

Aus der Beratungspraxis

Posttraumatische Belastungsstörung

von RAin Kerstin Müller, Köln

PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) oder PTBS (posttraumatisches Belastungssyndrom) sind Abkürzungen, die inzwischen nicht nur Medizinern ein Begriff sind. Selbst die Innenminister des Bundes und der Länder haben sich erst kürzlich mit dieser psychischen Erkrankung befasst. So beschloss die letzte Innenministerkonferenz am 6.12.2002 in Bremen, dass die Begutachtung einer behaupteten Flugreiseuntauglichkeit möglichst kurzfristig einem Kreis besonders qualifizierter Ärzte übertragen werden solle, sofern diese Frage im Zusammenhang mit vorgetragener Suizidgefahr oder einem posttraumatischen Belastungssyndrom in Verbindung stehe. Außerdem wolle man der Bundesärztekammer deutlich machen, dass auf die Mitwirkung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen sowohl im staatlichen Interesse als auch im Interesse der Betroffenen nicht verzichtet werden könne und die Mitwirkung – verantwortungsvoll wahrgenommen – nicht im Widerspruch zu den Grundsätzen der ärztlichen Ethik stehe (4 S., M2851).

Der Deutsche Ärztetag hatte allerdings bereits 1996 festgestellt, dass bei psychischen Erkrankungen aufgrund erlittener Haft, Folter etc. eine Rückführung erst dann erfolgen sollte, wenn die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist, da eine Rückführung der Flüchtlinge zu einem Zeitpunkt noch bestehender Lebensunsicherheit ärztlich nicht vertretbar sei. Zudem sei Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer "Reisefähigkeitsbescheinigung" unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebungshindernisse wie z. B. in Behandlung stehende Traumatisierungen mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar (102. Deutscher Ärztetag 1999). 2000 schließlich verurteilte der Deutsche Ärztetag die Abschiebung kranker und behandlungsbedürftiger Opfer von Foltermaßnahmen. Er sprach sich für einen gesicherten Aufenthaltsstatus aus, solange aufgrund ärztlicher Begutachtung eine Behandlungsbedürftigkeit von Flüchtlingen aufgrund erlittener Verfolgung und Folter besteht. Die Begutachtung habe durch unabhängige und mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) nach DSM IV bzw. ICD 10 ausreichend vertraute Ärzte zu erfolgen. Der Deutsche Ärztetag 2002 griff das Thema erneut auf und beschloss, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen zu unterstützen, und beabsichtigt die Entwicklung eines entsprechenden Weiterbildungscurriculums mit Zertifizierung.

Aufgrund der Tatsache, dass sich eine zunehmende Zahl von Flüchtlingen auf PTSD beruft, ist inzwischen

viel zu dem Thema veröffentlicht und diskutiert worden, das an dieser Stelle nicht noch einmal aufgewärmt werden soll. Aus anwaltlicher Sicht und der Perspektive der Beratungsstellen ist vor allem entscheidend, wie mit dieser Diagnose PTSD rechtlich umgegangen werden soll.

I. Die Diagnose

Oftmals findet sich insbesondere in vom Flüchtling vorgelegten Bescheinigungen die Diagnose PTSD, ohne jedoch deutlich zu machen, was der Arzt dabei zugrunde legt. Es existieren zwei international anerkannte Diagnoseschemata zur Klassifikation psychischer Störungen, auf die sich der die ärztliche Bescheinigung erstellende Arzt auch ausdrücklich stützen sollte:

Die "International Classification of Diseases" (ICD), von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben, beschreibt zwei Krankheitsbilder, die posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0), und stellt verschiedene Diagnosekriterien auf, die beim Vorliegen des jeweiligen Krankheitsbildes erfüllt sein sollen (www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm). Die beiden Krankheitsbilder unterscheiden sich dadurch, dass die posttraumatische Belastungsstörung in der Regel nach einigen Wochen oder Monaten wieder abklingt, wobei ihr Verlauf jedoch unterschiedlich und wechselhaft ist. Bleiben die Symptome über mindestens zwei Jahre hinweg bestehen, wird die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung gestellt.

