

Die „Lebenserfahrung“ des OVG Münster

Hans Wolfgang Gierlichs

Eine Reihe von ausländerrechtlichen Beschlüssen des Oberverwaltungsgerichts Münster aus den letzten Jahren enthält Ausführungen zu psychotraumatologischen Fragen, die aus ärztlicher Sicht unzutreffend erscheinen und grundlegende Unkenntnis wichtiger psychodynamischer Vorgänge und psychotherapeutischer Techniken erkennen lassen. So auch ein Beschluss des 13. Senates des OVG NRW vom 20.09.2006 (Az. 13 A 1740/05.A), zu dem im Folgenden Stellung genommen wird.

Der Senat entwertet in seinem Beschluss ärztliche Stellungnahmen unterhalb der Ebene vom Gericht bestellter Gutachten. Er tut dies unter Zuhilfenahme falscher Annahmen

Bezüglich der Stellungnahme eines behandelnden Therapeuten lautet die Begründung, der Äußerung eines Therapeuten könne keine Überzeugung begründende Bedeutung zukommen. Ein Therapeut müsse grundsätzlich von dem vom Patienten geklagten Leiden nebst Vorgeschichte als wahr ausgehen und wolle diesem auftragsgemäß helfen; demgemäß fehle ihm die für eine Begutachtung notwendige Distanz zum Patienten und er trete diesem nicht mit der für einen gerichtlich bestellten Gutachter notwendigen kritischen Betrachtung gegenüber.

Diese Ausführungen zeigen ein grundlegendes Missverstehen psychotherapeutischen Vorgehens. So wie ein kranker Körper „normale“ Belastungen als überfordernd empfindet und mit Störungen beantwortet, empfinden „kranke Seelen“ durchaus normalen Stress als alarmierend oder überfordernd und normales Verhalten anderer Personen als bedrohlich oder ablehnend. Es gehört zum basalen Handwerkszeug eines Psychotherapeuten, dieses veränderte Erleben der Umgebung als einen wichtigen Hinweis auf psychische Erkrankungen und auf ihre zentralen psychodynamische Prozesse zu erkennen und sich nicht mit dem Patienten pauschal zu identifizieren. Aus den Verzerrungen der Wahrnehmung des Patienten folgert der Therapeut ebenso wie aus den beobachteten Verhaltensauffälligkeiten, welche Diagnose vorliegt und welche Ursachen

als wahrscheinlich anzunehmen sind. Auch im Verlauf einer Psychotherapie wird er, bei aller Empathie, immer wieder den Patienten auf seine gestörte Wahrnehmung aufmerksam machen.

*"Es ist Teil der klinischen Methodik, in Diagnostik und Therapie gleichzeitig zwei Positionen einzunehmen: die der Empathie als Basis der professionellen Beziehungsgestaltung und als Voraussetzung, Zugang zu dem zu erhebenden Material zu bekommen, und die der kritischen Distanz als Voraussetzung für eine diagnostische und differentialdiagnostische Einschätzung sowie für therapeutische Interventionen ... Die Einschätzung der Verzerrung der Realitätswahrnehmung des Untersuchten durch Abwehr- und Schutzmechanismen oder durch sekundären Krankheitsgewinn ist ein zentraler Bestandteil der Diagnostik und bestimmt in der Folge beispielsweise Therapieplanung und Prognoseeinschätzung wesentlich. ... Die Beziehungsgestaltung ist also keinesfalls mit einer unkritischen Übernahme der Explorationsinhalte gleichzusetzen"(Gierlich 2005a).*

Wenn der Senat anschließend ausführt, „ferner“ sei ein Interesse des Therapeuten an der Weiterbehandlung seines Patienten nicht auszuschließen, so unterstellt diese Bemerkung verallgemeinernd einem ganzen Berufsstand eine unethische Haltung.

Dass es, wie bei jedem Beruf, auch unter Psychotherapeuten Vertreter mit fachlichen und ethischen Mängeln gibt, wird nicht bestritten.

Der Senat entwertet anschließend Parteigutachten und Stellungnahmen und damit alle fachliche Äußerungen unterhalb der Schwelle des Gerichtsgutachtens. Der von der Klägerin hinzugezogene Sachverständige wird zunächst verdächtigt, er habe sich nicht als ihr behandelnder Arzt "zu erkennen gegeben", sei aber vom Ehemann der Klägerin als solcher angegeben worden. Die Ausführungen deuten, ohne dies nachzuprüfen, an, der betroffene Kollege habe möglicherweise seine Position zu der Untersuchten verschleiert.

