint, dass diagnostische Prozesse von Zweifel, Ungewissheit, Emotionen, Inkonsistenzen, Widersprüchen und Ungenauigkeiten geprägt sein können. Wenn all dies nicht sein darf, um dennoch zu tragfähigen diagnostischen Einschätzungen zu kommen, dann machen sich Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen tatsächlich unglaubwürdig.

3.2 Berufspolitische Motivationen

Im Zusammenhang mit der Deklaration von Expertentum fällt noch etwas ins Auge, wenn man die Stellungnahmen der Berufsverbände liest. Der Gesetzgeber liefert eine Steilvorlage für Konflikte zwischen Berufsgruppen, wenn er die Anforderungen für Atteste erhöht und gleichzeitig definiert, wen er für geeignet hält, diesen Anforderungen zu genügen, nämlich ausschließlich approbierte Ärztinnen und Ärzte. Spätestens an diesem Punkt aktualisiert sich unweigerlich Foucaults "Ordnung des Diskurses". Es wird eine exklusive Arena eröffnet, in die nur eintreten darf, wer von offizieller Seite die Befugnis zur Kommunikation erhalten hat: "Sie [die Disziplin, Anm. d. A.] definiert sich durch einen Bereich von Gegenständen, ein Bündel von Methoden, ein Korpus von als wahr angesehenen Sätzen, ein Spiel von Regeln und Definitionen, von Techniken und Instrumenten" (Foucault, 1993, S.22). Alle, sowohl die, die eingeladen sind als auch die, die mit Vehemenz auf ihre Befugnis zur Teilnahme pochen, werden zu Akteuren in einem Schauspiel der Macht. Die Requisiten dieser Aufführungen sind unüberschaubar: Expertentum, Begutachtung, Bewertung, Überprüfung, Abschiebung,... Diese Verfahren sind vollkommen besetzt von Problemen der Macht. Es ist das Dilemma der Psychologie, der Psychotherapie und der Medizin, dass ihnen in diesen Ritualen der Verwaltung bedeutsame Rollen zugeschrieben werden. Bedeutsame Rollen, die sie annehmen wollen. Daher die BPTK: "Die Intention des Gesetzgebers ist klar und richtig, Begutachtungen über das Vorliegen von gesundheitlichen Abschiebungshindernissen dürfen nicht von Jedermann ausgestellt werden." (2016, S. 16). Jedermann als Schreckgespenst der Experten. Natürlich ist die Vorgabe des Gesetzgebers absurd, Diagnosen, die von

