

ippnw report

die information der ippnw
1. Auflage Okt20 10,00€
internationale ärzte
für die verhütung des
atomkrieges – ärzte in
sozialer verantwortung



Die gesundheitlichen Folgen von Abschiebungen

Eine Einordnung und Kritik aus ärztlicher und
psychotherapeutischer Sicht

Die gesundheitlichen Folgen von Abschiebungen

Eine Einordnung und Kritik aus ärztlicher und
psychotherapeutischer Sicht



Ein Report des
Arbeitskreises Flucht und Asyl
der IPPNW Deutschland

1.	Einleitung: Das Grundrecht auf Asyl	7
2.	Chronologie des Asylrechts in Deutschland	11
3.	Abschiebung in den Krieg. Die „Rückführung“ einer Rom*nja-Familie in den Kosovo	17
4.	Gesundheitliche Folgen von Abschiebungen	21
	4.1 Abschiebung von Menschen mit Traumafolgestörungen	21
	4.2 Abschiebung von Menschen mit chronischen Krankheiten (inkl. psychische Erkrankungen)	27
	4.3 Abschiebungen von schwangeren Frauen	29
	4.4 Abschiebung von Kindern und Jugendlichen	31
5.	Matildas Brief aus Tirana	37
6.	Medizinische Versorgung im Zielland	39
	6.1 Länderbeispiel Afghanistan	39
	6.2 Länderbeispiel Kosovo	43
7.	Die Rolle von Ärzt*innen im Abschiebeprozess	47
	7.1 Berufsethische Grundlagen	47
	7.2 Gutachten und Stellungnahmen	47
	7.3 Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Gesetzen, Berufsordnung, medizinischer Ethik und Menschenrechten	50
8.	Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen – worauf ist zu achten?	53
9.	Im Einsatz gegen Abschiebung: Bilanz einer Sozialarbeiterin	59
10.	Rückkehr nach einer Abschiebung nach Ungarn	63
11.	Politische und psychologische Auswirkungen von Abschiebungen auf die Zivilgesellschaft	67
12.	Die Forderungen der IPPNW	73
	Glossar	74
	Literatur und weitere Informationen	75
	Impressum	76

1. Einleitung: Das Grundrecht auf Asyl

Unter dem Eindruck der Weltkriege, der damit einhergegangenen Vertreibungen, sowie der Besetzung durch die Alliierten wurde das heute weiterhin gültige Grundgesetz 1949 verabschiedet. Ziel war es, aus den Fehlern der Weimarer Verfassung zu lernen und eine Wiederholung der Gräueltaten vom Beginn des 20. Jahrhunderts auszuschließen. Die Grund- und Menschenrechte erhielten eine zentrale Stellung im neuen Grundgesetz. Individuen sollten stärker gegen staatliche Allmacht und Willkür geschützt werden, dies sollte das Bundesverfassungsgericht garantieren. Individuelle Schutzrechte wurden nicht nur in Deutschland gestärkt. Die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs waren global, und weltweit befanden sich Menschen auf der Flucht. Die Gründung der Vereinten Nationen 1945, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948 und die „Magna Charta“ des Flüchtlingsrechts sowie das Abkommen über die Rechtsstellung der Geflüchteten (Genfer Flüchtlingskonvention) von 1951 sollten eine Antwort auf die Lehre sein, die man aus der Vergangenheit gezogen hatte. Ein Szenario wie beim internationalen Treffen 1938 in Evian, bei dem keiner der verhandelnden Staaten jüdischen Geflüchteten Schutz vor der Verfolgung durch das Naziregime gewähren wollte, sollten verhindert werden. Deshalb wurden Instrumente und Bedingungen geschaffen, die „den Schutz und die Geltung der Rechte und der Würde jedes Menschen sowie die Bewahrung des Friedens zur wichtigsten und unumkehrbaren Verpflichtung jeder Politik unter dem Dach der Vereinten Nationen machen sollten.“¹

Zwischen Erinnern und Vergessen

In den kommenden Jahrzehnten aber sorgte der deutsche Staat, wann immer eine größere Zahl Geflüchteter von ihrem Recht Gebrauch machen wollte, für deutliche Einschränkungen des Rechts auf Asyl. So reagierte die Bundesregierung 1993 auf den Anstieg der Zuwanderungszahlen mit einer grundlegenden Einschränkung des Rechts auf Asyl in Art. 16 GG und gab damit rassistischen Ressentiments nach. Ähnliches ereignete sich nach 2015, dem „Sommer der Migration“. Die zunächst weit propagierte Willkommensstimmung, die unfassbar viele ehrenamtliche Kräfte mobilisierte und eine Welle der Hilfsbereitschaft und Güte in der deutschen Bevölkerung initiierte, kippte ganz plötzlich als die Regierungsparteien mit dem Erstarken rechtspopulistischer Parteien wie der AfD konfrontiert waren. Auch wenn die Zahl der Befürworter*innen von Zuwanderung und der unterstützenden zivilgesellschaftlichen Akteur*innen, die der Kritiker*innen übertraf, waren es dennoch die politischen Vorstellungen der letzteren Gruppe, an denen sich die Politik orientierte. In der Folge stieg die Zahl der Abschiebungen sprunghaft an. Im Jahr 2016 gab es 25.375 Abschiebungen, im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung von 21 Prozent. Im Jahr 2014 waren es noch 10.884 und im Jahr 2012 lediglich 7.651 Abschiebungen.²

Dabei war es dieselbe Partei (CDU/CSU), die 2015 die Grenzen öffnete und sich anschließend maßgeblich an der zunehmenden Abschottung Europas und der noch tieferen Aushöhlung der nationalen Asylgesetze beteiligte. Insbesondere sind hierbei das „Asylpaket II“ (2016) und das „Zweite Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“ (2019) – auch „Hau-ab-Gesetz“ genannt – zu nennen. So wurden ab 2016 die

¹ Heiko Kauffmann: Von Evian nach Brüssel. Karlsruhe 2008, S. 39

² www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Abschiebungen-2016.pdf



Foto: Rasande Tyskar/Flickr/CC BY-NC 2.0

Asylverfahren beschleunigt und unter dem Stichwort „Abbau von Abschiebehindernissen“ zahlreiche aufenthaltsrechtliche Änderungen wirksam. Die Berufung auf gesundheitliche Gründe als Abschiebehindernisse und die Ausstellung von Attesten für ein Abschiebeverbot wurden hiermit erschwert. Eine Abschiebung selbst bei schwerwiegender Erkrankung soll von nun an grundsätzlich legal sein, wenn die Gesundheitsversorgung im Zielland als gewährleistet gilt.

Zudem darf seit 2019 die Polizei bei Abschiebungen ohne richterlichen Beschluss eine Wohnung betreten und die Inhaftnahme bei Abschiebungen wurde vereinfacht. Eine Abschiebehaft kann seitdem in regulären Gefängnissen durchgeführt werden und der gesamte Ablauf der Abschiebung gilt als Dienstgeheimnis, was die zivilgesellschaftliche Beratung und Unterstützung von Asylsuchenden erschwert.

Achtzig Jahre nach Evian

Erst kürzlich veröffentlichte die Europäische Kommission unter Führung der deutschen Christdemokratin Ursula von der Leyen ihre Vorschläge für den „New Pact on Migration and Asylum“. Dieser ist ein neuer Anlauf für die Einigung zu einem „Gemeinsamen Europäischen Asylsystem“ (GEAS). Ziel dieses Gesetzesentwurfes ist, die Flucht in die Europäische Union möglichst zu erschweren und Abschiebungen zu erleichtern. Staaten mit EU-Außengrenzen, wie Griechenland und Italien, bleiben weiterhin zuständig für die Mehrzahl der Asylverfahren. Dabei setzt die EU auf „geschlossene Zentren“ an den europäischen Außengrenzen nach dem Muster von Moria, in denen abhängig von der Schutzquote Schnellverfahren durchgeführt werden sollen.

Von fairen Asylverfahren unter diesen Umständen kann nicht ausgegangen werden.³

Die Aushöhlung der Schutzgesetze in Deutschland

Auf nationaler Ebene wurde das Recht auf Asyl in den letzten Jahren zunehmend mit dem „Asylpaket II“ (2016) und dem so genannten „Hau-ab-Gesetz“, beziehungsweise dem „Zweiten Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“ (2019) beschränkt. Unter dem Leitspruch „Abbau von Abschiebehindernissen“ wurden ab 2016 zahlreiche aufenthaltsrechtliche Änderungen wirksam. Unter anderem wurde die Berufung auf gesundheitliche Gründe als Abschiebehindernisse und die Ausstellung von Attesten für ein Abschiebungsverbot erschwert. Zahlreiche Geflüchteten- und Menschenrechtsorganisationen bewerten diese gesetzlichen Bestimmungen als Untergrabung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit von Asylsuchenden. Auch der Deutsche Ärztetag 2017 äußerte sich kritisch gegen den Kurs der deutschen Asylpolitik: Stationär behandlungsbedürftige Geflüchtete sind nicht reisefähig und deshalb verstoßen Abschiebungen aus stationärer Behandlung gegen die deutsche Gesetzgebung. Die zunehmend verkürzten Fristen im Asylverfahren, welche nicht der allgemeinen Verwaltungspraxis entsprechen, begünstigen zudem gerichtli-

³ Grenzverfahren unter Haftbedingungen – die Zukunft des Europäischen Asylsystems? Pro Asyl, 23.9.2020, www.proasyl.de/news/grenzverfahren-unter-haftbedingungen-die-zukunft-des-europaeischen-asylsystems

che Fehlentscheidungen.⁴ Dokumente können nicht rechtzeitig beschafft werden und die Zeit für Beratung fehlt. Ohne externe Unterstützung ist es den Betroffenen in der Regel unmöglich, ihr Recht auf Asyl geltend zu machen.

Vor dem Hintergrund dieser aktuellen Entwicklungen beleuchtet unser Bericht die gesundheitlichen und humanitären Folgen der deutschen Abschiebep Praxis in den vergangenen vier Jahren. Dabei ist unser Ziel, Gesundheitspersonal über die rechtlichen Bestimmungen und Konsequenzen für besonders schutzbedürftige Personengruppen aufzuklären und zum Handeln bei drohenden Abschiebungen zu ermutigen.

Die Publikation beginnt mit einer Chronologie des Rechts auf Asyl und stellt die Entstehung des Gesetzes mit seiner anschließenden Aushöhlung in einen gesellschaftlichen Zusammenhang.

Nach nationalem und Völkerrecht ist die Würde des Menschen zu schützen.⁵ In der Praxis aber können selbst bisher gesunde Menschen durch permanent drohende oder tatsächliche Abschiebungen in ihrer Würde und Gesundheit schwer geschädigt werden. Dies trifft insbesondere vulnerable Geflüchtete. Deshalb beleuchten wir im darauffolgenden Kapitel die gesundheitlichen und humanitären Auswirkungen von Abschiebungen auf besonders schutzbedürftige Personengruppen. Die Berichte einiger unserer Patient*innen vermitteln dabei unmittelbar, wie sich Abschiebungen auf die physische wie psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken.

Um das Argument einer mangelhaften Gesundheitsversorgung im Herkunftsland, bzw. Zielstaat von Abschiebungen zu umgehen, hat der Gesetzgeber die Bewertungsstandards gesenkt. Nun soll eine Abschiebung selbst bei schwerwiegenden Erkrankungen legal sein, wenn im Herkunftsland bzw. Zielstaat zumindest in einer Region Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Am Beispiel von Afghanistan und dem Kosovo zeigen wir, dass diese Aufweichung gravierende Folgen für die Betroffenen hat. Darauf folgend wird die Rolle von Ärzt*innen und Gesundheitspersonal im Abschiebeprozess thematisiert. Mit der gesetzlichen Festlegung, dass gesundheitliche Gründe wie auch die Reisefähigkeit nur durch approbierte Ärzt*innen bestätigt werden können, fällt den entsprechenden Ärzt*innen hier ausgesprochene medizinische wie ethische Verantwortung zu.

Aus diesem Grund liegen dem Report zur praktischen Unterstützung für medizinisches Personal sowohl eine Handreichung des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) zum Thema ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen

und eine Auflistung von Handlungsmöglichkeiten für heilberuflich Tätige in Abschiebesituationen anbei.

In der Praxis sind wir als Gesundheitspersonal seit der neuen Gesetzesreglung zunehmend mit der Abschiebung besonders vulnerabler Personengruppen konfrontiert. Doch auch wenn der reguläre gesetzliche Weg ausgeschöpft zu sein scheint, lohnt es sich weiter zu denken und aktiv zu werden. Wir haben Erfahrungsberichte von Gesundheitspersonal in solchen Situationen gesammelt.

Abschiebungen verstoßen gegen das Recht

- » in Würde zu leben (Artikel 1 GG; Artikel 1 AEMR; Artikel 1 EU-Charta der Menschenrechte),
- » das Recht, in Sicherheit und frei von Gewalt und Terror zu leben und vor Ausweisung geschützt zu sein (Artikel 33 Genfer Flüchtlingskonvention),
- » gegen das Recht auf Gesundheit (Artikel 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der UN),
- » das Recht auf Familienschutz (Artikel 6 GG),
- » gegen diverse Artikel der UN-Kinderrechtskonvention,
- » in vielen Fällen gegen die EU-Aufnahmerichtlinie für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und gegen die EU-Rückführungsrichtlinie.

Aus diesem Grund endet unser Report mit politischen Forderungen, die wir als IPPNW im Rahmen unseres Arbeitskreises Flucht & Asyl zusammengetragen haben, um diese rechtsverletzende Praxis zu beenden.

4 Wiebke Judith (2020): Etikettenschwindel bei der Asylverfahrensberatung. In: Grundrechte Report 2020, Frankfurt/M., Fischer Taschenbuch Verlag. S. 143-147.

5 Grundgesetz, Artikel 1, Absatz 1; Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 1; EU-Charta der Menschenrechte, Artikel 1.

2. Chronologie des Asylrechts in Deutschland

1938

Ab 1933 führt in Deutschland eine Vielzahl antijüdischer Gesetze und der zunehmende gesellschaftliche Ausschluss von Jüd*innen zu Gewalt gegenüber der jüdischen Bevölkerung und massenhafter Auswanderung. Mit der wachsenden Zahl Schutzsuchender wird es für sie zunehmend schwierig, Zuflucht zu finden. Immer mehr Staaten schließen ihre Grenzen, erstellen Einreiseverbote, internieren bereits eingereiste jüdische Geflüchtete in Lagern oder schieben sie über die Grenze ins Nachbarland ab.

Auf Initiative von US-Präsident Theodor Roosevelt treffen sich deshalb 1938 Vertreter von 32 Staaten und vieler meist jüdischer NGOs auf der Konferenz von Évian, um über die Aufnahme verfolgter Jüd*innen zu entscheiden. Die Konferenz endet ergebnislos und besiegelt so das Schicksal zahlloser Opfer des Holocausts.

1949

Das Recht auf Asyl wird in Deutschland sowohl in der Verfassung der DDR, als auch in der BRD mit Artikel 16 im Grundgesetz verankert. Die Aufnahme des Asylrechts im Grundgesetz hat zum Ziel, die großen Wanderungsbewegungen nach dem Zweiten Weltkrieg rechtlich zu regeln. Insbesondere zielt das Gesetz auf die Integration von Vertriebenen aus den ehemaligen deutschen Gebieten.

1951

Zur Regelung der Migrationsströme in Folge des Zweiten Weltkriegs verabschiedet der Völkerbund (Vorgänger der Vereinten Nationen) das Abkommen über „die Rechtsstellung der Flüchtlinge“. Auch wenn die Genfer Flüchtlingskonvention ursprünglich vor allem für den europäischen Kontinent gilt, ist sie heute

international das wichtigste Dokument zum Schutz Geflüchteter. Sie definiert, wer als geflüchtet gilt, welchen rechtlichen Schutz, welche Hilfe und welche sozialen Rechte Betroffene von den Unterzeichnerstaaten erhalten sollten. Zugleich definiert sie die Pflichten, die Geflüchtete dem Gastland gegenüber erfüllen müssen und schließt bestimmte Gruppen – wie z. B. Kriegsverbrecher*innen – vom Flüchtlingsstatus aus.

Kalter Krieg 1949–1989

Nachdem sich die unmittelbaren Fluchtbewegungen als Konsequenz des Zweiten Weltkrieges in Europa gelegt haben, gibt es nach der Verankerung des Rechts auf Asyl in Deutschland zunächst nur wenige Antragsteller*innen.

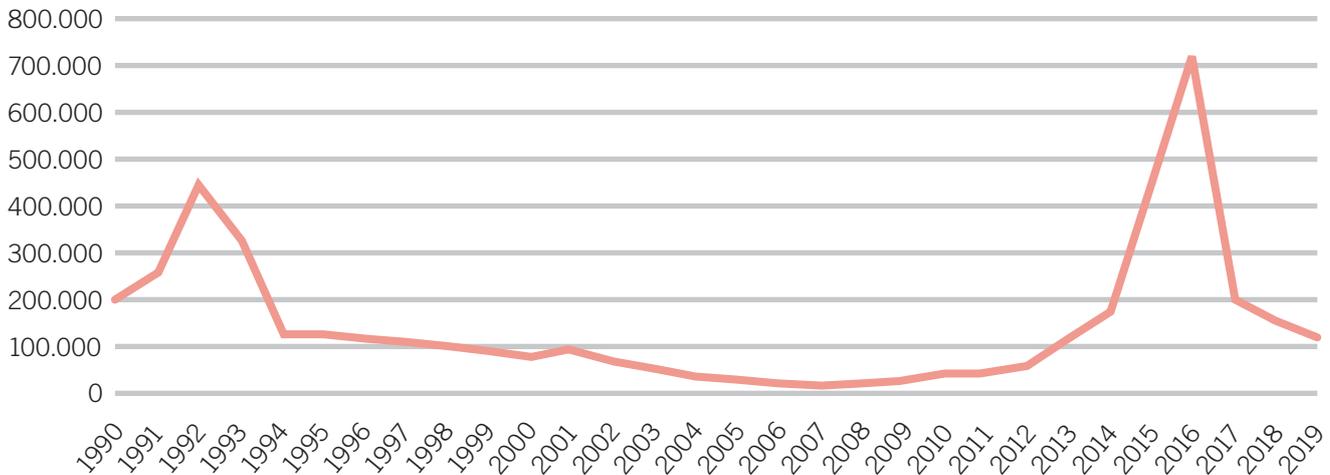
Anders gestaltet sich die Situation jedoch global. In Bezug auf die Genfer Flüchtlingskonvention wird deutlich, dass es einer Neuregelung des Rechts auf Asyl bedarf. 1967 wird der Wirkungsbereich der Genfer Flüchtlingskonvention mit einem zusätzlichen Protokoll in ihren zeitlichen und geografischen Determinanten erweitert. Die heute von 149 Staaten unterzeichnete Konvention gilt seitdem weltweit.

Mit der Auflösung europäischer Kolonien und damit einhergehender Freizügigkeitsrechte sowie der neoliberalen Umstrukturierung des Weltmarktes verfestigen sich die ungleichen globalen wirtschaftlichen Verhältnisse. Die Zahl der Asylsuchenden steigt seit den 1970er-Jahren auch in Europa wieder. Sie übersteigt gegen Ende der 1970er-Jahre sogar die Zahl der Asylsuchenden aus dem sogenannten „Ostblock“.

1979

Hunderttausende Vietnames*innen flüchten vor dem Krieg mit Kambodscha aufs offene Meer, über 200.000 ertrinken. Das Rettungsschiff „Cap Anamur“ des Journalisten Rupert Neudeck

Asylantragszahlen (Erstanträge)



Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

kommt zum Einsatz, von deutschen Spendengeldern finanziert; bis 1987 werden 11.000 Menschen vor dem Ertrinken gerettet. Die Aufnahme dieser Menschen nach Deutschland wird kontrovers diskutiert, aber schließlich für die unmittelbar durch die „Cap Anamur“ Geretteten zugesagt.

1990er

Mit dem Fall der Mauer und den Jugoslawienkriegen zu Beginn der 1990er Jahre setzen sich viele Menschen vor allem aus Ost- Mittel- und Südosteuropa in Bewegung. Auch in Deutschland nimmt die Zahl der Asylsuchenden stark zu. Zeitgleich befindet sich die BRD in einer Umstrukturierung durch die Integration der neuen Bundesländer. Die Arbeitslosenzahl steigt stetig an und geht einher mit Konkurrenz-Abstiegsängsten in der deutschen Bevölkerung. Mit einer politisch initiierten und schließlich in öffentliche Debatten aufgenommene Anti-Asyl-Kampagne wird von der politischen Krise nach der Wiedervereinigung abgelenkt.¹ Die Etablierung von Asylslagern in ganz Deutschland und Zuteilung von Asylsuchenden nach dem Königssteiner Schlüssel sowie die Übertragung der Verantwortung auf die Kommunen bekräftigt das diskursiv erzeugte Bild einer „Asylflut“. Die Ablehnung von Asylsuchenden ist deutschlandweit verbreitet. Es werden regelmäßig rassistische Brandanschläge auf Asylunterkünfte verübt. Hoyerswerda (1991), Rostock-Lichtenhagen (1992), Mölln (1992) und Solingen (1993) sind die bekanntesten Beispiele. Als Ergebnis dieser aufgeladenen Stimmung wird am 26. Mai 1993 der Asylkompromiss zwischen CDU/CSU und SPD beschlossen, wodurch eine Änderung des Grundgesetzes erfolgt. Demnach können politisch Verfolgte weiterhin Asyl nach dem Grundge-

setz beantragen, aber faktisch wird dieses Recht durch einen eingeschobenen Paragraphen ausgehebelt: Asyl erhält nicht, wer aus einem als verfolgungsfrei eingestuften Herkunftsland kommt oder über einen sogenannten „sicheren Drittstaat“ in die BRD einreist. Alle Nachbarländer der BRD gelten als „sichere Drittstaaten“. Zudem werden Transitbereiche auf Flughäfen zu extraterritorialen Gebiete erklärt („Flughafenregelung“). Von da an können dort Asylverfahren beschleunigt noch vor Einreise in die BRD durchgeführt werden.

November 1993

Das Asylbewerberleistungsgesetz tritt in Kraft. Dem Gesetz nach erhalten Asylsuchende im ersten Jahr des Asylverfahrens abgesenkte Sach- und Barleistungen. Erst danach werden Bezüge der ungekürzten allgemeinen Sozialhilfe ausbezahlt.

Juni 1997

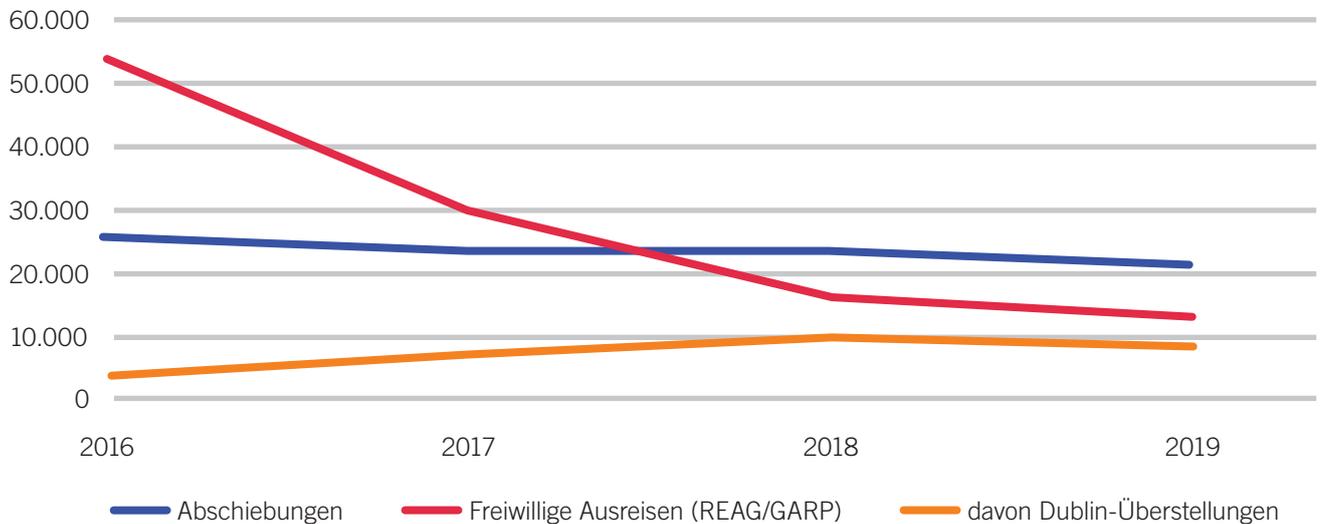
Verschärfung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Kriegsgeflüchtete mit Aufenthaltserlaubnis und alle anderen Leistungsberechtigten erhalten fortan für drei Jahre abgesenkte Sachleistungen unter dem Sozialhilfeniveau.

September 1997

Inkrafttreten des Dubliner Übereinkommens. Dieser völkerrechtliche Vertrag zwischen den zwölf unterzeichneten EG-Mitgliedsstaaten regelt die Zuständigkeit der Asylantragsprüfung innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Folglich ist das Land zuständig, welches die asylantragstellende Person als erstes betreten hat. Dublin ermöglicht somit Staaten wie Deutschland, die geografisch in der Mitte des europäischen Kontinents liegen, Menschen in andere europäische Länder abzuschieben, was zu erhöhten Antragszahlen in Ländern wie Griechenland,

¹ Pieper, T. (2013): Die Gegenwart der Lager. Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot. S. 58–62.

Abschiebungen und freiwillige Ausreisen (2016–2019)



Quelle: Medienstint Integration

Italien und Spanien führt. Diese reagieren in Folge mit Verschlechterungen der sozialen Standards für Geflüchtete bis auf ein soziales Minimum, um ihre Attraktivität für einen Zuzug zu verringern. Zugleich werden die Grenzkontrollen an den europäischen Außengrenzen verschärft.

September 1998

Geduldeten und ausreisepflichtigen Personen können die Leistungen bis auf „unabweisbare Leistungen“ gekürzt werden, wenn die Behörde feststellt, dass die Einreise lediglich zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen erfolgte oder das Abschiebehindernis von dem oder der Geflüchteten selbst zu vertreten war (z. B. durch verweigerte Mitwirkung).

März 2003

Inkrafttreten des Dublin-II-Abkommens, das einen Großteil der Inhalte des Dublin-Übereinkommens übernahm. Nachbesserungen gibt es bei der Länderzuständigkeit in der Asylantragsprüfung zum Schutz von Familien. Sofern bei asylantragsstellenden Personen eine „familiäre Bindung“ zu einer asylanerkannten Person in einem anderen Mitgliedsstaat besteht, kann die Prüfung des Asylantrags von diesem Mitgliedsstaat erfolgen.

Januar 2005

Mit Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes erfolgt eine umfassende Reform sämtlicher Bestimmungen der Migrations- und Integrationspolitik sowie des Aufenthaltsrechts. Im vollständigen Namen wird das Programm bereits angekündigt: „Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz – ZuWG)“. Kettendul-

dungen sollen aufgehoben werden (aufeinanderfolgende kurzfristige Bescheide einer Duldung). Stattdessen kann nun eine befristete Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, sofern der*die Betroffene „unverschuldet“ an einer Ausreise gehindert wird. Die Verfestigung des Aufenthaltsstatus wird zudem an die Bedingung geknüpft, dass Identitätsdokumente der antragsstellenden Person vorliegen. Die nichtstaatliche Verfolgung wird zu den Kriterien der Genfer Flüchtlingskonvention als schutzwürdig eingestuft. Zudem werden auf Länderebene Härtefallkommissionen eingerichtet, um in besonderen Einzelfällen aus „dringenden humanitären oder persönlichen Gründen“ die Verleihung eines Aufenthaltstitels an eine*n formal ausreisepflichtigen Ausländer*in zu empfehlen. Daneben werden nach dem Prinzip „Fördern und Fordern“ Integrationskurse eingerichtet. Einigen Gruppen von Zugewanderten wird ein Rechtsanspruch zur Teilnahme zugesprochen. Andere Gruppen wiederum werden zu einer Teilnahme verpflichtet, einschließlich Sanktionsmaßnahmen. Eine Beteiligung an den Kosten für diese Integrationskurse erfolgt grundsätzlich. Neben Sprachkenntnissen sollen auch Wissen um das Rechts- und Wirtschaftsleben in Deutschland vermittelt werden.

August 2007

Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Erst nach vier Jahren können Leistungen in Höhe der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Eine Folge dieser Änderung ist auch eine zwölfmonatige Kürzung der Leistungen für alle Berechtigten, unabhängig von der Aufenthaltsdauer.

Juli 2012

Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Leistungsangleichung. Seit 1993 werden die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht angepasst, wodurch Sach-



Grafik: asylrechtverschaeferungstoppen.blogspot.eu

leistungen, zuzüglich eines Barbetrages nicht mehr als 224,97 Euro betragen. Dieser Betrag lag 40 Prozent unter dem Niveau der Regelsätze der Sozialhilfe und ALG II. Dies entspricht nicht dem Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum laut Grundgesetz, stellt das Bundesverfassungsgericht fest. Hierzu sind neben der physischen Existenz auch ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Leben, sowie die Pflege menschlicher Beziehung sicherzustellen.

Juli 2013

Inkrafttreten der Dublin-III-Verordnung. Im Vergleich zur Dublin-II-Verordnung wird das EURODAC-System, in welchem Fingerabdrücke von Asylsuchenden gespeichert werden, mit zusätzlichen Daten beliefert, welche nun auch von der Polizei und anderen Sicherheitsbehörden abgerufen werden können. Zugleich erhalten Asylsuchende ein Recht auf Informationen bezüglich ihres Verfahrens und dessen Kriterien. In Deutschland wird die Entscheidung über die Zuständigkeit der betroffenen Person meist erst am Tag der Abschiebung mitgeteilt. Artikel 17 sieht ein Selbsteintrittsrecht vor, nach dem sich ein Dublin-Staat für ein Asylverfahren für zuständig erklären kann, obwohl er an sich nicht zuständig wäre. Es werden persönliche Gespräche garantiert, in denen die Zuständigkeit eines anderen Staates aus humanitären Gründen thematisiert werden kann. Der einstweilige Rechtsschutz wird garantiert.

November 2015

Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher. Es regelt unter anderem die Verteilung minderjähriger Geflüchteter. Bisher war gesetzlich geregelt, dass unbegleitete Minderjährige von dem Jugendamt betreut werden mussten, wo sie erstmals Kontakt zu den Behörden hatten; nun werden sie teils in andere Bundesländer „umverteilt“, so dass eine kontinuierliche Betreuung nicht möglich ist.

März 2016

Das Asylpaket II – Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren – tritt in Kraft und hat Änderungen im Asyl- (1), Aufenthalts- (2) und Asylbewerberleistungsgesetz (3) zur Folge.

