ISSN 1433-4488 H 43527

FLÜCHTLINGSRAT

Ausgabe 3/00
Heft 68
Mai 2000

Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen

Geteilte Medizin

Ärzte als Abschiebehelfer?

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

Plakat-Kampagne: Gesundheit für alle!

Editorial

Dieses Heft basiert auf der Veranstaltung

„Ist Gesundheit teilbar?
Zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen“,

die am 22. Januar 2000 in Hannover stattfand. Ergänzt werden die Beiträge der Veranstaltung um weitere Materialien und Artikel zum Thema, die der niedersächsische Flüchtlingsrat zusammengestellt hat.

Die Veranstaltung im Januar 2000 ist aus der Kooperation der Ärztekammer mit dem Flüchtlingsrat in Niedersachsen hervorgegangen. Beide Organisationen sind sehr besorgt über die zahlreichen gesundheitlichen Probleme von Flüchtlingen. Durch unsere Zusammenarbeit wollen wir die Schwierigkeiten der medizinischen Versorgung und des Gesundheitszustandes von Flüchtlingen so gut wie möglich lösen. Gleichzeitig muß eine breite Öffentlichkeit für das Thema geschaffen werden.

Problematisch ist erstens die Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der medizinischen Regelversorgung sowie zweitens die Abschiebung von Flüchtlingen mit Gesundheitsproblemen.

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) eingeschränkt. Behandelt werden sollen nur akute und schmerzhafte Erkrankungen (§4) oder Krankheiten, deren Behandlung zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist (§6). Diese gesetzlichen Grundlagen und ihre Umsetzung erläutert Georg Classen in seinem Beitrag „Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ (S. 6). Bei der Anwendung dieser Paragrafen ergibt sich ein Ermessensspielraum, der jedoch oft durch die Sacharbeiter in den Sozialämtern anstatt durch medizinisch fachkundiges Personal definiert wird. Auf einer Anhörung, die das „Bündnis gegen Fremdenfeindlichkeit und für Interkulturelle Verständigung Niedersachsen“ am 14.12.1999 in Hannover zum AsylbLG durchgeführt hat, sind zahlreiche Fälle gesundheitsgefährdender Einschränkungen der medizinischen Versorgung dokumentiert worden (s. Seiten 7, 8 und 13).

Auch die ambulante Behandlung ist oft kompliziert, da die Flüchtlinge zunächst zum Sozialamt gehen müssen, um einen Krankenschein zu bekommen. Einige Sozialämter fordern vor der Ausstellung des Krankenscheins wiederum eine ärztliche Bescheinigung darüber, dass tatsächlich eine Krankheit vorliegt. Diese Praxis führt nicht nur zur Belastung der Erkrankten, sondern stellt auch eine Belastung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte dar. In der Arztpraxis entstehen so nicht selten Verstimmungen und Missverständnisse, die auch den Flüchtlingen selbst angelastet werden.

Bei Flüchtlingen mit ungeklärtem oder ohne regulären Aufenthaltsstatus ist eine medizinische Behandlung oft gar nicht möglich. Die Kostenübernahme ist meist nicht gewährleistet. In Notfällen müsste das Sozialamt die Kosten übernehmen, die Flüchtlinge meiden jedoch aus Angst vor Abschiebung den Kontakt mit den Behörden.

Vor diesem problematischen Hintergrund sind wir sehr froh über den 1997 gefassten Beschluss der Ärztekammer Niedersachsen, die ihre Mitglieder auffordert, Flüchtlinge notfalls auch anonym und kostenfrei zu behandeln (siehe Seite 5). In vielen Einzelfällen konnte bereits geholfen werden, nachzulesen auf Seite 23.

In den Städten Göttingen, Hannover und Oldenburg arbeiten unabhängige Büros, die den Kontakt zwischen Ärztinnen und Ärzten und den Erkrankten vermitteln (Adressen Seite 15).

Um diese Probleme öffentlich zu machen und um für weitere Unterstützung zu werben, hat sich der Flüchtlingsrat zusammen mit der Ärztekammer zu einer

Kampagne „Menschenwürde ist unteilbar
Gesundheit für alle“

entschlossen. Ein Plakat stellt die Kampagne der Öffentlichkeit vor und informiert durch einen kurzen Text über die Situation. Eine adäquate Gesundheitsversorgung ist jedoch nur möglich, wenn die gesetzliche Ausgrenzung von Flüchtlingen beendet wird.

Ein zweites Problem sind Abschiebungen bei erkrankten Flüchtlingen. In vielen Fällen sind Flüchtlinge unter Missachtung von fachärztlichen Gutachten abgeschoben worden. Im Sommer letzten Jahres hat die Innenbehörde in Hamburg fachärztliche Gutachten zum Gesundheitszustand von Flüchtlingen wiederholt angezweifelt. Der Kollege Klaus Weber, niedergelassener Neurologe und Psychiater und Migrantenbeauftragter der Ärztekammer Hamburg, berichtet darüber in dem Beitrag „Ärzte als Abschiebehelfer“ ab Seite 27.

Ein dramatischer Todesfall zeugt davon, dass diese Probleme auch in Niedersachsen vorliegen. Der bulgarische Flüchtling Dr. Nikolov wurde im Dezember 1999 in Brauschweig von SEK-Beamten erschossen. Dr. Nikolov war durch einen Polizeieinsatz sowie durch die nachfolgende Psychiatrisierung in Bulgarien 1992 - mehrfach fachärztlich attestiert - traumatisiert. Trotz fachärztlicher Warnung vor einer Retraumatisierung veranlasste der Leiter der Ausländerbehörde den tödlichen Abschiebungsversuch (siehe Seite 53).

Die Situation von erkrankten Flüchtlingen ist in vielerlei Hinsicht alarmierend. Medizinische Tatbestände und die Behandlungsbedürftigkeit der Betroffenen werden zugunsten der staatlich beabsichtigten Ausgrenzung ignoriert. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit wird dabei missachtet.
Nur durch eine breite Kooperation aller Beteiligten lässt sich das verändern.

Dr. med Cornelia Goesmann,
stellv. Vorsitzende der niedersächsischen Ärztekammer
Dr. med. Jessica Groß,
niedersächsischer Flüchtlingsrat

IMPRESSUM

Titel:
FLÜCHTLINGSRAT
Zeitschrift für
Flüchtlingspolitik in
Niedersachsen

Ausgabe:
3/00 – Heft 68
Mai 2000

Herausgeber, Verleger
Redaktionsanschrift:
Förderverein
Niedersächsischer
Flüchtlingsrat e.V.
Lessingstr.1
31135 Hildesheim
Tel: 05121-15605
Fax: 05121-31609
buero@fluerat-nds.comlink.apc.org

Verantwortlich und ViSdP:
Maria Wöste
c/o Geschäftsstelle

Redaktion dieser Ausgabe:
Dietmar Lousée, Justus Reuleaux
Marina Musema, Kai Weber,
Maria Wöste

Layout
Marina Musema, Justus Reuleaux

Druck:
Druckerei Lühmann
Bockenem
1-3 Tausend, Mai 2000

Erscheinungsweise:
8 Hefte im Jahr
auch als Doppelnummer

Bezugspreis:
Jahres-Abonnement incl.
Versandkosten 120 DM
(im Mitgliedsbeitrag
enthalten)

ISSN 1433-4488
© Förderverein
Nds. Flüchtlingsrat e.V.
Alle Rechte vorbehalten

Manuskripte:
Wir freuen uns über Manuskripte und Zuschriften. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Materialien wird jedoch keine Haftung übernommen.
Im Falle des Abdrucks
kann die Redaktion kürzen. Manuskripte
sollten als Datei (Diskette oder email)
geliefert werden.
Wir arbeiten mit MSWORD bis 7.0.
Namentlich gezeichnete Beiträge geben
nicht in jedem Fall die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder.

Mit finanzieller Unterstützung der
Ausländerbeauftragten des
Landes Niedersachsen

Beispiele, soweit nicht anders
angegeben, von der Redaktion

I N H A L T

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN

Ist Gesundheit teilbar? (C. Goesmann) 5
Krankenhilfe nach dem AsylbLG (G. Classen) 6
Ärztl. Handeln unter den Bedingungen des AsylbLG (E. Vorbrodt) . .9
Zur gesundhtl. Versorgung minderjähriger Flüchtlinge (J. Groß) . .12
Gesundheitliche Versorgung von Ausländern
ohne Aufenthaltsrecht (E. Vorbrodt) 18
Gesundheitsversorgung in Herkunftsländern (G. Penteker) 24
Folterbeweise (G. Penteker) 25
Türkische Ärzte unter Anklage (IPPNW) 26

ABSCHIEBEHILFE DURCH ÄRZTE (?)

Ärzte als Abschiebehelfer ? (K. E. Weber) 27
ÄrztInnen - in höherer Mission (C. Metz) 32
Berufsbild: Abschiebearzt (M. Wöste) 33
Zum fünften Todestag von Kola Bankole (C. Metz) 35
Vermeidbare Todesfälle, z.B. Aamir Ageeb (IPPNW) 40
Begutachtung der Reisefähigkeit (E. Vorbrodt) 43
Polizeiärztlicher Dienst: Abschiebungs-Fachärzte (H. Gesterkamp) .45
Krankhafte Angst vor Verfolgung (A. Kothen u. K. Weber) 47
Selbstmord durch Todesschüsse verhindert? (R. Gössner) 53
Gewalt und Legitimität (W. Wirtgen) 55

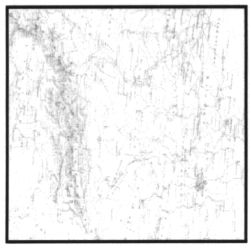
DOKUMENTE

Deutscher Ärztetag zu Abschiebehilfe 59
Grundsätze ärztlicher Ethik (UN) 60
Med. Versorgung von Flüchtlingen (Weltärztebund) 61
Deutsche Ärztetage zu Flüchtlingen 62
Schutz traumatisierter Flüchtlinge (BAFF/BDP) 64
Gesundheitsversorgung illegalisierter Flüchtlg. (Nds. Ärztekammer) 66
Impfempfehlungen (STIKO) 66
Berufsordnung für die deutschen Ärzte 67

Anhang

Material/Termine 68
Adressen 73
Denkzettel für ÄrztInnen 76

PLAKATKAMPAGNE: GESUNDHEIT FÜR ALLE! 77

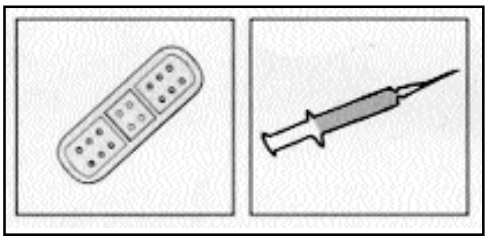


initiative zur
medizinischen
versorgung
von flüchtlingen
unabhängig vom
aufenthaltsstatus

krank werden alle – papiere hat nicht jeder

Kampagne für die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen



Einführungsbeitrag auf der Veranstaltung „Ist Gesundheit teilbar?“ von Ärztekammer und Flüchtlingsrat Niedersachsen

Ist Gesundheit teilbar ?