psychologischen Psychotherapeut*innen ausgestellt werden, nicht anzuerkennen. Es erhebt sich daher die Frage, wie man mit Absurditäten und frechen Unterstellungen sinnvollerweise umgehen kann. Die Berufsverbände verlegen sich auf Trotz, aber auch auf eine überraschend anmutende Kooperationsbereitschaft. Der BDP macht klar: "Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Fachärzten gleichgestellt und können psychische Störungen sicher diagnostizieren" (2015, S.4). (Man müsste vielleicht präzisieren: "... nicht weniger sicher diagnostizieren."). Die BPtK hingegen fährt ihr gesamtes berufspolitisches Gewicht auf, um mit ausgewogener Diplomatie auf die krude Provokation des Gesetzgebers zu reagieren. Wieder überrascht der grundsätzliche Gleichklang mit den Vorgaben im Gesetz: "Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Regelung, eine Abschiebung beeinträchtigende Erkrankung müsse durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft gemacht werden, ist ein nachvollziehbares Ziel. Auch der Forderung, dass Gutachten über den Gesundheitszustand von Asylbewerbern in asylrechtlichen Verfahren gewisse Mindeststandards erfüllen müssen, ist zuzustimmen." All dies folgt uneingeschränkt der Ordnung des Diskurses. Hinsichtlich der Befugnis zur Teilnahme an diesem Diskurs macht der Berufsverband Vorgaben, die jene des Gesetzgebers in gewisser Weise übertreffen. Nur eine "qualifizierte Person [kann] eine solche qualifizierte Bescheinigung erstellen" (BPtK, 2016, S. 4). Wer die Kriterien für die Zugehörigkeit zu diesem tautologisch definierten Kreis erfüllt, wird im anschließenden Satz klargestellt: "Ärztliche Psychotherapeuten wie der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" (ebd., S.4). Dass dieser Formulierung zufolge nur männliche Ärzte, die im Singular genannt werden, und männliche Psychotherapeuten im Plural Zugang zur Arena der Macht haben, ist wahrscheinlich nicht weiter erklärungsbedürftig. Es geht hier vordergründig darum, dass nicht jede approbierte Ärzt*in zur Diagnose psychischer Erkrankungen herangezogen werden kann. Daher fragt der BDP: "Sollen jetzt also Bescheinigungen von Orthopäden Anerkennung finden, aber nicht diejenigen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten?" (2015, S. 4). Im Grunde könnten die Psychologischen Psychotherapeut*innen hier durchaus noch selbstbewusster auftreten, da ihre psychotherapeutische Ausbildung wesentlich umfangreicher ist als jene, die sämtliche ärztliche Berufsgruppen, deren Kompetenz hier überall so fraglos anerkannt wird, durchlaufen müssen. Vor diesem Hintergrund mutet es wie ein Schlag ins Gesicht hochqualifizierter Psycholog*innen an, wenn gönnerhaft festgestellt wird: "Mittlerweile hält jedoch die überwiegende Rechtsprechung neben den Fachärzten auch die Psychologischen Psychotherapeuten aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation für befähigt, eine PTBS zu diagnostizieren" (Heinhold, 2016, S.33). Das Bundesjustizministerium begründet aber seine Festlegung in einem Schreiben an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages folgendermaßen: "Die Rechtfertigung des Ausschlusses von Psychologischen Psychotherapeuten bei der Feststellung der Reisetauglichkeit [...] liegt in der [...] anderen Aufgabenstellung des Berufs, die sich nicht auf die Diagnose und Behandlung somatischer Erkrankungen erstreckt. Damit fehlt den Psychologischen Psychotherapeuten [...] die entsprechende Qualifikation." (Ausschuss-Drs. 18 (6) 200, zit. n. Heinhold, 2016, S.28). Vieles daran ist absurd. Und es erscheint wichtig, dass sich psychologische und medizinische Berufsgruppen auch diskursiv von der Vereinnahmung durch politisch motivierte Verwaltungsverfahren distanzieren. Es ist nachvollziehbar, dass auf die Qualität der eigenen Arbeit (und implizit auch auf die Identität der eigenen Berufsgruppe) rekurriert wird, allerdings sollte dabei der Referenzrahmen dieser Diskussion nicht aus dem Auge verloren werden.

3.3 Diagnosenfixierung

Die Reaktionen der Berufsverbände auf die Änderungen im Asyl- und Aufenthaltsgesetz beziehen sich - man könnte fast sagen: naturgemäß - primär auf Praxen zur Feststellung psychischer Erkrankungen, um diese als Abschiebehindernisse geltend machen zu können. In diesem Zusammenhang wird auf die hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen, auf die Schwere der Erkrankungen und auf zu erwartende Verschlimmerungen der Erkrankungen im Falle von Abschiebungen verwiesen (vgl. hierzu z.B. auch Linke, Hashemi & Voß, 2016). Es ist Auftrag und Aufgabe von psychologischen und medizinischen Berufsgruppen,