(1) Es findet Anwendung z. B. bei Asylsuchenden aus „sicheren Herkunftsstaaten“ oder bei „Identitätsäuschung“.² Die betroffenen Personen werden in „besonderen Aufnahmeeinrichtungen“ aufgenommen. Das Bundesamt entscheidet innerhalb einer Woche ab Asylantragstellung. Auch minderjährige, kranke und schutzbedürftige Menschen können vom regulären Asylverfahren ausgeschlossen werden und eine Beschleunigung des Verfahrens erleben. Außerdem haben Angehörige einer Familie kein Recht auf eine automatische vorübergehende Aussetzung ihrer Abschiebung zum Zweck einer gemeinsamen Abschiebung der ganzen Familie.³

(2) Laut Aufenthaltsgesetz ist von einer Abschiebung abzusehen, wenn Betroffenen eine konkrete Gefahr droht. Eine „konkrete Gefahr“ liege laut Asylpaket II nur bei einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung vor. Sofern eine sogenannte „inländische Gesundheitsalternative“ in mindestens einem Teil des Zielstaates besteht, darf eine Abschiebung dorthin erfolgen.

(3) Es erfolgt eine pauschale Kürzung des Barbetrags um 8 Euro zur Finanzierung von Integrationskursen, die jedoch nur einem Bruchteil der Asylbewerber*innen zur Verfügung stehen.

August 2019

Einführung des Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht⁴, welches umgangssprachlich auch als „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ oder „Hau-Ab-II-Gesetz“ bezeichnet wird. Dieses Artikelgesetz gehörte zum umfangreichsten Teil des im August erschienenen Migrationspakets und enthält zahlreiche Änderungen, welche sich über verschiedene Gesetze verteilen. Insbesondere gab es Änderungen in den Bestimmun-

² Ibid., Artikel 30a Absatz 1.

³ Ibid., Artikel 43 Absatz 3.

⁴ Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, vom 15. August 2019, Inkrafttreten am 21. August 2019.

Abschiebungen

2000		35.444 ¹
2007		9.617 ²
2008		8.394 ³
2009		7.830 ⁴
2010		7.558 ⁵
2011		7.917 ⁶
2012		7.651 ⁷
2014		10.884 ⁸
2015		20.888 ⁹
2016		25.375 ¹⁰
2017		23.966 ¹¹
2018		23.617 ¹²
2019		11.496 ¹³ (Erstes Halbjahr)

gen des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG), des Asylgesetzes (AsylG) sowie des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Die Gesetzesänderungen betreffen dabei nicht nur ausreisepflichtige Personen, sondern auch Normen, die den Aufenthalt von Personen während des Asylverfahrens bestimmen. (Weitere Informationen hierzu in den Infokästen im folgenden Kapitel).

- 1 <https://de.statista.com/infografik/7553/zahl-der-abgeschobenen-asylsuchenden-in-deutschland/>
- 2 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 3 www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Abschiebungen_2008.pdf
- 4 www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Abschiebungen_2009.pdf
- 5 www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Abschiebungen_2010.pdf
- 6 www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/Abschiebungen_2011.pdf
- 7 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 8 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 9 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 10 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 11 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 12 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/080/1908021.pdf>
- 13 www.proasyl.de/wp-content/uploads/KA-19_11873-Abschiebungen-und-Ausreisen-1.-Halbjahr-2019-002.pdf



ZEICHNUNG EINES GEFLÜCHTETEN KINDES AUS DEM KOSOVO

Foto: NATO/Public Domain

3. Abschiebung in den Krieg.

Die „Rückführung“ einer Rom*nja-Familie in den Kosovo

Am 24. März 1999 begann die NATO mit deutscher Beteiligung ihre Militärintervention gegen Jugoslawien. Zuvor, im Jahr 1996 schloss die Bundesregierung mit dem jugoslawischen Präsidenten Slobodan Milošević ein Rückführungsabkommen ab, auf dessen Grundlage die deutsche Bundesregierung noch bis kurz vor dem Krieg Geflüchtete, auch Kosovo-Albaner*innen, in die Bundesrepublik Jugoslawien „zurückführte“. Unter ihnen die Familie von Frau J., die von der IPPNW-Ärztin Sabine Will interviewt wurde.

Sabine Will: Wann sind Sie nach Deutschland gekommen?

Frau J.: Wir sind 1991 nach Deutschland geflohen, weil in Jugoslawien Krieg war. Ich war damals fünf oder sechs Jahre alt. Zuerst wohnten wir für kurze Zeit in einem Hotel, dann in einem Wohncontainer, in der Gemeinde Alpen bei Duisburg. In dem Ort sind wir auch geblieben. Es ging mir gut damals, meine Kindheit war schön. Wir wohnten in einem Haus auf dem Dorf; Mutter, Vater und mittlerweile fünf Schwestern. Mein Vater arbeitete als Erntehelfer. Im Winter sammelte er Sperrmüll und verkaufte Sachen auf dem Flohmarkt. Er durfte damals arbeiten. Aber er hat keinen langfristigen Vertrag gehabt – das war sein Fehler.

Meine Mutter war immer zu Hause. Sie hat gekocht, saubergemacht und sich um uns gekümmert. Und ich habe ihr geholfen. Ich habe auch oft für sie übersetzt – sogar beim Frauenarzt.

Will: Was geschah dann?

Frau J.: Als ich zwölf Jahre alt war, kam eines Tages ein großer Mann, der sagte, dass wir in den nächsten Tagen packen müssten. Wir sollten zurück nach Jugoslawien. Mein Vater hat

alles getan, um das zu verhindern. Untertauchen wollte er nicht. Er hat versucht, Unterschriften zu sammeln; er hat Anträge gestellt, um nach Holland oder in die USA ausreisen zu können, doch sie wurden alle abgelehnt.

Meine Mutter war schwanger, als wir abgeschoben wurden – im sechsten Monat. Die Behörde wusste das auch. Als ich erfuhr, dass wir abgeschoben werden sollten, sagte mein Vater, dass wir jetzt nach Hause müssten. Meine Mutter meinte: Du musst die serbische Sprache lernen, denn ich verstand kein Serbisch. Auch unsere Muttersprache Roma konnte ich nicht mehr richtig. Ich habe viel geweint in der Zeit und meine Freunde auch.

Will: Wie verlief die Abschiebung?

Frau J.: Es kamen zwei dunkelblaue Kombibusse und fünf Polizisten in Zivil, um uns abzuschieben, auch der Mann, der uns über die Abschiebung informiert hatte. Es war so ungerecht. Ich war sehr traurig und wütend. Meine Eltern haben geweint. Auch Journalisten kamen, mit denen ich sprach, obwohl mein Vater gesagt hatte, dass ich nicht mit ihnen reden sollte. Die Reporter sagten, dass in Jugoslawien Krieg herrsche. Das war ein Schock.

Will: Wie ist es Ihnen in Jugoslawien ergangen?

Frau J.: Wir kamen in ein Land, das ich nicht kannte. Es war im September 1998. Mit dem Geld, das mein Vater aus Deutschland geschickt hatte, hatte mein Großvater ein Haus gebaut – doch es gab weder Strom, Wasser noch Heizung. Wir hatten nichts zu trinken. Ich hatte nicht gewusst, dass man nichts zum Essen und nichts zum Trinken haben kann.

Dann bekam meine Mutter meinen Bruder. Und der Krieg begann. Ich habe viel geweint. Ich will mich nicht erinnern ... Mein



Einmal griffen Flugzeuge an, ohne dass es Alarm gegeben hatte. Ich sah sie und lief mit meinen kleinen Schwestern schnell in den Keller. Eine

Schwester hatte ich vergessen. Ich bin wieder hochgelaufen, um sie zu holen. Sie war vom Fensterbrett gefallen, weil das ganze Haus schwankte, als nebenan die Bomben einschlugen. Als ich ihr aufhelfen wollte, stand sie unter Schock und konnte sich gar nicht mehr bewegen.“



Vater wurde als Soldat bei der serbischen Armee eingezogen und mein Onkel auch. Wenn die Luftangriffe kamen, musste ich ein nasses Handtuch über meinen kleinen Bruder halten. Ich hatte Angst, er würde daran ersticken. Aber es war wichtig, weil es heiß, es würden Gasbomben fallen. Wir hatten ja keine Gasmasken. Ich dachte an Selbstmord und hatte große Angst um meinen Vater, der als Soldat im Krieg war. Er hat nie über seine Erlebnisse geredet. Ich glaube, er war traumatisiert.

Will: Wie haben Sie die NATO-Angriffe auf den Kosovo erlebt?

Frau J.: Ich musste mit meiner Mutter und den Geschwistern immer in den Keller des Nachbarhauses, wo die Eltern meines Vaters lebten. Täglich gab es zwei Mal Alarm, manchmal mussten wir auch den ganzen Tag im Keller bleiben. Einmal griffen Flugzeuge an, ohne dass es Alarm gegeben hatte. Ich sah sie und lief mit meinen kleinen Schwestern schnell in den Keller. Eine Schwester hatte ich vergessen. Ich bin wieder hochgelaufen, um sie zu holen. Sie war vom Fensterbrett gefallen, weil das ganze Haus schwankte, als nebenan die Bomben einschlugen. Als ich ihr aufhelfen wollte, stand sie unter Schock und konnte sich gar nicht mehr bewegen. Das war schrecklich.

Ich habe immer versucht, irgendwo die Nachrichten zu hören und zu verfolgen, was passiert. Ich betete ... Und immer wieder fielen Bomben. Das Schlimmste für uns Kinder war die Angst, unser Vater könnte nicht zurückkommen. Das war 1999.

Will: Wie ist Ihre Familie damals über die Runden gekommen?

Frau J.: Wir haben von Paketen gelebt, die wir bekamen. Da war so eine Hilfsorganisation, zu der meine Mutter und ich zusammen hingingen und unsere Pässe zeigen mussten. Ich bin nach der Abschiebung überhaupt nicht mehr zur Schule gegangen. Meine Geschwister waren nach dem Krieg in der Schule, aber ich nicht. Ich weiß auch nicht, warum. Auch ist mein Serbisch nicht gut. Ich kann es zwar verstehen, aber nicht sprechen. Roma kann ich, aber bis ich zwölf war, habe ich ja vor allem Deutsch gesprochen, weil ich dachte, dass ich hier lebe. Diese Sicherheit (in Deutschland) fühlte sich gut an.

Will: Was geschah, als die NATO-Militärintervention zu Ende war?

Frau J.: Nach dem Krieg kam es noch schlimmer. Wir hatten nichts zu essen. Außerdem hatten wir weiterhin keinen Strom und kein Wasser. Mein Vater bekam vom Staat keinerlei Hilfe. Ich hatte mich gefreut, dass der Krieg zu Ende und mein Vater wieder da war. Er begann, meine Schwestern zur Schule zu bringen, und wir haben Kindergeld beantragt. Doch nach dem Krieg ist irgendetwas mit ihm passiert. Er begann sich zu verändern. Er hat völlig vergessen, dass meine Mutter und wir da waren. An manchen Tagen hatten wir nichts zu essen, weil mein Vater keine Arbeit hatte. Keiner wollte uns helfen. Ich war so wütend auf meinen Vater. Er hat sich vor der Verantwortung gedrückt.

Meine Mutter hat versucht, Kleidung zu verkaufen. Sie hat von einem Mann Strümpfe abgenommen und sie auf dem Flohmarkt verkauft. Es war sehr kalt. Meine Schwestern wollten unbedingt mit. Wir hatten nichts zu essen zu Hause. Als sie zurückkamen, ist eine meiner Schwestern vor Hunger ohnmächtig geworden. Sie hatten nichts verkauft und deshalb immer noch nichts zu essen ... Ich wusste auch nicht, wie man Wäsche mit der Hand wäscht und ich hatte keine Wechselsachen. Daher habe ich die feuchten Sachen anbehalten. Wie viele Male sind wir so eingeschlafen ... Es war so kalt.

Will: Wie hat sich die Situation im Kosovo weiterentwickelt?

Frau J.: Es gab damals keine Arbeit. Viel später hatte mein Vater mal eine Beschäftigung als Müllmann, als ich schon verheiratet war. Doch er hat seine Arbeit gekündigt, weil er zurück nach Deutschland wollte, zusammen mit meiner Mutter, die an Hepatitis C und Leberzirrhose litt. Aber an der Grenze wurden sie abgewiesen, weil meine Eltern wegen der Abschiebung ein lebenslanges Einreiseverbot nach Deutschland erhalten hatten. Davon hatten sie vorher nichts erfahren. Ich habe selber Hepatitis B. Damit kann man leben. Mit Hepatitis C auch – wenn man die richtigen Tabletten hat. Aber die hatte meine Mutter nicht. Sie ist 2012 in Serbien an der Lebererkrankung gestorben.

*ISLAM QALA | HERAT | AFGHANISTAN | 18.03.20 | In einer Aufnahmeinrichtung lassen sich Afghan*innen, die auf illegalem Weg in den Iran geflüchtet waren, nach ihrer Rückführung registrieren. Die 4-jährige Bahareh, die mit ihrer Familie seit 20 Stunden unterwegs war und hungrig ist, bricht in Tränen aus. Die fünfköpfige Familie hatte mehrere Jahre im Iran gelebt. Fatema war im siebten Monat schwanger, als sie 9 Tage und 9 Nächte illegal mit Schmugglern in den Iran reiste.*

Foto: © Kiana Hayeri



4. Gesundheitliche Folgen von Abschiebungen

4.1 Abschiebung von Menschen mit Traumafolgestörungen

Menschen mit Fluchtgeschichte sind durch vielfältige Faktoren belastet und somit auch mit unterschiedlichen, komplexen Bewältigungsanforderungen konfrontiert. In der Regel befinden oder befanden sie sich in einer psychisch und physisch fordernden Lebenssituation. Sie sind häufig mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus, der Unterbringung in Gruppenunterkünften, dem sich Zurechtfinden müssen in einer ihnen fremden Kultur sowie vielfältigen weiteren Belastungsfaktoren konfrontiert. Viele von ihnen erfuhren mehrere Traumata vor und während der Flucht aus ihrem Heimatland. In diesem Zusammenhang spricht man auch von „sequentieller Traumatisierung“, die für die Situation vieler Geflüchteter charakteristisch ist. Für sie gab und gibt es Stressoren und Traumata vor, während und nach der Flucht, die weiterhin bestehen und sich kumulieren.

Ob und in welcher Ausprägung sich Traumafolgestörungen manifestieren und die aktuellen Belastungsfaktoren bewältigt werden können, ist in hohem Maß von erlebter Sicherheit und verlässlichen sozialen Kontakten und Beziehungen abhängig. Doch genau diese Aspekte fehlen zumeist aufgrund der mangelnden äußeren Sicherheit, des ungeklärten Aufenthaltsstatus, drohender Abschiebungen, Kettenduldung sowie unzureichender Ruhe- und Rückzugsräume. Dies führt zur deutlichen Erhöhung des Stresslevels sowie der damit verbundenen Zunahme der Vulnerabilität u. a. für psychische Erkrankungen.

Charakteristisch für Menschen, die traumatisiert sind, ist neben häufigen verschiedenen psychischen Symptomen eine Veränderung der Organisation des Gedächtnisses. Aus diesem Grund können insbesondere sehr belastende Erlebnisse nicht intenti-

onal abgerufen und weder chronologisch noch konsistent berichtet werden.

In Zusammenhang mit vorgegebenen Fristen für Atteste, verkürzten Asylverfahren und mangelndem Zugang zu juristischer und psychotherapeutischer Unterstützung, birgt dieser Umstand ein hohes Risiko ungerechtfertigter negativer Entscheidungen im Asylverfahren. Unter anderem kann die fraktionierte Abspeicherung der Erinnerungen dazu führen, dass Personen Fluchtgründe nicht ausreichend schlüssig für die zuständigen Behörden darlegen können und sich dadurch ihre Chancen auf Asyl massiv verschlechtern.



Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt die Höhe und Form von Leistungen, die Asylsuchende, Geduldete sowie ausreisepflichtige Personen beanspruchen können. Die Gewährleistung einer angemessenen ärztlichen Behandlung beschränkt sich auf die Fälle von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen.

Bei Schwangeren und Wöchnerinnen ist die Behörde verpflichtet, sie mit ärztlichen und pflegerischen Hilfen und Betreuung zu versorgen. Daneben können im Einzelfall zusätzliche Leistungen gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.

Kritische Diskussion des Umgangs mit traumatisierten Geflüchteten im Asylverfahren

Aufgrund ihrer spezifischen Situation und Bedürfnisse haben traumatisierte geflüchtete Menschen eine besondere Schutzbedürftigkeit. Sie brauchen bestimmte Rahmenbedingungen, damit psychische Erkrankungen sich nicht verschlimmern und chronifizieren (oder idealerweise sich gar nicht erst manifestieren) können. Darüber hinaus sind Rahmenbedingungen von Nöten, die es ihnen ermöglichen, ihre Geschichte wiederzugeben, um von ihren Rechten Gebrauch machen zu können.

Es gibt trotz einigen Modellen auf Länderebene keine standardisierte und garantierte Erfassung von erlebten Traumata und psychischen Störungen Geflüchteter. Dies steht im Gegensatz zu den in der EU-Richtlinie festgelegten Garantien, im Asylverfahren die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Betroffenen die erforderlichen Angaben zur Begründung ihres Antrags hervorbringen können. Beispielhaft wird die Gewährung von ausreichender Zeit genannt. Beschleunigte Asylverfahren werden explizit ausgeschlossen, wenn die angemessene Unterstützung im Rahmen des beschleunigten Verfahrens nicht geleistet werden kann.

In Ankunftszentren und den sogenannten AnKER-Einrichtungen sind traumatisierte Geflüchtete Rahmenbedingungen ausgesetzt, die dazu führen, dass sie nicht zur Ruhe kommen und keine Stabilisierung erfahren können. Der „Zwang“ zur Untätigkeit, der Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe, die Konfrontation mit den Abschiebungen anderer und das Fehlen von Ruhe- und Rückzugsräumen – um nur ein paar Aspekte zu nennen – sind Faktoren, die gesundheitsschädigend sind und Leid vergrößern.

Neben der kaum vorhandenen systematischen Erfassung psychischer Störungen steht auch in der Regel kein ausreichender Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung zur Verfügung.

Eine Abschiebung wirkt immer retraumatisierend. Ohnehin stellt das nächtliche Eindringen der Polizei in den persönlichen Raum mit (zumindest potenziellen) körperlichen Übergriffen eine Gewalterfahrung dar. Für Menschen, die jedoch bereits zuvor Opfer von Gewalttaten und ausgeprägtem Ohnmachtserleben geworden sind, ist hierin ein Trigger zu sehen, der Erinnerungen und damit verknüpfte intensive negative Gefühle stark reaktiviert und retraumatisierend wirkt. Bereits abgeklingene posttraumatische Beschwerdebilder können hierdurch also erneut hervorgerufen werden und sich somit wieder manifestieren.

Von Abschiebung bedrohte Menschen sind außerdem ständig der Angst ausgesetzt, in Zukunft im Zielland erneut den traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt zu sein, denen sie nur unter größten Anstrengungen und Belastungen entkommen konnten. Aufgrund der damit verbundenen sehr hohen Stresslevels wird die Reaktivierung von Traumafolgen begünstigt.

Suizidversuche/Suizide

2014–2018

Anzahl der registrierten Suizidversuche und Suizide von Geflüchteten in Deutschland: 433. Darunter 19 tödlich geendete Suizidversuche.¹

2015

Niedersachsen: 19 Suizidversuche von Geflüchteten.²

2016

Niedersachsen: Nach einer Berufung auf eine Antwort des Landesinnenministeriums auf Anfrage der FDP-Landtagsfraktion haben 13 von den 47 Kommunen in Niedersachsen insgesamt 50 versuchte Selbsttötungen von Geflüchteten an das Ministerium gemeldet. Drei Menschen seien gestorben.²

Bayern: 162 Suizidversuche.²

2017

Norddeutschland: mehr als 110 Geflüchtete haben einen Suizidversuch unternommen.³

Niedersachsen: mindestens 50 Suizidversuche, davon elf in den Erstaufnahme-Einrichtungen des Landes. Zwei Asylbewerber starben.³

2018

Niedersachsen (Januar-Mai 2018): Zwei Asylbewerber nahmen sich das Leben. Die Zahl der Suizidversuche in den Landeseinrichtungen stieg auf zwölf.³

1 www.wsws.org/de/articles/2017/04/11/suiz-a11.html

Laut Quelle dürfte die tatsächliche Anzahl der Suizidversuche und Suizide die angegebenen Werte deutlich überschreiten. Die wenigsten Bundesländer erfassen Suizidversuche und Suizide. Für das Saarland, Thüringen, Baden-Württemberg, Berlin und Rheinland-Pfalz seien zudem keinerlei Daten vorhanden.

2 www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-05/fluechtlinge-niedersachsen-suizidversuche-asylbewerber

3 www.welt.de/regionales/hamburg/article178152402/Migration-Mehr-als-110-Suizidversuche-von-Fluechtlingen-im-Norden.html

Ärzt*innen, die bei Abschiebungen mitwirken, nehmen also eine Retraumatisierung und somit eine weitere Verschlimmerung psychischer Symptome in Kauf. Diesem Zustand sind traumatisierte Geflüchtete dann im Herkunftsland, in der Regel ohne eine dort vorhandene psychotherapeutische und/oder psychiatrische Versorgung ausgeliefert. Ebenso werden die damit verbundenen potenziellen Selbstgefährdungsaspekte bis hin zu Suizidalität sowie ein sehr hoher Leidensdruck hingenommen.

Eines der Hauptsymptome der PTBS ist das Wiedererleben von Traumagehalten in „Hier-und-Jetzt-Qualität“. Dies bedeutet, dass erlebte Folter, Vergewaltigungen sowie andere Formen von Gewalt und extrem belastende Ereignisse im Rahmen der auftretenden Intrusionen so erlebt werden, als ob sie sich im Moment gerade (wieder-) ereignen.



Problematik der Eingrenzung von Traumafolgestörungen auf Posttraumatische Belastungsstörungen

In Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen, solchen also, die ein so katastrophales Ausmaß haben, dass sie nahezu in jedem eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden, kann es zu charakteristischen posttraumatischen Störungsbildern kommen. Deren Hauptsymptome sind das Wiedererleben, die Vermeidung sowie die Übererregung. Je nach Disposition und Vorgeschichte manifestiert sich insbesondere in Folge sequentieller Traumatisierungen jedoch nicht zwangsläufig eine posttraumatische Belastungsstörung mit dem charakteristischen Symptombild. Es können auch andere Störungsbilder entstehen, eine hohe Komorbidität ist häufig. Depression, Angststörungen, somatoforme Störungen, komplizierte Trauer sowie Suchterkrankungen als dysfunktionale Bewältigungsversuche starker psychischer Belastung treten vermehrt auf. Speziell in Zusammenhang mit mehrfachen und anhaltenden, menschengemachten Traumatisierungen wie es z. B. bei Geiselnahme, Haft und Folter der Fall ist, können Störungen der Emotionsregulierung und interpersonelle Probleme im Vordergrund stehen.

Traumatische Erfahrungen können aufgrund der fraktionierten Abspeicherung im Traumagedächtnis häufig nur lückenhaft be-

richtet werden. Es kann jedoch ebenso temporär zum völligen Erinnerungsverlust (dissoziative Amnesie) einer traumatisierenden Erfahrung kommen, so dass diese zwangsläufig gar nicht angegeben werden kann. Traumafolgen können sich auch (zunächst) unspezifisch durch körperliche Beschwerden, Schmerzen, affektive Erstarrung, Gereiztheit oder ausgeprägte Schlaf- und Konzentrationsstörungen äußern. Das vollausgeprägte Beschwerdebild einer posttraumatischen Belastungsstörung kann sich auch erst Jahre nach der oder den traumatischen Erfahrungen manifestieren.

Um einschätzen zu können, ob eine Traumatisierung vorliegt, bedarf es einer sorgfältigen Befragung und Diagnostik durch hierfür ausgebildete Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen.

Die Tatsache, dass ein geflüchteter Mensch nicht ein charakteristisches Symptombild mit Intrusionen, Vermeidung und Übererregung aufweist, lässt nicht den Schluss zu, dass er*sie keine Traumatisierungen erfahren hat. Es können auch ohne Vorliegen eines charakteristischen posttraumatischen Symptombildes emotionale und kognitive Einschränkungen vorliegen. Diese können beispielsweise den konsistenten Bericht des Erlebten bei einer Asylanhörung deutlich erschweren oder das Erzählen ohne adäquate Unterstützung und Vorbereitung unmöglich machen.

Es ist ebenso von großer Bedeutung, dass die Angabe von traumatischen Erlebnissen oder auch bestimmten psychischen Beschwerden gegebenenfalls auch aufgrund von Vermeidung, Scham oder kulturellen Aspekten und Normen nicht erfolgt. Daher muss für die Exploration ausreichend Zeit und Vertrauen vorliegen und wenn nötig geschaffen werden.

PTBS verliert Status als schwerwiegende Erkrankung

In dem Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (im Rahmen des im März 2017 beschlossenen Asylopaket II) findet sich folgender Hinweis zur Diagnose posttraumatischer Belastungsstörung und deren Auswirkung auf die Abschiebepaxis: „Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen [PTBS]) sehr häufig als Abschiebungshindernis (Vollzugshindernis) geltend gemacht, was in der Praxis zwangsläufig zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung führt.“

Um Verzögerungen oder gar Verbote einer Abschiebung aus diesem Grund zu verhindern, sollen nur noch lebensbedrohliche und schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch eine

Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, die Abschiebung eines Asylsuchenden verhindern. Gemeint sind damit solche Erkrankungen, die eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und Leben darstellen.

Eine solche schwerwiegende Erkrankung kann nach Auffassung der Verfasser*innen des Gesetzesentwurfes hingegen „zum Beispiel in Fällen von PTBS regelmäßig nicht angenommen werden: In Fällen einer PTBS ist die Abschiebung regelmäßig möglich, es sei denn, die Abschiebung führt zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung.“ Auch Erkrankungen, „die bereits bei der Einreise in Deutschland vorgelegen haben, stehen einer Abschiebung grundsätzlich nicht entgegen.“

Kritische Diskussion der gesetzlichen Annahme zu PTBS

Die Argumentation, die in dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD angeführt wird, verweist darauf, dass die PTBS als eine schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankung sehr häufig als Abschiebungshindernis geltend gemacht würde. In der Praxis führe dies zwangsläufig zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung.

Das Aufenthaltsgesetz AufenthG

Das Aufenthaltsgesetz sieht vor, dass eine Person abzuschieben ist, wenn sie ihre Ausreisepflicht nicht freiwillig erfüllt hat. Bei der Abschiebung eines unbegleiteten Minderjährigen ist die Behörde verpflichtet, sicherzustellen, dass das Kind im Rückkehrstaat mindestens eine zur Personensorge und Erziehung verantwortliche Person bei sich haben wird.

Laut der Aufenthaltsgesetzesnovelle von März 2016 sind nur „lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden“, als erhebliche Gesundheitsgefahren zu betrachten. Sie gelten als Abschiebungsverbote. Nach der Aufenthaltsgesetzesbegründung wurde die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aus der Liste der schwerwiegenden Erkrankungen gestrichen. Das bedeutet also, dass ein*e Geflüchtete*r, der*die an PTBS leidet, abgeschoben werden darf. Wenn eine inländische Behandlungsmöglichkeit im Zielstaat vorliegt, darf auch abgeschoben werden. Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der in Deutschland gleichwertig ist, und es ist ausreichend, dass sie nur in einem Teil des Gebietes gewährleistet ist. Die Abschiebung einer ausreisepflichtigen Person kann wegen „inlandsbezogener Abschiebungshindernisse“ vorübergehend ausgesetzt werden. Der/die Geflüchtete erhält eine Duldung, bleibt aber ausreisepflichtig. Die Duldung ist kein Aufenthaltstitel. Das Vorliegen gesundheitsbedingter inlandsbezogener Ab-

schiebehindernisse muss durch eine ärztliche Bescheinigung unverzüglich vorgebracht werden. Die Beweislast liegt bei dem*der Geflüchteten. Nur approbierte Ärzt*innen dürfen solche Gutachten erstellen. Bei einer eventuellen Flugreisetauglichkeitsprüfung vor der Abschiebung geht es nur noch um die Frage, ob der*die Geflüchtete die Reise überlebt.

Seit August 2019 sind Änderungen des Aufenthaltsgesetzes durch das zweite Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht in Kraft getreten. Damit wurden die Folgen der Ausreisepflicht verschärft. Das Betreten und die Durchsuchung der Wohnung eines*einer Geflüchteten im Zuge seiner*ihrer Abschiebung sind ohne richterliche Entscheidung und zur Nachtzeit erlaubt. Es ist zu befürchten, dass der Begriff des „Betreten“ von Polizei und Behörden großzügig ausgelegt wird und auf eine richterliche Legitimation beim Eindringen in eine Wohnung verzichtet wird. Außerdem ist es nun und bis zum 1.6.2022 gesetzlich erlaubt, dass ausreisepflichtige Personen in Abschiebehäft in den gleichen Hafteinrichtungen wie Strafgefangene untergebracht werden können. Sie sollen jedoch in den Einrichtungen voneinander getrennt werden.

Schließlich führt das zweite Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht eine sogenannte Mitwirkungshaft ein. Dadurch können Menschen für 14 Tage in Haft genommen werden, wenn sie einer ärztlichen Untersuchung der Reisefähigkeit nicht nachgekommen sind.

Aus dieser Begründung wird bereits deutlich, dass bei der Entscheidung, die PTBS nicht als schwerwiegende Krankheit einzuordnen, keine fachlichen, sondern eher politische Argumente eine Rolle gespielt zu haben scheinen.

Eines der Hauptsymptome der PTBS ist das Wiedererleben von Traumainhalten in „Hier-und-Jetzt-Qualität“. Dies bedeutet, dass erlebte Folter, Vergewaltigungen sowie andere Formen von Gewalt und extrem belastende Ereignisse im Rahmen der auftretenden Intrusionen so erlebt werden, als ob sie sich im Moment gerade (wieder-) ereignen. Vor diesem Hintergrund ist sehr eingängig, dass für die Betroffenen ein massiver Leidensdruck mit erheblichen emotionalen und kognitiven Folgen einhergehen muss. Die Menschen sind hierdurch sowie durch die Vermeidung traumaassoziierter Orte, Situationen, Personen und Aktivitäten in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigt und benötigen eine spezifische Form der Unterstützung. In den Zielstaaten gibt es zumindest eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass sie dort häufiger mit traumaassozierten Auslösern konfrontiert sind, als in Deutschland. Dies führt zwangsläufig zu einer deutlich stärkeren psychischen Belastung, höheren Stresslevels und weniger Möglichkeiten einer funktionalen Bewältigung. Aus dem geschilderten Kontext wird deutlich, dass die PTBS generell ein hohes Risiko der weiteren psychischen Dekompensation in sich birgt. Insbesondere durch die Zunahme der Symptome ohne eine adäquate Form der Unterstützung im Zielland nimmt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von selbst- (oder auch fremd-) gefährdendem Verhalten zu. Unabhängig davon ist es ohnehin aus ethischen Gründen kaum vertretbar, einem Menschen zuzumuten, dass er dem erheblichen Leidensdruck, der mit den Symptomen der PTBS einhergeht, zusätzlich zu einer Abschiebung ausgesetzt wird und im Zielland in den seltensten Fällen eine angemessene Behandlung erhält.