Das Diagnostische und Statistische Manual (DSM) psychischer Störungen wird von der American Psychiatric Association (inzwischen in 4. Auflage) herausgegeben und ist differenzierter als das ICD-10 (www.psychology-net.org.ptsd.html, leider nur in englischer Sprache).

Betrachtet man die Diagnosekriterien, wird deutlich, dass derjenige, der die ärztliche Stellungnahme verfasst, zum einen darlegen muss, auf welches Diagnosesystem er sich stützt. Zum anderen müssen sich die beim Patienten beobachteten und beschriebenen Symptome mit denen des angewandten Diagnosekataloges decken. Insofern ist bei Kontakten mit Ärzten anzuraten, diese um eine Stellungnahme zu bitten, die sich an den beiden vorgestellten Diagnoseschemata orientiert und dieses auch verdeutlicht.

II. Die Darlegung

Die Diagnose einer PTSD führt in der Rechtspraxis zu dem Problem, wie sie der zuständigen Behörde plausibel vermittelt werden kann. Es ist immer schwerer geworden, diese – sei es das Bundesamt oder die Ausländerbehörde – vom Vorliegen einer PTSD zu überzeugen. Entscheidend ist daher die Vorlage einer fundierten ärztlichen Bescheinigung über die Erkrankung. Dies stellt den Betroffenen vor mehrere Probleme:

Aus der Beratungspraxis

Tatsächlich muss unterschieden werden zwischen der ärztlichen Stellungnahme des behandelnden Arztes als "Parteivortrag" und dem – von einem insoweit "unabhängigen" Arzt erstellten – ärztlichen Gutachten. Dies wird häufig vom Bundesamt – aber teilweise auch von Verwaltungsgerichten – verkannt. So stellt zum Beispiel das Verwaltungsgericht München Mindestanforderungen an den Nachweis einer PTSD, die zumindest von einem betroffenen Flüchtling in aller Regel nicht erfüllt werden können, die aber bei dem vom Gericht oder dem Bundesamt veranlassten unabhängigen Gutachten durchaus Sinn machen: Das Verwaltungsgericht München kam zu dem Schluss, dass die Komplexität und Schwierigkeit des zu behandelnden psychosomatischen Krankheitsbildes "posttraumatische Belastungsstörung" zunächst einen längeren Zeitraum der Befassung des Arztes mit dem Patienten erfordere. Tragfähige Aussagen zur Traumatisierung seien regelmäßig erst nach mehreren Sitzungen über eine längere Zeit möglich. Im Anschluss daran sei ein detailliertes Gutachten vorzulegen, welches anhand der Kriterien des ICD-10 nachvollziehbare Aussagen über Ursachen und Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie diagnostische Feststellungen zum weiteren Verlauf der Behandlung enthalte. Wesentlicher Bestandteil der Begutachtung sei dabei die inhaltliche Analyse der vom Arzt selbst erhobenen Aussage in Bezug auf das Vorliegen und den Ausprägungsgrad von Glaubhaftigkeitsmerkmalen. Diese Aussageanalyse dürfe nicht schematisch erfolgen, etwa in dem Sinne, dass eine bestimmte Anzahl festgestellter Glaubhaftigkeitsmerkmale schon den Schluss auf eine glaubhafte Aussage zulasse. Vielmehr müsse die Ausprägung der Glaubhaftigkeitsmerkmale in einer Aussage in Bezug gesetzt werden zu den individuellen Fähigkeiten und Eigenarten eines Patienten. Im Rahmen einer so genannten Konstanzanalyse sei ein Vergleich von Aussagen vorzunehmen, die ein Patient zu verschiedenen Zeitpunkten über denselben Sachverhalt gemacht hat. Beim Vergleich müssten im Einzelnen Übereinstimmungen zwischen den Aussagen ebenso wie Widersprüche, Auslassungen und Ergänzungen festgestellt werden. Abweichungen zwischen den Aussagen müssten daraufhin geprüft werden, ob sie sich auf Grund gedächtnispsychologischer Erkenntnisse auch dann erwarten ließen, wenn die Aussage erlebnisfundiert sei. Die Klärung der Aussageentstehung und Aussageentwicklung sei ein weiterer wichtiger Bestandteil der Begutachtung (Urteil vom 5.12.2000 - M 30 K 00.51692 -).