Der Senat führt dann aus, bei einem Parteigutachten sei in einem subjektiven Momenten ausgesetzten Fragenbereich (was immer damit gemeint sein mag) die notwendige Distanz zum Auftraggeber nicht „gesichert“. Damit wird behauptet, gutachterliche Stel-

lungnahmen, die nicht vom Gericht selber in Auftrag gegeben wurde, seien als mögliche Gefälligkeitsgutachten inhaltlich ungeprüft vom Tisch zu wischen.

Wenn der Senat anschließend dem behandelnden Arzt und dem von der Klägerin hinzugezogenen Gutachter attestiert, ihnen fehle die für eine Begutachtung notwendige Distanz zum Patienten und sie träten diesem nicht mit der für einen gerichtlich bestellten Gutachter notwendigen kritischen Betrachtung gegenüber, und wenn er dies zu einem Kriterium der Entwertung ihrer Atteste macht, äußert er indirekt, dass er nur Äußerungen von ihm bestellter GutachterInnen akzeptiert.

Er konterkariert damit die Ansicht des BVerwG. Dieses wies in einem Beschluss vom 28.03.06 (BVerwG 1 B 91.05 (1 C 6.06)) darauf hin, dass eine gewisse Wahrscheinlichkeit eines vorgelegten Attestes ausreiche und dass die Anforderungen an einen substantiierten Beweisantrag nicht überspannt werden sollten. Genau dies geschieht hier.

Die fachliche Beurteilung der Stellungnahme des Parteigutachters enthält zentrale Mängel.

- Der Senat führt - ohne Begründung – aus, sie weise innere Unstimmigkeiten auf.
- Er führt weiter aus, es könne offen bleiben, ob die gleichzeitige Annahme, die Klägerin habe eine schlechte Erinnerung an traumatisierende Ereignisse, es lägen aber auch an traumatisierende Ereignisse erinnernde Flashbacks vor, in sich widersprüchlich sei. Mit dieser Bemerkung wird ohne Begründung angedeutet, das Auftreten normaler und traumatischer Erinnerungen nebeneinander sei möglicherweise „widersprüchlich“. Das ist fachlich falsch, beide Erinnerungsweisen können nebeneinander bestehen.
- Er führt weiter aus, die Stellungnahme äußere Bedenken gegen eine aussagepsychologische Begutachtung, laufe im Ergebnis aber selbst auf eine solche hinaus, indem sie auf möglicherweise tendenzbedingte Aussagen hinweise, aber Widersprüche und Ungereimtheiten in den Angaben der Klägerin nicht hinterfrage. Die Annahme, eine Stellungnahme mit Hinweisen auf tendenzbedingte Aussagen „laufe auf eine aussagepsychologische Begutachtung hinaus“, ist falsch. Aussagepsychologische Untersuchungen sind durch wissenschaftlich definierte Vorgehensweisen, die sich von klinischen Untersuchungen unterscheiden, definiert.

- Wenn der Senat der Stellungnahme vorhält, sie verhalte „sich nicht zu der Entwicklung der Erkrankung der Klägerin und einer Suizidalität nach psychotherapeutisch vorbereiteter Rückkehr in den Kosovo mit den tatsächlichen Gegebenheiten der dortigen aktuellen Gesundheitsversorgung“, so erstaunt dies insofern, als ein Gutachter zwar prognostische Ausführungen unter verschiedenen Umgebungsbedingungen machen, Äußerungen zur Gesundheitsversorgung im Herkunftsland aber vermeiden sollte, da diese als Überschreitung medizinischer Kompetenzen angesehen werden.
- Die Behauptung, die Klägerin könne „den damals traumatisierenden Situationen, der Umgebung und (den)die damalige Situation prägenden Menschen“ nicht erneut ausgesetzt sein, weil die Lage sich objektiv geändert habe, ist ein typisches Beispiel fehlender medizinischer Kenntnisse über die Bedeutung subjektiven Erlebens für den Verlauf einer psychischen Störung. Es ist ja gerade der Kern einer Traumastörung, dass Situationen, die Triggereize enthalten, nicht mehr „objektiv“ eingeschätzt werden können (Gierlichs 2005a). Die Stellungnahme der wichtigsten wissenschaftlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen deutschen Fachgesellschaften zu Abschiebepfolgen im Jahre 2004 beschreibt die entscheidende Bedeutung der subjektiven Zuschreibung und führt aus, dass die „Rückführung“ eines jahrelang missbrauchten oder geschlagenen Kindes in das elterliche Haus auch dann retraumatisierend wirkt, wenn dort jetzt „objektiv“ eine gewisse Ruhe herrschen würde.