mit Sachinformationen auf politisch höchst fragwürdige diesbezügliche Bagatellisierungen und Verdrehungen zum Zwecke eines reibungsloseren Verwaltungsverfahrens zu reagieren. Problematisch ist hier aber zweierlei, nämlich zum einen die oben angesprochene Suggestion einer zweifelsfreien Diagnostik und zum anderen die Beschränkung des Diskurses allein auf jene Menschen, die nachweisbar psychisch erkrankt sind. An diesem Punkt unterläuft psychologischen, psychotherapeutischen und ärztlichen Berufsverbänden ein schwerwiegender Fehler, der sich nicht anders erklären lässt, als dass man sich vom Sog des politischen, juristischen und administrativen Diskurses vereinnahmen hat lassen: Sofern gesundheitliche Gründe dies rechtfertigen, kann von einer Abschiebung Abstand genommen werden. Diese nirgends hinterfragte Festlegung impliziert einen wesentlichen, nur als zynisch zu bezeichnenden Umkehrschluss: Flüchtlinge, bei denen keine schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen festgestellt werden, können abgeschoben werden. Innerhalb dieser Gruppe könnte wiederum eine Unterscheidung zwischen jenen Menschen getroffen werden, die gesund sind und jenen, deren Erkrankung aus vielerlei Gründen nicht nachgewiesen werden konnte. Was ist mit diesen Menschen? Unter Berufung auf das DSM-5 verweist der BDP darauf, dass das Risiko, an einer PTBS zu erkranken "für Überlebende von Vergewaltigung, Militäreinsätzen, Gefangenschaft zwischen 33% und 50% [liegt]" (BDP, 2015, S.1). Dieser Verweis auf die hohen Erkrankungszahlen enthält aber - unfreiwillig? - noch eine andere Information: 50% bis 67% der Menschen, die Vergewaltigung, Militäreinsätze und/oder Gefangenschaft erlebt haben, entwickeln keine PTBS. Aus eigener Praxis sind mir Fälle von jungen Männern bekannt, die Vergewaltigung, Hunger, den gewaltsamen Tod naher Angehöriger und die ständige Bedrohung im Verlaufe der Flucht erlebt haben und keine Symptome aufweisen, die die Diagnose einer PTBS rechtfertigen würden. Was heißt das? Ist es legitim, diese Menschen dorthin zurückzuschicken, wo ihre Familien ermordet wurden und wo sie selbst in Gefangenschaft geraten waren und misshandelt wurden? Was diese Menschen häufig an psychischer Belastung berichten, ist die Angst vor der Abschiebung, die alltägliche Unsicherheit und die Hoffnungslosigkeit. Diese Menschen sagen unverhohlen, dass sie sich umbringen würden, wenn sie in ihr Herkunftsland zurückgeschickt werden. Nichts daran ist psychisch krank. Es gibt ein Leiden, das nicht erfassbar ist durch die ganze Apparatur der Psychodiagnostik. Aber dieses Leiden bleibt außen vor, wenn Gesetzgeber und Psychotherapeuten um die Deutungshoheit im Verwaltungsverfahren ringen. Die Verengung auf die Kriterien von ICD und DSM schafft einen fragwürdigen Bereich des Expertendiskurses, eine Etikettierung mit Krankheit, die existenzielle Konsequenzen für die nach den Regeln der Expertenkunst begutachteten Menschen nach sich zieht. Außen vor bleiben dabei die schlichten Dimensionen des Leids, der Gefahr, der Perspektivlosigkeit. Man könnte argumentieren, dass man mithilfe der medizinisch-psychologischen Diagnostik wenigstens so manche Abschiebung hinauszögern kann, aber man muss sich dabei auch bewusst machen, dass man hier im Rahmen eines bestimmten Gesundheits- und Krankheitsparadigmas agiert, aus dem die Alltagsrealität gefährdeter, verängstigter und hoffnungsloser Flüchtlinge allzu oft ausgeschlossen ist.

4 Das Problem der PTBS

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist das Chiffre, an dem sich die ganze Auseinandersetzung zwischen Politik, Justiz, Medizin und Psychologie entzündet. Es wäre verkürzt, wenn man das Problem allein an der Frage festmacht, ob die Diagnose einfach zu stellen ist oder nicht. Die posttraumatische Belastungsstörung verweist auf ein viel allgemeineres Problem der Psychodiagnostik. Sie unterbricht das Muster der strengen Phänomenologie der manualorientierten Diagnosestellung, indem sie eine stringente ätiologische Aussage fordert (McNally, 2009). Es lässt sich anhand von Kriterienkatalogen nicht einfach nur feststellen, ob jemand diese Krankheit hat oder nicht, sondern es muss auch identifiziert werden, was die betreffende Person in der Vorgeschichte erlebt hat. Eine weitere Forderung der Diagnose besteht in der Kausalität des Zusammenhangs zwischen dem Erlebnis und den aktuell präsentierten Symptomen. An der strengen Forderung nach Kausalität ist alles unbehaglich. Sie stellt ganz eigentlich ein epistemologisches Abenteuer dar, dessen prekärer Charakter in dem Moment zutage tritt, wenn das Bundesamt für Migration die Frage aufwirft, ob denn die präsentierte Symptomatik (1) authentisch ist und (2) in ihrer Ursächlichkeit zweifelsfrei nachweisbar ist. Die Antwort des Klinikers kann hier nur in einem trotzigem "Ja!" bestehen, weil