In der Regel wird es den Betroffenen nur möglich sein, eine ärztliche Stellungnahme ihres Arztes vorzulegen. Dabei sollten aber bestimmte Mindeststandards nicht unterlaufen werden. So sollte die Stellungnahme durch einen Facharzt erfolgen und folgende Punkte enthalten:

- Dauer der bisherigen Behandlung mit Häufigkeit der Sitzungen,
- Kommunikation (Dolmetscher – wer?),
- Darstellungen der Angaben des Patienten,

- Diagnose unter Verwendung der Diagnoseschemata,
- Ursache der PTSD,
- Auswirkungen der PTSD,
- Aussagen zum weiteren Verlauf der Behandlung (Prognose),
- Folgen eines Behandlungsabbruches,
- Vorliegen einer Retraumatisierungsgefahr im Falle der Rückkehr.

Nicht enthalten sollte das Gutachten Ausführungen zur politischen Lage oder der Gesundheitsversorgung im Herkunftsland, soweit nicht dargelegt werden kann, weshalb hier eine besondere Sachkunde besteht.

Ist die ärztliche Stellungnahme ausreichend substantiiert, sind die Behörden aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes – soweit ihnen die vorliegenden Dokumente nicht ausreichen – verpflichtet, selbst ein Gutachten in Auftrag zu geben. Leider kommt insbesondere das Bundesamt dieser Pflicht selbst bei Vorlage aussagekräftiger Bescheinigungen in nur unzureichendem Umfang nach. Insofern sollte bei einer anwaltlichen Vertretung auch ein entsprechender Beweisantrag auf Einholung eines unabhängigen Sachverständigengutachtens gestellt werden. In diesem Zusammenhang sollte nicht unerwähnt bleiben, dass dem Bundesamt Haushaltsmittel zur Einholung dieser Gutachten zur Verfügung stehen.

Bei der Bitte um Atteste muss weiterhin der Ausgangspunkt geklärt werden: Soll das Ziel sein zu erklären, weshalb bei dem Betroffenen Erinnerungslücken und Verzerrungen im Vortrag vorliegen, sein Vortrag aber dennoch glaubhaft ist (Frage der Glaubwürdigkeit) oder soll schwerpunktmäßig die Frage der Erkrankung als solche unter dem Blickwinkel eines möglichen Abschiebungshindernisses beantwortet werden?

Neben den den Inhalt der Stellungnahmen betreffenden Problemen ist eine weitere Hürde zu nehmen: Die Betroffenen sehen sich mit hohen Honorarforderungen der Ärzte konfrontiert, die sie aufgrund des Bezuges von Leistungen nach dem AsylbLG nicht aufbringen können. Diese Frage ist daher vorab mit den begutachtenden Ärzten zu klären.

II. Das Verfahren

1. Asylverfahren und Glaubwürdigkeit

Im Rahmen des Asylverfahrens hat das Bundesamt zunächst zu klären, ob der Asylsuchende in seinem Herkunftsland bereits politischer Verfolgung ausgesetzt war. Er muss also einschneidenden staatlichen Maßnahmen unterlegen haben, die an asylerbliche Merkmale (politische Überzeugung, Religion, Geschlecht – umstritten –, Ethnie usw.) anknüpfen. So reicht z. B. nicht allein die Tatsache erlittener Folter aus, um als politischer Flüchtling anerkannt zu werden, sondern es muss ein Zusammenhang mit einem asylerblichen Merkmal bestehen.