Der Senat interpretiert Fachliteratur einseitig oder falsch.

- Zur Untermauerung der These, die psychische Entwicklung von Zwangs-Rückkehrern seien stark „spekulationsanfällig“, zitiert er einen Artikel von Neuner: Trauma und Rückkehr ([http://wNw.heimatgarten.de/ Infomaterial/ Veroeffentlichungen](http://wNw.heimatgarten.de/Infomaterial/Veroeffentlichungen), Gehen oder bleiben? S. 29). Er erwähnt den Hintergrund des Artikels nicht: Ein Symposium über Möglichkeiten einer vorbereiteten und freiwilligen Rückkehr. Im zitierten Referat geht es um mögliche gesundheitliche Folgen vorbereiteter Rückkehr für Traumatisierte. Der Autor führt zunächst aus, dass es noch keine aussagekräftigen Studien darüber gibt, wie sich die Rückkehr in das Herkunftsland bei traumatisierten Flüchtlingen auf ihre Symptomatik auswirke, er beschreibt, dass bereits eine Konfrontation mit dem Thema „Rückkehr“, etwa durch rechtliche Vorgänge im Asylverfahren, bei den meisten Patienten zu einer Verschlechterung ihres Zustandes füh-

re und dass die Bedingungen entscheidend seien, unter denen die Konfrontation erfolge. "Die entscheidende Variable dürfte sein, ob die Konfrontation in einem sicheren Umfeld erfolgt, in dem keine Bedrohungen und Anfeindungen zu erwarten sind". Es liegt auf der Hand, dass diese Variable bei freiwilliger Rückkehr anders aussieht als nach einer Abschiebung und dass die in einem anderen Kontext gemachten Ausführungen Neuners nicht einfach auf den vom Senat verhandelten Fall übertragen werden können, bei dem es um unfreiwillige Rückkehr geht. Das Zitat wird also aus dem Zusammenhang gerissen. Im übrigen führt Neuner nur aus, dass Retraumatisierungen „vor einem theoretischen Hintergrund“ nicht als zwingend zu betrachten seien, womit er recht hat. Dies als Hinweis umzudeuten, dass die Gefahr von Retraumatisierungen nicht berücksichtigt werden müsse, ist unwissenschaftlich. Neuners Ausführungen bedeuten nur, dass bis zum Vorliegen weiterer Ergebnisse noch keine zwingenden Erkenntnisse vorhanden sind. Da aber Analogstudien über die Folgen unzureichend geschützter Trauma-Reexposition in andern Bereichen und häufige Einzelfallbeobachtungen schwerer Reaktualisierungen nach freiwilliger Rückkehr vorhanden sind, kann zunächst hierauf zurückgegriffen werden (Gierlichs, Wenk-Ansohn 2005b). Bis zum Vorliegen sicherer Erkenntnisse hat die Wahrscheinlichkeit Priorität. Aus fachlicher Sicht ist es fragwürdig, noch bestehenden Forschungsbedarf ohne Begründung gegen das vorläufig wahrscheinlichere Ergebnis zu verwenden.

Der Senat behauptet, eine PTSD sei nach seinen „tatsächlichen Erkenntnissen“ im Kosovo grundsätzlich behandelbar und wiederholt die mehrfach vorgebrachten Argumente grundsätzlich vorhandener Therapiemöglichkeiten im Kosovo, ohne sich mit der Frage ihrer Quantität zu befassen.