Gesetzliche Annahme: Nachweis des Schweregrads von PTBS

Bis Inkrafttreten des Geordnete-Rückkehrgesetzes am 21. August 2019 wurden bezüglich der sogenannten zielstaatenbezogenen Abschiebeverbote aus gesundheitlichen Gründen (§60 Abs.7 AufenthG) nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts 2007 aufgrund der angenommenen schwierigen Diagnostizierbarkeit des Krankheitsbildes ausschließlich für die PTBS Mindestanforderungen an Atteste gestellt. Hierbei sollten u. a. Angaben zur Grundlage der fachlichen Beurteilung, Häufigkeit der Behandlungen sowie zur Schwere der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit angegeben werden. Für andere Erkrankungen wurde dieser Angaben-Katalog nicht ausdrücklich festgelegt.

Seit Einführung des Geordnete-Rückkehrgesetzes wurden die zuvor nur für inlandsbezogene Abschiebungshindernisse (gemäß §60a Absatz 2c Satz 2 & 3 AufenthG) genannten Anforderungen für „qualifizierte ärztliche Bescheinigungen“ zur Glaubhaftmachung von gesundheitlichen Gründen, die einer Abschiebung entgegenstehen, auch in §60 Abs. 7 eingefügt.

Anforderungen an Atteste

Zur Glaubhaftmachung einer der Abschiebung entgegenstehenden Erkrankung muss „eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ vorgelegt werden, die folgende Punkte enthält:

- » die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist
- » die Methode der Tatsachenerhebung
- » die fachliche medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)
- » der Schweregrad der Erkrankung
- » den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD-10
- » die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation (im Falle einer Abschiebung) voraussichtlich ergeben
- » die zur Behandlung erforderlichen Medikamente mit Angabe ihrer Wirkstoffe (international gebräuchliche Bezeichnung)

Die genannten Anforderungen gelten seit dem Inkrafttreten des Geordnete-Rückkehr-Gesetzes sowohl für zielstaatenbezogene Abschiebeverbote aus gesundheitlichen Gründen als auch für innerstaatliche Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen Gründen.

Ausschluss von Psychotherapeut*innen

Mit den Änderungen durch das Asylpaket II bzgl. der inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse aus gesundheitlichen Gründen waren Psychologische Psychotherapeut*innen bereits von der Erstellung qualifizierter Bescheinigungen ausgeschlossen worden. Hierfür gab es bezüglich psychischer Erkrankungen keine gesetzliche Grundlage, da Psychologische Psychotherapeut*innen aufgrund ihrer Qualifikation befähigt sind, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren (vgl. § 1 Absatz 3 Psychotherapeutengesetz).

Infolgedessen wurde aus der Praxis häufig berichtet, dass psychologische Stellungnahmen auch in Zusammenhang mit zielstaatenbezogenen Abschiebeverboten vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und Verwaltungsgerichten nicht anerkannt wurden, also die Änderungen in §60a Abs. 2c AufenthaltsgG automatisch auch auf §60 Abs. 7 AufenthaltsgG übertragen wurden. Dieser Praxis stehen die Entscheidungen zweier Oberverwaltungsgerichte entgegen, die auch Psychotherapeut*innen Stellungnahmen im Rahmen von § 60 Abs. 7 AufenthG gestatten (OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.9.2015. OVG NRW, Beschluss vom 9.10.2017).

Bundeslandspezifische Anpassungen der Bundesgesetze

Abschiebehaft wird durch Artikel 62 AufenthG geregelt. Die Modalitäten ihres Vollzugs sollen die Bundesländer regeln. Der Umfang der Gesundheitsleistungen wird beispielsweise in Sachsen allein auf der beschränkten Basis des Asylbewerberleistungsgesetzes bestimmt. Im Gegenteil dazu erfolgt in Nordrhein-Westfalen die Versorgung durch den für die Einrichtung bestellten medizinisch-ärztlichen Dienst. In diesem Bundesland werden auch psychologische und fachpsychiatrische Kriseninterventionen und Intensivbetreuungen vorgesehen. Bloße therapeutische Hilfe wird aber in Sachsen und Nordrhein-Westfalen nur auf eigene Kosten des Abschiebehaftlings gestattet. Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge sind ohne Einwilligung des Geflüchteten in Sachsen zulässig. Die Zulassung gilt ebenfalls für die Zwangsernährung und auch bei Minderjährigen. Manche Voraussetzungen für die Rechtmäßigkeit solcher Zwangsmaßnahmen können bei Gefahr im Verzug umgegangen werden.

Bisher wird eine Feststellung der Reisefähigkeit der Untergebrachten durch die Bezirksregierung nur in Nordrhein-Westfalen geregelt. Dort ist auch vorgesehen, dass Medikamente für die Erstversorgung im Zielstaat bei Bedarf durch die Einrichtung zu beschaffen sind.

In Bayern gibt es kein Gesetz über den Vollzug der Abschiebehaft. Der Ministerrat hat dennoch einen Bayerischen Asylplan verabschiedet, in dem die kurzfristige Schaffung weiterer zusätzlicher Abschiebehaftplätze beschlossen wird. Diese Entscheidung entspricht der landesgesetzlichen Fähigkeit des Landesamts, weitere spezielle Hafteinrichtungen zu errichten, um u. a. Abschiebehaft auch außerhalb der hierfür als spezielle Hafteinrichtungen bestimmten Justizvollzugsanstalten vollziehen zu können.

In Zusammenhang mit der Einführung des Geordnete-Rückkehrgesetzes wurden die Anforderungen einer Bescheinigung, die für innerstaatliche Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen Gründen gelten, wie bereits dargestellt ebenso in §60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG eingefügt. Das bedeutet, dass die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendtherapeut*innen nun vollständig aus der diagnostischen Einschätzung von Asylsuchenden ausgeschlossen wurde, ohne dass es eine fachliche Grundlage für diese Entscheidung gäbe.

Fristen

Ein ärztliches Attest muss seit dem Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen im Rahmen des Asylpakets II gemäß §60a Abs. 2d innerhalb von zwei Wochen nach dem Vorliegen eines

negativen Bescheids gegenüber der Ausländerbehörde erbracht werden. Die Bescheinigung darf nicht älter als zwei Wochen sein.

Beispiele

Eine Kurdin aus dem Irak leidet unter Alpträumen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und Impulsdurchbrüchen sowie selbstverletzendem Verhalten. Von der Vergewaltigung als 14-Jährige durch einen Angehörigen hat sie bisher aus Scham und Angst vor negativen familiären Konsequenzen niemandem erzählt. Sie erhielt keine Vorbereitung auf die Anhörung beim BAMF, keine psychologische Diagnostik sowie kein Angebot für psychologische Unterstützung. Ihr Antrag auf Asyl wurde abgelehnt.

Eine Frau aus Aserbaidzhan wurde in ihrer Heimat auf einer Polizeiwache körperlich und psychisch misshandelt. Sie leidet infolgedessen unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung mit Alpträumen, sich aufdrängenden Bildern, ausgeprägten Schlaf- sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und starker Niedergeschlagenheit. Während der Anhörung bringt sie (für den Tathergang nicht wesentliche) Zeitangaben durcheinander. Ihr Antrag auf Asyl wird abgelehnt, da ihre Darstellung nicht glaubhaft sei.

Eine während des Jugoslawienkrieges schwer traumatisierte Mutter von drei Kindern aus dem Kosovo leidet unter schweren depressiven Symptomen, Alpträumen, Intrusionen sowie zeitweise Halluzinationen. Obwohl sie bereits einen Suizidversuch begangen hat und eine Bescheinigung der behandelnden Psychotherapeutin über die Suizidalität der Frau vorliegt, wird sie abgeschoben.



Foto: Adelheid Wölfel

Der 32-jährige Adnan G., ein aus dem Kosovo geflüchteter Rom, Vater von vier Kindern, war wegen schwerer Depression und einem posttraumatischen Belastungssyndrom in stationärer Behandlung der Psychiatrie der Universitätsklinik Gießen. Er hatte im Kosovokrieg unter Zwang und vorgehaltener Waffe, gemeinsam mit anderen Rom, erschossene albanische Zivilisten auf der Straße einsammeln und begraben müssen. Sein Asylantrag wurde jedoch abgelehnt. Er und seine sechsköpfige Familie leben heute in einem Zimmer in Pristina.

4.2 Abschiebung von Menschen mit chronischen Krankheiten (inkl. psychische Erkrankungen)

Nach der Statistik des BAMF wurden von Januar bis September 2019 insgesamt 110.282 Asylerstanträge gestellt. 73 Prozent aller Erstantrag stellenden Personen waren jünger als 30 Jahre.

Auch wenn man zu Recht davon ausgehen kann, dass die meist jungen Geflüchteten bis auf die häufig vorkommenden Traumafolgestörungen im Wesentlichen gesund sind, sehen wir in den Praxen und Beratungsstellen das ganze Spektrum somatischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, Lungenkrankheiten und Krebserkrankungen. Dazu kommen mehr oder weniger schlecht versorgte Kriegsverletzungen oder Verletzungen durch Unfälle. Außerdem gibt es angeborene oder erworbene physische und psychische Behinderungen.

Mit der Regelung des §60a Abs. 2c AufenthG wird die gesetzliche Vermutung aufgestellt, dass gesundheitliche Gründe grundsätzlich der Abschiebung nicht entgegenstehen.

Die Antwort der niedersächsischen Landesregierung auf eine kleine Anfrage des Abgeordneten Stephan Bothe (AfD): Zum Stichtag 31.7.2018 hielten sich 17.349 geduldete Ausländerinnen und Ausländer in Niedersachsen auf. Ausweislich des Ausländerzentralregister AZR hielten sich zum Stichtag 31.7.2018 in Niedersachsen insgesamt 542 Personen auf, deren Aufenthalt aus medizinischen Gründen vorübergehend geduldet wurde. Die Duldungen machen somit einen Anteil von 3,12 Prozent aller Duldungen aus. Der Landesregierung liegt keine Statistik vor, welche Diagnosen bzw. Krankheiten den genannten Duldungsfällen zugrunde liegen. Soweit vereinzelte Informationen aus Ausländerbehörden vorliegen, werden insbesondere psychische Erkrankungen sowie Krebs- und Herzerkrankungen angeführt.

Legt ein*e Ausländer*in ein solches Attest vor, prüfen die Ausländerbehörden in eigener Zuständigkeit, ob das Attest den gesetzlichen Vorgaben entspricht und ob der*die Ausländer*in aufgrund von Reiseunfähigkeit gesetzlich zu dulden ist.¹

1 Niedersächsischer Landtag – 18. Wahlperiode, Drucksache 18/1666

Recht der Europäischen Union – Gemeinsames Europäisches Asylsystem (GEAS)

Im Rahmen des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die Bedürfnisse schutzbedürftiger Menschen früh nach Eingang eines Asylantrages zu identifizieren und auf sie während des ganzen Verfahrens ggf. bis zur Rückkehr Rücksicht zu nehmen. Der Grundsatz gilt also auch bei der Ablehnung des Asylantrags, solange die Person auf deutschem Gebiet bleibt. Als besonders schutzbedürftig gelten Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen bzw. mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Wenn diese vulnerablen Menschen inhaftiert werden, müssen die nationalen Behörden ihre körperliche und psychische Gesundheit vorrangig berücksichtigen. Eine medizinische Versorgung für Krankheiten und psychische Störungen mit Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen ist in allen Fällen zu gewähren.

Das Wohl des Kindes, die familiären Bindungen, der Gesundheitszustand der abzuschiebenden Personen und der Grundsatz der Nichtzurückweisung sind nach der EU-Rückführungsrichtlinie besonders zu beachten. Bis zur Rückkehr sollen die Mitgliedstaaten die medizinische Notfallversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten gewährleisten, zumal bei den in Haft genommenen schutzbedürftigen Personen. In Abschiebehaft sind die Ausländer „in speziellen Hafteinrichtungen“ unterzubringen. Wenn die nicht vorhanden sind, gibt es mindestens ein Trennungsgebot: in einer gemeinsamen Einrichtung dürfen abgelehnte Asylbewerber*innen nur gesondert von den Strafgefangenen inhaftiert werden. Unbegleitete Minderjährige und Familien mit Minderjährigen dürfen nur ausnahmsweise und für den kürzest möglichen Zeitraum inhaftiert werden; Familien müssen gesondert untergebracht werden. Das EU-Recht sieht aber eine Ausnahme von diesen Schutzregelungen vor. Im Fall von unvorhersehbarer Überlastung der Hafteinrichtungen, kann ein Mitgliedstaat vom Trennungsgebot und von der gesonderten Unterbringung der Familien abweichen. Besonders schutzbedürftige Geflüchtete, wie Schwangere, Kinder und Kranke erhalten keine Ausnahme.

Bei der Erstuntersuchung in den Aufnahmeeinrichtungen geht es in erster Linie um den Schutz der Bevölkerung vor eingeschleppten Infektionskrankheiten. Bis aus dem Herkunftsland mitgebrachte und behandlungsbedürftige chronische Erkrankungen und Behinderungen erkannt und berücksichtigt werden, vergeht in der Regel wertvolle Zeit. Auch besteht nach dem AsylbLG kein Anspruch auf Behandlung chronischer Erkrankungen.

Nach 15, jetzt 18 Monaten können die meisten Asylsuchenden dann in die gesetzliche Krankenversicherung GKV aufgenommen werden und sind auf die Kommunen verteilt, wo sie Haus- und Fachärzt*innen finden können. So bekommen sie Zugang zu adäquater Behandlung, bekommen die nötigen Medikamente, Operationen, Hilfsmittel, Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, vorausgesetzt, dass sie sich bis dahin verständigen können oder ehrenamtliche und hauptamtliche Unterstützer*innen finden.

Im Asylverfahren sind „mitgebrachte“ Erkrankungen eher hinderlich, weil die vermeintlich bessere Behandlung in Deutschland als der eigentliche Grund für die Flucht vermutet wird. Das Bundesamt soll die zielstaatsbezogenen Abschiebehindernisse prüfen, d. h. ob eine Behandlung im Herkunftsland möglich ist. Das Bundesamt entscheidet meist anhand der entsprechenden Lageberichte des Auswärtigen Amtes. Dabei muss die Behandlung im Herkunftsland nicht gleichwertig wie in Deutschland sein. Es reicht, wenn eine Behandlung irgendwo im Land möglich ist.

Die Ausländerbehörde prüft, ob eine eventuelle Ausreise faktisch möglich ist und stellt im Falle einer geplanten Abschiebung die Reisefähigkeit fest. Bei dieser verkürzten Fragestellung geht es nur um die Frage, ob der Transport, die Reise bis ins Herkunftsland durchgeführt werden kann und welche Begleitmaßnahmen dafür erforderlich sind. Dafür sollen auch die vorliegenden ärztlichen Atteste herangezogen werden.

Beispiele

Bei Dublin-Abschiebungen sind die Aussichten besonders schlecht, krankheitsbedingte Hindernisse geltend zu machen, weil regelmäßig davon ausgegangen wird, dass die Gesundheitsversorgung in Schengen-Ländern gut ist. Welche Folgen das haben kann, zeigt folgendes Beispiel:

Eine alte Dame, deren Kinder und Enkel alle in Deutschland leben, kam mit Verwandten zunächst nach Frankreich, wo ihr Asyl gewährt wurde. Sie reiste weiter zu ihren Kindern nach Deutschland und stellte dort erneut einen Asylantrag, der mit Verweis auf den Schutzstatus in Frankreich abgelehnt wurde. Nach drei Jahren in der Obhut ihrer Familie sollte sie abgeschoben werden. Sie litt unter Diabetes, Bluthochdruck, war dement und auf Pflege angewiesen. Wegen der Demenz musste jemand aus der Familie rund um die Uhr bei ihr sein. Die Familie beantragte einen Pflegegrad, eine Feststellung der Schwerbe-

hinderung war langwierig. Ohne die aufopferungs- und liebevolle Betreuung hätte sie in einem Pflegeheim untergebracht werden müssen. All das war gut belegt und dokumentiert. Trotzdem bestand die Ausländerbehörde auf die Abschiebung, die letztendlich nur durch einen Härtefallantrag abgewendet werden konnte.

Bei Geflüchteten aus den sogenannten sicheren Herkunftsländern werden die Asylanträge beschleunigt und ohne gründliche Einzelfallprüfung als offensichtlich unbegründet abgelehnt.

Besonders für Rom*nja ist das fatal. Sie sind in allen Herkunftsländern vielfältiger Diskriminierung ausgesetzt, leben unter elenden Bedingungen, finden nur minderwertige Arbeit, wenn überhaupt. Ihr Zugang zu Schulbildung und auch zur Gesundheitsversorgung ist erschwert.

In Erinnerung bleibt der Fall eines alten Ehepaares. Der Mann war nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt. Er hatte einen Rollstuhl und für kurze Strecken im Haus einen Rollator und war für alle täglichen Verrichtungen auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Die Ausländerbehörde sah kein Abschiebehindernis, wenn die Abschiebung mit ärztlicher Begleitung stattfände und die Hilfsmittel mitgegeben würden. Außerdem müsste er eine barrierefreie Wohnung haben.

Die Eheleute wurden in den frühen Morgenstunden abgeschoben. Ein Arzt oder eine Ärztin war nicht anwesend. In der Hektik blieben sowohl der Rollator als auch der Rollstuhl zurück. Die beiden fanden sich in einer Rom*njasiedlung am Rande einer Stadt wieder, in einem winzigen Zimmer bei Bekannten, die sie zunächst aufgenommen hatten. Es gab keine befestigte Straße, nur Schlamm, es gab kein Bad, nur Wasser vom Brunnen, keine medizinische Versorgung und keine Medikamente. Dieser Fall ist lediglich bekannt, da sie engagierte Unterstützer*innen hatten, die sie in ihrem Elend besuchten und sich seitdem um ihre Rückholung bemühen.

Ein weiteres Beispiel: Eine junge Familie mit zwei kleinen Kindern auch aus einem sicheren Herkunftsland kümmert sich um den schwer geistig behinderten Bruder des Mannes. Zur Familie gehört auch die Mutter der Männer. Sie kann den behinderten Sohn nicht versorgen, weil er sehr groß, stark und unkoordiniert ist. Eine Kommunikation mit ihm ist nur den vertrauten Personen und auch nur eingeschränkt möglich. Die Mutter kümmert sich um die Enkel und hält so den jungen Leuten den Rücken frei, dass sie arbeiten und ihren Lebensunterhalt verdienen können. Wenn der Vater nicht da ist, wird der Bruder in seinem Zimmer eingeschlossen, weil er sonst weglaufen und nicht zurückfinden würde. Auch hier hat erst die Härtefallkommission die Abschiebung von Mutter und Sohn verhindert.

Viele der Geflüchteten kommen aus Ländern, in denen die Großfamilie die einzige Sozialversicherung ist. Auch wenn es für Privilegierte eine gute Gesundheitsversorgung gibt, ist diese für Arme und Mittellose nicht oder sehr eingeschränkt zugänglich.

Patient*innen mit HIV-Infektion, besonders aus westafrikanischen Ländern, die noch nicht an manifesten Krebserkrankungen leiden, werden zurückgeschickt mit der Begründung, dass sie das Schicksal mit vielen ihrer Landsleute teilen und es inzwischen überall die notwendigen Medikamente gäbe.

Aber auch Menschen, die an chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck leiden, sind darauf angewiesen, regelmäßig ihre Medikamente zu bekommen. Sie sterben vermutlich nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Abschiebung, aber ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich. Es kommt vermehrt zu Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Das merkt hier nur niemand mehr, weil der Kontakt nach der Abschiebung meist schnell abbricht.

Wenn Menschen, die aus sogenannten sicheren Herkunftsländern kamen, bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens in Aufnahmeeinrichtungen bleiben, sogar bis zur Abschiebung, werden sie erst spät oder nie in Kontakt kommen mit der Bevölkerung und mit Unterstützer*innen. Es wird noch schwerer werden, Krankheiten als Abschiebehindernis geltend zu machen. Das ist offenbar vom Gesetzgeber so gewollt. Abschiebungen sollen möglichst reibungslos und zügig durchgeführt werden. Die Rechte der Abgeschobenen stören da.

4.3 Abschiebung von schwangeren Frauen

Nach der EU-Aufnahmerichtlinie, Artikel 21, gehören Schwangere zu den besonders schutzbedürftigen Personen. Die EU-Richtlinie von 2013/33 sieht eine besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse geflüchteter schwangerer Frauen vor, sie gelten als besonders vulnerable Gruppe mit besonderen Bedarfen. Seit 2016 gilt sie auch in Deutschland, wurde aber bis heute nicht in nationales Recht übernommen.

Abschiebungen aus der stationären Behandlung verstoßen aus Sicht des Deutschen Ärztetages 2017 gegen die deutsche Gesetzgebung, da stationär behandlungsbedürftige Geflüchtete nicht reisefähig sind. Die Richtlinien des Mutter-schutzes gelten für jede schwangere Person und verbietet eine Abschiebung. Somit sollten Risikoschwangere nicht abgeschoben werden dürfen, insbesondere nicht aus stationären Aufenthalten.



Medizinische Versorgung von geflüchteten Schwangeren/Risikoschwangeren

Für geflüchtete Schwangere ist der Zugang zur medizinischen Versorgung erschwert, obwohl er ihnen zusteht. Dieser Umstand besteht trotz der Belastungen, denen Schwangere ausgesetzt sind. Dazu zählen beispielsweise die Erlebnisse auf der Flucht, die Trennung von der Familie oder vom Partner, oder ein sexuelles Trauma, welches zu der Schwangerschaft geführt hat. Ein Modellprojekt in Berlin kam zu dem Ergebnis, dass schwangere geflüchtete Frauen die Regelleistungen in der medizinischen Versorgung oft nicht in Anspruch nehmen können.² Gründe sind umständliche und den Betroffenen oft nicht bekannte Abrechnungsverfahren, Sprachbarrieren und Isolation in schlecht angebundenen Unterkünften.

Aus der Salomo-Studie aus Baden-Württemberg geht hervor, dass den Schwangeren oft nicht klar ist, welche Leistungen ihnen zustehen – aufsuchende Versorgung oder Besuche durch Hebammen gibt es nicht.³ Die besonderen Bedarfe der Schwangeren werden bei Verlegung aus der Erstaufnahmeeinrichtung oft nicht weitergegeben. Das Respond-Projekt der Universität Heidelberg gibt in einer erstmaligen Auswertung von Daten zu Schwangerschaftsergebnissen bei Geflüchteten ein deutlich erhöhtes Risiko von Fehl- und Totgeburten sowie von nachgeburtlichen Komplikationen an.⁴ Dies verdeutlicht den Stress, unter dem die Schwangeren stehen, was sich negativ auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes auswirkt. Kindliche Anpassungsstörungen post partum, also Atmungsprobleme, Neugeborenen-Gelbsucht, Gedeihstörungen und Infektanfälligkeit treten häufiger als im Vergleichskollektiv auf. Unter diesen Bedingungen sind geflüchtete Schwangere per se als Risikoschwangere zu betrachten.

Schwangere Geflüchtete mit unklarer Bleiberechtperspektive

Schwangere Geflüchtete sind durch die prekäre Situation in den Gemeinschaftsunterkünften und den unklaren Ausgang des Asylverfahrens besonders belastet. Dem Bedürfnis einer Schwangeren nach einer gesicherten Situation und die entsprechenden Ängste, wenn diese nicht gegeben ist, hat die EU in den oben genannten Richtlinien Rechnung getragen, indem sie sie als vulnerable Gruppe mit besonderen Bedarfen eingestuft hat. Dem wird aber nicht ausreichend, man möchte sagen, zunehmend weniger Rechnung getragen.

² „Fachdialognetz für schwangere, geflüchtete Frauen“ der Pro Familia Berlin

³ Gewalt, S.C. Berger et al., psychosocial health of asylum seeking women living in state provided accommodations in Germany, 2018

⁴ Louise Biddle und Kayvan Bozorgmehr, RESPOND Studie Universität Heidelberg

Menschenrechtliche und völkerrechtliche Grundlagen

Auf deutscher, europäischer und internationaler Ebene genießen Geflüchtete – als Menschen – Grundrechte, die bei der deutschen und europäischen Asylpolitik missachtet werden.

Das erste Recht, das bei Geflüchteten zu schützen ist, ist das Recht auf Leben. Abschiebungen vulnerabler Gruppen in Kriegs- und Krisengebiete oder in Staaten ohne geeignete medizinische Versorgung verstoßen unmittelbar gegen das Recht auf Leben. Als *lex specialis* wird der Grundsatz des *non-refoulement* auch verletzt. Noch mehr ist das Recht von Geflüchteten und insbesondere von Menschen mit Behinderungen auf körperliche und seelische Unversehrtheit schwer beeinträchtigt, da ihre Bedürfnisse im Abschiebeprozess nicht hinlänglich berücksichtigt werden.

Die deutsche Abschiebepolitik führt zu Verletzungen des Rechts auf Gesundheit der Geflüchteten. Das Recht beinhaltet den Zugang zur Gesundheitsvorsorge, zu ärztlicher Versorgung und auf die Sicherstellung eines Lebensstandards, der ein gesundes Leben ermöglicht. Zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit muss Deutschland den Zugang zu medizinischen Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen. Besonders gegenüber Kindern sind die erforderlichen Maßnahmen zur gesunden Entwicklung des Kindes zu treffen und die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge (auch von Müttern vor und nach der Entbindung) zu gewährleisten.

Das AsylbLG schafft eine strukturelle Diskriminierung der Migrant*innen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auch für Geflüchtete gilt der Grundsatz der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung in der Versorgung (*informed consent*), trotz eventueller Sprachprobleme.

Zu Beginn der Migrationsbewegungen 2015 wurden Schwangere selten abgeschoben – inzwischen gilt dies nur für die eigentliche Zeit des Mutterschutzes (34. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt). Keineswegs verhindert die Schwangerschaft der werdenden Mutter die Abschiebung des Kindsvaters. So wurde beispielsweise schon ein werdender Vater aus dem Kreißsaal heraus zum Flughafen abgeschoben, während seine Frau in den Wehen lag. Nur das beherzte Vorgehen der Hebamme verhinderte seine endgültige Abschiebung.

Das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft (also auch Schwangere mit psychischer Belastung) verhindert die Abschiebung nicht, gesundheitlichen Einschränkungen wird in der Abschiebesituation immer weniger Rechnung getragen.⁵

⁵ www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/abschiebung-144.html

Das Anti-Folter-Komitee des Europarats hatte generell kritisiert, dass deutsche Behörden den Betroffenen ihre Abschiebung zu spät ankündigten. Zudem werde häufig „unverhältnismäßig und unangemessen“ Gewalt angewendet.

Beispiele

Im Mai 2018 wurde eine 21-jährige Hochschwangere aus Sierra Leone wegen angeblicher Fluchtgefahr in Abschiebehaft genommen. Sie lebte mit ihrem Lebensgefährten und dem gemeinsamen fünfjährigen Sohn in einer Asylunterkunft bei Deggenedorf, ihr Sohn wurde vom Jugendamt in Obhut genommen. Der Lebensgefährte durfte hierbleiben, da bei ihm die Dublin-Frist verstrichen war. Am 30. Mai und damit zwei Tage vor Beginn des Mutterschutzes, sollte sie zusammen mit ihrem Sohn nach Italien geflogen werden, wo ihnen die Obdachlosigkeit drohte. Viele Unterstützende protestierten am Münchner Flughafen dagegen, und die junge Frau wehrte sich heftig gegen die Abschiebung, die daraufhin abgebrochen wurde.

Im Juni 2018 sollte eine 24-jährige Lehrerin aus Zentralasien ebenfalls kurz vor Beginn des Mutterschutzes abgeschoben werden. Wegen ihrer Risikoschwangerschaft musste sie zuvor mehrfach stationär behandelt werden. Durch den Polizeieinsatz wurde die zuvor psychisch stabile Frau schwer traumatisiert, so dass sie die letzten vier Wochen der Schwangerschaft kaum schlafen konnte und unter massivem Stress stand. Das Baby kam schließlich mit sehr niedrigem Geburtsgewicht und einer Anpassungsstörung zur Welt.

Oktober 2018: Eine schwangere, zuckerkrankte Iranerin, die zur Behandlung in der Mainzer Uniklinik war, sollte abgeschoben werden. Mit großem Polizeiaufgebot wurde sie mitten in der Nacht aus dem Krankbett geholt. Erst einen Tag zuvor war sie mit insulinpflichtigem Diabetes wegen hochproblematischer Zuckerwerte in der Frühschwangerschaft stationär aufgenommen worden. IPPNW-Ärztin Christa Blum konnte mit der Frau sprechen: Ihr seien beim gewaltsamen Einsteigen ins Flugzeug in Hannover blaue Flecken zugefügt worden. Als die Abschiebung schließlich abgebrochen wurde, habe man sie nicht zurück ins Krankenhaus gebracht. Die Iranerin sei im Pyjama und mit Flipflops am Bahnhof in Hannover abgesetzt worden. Von dort aus sollte sie mit ihrem einjährigen Sohn eigenständig zurück in die Flüchtlingsunterkunft nach Rheinland-Pfalz fahren.

2019, Hessen: Eine 30-jährige Schwangere, die psychisch sehr belastet ist und unter Asthma leidet, wurde trotzdem ohne Verzögerung nach Polen (nach Dublin-Verordnung) abgeschoben. Obwohl die Schwangere einen akuten Asthmaanfall erlitt, wurde sie vom anwesenden Kollegen kurzerhand für reisefähig erklärt. Die Familie wurde mit dem Auto nach Polen gebracht. Hinter der Grenze musste die Frau sofort in ein Krankenhaus. Vater und Kinder landeten in einer Grenzstation im Gefängnis. Als die Frau nach mehreren Tagen entlassen wurde, wurde die ganze Familie in ein Gefängnis Richtung Weißrussland gebracht. Der vorliegende Eilantrag auf Verhinderung der Abschiebung wurde

vom Richter erst nicht bearbeitet. Anschließend wurde die Sache für erledigt erklärt, da die Familie ausgereist war.⁶

Die aufgeführten Beispiele zeigen in eklatanter Weise, wie Richtlinien und Gesetze zunehmend missachtet und gebrochen werden. Dies ist um so verwerflicher, als es sich bei der Gruppe der schwangeren Geflüchteten um eine zutiefst schützenswerte Klientel handelt. Das Leben der ungeborenen Kinder wird nicht geschützt in einem Staat, der sich den Schutz des ungeborenen Lebens doch so oft auf die Fahnen schreibt.

Die ärztliche Friedensorganisation IPPNW appellierte 2018 an die Innenministerkonferenz, die Abschiebungen von kranken, traumatisierten oder schwangeren Geflüchteten umgehend zu stoppen. Abschiebungen lebensbedrohlich oder schwerwiegend erkrankter Geflüchteter sind mit den Menschenrechten nicht vereinbar. Ernst Girth, der Menschenrechtsbeauftragte der Landesärztekammer Hessen, meint dazu: „Ein Krankenhaus muss in unserem demokratischen Land immer noch ein geschützter Raum bleiben, und Ärztinnen und Ärzte müssen unterstützt werden und verhindern, dass Menschen aus Krankenhäusern abgeholt werden.“

Diese Stellungnahmen verhallen unbeachtet und ungehört – das ist unerhört im wahrsten Sinne des Wortes.