Position der Niedersächsischen Ärztekammer

Cornelia Goesmann, Stellvertretende Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen

Der Flüchtlingsrat Niedersachsen hat uns gefragt, inwieweit die Ärztekammer an ihrem Engagement teilnehmen könnte. Wir sind auch schon oft gefragt worden, warum die Ärztekammer Niedersachsen keinen Menschenrechtsbeauftragten benannt hat und die Antwort lautet dann immer - und die find ich eigentlich sehr klug und sehr gut - dass sich in unserem Vorstand alle Beteiligten für Menschenrechtsfragen gleichermaßen engagieren möchten und engagieren werden.

Im Rahmen der Ärztekammer Niedersachsen hat in den letzten zwei Jahren, nach Beginn der neuen Amtsperiode, ein leichtes Umdenken stattgefunden. Wir möchten und werden uns mehr humanitären Fragen, Menschenrechtsfragen, allgemein-politischen Fragen zuwenden. Früher wurde oft gesagt: „Dazu möchten wir nicht Stellung nehmen, das hat etwas mit allgemein-politischem Mandat zu tun. Wir sind aber nur dafür verantwortlich, die Verwaltungsfragen für die Ärzteschaft vorzunehmen.“

Es hat ein Umdenken stattgefunden. Ich begrüße dies sehr. Ich begrüße es auch in Hinblick auf die betroffenen Menschen, um die wir uns ja schließlich kümmern möchten.

Hier geht es speziell um die Fragen von Flüchtlingen, die sich in diesem Land aufhalten müssen und wollen und die humanitäre Hilfe brauchen. Es gibt zum Umgang mit Flüchtlingen - seien sie hier legal oder auch illegal - für Mediziner und Medizinerinnen ja klare Vorgaben. Sowohl die Weltärztekonferenz in Ottawa als auch die Bundesärztekammer als auch die Ärztekammer Niedersachsen haben wiederholt dazu Stellung genommen, daß jede Ärztin und jeder Arzt natürlich dazu verpflichtet ist, humanitär, ohne Ansehen der Person und der anderen, auch im Grundgesetz verankerten Fragen und Persönlichkeitsmerkmale, zu helfen.

Wir haben es insofern ernst genommen, als wir vor zwei Jahren einen Antrag verabschiedet haben durch die Ärztekammer Niedersachsen, der besagt, wir möchten alle Ärzte und Ärztinnen dazu aufrufen, illegal in Deutschland lebenden Flüchtlingen medizinische Hilfe unentgeltlich und anonym zu leisten. Und ich kann sagen, auf diesen Aufruf hin hat sich das auch bewährt. Wir haben etablieren können, dass eine Hilfe für illegal hier lebende Flüchtlinge klappt, daß man sich darauf verlassen kann, daß sich immer Ärzte und Ärztinnen finden, die dabei helfen werden.

Ein weiteres Problem, dass wir jetzt in Angriff nehmen wollen, ist das Problem der Abschiebung von Menschen, die hier nicht länger geduldet sind. Wir haben vor, alle betroffenen Ärztinnen und Ärzte, die irgendwo mit Abschiebung befaßt sind, zu einem Erfahrungsaustausch einzuladen und dann die Konsequenzen für die Ärztekammer zu beschließen. Wo können wir helfend eingreifen und wo können wir bei den Behörden, die damit befaßt sind, vermitteln oder auch von medizinischer und ärztlicher Seite ganz klar unseren Standpunkt deutlich machen.

Also Sie sehen, die Dinge sind bei uns im Fluss. Ich kann nicht zu allen Fragen für die Seite der Ärztekammer endgültig Stellung nehmen. Ich kann nur sagen, wir haben umgedacht. Wir wollen uns intensiv mit humanitären Fragen befassen. Wir können nur unsere Hilfe anbieten und wir hoffen, dass Sie mit Ihrem Engagement auf uns zukommen, wenn ein gemeinsames Arbeiten gewünscht wird und nötig ist. Insofern hoffe ich auf eine fruchtbare Diskussion.

Die Niedersächsische Ärztekammer beschließt:

- dass die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte hier lebende Flüchtlinge und MigrantInnen ohne gültige Ausweis- und Aufenthaltspapiere in Krankheitsfällen unterstützt, indem sie ihnen anonyme und kostenfreie Behandlung gewährleisten und

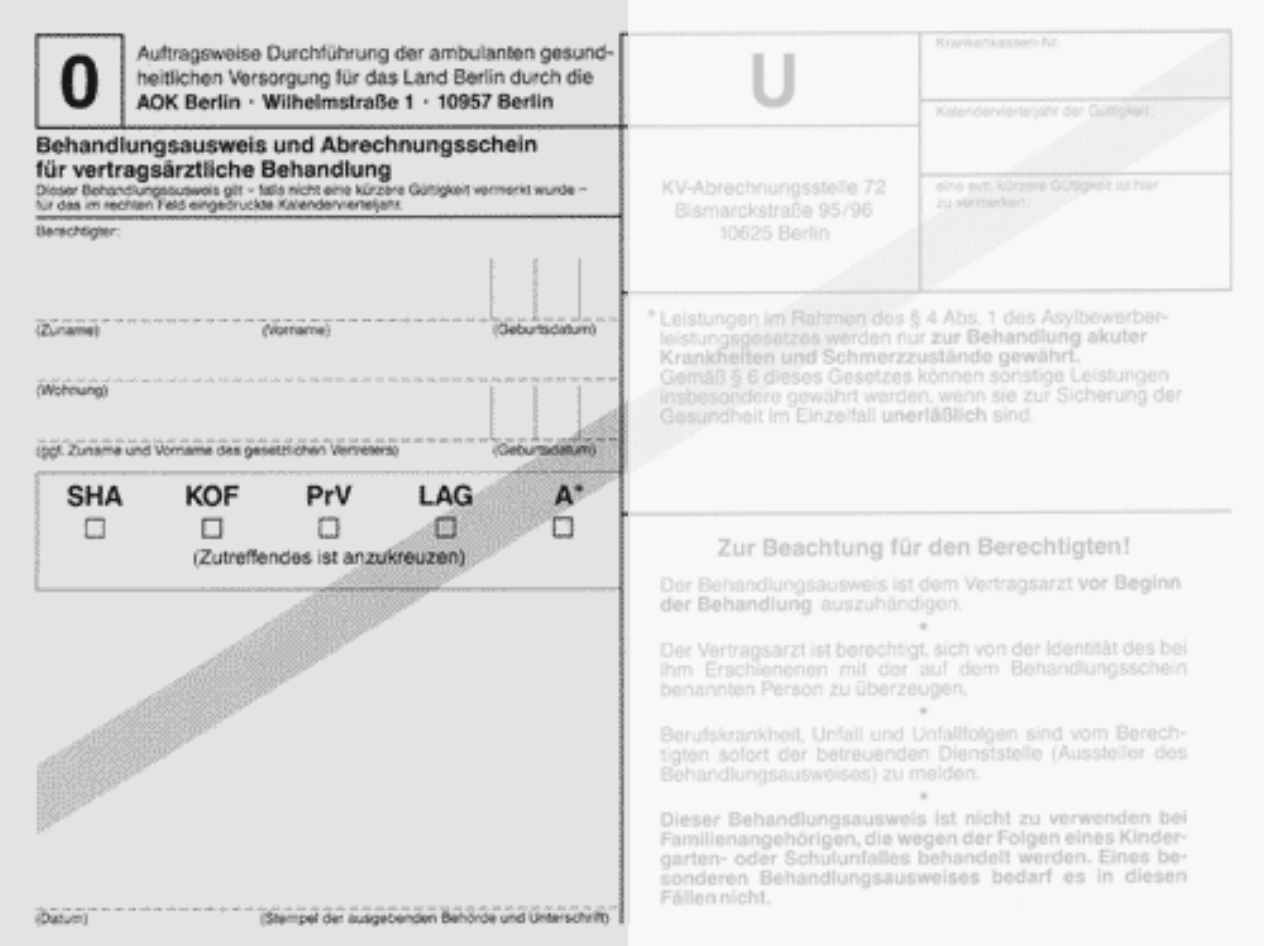
- sich nach Möglichkeit an dem Aufbau einer medizinischen Grundversorgungsstruktur für den o.g. Personenkreis zu beteiligen, damit ein möglichst großes Netz von Behandlungsmöglichkeiten entstehen kann.“

Resolution vom 29.11. 97

Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Ansprüche und rechtliche Grundlagen

Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin



0

Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die **AOK Berlin · Wilhelmstraße 1 · 10957 Berlin**

Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragsärztliche Behandlung

Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine kürzere Gültigkeit vermerkt wurde – für das im rechten Feld eingedruckte Kalendervierteljahr.