Dem Flüchtling ist es in der Regel nicht möglich, seine politische Verfolgung zu beweisen, da er in den seltensten Fällen über entsprechende Beweismittel – z. B. Zeugen oder Dokumente – verfügt. Es ist daher ausreichend, aber auch erforderlich, dass er die politische Verfolgung in seinem Herkunftsland glaubhaft macht. In der Regel entscheidendes Mittel hierzu ist seine Anhörung. Gerade diese stellt für psychisch Kranke jedoch eine große Hürde dar, da die Rechtsprechung verlangt, dass die Aussage vollständig, detailliert und frei von Widersprüchen sein soll. Insofern besteht die Gefahr, dass die Folgen einer PTSD zu einer vermeintlich fehlenden Glaubwürdigkeit des Asylsuchenden führt. Problematisch ist dabei, dass die Verwaltungsgerichte davon ausgehen, dass die Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Asylsuchenden und der Glaubhaftigkeit seiner Aussagen "selbst in schwierigen Fällen" ureigenste Aufgabe des Gerichtes sei, das dabei im Allgemeinen nicht auf sachverständige Hilfe angewiesen sei (OVG NRW, Beschluss vom 9.5.2000 - 8 A 4373/96.A -, 10 S., R7397). Allerdings muss das Verwaltungsgericht mit besonderer Sorgfalt prüfen, ob es die zur Beurteilung eines Sachverhaltes erforderliche Sachkunde selbst besitzt oder sachverständiger Hilfe bedarf, wenn Anzeichen dafür erkennbar oder substantiiert vorgetragen werden, dass ein Asylbewerber aufgrund erlittener Misshandlungen traumatisiert sein könnte mit der möglichen Folge, über das Erlebte nur noch selektiv oder widersprüchlich berichten zu können (OVG NRW, Beschluss vom 30.3.2001 - 8 A 5585/99.A -, 4 S., M0953). Auf den Artikel von Wolff "Glaubwürdigkeitsbeurteilungen von traumatisierten Flüchtlingen" sei an dieser Stelle ausdrücklich hingewiesen (ASYLMAGAZIN 7-8/2002, S. 11 ff.; vgl. auch Birck, Zur Erfüllbarkeit der Anforderungen der Asylananhörung für traumatisierte Flüchtlinge aus psychologischer Sicht, ZAR 2002, 28 ff.).

Fall: Herr Ahmadi, algerischer Staatsangehöriger, trägt im Rahmen der Anhörung vor, er sei als Unschuldiger von militärischen Vergeltungsmaßnahmen betroffen gewesen, die sich gegen islamische Fundamentalisten gerichtet hätten. Man habe ihn im Rahmen einer Durchsuchungsaktion festgenommen und während der Haft gefoltert. Er sei verurteilt worden, nach seiner Haftentlassung sei es erneut während einer militärischen Aktion gegen Islamisten zu seiner Festnahme gekommen, er habe jedoch fliehen können. Das Bundesamt und das Verwaltungsgericht hielten Herrn Ahmadi für unglaubwürdig, obwohl dieser im Rahmen des Klageverfahrens diverse Atteste über seine PTSD und ein Gesprächsvermerk seiner Therapeutin über eine Sitzung vorlegte, in der er die erlittene Misshandlung beschrieben hatte. Das Verwaltungsgericht äußerte die Ansicht, es sei nicht erkennbar, inwieweit das ärztliche Gutachten die Kausalität zwischen der Traumatisierung Herrn Ahmadi und den algerischen Sicherheitskräften herstellen könne.

Inbesondere das Verwaltungsgericht hat in diesem Verfahren den Anspruch Herrn Ahmadi auf rechtliches Gehör verletzt, so dass ein Antrag auf Zulassung der Berufung anzuraten wäre. Das Verwaltungsgericht hätte sich entweder mit der Frage der Glaubwürdigkeitsbeurteilung von Folteropfern auseinandersetzen oder aber das gesamte Vorbringen einschließlich des Gesprächsprotokolls be-

rücksichtigen müssen (vgl. Bundesverfassungsgericht NVwZ-Beilage 1998, 10).