4.4 Abschiebung von Kindern und Jugendlichen

Selbst bisher gesunde Menschen können durch drohende und tatsächliche Abschiebungen und durch ein Leben in teils jahrelanger existenzieller Unsicherheit gesundheitlich schwer geschädigt werden.⁷

Für Kinder und Jugendliche gilt dies in besonderem Maß.⁸ Das Muster der Reaktionen auf diese Situation ist altersabhängig und individuell sehr variabel. Sehr kleine Kinder reagieren oft mit Verhaltensauffälligkeiten wie Ess- und Trinkverweigerung, Schlafstörungen und autoaggressivem Verhalten.

6 Die ersten drei Beispiele stammen aus einer IPPNW-Presseinformation von 2018, das letzte Beispiel aus dem eigenen Klientel 2019, Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete, Kassel.

7 Filges T, Montgomery E, Kastrup M. The Impact of Detention on the Health of Asylum Seekers: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 2016 (2) <https://doi.org/10.1177/1049731516630384>

8 Wood LCN. Impact of punitive immigration policies, parent-child separation and child detention on the mental health and development of children. *BMJ Paediatrics Open* 2018;2:e000338. doi:10.1136/bmjpo-2018-000338 <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/bmjpo/2/1/e000338.full.pdf>

Beispiel 1: Familie aus Albanien, Bayern 2017

Im Alter von 19 Monaten musste die kleine Ina – von deren Familie auch im Kapitel 5 („Matildas Brief“) berichtet wird – bei einem gescheiterten Abschiebeversuch im Lager Manching bei Ingolstadt im März 2017 mit ansehen, wie die Polizei ihren Vater und ihren 14-jährigen Bruder zu Boden brachte und fesselte. Die schwer traumatisierte Mutter brach schreiend zusammen und musste anschließend vier Wochen stationär psychiatrisch behandelt werden. Danach verweigerte das Mädchen das Essen, sie schlug sich wiederholt den Kopf an die Wand, wobei eine große Platzwunde entstand, und riss sich Haare aus.

Statt die dringend indizierte stationäre Behandlung des Mädchens zu ermöglichen, versuchten die Behörden erneut, die Familie abzuschleppen, diesmal ohne die Mutter. Erst am Flughafen Frankfurt fand der verzweifelte Vater einen Arzt, der sich die Atteste seiner kleinen Tochter durchlas und dann die Abschiebung stoppte. Ina und ihr Vater kehrten zurück ins Lager Manching, die elf und 14 Jahre alten Geschwister kamen in ein Jugendheim. Keine 24 Stunden später nahmen zehn Polizeibeamt*innen und Angestellte des Jugendamtes dem Vater die kleine Ina gewaltsam weg. Diese kam zunächst in das Jugendheim, in dem ihre Geschwister waren, doch später wurde sie dort wieder abgeholt und in eine Pflegefamilie gebracht. Inas Schwester schrieb in einer WhatsApp-Nachricht: „... sie hat geweint und die haben sie wie ein Tier genommen, nicht wie ein Kind“.

Durch energische ärztliche Intervention gelang es, für Ina eine stationäre Therapie im Kinderzentrum mit ihrem Vater als Begleitperson durchzusetzen. Nach drei Wochen war das Mädchen deutlich stabilisiert, musste aber nach der Entlassung weiter im Camp leben, obwohl den Behörden ärztliche Stellungnahmen vorlagen, dass bei Inas weiterem Aufenthalt dort eine Chronifizierung der Störung eintreten würde.

Ende Juli war eine erneute stationäre Aufnahme der Mutter vorgesehen, musste allerdings wegen Bettenmangels in der Psychiatrie verschoben werden. Am nächsten Tag wurde sie mit ihren drei Kindern aus dem Lager Manching abgeholt, in Hand- und Fußfessel gelegt und mit einem Krankentransport liegend zum Flughafen gebracht. Wieder mussten die Kinder, die vom Jugendamt begleitet wurden, alles mit ansehen. Ein Urteil über den Eilantrag der Anwältin beim Münchner Verwaltungsgericht wurde nicht abgewartet, sämtliche aktuellen Atteste zur Reiseunfähigkeit wurden ignoriert, ein Begleitarzt stufte die Mutter als flugtauglich ein, ein hinzugezogener Flughafenarzt widersprach dem vergeblich.

Mutter und Kinder wurden in einem extra für sie gecharterten Flugzeug abgeschoben. Da der Ehemann und Vater der Kinder zum Zeitpunkt der Festnahme nicht zugegen war, blieb er in Deutschland, und die Familie wurde getrennt. Die Jugendlichen wurden mit ihrer schwerkranken Mutter und der kleinen Schwester allein gelassen.

Weder während, noch nach dem Flug wurden die Kinder betreut – sie alle hatten große Angst. Die elfjährige Matilda berichtete, dass es ihrer Mutter nach der Abschiebung sehr schlecht ging, sie war voller Hämatome, hatte stärkste Kopfschmerzen und bekam keine Medikamente. Die vor wenigen Tagen zwei Jahre alt gewordene Ina weicht ihrer Mutter nicht mehr von der Seite, seit sie sie gefesselt erlebt hat.

Ältere Kleinkinder weisen häufig Symptome wie hartnäckige Verstopfung und nächtliche Angstzustände auf.

Die neue gesetzlich vorgegebene Strategie der Ausländerbehörden, Abschiebungen nicht anzukündigen, führt offensichtlich besonders oft zu einer massiven Schädigung der betroffenen Kinder, die durch das nächtliche Eindringen der Polizei in ihre Unterkunft ausgelöst wird.⁹ „Kinder würden aus Angst vor einer unangekündigten nächtlichen Abschiebung bereits mit ihren Schuhen zu Bett gehen, um (...) vorbereitet zu sein“, schreibt die bayerische Ärzteinitiative 2018.¹⁰

Beispiel 2: Familie aus Syrien, Bayern 2017

In Stephanskirchen (Landkreis Rosenheim) mussten vier syrische Kinder im Alter von ein bis sieben Jahren auf Grund massiver Angstzustände, Schlaflosigkeit und Verhaltensstörungen behandelt werden. Vorausgegangen war ein unangekündigter Abschiebungsversuch nach Ungarn, der um vier Uhr früh begonnen und später auf Grund des Gesundheitszustandes der schwangeren Mutter abgebrochen wurde. Am Tag vor dem Abschiebeversuch war ein Gerichtsurteil bekannt geworden, nach dem Dublin-Abschiebungen nach Ungarn auf Grund der schlechten Situation dort unzulässig sind.¹¹

In Schweden wurde seit Beginn des Jahrtausends ein spezifisches Syndrom bei Hunderten von Kindern und Jugendlichen beschrieben, die mit ihren Familien meist aus Balkanländern geflüchtet waren: „Resignation Syndrome“ oder schwedisch „Uppgivenessyndrom“.¹² Die Betroffenen sind typischerweise zwischen acht und 15 Jahren alt und vollkommen passiv, zurückgezogen und stumm; sie haben keine Muskelspannung, sind unfähig zu essen und zu trinken, inkontinent und reagieren nicht auf physische Reize oder Schmerz. Nach einer Lockerung der Asylgesetzgebung 2006 sei die Häufigkeit zurückgegangen.

9 Pressemitteilung der Bayerischen Ärzteinitiative für Flüchtlingsrechte vom 8.5.2018

10 Anhörung des Innenausschusses am Montag, den 3. Juni 2019; persönl. Mitteilung Cansel Kiziltepe, MdB

11 Pressemitteilung der Bayerischen Ärzteinitiative für Flüchtlingsrechte vom 6.5.2017

12 Sallin K, Lagercrantz H, Evers K, Engström I, Hjern A, Petrovic P. Resignation Syndrome: Catatonia? Culture-Bound? Front. Behav. Neurosci., 2016, <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2016.00007> <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2016.00007/full>

Die meisten älteren Schulkinder und Jugendlichen reagieren aber auf traumatisierende Situationen wie eine Abschiebung ähnlich wie junge Erwachsene. Zu den Symptomen der Traumafolgestörungen zählen Schmerzzustände, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Albträume, Hyperarousals (Übererregung), Flashbacks und dissoziative Zustände.

Beispiel 3: Familie aus Albanien, Bayern 2017

Die damals elf und vierzehn Jahre alten Geschwister der kleinen Ina, deren Geschichte bereits in Beispiel 1 geschildert wurde, waren selbstverständlich damit überfordert, sich um die kranke Mutter und die kleine Schwester zu kümmern. Diese Parentifizierung hatte Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit und weitere Entwicklung. In Albanien ließen sich beide etwa vier Wochen nach der Abschiebung kinder- und jugendpsychiatrisch untersuchen, wobei eine posttraumatische Störung mit nächtlichen Arousals und eine generalisierte Angststörung festgestellt und eine Weiterbehandlung in einer spezialisierten Klinik in Tirana empfohlen wurde. Beide klagten darüber, immer wieder die Szene vor Augen zu haben, wie ihre Mutter gefesselt ins Flugzeug geschleppt wurde.

Aus Angst vor Blutrache konnten die beiden nicht in Albanien zur Schule gehen. Sie flohen erneut nach Deutschland und wurden als unbegleitete Minderjährige in Bayern aufgenommen, wo sie auch die Schule besuchten. Während der Pflingstferien 2019 wurden sie überraschend und sehr gewaltsam von einem Großaufgebot aus Polizei, Jugend- und Ausländeramt erneut abgeschoben. Der Bayerische Flüchtlingsrat teilt mit: „Nach der Festnahme wurden die Kinder getrennt und direkt zum Münchner Flughafen gefahren. Es wurde ihnen nicht ermöglicht, persönliche Dinge, Kleidung oder Geld mitzunehmen. Bis zum Abflug wurden sie isoliert in Einzelzellen des Münchner Flughafens eingesperrt – ohne Ansprechpartner*innen, ohne Nahrungsmittel, ohne Handys. In Tirana/Albanien angekommen, haben sich die Jugendamtsmitarbeitenden an der geöffneten Flugzeugtür verabschiedet. Die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge wurden weder einer geeigneten Jugendhilfeeinrichtung in Albanien noch den sorgeberechtigten Eltern übergeben, wie dies gesetzlich vorgesehen ist. Das Wohl der Kinder, entsprechende Unterbringung und Versorgung sind nicht garantiert.“

Die 13-jährige sagte 2019 am Telefon: „Wir sind hier versteckt und müssen weg, weil wir nicht sicher sind. Ich habe große Angst.“¹³

Eine Dienstaufsichtsbeschwerde der Bayerischen Ärzteinitiative für Flüchtlingsrechte gegen die Zentrale Ausländerbehörde wegen massiver Verletzungen der seelischen Gesundheit von

¹³ Pressemitteilung des Bayerischen Flüchtlingsrates vom 24. Juni 2019

Kleinkindern wurde von der Regierung von Oberbayern als unbegründet zurückgewiesen.¹⁴

Durch Abschiebung werden Kinder und Jugendliche aus ihrem Kindergarten oder ihrer Schule gerissen, wo sie für ihre Zukunft lernen und sie Freunde gefunden haben. Sie kommen in eine Umgebung, die ihnen oft völlig unbekannt ist und wo ihre Bildungschancen in aller Regel sehr schlecht sind.

Beispiel 4: Familie aus Nepal, Nordrhein-Westfalen 2017

Am Montag, den 29. Mai, holen zwei Mitarbeiter der Ausländerbehörde die 14-jährige Bivsi aus dem laufenden Unterricht des Steinbart-Gymnasiums in Duisburg. Sie soll nach Nepal abgeschoben werden, zusammen mit ihren Eltern, die 1998 als Geflüchtete nach Deutschland kamen. Die Schulleitung erfährt von der Abschiebung erst wenige Minuten vorher. Für das Mädchen ist es ein Schock. „Ich konnte mich noch nicht mal von meinen Freunden und von meiner Klasse verabschieden“, sagt sie in einem Interview und bricht in Tränen aus.

Aus der Schule wird sie nach Hause gebracht und muss schnell ihren Koffer packen. Danach wird die Familie zum Flughafen Frankfurt gefahren, wo um 17 Uhr die Maschine startet, die sie nach Nepal bringt. Bivsi R. war noch nie zuvor in Nepal. Sie fühle sich „wie ein Schwerverbrecher“, sagt sie. Ihre Eltern seien „fix und fertig“.¹⁵

Durch die Solidarität ihrer Mitschüler*innen und vieler anderer, die eine Online-Petition unterzeichnen, kann die Familie etwa zwei Monate später nach Duisburg zurückkehren.

Die Praxis der Abschiebung von Kindern und Jugendlichen verstößt oft gegen Artikel 2 (2) und Artikel 6 (1) des Grundgesetz (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Schutz der Familie) und Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (Verbot erniedrigender oder unmenschlicher Behandlung). Sie verstößt immer gegen Artikel 3 der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen, die bei uns geltendes Recht ist (Berücksichtigung des Kindeswohls bei allen staatlichen Maßnahmen). Doch die Ausländerbehörden kennen nur ein Gesetz, das gnadenlos angewandt wird: das Aufenthaltsgesetz.

Abschiebungen von Kindern und Jugendlichen müssen abgeschafft werden, da sie das Kindeswohl und die Gesundheit massiv gefährden. In einem ersten Schritt sind unangekündigte nächtliche Abschiebungen und Festnahmen in Kindergärten und Schulen zu unterlassen.

¹⁴ 26. aktualisierte Auflage der Dokumentation „Bundesdeutsche Flüchtlingspolitik und ihre tödlichen Folgen“ (1993–2018). Hg. Antirassistische Initiative Berlin, www.ari-dok.org

¹⁵ Die tageszeitung vom 9. Juni 2017

ZARANJ | NIMROOZ | AFGHANISTAN | 28.11.19 | ABDUL SAMAD (14) UND ANDERE UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE WERDEN MIT EINEM BUS NACH HERAT ZURÜCKGESCHICKT. SIE WAREN AUF DER FLUCHT NACH TEHERAN (IRAN), ALS SIE AUFGEGRIFFEN WURDEN.



Unbegleitete minderjährige Geflüchtete (UMF) und Altersfeststellungen

Unbegleitete minderjährige Geflüchtete zählen zu den besonders schutzbedürftigen Gruppen. Das Jugendamt ist für die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zuständig, sofern sie ohne einen für sie verantwortlichen Erwachsenen reisen. Damit haben unbegleitete minderjährige Geflüchtete einen Anspruch auf Sozialleistungen nach dem 8. Sozialgesetzbuch. In § 1 SGB VIII heißt es: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ Daraus leitet sich für unbegleitete minderjährige Geflüchtete der Anspruch auf einen rechtlichen Vormund und auf einen Platz in einer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung ab.

Zugleich haben viele UMF keinen sicheren Aufenthaltsstatus in Deutschland, denn ihre Abschiebung ist bis zum ihrem 18. Lebensjahr lediglich ausgesetzt (Duldung). Aufenthaltsrechtlich kommt es dann darauf an, dass sie mit dem Erreichen der Volljährigkeit die Voraussetzungen für einen Aufenthaltstitel erfüllen, wie zum Beispiel eine Aufenthaltserlaubnis für integrierte

Unbegleitete minderjährige Geflüchtete in Deutschland 2013–2018¹



¹ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00194/default/table?lang=en>

Jugendliche und Heranwachsende. Laut Rechtsprechung gilt als „integriert“, wer vier Jahre lang eine deutsche Schule besucht, oder einen deutschen Schulabschluss erworben hat.

Um einen Zugang zu den Leistungen nach dem 8. Sozialgesetzbuch zu erhalten, müssen UMF ein Erstscreening durchlaufen, in dessen Rahmen, sofern nicht bekannt, auch ihr Alter festgestellt werden soll. Laut dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, „[reichen die] dafür verwendeten Methoden ... von einer reinen Altersschätzung über körperliche Untersuchungen bis hin zu radiologischen Untersuchungen.“¹

Über die umstrittene Praxis dieser Altersfeststellungen organisierten die Deutsche Sektion der IPPNW, die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin im Juni 2015 eine internationale Fachkonferenz zum Thema „Best Practice for Young Refugees“. Die Ergebnisse dieser Fachkonferenz wurden in der gleichnamigen Dokumentation festgehalten:

Best Practice for Young Refugees, Ergebnisse und Beiträge einer Internationalen Fachkonferenz zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

November 2016, Preis 8,00 Euro zzgl. Versandkosten.
Bestellungen unter: shop.ippnw.de

¹ www.bamf.de/DE/Themen/AsylFluechtlingsschutz/UnbegleiteteMinderjaehrige/unbegleiteteminderjaehrige-node.html
(Stand 30.9.2020)

”

Um 6 Uhr ist die Polizei gekommen – im Auftrag der Zentralen Ausländerbehörde. Wir haben uns sehr erschrocken, weil wir noch schliefen (...).

Mich, Matilda, haben sie mit Gewalt mitgenommen und zum Polizeiauto gebracht, und meine Mutter haben sie auch dazu gezwungen. Meine kleine Schwester hat jedoch das Jugendamt mitgenommen. Meine Mutter wollte, dass wir alle in einem Auto fahren, die Polizisten haben meine Mutter mit Gewalt zu dem Krankenwagen gebracht und sie gefesselt.“



Symbolbild. Foto: Opposition 24/Flickr, CC BY-ND 2.0

5. Matildas Brief aus Tirana

Die damals 11-jährige Matilda B. schrieb diesen Brief an Bundeskanzlerin Angela Merkel kurz nach ihrer ersten Abschiebung nach Tirana am 2.8.2017. Der Autor dieser Zeilen transkribierte den Brief und leitete ihn mehrfach ans Bundeskanzleramt weiter. Eine Antwort haben wir nie erhalten.

*Sehr geehrte Frau Angela Merkel,
sehr geehrte Damen und Herren,*

Wir, die dies schreiben, heißen Zef und Matilda. In diesem Moment sind wir in Albanien und sind sehr in Angst und Stress.

Am 1.8. um 6 Uhr ist die Polizei gekommen – im Auftrag der Zentralen Ausländerbehörde. Wir haben uns sehr erschrocken, weil wir noch schliefen; mein Vater war an diesem Tag nicht in der Unterkunft.

Die Polizei ist zusammen mit dem Jugendamt und einem Krankenwagen gekommen. Unsere Mutter ist seit dem 20. März psychisch krank. Sie ist drei Monate lang in Kliniken geblieben und wird seit einem Monat von einem Psychiater untersucht und behandelt. Meine zweijährige Schwester Ina wurde durch den ersten Abschiebeversuch traumatisiert und war drei Wochen in der Kinderklinik, sie wird immer mal von der Psychologin behandelt. Sie hatte am 9.8. einen Termin im Kinderzentrum. Am 20.7.2017 hatte ihre Kinderärztin Franziska Baiert eine „Ärztliche Stellungnahme zur aktuellen Gesundheitssituation“ geschrieben, die wir der Polizei, dem Jugendamt und dem Arzt gezeigt haben. Der Arzt, den die ZAB¹ bestellt hatte, wollte das gar nicht sehen. Meine Mutter hatte ein ärztliches Attest, in dem stand, dass meine Mutter in die Klinik in München-Schwabing gehen müsste. Nachdem wir ihnen alle Dokumente gezeigt hatten, hat der Doktor, den die ZAB bestellt hatte, gesagt, der Amtsarzt in München entscheide, ob sie fliegt oder nicht.

Mich, Matilda, haben sie mit Gewalt mitgenommen und zum Polizeiauto gebracht, und meine Mutter haben sie auch dazu gezwungen. Meine kleine Schwester hat jedoch das Jugendamt mitgenommen. Meine Mutter wollte, dass wir alle in einem Auto fahren, die Polizisten haben meine Mutter mit Gewalt zu dem Krankenwagen gebracht und sie gefesselt. Ina und ich waren zusammen in einem Auto, unser Bruder in einem anderen Auto

und unsere Mutter im Krankenwagen. Am Flughafen haben sie uns weiter getrennt gelassen, obwohl meine Mutter geweint hat und gesagt hat, dass sie mit uns bleiben will – doch niemand von denen wollte davon etwas wissen. Meine Mutter hat dem Arzt gesagt, er solle die Atteste ansehen, die bei mir waren.

Ich war da, wo die Polizisten miteinander geredet haben. Sie haben mit dem Herrn Herrmann gesprochen, und er hat gesagt: „Diese Familie muss abgeschoben werden.“ Meine Mutter haben sie mit einem Rollstuhl bis zum Flugzeug gebracht. Als meine Mutter näher am Flugzeug war, hat sie geschrien vor Angst. Sechs Polizisten, der Ingolstädter Arzt und der Chef vom Flughafen haben meine Mutter mit Gewalt gefesselt und ins Flugzeug gebracht. Ich habe die ganze Situation durch das Fenster des Polizeiautos gesehen. Als wir Kinder ins Flugzeug gingen, haben wir unsere Mutter in dieser schrecklichen Situation gesehen. Der Körper meiner Mutter war gefesselt, sie wurde außen herum von vier Polizisten festgehalten.

Uns haben sie ganz hinten gelassen und unsere Mutter war ganz weit weg von uns. Meine Schwester wollte die ganze Zeit zu meiner Mutter gehen, aber die Polizisten haben sie nicht gelassen. Meine Mutter war den ganzen Weg bis Albanien gefesselt.

Jetzt hat meine Mutter Verletzungen am Körper, sie hat sehr viel Kopfschmerzen, sie isst und schläft nicht. Sie hat auch angefangen, mit sich selbst zu reden. Wir sind bei einer Familie zum Übernachten geblieben, weil wir Angst hatten, zu uns nach Haus zu gehen. Meine Mutter bekommt keine Medikamente und sie muss ins Klinikum, aber diese Familie kann ihr nicht helfen, und meine Schwester hat keinen Betreuer, obwohl meine Mutter krank ist. Wir befinden uns in einer schlechten Situation ohne meinen Vater und ohne Sozialhilfe.

Ich bitte, dass meine Familie wieder nach Deutschland kommt und meine Mutter und meine Schwester in Behandlung kommen und dass wir wieder als eine Familie zusammen mit unserem Vater leben können. In keinem EU-Land ist es rechtmäßig, dass eine Familie getrennt wird. Wir haben sehr viel Angst.

Ich hoffe, dass Ihr uns helft.

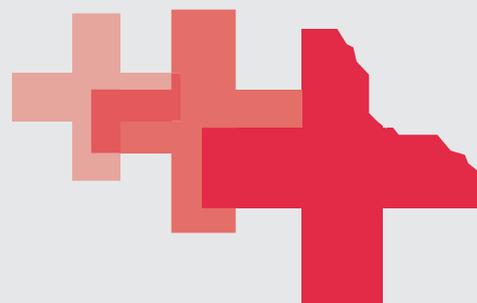
Zef und Matilda

1 Zentrale Ausländerbehörde



Apotheke in der Provinz Helmand in Afghanistan. Foto: SAC Neil Chapman (RAF)/MOD

6. Medizinische Versorgung im Zielland



Seit dem 17. März 2016 (Asylpaket II) können gesundheitliche Gründe nur dann effektiv als Abschiebungshindernis geltend gemacht werden, wenn die jeweilige Erkrankung bereits in Deutschland als lebensbedrohlich oder schwerwiegend eingestuft wird. Jedoch ist selbst bei schwerwiegenden Erkrankungen eine Abschiebung legal, wenn im Herkunftsland bzw. Zielstaat ausreichende Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Wann jedoch wird die medizinische Versorgung als ausreichend klassifiziert? Gleichwertig mit den Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland oder anderen europäischen Ländern, so viel lässt sich dem Gesetzestext entnehmen, braucht sie nicht zu sein. Darüber hinaus spielt es keine Rolle, ob sie nur in einem Teil des Landes gewährleistet ist. Stattdessen wird angenommen, dass es den Betroffenen grundsätzlich zuzumuten sei, „gegebenenfalls inländische Gesundheitsalternativen aufzusuchen“, also nötigenfalls in einen Landesteil mit entsprechender medizinischer Infrastruktur zu reisen.

Diese gesetzliche Festlegung erscheint jedoch äußerst problematisch, da die bloße Existenz einer leidlichen, zumal regional begrenzten medizinischen Infrastruktur keinesfalls garantiert, dass medizinische Leistungen im Bedarfsfall tatsächlich genutzt werden können. Zwar erweist sich ein adäquates Angebot an qualifizierten, wirksamen Behandlungsmöglichkeiten hierfür fraglos als grundlegend. Darüber hinaus hängt der effektive Zugang zur Gesundheitsversorgung aber von weiteren sozioökonomischen und soziokulturellen Faktoren ab, darunter der Bezahlbarkeit medizinischer Leistungen, der realistischen Erreichbarkeit¹ von Behandlungsmöglichkeiten, soziokultureller Akzeptanz medizinischer Prozeduren sowie verschiedenen For-

men sozialer Marginalisierung.² Ob die entsprechenden finanziellen Mittel verfügbar, die Erreichbarkeit beispielsweise auch geographisch entfernter Gesundheitseinrichtungen realistisch ist, hängt dementsprechend vom Einzelfall und lokalen Gegebenheiten ab. Eine reguläre Einzelfallprüfung ist jedoch seit dem 17. März 2016 gesetzlich nicht mehr vorgesehen. Es bleibt den Betroffenen überlassen, nachzuweisen, wenn ihre Versorgung nicht gegeben ist.

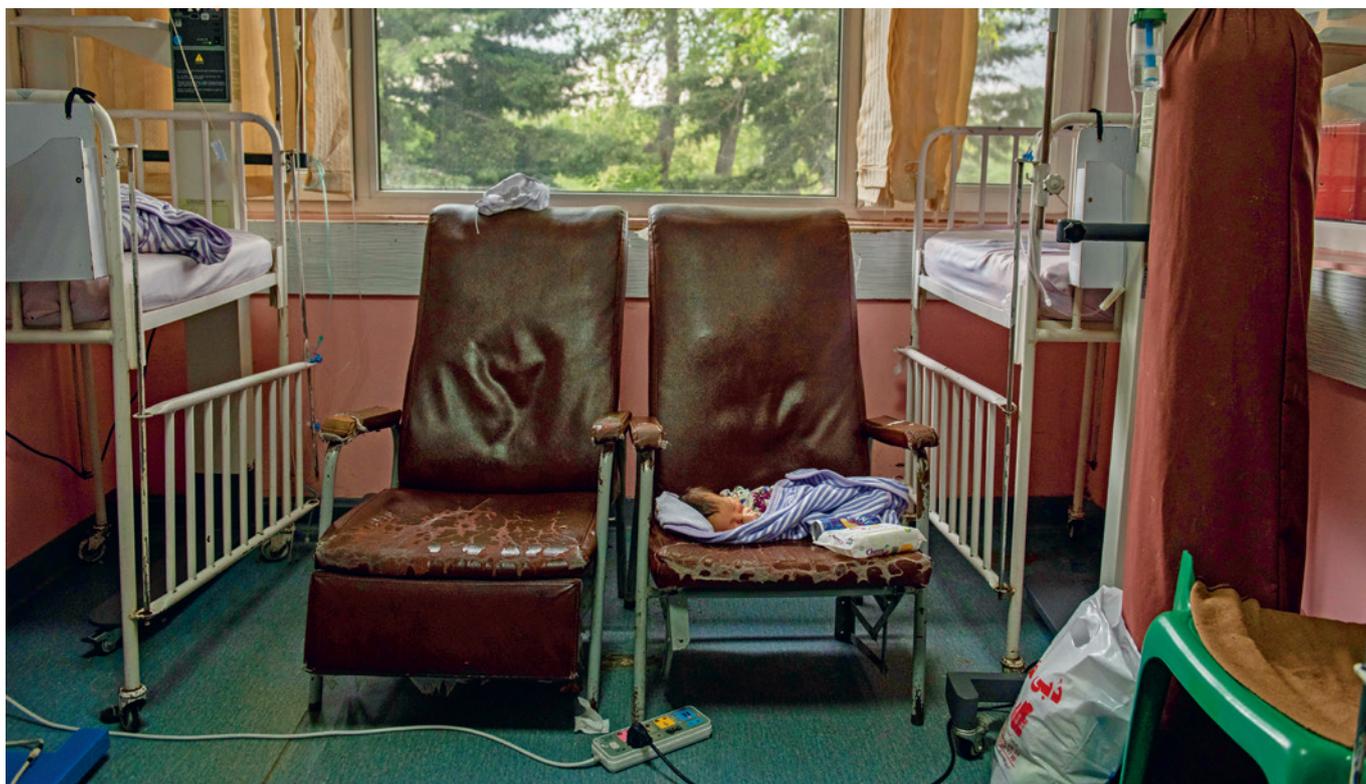
Vor diesem Hintergrund möchten wir in dieser Publikation den Zugang zur medizinischen Versorgung in Afghanistan und Kosovo untersuchen, die in den vergangenen Jahren vermehrt Ziel von Abschiebungen aus Deutschland geworden sind und denen eine ausreichende medizinische Versorgung bescheinigt wird.

6.1 Länderbeispiel Afghanistan

Medizinische Versorgung in Afghanistan ist schon seit Langem durch extremen Mangel, unkontrollierbar schlechte Qualität und ökonomischen Ausschluss gekennzeichnet. Der seit Jahren eskalierende Bürgerkrieg verschlechtert die Lage in dramatischem Tempo, weil er nicht nur den Bedarf rapide steigert, sondern auch Angebote zerstört und die Zugangsmöglichkeiten immens einschränkt. Eine kürzlich erschienene Studie über abgeschobene Afghan*innen kam zu dem erschreckenden Ergebnis, dass eine überwiegende Mehrheit der untersuchten Personen, die sich länger als zwei Monate im Land aufhielten, massiver Gewalt ausgesetzt waren (Folter, Misshandlungen, Schlägen,

² Für eine umfassende Konzeptionalisierung des Zugangs zu Gesundheit vgl. Levesque/Harris/Russell 2013: Patient-centred access to health care. Conceptualising access at the interface of health systems and populations, in: International Journal for Equity in Health (12), 18.

¹ auch geographisch entfernter



KABUL, AFGHANISTAN, 2020: Das hier schlafende, drei Tage alte Baby und seine Mutter überlebten einen Anschlag auf die Entbindungsstation einer Klinik in Kabul. Von 20 Neugeborenen verloren über die Hälfte bei dem Angriff ihre Mütter, zwei Neugeborene wurden schwer verletzt.⁵

psychischer Bedrohung, Anschlägen), meistens als Bestrafung für ihre Flucht zum „Feind“. Die Hälfte der untersuchten Personen machte sich erneut auf die Flucht außer Landes.³

Afghanistan – das für Zivilbevölkerung tödlichste Land der Welt

Gewalt und Zerstörung prägen den afghanischen Alltag nun schon seit Jahrzehnten. So gaben 2016 laut einer Studie von Save the Children 38 Prozent aller befragten Kinder an, innerhalb eines Jahres einen Verwandten durch Gewalt verloren zu haben.⁴ 2018 war Afghanistan das unsicherste Land der Welt und zugleich das mit den meisten Kriegstoten weltweit.

3 Stahlmann, Friederike (2019): Studie zum Verbleib und zu den Erfahrungen abgeschobener Afghanen in Asylmagazin 8–9/2019, S. 276–286

4 <https://tolonews.com/afghanistan/study-finds-91-afghan-children-abused-some-way> (Stand 05.10.2020)

Völkerrechtswidrige Zerstörung von Gesundheitseinrichtungen

Das Gesundheitswesen ist aber nicht nur durch die große und stetig zunehmende Zahl derer belastet, die durch Kampfhandlungen, Attentate, Sprengfallen und Minen verwundet oder kriegsbedingt traumatisiert werden. Denn Kampfhandlungen machen auch vor medizinischen Einrichtungen und ihren Mitarbeiter*innen nicht halt – im Gegenteil wird der völkerrechtlich verankerte Schutz medizinischer Einrichtungen von allen Kriegsparteien systematisch ignoriert, Krankenhäuser und Krankenwagen angegriffen, Nachschubketten von Medikamenten und Ausrüstung unterbrochen, medizinisches Personal verfolgt, entführt und wie auch Patient*innen mitunter sogar ermordet. Offiziell mussten allein 2019 181 medizinische Einrichtungen schließen und nur 27 konnten wiedereröffnet werden. Angriffe sind so häufig, dass sie oft gar nicht mehr berichtet werden.