Berechtigter:

(Zuname) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Wohnung)

(ggf. Zuname und Vorname des gesetzlichen Vertreters) (Geburtsdatum)

SHA ☐ KOF ☐ PrV ☐ LAG ☐ A* ☐

(Zutreffendes ist anzukreuzen)

(Datum) (Stempel der ausgebenden Behörde und Unterschrift)

U

Krankenkassen-Nr.

Kalendervierteljahr der Gültigkeit:

eine evtl. kürzere Gültigkeit ist hier zu vermerken.

KV-Abrechnungsstelle 72
Bismarckstraße 95/96
10625 Berlin

* Leistungen im Rahmen des § 4 Abs. 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes werden nur **zur Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände gewährt.** Gemäß § 6 dieses Gesetzes können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit im Einzelfall **unerläßlich** sind.

Zur Beachtung für den Berechtigten!

Der Behandlungsausweis ist dem Vertragsarzt **vor Beginn der Behandlung** auszuhändigen.

•

Der Vertragsarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Erschienenen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.

•

Berufskrankheit, Unfall und Unfallfolgen sind vom Berechtigten sofort der betreuenden Dienststelle (Aussteller des Behandlungsausweises) zu melden.

•

Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulunfalles behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.

Kurzfassung des Beitrags auf der Veranstaltung „Ist Gesundheit teilbar?“ von Ärztekammer und Flüchtlingsrat Niedersachsen. Die Niederschrift des Gesamt-Vortrags im O-Ton kann als Kopie beim Flüchtlingsrat bestellt werden.

Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruches durch Sozialämter und Amtsärzte (Verweigerung von Krankenscheinen, Verweigerung von Rollstühlen für spastisch behinderte Kinder, Verweigerung lebensnotwendiger Lebertransplantationen etc.) sind fast immer gesetzes-, zumeist auch verfassungswidrig. Nach unserer Erfahrung mit der Begutachtung durch Amtsärzte muß festgestellt werden, daß diese in aller Regel die Rechtsgrundlagen des AsylbLG und BSHG nicht kennen, was häufig zu rechtswidrigen Ablehnungen führt.

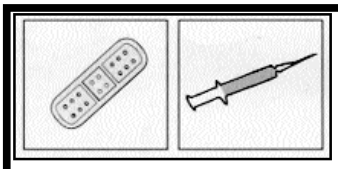
Unzutreffend ist insbesondere die weitverbreitete Annahme, dass Leistungsberechtigte nach AsylbLG nur bei akuten Krankheiten und Schmerzzustände behandelt werden dürften.

Richtig ist, dass regelmäßig dann ein uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht, einschl. der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, wenn eine Krankheit entweder „akut“ oder „schmerzhaft“ ist (§ 4 AsylbLG). Ein uneingeschränkter Anspruch auf Krankenbehandlung besteht daher z.b. auch bei schmerzhaften chronischen Erkrankungen.

Unaufschiebbarkeit, Unabweisbarkeit oder Unerlässlichkeit sind nach § 4 nicht erforderlich, solange eine Krankheit entweder schmerzt oder aber akut ist. Es reicht die „Notwendigkeit“ der Behandlung analog der Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei hat die Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen. Nach § 4 sind daher z.b. auch orthopädische Einlagen bei schmerzhaften Plattfüßen (VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, IBIS e.V. C 1515) oder orthopädische Schuhe (VGH Baden-Württemberg, Urteil 7 S 920/98 v. 4.5.98, IBIS e.V.: C1348, FEVS 1999, 33) zu leisten. In solchen Fällen statt dessen z.B. Schmerzmittel zu verabreichen, wäre medizinisch falsch und daher unzulässig.

Einschränkungen gibt es nach § 4 beim Zahnersatz. Unaufschiebbar im Sinne von § 4 ist Zahnersatz dann, wenn Folgeschäden bei Nichtbehandlung drohen oder bereits eingetreten sind (Verlust von weiteren Zähnen; Magenerkrankung durch fehlende Kaufähigkeit etc.). Die Einschränkungen des § 4 beziehen sich nicht auf Zahnbehandlungen, bei denen kein Zahnersatz geleistet wird. Hier reicht es, dass die Zahnerkrankung akut oder schmerzhaft ist. Kariesbehandlungen, Wurzelbehandlungen etc. sind daher ohne Einschränkungen zu leisten.

Nur bei einer Krankheit, bei der keine der beiden Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 gegeben ist, die also weder akut noch schmerzhaft ist, darf der Behandlungsanspruch gegenüber dem sonst üblichen Umfang überhaupt eingeschränkt werden. Nur in solchen Fällen reduziert sich der Anspruch auf Leistungen, die „zur Sicherung der Gesundheit unerläßlich“ sind (§ 6 AsylbLG). Die Behandlung einer chronischen Krankheit dürfte im Regelfall „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ sein, womit ein Anspruch auf Behandlung nach § 6 besteht. Eine Behandlung ist immer dann „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“, wenn bei Nichtbehandlung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Folgeerkrankungen oder dauerhafte (nicht wieder gutzumachende) gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen.



Bei einer Fragebogen-Umfrage in Niedersachsen zur Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes wurde in 30 Antworten von verweigerter Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge berichtet. Operationen an Knie und Hüfte, 12-Finger-Darm, Grauem Star und Blinddarm wurden genannt, drei Mal wurden die Kosten für HNO-Operationen verweigert. Zahnbehandlungen wurden sechs Makl als verweigert bekannt, Zahnersatz siebzehn Mal, außerdem zwei kieferorthopädische Behandlungen und Zahnregulierungen. Außerdenm verweigert wurde die Kostenübernahme für orthopädische Behandlungen (zwei Mal), psychol. Therapie (3), Massage (2), Bewegungstherapie bei Parkinson-Krankheit, Asthmakurs, Traumatherapie und eine Reha-Maßnahmen nach einem Schlaganfall, so dass der Flüchtling zum Schwerstpflegefall in einer Gemeinschaftsunterkunft wurde.
Brillen wurden Flüchtlingen sieben Mal vorenthalten, Gehhilfen/orthopädische Hilfsmittel und Hörgeräte jeweils in fünf Fällen. Lose Einlagen verweigerte das Sozialamt in drei bekannt gewordenen Fällen und bei zwei Flüchtlingen auch einen Rollstuhl. Teure Medikamente, Stützbandagen, eine Brustprothese, Spezialuntersuchungen, einen Krankenhausaufenthalt und Fahrtkosten zu speziellen Ärzten verweigerten Kostenträger ebenso wie Pflegegeld, das nur noch bei Alleinstehenden gezahlt würde.

Ausführlicher in: Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen. Dokumentation. (Bezug: Flüchtlingsrat Niedersachsen)

Nach § 4 Abs. 3 besteht auch ohne Vorliegen einer Erkrankung Anspruch auf Krankenscheine für alle „medizinisch gebotenen“ Vorsorgeuntersuchungen. Was geboten ist, richtet sich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu im Einzelnen §§ 20 bis 26 und 30 SGB V). Zahnkrankenscheine können zum Zwecke der Vorsorge bis 18 Jahre alle 6 Monate, danach jährlich beansprucht werden. Krankenscheine für Vorsorgeuntersuchungen können daher bekommen: Schwangere, kleine Kinder (U1 bis U10), Frauen (gynäkologische Untersuchung), alle Menschen ab 35 (für eine Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre), Frauen ab 20 und Männer ab 45 (Krebsvorsorge einmal jährlich), sowie neu eingereiste Flüchtlinge ohne Asylantrag (eine freiwillige Untersuchung dürfte analog § 62 AsylVfG regelmäßig geboten sein).

Nach § 4 Abs. 3 besteht zudem Anspruch auf sämtliche „amtlich empfohlene Schutzimpfungen“. Neben den üblichen Kinderimpfungen haben Erwachsene Anspruch auf Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio sowie nach individuellem Risiko weitere Impfungen. Zudem besteht Anspruch auf alle im Hinblick auf die Situation im Herkunftsland empfohlenen Impfungen. Als amtliche Empfehlungen im Sinne von § 4 Abs. 3 sind die Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) am Robert Koch Institut Berlin anzusehen, nachzulesen im Internet unter http: //www.rki.de/ GESUND/ IMPFEN/ STIKO/ STI_F19J. HTM

Möchte ein Flüchtling einen Krankenschein, reicht die Angabe von Schmerzen oder diffusen Krankheitssymptomen, da ein Verwaltungssachbearbeiter beim Sozialamt regelmäßig nicht in der Lage ist, eine Diagnose zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hierüber kann auch ein Arzt regelmäßig erst nach Durchführung einer Untersuchung entscheiden. Schon zur Feststellung des Behandlungsbedarfs ist also der Krankenschein erforderlich. Für den Anspruch auf einen Krankenschein reicht es aber auch, wenn der Flüchtling zur Begründung angibt, er/sie möchte eine der vorgenannten Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen erhalten.

Zu den medizinischen Leistungen nach § 6 können beispielsweise auch ambulante Psychotherapien einschl. der in diesem Zusammenhang notwendigen Fahrtkosten (OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.9.99, IBIS e.V. C1463; VG Berlin 8 A 366/97 vom 4.7.1997, IBIS e.V.: C1347) oder die Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung (VG Freiburg 5 K 1594/98 v. 1.9.98, IBIS e.V.: C 1456; VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16; IBIS e.V.: C1349) gehören.

Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG (gilt ab 1.6. 2000 bei bereits mindestens drei Jahren Bezug von Leistungen nach AsylbLG unter den weiteren in § 2 genannten Voraussetzungen) sind über den Verweis in § 2 auf das BSHG (vgl. § 120 Abs. 1 und § 37 BSHG) und den Verweis in § 37 BSHG auf das SGB V gesetzlich Krankenversicherten voll gleichgestellt. Für sie sind beispielsweise auch Einschränkungen beim Zahnersatz unzulässig.

Zu beachten sind bei der Auslegung der genannten Paragrafen des AsylbLG die Regeln der ärztlichen Ethik sowie die von Verfassung wegen gebotenen, auch für Ausländer geltenden Grundsätze der Menschenwürde und des Rechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 1 + 2 Grundgesetz). Der Behandlungsumfang ist damit in fast allen Fällen identisch mit dem Behandlungsanspruch Deutscher. Einschränkungen sind im Ergebnis vor allem beim Zahnersatz in den ersten drei Jahren des Leistungsbezugs möglich - wobei allerdings auch hier regelmäßig das medizinisch unaufschiebbare geleistet werden muss.