Fall: Frau Hamidi ist während der Haft gefoltert und vergewaltigt worden. Sie leidet noch heute an den Folgen und befindet sich aufgrund der Diagnose PTSD in Therapie. Beim Bundesamt hat sie das Erlebte nur angedeutet ("Ich bin als Frau schlecht behandelt worden"), ihr Vortrag wurde als unglaubhaft beurteilt. In Kürze soll die mündliche Verhandlung beim Verwaltungsgericht stattfinden. Sie erfährt, dass der Einzelrichter ein Mann ist und sieht sich außerstande, vor diesem von den Misshandlungen und Vergewaltigungen zu berichten.

Während beim Bundesamt grundsätzlich die Möglichkeit besteht, um eine weibliche Anhörerin und Dolmetscherin zu bitten, ist die willkürliche Übertragung eines gerichtlichen Verfahrens auf eine Richterin statt eines Richters nicht möglich. Es sollte allerdings darauf gedrängt werden, zumindest eine weibliche Dolmetscherin zur Verfügung zu stellen. Zudem sollte eine ärztliche Stellungnahme darüber erfolgen, dass Frau Hamidi aufgrund des Erlebten nicht in der Lage ist, vor einem Mann darüber zu berichten. In der Stellungnahme sollte ausführlich dargestellt werden, was Frau Hamidi widerfahren ist und warum sie aufgrund dieser Erfahrungen gerade vor einem Mann nicht darüber reden kann – auch wenn der Grund auf den ersten Blick offensichtlich ist. Bei anwaltlicher Vertretung ist zudem ein Beweisantrag auf Vernehmung der behandelnden Therapeutin bzw. Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens ratsam. In Ausnahmefällen kann eine gerichtliche Befragung des Betroffenen selbst mit Rücksicht auf eine Retraumatisierungsgefahr unterbleiben (vgl. z. B. VG Gelsenkirchen, Urteil vom 20.11.2001 - 14a K 3424/98.A -, 28 S., M1425).

2. Abschiebungshindernisse

Derzeit ist zu beobachten, dass das Bundesamt – sofern es nicht bereits die Qualität der ärztlichen Stellungnahmen in Frage stellt – beim substantiierten Nachweis einer PTSD dazu tendiert, eine politische Verfolgung zu verneinen, da es vermeintlich an der Glaubwürdigkeit fehlt oder aber ein politischer Hintergrund fehle.

Fall: Frau Korkmaz gibt im Rahmen der Anhörung an, sie sei in der Türkei wiederholt festgenommen und beschuldigt worden, die PKK zu unterstützen. Man habe sie beleidigt, sie unsittlich berührt, sie habe sich ausziehen müssen und sei geschlagen worden. Diese Vorfälle hätten seit der Verhaftung eines Verwandten, den man der Unterstützung der PKK beschuldigt habe, zugenommen. Sie legt eine ärztliche Stellungnahme ihres Psychologen vor, der substantiiert ausführt, dass Frau Korkmaz an PTSD leide. Die geschilderten Symptome stünden eindeutig im Zusammenhang mit den Erlebnissen in der Türkei. Das Bundesamt kam zu dem Schluss, dass Frau Korkmaz eine politische Verfolgung nicht habe glaubhaft machen können, jedoch aufgrund der fehlenden Finanzierbarkeit der Behandlung ihrer Erkrankung in der Türkei ein Abschiebungshindernis gemäß § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG vorliege (Az 2699189-163).