er sonst Gefahr läuft, sich auf dem sandigen Boden zu verlieren, auf dem das Gerüst dieses Konstrukts errichtet ist: "Obwohl die Tatsachenermittlung oder gar Beweiserhebung nicht zu den ärztlichen Aufgaben zählt, ist die Benennung des Traumas Voraussetzung der Diagnose PTBS, weshalb die traumaauslösenden Ereignisse vom Arzt auch - entsprechend der Schilderung des Patienten - wiedergegeben werden müssen." (Heinhold, 2016, S. 30).

Es ist hier nicht der Ort, um die gesamte Schwäche der PTBS-Diagnose darzustellen (siehe hierzu Mosser & Schlingmann, 2013), aber es sollen zumindest einige grundlegende Kritikpunkte genannt werden (vgl. auch McNally, 2012): (1) Der kausale Zusammenhang zwischen Erlebnis und Symptom ist spekulativ. Man könnte jede Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung auf einem Kontinuum des Zweifels ansiedeln: Vielfältige traumatogene Einflüsse in der Biografie, zeitliche Entfernung, Probleme der Gedächtnisrepräsentation - all das ist geeignet, die angestrebte Gewissheit des Zusammenhangs zu torpedieren. Natürlich gibt es auf der anderen Seite des Kontinuums Zusammenhänge, die ein hohes Maß an kausaler Eindeutigkeit nahelegen (z.B. im Falle von Monotraumata, wenn der U-Bahn-Fahrer, der einen sich suizidierenden Menschen überfahren musste, Flashbacks und Schlafstörungen entwickelt). Es sind jene Fälle, die Eindeutigkeit suggerieren, von denen der Geist der Diagnose getragen ist. Das Problem besteht aber darin, dass die Brüchigkeit des kausalen Zusammenhangs in dieser Diagnose keinen Platz findet. (2) Die Belastungen, unter denen Menschen leiden, die schreckliche Erlebnisse durchmachen mussten, können sich auf vielfältige Weise manifestieren. Die Annahme, dass sich diese Belastungen in jedem Fall im Kriterienkatalog der PTBS wiederfinden, ist keinesfalls aufrecht zu erhalten. Es erhebt sich dann aber die Frage, ob Menschen, die ein anderes Belastungsmuster aufweisen, nicht traumatisiert sind. Der ganze Diskurs über Komorbiditäten und Symptomüberlagerungen versucht dieses Problem in den Griff zu kriegen. Dann aber befindet man sich im Bereich der rein phänomenologisch orientierten Manualdiagnostik und entkommt damit der Forderung nach Kausalität: Die Sucht, die Angst, die Depression kommen ohne zugrundeliegendes Erlebnis aus. Sie zeigen sich einfach - und darüber, wo sie herkommen, kann nur spekuliert werden. (3) Die Diagnose der PTBS wird als universell konzipiert. Sie nimmt keine Rücksicht auf kulturelle Hintergründe, auf das Geschlecht, auf das komplizierte Geschehen der Sozialisation. Sie fragt nicht nach all den unzähligen Formen und Strategien der Bewältigung, die Menschen einsetzen, um mit dem Entsetzlichen, das sie erleben mussten, irgendwie zurechtzukommen. Sie kennt nicht die Lebenswege der Betroffenen, deren Ringen um Gesundheit, um ihr Leben. Sie unterscheidet zwischen protektiven und Risikofaktoren, um ihre Auftretenswahrscheinlichkeit einzuschätzen, aber sie bleibt dabei in der Logik ihres diagnostischen Musters verstrickt. Diese Diagnose lebt von dem Optimismus (oder der Naivität) der Kliniker, die postulieren, dass Menschen in all ihrer Unterschiedlichkeit auf belastende Erlebnisse in all deren Varianten mit einem übereinstimmenden Reaktionsmuster antworten. Die biologistische Argumentation, die zur Fundierung dieses Postulats aufgefahren wird, hilft hier nicht weiter, weil sie nichts anderes beweist, als dass es neurophysiologische Korrelate zu einem bestimmten Muster psychologischen Erlebens gibt.