Forderungen:

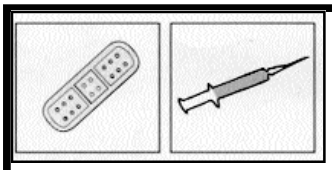
- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen ebenso wie gesetzlich Versicherten Krankenscheine auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung (quartalsweise) vorab zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch werden unnötige Verzögerungen notwendiger Krankenbehandlungen und die infolge fehlender Krankenscheine weit überdurchschnittliche Inanspruchnahme von ärztlichen Notdiensten und Krankenhäusern durch Leistungsberechtigte nach AsylbLG vermieden. Sozialamtssachbearbeiter sind regelmäßig nicht in der Lage, über einen Krankenbehandlungsbedarf zu entscheiden, dies können auch Ärzte erst nach (gründlicher) Untersuchung und Stellung der Diagnose, bereits hierzu sind aber Krankenscheine unerlässlich.
- Krankenscheine dürfen keine (in der Praxis regelmäßig missverständliche, weil juristisch auslegungsbedürftige) einschränkende Kennzeichnungen des Behandlungsumfangs enthalten.
- Der Behandlungsumfang nach AsylbLG muss gesetzlich klargestellt werden, anstelle der bisherigen (missverständlichen) Formulierungen soll ein Verweis auf § 37ff. BSHG erfolgen.
- Leistungsberechtigte nach AsylbLG und nach BSHG (sowie Strafgefangene) sind in gleicher Weise wie ArbeitnehmerInnen, Studierende, RenternInnen und Arbeitslose in die Pflichtversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen.
- Die freiwillige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist - auch im Hinblick auf die Situation in den Herkunftsländern - durch Ausgabe von Krankenscheinen und umfassende Information der Leistungsberechtigten entsprechend § 4 Abs. 3 AsylbLG sicherzustellen.
- Bei der Behandlung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG und nach BSHG einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist die freie Arztwahl sicherzustellen, dies gilt auch für Diagnosestellung und Feststellung des Behandlungsbedarfs.
- Der Behandlungsumfang nach SGB V, BSHG und AsylbLG muss auch die notwendigen Dolmetscherkosten beinhalten (vgl. BVerwG, NJW 1996, 3092, das für § 37 BSHG den Anspruch bestätigt hat).
- Selbstverständnis und gesetzlicher Auftrag der öffentlichen Gesundheitsdienste sind zu überprüfen. Flächendeckend sind kostenlose und gesichert anonyme Behandlungsmöglichkeiten für alle Menschen in Notlagen unabhängig vom Aufenthalts- und Versichertenstatus (Obdachlose, Illegalisierte) anzubieten.

Literatur und Materialien

Classen, G. Menschenwürde mit Rabatt. Das Asylbewerberleistungsgesetz und was man dagegen tun kann. 2. Auflage Februar 2000. ISBN 3-86059-478-8, 26,80 DM, zzgl. 10. - DM für CD-ROM mit Materialien, Musteranträgen usw. Bestellanschrift: von Loeper Verlag, Kiefernweg 13, 76149 Karlsruhe, Tel. 0721-788370. , FAX 0721-788370, E-Mail: info@ariadne.de

Classen, G. Rechtsprechungsübersicht zum AsylbLG. Als Datei auf der CD-ROM zu Classen, Menschenwürde mit Rabatt, 2. A. 2000.

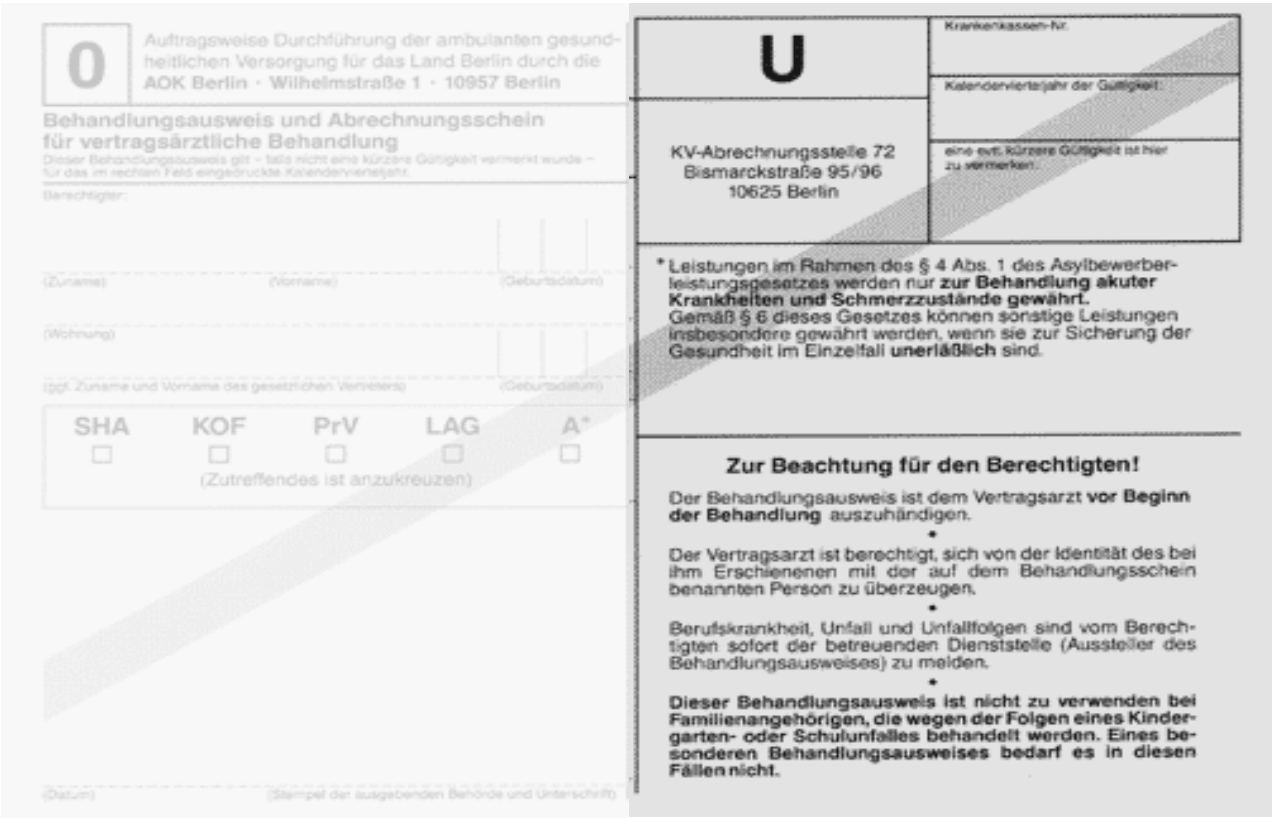
IBIS e.V.: Die unter einer IBIS e.V. -Nummer erfassten Entscheidungen können gegen Erstattung der Kosten über IBIS e.V. bestellt werden: IBIS e.V., Donnerschwerstr. 12, 26123 Oldenburg, FAX 0441-9849606, E-Mail ibisev.ol@t-online.de



Einem irakischen Flüchtling, der aufgrund von Mißhandlungen im Gefängnis eine Mittelgesichtstrümmerfraktur mit erheblicher Einschränkung der Nasenatmung erlitt, wurde im Landkreis Celle wiederholt die von HNO-Ärzten für erforderlich gehaltene Operation verweigert. Das VG Lüneburg entschied 1998, daß kein unaufschiebbarer Behandlungsbedarf bestehe, da der Flüchtling schon seit 1991 mit den Folgen der Verletzung lebe. Im November 1999 wurde er endlich als Asylberechtigter anerkannt. Jetzt warteter darauf - nach mehr als drei Jahren - dass die OP endlich durchgeführt wird.

Im Landkreis Goslar wurde einem kurdischen Flüchtling über zwei Jahre die erforderliche Augenoperation bei Vorliegen eines grauen Star verweigert. Zwei Operationstermine nach erheblichem Engagement von UnterstützerInnen und einzelnen ÄrztInnen scheiterten - das erste Mal, weil er in Abschiebehaft genommen wurde, das zweite Mal, weil einem engagierten Arzt, der die OP am Wochenende durchgeführt hätte, kein OP-Team zur Verfügung stand. Ohne Operation wurde er aus der Abschiebehaft in die Türkei abgeschoben.

Diese und weitere Beispiele verweigerter Gesundheitsversorgung wurden auf der Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen vorgetragen. Ausführlicher in: Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen. Dokumentation. (Bezug: Flüchtlingsrat Niedersachsen)



0 Auftragsweise Durchführung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung für das Land Berlin durch die AOK Berlin · Wilhelmstraße 1 · 10957 Berlin

Behandlungsausweis und Abrechnungsschein für vertragsärztliche Behandlung

Dieser Behandlungsausweis gilt – falls nicht eine kürzere Gültigkeit vermerkt wurde – für das im rechten Feld eingedruckte Kalendervierteljahr.

Berechtigter:

(Zuname) (Vorname) (Geburtsdatum)

(Wohnung)

(ggf. Zuname und Vorname des gesetzlichen Vertreters) (Geburtsdatum)

SHA ☐ KOF ☐ PrV ☐ LAG ☐ A* ☐

(Zutreffendes ist anzukreuzen)

(Datum) (Stempel der ausgebenden Behörde und Unterschrift)

U

Krankenkassen-Nr.

Kalendervierteljahr der Gültigkeit:

eine evtl. kürzere Gültigkeit ist hier zu vermerken:

KV-Abrechnungsstelle 72
Bismarckstraße 95/96
10625 Berlin

* Leistungen im Rahmen des § 4 Abs. 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes werden nur **zur Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände gewährt.** Gemäß § 6 dieses Gesetzes können sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit im Einzelfall **unerläßlich** sind.