Aus der Beratungspraxis

Insofern scheint sich einmal mehr das Asylverfahren in den Bereich der Abschiebungshindernisse gemäß § 53 AuslG zu verlagern. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen ist dabei insbesondere § 53 Abs. 6 AuslG relevant, der allerdings eine nur schwer handhabbare Regelung darstellt. Zunächst ist klarzustellen, dass § 53 Abs. 6 AuslG auch die seelische Gesundheit erfasst. Wann aber besteht für diese eine erhebliche und konkrete Gefahr im Sinne des § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG? Das Bundesverwaltungsgericht vertritt die Auffassung, mit der Abschiebung müsse eine wesentliche oder gar lebensbedrohliche Verschlechterung des derzeitigen Gesundheitszustandes verbunden sein (BVerwG vom 25.11.1997 - 9 C 58.96 -, InfAuslR 1998, 189). § 53 Abs. 6 AuslG findet daher bei Personen Anwendung, denen ein Leiden mit Krankheitswert fachärztlich attestiert wurde. Eine allgemeine Niedergedrückt-heit oder Depression reicht nicht aus (OVG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 20.9.1999 - 9 Q 286/99 -).

Wann muss sich die Gefahr realisieren? Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes alsbald nach der Rückkehr, also in einem gewissen zeitlichem Zusammenhang. Welche Zeiträume insoweit ausreichend sind, wird von den Gerichten und vom Bundesamt unterschiedlich gehandhabt. Aus den Attesten muss allerdings eine konkrete Einschätzung hervorgehen; die bloße Feststellung, der Tod werde im Falle einer Abschiebung alsbald, jedenfalls früher als bei optimaler ärztlicher Behandlung eintreten, reicht nicht.

Wie wahrscheinlich muss die Gefahr eintreten? Nach ganz überwiegender Auffassung muss die Realisierung beachtlich wahrscheinlich sein, d. h., eine bloße Möglichkeit reicht nicht aus, es muss mehr dafür als dagegen sprechen. Dieser Wahrscheinlichkeitsmaßstab soll – anders als im Rahmen des Art. 16 a GG und § 51 Abs. 1 AuslG – unabhängig davon gelten, ob die Traumatisierung im Herkunftsland erfolgt ist oder nicht.

Die Gefahr muss zudem landesweit drohen (BVerwG NVwZ 1999, 668).

Fall: Frau Alassane aus Togo leidet nach einem Überfall von Rechtsradikalen auf ihr Asylbewerberheim an PTSD und wird therapiert. Sie stammt aus einem Dorf im Norden Togos, Verwandte von ihr leben allerdings in der Hauptstadt Lomé. Das Auswärtige Amt teilt der zuständigen Ausländerbehörde mit, psychische Erkrankungen seien in Lomé behandelbar. Diese ist daraufhin der Ansicht, Frau Alassane könne in Lomé leben.

Gibt es keine Behandlungsmöglichkeit der Erkrankung im Herkunftsort, soll es für den Betroffenen zumutbar sein, in der Hauptstadt zu leben oder dort die Behandlung durchführen zu lassen, soweit diese für ihn sicher erreichbar ist und er nicht aus anderen Gründen hierdurch existentiell gefährdet wäre.

Je nach Herkunft des Migranten kann darüber hinaus umstritten sein, ob der Traumatisierte einer Bevölkerungsgruppe im Sinne des § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG angehört – insbesondere bei (bürger-)kriegsbedingten Traumatisie-

rungen, die eine Vielzahl von Personen betrifft (vgl. hierzu OVG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 6.12.1999 - 9 Q 299/98 -, das die Bevölkerungsgruppe der alten, traumatisierten Bosnier bildet; hiergegen aber zu Recht OVG NRW, Beschluss vom 19.11.1999 - 19 B 1599/98 -: wer infolge individueller Kriegserlebnisse traumatisiert ist, ist nicht Teil einer Bevölkerungsgruppe).

Ebenfalls diskutiert wird die Anwendbarkeit von § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG im Zusammenhang mit der finanziellen Leistungsunfähigkeit des Betroffenen. Teilweise wird hier die Auffassung vertreten, dass bei theoretischer Behandlungsmöglichkeit, aber finanziellem Unvermögen der Bezahlung der Behandlung § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG Anwendung findet, wenn vielen Menschen im Herkunftsland aufgrund der allgemeinen Armut oder der fehlenden staatlichen Gesundheitsfürsorge der Zugang zur Behandlung versperrt ist.