- Er prüft nicht, ob die Angebote quantitativ ausreichen. Nach den Zahlen des Verbindungsbüros im Kosovo von Anfang 2006 sind etwa 70 psychiatrische Fachärzte für 2 Millionen Einwohner mit einer nach dem Bürgerkrieg deutlich erhöhten Quote von mindestens 20-30% schwerer psychischer Erkrankungen und Traumatisierungen (Gierlichs 2006) verfügbar. 70 Fachärzte können eine halbe Million Kranke nicht einmal basal versorgen, diagnostizieren, therapieren und den Verlauf und die Nebenwirkungen überwachen. Die Tatsache, dass „einige“ Zentren eine ambulante, medikamentöse und „gesprächsweise (?)“ Behandlung von PTBS und Depressionen

anbieten, sagt ohne Angabe von Zahlen nichts über die medizinische Versorgung eines Landes aus.

- Der Senat zitiert die Mitteilungen der UNMIK einseitig und falsch: *„Im Übrigen lehnt UNMIK künftig die Rückführung von - u.. a.. albanischen - Flüchtlingen aus dem Kosovo nicht mehr aus Gesundheitsgründen - einschließlich Personen mit PTBS oder Depressionen - ab, was für eine hinreichende Behandelbarkeit solcher psychischer Krankheiten im Kosovo spricht“.* Tatsächlich hat die UNMIK, nachdem sie aus verschiedenen Gründen auf die Prüfung von gesundheitlichen Rückführungshindernissen verzichten musste, ausdrücklich auf die fortbestehenden Versorgungsmängel hingewiesen: *„Im Einklang mit der Genfer Flüchtlingskonvention hat UNHCR davon abgesehen, humanitäre Kategorien umfassend zu erörtern und die in früheren Positionspapieren dargestellten Abschiebungshindernisse aus medizinischen Gründen nicht mehr erwähnt. Auch insoweit ist UNMIK bereit, der UNHCR-Position zu folgen. Dies sollte jedoch nicht dahingehend missverstanden werden, dass die Unzulänglichkeiten bei den Behandlungsmöglichkeiten für schwere Krankheiten im Kosovo überwunden wären. UNMIK bittet weiterhin um Informationen zu Personen, die zur Abschiebung vorgesehen sind und an ernsthaften Erkrankungen leiden. Wir fordern die Behörden der Aufnahmestaaten auch auf, sicherzustellen, dass eine Rückführung in das Kosovo die gesundheitliche Situation dieser Personen nicht verschlechtert. In dieser Hinsicht wäre es hilfreich, wenn die Aufnahmestaaten die betreffende Person mit einem ausreichenden Vorrat an Medikamenten versorgen würden und im Einzelfall Vorkehrungen treffen würden, dass die betreffende Person eine Behandlung im Kosovo tatsächlich fortsetzen kann“.*

Die Richter erörtern dann medizinisch-psychodynamische Fragen.

- Das Verfolgungs- und Beobachtungserleben der Klägerin wird als „Einbildung“ bezeichnet und ausgeführt, der(?) Betreffende, „hier eine Albanerin aus dem Kosovo“, befinde sich im heimatlichen Kulturkreis und im befriedeten Umfeld ohne den psychischen Druck einer zwangsweisen Rückführung ihrer Person und Familie und komme dort zur Ruhe. Dies stellt die gesamte Dynamik von Traumastörungen auf den Kopf. Eine vergewaltigte Frau, die geflohen ist, würde nach diesen Überlegungen erst nach

der Rückkehr in die „heimatliche“ Gegend der Vergewaltigung zur Ruhe kommen. Das oben zitierte geschlagene oder missbrauchte Kind, das sich sein Leid nur einbildet, würde nach einer gewaltsamen Rückführung in den trauten Schoß seiner Familie zur Ruhe kommen.