Zur Beachtung für den Berechtigten!

Der Behandlungsausweis ist dem Vertragsarzt **vor Beginn der Behandlung** auszuhändigen.

•

Der Vertragsarzt ist berechtigt, sich von der Identität des bei ihm Erschienenen mit der auf dem Behandlungsschein benannten Person zu überzeugen.

•

Berufskrankheit, Unfall und Unfallfolgen sind vom Berechtigten sofort der betreuenden Dienststelle (Aussteller des Behandlungsausweises) zu melden.

•

Dieser Behandlungsausweis ist nicht zu verwenden bei Familienangehörigen, die wegen der Folgen eines Kindergarten- oder Schulunfalles behandelt werden. Eines besonderen Behandlungsausweises bedarf es in diesen Fällen nicht.

Ärztliches Handeln unter den Bedingungen des Asylbewerberleistungsgesetzes

Ein Erfahrungsbericht

Eberhard Vorbrodt

„Es ist unwürdig, einen Menschen und seine Familie ausschließlich zum Objekt der Verwaltung zu machen und ihrem Ermessen auszuliefern.“

Mit diesem Satz begründete Bundestagsvizepräsident Burkhard Hirsch seine ablehnende Haltung gegenüber den verschärfenden Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Dabei wußte er sich einig mit Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, dem UNHCR, mit Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen, den Parteien von Bündnis 90/Die Grünen und PDS - vor allem auch mit IPPNW und Bundesärztekammer.

Mit der Novellierung des seit 1.November 1993 geltenden Asylbewerberleistungsgesetzes wurde erneut das verfassungsrechtliche Prinzip verlassen, aus politischen Gründen die Existenzsicherung all derer durch Sozialhilfe zu gewährleisten, die ihrer bedürfen.
Soziale Grundleistungen, wie Nahrung, Unterkunft und Taschengeld, wurden noch weiter unter Sozialhilfeniveau gesenkt und in vielen Bereichen dem Ermessensspielraum von Sozialbehördenmitarbeitern anheimgestellt - so auch wichtige Sektoren der medizinischen Leistungen.

Hiervon betroffen sind schätzungsweise 300.000 bis 500.000 Personen. Zu ihnen zählen u.a. Flüchtlinge aus afrikanischen Staaten, aus Afghanistan, Vietnam, aus der Bundesrepublik Jugoslawien, Kosovo-Albaner und, allerdings noch strittig, Flüchtlinge aus Bosnien.

Gegenüber der vergangenen Situation hat sich im Medizinbereich nichts wesentliches geändert, abgesehen davon, dass die betroffene Gruppe größer geworden ist.

So regelt nach wie vor:

> *§ 4 (die) Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt,*
> *(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung von Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger, zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren.*
> *Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen aufschiebbar ist.*

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung Hebammenhilfe Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.
(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher...

und

§ 6 (die) Sonstigen Leistungen:
Sonstige (Pflege-, Heil- und Hilfsmittel) Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerläßlich ... sind...

Nur in Kenntnis des Gesetzestextes ist unser eigenes Tun und Lassen, aber auch die Wertung reduzierter Informationen für uns ÄrztInnen durch die KV'en, zu messen. Meist beschränken sich deren Informationen auf den Krankenscheinaufdruck, dass „Leistungen nach § 4 Abs.1 des Asylbewerberleistungsgesetzes nur zur Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände gewährt werden". Lapidar folgt vielleicht noch ein Hinweis auf § 6 AsylbLG.

Folglich nimmt die Zahl der niedergelassenen ÄrztInnen auffallend zu, die Behandlungen immer dann ablehnen, wenn die genannten Krankheitssymptome nicht vorliegen.

Wenn es aber sein soll, dass nur noch unter diesen unbestimmten und medizinisch nicht zu rechtfertigenden Kautelen behandelt werden soll, bedarf dies dringend Ausführungsbestimmungen von zuständigen kommunalen Behörden. Auf dieses medizinische Glatteis will man sich jedoch nicht begeben, würde dies doch eher als bisher Proteste unter uns provozieren.

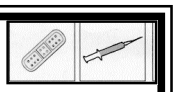
So obliegt es weiterhin uns ÄrztInnen, die erbrachten Leistungen gegenüber den leider immer häufiger sich verweigernden Sozialämtern mit den Begriffen: Besserung oder Linderung von Krankheiten, ... Unaufschiebbarkeit aus medizinischen Gründen oder der Unerlässlich für die Sicherung der Gesundheit zu begründen.
Wir müssen Selbstverständlichkeiten gegenüber den Sozialbehörden, die in ihrem eigenen Ermessen entscheiden, klarstellen:
- dass eine Gehhilfe, auch der teure Rollstuhl, für die Gesundheit unerläßlich sind,
- dass die Kosten des Zahnersatzes trotzdem im Sinne der Besserung einer Krankheit getragen werden müssen obwohl ein Pürrierstab billiger wäre,
- dass eine Brille eine Krankheit lindert und keinesfalls nur die Behebung einer „Befindlichkeitsstörung" darstellt oder die Psychotherapie für Gefolterter oder Suchtkranke aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Stellvertretend für unsere PatientInnen müssen wir für deren Menschenrecht auf Gesundheit und Unversehrtheit der Person eintreten. Eine Erfahrung, die für viele eine neue Seite unseres Berufes offenlegt, vor allem dann, wenn dieses Recht nur durch eine teure stationäre Therapie zu erreichen ist.

Dann entscheiden im Voraus allein Amtsärzte über die Kostenübernahme.

Erklären wir im Einzelfall, dass Lebensgefahr oder Unabweisbarkeit vorliegt, mag sich die Kostenabteilung des Krankenhauses evtl. noch zufrieden geben. Im Zweifelsfall gibt es eine Abmahnung für die/ den Diensthabende(n).

Ohne eigentliche Kenntnis des „Falles" wird dann die Genehmigung einer lebenserhaltenden Herzoperation oder einer Leukämiebehandlung vom Aufenthaltsstatus des Patienten abhängig gemacht. Patienten mit AIDS-Vollbild sammeln Krankenhausrechnungen, nachdem sie sich - ohne amtsärztliche Stellungnahme - aus einer akuten Situation heraus ins Krankenhaus begeben haben. Rechtsstreitereien zwischen Krankenhausverwaltungen und Sozialämtern binden Arbeitskräfte in Verwaltung und Gericht.



Hallo,
mein ist XXXX. Ich wohne in Hildburghausen. Ich habe ein sehr großes Problem. Eine Deutsche hat mir deshalb Eure Adresse gegeben und gesagt, dass Ihr mir vielleicht helfen könnt.

Ich komme aus Togo und bin seit 1993 hier in Deutschland. Ich war im Asylheim in Altenburg. Am 29.07.1995 rief eine anonyme Person bei der Polizei in Altenburg an und sagte, dass Nazis im Asylheim eine Bombe gelegt hätten, welche in 15 Minuten explodieren werde. Darauf evakuierte die Polizei alle Bewohner. Ich aber schlief, da es gegen 23.00 Uhr war. Als ich aufwachte waren bereits alle Leute draußen. Ich wußte nicht was los war und hörte nur Stimmen rufen: „Alle müssen raus: Es explodiert gleich eine Bombe." In Todesangst bin ich deshalb vom 1. Stock aus dem Fenster gesprungen. Dabei verletzte ich mir beide Fußgelenke und Beine sehr schwer. Ich wurde dann vom 29.07.1995 bis 06.10.1995 im Kreiskrankenhaus Altenburg behandelt, wobei mir Implantate eingesetzt wurden. Im März 1997 (zu dieser Zeit lebte ich im Asylheim in Gompertshausen) war ich bei Dr. XXXX, welcher mich erneut untersuchte. Dieser sagte mir, dass ich zwei Paar orthopädische Schuhe brauche und dass die Implantate demnächst operativ entfernt werden müssen. Darauf ging ich mit dem Schreiben des Arztes zum Sozialamt. Doch da sagten sie mir, es gäbe kein Geld für diese Operation. Das ist jetzt schon über ein Jahr her. Das eine Paar orthopädischer Schuhe, welches sie mir statt der zwei Paar anfertigten, ist jetzt kaputt und ich habe schon lange sehr sehr starke Schmerzen. Bitte helft mir.
Meine Deutschkenntnisse sind nicht so gut: Aus diesem Grund habe ich den Brief nicht persönlich geschrieben. Falls Ihr mir helfen könnt, schreibt doch bitte deshalb

Eine weitere Verschärfung der Situation tritt zusätzlich dann ein, wenn die Meßlatte des „im Einzelfall unabweisbar Gebotenen“ (§1a AsylbLG) ins Spiel kommt. Diese wird nach der Gesetzesnovellierung immer angelegt, wenn bei Menschen Leistungen nach dem AsylbLG erstattet werden sollen, die aus ausländerrechtlichen Gründen faktisch nicht abgeschoben werden können obwohl ihre Abschiebung formalrechtlich gerechtfertigt wäre.

Wiederum obliegt es der Entscheidung der Sozialbehörde, ob jemand überhaupt noch einen Krankenschein erhält, welche Leistungen nach § 4 bzw. 6 AsylbLG abgerechnet oder „gerechtfertigt“ sind und ob stationäre Behandlung „unabweisbar geboten“ ist. Das Schicksal des Betreffenden ist dem Ermessen fachfremder Sozialamtsbeschäftigter oder zuständiger Amtsärzte ausgeliefert.

Welche gesundheitlichen Folgen dies für Diabetiker, Coronarkranke, Mucocviscidose-Kinder usw. hat, liegt auf der Hand.