5 Probleme der Behandlung

All die geschilderten Probleme, die mit der Feststellung eines gesundheitlich begründbaren Abschiebehindernisses verbunden sind, stellen nur einen Teil des gesundheitspolitischen und psychotherapeutischen Arrangements dar, das sich um Flüchtlinge gruppiert. Das Problem einer geeigneten und wirkungsvollen Behandlung ist damit noch gar nicht angesprochen und kann in seiner Komplexität an dieser Stelle nicht annähernd dargestellt werden. Hier sind z.B. Zugangsschwellen zum Hilfesystem, kulturelle Vorstellungen von Hilfe und Heilung oder krankheitsbezogene Inanspruchnahmehindernisse zu nennen (Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2016). Die Kluft zwischen der prinzipiellen Existenz psychotherapeutischer Angebote einerseits und den Lebensverhältnissen Geflüchteter andererseits fordert das Medizinsystem heraus, sich Gedanken über Zugangsbarrieren und "niedrigschwellige" Hilfen zu machen (Schneider, Bajbouj & Heinz, 2017; Maercker et al., 2017). Wenn von der Bedeutung sozialer Unterstützung, peer-to-peer-Beratung, internetbasierten Angeboten und gedolmetschten Therapien gesprochen wird, so stellt

dies eine Öffnung in Richtung eines komplexeren Verständnisses dessen dar, was Menschen helfen kann. Die Idee der hierarchischen Organisation von Hilfe, an deren Spitze die Richtlinienpsychotherapie steht, wird dennoch nicht aufgegeben. An irgendeinem Punkt scheint letztlich immer die Annahme durch, dass alle Unterstützung dazu beitragen möge, den belasteten Menschen zum therapiefähigen Patienten zu machen. Dabei soll aber nicht außer Acht gelassen werden, dass Teile der psychotherapeutischen Versorgung auf die Herausforderungen reagieren, die mit der Behandlung geflüchteter Menschen verbunden sind und empirisch fundierte, erfahrungsbasierte Konzepte existieren, die auf deren spezifischen Bedarfe Antworten zu finden versuchen (Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2016; für einen Überblick Liedl et al. 2016).

An dieser Stelle sollen nur zwei Aspekte erwähnt werden, die die besondere Schwierigkeit in der psychotherapeutischen Behandlung geflüchteter Menschen ausmachen:

5.1 Therapie unter der Bedingung von Ungewissheit

Als Grundprinzip der Traumatherapie gilt, dass die Erlangung eines stabilen, kontrollierbaren inneren Empfindens auf Seiten der betroffenen Menschen die Existenz äußerer Sicherheit voraussetzt. Diese Anforderung ist hoch. Sie könnte - überspitzt formuliert - zu der zirkulären Annahme verleiten, dass das, was die Therapie heilen soll, schon vor Beginn der Therapie bewältigt sein muss, damit die Voraussetzung für die Therapie gegeben ist. "Äußere Sicherheit" ist ein anforderungsreiches Konstrukt, da z.B. Beziehungs-, Arbeits- und Wohnverhältnisse durchaus anfällig für Bedrohung und ungewollte Veränderungen sind. Die "stabile Lebenssituation", die es ermöglicht, die emotionalen Herausforderungen einer (Trauma-)Therapie auszuhalten, ist vor diesem Hintergrund ein recht optimistisches Konstrukt. Es kann jedenfalls nicht für Menschen mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus geltend gemacht werden. Tatsächlich geht es bei ihnen zumeist vor allem um Alltagsbewältigung und den Versuch, auftretende Symptome möglichst zu kontrollieren. Wesentliche Ziele einer Traumatherapie, die in der Entstehung und Etablierung eines Gefühls von Kontrolle, Vorhersagbarkeit und Sicherheit bestehen, um damit die Basis für die Entwicklung von Hoffnung, Perspektiven und Zukunftsplänen zu schaffen, laufen unter der Bedingung eines unsicheren Aufenthaltsstatus ins Leere.