5 Mehr zu dem Angriff auf das Krankenhaus unter: www.tagesschau.de/ausland/afghanistan-anschlaege-geburtsklinik-101.html



HERAT, AFGHANISTAN, 2020: Ausgabe von Essen für Bedürftige. Hunderte Menschen sammelten sich und warteten Stunden in der gleißenden Sonne. Das Essen reichte jedoch nur für 282 Familien. Die anderen wurden gebeten am nächsten Tag wieder zu kommen.

Zugang zur Gesundheitsbehandlung zunehmend unmöglich

Zu den direkten Opfern des Krieges werden daher auch jene gezählt, die aufgrund der kriegsbedingten Zerstörung der medizinischen Infrastruktur keine adäquate Behandlung erhalten, oder denen aufgrund der andauernden Sicherheitsrisiken der Zugang zu bestehenden Einrichtungen verwehrt ist. Die 16 Prozent der Familien, die aus Sicherheitsgründen auf den Besuch von medizinischen Einrichtungen verzichten, tun dies somit nicht nur aus Angst vor politischen und kriminellen Übergriffen auf dem Weg, sondern auch, weil sie selbst in Krankenhäusern der Gefahr von Angriffen ausgesetzt sind.⁶

Mangelnde Qualität

Bei den noch verfügbaren Einrichtungen scheidet die Hoffnung auf Behandlung oft schon daran, dass professionelles Personal, angemessene Ausrüstung und Medikamente nur unzureichend oder gar nicht zur Verfügung stehen. Dazu kommen gravierende Mängel der Qualitätssicherung. Darunter fällt auch das aufgrund der hohen Gewinnmargen kaum zu lösende Problem des illegalen Imports (häufig gefälschter) Medikamente. Doch auch legal aus Pakistan importierte Medikamente unterliegen keiner Qualitätskontrolle. Die unzuverlässige Qualität von Medikamenten ist nicht nur gefährlich, wenn sie keine Wirkung haben, sondern mitunter noch gefährlicher, falls sie falsche Dosierungen oder andere Wirkstoffe enthalten. Ähnlich unzuverlässig und damit gefährlich scheint auch eine Vielzahl der privaten diag-

nostischen Zentren und Kliniken in Städten wie Herat und Kabul zu sein. Das gilt selbst für mobile Gesundheitsdienste in den Flüchtlingslagern. Bei auch nur geringfügigem diagnostischem oder fachmedizinischem Bedarf besteht angesichts des mangelnden Angebots somit keine realistische Chance, Zugang zu kompetenter Betreuung zu bekommen.

Mangel an spezialisierter Behandlung

Noch eklatanter ist der Mangel spezialisierter Behandlung. So gibt es laut der Internationalen Organisation für Migration (IOM) keine Magnetresonanztomographie-Anlage (MRT) und nur einen Computertomographen in Afghanistan; in Kabul zudem eine Augenklinik, zwei auf Innere Medizin spezialisierte Kinderkliniken, zwei Frauenkliniken, eine Zahnklinik, sowie je eine auf Dermatologie, Chirurgie und Orthopädie spezialisierte Klinik. Für psychiatrische Patient*innen stehen, soweit bekannt, in Kabul nur 14 Betten zur stationären Behandlung in einer staatlichen Klinik zur Verfügung.

Ökonomischer Ausschluss

Angesichts der kriegsbedingten Zerstörung von Lebensgrundlagen und einer Armutsrate, die bereits 2016 über 50 Prozent lag, sind schon die hohen Kosten der Behandlung in Afghanistan für die große Mehrheit der Bevölkerung illusorisch. So ist es selbst in staatlichen Einrichtungen gesetzeswidrige Praxis, dass Medikamente auf dem freien Markt gekauft oder in der jeweiligen Einrichtung bezahlt werden müssen und selbst Diagnostik sowie Behandlungen in Rechnung gestellt werden. Bestechung mündet im Extremfall in Misshandlungen von Patient*innen zum Zweck der Gelderpressung. Die Finanzierung medizinischer Versorgung ist somit für viele davon abhängig, dass sie

6 Stahlmann, F. (2018): Gutachten Afghanistan, Geschäftszeichen: 7 K 1757/16.WI.A. Online abrufbar unter: https://frsh.de/fileadmin/pdf/Aktuelles/Gutachten_Afghanistan_Stahlmann_28.03.2018.pdf

Besitz haben, den sie veräußern können oder Kreditgeber*innen finden. Insbesondere im Fall fehlender sozialer Netzwerke, die Zugang zu zinslosen Krediten gewähren, birgt Erkrankung all die Risiken, die mit Verschuldung einhergehen, nicht zuletzt Mangelernährung und Obdachlosigkeit. Schulden, die für Gesundheitskosten aufgenommen wurden, werden jedoch auch regelmäßig als Ursache für Schuldklaverei der Schuldner*innen und ihrer Familien genannt.

Armut als Gesundheitsrisiko

Zugleich ist Armut ein nicht zu unterschätzendes Gesundheitsrisiko: So sind inzwischen 13,5 Millionen Menschen und damit 6 Millionen mehr als im Vorjahr von kritischer Nahrungsmittelsicherheit betroffen, 36 Prozent haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, und 60 Prozent nicht zu Sanitäranlagen.⁷ Ein Gutteil der Bevölkerung hat trotz extremer Witterungsbedingungen keine winterfesten Unterkünfte und wenn überhaupt, dann nur extrem gesundheitsschädliches Heizmaterial (Plastik oder anderen Müll). Derartige Not verringert nicht nur die Resilienz der Betroffenen, sondern geht in der Regel auch mit beengten Wohnverhältnissen einher und bietet perfekte Bedingungen für die rasche und kaum kontrollierbare Verbreitung von Infektionskrankheiten. Ähnlich weitreichende Risiken ergeben sich aus der Praxis teure Medikamente durch billigere, aber abhängig machende Drogen zu ersetzen. So kostet eine Tagesdosis für Heroinabhängige nur etwa zwei US-Dollar.

Besonderer Ausschluss Abgeschobener

Abgeschobene aus Europa sind hierbei in einer besonders prekären Lage: Sie müssen damit rechnen, dass selbst Angehörige eine Bedrohung darstellen oder sich weigern sie aufzunehmen. Auch von den Taliban droht ihnen Ermordung, weil sie nach Europa geflohen sind. Damit haben selbst diejenigen, deren Familien in der Lage wären, sie zu unterstützen, keine realistische Chance auf Arbeit, reguläres Obdach oder minimalen Schutz vor Übergriffen. Was bleibt ist die Hoffnung auf externe finanzielle Unterstützung durch Freund*innen und Bekannte in Europa. Diese können ein Leben in Verstecken ermöglichen, bis es Abgeschobenen gelingt, das Land wieder zu verlassen, indem sie erneut fliehen oder per Visumsverfahren nach Europa zurückzukehren. Das setzt jedoch auch voraus, dass die Betroffenen nicht von medizinischer Hilfe abhängig sind. Denn selbst wenn finanzielle Unterstützung aus dem Ausland vorhanden ist, wären sie im Krankheitsfall auf jemanden angewiesen, der sie ins Krankenhaus transportiert, mit Essen und Medikamenten versorgt und pflegt. Dass die deutschen Behörden dennoch wissentlich psychisch Kranke, geistig behinderter Menschen, akut Verletzte und chronisch Kranke, und Menschen mit Verdacht auf schwerwiegende Erkrankungen und ungeklärter Diagnose abschieben und dabei nicht einmal davor zurückschrecken, Betroffene in Krankenhäusern und Psychiatrien festzunehmen, bedeutet deren Leben akut zu bedrohen.

Kranke Menschen haben keine Chancen

Die wenigen Stunden psycho-sozialer Beratung, die die NGO IPSO Abgeschobenen im Auftrag der Bundesregierung angeboten, sind für nichts davon eine Lösung. Doch wie viele der Betroffenen sich das Leben nehmen, wie viele auf Drogen zur Selbstmedikation angewiesen sind und wie viele an ihren Krankheiten versterben, lässt sich nur erahnen – mit Toten lassen sich keine Interviews führen. Dass Kranke jedoch faktisch keine realistische Chance auf Versorgung haben, ist auch ohne diesen Beweis allzu offensichtlich.

Wieder Abschiebungen in ein COVID-19 Risikogebiet?

Durch COVID-19 wurde die humanitäre Notlage in Afghanistan zusätzlich verschärft. Als der Virus gerade begann sich in Afghanistan auszubreiten, kam es im April zu Eskalationen mit den Taliban. Nach Angaben der UN-Mission wurden im Rahmen von gewalttätigen Auseinandersetzungen mehr als 380.000 Zivilist*innen getötet.⁸ Unabhängig von der instabilen politischen Lage ist die humanitäre Ausgangssituation zur Eindämmung des Virus äußerst prekär. Der überwiegende Teil der afghanischen Bevölkerung hat keine Möglichkeit, sich vor dem Virus zu schützen. Laut einer Studie standen im Kabuler Afghan-Japan-Krankenhaus zu Beginn der Pandemie lediglich 100 Betten für COVID-19 Patient*innen zur Verfügung.⁹ Die Kapazität der Beatmungsgeräte reichte gerade einmal für vier Personen. Um das Virus einzudämmen, verhängte die Regierung einen Lockdown bis Ende September, welcher für die Bevölkerung gravierende soziale, ökonomische wie auch gesundheitliche Auswirkungen zur Folge hatte. Seitdem haben zwei Millionen Afghan*innen ihre Jobs verloren, NGO's und humanitäre Organisationen sind in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt, sodass Hilfsangebote bei den Menschen nicht ankommen.¹⁰ Das afghanische Gesundheitsministerium schätzt, dass sich Anfang September bereits rund 10 Millionen Menschen mit SARS-CoV-2 angesteckt haben.¹¹

Seit Dezember 2016 schiebt Deutschland monatlich Menschen nach Afghanistan ab. Dies kam Mitte März mit der allgemeinen Einschränkung des Flugverkehrs zum Erliegen. Jedoch mit dem Auflösen der Reisebeschränkungen seit dem 15. Juni sollten laut dem deutschen Innenministerium auch die Rückführungen

8 <https://unama.unmissions.org/rising-civilian-casualty-numbers-highlight-urgent-need-halt-fighting-and-re-focus-peace-negotiations> (Stand 05.10.2020)

9 <https://thrutlig.wordpress.com/2020/04/01/risiken-der-verbreitung-von-sars-cov-2-und-schweren-erkrankung-an-covid-19-in-afghanistan-besondere-lage-abgeschobener/> [Stand 05.10.2020]

10 www.proasyl.de/news/afghanistan-abschiebeplaene-der-eu-fuer-das-gefaehrlichste-land-der-welt/ [Stand 06.10.2020]

11 www.aerzteblatt.de/nachrichten/115352/Hochrechnung-Rund-zehn-Millionen-Infektionen-in-Afghanistan



KOSOVO:
Die Arbeitslosenquote ist hoch, Einkommen decken oft nicht einmal das Existenzminimum. Das öffentliche Gesundheitssystem ist marode. Wer es sich leisten kann, lässt sich in Privatkliniken oder im Ausland behandeln.

Foto: © Adi Beqiri Photography

wieder anlaufen. Das seit März noch keine Abschiebung nach Afghanistan stattgefunden hat, liegt eher an der Bitte der afghanischen Regierung, während der Pandemie von Abschiebungen abzusehen, als am Gewissen der Bundesregierung.¹²

Weitere Informationen:

- » Asylmagazin 8 -9/2019 S. 276 -286
- » Kiana Hayeri (22.04.2020): „Afghanistan’s Next War“ for The New York Times Magazine
www.nytimes.com/interactive/2020/04/22/magazine/afghanistan-coronavirus.html [Stand 05.10.2020]
- » Pro Asyl (02.10.2020): Afghanistan: Abschiebepläne der EU für das gefährlichste Land der Welt
www.proasyl.de/news/afghanistan-abschiebeplaene-der-eu-fuer-das-gefaehrlichste-land-der-welt [Stand 05.10.2020]
- » Monitor (18.6.2020): (Kein) Krieg in Afghanistan? Die Verschleierungstaktik der NATO
www1.wdr.de/daserste/monitor/sendungen/afghanistan-nato-100.html

6.2 Länderbeispiel Kosovo

Auch wenn der Krieg im Kosovo seit Juni 1999 beendet ist, steht das Land weiterhin vor großen Herausforderungen. Die Arbeitslosenquote ist hoch, besonders in der jungen Bevölkerung. Die Einkommen decken oft nicht einmal das Existenzminimum. Eine schwache Infrastruktur sowie mangelhaftes Krankenhausmanagement und der Investitionsstau bei medizinischen Geräten gehören zu den Kernproblemen, mit denen das kosovarische Gesundheitssystem zu kämpfen hat. Korruption in der Gesundheitsversorgung und Nachholbedarf in der fachlichen Qualifizierung beim Gesundheitspersonal führen zu großem Vertrauensverlust innerhalb der kosovarischen Bevölkerung. Eine adäquate Gesundheitsversorgung ist an die eigenen finanziellen Ressourcen geknüpft.

Gezeichnet durch den albanisch-serbischen Konflikt

Bereits zu Beginn der 1990er Jahre litt das albanische Gesundheitswesen unter der jugoslawischen Innenpolitik des Präsidenten Slobodan Milošević. Viele öffentliche Einrichtungen der albanischen Bevölkerung wie z. B. Krankenhäuser wurden geschlossen. Den albanischen Ärzt*innen und dem Pflegepersonal wurde der Zugang zur Aus- und Weiterbildung verwehrt. Im öffentlichen Gesundheitssystem arbeitete somit vor allem serbisch-sprachiges Personal, wodurch diese Einrichtungen aus Sorge vor Diskriminierungen von albanisch-sprachigen Personen gemieden wurden. In dieser Zeit entwickelten sich in vielen gesellschaftlichen Bereichen (z. B. auch in der Schulbildung) Parallelstrukturen.

Nach der Beendigung des Krieges stand der Kosovo vor einer maroden Infrastruktur. Auch während der Interimszeit, unter der Verwaltung der Vereinten Nationen, bis zur Unabhängigkeitserklärung des Kosovos im Jahr 2008, wurde der Investiti-

12 <https://taz.de/Deutsche-Fluechtlingspolitik!/5699574/>
 (Stand 5.10.2020)

onsstau im Gesundheitswesen nicht behoben. Durch die jahrelange Ausgrenzung von öffentlichen Einrichtungen mangelte es albanisch-kosovarischen Ärzt*innen und Pflegepersonal schließlich an fundierter praktischer Erfahrung und Zugang zu neueren Behandlungsmethoden. Zudem fehlte der internationale Austausch über wissenschaftliche Standards.¹³ Verbesserungen gab es mittlerweile im Bereich der Energieversorgung, der Infrastruktur und im Bildungsbereich. Dennoch fehlen dem kosovarischen Gesundheitssystem weiterhin grundlegende Ressourcen. Die medizinische Wissenschaft liegt still und Mediziner*innen in Leitungsfunktionen sind nicht die fachlich besser Qualifizierten. Ein Krankenversicherungssystem für die Bevölkerung gibt es weiterhin nicht.

Marodes Gesundheitssystem und Mangel an spezialisierter Behandlung

Der Kosovo setzt heute auf ein dreigliedriges Gesundheitssystem. Die Basisversorgung stellen 30 Familienzentren, welche jedoch nur ein begrenztes Angebot an Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bieten. Es mangelt an finanziellen Ressourcen, Geräten und Fachkräften. Zudem gibt es sechs regionale Krankenhäuser im Land, wo jedoch lediglich kleinere Operationen durchgeführt werden können. Alle größeren Operationen, wie Gefäß-, Unfall- oder Thoraxchirurgie sowie onkologische Eingriffe müssen in dem Universitätsklinikum in Pristina behandelt werden. Die Klinik dort mit bis zu 2.500 Betten ist zum Teil stark renovierungsbedürftig. Die sanitäre Ausstattung ist mangelhaft und alt.

Aufgrund der knappen personellen Ausstattung kommt es häufig zu langen Wartezeiten, bis eine Behandlung erfolgen kann. Weiterhin können einige spezialisierte Behandlungen nicht durchgeführt werden, wie z. B. manche Standardeingriffe im onkologischen Bereich, da keine perioperative Behandlung möglich ist und es dem Personal an Erfahrung fehlt.¹⁴

Armut als Gesundheitsrisiko

Auch wenn die Versorgung in diesen Einrichtungen offiziell kostenfrei ist, so ist das völlig unterfinanzierte Gesundheitssystem zunehmend korruptionsanfällig. Die sehr niedrigen Löhne für Krankenhauspersonal und die Regelmäßigkeit, mit der Universitätsabgänger*innen unbezahlt in den Krankenhäusern arbeiten, untergräbt die Moral des Personals von Beginn an. Inoffiziell verlangte Direktzahlungen, z. B. für eine bevorzugte Behandlung oder besondere Leistungen, bringen Patient*innen

13 Jens Holst (2007): Gesundheitswesen im Kosovo. Ein Überblick. Auszüge aus dem Evaluierungsbericht über die Technische Zusammenarbeit der Regierung Luxemburgs zum Aufbau des Gesundheitswesens im Kosovo. URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Kosovo-Gesundheitswesen.pdf>

14 www.aerzteblatt.de/archiv/77839/Medizin-im-Kosovo-Ein-vergessenes-Land

oft in finanzielle Not. Lukrativer als der öffentliche Dienst sind eigene Privatpraxen, in denen Mediziner*innen bis zu vier Mal so viel verdienen können. Eine gleichzeitige Anstellung im öffentlichen Dienst bietet Ärzt*innen die Möglichkeit, Patient*innen in die eigene Privatpraxis umzuleiten.¹⁵

Aufgrund der negativen Erfahrungen mit dem kosovarischen Gesundheitssystem gibt es einen großen Vertrauensverlust innerhalb der eigenen Bevölkerung. Viele Kosovar*innen suchen deshalb medizinische Hilfe im Ausland, wie zum Beispiel in Nordmazedonien. Diese ist jedoch ebenfalls oft übersteuert. Zwischen 45 und 90 Millionen Euro geben Kosovar*innen jährlich für Behandlungen im Ausland aus.¹⁶

Minderheiten besonders von gesundheitlicher Versorgung ausgeschlossen

Aufgrund von tiefgreifendem Antiziganismus und Rassismus leben viele Rom*nja, Ashkali und Ägypter*innen im Kosovo in einer besonders prekären Situation. Eine Anstellung zu finden, ist für sie besonders schwer. Meist sind es Gelegenheitsjobs mit schlechter Bezahlung und keinem Arbeitsschutz. Kündigungen von heute auf morgen sind üblich. Viele von ihnen wurden auch vor dem Krieg schon an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Im Krieg gerieten sie zwischen die Fronten, wodurch viele nach Deutschland flohen. Die wenigsten von ihnen erhielten Asyl. Auch hier ein Beispiel:

Eine Familie mit sechs Kindern, das letzte von ihnen in Deutschland geboren, reiste im Jahr 2001 in Deutschland ein. Nach jahrelanger Duldung wurden sie in den frühen Morgenstunden des 7. Dezember 2011 in den Kosovo abgeschoben, obwohl es für mehrere Familienmitglieder ärztliche Atteste gab. Insbesondere der Vater war psychisch krank, seit er während des Krieges gezwungen worden war, Massengräber auszuheben und Leichen zu begraben. Sie bekamen von der Hilfsorganisation URA 2 für ein halbes Jahr eine Wohnung zur Verfügung gestellt. Durch die Vermittlung der deutschen Unterstützer*innen, die mit der Familie in Verbindung blieben, konnten sie die Wohnung noch weitere sechs Monate behalten. Die weiteren Hilfsangebote des kosovarischen Reintegrationsprogramms lehnten sie ab. Es gab keine Arbeit, manchmal konnten die Männer etwas Müll sammeln und sortieren. Die Kinder gingen nicht in die Schule, weil sie auf dem Weg dorthin bedroht und mit Steinen beworfen wurden. Sie erhielten etwas Geld und Medikamente von den Unterstützer*innen aus Deutschland. Einen Arzt, eine Ärztin oder ein Krankenhaus suchten sie nicht auf, weil sie Angst vor Diskriminierung hatten und auch das nötige Geld nicht aufbringen konnten.

15 Siehe Jens Holst (ebd.)

16 www.aerzteblatt.de/archiv/77839/Medizin-im-Kosovo-Ein-vergessenes-Land

Eine andere Familie mit elf Kindern, die meisten davon in Deutschland geboren, wurde im Herbst 2017 in den Kosovo abgeschoben. Dort kamen sie vorerst mit Hilfe von Verwandten in einer unbeheizten Einzimmerwohnung unter. Der fünfjährige Sohn war in Deutschland aufgrund einer Herzerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung. Wegen dieser Erkrankung muss der Sohn regelmäßig ein Medikament einnehmen. Die Familie hatte noch in Deutschland versucht, ein ärztliches Attest zu erhalten, um die Behandlung des Sohnes in Deutschland fortzusetzen zu können. Der behandelnde Arzt hatte dies jedoch abgelehnt, denn das Medikament sei auch im Kosovo erhältlich und koste lediglich fünf Euro monatlich. Zurück im Kosovo war es für die Familie jedoch, wie auch für viele andere abgeschobene Rom*nja, sehr schwer einen Job zu finden. Bereits für Lebensmittel reichte das Geld nicht. Die Familie war ratlos, wie sie monatlich das Geld für das Medikament aufbringen sollte.

Zum Weiterlesen:

- » www.aerzteblatt.de/archiv/77839/Medizin-im-Kosovo-Ein-vergessenes-Land
- » www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Kosovo-Gesundheitswesen.pdf
- » www.deutschlandfunk.de/kosovo-wut-auf-das-gesundheitssystem.1773.de.html?dram:article_id=393052

*„Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein
medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von
Menschenrechten und bürgerlichen
Freiheiten anwenden.“
(Weltärztebund Deklaration von Genf)*

7. Die Rolle von Ärzt*innen im Abschiebeprozess

von Ernst Girth



7.1 Berufsethische Grundlagen

Ärzt*innen unterliegen in ihrer beruflichen Tätigkeit der Ärztlichen Berufsordnung und dem Ärztlichen Gelöbnis der Weltärztebund Deklaration von Genf (revidierte Fassung von 2017, 68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago, USA). Hier heißt es u. a.: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ „Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.“

In den Berufsordnungen der Landesärztekammern werden diese Grundsätze und die Sanktionen bei Nichteinhaltung weiter ausgeführt. Einige für die Praxis sehr wichtige Formulierungen betreffen die Gewissenhaftigkeit (Berufsordnung der LÄKH): „Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.“ „Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.“ Diese Grundsätze gelten grundsätzlich für alle Ärzt*innen, da sie alle Pflichtmitglieder einer Ärztekammer sind.

In den Heilberufsgesetzen der Bundesländer werden allerdings beamtete Ärzt*innen von den Sanktionen der ärztlichen Berufsgerichte ausgenommen, da sie dem Berufsrecht ihres „Dienstherren“ unterliegen. Lediglich in Hessen wurde 2004 dieser Passus des Heilberufsgesetzes gestrichen. Dieser Anachronis-

mus setzt beamtete Ärzt*innen unter einen unverantwortlichen Druck, da sie die Forderungen ihrer Berufsordnung nur durch große Standhaftigkeit einhalten können und Loyalitätskonflikte aushalten müssen. Ich werde auf diesen Anachronismus noch zurückkommen, da er für die Abschiebungspolitik der letzten Jahre ganz wesentlich ist.

7.2 Gutachten und Stellungnahmen

Eine besondere Rolle spielen Ärzt*innen bei Gutachten (siehe dazu auch Kapitel 1 und 3) und hier vor allem den sogenannten Flugreisetauglichkeitsbescheinigungen. Diese ursprünglich vor allem von der Bundespolizei betriebene und verteidigte Maßnahme sollte deren Beamt*innen davor schützen, Kranke abzuschicken und war der Tatsache geschuldet, dass zwischen Asylverfahren und Abschiebung ein oft sehr langer Zeitraum liegt. Selbst wenn, was keineswegs immer der Fall ist, im Asylverfahren der Gesundheitszustand erfasst worden wäre, sei dies für die aktuelle Situation nicht mehr brauchbar, so die Begründung.

Von ärztlicher Seite wurde die Flugreisetauglichkeitsuntersuchung deshalb auch nie grundsätzlich in Frage gestellt, vielmehr immer wieder der Versuch kritisiert, diese Untersuchung auf vordergründige Erfassung somatischer Flugreisehindernisse zu reduzieren. Im Mittelpunkt ärztlicher Kritik standen hierbei die Traumata der Betroffenen von Flucht und Vertreibung, Vergewaltigungen und Kriegserlebnissen, deren Bedeutung in den meisten Asylverfahren zu kurz kommt. Diese können, wie wir aus den Forschungen über Traumata inzwischen wissen, jederzeit wieder aufbrechen, vor allem wenn sie durch Ängste bei der Abschiebung und Ängste vor einer Rückkehr ins Land ihrer Peiniger aktualisiert werden.

Die immer heftiger werdende Diskussion zwischen Politik und Ärzt*innenschaft führte 2009 zu einer Diskussionsrunde, die von der Innenministerkonferenz und der Bundesärztekammer vereinbart worden war. In den teilweise sehr heftig geführten Gesprächen zwischen den Ländervertreter*innen und Ärzt*innen der Bundesärztekammer kam es letztlich zu einer Vereinbarung, dem sogenannten „Informations- und Kriterienkatalog zur ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen“.

Auch wenn es ein Kompromisspapier war, waren die wesentlichen ärztlichen Kriterien für eine verantwortliche Untersuchung – Zeit, Dolmetscher, Vorlage der ärztlichen Vorgeschichte – enthalten und wurden allen Ländern zugestellt. Auch die Bundesärztekammer hat sich bemüht, das Papier zu verbreiten. In der Praxis hat sich jedoch nicht viel bewegt.

Denn es zeichnete sich schon längere Zeit ab, dass es starke Kräfte im BAMF und bei der Bundespolizei gibt, denen die jahrelangen Anstrengungen der Landesärztekammern für medizinisch korrekte Begutachtungen ausreisepflichtiger Personen ein Dorn im Auge sind. Bereits 2016 behauptete der damalige Bundesinnenminister Thomas de Maizière mit erwiesenermaßen falschen Statistiken, „medizinische Abschiebehindernisse seien zum Teil frei erfunden“. Weiterhin soll in einer Liste vom Innenministerium festgelegt werden, welche Ärzt*innen Atteste ausstellen dürfen. Ich denke, dass dies nicht hinzunehmende Angriffe auf die Ärzt*innenschaft sind, zumal deren Anstrengungen für die Qualifizierung von Ärzt*innen bei schwer traumatisierten Menschen und die entsprechenden Gutachter-Listen bei den Landesärztekammern seit Jahren von den Verantwortlichen in Bund und Ländern ignoriert werden.¹

Für alle Patient*innen geltende medizinische Standards zu bestimmen, ist Sache der Ärzt*innenschaft; sie dürfen nicht nach tagespolitischer Opportunität von Regierungsbeamt*innen festgelegt werden.

Aussagen von 2017 aus dem Kanzleramt, die der Bundesinnenministerkonferenz vorgelegt wurden, weisen allerdings darauf hin, dass man nicht gewillt ist, ärztliche Kritik und vor allem die Konsequenzen, die Ärzt*innen aus ihrem ethischen Grundverständnis ziehen, ernst zu nehmen: Hier wird unumwunden geraten, „auf gesundheitliche Probleme weniger Rücksicht“ zu nehmen und „möglichst zu verhindern, dass Abschiebungen wegen ärztlicher Einwände nicht klappen.“

Damit sich das auch umsetzen lässt, fordern die Länder konsequenterweise, „mehr Amtsärzte und vergleichbar geeignetes Personal“ einzusetzen.² „Amtsärzte und vergleichbares Personal“, das sind Ärzt*innen, auf die der Arbeitgeber gesetzlich

sanktionierten Druck ausüben kann, z. B. auch ärztlich-ethische Grundsätze bzw. ihre Berufsordnung straffrei zu missachten. Diese Aushöhlung ärztlicher Ethik darf nicht hingegenommen werden.

Die zahllosen angenommenen Anträge auf Ärztetagen der letzten Jahre für eine humanere Praxis im Abschiebeprozess zeigen, dass die Ärzt*innenschaft nicht bereit ist, grundsätzliche Prinzipien ärztlichen Handelns aufzugeben. In der Zukunft wird es darauf ankommen, ein Auseinanderdividieren von beamteten und nichtbeamteten Ärzt*innen zu verhindern. Hier ist die gesamte Ärzt*innenschaft gefordert, die beamteten Kolleg*innen nicht im Stich zu lassen.

Ein Schritt dazu kann die Veränderung der Heilberufsgesetze der Länder sein, alle Ärzt*innen entsprechend der hessischen Regelung dem Berufsrecht der Kammern zu unterstellen. Denn die Berufsordnungen der Landesärztekammern und ihre Berufsgerichte sind nicht nur dazu da, ärztliches Fehlverhalten zu sanktionieren. Sie sind auch ein starker Schutz für alle Ärzt*innen vor berufsfremden Eingriffen in die ärztliche Ethik. Deshalb müssen die Berufsordnungen für alle Ärztinnen und Ärzte ohne Ausnahme gelten.

Mitwirkung von Ärzt*innen im Abschiebevollzug

Leider hat sich im Verlauf der Jahre und der schlechten (aus meiner Sicht guten!) Erfahrung mit Ärzt*innen bei den Abschiebebehörden die Unsitte verbreitet, sich einen Stamm von Ärzten (von Ärztinnen weiß ich nichts) zu halten, der nicht nur schnelle und unkomplizierte Gutachten macht, sondern das Geschäft auch auf Reisebegleitung ausgedehnt hat. Diese fahrenden Gesellen sind für die föderal organisierten Ärztekammern schwer zu fassen. Mindestens zwei Journalisten renommierter Zeitungen haben nach Monaten erfolglos aufgegeben, weiter zu recherchieren. Das Abschotten gelingt diesen Ärzt*innen wohl sehr gut, vor allem, weil auch ihre amtlichen Unterstützer*innen kräftig mithelfen.

Darüber hinaus leisten Behörden, die den oder die für das Krankheitsbild des Betroffenen nicht qualifizierten Arzt oder nicht qualifizierte Ärztin mit Begutachtung beauftragen, Vorschub für eine Verletzung der Berufsordnung durch den Arzt oder die Ärztin (Verletzung der Sorgfaltspflicht). Die Bundesärztekammer und viele Landesärztekammern haben Curricula zur Weiterbildung für Ärzt*innen für Posttraumatische Belastungsstörungen durchgeführt. Die Ärzt*innen auf diesen Listen wurden so gut wie nie von den Behörden angefordert.