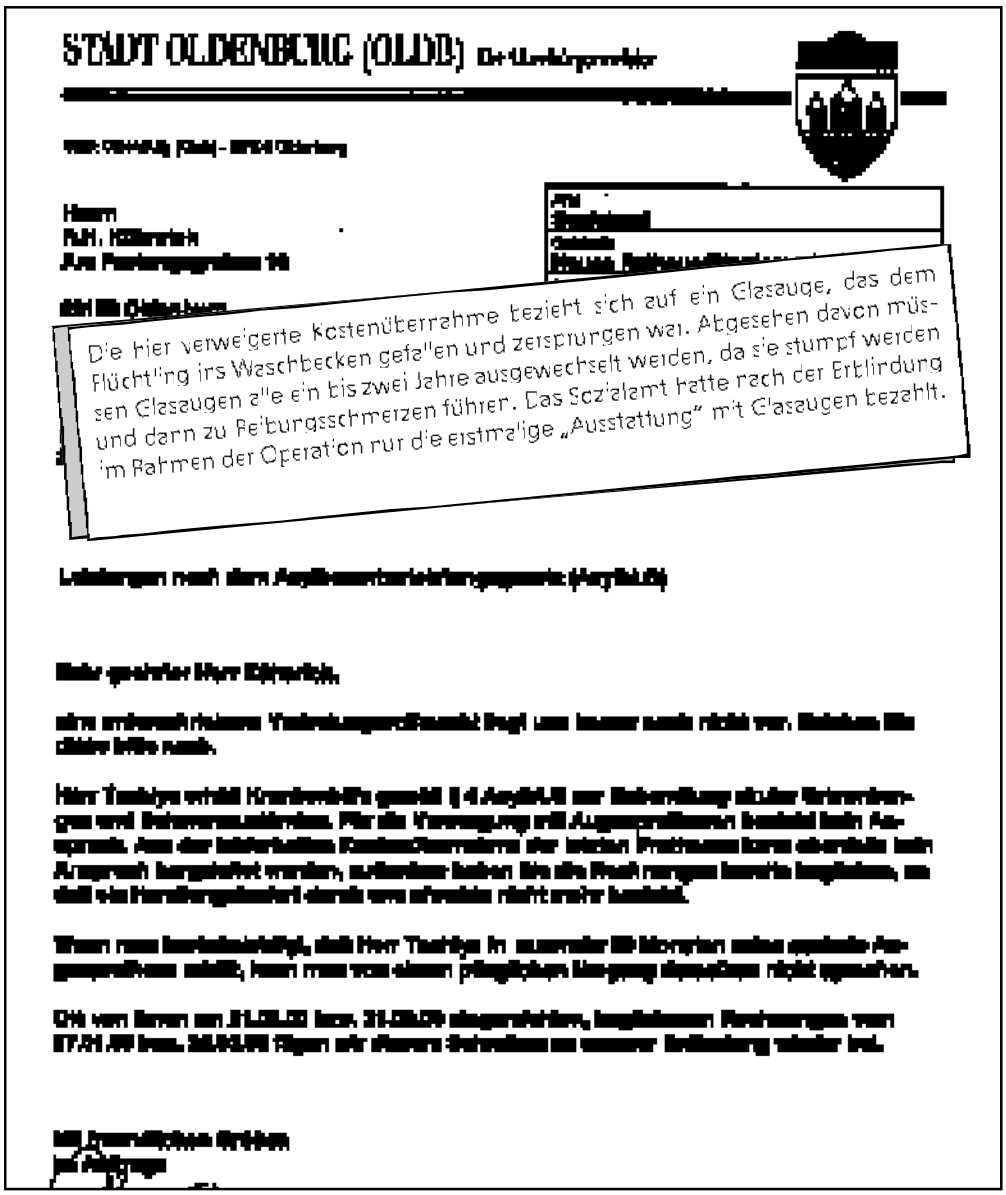
Dies war letztlich auch Anlaß für den Beauftragten für Menschenrechte der Bundesärztekammer, Dr. Montgomery, anlässlich der Expertenanhörung vor dem Ausschuß für Gesundheit am 29.April 1998 zu erklären, hier werde jetzt „eine noch niedrigere Stufe der Leistungsgewährung eingeführt. Nicht umsonst haben verschiedene Ärztetage bereits einstimmige Beschlüsse gegen den § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes mit seiner Leistungseinschränkung gefaßt, die diese als ärztlich unethisch und gegen die Berufsordnung verstoßend markiert“.

Und noch kurz vor der Abstimmung erklärte er - resignierend(?) - es drohe ein direkter Schritt in eine Drei-Klassen-Medizin: die der Reichen, der weniger Reichen und die der armen Schweine. Ab 1.September 1998 ist dieses Gesetz in Kraft.

Setzen wir dem Gewichtiges entgegen:
Befolgen wir keine Vorschriften und Weisungen mehr, die mit der Aufgabe, den ärztlichen Beruf nach den Gesetzen der Menschlichkeit auszuüben, unvereinbar sind!

(aus: IPPNW-forum 1998)

Eberhard Vorbrodt, Arzt und Sprecher der AG „Medizin“ des Flüchtlingsrats Berlin
Berlin, 1.September 1998


STADT OLDENBURG (OLDB)

Die hier verweigerte Kostenübernahme bezieht sich auf ein Glasauge, das dem Flüchtling ins Waschbecken gefallen und zersprungen war. Abgesehen davon müssen Glasaugen alle ein bis zwei Jahre ausgewechselt werden, da sie stumpf werden und dann zu Reibungsschmerzen führen. Das Sozialamt hatte nach der Erblindung im Rahmen der Operation nur die einmalige „Ausstattung“ mit Glasaugen bezahlt.

Zur gesundheitlichen Versorgung minderjähriger Flüchtlinge

Jessica Groß, Niedersächsischer Flüchtlingsrat:

Zu Beginn des Beitrags muß eine Einschränkung formuliert werden: Es liegen keine Daten zur speziellen Gesundheitssituation von niedersächsischen Flüchtlingskindern vor. Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen (ausländerrechtliche Situation, AsylbLG) zusammenfaßt, es wird anhand von Einzelfällen erläutern, wie sich diese Bedingungen auswirken, das Problem unbegleitete minderjähriger Flüchtlinge wird behandelt und schließlich werden einzelne Projekte aus dem Bereich „medizinische Versorgung von Flüchtlingen“ vorgestellt.

1. Rahmenbedingungen

Asylsuchende haben während des Verfahrens eine Aufenthaltsgestattung. Bürgerkriegsflüchtlinge können eine Aufenhaltsbefugnis oder eine Duldung bekommen. In der Praxis bekommen sie meist genauso wie Flüchtlinge, bei denen Abschiebehindernisse vorliegen, nur eine Duldung. Duldungen werden in der Regel für sechs Monate gewährt. In der Erstaufnahmeeinrichtung (Zentrale Anlaufstelle, ZASt) müssen sich die Flüchtlinge mindestens sechs Wochen bis maximal drei Monate aufhalten. In Niedersachsen erfolgt die Unterbringung in der Erstaufnahmeinrichtung jedoch bis zu einem Jahr. Auch nach dieser Zeit soll die Unterbringung vorzugsweise in Gemeinschaftsunterkünften und die Versorgung durch Sachleistungen erfolgen. Bei der Versorgung durch Großküchen in den ZASten besteht vor allem für Kinder und Schwangere die Gefahr der Mangelernährung, da Vitamine und Mineralien fehlen. Mangelnde Hygiene und fehlender Platz für Privatsphäre in einer Zwangsgemeinschaft, in der jedem Flüchtling nur etwa fünf m² zur Verfügung stehen, verschärfen die psychosozialen Probleme (Fachhochschule Hildesheim/Holzminden 1998).

Für Asylsuchende und für geduldete Flüchtlinge gilt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das seit 1993 in Kraft ist und dessen Geltungsdauer im Juni 1997 ausgeweitet worden ist auf die ersten drei Jahre des Aufenthaltes. Im August dieses Jahres (1998, d.Red.) ist das Gesetz ein zweites Mal verschärft worden: Flüchtlinge, die eingereist sind, `um Leistungen zu erhalten´ oder die `aus von ihnen zu vertretenden Gründen´ nicht abgeschoben werden können, erhalten Leistungen nur, „soweit dies im Einzelfall nach den Umständen unabweisbar geboten ist“ (Bundesgesetzblatt 1998).

Zunächst gelten einige allgemeine Einschränkungen durch das AsylbLG: Die Leistungen für den Lebensunterhalt sind gegenüber dem BSHG um etwa 25% abgesenkt. Konkret werden die Grundleistungen für den Haushaltsvorstand mit 360 DM veranschlagt, für Kinder bis sieben Jahre werden 220 DM und für weitere Haushaltsangehörige 310 DM monatlich berechnet. Erwachsene erhalten darüber hinaus 80 DM Taschengeld. Durch das Primat der Sachleistungen, entweder in Form von Esspaketen oder in Form von Gutscheinen oder Magazinläden, kommt es jedoch zu zusätzlichen Einbußen (Classen, G. 1997).

Bisher ist das Sachleistungsprinzip in Niedersachsen noch nicht flächendeckend angewandt worden. (1) Die Städte, die Flüchtlingen bisher noch Bargeld auszahlen, sind jedoch vom Landesinnenministerium angewiesen worden die Versorgung umzustellen.

Auch medizinische Leistungen werden durch das AsylbLG eingeschränkt. Anspruch auf Behandlung besteht nur bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen (§4) oder auf Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerläßlich sind (§6).
Tatsächlich werden in der Praxis zusätzliche rechtswidrige Einschränkungen gemacht wie „nur lebensnotwendige oder unaufschiebbare Behandlung“.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer hat die Erfahrung gemacht, dass Leistungen für die Behandlung der folgenden Erkrankungen nicht übernommen werden: Depressionen, Angstzustände, Symptome des postraumatischen Belastungssyndroms, psychosomatische Erkrankungen, chronischen Behinderungen, wie Seh- und Hörstörungen, Kontrakturen nach Verbrennungen, Fehlheilungen nach Knochenbrüchen, Zahnlockerungen etc. (Pro Asyl 1996).