- Der Senat zitiert bruchstückhaft aus dem vorliegenden Gerichtsgutachten und legt die Gefahr von Entzugssymptomen nach Absetzen der Antidepressiva in die Verantwortung der Klägerin, hält PTBS-typische Symptome bei medikamentöser und gesprächsgestützter Behandlung für beherrschbar und ertragbar und führt aus, eine Chronifizierung könne bei der gebotenen und zumutbaren Mitwirkung der Klägerin vermieden werden, unzureichende medikamentöse Versorgung könne nur ihr Versäumen sein. Eine Re- oder Neutraumatisierung, die der Senat bis dahin geleugnet hatte, hält er nun „durch die Abschiebung“ für möglich, sie knüpft aber seiner Ansicht nach nicht mehr an Umstände des Zielstaats an. Der Senat übersieht, dass eine eventuelle Retraumatisierung einen Prozess darstellen würde, der vor der Abschiebung beginnen und sich im Herkunftsland fortsetzen würde. Er ließe sich kaum in Schubladen aufteilen. Die Suizidgefahr kann nach Ansicht des Senats auch nach dem Beschluss des BVerwG vom 24.5.2006 - 1 B 118.05 - (n. v.) bezüglich ihrer "beachtlichen Wahrscheinlichkeit" weiter vom Gericht beurteilt werden, da sie auch von einem Therapeuten oder Gutachter nicht "ausgeschlossen" werden könne. Ernsthafte Suizidgedanken entwickelt „der Ausländer“, wenn er hier nicht ernsthaft suizidal ist, „allenfalls“ in einer besonderen, ausweglosen Situation im Heimatland, dies lässt sich aber regelmäßig nicht „mit für eine richterliche Tatsachenfeststellung notwendiger Sicherheit“ voraussagen. Das Bemühen, durch Suizidforschung Prognosemöglichkeiten zu Suizidwahrscheinlichkeiten zu entwickeln, wird damit entwertet.
- Schließlich führt der Senat aus, die Zahl der Suizide im Kosovo sei im Vergleich zu anderen europäischen Staaten in Ost und West außerordentlich gering. Die Statistik sah zumindest bis 1997 anders aus.
- Die Universität Kassel ermittelte: *„Mit Beginn der Bürgerkriege 1990-1995 und als Folge der mit den Interventionen einhergehenden Misere begeht eine stetig wach-*

*sende Anzahl an Menschen Selbstmord (von 1990 waren es 1.250 Menschen, 1991 fast 1500 sowohl in Serbien wie im Kosovo, 1992 und 1993 zwischen etwa 1.650 und 1.620, 1997 fast 1.700.*

(<http://www.uni-kassel.de/fb5/frieden/regionen/jugoslawien/lage.html>).

Zusammenfassend zeigt der Beschluss des Senats aus fachlicher medizinischer Sicht eine Überschätzung der eigenen Kompetenzen, eine geringe Kenntnisse der eigenen Grenzen und wenig Achtung gegenüber fachfremden Experten und ihren Fähigkeiten. Der Senat erwirbt, wie er schon früher mehrfach betont hat, seine Fachkenntnisse „auf Fachtagungen“. Medizinische und psychologische Sachverständige absolvieren nach einem Studium von 5-6 Jahren eine mehrjährige Zusatzausbildung. Sie haben zusätzlich die Erfahrung einer langjährigen Praxis.

Dr. Gierlichs

Gierlichs et al. (2005a) Grenzen und Möglichkeiten klinischer Gutachten im Ausländerrecht, ZAR 2005a

ders.: Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei chronisch komplexen Traumastörungen, ZAR 2005b

ders.: Psychiatrische Versorgung im Kosovo ZAR 2006

PS: Ergänzung zu Suizidgefahr, die in den Artikel wahrscheinlich nicht mehr aufgenommen wurde:

- Ein Reisebericht der Landtagsfraktion der Grünen in Niedersachsen vom März dieses Jahres führt aus: *Nach Aussagen des Leiters der Abteilung für Psychiatrie der Uniklinik Pristina leiden mehr als 25% der Bevölkerung an psychischen Erkrankungen, die derzeit überwiegend medikamentös behandelt werden. Engpässe in der medikamentösen Versorgung sind die Regel. Psychologische Betreuung wie Gesprächstherapie findet nicht statt. Bestätigt wurde, dass die Behandlung von schweren posttraumatischen Belastungsstörungen im Kosovo nicht möglich ist. Für die Therapie von psychisch gestörten Kindern fehlt es an Fachpersonal. Die Selbstmordrate ist seit dem Krieg deutlich angestiegen.*

<http://www.fraktion.gruene->

[niedersachsen.de/cms/default/dokbin/135/135166.reisebericht\\_kosovo\\_region\\_der\\_unterschi.pdf](http://www.fraktion.gruene-niedersachsen.de/cms/default/dokbin/135/135166.reisebericht_kosovo_region_der_unterschi.pdf)

- Ein weiterer Bericht aus dem Jahre 2004 erwähnt eine enorm gestiegene Suizidrate.  
([http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download\\_682.pdf](http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download_682.pdf))