Abschiebungen aus stationärer Behandlung

Mit Abschiebungen direkt aus dem Krankenhaus haben wir in Deutschland eine traurige lange Geschichte. Bereits 2004 wurde in Frankfurt eine tunesische suizidgefährdete Patientin ohne Gegenwehr der Chefärztin aus der Psychiatrie abgeholt und sofort abgeschoben. Der breite mediale Protest führte zu einer

1 Die fähigen Ärzte werden nicht angefragt, Frankfurter Rundschau 20.3.17

2 Berlin macht Abschiebung zur Chefsache, Frankfurter Rundschau 9.2.17



Abschiebungen stellen eine große Belastung speziell für körperlich oder seelisch Kranke dar. Sie dürfen nicht zum erneuten Trauma werden. Die Abschiebung eines in Behandlung befindlichen traumatisierten Menschen ist mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.

Diskussionsrunde mit Vertreter*innen von Parteien, Kirchen und Ärzt*innen. Die daraus entstandene Dokumentation³ hat leider bis heute nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.

Eine besonders infame Abschiebung erfolgte 2018 bei einem psychiatrischen Patienten der Universitätsklinik Gießen. Er wurde unter einem bürokratischen Vorwand ins Ausländeramt bestellt, dort wurde dann von einem Amtsarzt eine Flugreisetauglichkeitsuntersuchung durchgeführt und der Patient abgeschoben. Eine Rückfrage bei den behandelnden Psychiater*innen erfolgte nicht. Das Verfahren gegen den Amtsarzt beim Berufsgericht der Landesärztekammer ist noch nicht abgeschlossen.

2019 wurde einer psychisch erkrankten Patientin in der psychiatrischen Klinik in Bad Soden Ausgang zum Wäschetausch zu Hause gewährt. Bei ihrer Rückkehr wurde sie festgenommen und inhaftiert. Die Intervention der Klinik war erfolgreich, die Patientin wurde nicht abgeschoben. Der Arzt, der begutachtet hatte, dass die Frau nach Inhaftierung in Gewahrsam bleiben durfte, hatte sich vorher nicht bei der Klinik über den Krankheitszustand der Patientin informiert. Somit musste die Landesärztekammer gegen ihn ermitteln. Das zuständige Regierungspräsidium verweigerte die Herausgabe des Namens unter

Berufung auf das Hessische Verwaltungsverfahrensgesetz „wegen ernstlicher Gefährdung der eigenen Aufgaben“. Die Antwort auf den Widerspruch der Kammer dagegen beim Hessischen Sozialministerium steht aus.

Dieses Verhalten ist sinnbildlich für den Widerstreit zwischen den Auffassungen des Staates und der Ärzt*innenschaft. Denn wenn die Tätigkeit des Arztes oder der Ärztin im Einklang mit den auch international gültigen Standards ethischen Verhaltens stünde, hätte er von der Ärztekammer nichts zu befürchten. Offensichtlich gefährdet also die Einhaltung der Berufsordnung von Ärzt*innen ernstlich die vom Regierungspräsidium für notwendig erachteten Maßnahmen und Verhaltensweisen bei Abschiebungen.

Es wird hier darauf verzichtet, weitere leider existierende Fälle aus nicht-psychiatrischen Kliniken zu schildern. Auch so wird deutlich, dass der Widerstand großer Teile der Ärzt*innenschaft gegen eine Bürokratie, die ziemlich reibungslos die Vorgaben einer immer rücksichtsloseren Abschiebepolitik durchsetzt, großes Durchhaltevermögen erfordert. Und auch Mut für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort, denn auch wer sich an die Richtlinien der Berufsordnung hält, ist nicht vor Strafe geschützt.

³ Abschiebung kranker Geflüchteter und ethische Verantwortung, Diakonie Hessen

7.3 Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Gesetzen, Berufsordnung, medizinischer Ethik und Menschenrechten

Die Rolle von Ärzt*innen bei Abschiebung ist vielfältig. Neben ehrenamtlichen Tätigkeiten in Menschenrechtsorganisationen, Abschiebebeobachtungen an Flughäfen und Menschenrechtsbeauftragten der Landesärztekammern sind es vor allem Ärzt*innen, die Gutachten oder Atteste ausstellen, Flugreisefähigkeitsbescheinigungen ausstellen oder Abschiebebegleitungen machen. Der größte Teil davon tut dies aus Sorge um die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen vor, während und nach der Abschiebung und der Einhaltung menschenrechtlicher Standards, die der medizinischen Ethik und den Geboten der Berufsordnung entsprechen. Diese Standards einzuhalten ohne gesetzliche Vorgaben zu verletzen, ist in der Praxis oft eine mühsame Gratwanderung. Amtsärzt*innen, die dem Beamtenrecht unterliegen, haben es in dieser Hinsicht besonders schwer. Nichtbeamtete Ärzt*innen können sich z.B. einem Begutachtungsauftrag jederzeit entziehen.

Ärztetag und Ärztfunktionäre haben sich in den letzten Jahren immer sehr eindeutig positioniert, so etwa im Ausschuss für Menschenrechte 2012: Wie Dr. Ulrich Clever, der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer und Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, betonte, müssen Ärzt*innen laut dem Genfer Gelöbnis ohne Ansehen der Person behandeln und beurteilen. Flugreiseuntersuchungen hätten eine „schwache Basis“, wenn sie sich nur darum drehen, ob eine Person mehrere Stunden in einem Flugzeug verbringen könne.⁴

2017 warnte der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach vor der Instrumentalisierung von Ärzt*innen: „Sie sind ihrem Gewissen und den Patienten verpflichtet und dürfen die Interessen des Patienten nicht Interessen Dritter unterordnen oder fachfremden Anordnungen Folge leisten.“ Abschiebungen stellten eine große Belastung speziell für körperlich oder seelisch Kranke dar. Schon 1996 habe die Deutsche Ärzt*innenschaft gefordert, Abschiebung dürfe nicht zum erneuten Trauma werden. Die Abschiebung eines in Behandlung befindlichen traumatisierten Menschen sei mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.⁵

So gut es also um die Rückendeckung der menschenrechtlich aktiven Ärzt*innen innerhalb der Ärzt*innenschaft steht, so bedauerlich ist, dass es bisher so gut wie keine berufsrechtlichen

Ermittlungen oder gar Verurteilungen gegen Ärzt*innen gab, die sich nicht um diese Mehrheitsmeinung kümmern und Flugreisefähigkeitsbescheinigungen ohne Sorgfalt ausstellen und gut bezahlte Reisebegleitungen von Abzuschiebenden machen.

So wurde z. B. bei einer Sammelabschiebung nach Afghanistan bereits am Flughafen in Kabul ein Mann wegen schwerer psychischer Erkrankung die Einreise verweigert und nach Deutschland zurückgeschickt. Die hessische Landesärztekammer hätte gegen den begleitenden Arzt, der dies wohl nicht erkannt hatte, ermitteln müssen, konnte aber den Namen nicht herausbekommen, da die zuständigen Behörden „maueren“.

Damit soll nicht gesagt sein, dass sich all diese Kolleg*innen strafbar gemacht haben. Aber durch die unerträgliche Geheimhaltungspraxis der Behörden ist es jeder Landesärztekammer unmöglich, auch nur bei Verdacht auf Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung, tätig zu werden.

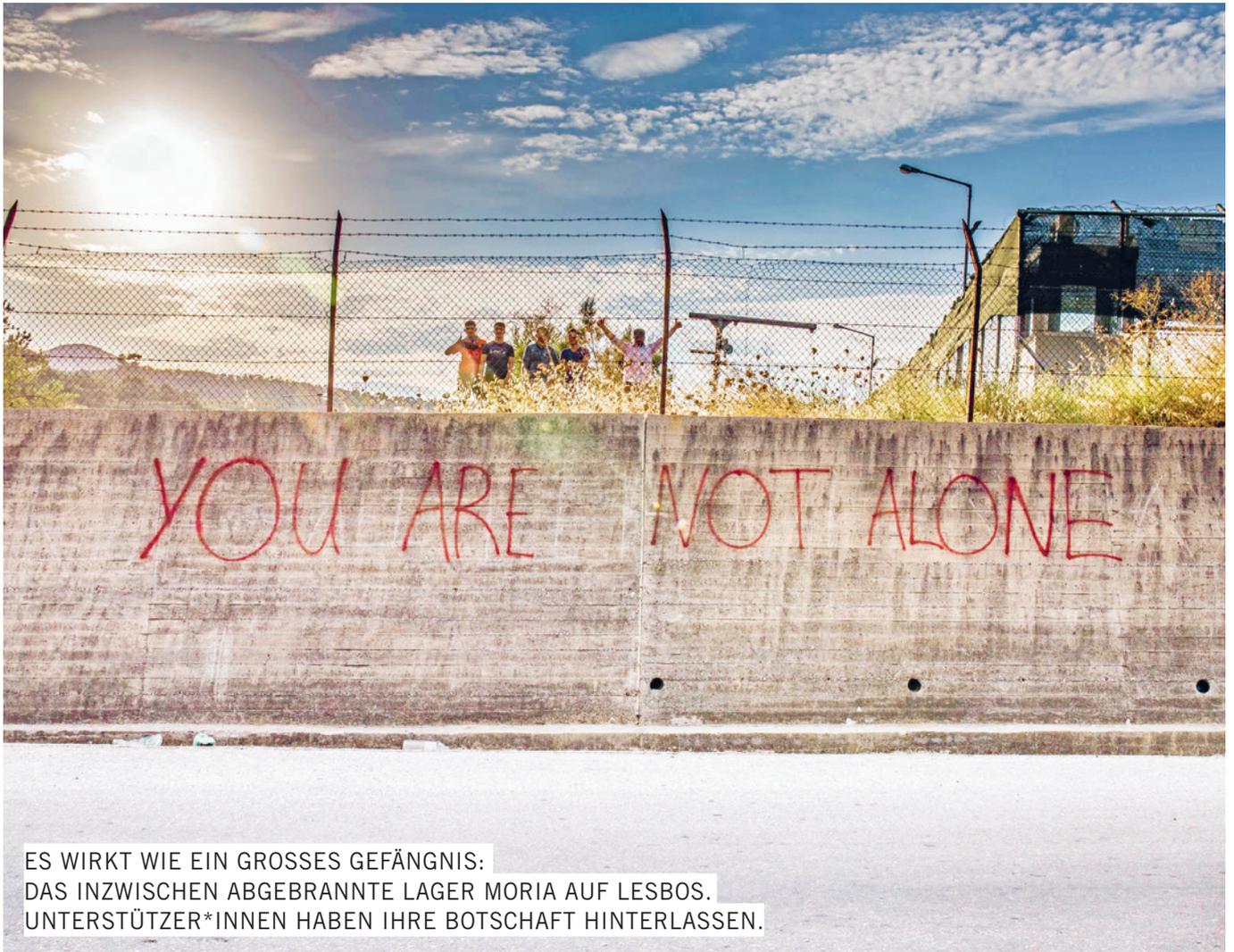
So kann ich abschließend nur feststellen, was ich als Antwort auf politische Aussagen zur mangelnden Kooperation der Ärzt*innenschaft bereits 2012 im Ausschuss für Menschenrechte im Bundestag gesagt habe:

„Wenn sich die Mehrheit der Ärzte ihrer Berufsordnung verpflichtet fühlt und die staatlichen Vorgaben deswegen nicht erfüllen kann, muss sich etwas an den Vorgaben ändern.“⁶

4 Traumatisierungen nur unzureichend berücksichtigt, Deutscher Bundestag, Dokumente 2012

5 Hessisches Ärzteparlament bekräftigt Nein zu Instrumentalisierung von Ärztinnen und Ärzten bei Abschiebungen, Pressemitteilung LÄKH 28.11.17

6 Traumatisierungen nur unzureichend berücksichtigt, Deutscher Bundestag, Dokumente 2012



ES WIRKT WIE EIN GROSSES GEFÄNGNIS:
DAS INZWISCHEN ABGEBRANNTES LAGER MORIA AUF LESBOS.
UNTERSTÜTZER*INNEN HABEN IHRE BOTSCHAFT HINTERLASSEN.

8. Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen – worauf ist zu achten?

Eine Handreichung des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Unterbringung in Sammelunterkünften, Asylverfahren, Gerichtsverhandlungen, Abschiebeandrohungen und -versuche und durchgeführte Abschiebungen gehören zur Realität geflüchteter Patient*innen und haben teils erheblichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand. Viele Gründe führen dazu, dass diese vonseiten der Behandler*innen häufig nur ansatzweise oder gar nicht adressiert wird. Ärzt*innen haben jedoch eine besondere Wirkmächtigkeit in diesem Bereich. Im Deutschen Ärzteblatt hieß es 2016: „Je restriktiver die Asylgesetzgebung

ist, desto häufiger entscheiden ärztliche Stellungnahme über den Ausgang ausländerrechtlicher Verfahren.“¹ Und damit können sie im besten Fall zu einer deutlichen Besserung der sozialen und gesundheitlichen Situation der Betroffenen führen. Die Verantwortung, ärztliche Bescheinigungen vorzulegen, um eine Erkrankung nachzuweisen, wird durch den Gesetzgeber voll-

1 www.aerzteblatt.de/archiv/175428/Gesundheitsbedingte-Abschiebungshindernisse-Asylpaket-II-schafft-hoehere-Huerden

Abschiebeverbote (zielstaatsbezogen)

Zuständig für Prüfung: BAMF oder das eingeschaltete VG im Asylverfahren

Im Gesetz heißt es: „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 würden.“ (§60 AufenthG, Absatz 7, Satz 1 und 3)

Eine solche Gefahr kann durch eine Erkrankung gegeben sein, die sich durch die Abschiebung in einen anderen Staat erheblich verschlechtern würde. Die Gründe dafür können u.a. sein: Abbruch der (z. B. medikamentösen, psychotherapeutischen) Behandlung, Wegfallen von Unterstützungsstrukturen, die notwendig sind, um Termine wahrzunehmen oder Medikamente einzunehmen, Retraumatisierungen im Zielstaat bzw. durch die Abschiebung selbst mit dauerhaften Folgen.

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind:

1

- » Welche Folgen hat ein Behandlungsabbruch bzw. die Nicht-Verfügbarkeit der notwendigen Medikamente?
- » Welche spezialisierten Strukturen von Diagnostik und Behandlung werden in welcher Häufigkeit und Reichweite benötigt?
- » Darstellung der Alltagstauglichkeit/des individuellen Funktionsniveaus: droht z. B. Verelendung wegen Erwerbsunfähigkeit, kann die Befriedigung elementarer Bedürfnisse selbst sichergestellt werden?
- » Im Falle einer PTBS: Besteht die Gefahr der Retraumatisierung, Konfrontation mit Hinweisreizen?

Ärztliche Berichte beinhalten dabei **keine Aussagen über die Strukturen der Gesundheitsversorgung im Zielland**. Diese dazustellen und zu bewerten, ist Aufgabe der Rechtsanwält*innen, des BAMF und der Gerichte.

ständig auf die betroffenen Patient*innen abgewälzt. Strukturelle Hindernisse führen dazu, dass diese Patient*innen große Probleme haben, (Fach)-Ärzt*innen zu finden, die die geforderten Bescheinigungen erstellen können, seien es behandelnde Ärzt*innen oder nicht. Häufig verschärfen kurze Fristen (oft 4 Wochen) diese Situation. Es gibt keine entsprechende Vergütung, zu wenig Zeit im schon überlasteten Alltag oder auch Anweisungen von Vorgesetzten, solche Berichte nicht zu erstellen. Von Patient*innen, ihren Anwalt*innen oder von Beratungsstellen wegen ärztlicher Bescheinigungen angefragt zu werden, führt bei Ärzt*innen häufig zu Rat- und Hilflosigkeit und zu Überforderung. Hinzu kommt, dass vonseiten des Gesetzgebers und der Behörden sehr eindeutig Misstrauen formuliert wird, dass ärztliche Arbeit und ärztliche Bescheinigungen durch geflüchtete Patient*innen ausgenutzt würden, um sich Vorteile zu verschaffen (s. unten). Dies schafft zusätzliche Verunsicherung unter Ärzt*innen.

Dieses Kapitel soll ärztliche Kolleg*innen ermutigen, geflüchteten Patient*innen auch in diesem Bereich zur Seite zu stehen.

Es existieren schon einige Handreichungen zu diesem Thema, die unterschiedliche Qualität und Tiefe aufweisen. Da es sich um ein komplexes Thema handelt, kann auch hier nicht jeder Aspekt dargestellt werden. Es lassen sich aber einige grundsätzliche Dinge festhalten, die die Erstellung ärztlicher Berichte vereinfachen sollten. Sollte es aufgrund fehlender Kapazitäten schlicht unmöglich sein, Termine (in der geforderten Frist) zu vergeben oder eine Bescheinigung zu erstellen, kann es auch hilfreich sein, das zu dokumentieren und den Patient*innen mitzugeben.

Ärztliche Bescheinigungen in Zeiten der Abschottungspolitik

Ärztliche Einschätzungen sind in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und Asylverfahren für die betroffenen Patient*innen oft von erheblicher Bedeutung. Um Erkrankungen in solchen Verfahren geltend zu machen, müssen laut Gesetz „qualifizierte ärztliche“ Berichte vorgelegt werden (§60a AufenthG, Absatz 2c). Trotz deutlicher und breiter fachlicher Kritik, auch des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte, sind seit den letzten Verschärfungen der Asyl- und Aufenthaltsgesetzgebung im Sommer 2019 („Geordnete-Rückkehr-Gesetz“) keine Berichte mehr von psychologischen Psychotherapeut*innen zugelassen, um psychische Erkrankungen geltend zu machen. Dies ist eine konsequente Fortsetzung der auf Abschiebung fokussierten Asylpolitik der Bundesregierung und weitet die im „Asylpaket 2“ im Jahr 2016 eingeführten Verschärfungen aus. In der Gesetzesbegründung werden diese u. a. damit begründet, dass diagnostizierte psychische Erkrankungen (explizit genannt ist die Posttraumatische Belastungsstörung) zu „deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung“ führen. Auch dagegen gab es massive Kritik von Mediziner*innen. Die Regierungsparteien sind sich jedoch darin einig, die medizinische Realität (z. B. verbreitete Traumafolgestörungen unter Geflüchteten,

Überlastung der Versorgungsstrukturen) der Abschottungspolitik unterzuordnen und dabei die verfassungsmäßigen und europarechtlichen Grundrechte der Betroffenen zu ignorieren. Die Verschlechterung der Gesundheit bei einer großen Zahl von Menschen wird in Kauf genommen. Ohne ärztliche Bescheini-

Abschiebehindernisse (inlandsbezogen)

2

Zuständig für Prüfung:

- » Ausländerbehörde (ABH)
- » bei »offensichtlich unbegründeten« (z.B. Menschen aus sogenannten »sicheren Drittstaaten«) oder »unzulässigen« (z.B. »Dublin-Verfahren«) Asylverfahren: Prüfung durch das BAMF und bei Klage durch VG (Abschiebung kann noch vor Urteil stattfinden)

Nach endgültig abgeschlossenem negativen Asylverfahren wird die zuständige ABH eine Abschiebung vorbereiten. Die Betroffenen können in diesem Fall ärztliche Bescheinigungen vorbringen, die eine Erkrankung als Abschiebungshindernis belegen. Häufig wird dann eine Vorstellung bei durch die ABH beauftragten Ärzt*innen stattfinden. Abschiebungshindernisse können sowohl Erkrankungen sein, die sich durch Ankündigung oder Vorbereitung der Abschiebung massiv verschlechtern (z.B. psychische Dekompensation bei PTBS), als auch solche, die sich durch den Vorgang der Abschiebung selbst verschlechtern (Reiseunfähigkeit).

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind und konkret ausgeführt werden sollten:

- » Verschlechtert sich der Gesundheitszustand wesentlich bis lebensbedrohlich durch Ankündigung, Ingewahrsamnahme, Zwangsmaßnahmen?

Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung? Beispiele von Erkrankungen, die eine Reiseunfähigkeit bedingen können:

- » akute Infektionskrankheiten
- » schwere/akute Herz-Kreislaufkrankungen
- » andere schwere Erkrankungen, z. B. Respirationssystem
- » andere akute/schwere Erkrankungen, z. B. HNO, Gastroenterologie
- » Schwangerschaft und Geburt
 - » Zeitraum analog Mutterschutzgesetz
 - » bei Risikoschwangerschaft unabhängig von Schwangerschaftsdauer
 - » keine Flugabschiebung ab Beginn des 7. Monats
- » psychische Erkrankung, besonders posttraumatische Belastungsstörung
- » Reiseunfähigkeit im engeren Sinne, sofern während Abschiebung oder unmittelbar danach Suizidgefahr

Lebensbedingungen in Deutschland

3

Beispiele:

- » Wohnsituation: Hygiene, Ruhe, Nähe zu Angehörigen
- » besondere Bedarfe: Ernährung, Heil- und Hilfsmittel
- » Erreichbarkeit medizinischer Versorgung
- » Bezugspersonen und Strukturen

gungen wird per Gesetz davon ausgegangen, dass keine relevanten Erkrankungen vorliegen. Die Pflicht, etwaige Erkrankungen nachzuweisen liegt bei der betroffenen Person selbst.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und die bei Klagen gegen einen Asylbescheid zuständigen Verwaltungsgerichte (VG) sowie die für Abschiebungen zuständigen Ausländerbehörden werden auf vorgebrachte Erkrankungen nur eingehen, wenn von den Asylsuchenden bzw. Kläger*innen ärztliche Berichte eingebracht werden. Häufig werden trotz anderslautender Formulierung im Gesetz fachärztliche Atteste verlangt.

Für geflüchtete Patient*innen können ärztliche Bescheinigungen (Atteste, Stellungnahmen, Gutachten, Entlassungsbriefe etc.) in verschiedenen Fällen eine Rolle spielen (siehe Kästen 1–4)

Im Folgenden sind die grundlegenden gesetzlichen Anforderungen genannt, die sowohl für kürzere ärztliche Atteste, Entlassungsberichte o. ä. als auch für ausführlichere Stellungnahmen gelten. Wenn diese nicht erfüllt sind, werden die Berichte meist schon deshalb nicht beachtet.

Gesetzliche Anforderungen an ärztliche Atteste (§ 60a AufenthG, Absatz 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, den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten. Zur Behandlung der Erkrankung erforderliche Medikamente müssen mit der Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung aufgeführt sein.“

1. „Umstände, auf deren Grundlage fachliche Beurteilung erfolgt“

- » Wann, wo, wie oft, wie lange, in welcher Sprache erfolgten ärztliche Gespräche, unter welchen Bedingungen wurde untersucht?

2. „Methode der Tatsachenerhebung“

- » Objektivierung und ggf. Bestätigung der Beschwerden durch erhobene Befunde: z. B. Diagnostik, spezielle Tests (ggf. Literaturverweise), Verhaltensbeobachtung, non-suggestive Exploration

3. Diagnosen mit ICD-10-Code und ggf. Schweregrad

4. Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit und Behandlung – bei medikamentöser Therapie mit Wirkstoffangaben – der jetzt und zukünftig erforderlichen Diagnostik und Betreuung

- » Genaue Darstellung der auch perspektivisch notwendigen Behandlung und Diagnostik: Frequenz, Spezialisierung der Strukturen, Rahmenbedingungen wie Erreichbarkeit, familiäre, soziale, rechtliche Bedingungen

5. „Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben“

Weitere wichtige Aspekte, insbesondere bei Traumafolgestörungen:

- » Diskussion von Simulation und Aggravierung – Hinweise auf Erlebnisfundiertheit der geschilderten Anamnese und Symptome benennen:
Verhaltensbeobachtung während der Erlebnisberichte der Patient*innen (z. B. Zunahme an Symptomatik, psychomotorische Unruhe, Vermeidungssymptomatik, Dissoziationen)
- » Differentialdiagnosen benennen und darstellen, welche Erkrankungen nicht vorliegen
- » Fachliche Begründung, falls die Vorgeschichte/Erkrankung nicht bei vorherigem Behördenkontakt (z. B. Anhörung beim BAMF, Erstantrag) vorgetragen wurde/werden konnte, z. B. im Falle sexualisierter Gewalt, sexueller Orientierung oder anderer tabuisierter/schambehafteter Themen: Geschlecht der BAMF-Anhörer*in und der Dolmetscher*in; Retraumatisierung oder Reaktualisierung durch Verhör-situation oder andere Umgebungsfaktoren im Gericht oder beim BAMF
- » Ebenso sollte bei bleibenden Unklarheiten oder Lücken in der berichteten Lebensgeschichte erklärt werden, was das aus medizinischer Sicht erklären könnte bzw. inwiefern das Störungsbild dafür verantwortlich sein kann.

Allgemeine Hinweise

- » Es gehört zur ärztlichen Pflicht des Nicht-Schadens, dass Berichte nur auf Grundlage fachlicher Einschätzungen verfasst werden. Es hilft den Betroffenen nicht, wenn der Wunsch, in einer Notlage zu helfen, dazu führt, dass Dinge geschrieben werden, von denen wir nicht überzeugt sind. Dieser Grundsatz wird oft genug durch Ärzt*innen gebrochen, die dabei mitwirken kranke Menschen abzuschieben
- » Aussagen der Patient*innen im Konjunktiv formulieren
- » Unparteiliche und für Laien verständliche Sprache verwenden
- » Bei Fragen zur aufenthaltsrechtlichen Situation der Patient*in und zur Fragestellung der benötigten ärztlichen Bescheinigung im konkreten Fall **Kontakt zu Beratungsstelle oder Rechtsanwält*in** der Patient*in aufnehmen

Beispiel für eine Bescheinigung in einem fiktiven Fall, der auf realen Fällen beruht, in der die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt sind.

„Herr A befand sich von ... bis ... in stationärer psychiatrischer Behandlung auf Station ... (ambulant: fanden XY Termine statt, Dauer: ..., Sprachmittlung: ...).

Diagnostisch handelt es sich um ... (ICD-10: ...) (in diesem Beispiel PTBS). Differentialdiagnostisch ausgeschlossen wurden ...

Diese Diagnose beruht auf der ärztlichen Untersuchung, dem psychischen Befund, der Verhaltensbeobachtung des Patienten während seines Aufenthaltes, sowie einer testpsychologischen Untersuchung am Eine Fremdanamnese konnte nicht hinzugezogen werden. Weitere objektivierende Befunde: Labor, EEG ...

Zentrale Symptome: ...

Psychischer Befund: ...

aktueller Schweregrad der Erkrankung: ...

Aktuelle Medikation: ...

Anamnese (wichtig: im Konjunktiv verfassen):

Herr A gibt an, er sei am ... in ... geboren. Er berichtete von massiven Gewalterfahrungen während seiner Inhaftierung. Er habe bisher nicht hierüber berichten können, da er im Interview beim Bundesamt einen Dolmetscher einer fremden ethnischen Zugehörigkeit gehabt habe; diesem habe er nicht vertraut. Außerdem wolle er nicht daran denken, die Erinnerungen seien schmerzhaft. Dieses Vermeidungsverhalten ist ein typisches klinisches Symptom, das zu den Kardinalsymptomen des vorliegenden Störungsbildes zählt.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei der vorliegenden Symptomatik mit psychosenahen (DD. dissoziativ bedingten) Veränderungen der Realitätswahrnehmung nicht alle Explorationsinhalte mit den Erlebnissen gleichgesetzt werden können. Es wiederholen sich allerdings Kerninhalte zu verschiedenen Zeitpunkten bei unterschiedlichen Interaktionspartnern (Oberärztin,

Zuerkennung von Asyl nach Artikel 16 Grundgesetz oder von Flüchtlingsschutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention

4

Ärztliche Betreuung bietet einen besonderen Raum, in dem körperliche, aber auch psychische Beschwerden manchmal zum ersten Mal geäußert werden. Deshalb können ärztliche Bescheinigungen in der Anamnese oder in den Untersuchungsbefunden Informationen über Erlebnisse enthalten, die durch die Betroffenen zuvor nicht erzählbar waren oder aus anderen Gründen nicht berichtet wurden, die aber einen Schutzstatus bedingen können. Dies können insbesondere Folgen von Folter, sexualisierter oder anderer schwerer Gewalt und Menschenrechtsverletzungen sein (körperlich und psychisch). Dazu ist folgendes zu beachten:

- » Sorgfalt und ein genaues Verstehen ist bei der Anamneseerhebung essentiell, da im Rahmen der Asylverfahren, auch bei schwer traumatisierten Menschen, selbst kleinere sich widersprechende Angaben (z.B. hinsichtlich Uhrzeiten, Reihenfolge von Aufenthaltsorten oder Ereignissen auf der Flucht etc.) in unterschiedlichen Verfahrensdokumenten (Anhörungsprotokoll, andere Atteste) im Regelfall von den Behörden herangezogen werden, um zu behaupten, dass die Aussagen unglaubwürdig seien. Berichtete Ereignisse sollten deswegen erst dann genau dargestellt werden, wenn Kontakt über einen längeren Zeitraum bestand und verlässliche Sprachmittlung gegeben war! Falls keine gesicherte Anamnese möglich bzw. Unstimmigkeiten nicht geklärt werden können: besser Anamnese knapp halten, stattdessen die klinische Einschätzung in den Vordergrund stellen.
- » Dokumentation von psychischen und physischen Folterfolgen nach den Standards der Vereinten Nationen (Istanbul-Protokoll, s. Kasten 5) in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Bei Bedarf Überweisung zu anderen Fachdisziplinen (häufig: Orthopädie, Urologie, Proktologie, Gynäkologie) oder eine entsprechende Empfehlung
- » Bei längeren Stellungnahmen, die auch eine ausführlichere Beschreibung der Fluchtgründe und -umstände und ggf. Aussagen zu traumatisierenden Ereignissen enthalten, sollten die Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) zu Rate gezogen werden, siehe: www.sbp.de

Ergotherapeutin, Bezugspflegerin), so dass nach unserem aktuellen Kenntnisstand zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgegangen werden kann, dass mit ernst zu nehmender Wahrscheinlichkeit eigene Erfahrungen oder Erlebnisse in direkter Zeugenschaft vorliegen.

Durch den 24-stündigen Beobachtungszeitraum und die Vielzahl an Fachpersonal, das für den Patienten zuständig war, kann eine Simulation des vorliegenden Störungsbildes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Beispielsweise führten die Alpträume des Patienten und seine damit verbundenen Schreie nachts regelhaft zu Konflikten mit Mitpatienten und konnten erst durch eine deutliche Erhöhung der Schlafmedikation gemindert werden.