Für die ambulante Behandlung müssen Flüchtlinge vor dem Arztbesuch beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen („Vorprüfung“). Hier ist großer Spielraum für Schikane und Willkür gegeben. Teilweise kommt es vor, dass Betroffene mehrmals vorsprechen müssen, den Arzttermin vorlegen müssen oder die Ärztinnen und Ärzte selbst ein Antragsformular ausfüllen müssen (Mehlem, U. 1995). In der Praxis verlangen einige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Vorkasse von den Flüchtlingen (Flüchtlingsrat Berlin et al. 1998). Zusätzlich kann dieses belastende Verfahren auch zu Wut und Agression auf die betroffenen Flüchtlinge führen. Für die stationäre Versorgung muß der Einweisungsschein vor der Aufnahme im Krankenhaus durch die Sozialämter abgestempelt werden.

Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus („Illegalisierte“) können medizinische Versorgung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nur erhalten, wenn sie diese bezahlen können oder wenn diese sich bereit erklären, unentgeltich zu arbeiten. Eine stationäre Versorgung im Krankenhaus ist in Notfällen prinzipiell möglich, es bestehen aber zwei Gefahren: Durch das Aufdecken der Identität und Weitergabe der Daten an die Behörden kann die Abschiebung der Betroffenen direkt aus dem Krankenhaus erfolgen, zusätzlich werden die Flüchtlinge mit den unbezahlbaren Rechnungen des Krankenhausaufenthaltes konfrontiert.

2. Auswirkungen

Ein Beispiel für die gesundheitliche Gefährdung von Kindern durch den aufenhaltsrechtlichen Status ist die Abschiebung bei Erkrankungen, die im Herkunftsland nicht adäquat behandelt werden können. Die Ausländerbehörden prüfen lediglich die Reisefähigkeit und begründen so die Abschiebung. Die Konsequenzen der zwangweisen Rückführung für die Erkrankung der Betroffenen müssen laut geltendem Recht nicht bedacht werden.

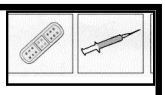
In Osnabrück sollte unlängst eine kurdische Mutter mit ihren sechs Kindern abgeschoben werden. Der zwölfjährige Sohn leidet an Epilepsie, die zwischenzeitlich stationär behandelt werden mußte. Aufgrund ihrer politischen Aktivitäten ist der Frau

die Rückkehr in ihr Heimatdorf nicht möglich. Die geplante Abschiebung wurde mit der inländischen Fluchtalternative in die Westtürkei begründet. Dort hätte die Familie jedoch keine Möglichkeiten, in den Elendsquartieren der Großstädte zu überleben, geschweige denn die kostspieliegen Medikamente für den Sohn zu finanzieren. Erst wiederholte Atteste der Krankenhausärzte und des Hausarztes erwirkten bei der Ausländerbehörde eine monatliche Duldung (eigene Beobachtung).

Ein vierjähriger Junge aus Mostar, der an schwerer Mukoviszidose leidet, sollte mit seinen Eltern aus Berlin abgeschoben werden, obwohl sowohl die Kinderklinik in Mostar als auch die Deutsche Mukoviszidosehilfe bestätigten, dass die Krankheit in Bosnien nicht behandelt werden könne. Ebenfalls in Berlin sollte ein nur mit Heilnahrung lebensfähiges Kind in ein Dorf in der Ukraine abgeschoben werden (Flüchtlingsrat Berlin et al. 1998).

Die abgesenkten finanziellen Leistungen führen zu zusätzlichen Härten: Die zwei Kinder einer kurdische Familie, die in Thüringen in einer ländlichen Region untergebracht war, erkrankten an Tuberkulose und mußten in einem 90 km entferntem Krankenhaus behandelt werden. Das Sozialamt verweigerte den Eltern die Übernahme der Reisekosten, um die Kinder im Alter von fünf und sieben Jahren besuchen zu können (ebd.).
In Hannover ist 1991 ein herzkrankes kurdisches Kleinkind aus dem Kinderkrankenhaus entlassen worden. Da die Stadt derzeit Engpässe bei der Unterbrinung von Asylsuchenden hatte, sollten die Eltern mit ihrem Kind in einer Gemeinschaftsunterkunft in Form einer öffentlichen Turnhalle in Langenhagen untergebracht werden. Erst durch den massiven Protest des Kinderkrankenhauses sowie von amnesty international konnte eine dezentrale Unterbrinung ermöglicht werden (mündliche Mitteilung Frau Peggy Kurpiers, amnesty international).

Die Einschränkungen des AsylbLG verzögern oder erschweren notwendige Behandlungen: Das dreimonatige Kind eines Asylsuchenden in Berlin hatte Verdauungsprobleme, darüber hinaus waren notwendige Vorsorgeuntersuchungen noch nicht durchgeführt worden. Erst die Drohung mit einer Klage bewegte den zuständigen Sachbearbeiter zum Ausstellen eines Krankenscheines (Flüchtlingsrat Berlin et al. 1998).
In Lehrte weigerte sich ein Augenarzt, einen dreizehnjährigen kurdischen Flüchtlingsjungen ins Krankenhaus zur erforderlichen Augenoperation einzuweisen. Aufgrund einer länger zurückliegenden Augenverletzung litt er unter einer Einschränkung der Sehfähigkeit von über 90 % auf einem Auge. Der Augenarzt intervenierte zusätzlich beim Sozialamt, die Operation nicht zu finanzieren, „da Deutschland nicht das Sozialamt der ganzen Welt sein könne“ (Weber, K. 1997).



Eine albanische Familie in Holzminden hat ein hier geborenes schwerstbehindertes Kind. Eine Abschiebung nach Albanien ist wegen fehlender Behandlungsmöglichkeiten nicht möglich (durch Bezirksregierung Hannover festgestellt). Das Kind bedarf entsprechender Behandlung, inbesondere Krankengymnastik und Frühförderung in einem entsprechenden Kindergarten. Sämtliche Förderungsmöglichkeiten sind jetzt abgelehnt worden, weil aufgrund der Änderung des AsylbLG derartige Maßnahmen, bezüglich derer bisher auf das BSHG zurückgegriffen wurde, nicht mehr erbracht werden. Im Moment läuft noch ein Klageverfahren, aber jede Verzögerung verteuert die Behandlung und verschlechtert entsprechend minimale Besserungsmöglichkeiten. Es ist nunmehr eine Situation eingetreten, dass eine Abschiebung nach Albanien wegen fehlender Behandlungsmöglichkeiten nicht durchgeführt wird, eine Behandlung in der Bundesrepublik jedoch ebenfalls nicht erfolgt.

Diese und weitere Beispiele verweigerter Gesundheitsversorgung wurden auf der Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen im Dezember 1999 vorgetragen. Ausführlicher in: Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen. Dokumentation. (Bezug: Flüchtlingsrat Niedersachsen)

Das Oberverwaltungsgericht Münster lehnte es 1994 ab, ein Hörgerat für ein hörbehindertes ausländisches Mädchen zu finanzieren. Die Begründung lautete, dabei handele es sich nicht um eine Leistung der Krankenhilfe, sondern um eine Wiedereingliederungshilfe Behinderter. Darauf hätten Ausländer keinen Anspruch (OVG Münster-24 B 1290/94 vom 28.6.94).
Ein fünfjähriges bosnisches Flüchtlingskind litt unter einem kriegsbedingten Hörschaden mit Gleichgewichtsstörungen und Reduzierung der Sprachentwicklung. Der Junge besuchte einen Hörbehindertenkindergarten. 1996 stellte der Landkreis Göttingen die Zahlungen für den Aufenhalt des Jungen im Sonderkindergarten ein. Nur durch private Spenden konnte der Kindergarten, der für die normale Sprachentwicklung des Jungen essentiell ist, zunächst weiter finanziert werden (Flüchtlingsrat Niedersachsen 1996).
Die Behindertenverbände beklagten wiederholt die Einschränkung der Frühförderung behinderter Flüchtlingskinder durch das AsylbLG (Lebenshilfe 1997).

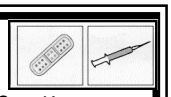
Die Umsetzung der erneuten Verschärfung des AsylbLG vom September dieses Jahres (§1a Anspruchseinschränkung) (1) ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Für Niedersachsen liegt ein Entwurfserlass vor, der vorsieht, in jedem Fall bei diesem Personenkreis das Taschengeld zu streichen. Die Betroffenen verfügen so über keinerlei Bargeld mehr, um öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, ihren Anwalt zu kontaktieren, geschweige denn zu bezahlen etc.. Sie sind also gezwungen, auf kriminelle Weise zu überleben (Classen, G. 1998a).

In Berlin wird von den Ausländerbehörden auf den Bescheinigungen vermerkt „Identität ungeklärt“, wenn Flüchtlinge keinen Pass besitzen, obwohl der Personalausweis oder andere Idenitätsnachweise vorliegen. Die Sozialämter folgern daraus, die Betroffenen würden unter § 1a AsylbLG fallen, da sie vorsätzlich ihre Identität verschleierten, um so einer Abschiebung zu entgehen und verweigern tatsächlich sämtliche Leistungen. Einem 15jährigen muslimischen Flüchtling aus dem Sandzak, der unter einer Bronchitis litt, ist mit dieser Begründung die Krankenbehandlung verweigert worden.

Abgesehen von den Einschränkungen der medizinischen Versorgung durch die gesetzlich gewollte Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Regelversorgung, enstehen weitere Versorgungslücken aufgrund der fehlenden Integration von ausländischen Familien. Unzureichende Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem führen zu einer geringeren Teilnahme der Flüchtlingskinder an Vorsorgeuntersuchungen sowie an Impfungen. Die fehlende Information über die Möglichkeiten

und die Funktion der ambulanten Behandlung verursacht häufige und kurze Krankenhausaufenthalte. Diese stellen nicht nur eine psychosoziale Belastung für Eltern und Kinder dar, sondern verursachen auch vermeidbare Kosten (Mashkoori et al. 1998). Die Integration der Flüchtlingskinder in die deutsche Gesellschaft wird durch die Weigerung einiger niedersächsischer Kommunen die Kosten für den Besuch von Kindergärten (Weber, K. 1997, Junge Welt vom 30.7.98) zu übernehmen nicht verbessert.