Die Anwendung von § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG hat für die Betroffenen gravierende Konsequenzen. So muss in diesem Fall die Gefahr einer gesundheitlichen Verschlechterung im Falle der Rückkehr nicht nur erheblich sein, vielmehr muss der Betroffene "gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert" werden (BVerwG NVwZ 1996, 478). Bei der Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung sollte daher darauf geachtet werden, dass sich der Arzt zur Frage der Suizidalität äußert.

Übersehen wird vom Bundesamt, das sich häufig auf die Frage der Behandelbarkeit und Finanzierbarkeit der Behandlung konzentriert, dass ein Abschiebungshindernis gemäß § 53 Abs. 6 AuslG auch im Falle einer drohenden Retraumatisierung zu bejahen ist. In diesem Fall ist es unerheblich, ob eine Behandlungsmöglichkeit besteht oder nicht, da allein die Konfrontation mit dem Ort des Traumas die wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes herbeiführt (VG Sigmaringen, Urteil vom 11.5.1999 - 7 K 2297/98 -; VG Wiesbaden, Urteil vom 5.1.2000 - 9 E 30344/94.A -; VG München, Urteil vom 23.6.1999 - M 26 K 97.51801 -; BayVGH, Urteil vom 10.9.1999 - 23 B 98.30524 -). Die ärztliche Bescheinigung sollte sich daher auch zu den Umständen, unter denen eine Retraumatisierung eintreten kann, verhalten.

Nach der Rechtsprechung umfasst § 53 Abs. 6 AuslG nur sogenannte zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse. Das bedeutet: Die befürchteten negativen Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand dürfen nicht bereits durch den Abschiebungsvorgang als solchen verursacht werden (inlandsbezogen), sondern müssen in den spezifischen Verhältnissen des Zielstaates begründet sein und deshalb dort erst auftreten. Dies hat erhebliche Auswirkungen: So werden durch diese Anforderungen der bundesverwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung unterschiedliche Zuständigkeiten begründet. Für inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse ist allein die Ausländerbehörde zuständig, während – sofern ein Asylverfahren anhängig ist – für zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse allein das Bundesamt zuständig ist. Dies soll so weit

gehen, dass nach Abschluss des Verfahrens aufgetretene zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse nicht bei der Ausländerbehörde, sondern – im Wege eines Wiederaufgreifens des Verfahrens – beim Bundesamt geltend zu machen sind. Nur wenn kein Asylverfahren anhängig war, bleibt die Ausländerbehörde zuständig.

Aufgrund dieser Rechtsprechung hat sich inzwischen eine kaum durchschaubare Kasuistik entwickelt. Nicht im Rahmen des § 53 Abs. 6 AuslG, sondern nur als inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis gemäß § 55 AuslG sollen folgende Fallkonstellationen berücksichtigt werden, so dass zur Prüfung allein die Ausländerbehörde befugt ist:

- das Herausgerissenwerden eines Traumatisierten aus dem für seine Heilung wichtigen stabilen sozialen und persönlichen Umfeld in Deutschland, also ein abschiebungsbedingter Beziehungsabbruch,
- abschiebungsbedingte Suizidgefährdung; hier wird sich häufig die Frage stellen, inwieweit der Suizid im Rahmen des Transportes vermieden werden kann.

Im Rahmen des § 53 Abs. 6 AuslG bleiben damit als zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse vor allem zwei Fälle relevant:

- Retraumatisierung aufgrund der Konfrontation mit den Orten/Verursachern des Traumas,
- erhebliche Verschlechterung der Erkrankung infolge einer im Zielstaat fehlenden Behandlungsmöglichkeit; Voraussetzung soll hierbei allerdings eine im Bundesgebiet bereits eingeleitete oder bevorstehende Therapie sein.