Das vorliegende Störungsbild ist dringend behandlungsbedürftig (ausführliche Darstellung der notwendigen Behandlung):

Zudem benötigt Herr A. eine Tagesstruktur, beispielsweise durch einen Sprachkurs. Von zentraler Bedeutung ist die familiäre Unterstützung durch seine Schwester, zu der ein enges Vertrauensverhältnis besteht. Bei einer kontinuierlichen Behandlung und unter den geschilderten Lebensbedingungen kann von einer guten Prognose ausgegangen werden. Sollten hingegen weitere Belastungsfaktoren auftreten (Trennung von der Schwester, Abbruch der Behandlung, drohende Abschiebung, Inhaftierung weiterer Familienmitglieder in der Heimat) kann eine völlige Dekompensation nicht ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes, ist in diesem Fall mit einer Zunahme der Angstsymptome zu rechnen, sowie mit einem vermehrten Rückzugs- und Vermeidungsverhalten. Sollte die Krise andauern, werden erneut Halluzinationen auftreten, wie sie auch jetzt zur stationären Aufnahme geführt haben. In diesem Fall ist die Steuerungsfähigkeit des Patienten erheblich eingeschränkt und es besteht ein sehr hohes Risiko erneuter suizidaler Handlungen. Da Herr A. bereits suizidale Handlungen vorgenommen hat und hierbei impulsiv reagierte, ist mit einem erhöhten Risiko in diesem Einzelfall zu rechnen. Aus fachärztlicher Sicht ist daher in diesem Einzelfall von einer Reiseunfähigkeit auszugehen, wenn nicht eine konkrete, wie dargelegt lebensbedrohliche Krise ausgelöst werden soll.“

Zusätzlich im Falle von erheblichen Funktionseinschränkungen bei unfreiwilliger Rückkehr: „Zudem besteht nach WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) eine erhebliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag. Ohne die kontinuierliche Behandlung und psychosoziale Unterstützung ist davon auszugehen, dass Herr A. nicht in der Lage sein wird, sich selbständig zu versorgen bzw. sich um eine angemessene Behandlung eigenständig zu kümmern.“

Besondere Hinweise zur Dokumentation von Folterfolgen

5

Ärzt*innen kommt bei der Bekämpfung von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen eine besondere Verantwortung zu, da sie in der Betreuung ihrer Patient*innen häufig zu Zeug*innen der physischen und psychischen Folgen solcher Verbrechen werden. Folterfolgen chronifizieren oft in Symptomkomplexen – erst eine ausführliche, behutsame Anamnese deckt die erlebte massive Gewalt auf und ermöglicht, konkrete Interventionen um physische und psychische Folterfolgen zu lindern. Neben der medizinischen Behandlung ist auch der Kampf gegen Straflosigkeit ein wichtiger Grund für eine sachgerechte Dokumentation. Das Istanbul-Protokoll¹ ist der UN-Standard zur Begutachtung bei Überlebenden von Folter und anderer schwerer Gewalt und sollte Ärzt*innen weltweit bekannt sein, da Folter global verbreitet ist und die Überlebenden häufig fliehen und sich im Ausland aufhalten. In Deutschland verfügen insbesondere die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende, bundesweit organisiert in der BAFF², über diesbezügliche Erfahrung und Expertise und sind ansprechbar für kollegiale Kooperation und Beratung.

1 <https://www.vr-elibrary.de/isbn/9783847100300>

2 Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende

Quellen und Literatur:

- » Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren), überarbeitete Fassung 2012
- » Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis – Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht, Herausgegeben vom Deutschen Roten Kreuz und dem Informationsverbund Asyl und Migration, Dezember 2017
- » Nitschke, Heidrun: Medizinische Bescheinigungen im Kontext Flucht und Asyl – Versuch einer Systematik; Vortrag an der Universität Jena vom 30.10.2019
- » www.asyl.net
- » www.baff-zentren.org

9. Im Einsatz gegen Abschiebung: Bilanz einer Sozialarbeiterin

Liebe Kolleg*innen,

ich berichte hier von einem Fall, der mich in den letzten Monaten und bis heute beschäftigt, der mich an meine Grenzen gebracht, aber auch viel gelehrt hat.

Ich arbeite als Sozialarbeiterin auf einer alltagspsychiatrischen Station mit einer Behandlungseinheit für Frauen mit psychischen Krisen in Schwangerschaft und Stillzeit.

Frau R., Anfang zwanzig wurde von ihrem Mann ins Krankenhaus gebracht, da sich ihre seit langer Zeit bestehenden Symptome in den Wochen zuvor massiv verschlimmert hatten. Sie war im 5. Schwangerschaftsmonat. Zur Symptomatik gehörten massive Ängste, Alpträume, dissoziative Zustände, Phoneme wie imperative Stimmen und Schatten, Suizidgedanken. Wir diagnostizierten und behandelten im Verlauf eine posttraumatische Belastungsstörung und depressive Episode.

Lage, sich um Alltag, Organisatorisches und Versorgung des Kindes ausreichend zu kümmern. Letztendlich blieb sie bis einige Wochen nach der Geburt mit ihrer Tochter bei uns und wurde nach insgesamt sechs Monaten Behandlung in eine Mutter-Kind-Einrichtung entlassen.

In der sozialarbeiterischen Begleitung des Falles erlebte ich eine große Bandbreite an Unterstützung, aber auch Ablehnung und vor allem Überforderung aus dem System.

Der Anwalt des Paares war nur teilweise unterstützend. Auch ein Anwalt aus Schweden konnte nicht viel ausrichten. Eine engagierte Sozialarbeiterin erklärte sich bereit, eine Petition zu starten, die von verschiedenen Einzelpersonen und Gruppen verbreitet und von ermutigend vielen Personen unterschrieben wurde. Zwar wurde über den Fall bisher in den Petitionsaus-

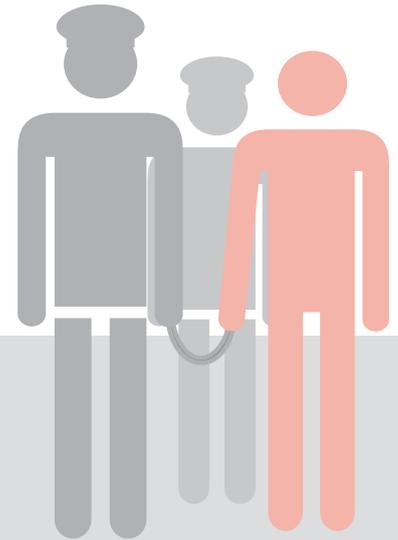


In der sozialarbeiterischen Begleitung des Falles erlebte ich eine große Bandbreite an Unterstützung, aber auch Ablehnung und vor allem Überforderung aus dem System.“

Nach wenigen Wochen der Behandlung wurde der Mann der Patientin in der Nacht aus der Asylunterkunft nach Schweden abgeschoben, woraufhin die Patientin erneut in eine schwere Krise geriet.

Die Abschiebung des Ehemannes hatte zudem die Konsequenz, dass die Patientin und ihr Ungeborenes ohne Versorgung und Unterstützung blieben. Die Patientin ist nicht in der

schüssen nicht positiv entschieden, aber die dadurch entstandene Zusammenfassung des Falls und Öffentlichkeit bewirkte, dass sich verschiedene Unterstützer*innen meldeten. Zum Beispiel nahm eine Bundestagsabgeordnete Kontakt zu uns auf, die den Fall beim BAMF kritisch hinterfragte. Verschiedene Jurist*innen stellten sich zur Verfügung, bei rechtlichen Fragen zu unterstützen und eine unabhängige Beratung für Geflüchtete nahm sich ebenso dem Fall an. Im Endeffekt ging es weniger



darum, dass wir die Petition gewinnbringend irgendwo eingereicht haben, sondern wir erreichten viel symbolträchtigen und praktischen Support und Vernetzung mit anderen Akteur*innen.

Zwar ist der Mann unserer Patientin noch in Schweden, wurde aber bisher dank dem Engagement einer schwedischen Aktivist*innengruppe noch nicht weiter nach Afghanistan abgeschoben. Das Verfahren beim BAMF läuft weiterhin.

Für mich als Sozialarbeiterin war die Unterstützung durch und Abstimmung mit erfahrenen Kolleg*innen und Jurist*innen aus dem Bereich sehr hilfreich und das Engagement ermutigend und motivierend.

Ein weiteres Problem zeigte sich in der Versorgung von Mutter und Kind. Aufgrund der Symptomatik und der Schilderungen von Patientin und Ehemann sowie den Mitarbeiter*innen der Asylunterkunft, wurde uns schnell klar, dass eine Entlassung zurück in diese Unterkunft mit selbständiger Versorgung des Säuglings, zudem ohne die Unterstützung des Ehemannes, nicht möglich war. Ich stieß jedoch zunächst auf große Zurückhaltung aus dem Hilfesystem. Die Anfragen beim Jugendamt mit Bitte um Unterstützung bei der Organisation einer passenden Hilfe wurden zunächst von Schreibtisch zu Schreibtisch geschoben. Dann wurde versucht, den Fall dem Bereich Eingliederungshilfe und somit in die Zuständigkeit des LAF zuzuordnen. Nach einigem Nachdruck kam es schließlich zu einer Helfer*innenkonferenz. Dort wurde relativ schnell klar, dass eine Mutter-Kind-Einrichtung nötig war. Eine geeignete Einrichtung zu finden, die sich den Fall zutraute, wurde zum nächsten Problem. Aufgrund des Traumahintergrunds und der Sprachbarriere trauten sich verschiedene Träger die Hilfe nicht zu. Das Jugendamt tat sich schwer mit der Kostenübernahme für Dolmetscher*innen, was jedoch dringend notwendig war. Bis ein geeigneter Platz gefunden wurde, war das Kind bereits ge-

boren. In der Mutter-Kind-Einrichtung scheinen die Patientin und ihre Tochter nun gut aufgehoben zu sein.

Als weiterer deutlich unterstützender Faktor zeigte sich eine rechtliche Betreuung, welche wir aufgrund der zahlreichen Behördenangelegenheiten beantragten. Die Betreuerin war sehr engagiert und entlastend! Auch die „Frühen Hilfen“ halfen mit Recherchen und praktischen Tipps.

Ich wage zum Ende meines Berichts eine Einschätzung dazu, wie derartige Fälle nicht nur die Betroffenen und die Helfer*innen, sondern auch das Sozialsystem belasten: Mit der Unterstützung ihres Ehemannes und ohne durch seine Abschiebung zusätzlich destabilisiert zu werden, wären eine so lange Behandlung und so teure 24h-Betreuung nicht notwendig gewesen.

*Zum Ende möchte ich euch Mut machen:
Auch wenn man manchmal das Gefühl
hat allein dazustehen, sich nicht genug
auszukennen und nicht genug tun zu
können – es gibt oft Wege und vor allem
ein riesiges Netzwerk an
Unterstützer*innen.*

10. Rückkehr nach einer Abschiebung nach Ungarn

Die 35 Jahre alte Englischlehrerin stammt aus Afghanistan und kann mittlerweile so gut Deutsch, dass sie ihre Geschichte auf Deutsch erzählt.



Wir waren mit viel Hoffnung gekommen aus Afghanistan. Die Flucht war schwer. Wir mussten durch viele Länder. Aber wir hatten Hoffnung, dass etwas Gutes kommt. Nach acht Monaten waren wir in Berlin. Mein Bruder, seine Frau und seine Kinder kamen in eine andere Unterkunft als ich.

Über die Sozialarbeiterin im Lager hatte ich eine Anwältin. Ich habe ihr viel Geld bezahlt, mehrere Hundert Euro. Die Anwältin machte mir viel Hoffnung. Sie sagte, als alleinstehende Frau könne mir nichts passieren.

Aber schon nach einem Monat bekam ich eine Abschiebedrohung nach Ungarn. Die Anwältin sagte immer noch, ich bräuchte mir keine Sorgen machen. Nach einem weiteren Monat bekam ich erneut diese Androhung. Die Anwältin sagte, ich solle weg gehen aus der Unterkunft. Aber ich kannte ja niemanden, wo ich hätte hingehen können.

Am 15. Februar 2017 früh um 4.00 Uhr kamen sechs Polizisten und Polizistinnen (vier Männer und zwei Frauen). Sie legten mir Handschellen an. Ich habe geweint und gebettelt, sie mögen mich hierbleiben lassen. Sie sagten, nein, der Staat habe entschieden, dass ich nach Budapest müsse.

Ich hatte damals noch keine psychischen Probleme gehabt. Denn ich hatte Hoffnung. Man hatte mir gesagt, einer alleinste-

henden Frau kann nichts passieren. Ich hätte selbst niemals gedacht, dass so etwas passieren kann.

Sie hatten mir erklärt, ich hätte 20 Minuten Zeit zum Packen meiner Sachen, und ich dürfte nur einen Koffer mitnehmen. Ich hatte aber zwei Koffer.

Das Polizeiauto war wie ein Gefängnisauto mit einer Art Zelle. Es gab darin nur einen Stuhl, auf den ich kam. Meine Sachen hatte ich alle abgeben müssen, auch mein Handy. Ich hatte gar nichts. Ich durfte niemanden verständigen, nicht meinen Bruder, nicht die Anwältin. Ich hatte meine Zimmergenossin noch bitten können, dass sie meinen Bruder verständigt.

Ich konnte auf dieser Fahrt nichts sehen, wusste nicht, wo wir waren. Es war nicht normal – es war, als wäre ich eine Kriminelle. Ich habe viel geweint und die Polizisten angefleht, sie mögen mich mit meinem Bruder telefonieren lassen oder mit meiner Anwältin. Aber ich durfte nicht.

Ich weiß nicht, an welchen Flughafen ich gebracht wurde. Ich kam dort in einen geschlossenen Raum. Ich hatte weiterhin keine Sachen, kein Handy, nichts zu essen oder zu trinken, ich wusste nicht, wie viel Uhr es war. Auch mein Geld hatte man mir weggenommen. Ich hatte eine Box mit Münzen gehabt. Die bekam ich nie wieder.

In Budapest im Flughafen kam ich wieder in einen verschlossenen Raum, zusammen mit vier Männern aus verschiedenen Ländern – einer war aus dem Iran, einer aus Pakistan, einer war arabischsprachig, einer hatte schwarze Hautfarbe und war aus einem afrikanischen Land. Der Raum hatte eine Glaswand, aber wir konnten nicht hindurchsehen.



FLÜCHTLINGSLAGER IN UNGARN

Ich hatte gebeten, auf die Toilette gehen zu können. Daraufhin musste ich zwei, drei Stunden warten. Der Mann, der mich dann zur Toilette brachte, erlaubte mir nicht, die Tür ganz zu schließen. Als er mich zurück in den Raum brachte, sah ich, dass man uns von außen darin beobachten konnte, nur wir konnten draußen nichts erkennen.

Bis abends waren wir in diesen Raum gesperrt. Wir bekamen nichts zu trinken und nichts zu essen. Gegen Abend wurden wir in eine Polizeistation gebracht. Dort kamen wir in Zellen, die Gitter hatten und von außen einsehbar waren wie Käfige. Ich war die einzige Frau. Der Mann aus dem Iran hatte ganz rote Augen und sein Unterarm war stark verletzt, voller Schnittwunden. Er sagte, er habe sich die Adern aufschneiden wollen, damit die ihn nicht mitnehmen. Aber es habe nichts genützt. Er sagte, du bist eine Frau, sie hätten Sorge haben müssen, dass du dir auch etwas antust.

Die Polizisten nahmen unsere Fingerabdrücke. Ich kam als erste dran. Es gab eine Dolmetscherin, eine Frau aus Afghanistan. Sie war nicht freundlich zu mir. Sie sagte, ich müsse auf jeden Fall in Ungarn Asyl beantragen, sonst würde ich ins Gefängnis kommen. Sie sagte, ist doch egal, ob Deutschland oder Ungarn, es ist alles Europa. Ich habe gesagt, mein Bruder ist in Deutschland, ich muss wieder zu meinem Bruder. Sie sagte, dann gehst du ins Gefängnis. Dann habe ich gemacht, was sie verlangt hat. Sie haben dann alles ganz offiziell gemacht, sie machten Fotos von mir und nahmen mei-

ne Fingerabdrücke. Dann gaben sie mir eine Adresse, ein Lager, wo ich hin sollte. Die Dolmetscherin sagte, das findest du, es ist nicht weit. Ich sagte, ich finde das nicht. Sie sagte, wenn du hierbleibst, musst du morgen mit diesen Männern ins Gefängnis.

Die anderen mussten ins Gefängnis, weil sie kein Asyl beantragen wollten. Ich wollte nicht ins Gefängnis. Ich ging also raus. Die Dolmetscherin sagte noch, meine Sachen würden mir hinterhergebracht werden. Ich hasse Dolmetscherinnen.

Mein Handy hatte ich bekommen. Aber der Akku war leer. Ich hatte weiterhin kein Geld. Ich habe Leuten draußen die Adresse gezeigt. Sie schickten mich zur U-Bahn, da war es 23:30. Da traf ich eine Frau aus Berlin. Sie gab mir ein wenig ungarisches Geld. „Mehr habe ich nicht, sonst würde ich dir mehr geben“ hat sie gesagt. Sie hat vielleicht an meinem Gesicht erkannt, wie es mir ging. Dann habe ich Saft gekauft, das kostete 200 Forint von den 1000 Forint, die ich hatte. Ich hatte den ganzen Tag nichts zu essen und nichts zu trinken bekommen bis dahin.

Die Frau hat mir den Weg gezeigt zum Bahnhof. Ich musste eine halbe Stunde warten und dann zwei, drei Stunden Zug fahren. Um drei Uhr nachts war ich an dem Bahnhof, wo ich aussteigen sollte. Die Frau hatte gesagt, es ist ein Dorf, wo du hin musst. Ich war dann auf diesem Bahnhof, der war draußen, es gab nur einen Wartesaal. Der Ort hieß Keschgmalasch oder so ähnlich. Ich fragte wieder

jemanden nach dem Weg. Er sagte, warte bis morgen früh. Also ging ich in den Wartesaal. Dort waren mehrere betrunkenen Männer, ich war die einzige Frau. Ich hatte so viel Angst. Dann, um fünf oder sechs Uhr früh, konnte ich ein Taxi finden. Der Fahrer konnte kein Englisch. Ich zeigte ihm die Adresse und mein Geld. Er machte deutlich, dass es zu wenig Geld sei. Aber er war nett. Anfangs hatte er den Kopf geschüttelt, aber dann sagte er, komm. Ich hatte Angst. Er brachte mich zu einem Lager. Aber es war der falsche Ort. Es gab nämlich ein geschlossenes und ein nicht geschlossenes Camp. Er hatte mich zu dem geschlossenen gebracht, das war wie ein Gefängnis.

Ich war ausgestiegen. Da kam eine Frau, die sagte, willst du in das geschlossene Camp? Ich sagte, nein. Sie sagte, es gibt noch ein Camp und dorthin konnte ich zu Fuß gehen. Es war jetzt der 16. Februar. Es war immer noch dunkel, und es war auch kalt. Aber ich habe den Weg gefunden.

Die Sicherheitsbeamten brachten mich zu einem Sachbearbeiter und die wiesen mir einen Platz zu. Es war ein Feld mit Containern. Der Weg vom Container zur Toilette und zu den Duschen war weit, 10 bis 15 Minuten. Ich habe gewartet, bis es hell war. Dann konnte ich einen Sozialarbeiter vom UNHCR sprechen. Ich habe ihm gesagt, dass ich dort nicht bleiben wollte. Er sagte, dann geh! Nachher kommen wieder Leute aus Serbien auf dem Weg nach Deutschland – geh mit denen mit!

Ich war krank, und fühlte mich sehr, sehr schlecht. Dann kam eine Psychologin. Sie sagte, in zehn Tagen wird dieses Camp auch dicht gemacht. Es ist dann auch wie ein Gefängnis.

Ein Tag im Camp lief ungefähr so ab: Wir mussten um fünf Uhr morgens frühstücken in einer Halle. Wir durften das Essen nicht mit aufs Zimmer nehmen, aber ich hatte sowieso keinen Hunger. Morgens waren wenig Leute da, alle Kabinen waren leer. Denn die Menschen kamen, übernachteten und zogen dann weiter. Der Mann vom UNHCR hatte mir gesagt, Ungarn ist nur eine Brücke für die Leute. Es waren fast alles Männer. Ich hatte sehr viel Angst. Immer wenn ich zur Toilette ging, wurde ich von Männern angesprochen. Komm! Bist du allein?

Es waren sechs Betten in einer Kabine, die Räume waren vielleicht zwei mal sechs Meter groß. In meiner Kabine war ich allein. Aber ich bekam keinen Schlüssel, ich konnte nicht abschließen.

Mittagessen gab es um zwölf Uhr. Abendessen gab es nicht. Geld hatte ich keins. Ich war sehr krank. Sie wollten mich in ein psychiatrisches Krankenhaus bringen, es kam ein Auto. Ich habe gesagt, nein, das will ich auf keinen Fall. Dann kam eine Psychologin. Die sagte, geh einfach zurück. Der Sachbearbeiter vom UNHCR sagte auch, geh einfach zurück.

Morgens waren im Camp nur junge Männer, die sich mir gegenüber sehr schlecht verhielten. Abends waren mehr Leute da.

In der Nähe war ein Supermarkt. Ich war zum Sozialarbeiter gegangen und hatte gesagt, dass ich Geld brauche. Er sagte, nein, du bekommst kein Geld, bis dein Asylantrag entschieden ist.

Es gab auch kein Internet. Er sagte mir aber, geh zu dem Supermarkt, da kannst du Internet benutzen. Denn dort gab es WLAN. Ich konnte von dem Supermarkt meinen Bruder anrufen, und er konnte organisieren, dass mein Onkel aus Frankreich mir 250 Euro schickte. Aber um das Geld abzuholen, hätte ich eine Iden-

titätskarte gebraucht, eine gelbe Karte. Die hatte ich nicht. Nach sechs Tagen bekam ich endlich die gelbe Karte und konnte das Geld abholen.

Ich habe mit meinem Onkel in Frankreich telefoniert. Er sagte, versuch, eine Familie zu finden, der du dich anschließen kannst auf dem Weg nach Deutschland oder nach Frankreich. Es war klar, dass ich nur noch wenige Tage Zeit hatte, denn das Camp würde in vier Tagen geschlossen werden, dann wäre ich eingesperrt.

Ich habe dann eine Familie gefunden, die mir geholfen hat. Ich musste dem Mann dafür Geld geben. Aber ich fühlte mich ein bisschen sicherer mit ihnen. Sie waren über Serbien gekommen. Sie sind mit mir bis Österreich gefahren mit dem Zug. Auf dem Bahnhof in Wien sagte einer von ihnen, ich gehe zur Toilette. Jemand anders sagte, ich hole was zu essen – und weg waren sie auf einmal, alle, ich war allein.

Der Mann hatte mir vorher gesagt, es wäre wichtig, dass ich schick aussehe. Ich hatte mir deshalb aus der Kleiderkammer im Camp einen kurzen Rock gesucht. Eine kurze Jacke und Stiefel hatte ich sowieso – und Nylonstrümpfe hatte ich kaufen können. Und ich hatte eine Sonnenbrille und eine Tasche, mehr Gepäck nicht, das wäre zu auffällig gewesen.

Während ich auf dem Bahnhof stand und nach der Familie Ausschau hielt, sah ich Polizei. Ich setzte mich schnell auf eine Bank und tat, als wäre ich intensiv mit meinem Handy beschäftigt. Neben mir saß eine Frau, die ausländisch aussah. Sie wurde von den Polizisten kontrolliert und abgeführt. Mein Herz klopfte sehr laut. Es tut mir sehr leid, dass ich für diese Frau nichts machen konnte. Aber was hätte ich tun sollen?

Ich habe wirklich Glück gehabt. Weil ich schick aussah, mit Sonnenbrille, kurzem Rock und Handy, haben sie gedacht ich hätte Papiere und haben mich nicht kontrolliert. Ich habe weiter auf diese Familie gewartet, aber sie kamen nicht wieder.

Ich hatte in Berlin im Camp einen Deutschlehrer gehabt, der uns sehr unterstützt hatte. Den rief ich jetzt an, nachdem ich das Handy bei McDonalds im Bahnhof aufgeladen hatte. Er hörte sich alles an und sagte, ok, wir versuchen, einen Weg zu finden. Bleib in der Nähe vom Bahnhof, aber lauf herum. Geh zu einem anderen McDonalds, lauf einfach die ganze Zeit. Wir finden jemanden, der dich abholt.

Das war morgens um 9:30. Ich bin dann den ganzen Tag dort herumgelaufen. Der Rock war sehr eng, und es war sehr kalt. Ich zog schließlich doch eine Hose an. Um 20 Uhr kam ein englischsprachiger Mann mit einem Auto. Er nahm mich mit nach Frankfurt am Main.

Die Verwandten, die ich dort hatte, wollten mich jedoch nicht haben. Sie hatten Angst, weil ich ja keine Papiere hatte.

Als ich noch in Ungarn war, hatte mein Bruder in Berlin Erkundigungen eingezo-gen wegen Kirchenasyl. Und die Frau in der Kirche sagte ja – aber es war noch kein Platz frei. Deshalb musste ich in Berlin noch zwei Wochen versteckt sein. Ich war in einem Bürohaus, und es war Februar. Ich durfte nach Büro-Feierabend kein Licht haben, damit nichts auffiel. Nach zwei Wochen konnte ich ins Kirchenasyl.“



Bordkarte 23.01.2018 | DUS

ADM Air De Maizière
AIR DE MAIZIERE fliegt Sie todsicher in Krisen- und Kriegsgebiete

Airline:	Class:	Date:	From:	To:
Air De Maizière	Deportation	23.01.2018	Düsseldorf/Germany	Kabul/Afghanistan

Preis: 299.000 EUR

JEDER FLUG IN DEN TOD (inkl. Menschenleben)

PROTESTKUNDGEBUNG „KEINE ABSCHIEBUNG IN DEN TOD“

23.01.2018
Düsseldorf Airport

Treffpunkt:
16:00 Uhr Düsseldorf Hbf

Weitere Infos unter:
facebook.com/events/760636087466703/
facebook.com/nedajefghan/
facebook.com/So1CityCologne/
rechtaufasyl@gmx.de

Sicherheitswarnung: "The Federal Republic of Germany advises all German operators not to plan and conduct flights within FIR Kabul (OAKK) below FL330 including take off and landings at all airports due to potential risk to aviation from dedicated anti-aviation and ground to ground weaponry and ground attacks on aerodrome infrastructure" https://ad.easa.europa.eu/tbdoc/CZB_2017_06_Afghanistan_Airspace.pdf/CZB_CZB-2017_06_1

11. Politische und psychologische Auswirkungen von Abschiebungen auf die Zivilgesellschaft

von Tom Nowotny

Zu den Steinen hat einer gesagt: „Seid menschlich.“ Die Steine haben gesagt: „Wir sind noch nicht hart genug.“ Erich Fried

Im „Flüchtlingsherbst“ 2015 ging eine Welle der Solidarität und Hilfsbereitschaft durch das Land. Millionen Menschen setzten viel Energie und Herzblut hinein, das vermeintliche Ziel von Bundeskanzlerin Angela Merkel umzusetzen („Wir schaffen das“). Bald mussten sie feststellen, dass die meisten Ausländerbehörden das Haupthindernis auf dem Weg zur Integration darstellten; eine Verschärfung des Asylrechts folgte der nächsten. Offenbar war das Motto der Regierenden eher: „Wir schaffen alle raus“. Ende 2016 war für uns vom Arbeitskreis Flucht und Asyl der IPPNW eine rote Linie überschritten, als die Bundesregierung mit Sammelabschiebungen in das Kriegsgebiet Afghanistan begann.

In einer Online-Petition auf Change.org (www.change.org/nodeportation) fordern wir seitdem: „Keine Abschiebungen nach Afghanistan!“ Hier der Petitionsbrief vom Dezember 2016 an Angela Merkel:

„Sehr geehrte Frau Bundeskanzlerin,

Wir wissen aus zahlreichen persönlichen Begegnungen und Gesprächen, dass viele afghanische Flüchtlinge in großer Sorge sind, seit kürzlich die EU und die korrupte afghanische Regierung ein Rücknahmeabkommen geschlossen haben. Afghanistan erhält über vier Jahre verteilt 13 Milliarden Euro – die in den Taschen der Eliten verschwinden werden – und nimmt im Gegenzug 80.000 afghanische Flüchtlinge zurück, ein großer Teil davon aus Deutschland. Ein unmenschlicher Deal, staatlich abgesegnetes Unrecht, Menschenhandel in großem Maßstab. Und nun hat tatsächlich die erste Massendepotatation stattgefunden.

Die Folgen für die Betroffenen sind entsetzlich. Der junge Afghane E. bekommt Anfang Dezember die Mitteilung, dass er bis zum 28.12.2016 ausreisen muss, nachdem sein Asylantrag abgelehnt und seine Klage dagegen abgewiesen wurde. Daraufhin versucht er mindestens fünf Mal, sich das Leben zu nehmen. Seine Betreuerin schreibt:

„Für mich als seine Sozialpädagogin ist es unbegreiflich, was aus E. wurde. Ich habe ihn als lustigen, freundlichen und hilfsbereiten jungen Mann kennengelernt. Er ist ein Vorbild an guter Integration. Hat innerhalb weniger Monate die deutsche

Sprache durch unglaubliche Eigeninitiative gelernt. War einer unserer fleißigsten Schüler, hat einen Ausbildungsplatz erhalten und geschafft durch seine guten Leistungen, die Schulzeit um ein Jahr zu verkürzen. Er ist nun in der Abschlussklasse. Mit einem Mal sind all seine Träume geplatzt. Nicht nur die Träume, auch sein Leben. Momentan hat er jeden Antrieb und Lebensfunken verloren. Auch weil einer seiner Freunde und unser Schüler in dem Abschiebeflugzeug vom letzten Mittwoch war. Seitdem hat er jeden Mut verloren.“

In Afghanistan herrscht seit fast vierzig Jahren Krieg. Die militärische Intervention nach dem 11. September 2001, an der auch die Bundeswehr bis heute beteiligt ist, hat Afghanistan nicht sicherer gemacht – im Gegenteil: Die Behauptungen des Bundesinnenministers, Afghanistan sei mindestens in Teilen sicher und der Terror dort richte sich nicht gegen die Zivilbevölkerung, sind vielfach widerlegt.

Wir sind geschockt über 12 Tote und 45 Verletzte nach dem Anschlag auf den Berliner Weihnachtsmarkt und trauern mit den Opfern und ihren Familien. Doch stellen wir uns diese Situation als Alltag vor: 2.562 tote und 5.835 verletzte Zivilisten in Afghanistan allein in den ersten neun Monaten 2016! Ihnen gilt unser Mit-

gefühl in gleichem Maße und wir verstehen die Fluchtgründe nun umso mehr.

Wir sehen die Zwangs-Abschiebungen nach Afghanistan als ein staatliches Unrecht an, das weder durch das Grundgesetz noch durch internationale Verträge gedeckt ist. Auch das Bundesverfassungsgericht stoppte am 14. Dezember 2016 die Abschiebung eines afghanischen Flüchtlings mit der Begründung, dass die „veränderte Sicherheitslage im Land“ bei der Entscheidung über einen Asylfolgeantrag hätte berücksichtigt werden müssen.

Wir fordern daher, dass die Bundesregierung ihre Afghanistan-Flüchtlingspolitik im Sinne der Menschenrechte neu justiert. Wir fordern alle Menschen auf, nicht an Abschiebungen nach Afghanistan mitzuwirken – ob sie in Regierung und Behörden, in Polizei und Justiz, in Fluggesellschaften oder beim medizinischen Personal tätig sind: Folgen Sie Ihrem Gewissen und nicht vermeintlichen Sachzwängen.

Wenn der deutsche Staat seinen internationalen Schutzverpflichtungen gegenüber den afghanischen Flüchtlingen nicht mehr nachkommt, werden wir, Mitglieder der Zivilgesellschaft, uns für sie einsetzen – notfalls gegen staatliche Maßnahmen.