Zusätzlich spielt das Problem der Vermeidung eine herausragende Rolle. Als zentraler Bestandteil der Diagnose der PTBS wohnt der Vermeidung ein paradox anmutender Charakter inne, weil sie per definitionem die Inanspruchnahme von Hilfe verhindert. Gerade hier stoßen wir wieder auf das Problem der Zirkularität von Symptom und Hilfe, da - technisch gesprochen - erst eine zumindest teilweise Bewältigung des Symptoms die Möglichkeit eröffnet, sich auf psychotherapeutische Hilfen einzulassen. Die Vermeidung spielt für das psychische Überleben traumatisierter Menschen eine bedeutende Rolle. Um während der Flucht "funktional zu bleiben", bedarf es häufig eines vermeidenden Umgangs mit den möglichen inneren Resonanzen auf den Schrecken des Erlebten, auf die Trauer des Verlusts, auf die Sorgen um die Familie und auf die Ungewissheit der (unmittelbaren) Zukunft (Miller et al., 2017; Linke, Hashemi & Voß, 2016). Sie tritt hier eigentlich als Modus der Verdrängung in Erscheinung, der oftmals dazu beigetragen hat, dass Menschen über lange Zeit Umstände aushielten, die eigentlich nicht auszuhalten waren. Ihn aufzugeben - zumal unter Bedingungen der Unsicherheit und Bedrohung - erscheint subjektiv dysfunktional. Mindestens dies ist zu berücksichtigen, wenn wir über Psychotherapie mit Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus sprechen. Dies heißt nicht, dass Psychotherapie sinnlos ist (da die Arbeit an der Symptomkontrolle eine bedeutende Funktion im Sinne der psychischen Entlastung hat), aber es ist wichtig, entsprechende Erwartungen realistisch einzuschätzen. Nicht zu vergessen ist dabei, dass viele Geflüchtete auch in Deutschland unter Bedingungen leben (Wohnsituation, soziale Deklassierung, aufgezwungene Untätigkeit,...), die per se potenziell (re)traumatisierend wirken könnten und damit auch einem Heilungsprozess entgegenstehen (Liedl & Abdallah-Steinkopff, 2016; Gavranidou et al., 2008).

5.2 Heilen, um abzuschieben?

Man könnte sagen, dass die gesamte hier beschriebene Problematik in ein erstaunliches Paradoxon mündet, welches geflüchteten Menschen und deren Unterstützerinnen und Unterstützern Konfusion und Stagnation aufzwingt. Das Problem ist nicht gelöst, wenn einem geflüchteten Menschen ein Abschiebeverbot aus gesundheitlichen Gründen attestiert wird, da die damit verbundene Aufenthaltserlaubnis befristet ist. Dies wiederum bedeutet, dass nach einer bestimmten Zeit überprüft werden kann, ob die Voraussetzungen für das Abschiebeverbot weiterhin vorliegen. Bezüglich einer Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis gemäß § 25 Abs. 3 wegen Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG (gesundheitliche Gründe) ist nämlich folgendes zu beachten: "Die Anerkennung eines Abschiebungsverbots aus gesundheitlichen Gründen begründet noch kein Daueraufenthaltsrecht, da einerseits durch die ärztliche Behandlung die Krankheitssymptome soweit abklingen [Hervorh. d. A.] und andererseits sich die Umstände im Herkunftsland so verändern können, dass eine Rückkehr zu einem späteren Zeitpunkt ohne die zunächst befürchteten gesundheitlichen Gefährdungen vertretbar sein kann. Bei der Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis ist daher stets § 26 Absatz 2 zu beachten. Vor der Erteilung und vor jeder Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zu beteiligen" (vgl. Flüchtlingsrat Niedersachsen, 2017).