3. Asylfolgeverfahren

Fall: Frau Niemba aus der Demokratischen Republik Kongo berichtete im Rahmen der Anhörung, sie sei aufgrund ihrer politischen Aktivitäten wiederholt mitgenommen und sexuell belästigt worden. Die Anfechtungsklage des Bundesbeauftragten gegen den positiven Bescheid hatte Erfolg. Später stellte das Bundesamt fest, dass auch keine Abschiebungshindernisse gemäß § 53 AuslG vorlägen. Gegen diesen Bescheid erhob Frau Niemba Klage und legte ein fachärztliches Attest vor, in dem ausführlich über die erlittene sexuelle Erniedrigung von Frau Niemba während der Festnahmen berichtet und eine PTSD diagnostiziert wird. Daraufhin stellt das Bundesamt nunmehr Abschiebungshindernisse gemäß § 53 Abs. 6 AuslG fest. Unter Hinweis auf das fachärztliche Attest stellt Frau Niemba nunmehr einen Folgeantrag.

Das ärztliche Attest ist als neues Beweismittel im Sinne des § 51 Abs. 1 Nr. 2 VwVfG anzusehen und sollte daher

im Rahmen der Drei-Monats-Frist des § 51 Abs. 3 VwVfG vorgelegt werden. Es muss in diesem Fall aber ausführlich darstellen, weshalb Frau Niemba nicht in der Lage war, über ihre Erlebnisse bereits während des Erstverfahrens detailliert zu berichten (vgl. VG Aachen, Urteil vom 25.10.2002 - 8 K 1212/02.A -, 13 S., M2813; aber auch VGH Baden-Württemberg, AuAS 2000, 204: Traumatisierungsgutachten wenig tauglich, das Angaben ungeprüft als wahr übernimmt und keine Auseinandersetzung mit Glaubwürdigkeitszweifeln aus Erstverfahren enthält).

4. Widerruf

Fall: Herr Hamzaj, albanischer, gewerkschaftlich organisierter Polizist aus dem Kosovo, wird 1994 als Asylberechtigter anerkannt, da er während einer Inhaftierung schweren Misshandlungen ausgesetzt war. Aufgrund der politischen Umwälzungen in seiner Heimat benachrichtigt ihn das Bundesamt, dass der Widerruf seiner Asylanererkennung drohe. Er berichtet, dass er aufgrund der Erlebnisse im Kosovo in psychologischer Behandlung sei und an einer PTSD leide.

§ 73 Abs. 1 S. 3 AsylVfG sieht vor, dass die Asylanererkennung auch bei Wegfall der objektiven Verfolgungsgefahr nicht widerrufen werden kann, wenn sich der Asylberechtigte auf "zwingende, auf früheren Verfolgungen beruhende Gründe" berufen kann, die einer Rückkehr in den Verfolgerstaat entgegenstehen. Entscheidend ist insoweit die subjektive Unzumutbarkeit. Das Vorliegen der PTSD wird daher einen Widerruf der Asylanererkennung verhindern.

5. Aufenthaltsverfestigung

Stellt das Bundesamt Abschiebungshindernisse gemäß § 53 Abs. 6 AuslG aufgrund der PTSD fest oder ist die Ausländerbehörde der Ansicht, dass aufgrund dessen Abschiebungshindernisse zur Erteilung einer Duldung führen, stellt sich oft die Frage, inwieweit ein besserer, langfristiger Aufenthalt für die Betroffenen erreicht werden kann. Hier kommt vor allem die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis in Betracht. Da diese von der Sicherung des Lebensunterhaltes abhängig ist, sollte bei dem behandelnden Arzt nachgefragt werden, ob der Betroffene aufgrund seiner Erkrankung erwerbsunfähig ist. In diesem Fall lassen auch die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Ausländergesetz eine Ausnahme von der Lebensunterhaltssicherung zu.