Ärztinnen und Ärzte des Arbeitskreises Flucht und Asyl der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs – Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.)“

Update zur Petition

Über 116.000 Menschen haben bisher unterschrieben (Stand Juni 2020). Sie alle bekommen per Email Updates zur Petition mit Neuigkeiten und Handlungsvorschlägen, von Protestschreiben an Politiker*innen und Behörden über Demonstrationen und bis hin zu einer sehr erfolgreichen Menschenkette um das Abschiebegefängnis in Mühldorf (Oberbayern) im März 2017. Konzipiert wurde diese Aktion auf einem bundesweiten IPPNW-Treffen in Berlin zu den Abschiebungen nach Afghanistan.

Bisher gab es über 150 Updates meist im Abstand von 1 bis 2 Wochen – und alle Unterstützer*innen haben die Möglichkeit, diese Updates zu kommentieren. Über die Jahre entstand dadurch gewissermaßen eine Längsschnittstudie zur Befindlichkeit engagierter Mitglieder der Zivilgesellschaft. Hier einige aussagekräftige Zitate zur psychischen Belastung der Unterstützenden (Hervorhebungen von mir):

„Ich habe diese Petition unterschrieben, weil...“

... „*ich es nicht ertragen kann, dass Menschen in diese unsicheren Länder unter menschenunwürdigen Bedingungen zurückgebracht werden! Unerträglich!*“ **D.B., Mai 2018**

... „*ich mich für meine Regierung schäme. Ich bin stolz auf die Errungenschaften unseres Rechtsstaates. Der „Rückführungs-Deal“ zwischen D und Afghanistan aber empört mich zutiefst. Ich habe integrationswillige Afghanen kennengelernt. (Ehrenamt und aktuell Pflegefamilie für jungen Afghanen) Ich möchte ihnen in die Augen schauen können auf die Frage nach einer fairen Asyl-Chance. Momentan kann ich nicht einmal die Einhaltung der Menschenrechte versprechen. Das ist unerträglich beschämend für mich. Ich habe meinen Freund aus Afghanistan gefragt, ob man sich nicht gegen die korrupten Machenschaften von Ghani und Co wehren könne. Jetzt muss ich mir dieselbe Frage für meine eigene Regierung stellen. Ich protestiere also. Danke an euch Petitionsführer für die klar ausgerichtete, professionelle und engagierte Arbeit. Ich bin froh, meine Ohnmacht ein wenig mildern zu können.“* **A.R., Mai 2019**

... „*auch ich es nicht ertragen kann, wie Menschen in solch eine Gefahr abgeschoben werden. Da ist alle Menschlichkeit verloren gegangen, keiner der Entscheidungsträger würde dort auch nur Urlaub machen wollen. Es gab berechtigte Gründe von dort zu fliehen und wir sollten unser Glück, hier in Sicherheit zu leben, teilen und Schutz gewähren. Auch Flüchtlinge aus unserem Land haben einmal diesen Schutz benötigt und wir wissen, wozu Abweisungen damaliger Flüchtlinge geführt haben.“* **T.S., November 2019**

... „*ich meiner Empörung und Trauer darüber Ausdruck geben möchte, wie Menschen unverschuldet zum Opfer politischer Entscheidungen werden. Ich schäme mich, dass diese Art von inhumaner Behandlung in Deutschland möglich ist.“* **S.L., Dezember 2019**

... „*Diese unmenschliche Haltung bei verschiedenen deutschen Politikern und die weitverbreitete Gleichgültigkeit unter der Bevölkerung in Bezug auf die Abschiebungen nach Afghanistan belastet mich psychisch sehr. Diese Haltung zeigen die Menschen auch gegenüber den Auffang-Lagern in Libyen und dem Ertrinkenlassen der Menschen im Mittelmeer. Ich frage mich, deshalb mit Sorge, wohin sich Europa entwickelt, zu einem Kontinent, auf dem die Menschenrechte nur für die ‚Weißen Europäer‘ gelten? Mir graut vor dieser Entwicklung.“* **I.B., Dezember 2019**

... „*Ich bin fassungslos, was hier die deutsche Regierung an Schizophrenie an den Tag legt! Wir haben gut spürbar demografischen Wandel in jeglichen Branchen... Haben unendlich viele best integrierte, deutsch sprechende Menschen seit einigen Jahren hier... Und jetzt? Nicht nur vom unternehmerischen Gedanken. Genauso aus humanitärer Sicht ein Desaster. Menschen, die hier enge Freundschaften geschlossen haben, sollen plötzlich abgeschoben werden? Unendlich viele Unternehmer sind völlig fassungslos und schockiert über unsere eigene Politik“* **J.F., Januar 2020**

... „Leider geht es in den Ämtern nicht um Menschen, sondern um Ware. Ich bin unendlich traurig und in meinem persönlichen Bemühen leider auch hilflos. Unsere Politiker wie Herr Seehofer lernen nicht dazu.“ **M.S., Februar 2020**

... „Herr S ist ein gutes Beispiel, wie gute Integration funktioniert, und von der Ausländerbehörde zerstört wird. Ich könnte Ihnen viele solche Fälle schildern, manche Kämpfe haben wir gewonnen und manche aber auch verloren. Doch eins ist sicher, ohne Unterstützung von uns Ehrenamtlichen würden nur wenige Flüchtlinge eine Ausbildung beginnen können. Inzwischen müssen wir Ehrenamtlichen viel Zeit und Energie für Rettungsaktionen gut integrierter Flüchtlinge aufwenden, so dass kaum noch Zeit bleibt für andere Unterstützungen zur Integration.“
Flüchtlingshelferin aus Kempten/Allgäu, Februar 2017

... „Ich bin aktiv beim Bündnis für Flüchtlinge. Bei einer der letzten Abschiebungen nach Afghanistan hat einer der beteiligten Polizisten geweint. Aus meiner Sicht sind diese Abschiebungen doch Menschenrechtsverletzungen. Vielen Polizisten fällt es schwer, dabei mitzuwirken. Ich würde die Polizei vor Ort gerne über die rechtlichen Möglichkeiten, wie man sich dagegen wehren kann informieren.“
Ärztlicher Kollege, November 2018

Dazu stand der folgende Hinweis im nächsten Update (November 2018): „Beamte haben das Recht und vor allem die Pflicht, bei rechtlich fragwürdigen Befehlen zu remonstrieren.“

Praktisch geht das so: „Zunächst muss der Beamte Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit einer amtlichen Weisung beim unmittelbaren Vorgesetzten erheben. Bleibt dieser bei seiner Anordnung, hat er sich an den nächst höheren Vorgesetzten zu wenden. Wird die Weisung auch von diesem bestätigt, muss der Beamte diese ausführen. Etwas anderes gilt lediglich dann, wenn die dienstliche Anordnung auf ein erkennbar strafbares oder ordnungswidriges Verhalten abzielt, die Menschenwürde verletzt ...“¹

Empfehlenswert erscheint es dabei, dass der Polizist oder die Polizistin dies nicht allein tut, sondern gemeinsam mit anderen von der Weisung betroffenen Kolleginnen und Kollegen. Ein schönes Beispiel dazu wurde am 6.6.2014 von der 4. Hundertschaft aus Hamburg berichtet: Beim stillen Sitzstreik der Lampedusa-Geflüchteten vor dem Rathaus, „habe sich ein Polizist der Einheit, die den Flüchtlingen direkt gegenüberstand, umgedreht und gesagt: ‚Das mach‘ ich nicht!“, berichtet die Journalistin Tina Fritsche, die Zeugin des Disputs geworden ist. Als der Befehlsgeber verdattert geguckt habe, habe der Beamte seine Weigerung untermauert. „Ich remonstriere hiermit.“

Als Ex-Pressesprecherin der Lehrgewerkschaft GEW wusste Fritsche sofort, was das bedeutet: Der Polizist nahm die im Beamtenrecht vorgesehene Möglichkeit in Anspruch, die Ausführung des Befehls aus Gewissensgründen zu verweigern, weil er ihn für rechtlich unzulässig hielt. Zwei Stunden später, als die Protestler*innen zur Lampedusa-Mahnwache am Steindamm gezogen waren, wurde der Beamte von Journalist*innen angesprochen, worauf laut Fritsche ein Kollege neben ihm gesagt habe: „Die ganze Gruppe hat remonstriert.“²

Leider ist uns kein Fall erfolgreicher Remonstrations im Kontext einer Abschiebung bekannt.

Viele Menschen werteten und werten die Asylrechtsverschärfungen und forcierten Abschiebungen um jeden Preis als eine Art vorauseilenden Gehorsams von Politik und Verwaltung gegenüber dem Rechtspopulismus. Damit ging eine zunehmende Verschärfung und Verrohung der Sprache nicht nur in Bayern, aber doch besonders bei führenden CSU-Politikern (Politikerinnen hielten sich eher zurück) einher. Unrühmliche Beispiele sind Aussprüche des damaligen Generalsekretärs Alexander Dobrindt von der „Anti-Abschiebe-Industrie“ (wir zählen uns stolz dazu, obwohl unsere Arbeit eher Handarbeit ist – industriell arbeiten die Abschiebebehörden); Ministerpräsident Markus Söders Rede vom „Asyltourismus“; und natürlich Horst Seehofers Freude über die 69 abgeschobenen Afghanen an seinem 69. Geburtstag (einer von ihnen nahm sich am folgenden Tag in Kabul das Leben).

Diese Entwicklung führte zum größten zivilgesellschaftlichen Protest seit langem in Bayern, der Demonstration „#ausgehetzt“ mit etwa 50.000 Teilnehmenden im Juli 2018. Danach ruderte die CSU sprachlich zurück, ohne aber ihre Asylpolitik zu ändern.

In der Folge schrieben eine Gruppe von Überlebenden und Angehörigen von Opfern des NS-Terrors, darunter die Auschwitz-Überlebende Esther Bejarano und der Theresienstadt-Überlebende Ernst Grube, zwei Offene Briefe an Ministerpräsident Söder, die bis heute unbeantwortet blieben:

„17. Dezember 2018, Abschiebungen nach Afghanistan

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,

Vor siebzig Jahren wurde die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte verabschiedet unter dem Eindruck der entsetzlichen nationalsozialistischen Verbrechen im Zweiten Weltkrieg. Als Nachfahren von Opfern dieser Verbrechen wenden wir uns an Sie, um die Beachtung der Menschenrechte für Geflüchtete im Bayern von heute einzufordern.

Eine Lehre aus der deutschen Geschichte muss darin bestehen, rechtzeitig einzuschreiten, wenn staatliches Unrecht droht.

¹ Deutscher Beamtenbund,

www.dbb.de/lexikon/themenartikel/r/remonstrationspflicht.html

² www.taz.de/!5040536

Die Abschiebung in Kriegs- und Krisengebiete ist ein solches Unrecht.

Wir sind erleichtert, dass Sie das Grundrecht auf Asyl für unantastbar erklären, nachdem es von einigen Unionspolitikern grundsätzlich in Frage gestellt wurde.³ Wir sind erleichtert, dass Sie Wortschöpfungen wie „Asyltourismus“⁴ – diesen Begriff benutzte schon 1990 der Schweizer Rechtsextremist und Holocaustleugner Jürgen Graf⁵ – nicht mehr öffentlich verwenden.

Sie werden verstehen, dass wir es unerträglich finden, wenn Menschen aus der Volksgruppe der Roma, deren Diskriminierung und Verfolgung leider auch nach dem Ende der NS-Diktatur andauerte, in bayerischen Lagern interniert werden, die heute „Anker-Zentren“ heißen.⁶

Sie werden verstehen, dass wir zutiefst erschrecken, als Sie 2017 in Bezug auf so genannte Rückführungen nach Afghanistan erklärten: ‚Sammelabschiebungen mit gerade mal 20 Leuten sind ein Witz. Es müssten Tausende sein, die abgeschoben werden.‘⁷ Einige unserer Verwandten wurden in einem Zug mit tausend Leidensgenossen deportiert und ermordet. Vor wenigen Wochen haben wir an die erste Massendeportation von München nach Kaunas am 20. November 1941 erinnert.⁸

Keine Sorge: Wir kennen – vielleicht besser als jeder andere – den Unterschied zwischen den Naziverbrechen und dem, was heute in Bayern geschieht. Niemand will Auschwitz und Afghanistan gleichsetzen. Aber wie kann man den Vorgang bezeichnen, wenn der Staat unschuldige Menschen aus ihrem Leben, aus unserer Mitte reißt und in eine ungewisse Zukunft in einem gefährlichen Land schickt? Wir nennen es Deportation.

Vor zwei Jahren begannen die Sammelabschiebungen aus Deutschland nach Afghanistan. Bisher wurden 439 Männer mit 19 Flügen nach Kabul geflogen, die meisten von ihnen aus Bayern. Noch deutlich größer ist die Zahl derjenigen, die durch diese Maßnahmen in Angst und Schrecken versetzt wurden, in der Psychiatrie behandelt werden mussten oder gar Suizid be-



gangen.⁹ Viele von ihnen sind als unbegleitete Minderjährige nach Deutschland geflüchtet, um Schutz vor Verfolgung zu finden.

Nach unserer festen Überzeugung ist eine Abschiebung nach Afghanistan heute für alle Menschen lebensgefährlich. Täglich müssen wir von Anschlägen in Kabul und in den verschiedenen Landesteilen Afghanistans Kenntnis nehmen. Der UNHCR stellte im August 2018 fest, dass die Lage unsicherer wurde und Kabul keine innerstaatliche Fluchtalternative bietet.¹⁰

Daher bitten wir Sie, die bayerischen Behörden anzuweisen, keine Abschiebungen nach Afghanistan vorzunehmen.

*Mit freundlichen Grüßen, für die Unterzeichnenden,
Thomas Nowotny“*

„18. Juni 2019, Abschiebungen nach Afghanistan

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident,

Im vergangenen Dezember habe ich Ihnen gemeinsam mit zwanzig anderen Hinterbliebenen von Opfern des Naziterrors einen Offenen Brief geschrieben, in dem wir unsere Sorge wegen der Abschiebungen nach Afghanistan ausdrücken und schreiben: ‚Eine Lehre aus der deutschen Geschichte muss darin bestehen, rechtzeitig einzuschreiten, wenn staatliches Unrecht droht. Die Abschiebung in Kriegs- und Krisengebiete ist ein solches Unrecht.‘

3 www.br.de/nachrichten/bayern/soeder-grundrecht-auf-asyl-unantastbar-ja-zu-migrationspakt,RAOSWzC

4 www.welt.de/politik/deutschland/article177596828/Markus-Soeder-Wir-muessen-endlich-den-Asyl-Tourismus-beenden.html

5 <https://faktenfinder.tagesschau.de/inland/soeder-asyltourismus-101.html>

6 www.fluechtlingsrat-bayern.de/staatenlosigkeit-und-diskriminierung-von-roma.html

7 www.zeit.de/politik/deutschland/2017-02/asylrecht-afghanistan-markus-soeder-abschiebungen

8 www.stolpersteine-rosenheim.de/stolpersteine-und-erinnerungszeichen-in-muenchen/

9 www.abendzeitung-muenchen.de/inhalt.angst-vor-rueckkehr-abschiebungen-sind-ein-suizidprogramm.6f284178-40a2-4b6a-bf8d-83221f9039f6.html

10 thrutig.wordpress.com/2018/12/04/vor-der-19-sammelabschiebung-nach-afghanistan-proteste-fragen-in-hessen-berichte-uber-brutalitaeten

Leider hat dieser Brief an der Praxis der Staatsregierung nichts geändert. In einer allgemein gehaltenen Antwort schrieb Staatsminister Herrmann, die Staatsregierung vollziehe ‚das geltende Asylrecht dabei mit dem gebotenen Augenmaß.‘ Nach unserem Eindruck hingegen schieben die Ausländerbehörden unterschiedslos bestens integrierte junge Menschen ab, denen zuvor die Aufnahme einer Ausbildung oder eines Arbeitsverhältnisses verboten wurde. Die Behörden nehmen weder Rücksicht auf schwere Erkrankungen der Betroffenen noch auf familiäre Bindungen.¹¹

Seit Dezember 2016 sind mit 25 Flügen 600 Menschen nach Kabul geschickt worden. Weit mehr als die Hälfte wurde aus Bayern abgeschoben, obwohl der Anteil Bayerns an den bundesweit gestellten Asylerstanträgen 2018 nur bei 13,5 Prozent lag.

Mit Bestürzung müssen wir auch immer wieder schwere Menschenrechtsverletzungen bei Abschiebungen feststellen. Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter berichtete über die Verletzung des Kindeswohls bei der Abschiebung einer mir persönlich bekannten Familie nach Albanien im August 2017.¹² Und in seinem Bericht vom 9.5.2019 dokumentiert das Anti-Folter-Komitee des Europarats eine Sammelabschiebung nach Afghanistan im August 2018. Es kritisiert darin Begleitbeamte der Bundespolizei für das Zufügen von Schmerzen ‚z.B. durch Quetschen der Genitalien‘ und das Einschränken der Atmungsfähigkeit, um ‚kooperatives Verhalten zu erreichen‘.¹³

Im Weiteren kritisiert das Anti-Folter-Komitee die Situation im Abschiebegefängnis Eichstätt. Ein trauriges Jubiläum: Vor hundert Jahren wurde die Abschiebehaft erstmalig in Deutschland eingeführt, um so genannte ‚Ostjuden‘ leichter aus Bayern deportieren zu können.¹⁴

11 www.nordbayern.de/emporung-uber-abschiebung-hochschwangere-traumatisiert-1.7794550

www.fluechtlingsrat-bayern.de/beitrag/items/bestens-integriert-ausbildungsplatz-abgeschoben-nach-kabulbestens-integriert-ausbildungsplatz-abgeschoben-nach-kabul.html

www.fluechtlingsrat-bayern.de/beitrag/items/abschiebungen-nach-afghanistan-bayern-geht-voran.html

12 www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Besuchsberichte/20170801_Abschiebung_Ingolstadt_Albanien/20170801_Bericht_Abschiebung_Ingolstadt_Mu_nchen_Tirana_web.pdf

13 www.spiegel.de/politik/deutschland/abschiebungen-europarat-kritisiert-deutschland-bericht-des-anti-folter-komitees-cpt-a-1266507.html

14 www.sueddeutsche.de/bayern/jahre-abschiebehaft-bayern-sammellager-ingolstadt-1.4434308

Und schließlich entwickeln sich die so genannten Anker-Zentren zunehmend zu Lagern, wie wir sie auf deutschem Boden nie wieder haben wollen. Die Unterbringung von zwei Familien in einem Raum, der ebenso wie die Sanitarräume nicht verschließbar ist, die mangelnden Möglichkeiten, Kinder angemessen zu ernähren und zu betreuen¹⁵ – all das ist nicht hinnehmbar, zumal Familien mit Kindern teilweise jahrelang in diesen Zentren leben müssen, so eine weitere mir persönlich bekannte Familie, die nun trotz zahlreicher ärztlicher Atteste abgeschoben werden soll.¹⁶ Den vorläufigen Höhepunkt aber stellen die kürzlich bekannt gewordenen Ausschreitungen des Sicherheitsdienstes im Ankerzentrum Bamberg dar, wo offensichtlich Rechtsextremisten beschäftigt sind.¹⁷

Sehr geehrter Herr Ministerpräsident, all dies besorgt uns sehr. Daher bitten wir Sie um ein Gespräch mit Ihnen oder einem verantwortlichen Vertreter der Staatsregierung.

Mit freundlichen Grüßen, Thomas Nowotny“

Resümee

Weder diese noch irgendwelche anderen Worte haben es bisher vermocht, die unmenschlichen Abschiebungen in den Krieg zu beenden. Bisher wurden 907 afghanische Männer mit 33 Flügen abgeschoben. Vor jeder dieser Sammelabschiebungen waren in der Woche davor auch in den deutschen Medien zahlreiche Meldungen über Anschläge und Kriegstote in Afghanistan zu finden.

Aber nur zwei Umstände haben zum Pausieren der monatlichen Charterflüge von wechselnden deutschen Flughäfen nach Kabul geführt: Ein Anschlag auf die deutsche Botschaft in Kabul, der diese temporär funktionsunfähig machte (Unterbrechung von Mai bis August 2017) und die Corona-Pandemie (Unterbrechung seit April 2020). Die Bundesregierung hat angekündigt, die Flüge baldmöglichst wieder aufzunehmen. Wir werden also weiter dagegen kämpfen.

15 www.unicef.de/blob/137024/ecc6a2cfed1a-be041d261b489d2ae6cf/kindheit-im-wartezustand-unicef-fluechtlingskinderstudie-2017-data.pdf

www.fluechtlingsrat-bayern.de/tl_files/2016_PDF-Dokumente/PILOT%20STUDIE%20Kinderrechte%20in%20ARE%2020-%20final.pdf

www.sueddeutsche.de/politik/ankerzentren-kinder-1.4051680

16 www.change.org/p/ministerpr%C3%A4sident-dr-markus-s%C3%B6der-keine-abschiebung-von-familie-t-aus-manching-gegen-rechtsfreie-r%C3%A4ume

17 www.br.de/nachrichten/bayern/gewalt-vorwuerfe-gegen-sicherheitsdienst-im-ankerzentrum-bamberg,RPnJPIS

Geflüchtete sind Menschen mit Würde, Rechten und individuellen Schicksalen in besonders vulnerablen Situationen. Sie dürfen nicht als Objekte oder politische Manövriermasse behandelt werden.



12. Die Forderungen der IPPNW

1. Geflüchtete sind Menschen mit Würde, Rechten und individuellen Schicksalen in besonders vulnerablen Situationen. Sie dürfen nicht als Objekte oder politische Manövriermasse behandelt werden.
2. Grundsätzlich sind Abschiebungen als Gewalthandlung anzusehen und so immer mit den rechtsstaatlichen Prinzipien abzuwägen. Sie gefährden immer die Gesundheit und manchmal das Leben der Betroffenen. Abschiebungen von Kindern und Jugendlichen müssen ganz abgeschafft werden, da sie Kindeswohl, Entwicklung und Gesundheit massiv gefährden.
3. Rechtsstaatliche Regeln müssen auch für ausreisepflichtige Geflüchtete gelten. Sie müssen jederzeit die Möglichkeit haben, mit ihren Anwalt*innen Kontakt aufzunehmen und rechtliches Gehör zu finden. Das Betreten einer Wohnung braucht einen richterlichen Beschluss. Ausnahmen müssen auf rechtlich legitimierte Sonderfälle eingegrenzt werden. Betroffenen und Unterstützer*innen muss eine neutrale und unabhängige Beschwerdestelle gegen Übergriffe und Gewalt durch Ordnungskräfte zur Verfügung gestellt werden. Rechtsbrüche von Ordnungskräften und Polizei müssen ausnahmslos mit rechtsstaatlichen Mitteln geahndet werden.
4. Die EU-Richtlinie zur frühzeitigen Identifizierung von vulnerablen Menschen und Gruppen, die seit 2016 auch in Deutschland gilt, muss endlich in nationales Recht übernommen und umgesetzt werden. Die Abschiebung von besonders vulnerablen Personengruppen muss verboten werden.
5. Schwere, besonders psychische Erkrankungen wie PTBS und Traumafolgestörungen müssen in jedem Verfahren berücksichtigt werden und jederzeit ins Verfahren eingebracht werden können. Traumafolgestörungen dürfen nicht bagatellisiert werden. Sie sind und bleiben schwerwiegende Störungen.
6. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung muss von den beteiligten Behörden eine Abklärung erfolgen und Atteste von behandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur definitiven Grundlage von Entscheidungen gemacht werden. Sollten aus juristisch zwingenden Gründen medizinische oder psychotherapeutische Gutachten erforderlich sein, sind dafür Fachleute anzufordern, die nach verbindlichen wissenschaftlichen und staatlich geprüften Standards ausgebildet, qualifiziert und zertifiziert sind.
7. Nächtliche Abschiebungen ohne Ankündigung müssen aufhören, besonders in Wohnheimen und Aufnahmeeinrichtungen. Sie terrorisieren alle Bewohner*innen und zerstören das Vertrauen in den Rechtsstaat und den einzigen Rückzugsort.
8. Krankenhäuser und Kliniken sowie Kindergärten und Schulen müssen als geschützte Orte geachtet werden und gegen alle behördlichen Übergriffe, wie sie im Rahmen von Abschiebungen immer wieder stattfinden gesichert werden.
9. Die Beurteilung der Behandlungsmöglichkeiten und der politischen Situation der Herkunftsländer sollte realistisch, aktuell und einzelfallbezogen sein und nicht von politischen und diplomatischen Rücksichtnahmen geprägt.
10. Auch „Freiwillige Rückführungen“ sind prinzipiell „zwangsweise“ Rückführungen, ihre gesundheitlichen und existenziellen Auswirkungen sind die gleichen wie bei „normalen“ Abschiebungen, deshalb gelten für sie die gleichen Forderungen.
11. Das Dublin-System, das untauglich, gescheitert und ungerecht ist, muss abgeschafft werden.
12. Wer die Flucht verhindern will, muss die Fluchtursachen bekämpfen. Dazu gehört in erster Linie eine konsequente Friedenspolitik statt Waffenhandel und Militarisierung. Dazu gehören gerechte und gleichberechtigte Handelsbeziehungen auch mit Ländern des Globalen Südens. Dazu gehört ein Ende der Ausbeutung von Menschen, Ressourcen und Natur durch die reichen Volkswirtschaften.

Glossar

ABH: Ausländerbehörde

AEMR: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Aggravierung: Aggravation bezeichnet die deutliche Verschlechterung eines Zustandes über die Zeit.

AnkER-Einrichtungen: „Zentrum für Ankunft, Entscheidung, Rückführung“ In diesen Einrichtungen werden die staatlichen Institutionen gebündelt, die für das Asylverfahren entscheidend sind. Hierdurch sollen Asylverfahren schneller durchgeführt und die Abschiebung von Antragsteller*innen erleichtert werden.

Arousal: Das ist die Bezeichnung des allgemeinen Grads der Aktivierung des zentralen Nervensystems. Dieser geht mit einem erhöhten Sympathikotonus her. Für diesen Zustand sind Wachheit, Wachsamkeit, erhöhte Reaktionsbereitschaft oder Aufmerksamkeit charakteristisch. Die gefühlsmäßige Komponente spielt dabei keine Rolle.

AsylbLG: Asylbewerberleistungsgesetz

BÄF: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende

BÄK: Bundesärztekammer

BAMF: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

GG: Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland

GEAS: Gemeinsames Europäisches Asylsystem

ICD-10-Code: Dient der Klassifikation und Einordnung von Krankheiten und Medikamenten in zusammengehörige Diagnosegebiete.

IOM: Internationale Organisation für Migration

Komorbidität: Ein weiteres, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild oder Syndrom, das zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegt

LAF: Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten

non-refoulement: Der Grundsatz der Nichtzurückweisung ist ein völkerrechtlicher Grundsatz, der die Rückführung von Personen in Staaten untersagt, in denen ihnen Folter oder andere schwere Menschenrechtsverletzungen drohen.

Perioperativ: Die Phase rund um den operativen Einsatz

Phoneme: Stimmen als Gehörtäuschungen bei psychisch Erkrankten

Remonstrieren: Einwand einer verbeamteten Person gegenüber einer Weisung, durch die ihr unmittelbar vorgesetzte Person.

Rom*nja: Roma gegendert

VG: Verwaltungsgericht

WHODAS 2.0: WHO Disability Assessment Schedule 2.0

ZAB: Zentrale Ausländerbehörde

ZuWG: Zuwanderungsgesetz

Literatur & weitere Informationen zum Thema Flucht & Asyl

- » **Empfehlungen für heilberuflich Tätige in Abschiebesituationen des Arbeitskreis Flüchtlinge und Asyl in der IPPNW,** Faltpapier
- » **IPPNW-Thema „Menschenrechte verteidigen! Gesundheitliche Folgen von Flucht“**
Dezember 2019, Preis: 1 Euro zzgl. Versandkosten
- » **IPPNW-Thema: „Humanität und Menschenrechte statt Ausgrenzung und Abschottung“**
Dezember 2018, Preis: 1 Euro zzgl. Versandkosten
- » **Best Practice for Young Refugees**
Ergebnisse und Beiträge einer internationalen Fachkonferenz zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. November 2016, Preis 8,00 Euro zzgl. Versandkosten
- » **IPPNW-Report Prävention von Folter**
Die Folterskandale von Guantanamo und Abu Graib waren der Anlass für eine Reihe von IPPNW-Ärzt*innen aus Großbritannien, den USA, Italien und Israel nach der Rolle der Ärzt*innen und ihrer Berufsorganisation bei Folter und anderen schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen zu fragen.
Ein Report von IPPNW Deutschland und Medact Großbritannien, April 2013, 44 Seiten, 10,00 Euro zzgl. Versandkosten
- » **Trauma – Wahrnehmen des Unsagbaren**
Traumatisierte Flüchtlinge und Überlebende von Folter haben in Deutschland seit der Asylgesetzgebung von 1993 nur noch sehr geringe Chancen, Aufnahme im „Gastland“ zu finden. Ihr Verfolgungsschicksal und ihr Leiden finden in Deutschland, im Vergleich zu anderen Ländern, nur wenig Beachtung; die seelischen Folgen von Terror und Gewalt sind hier auch in Fachkreisen so gut wie unbekannt. Die Autorinnen und Autoren dieses Bandes wollen informieren und sensibilisieren für menschliche Not, die sich in vielen Fällen hinter Sprachlosigkeit verbirgt.
Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 2. Auflage 2000, 18,00 Euro zzgl. Versandkosten

Diese und weitere Publikationen finden Sie in unserem IPPNW-Online-Shop:

» shop.ippnw.de/produkt-schlagwort/flucht



Aktuelle Informationen zum Thema Flucht & Asyl:
www.ippnw.de/soziale-verantwortung/flucht-asyl

Impressum

Report: Die gesundheitlichen Folgen von Abschiebungen
Eine Einordnung und Kritik aus ärztlicher und psychotherapeutischer Sicht

1. Auflage, Oktober 2020

Team der Autorinnen und Autoren:

Die Mitglieder des Arbeitskreises Flucht und Asyl, insbesondere:

Joost Butenop
Carlotta Conrad
Susanne Dyhr
Ernst Girth
Ernst-Ludwig Iskenius
Anne Jurema
Berit Kempe
Ursula Maaßen
Christin Meuth
Thomas Nowotny
Gisela Penteker
Valentine Teisserenc
Sabine Will

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Herausgeber

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

Körtestr. 10
10967 Berlin
Deutschland
Tel. ++49/ (0)30/ 69 80 74-0
Fax ++49/ (0)30/ 693 81 66
E-Mail: kontakt@ippnw.de
Internet: www.ippnw.de
V.i.S.d.P.: Carlotta Conrad, IPPNW

Layout

Samantha Staudte, IPPNW

Lektorat

Fatim Selina Diaby, IPPNW
Regine Ratke, IPPNW
Angelika Wilmen, IPPNW
Laura Wunder, IPPNW

Bestellungen unter: shop.ippnw.de



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

Körtestr. 10 · 10967 Berlin · Deutschland
Tel. ++49/ (0)30/ 69 80 74-0
Fax ++49/ (0)30/ 693 81 66
E-Mail: kontakt@ippnw.de
Internet: www.ippnw.de