Die Logik dieser Vorgabe ist zwingend: Warum sollte ein Abschiebeverbot aufrechterhalten werden, wenn die Gründe, die dafür geltend gemacht wurden, nicht mehr bestehen? Was dies für die mögliche psychotherapeutische Behandlung z.B. eines an PTBS erkrankten Menschen bedeutet, wird im oben hervorgehobenen Passus des Gesetzes deutlich. Es muss Ziel jeder ärztlichen (bzw. psychotherapeutischen) Behandlung sein, dass die "Krankheitssymptome abklingen". Ist dieses Ziel erreicht, fallen die Tatsachen weg, die zuvor ein Abschiebeverbot begründet haben. Wird dieses Ziel nicht erreicht, können weiterhin gesundheitliche Gründe gegen eine Abschiebung geltend gemacht werden. Verkürzt könnte man daraus folgern, dass erfolgreiche therapeutische Bemühungen die Grundlage für eine Abschiebung der Patientin oder des Patienten schaffen. Erscheint es uns beruhigend oder verstörend, wenn anzunehmen ist, dass im Rahmen einer solchen Logik eine erfolgreiche Therapie ziemlich unwahrscheinlich ist? In welche Art von Diskurs sollen Behandler*innen miteinander treten? Wie sollen sie sich gegenüber ihren Patient*innen äußern? Wie kommunizieren mit den Gutachter*innen, die den Gesundheitszustand ihrer Patient*innen nach einem Jahr überprüfen?

Wir könnten uns auf die Position zurückziehen, dass es unter den beschriebenen Bedingungen unwahrscheinlich ist, dass es zu einer signifikanten Verbesserung der Gesundheit der Patient*innen kommt (Vervliet et al., 2014). Aber müssen nicht alle unsere Bemühungen genau diesem Ziel dienen? Müssen wir nicht mit aller Kraft dazu beitragen, im Rahmen einer engagierten interdisziplinären Zusammenarbeit Wege in Richtung einer erkennbar verbesserten Gesundheit unserer Patient*innen zu finden?

Wir könnten uns auch auf die Position zurückziehen, dass mit Fortdauer der Zeit die Begründung eines sicheren Aufenthaltsstatus einfacher werden könnte, z.B. wenn schutzwürdige persönliche, wirtschaftliche oder sonstige Bindungen etabliert werden (sofern dies unter erheblichen gesundheitlichen Belastungen möglich ist). Aber letztlich entkommt niemand dem zynischen Paradox einer Gesetzgebung, in der die Gesundheit geflüchteter Menschen zum Faustpfand ihrer Daseinsberechtigung verzerrt wird.

6 Fazit

Dieser Beitrag fokussiert nur auf ein Segment der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Deutschland. Durch Verschränkung politischer, juristischer und gesundheitsbezogener Mechanismen und Interessen entstehen paradoxe Verfahren und Konstellationen, die sich für die Geflüchteten mit hoher Wahrscheinlichkeit als undurchschaubar und bedrohlich darstellen (Linke, Hashemi & Voß, 2016). Es

erscheint wichtig, dass Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind, sich diese Paradoxien bewusst machen und darüber in Diskurs treten, um Geflüchteten ein Höchstmaß an Unterstützung ermöglichen zu können.

Endnoten

1. "Das verlangte Kriterium einer alsbaldigen erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist menschenrechtlich unakzeptabel und sollte aus ärztlicher/medizinischer Sicht nicht ohne weiteres hingenommen werden" (Heinhold, 2016, S. 26).
2. Hier begibt sich der Gesetzgeber auf das Terrain der schlichten Behauptung. In der Praxis habe ich erlebt, wie man die "ausreichende Versorgung" mit dem Hinweis auf die Existenz von Psychiatrien und Traumazentren im jeweiligen Zielstaat fundiert. Es fehlt hier jegliche Differenzierung zwischen potenziellen Hilfen und realen Zugangsschwellen (die z.B. finanzieller, sozialer, gesundheitlicher oder geografischer Natur sein können).
3. Über die Genese einer "gesetzlichen Vermutung" kann nur spekuliert werden. Deren Auswirkungen sind hingegen präzise gefasst und stellen für schutzsuchende Menschen eine permanente Bedrohung dar.

Literatur

Adorno, T.W. (1973). Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/M.: Suhrkamp Taschenbuch.

BÄK (2016). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren" vom 01.02.2016. Verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2016-02-01_SN_BAEK [26.09.2017].

BDP (2015). Stellungnahme des BDP vom 02.12.2015 zum Gesetzesentwurf zur Beschleunigung der Asylverfahren (Asylpaket 2) in der Fassung vom 19.11.2015. Verfügbar unter: www.bdp-verband.org/bdp/politik/2015/151202_asylverfahren.pdf [26.09.2017].

BPtK (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 1. Februar 2016. Verfügbar unter: www.bptk.de/uploads/media/20160203_2016-02-01_STN_BPtK_Einfuehrung_beschleunigter_Asylverfahren.pdf [26.09.2017].

Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2016). Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz - AufenthG). Verfügbar unter: <https://dejure.org/gesetze/AufenthG> [26.09.2017].

Deutscher Bundestag (2016). Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. Drucksache 18/7538. Verfügbar unter: dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/075/1807538.pdf [26.09.2017].

Flüchtlingsrat Niedersachsen (2017). Aufenthaltsrechtliche Situation. Verfügbar unter: <https://www.nds-fluerat.org/leitfaden/11-fluechtlinge-mit-aufenthaltserlaubnis-nach-25-abs-3-aufenthg-national-schutz> [17.09.2017].

Foucault, M. (1993). Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastungen junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 224-231.

Gesundheit für Geflüchtete - Informationsportal von Medibüros/Medinetzen (2016). Asylpaket II: Änderungen im Bereich "Abschiebeschutz aus gesundheitlichen Gründen". gesundheitsgefluechtete.info/asylpaket-ii-aenderungen-im-bereich-abschiebeschutz-aus-gesundheitlichen-gruenden/ [26.09.2017].

Heinhold, H. (2016). Juristische Aspekte. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse* (S. 18-34). Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B. & Knaevelsrud, C. (Hrsg.) (2016). *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse*. Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A. & Abdallah-Steinkopff, B. (2016). Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse* (S. 71-89). Stuttgart: Schattauer.

Linke, T., Hashemi, F. & Voß, H.-J. (2016). Sexualisierte Gewalt, Traumatisierung und Flucht. *Sexuologie - Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft*, 23 (1/2). Verfügbar unter: https://heinzjuergenvoss.de/Linke_Hashemi_Voss_Sexualisierte_Gewalt_Flucht.pdf [26.09.2017].

Maercker, A., Heim, E., Hecker, T. & Thoma, M.V. (2017). Soziale Unterstützung nach Traumatisierung. *Der Nervenarzt*, 88 (1), 18-25.

McNally, R.J. (2012). The ontology of posttraumatic stress disorder: Natural kind, social construction or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19 (3), 220-228.

McNally, R.J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26, 597-600.

Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R. (2017). Understanding the Mental Health Consequences of Family Separation for Refugees: Implications for Policy and Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication. [dx.doi.org.002273vz53a1.emedia1.bsb-muenchen.de/10.1037/ort0000272](https://doi.org/10.1037/ort0000272) [26.09.2017].

Mosser, P. & Schlingmann, T. (2013). Plastische Chirurgie an den Narben der Gewalt. Bemerkungen zur Medizinisierung des Traumabegriffs. *Forum Gemeindepsychologie*, 18 (1). Verfügbar unter: www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2013_04.html [26.09.2017].

Scheef-Maier, G. & Haenel, F. (2016). Begutachtung. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse* (S. 134-146). Stuttgart: Schattauer.

Schneider, F., Bajbouj, M. & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt*, 88 (1), 10-17.

Stammel, N. & Böttche, M. (2016). Psychodiagnostik. In A. Liedl, M. Böttche, B. Abdallah-Steinkopff & C. Knaevelsrud (Hrsg.), *Psychotherapie mit Flüchtlingen - neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse* (S. 58-70). Stuttgart: Schattauer.

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health consequences of unaccompanied refugee minors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23 (5), 337-348.

Wittgenstein, L. (1996). *Ein Reader*. Stuttgart: Reclam.

Autor

Peter Mosser

p.mosser@bitte-keinen-spam-kibs.de

Dr. phil., Dipl.-Psychologe, Traumatherapeut (EMDR), Systemischer Therapeut, systemischer Supervisor. Mitarbeiter der Beratungsstelle KIBS (für männliche Opfer sexualisierter Gewalt) in München; Mitarbeiter des Instituts für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) in München; Arbeitsschwerpunkte: Sexualisierte Gewalt, häusliche Gewalt; Gewalt in Institutionen; Gender; traumatisierte Systeme.