Das Gesundheitswesen ist auf ausländische Patientinnen und Patienten und ihre spezifschen Probleme auch nicht vorbereitet. Neben den einfachen Sprachproblemen führen ethnomedizinische Besonderheiten, das unterschiedliche Wahrnehmen von Gesundheit und Krankheit sowie kulturspezifische subjektive Krankeitstheorien zu Mißverständnissen und falschen Behandlungen. Darüber hinaus verursacht die Migrations- und Fluchterfahrung selbst Traumatisierungen und psychosomatische Erkrankungen, die meist nicht adäquat therapiert werden können (vgl. Collatz, J. et al. 1992, David et al. 1998). Weiß ein deutscher Arzt oder eine deutsche Ärztin, was eine Mutter meint, die ihr Kind zur Behandlung bringt und klagt, es habe „Blutfieber"?



Ein 14jähriger Kosovo-Albaner litt unter einem großen Kammerscheidenwanddefekt des Herzens mit Verengung der Lungenschlagader, die bereits zur Blausucht geführt hatte und dringend operationsbedürftig war. Der Flüchtling kam im Frühjahr 1999 in das Durchgangslager Bramsche bei Osnabrück und im Marienhospital Osnabrück wurde dieser Herzfehler diagnostiziert. Zur weiteren Untersuchung wurde er nach Bad Oyenhausen ins Herzzentrum überwiesen. Dort wurde die Indikation zur Operation gestellt. Der Leiter des Flüchtlingslagers in Bramsche in seiner Eigenschaft als Bediensteter des Landes Niedersachsens entschied jedoch, dass die Operation nicht finanziert werden könne. Dabei hat er das geltende Asylbewerberleistungsgesetz mißachtet, denn dieses regelt den Anspruch auf Behandlung von akuten und schmerzhaften Erkrankungen in § 4 sowie von Krankheiten, deren Therapie zur Sicherung der Gesundheit unerläßlich ist (§6). Der mit dem beschriebenen Herzfehler einhergehende Sauerstoffmangel und die Herzschwäche müssen zur Sicherung der Gesundheit dringend behandelt werden, da sonst eine Verschlimmerung des Zustandes mit reduzierter Lebenserwartung droht. Zudem führt eben die durch den Herzfehler hervorgerufene Luftnot auch zu akuten Beschwerden.
Nach diesem abschlägigen Bescheid des Lagerleiters setzten die behandelnden Ärzte einen Spendenaufruf in die Zeitung, um das Leben des Jungen zu retten. Aufgrund des Spendenaufkommens konnte er dann operiert werden.
Soweit – so gut! Bemerkenswert ist dabei hier nicht nur die selbstherrliche Haltung des Lagerleiters; auch die Selbstverständlichkeit, mit der die Rechtlosigkeit von Flüchtlingen hingenommen wird, ist erschreckend. Anstatt bei den zuständigen Behörden zu intervenieren und die Dringlichkeit der Operation medizinisch zu begründen, wandten sich die Ärzte, die sich für den Jungen engagierten, mit der Bitte um Mildtätigkeit an die Öffentlichkeit.

Beitrag auf der Anhörung zum Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen. In: Dokumentation der Anhörung, April 2000. Bezug über: Flüchtlingsrat Niedersachsen

3. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

„Dem Gesetz nach sind minderjährige Flüchtlinge ab dem 16. Lebensjahr asylmündig und werden,....,wie Erwachsene behandelt. Sie werden nach den Regelungen des Asylverfahrensgesetzes umverteilt, müssen ohne gesetzlichen Vertreter einen Asylantrag stellen und werden ohne pädagogische Betreuung in den mehrere hundert Menschen umfassenden Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht" (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 1998, S. 15). Nach den Bestimmungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) wären auch 16-18jährige als Jugendliche zu behandeln. Aber Ausländer sind nach deutschem Recht schneller erwachsen(2).

Für die Haupteinreiseorte wie Berlin, Hamburg, Frankfurt/M., Köln und München bedeutet das, minderjährige Flüchtlinge unter 16 nicht in andere Bundesländer umverteilen zu können. Sie müssen in Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht werden. Es tobt daher ein zäher Kampf um die Altersfestlegung der Jugendlichen. Früher erfolgte die Feststellung des Alters meist durch Röntgen der Handwurzelknochen. Inzwischen haben aber verschiedene ärztliche Standesorganisationen dagegen protestiert, da die Methode erstens ungenau und zweitens berufsrechtlich als Körperverletzung zu werten ist. Mittlerweile wird das Alter der Kinder durch „Inaugenscheinnahme" durch Sachbearbeiter der Ausländerbehörde oder des Jugendamtes vorgenommen (Grenz, C. 1998, Jockenhövel-Schicke, H. 1998). Den Betroffenen wird dann ein fiktives Geburtsdatum („mindestens 16") in die Papiere geschrieben. In Hamburg werden bei Zweifeln an der Altersangabe von Jugendlichen LKA Beamte hinzugezogen. Sind auch diese überzeugt, dass der Betroffene älter ist als er angibt, wird er vorläufig festgenommen, und es wird Anzeige erstattet wegen Verdachts der mittelbaren Falschbekundung (Grenz, C. 1998).

Für Flüchtlinge unter 16 Jahren werden Vormünder bestellt. In der Regel sind das Amtsvormünder. Diese unterstützen ihre Mündel im Asylverfahren kaum oder gar nicht. Gegen ablehnende Bescheide das Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge wird „im Interesse des Jugendlichen" meist keine Klage erhoben (Selders, B. 1998). Kinderspezifische Fluchtgründe wie drohende Zwangsrekrutierung zu Miliärdiensten,Beschränkung des Zugangs zur Bildung, Zugehörigkeit zu einer verfolgten Familie oder Minderheit oder Zerrüttung der Familie gelten in der Regel nicht als asylrelevante Gründe. Die begründete Furcht der Eltern, die ihre Kinder auf die Flucht schicken, kann von den Kindern meist nicht substantiiert vorgetragen werden (Jockenhövel-Schiecke, H1998). Diesen kinderspezfischen Fluchtumständen wird nicht Rechnung getragen. Es kommt auch immer wieder vor, dass Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren in Abschiebehaft genommen werden (Pro Asyl 1998)

Die mangelnde Betreuung der 16-18-jährigen Jugendlichen führt auch zur Gesundheitsgefährdung. In Dissen ist 1996 bei einem 17-jährigen Jungen aus Afrika monatelang eine offene Tuberkulose verkannt worden. Der Junge war in einer Notunterkunft untergebracht, und niemand fühlte sich verantwortlich, sich um den erkrankten Jugendlichen zu kümmern (persönliche Mitteilung Frau Maria Heuer, Sozialarbeiterin bei der Stadt Dissen).

Einem ebenfalls 17-jähriger Junge aus dem Kosovo, der seine Eltern bei den Vertreibungen durch die serbische Armee verloren hatte, verweigerte das Jugendamt Pankow in Berlin jegliche Hilfe (Unterkunft, Lebensunterhalt, Krankenhilfe), da er keinen Paß besaß und daher unter die Leistungseinschränkung §1a des AsylbLG falle. Es wurde allerdings kein schriftlicher Bescheid ausgestellt, die Sachbearbeiterin erläuterte das Vorgehen mit dem Hinweis, „es gehe schließlich um ihre Steuergelder und nur deshalb kämen ja die Flüchtlinge aus dem Kosovo nach Deutschland“ (Classen, G. 1998, S. 2).

4. Projekte, Schlußfolgerungen und Forderungen

Das obige Zitat belegt die Interaktion zwischen persönlichen, teilweise rassistischen, Meinungen der Ausführenden in den Behörden und der gesetzlich gewollten Ausgrenzung von Flüchtlingen aus der Regelversorgung. Das AsylbLG begründet ein Zwei-Klassen-Recht in Deutschland.

Um den schlimmsten Auswirkungen der fehlenden medizinischen Versorgung zu begegnen, haben sich verschiedene Initiativen gegründet. In Hamburg, Berlin, Bochum, Bielefeld und Göttingen existieren Büros für medizinische Flüchtlingshilfe. Diese Büros werden von verschiedenen antirassistischen Gruppen getragen und vermitteln ratsuchenden Flüchtlingen medizinische Leistungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Hebammen oder Krankengymnasten. Diese Angebote stellen also eine Vermittlung dar zwischen Flüchtlingen, die aufgrund des fehlenden Aufenthaltsstatus oder der Einschränkungen des AsylbLG nicht adäquat behandelt werden, und den Praxen, die bereit sind, Betroffene auch unentgeltlich zu betreuen. In Berlin wurden in rund anderthalb Jahren 830 Vermittlungen vorgenommen, davon waren 39 Vermittlungen an Kinderärzte (4,7%).

Auf Initiative der Kampagne „Kein Mensch ist illegal“ hat die niedersächsische Ärztekammer am 29.11.97 einen Beschluß gefaßt, in dem sie ihre Mitglieder auffordert, sich an der anonymen und kostenlosen medizinischen Versorgung von Flüchtlingen zu beteiligen. In Zusammenarbeit mit dem Landesflüchtlingsrat Niedersachsen wird momentan ein ärztlicher Arbeitskreise aufgebaut, der diesen Beschluß mit Leben erfüllen will.

Beratungsstellen Medizinische Hilfe Niedersachsen

In Niedersachsen sind verschiedene Gruppen in der medizinischen Flüchtlingshilfe tätig. Untenstehende Adressen sind unvollständig, hier können jedoch Informationen und weitere Adressen abgefragt werden:
(Bundesweite Adressen im Adressenanhang)

Region Osnabrück/Emsland:
Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.
Referat Migration/Ausländische Flüchtlinge
Johannisstraße 91, 49074 Osnabrück
AnsprechpartnerInnen:
Margret Pues (0541-341-57)
Willi Voss, Norbert Grehl-Schmitt (0541-341-78)

Region Göttingen:
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
c/o Beratungszentrum für Flüchtlinge
Bühlstr. 4, 37073 Göttingen
Tel.: 0551/55766

Region Oldenburg:
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Oldenburg
c/o Hochschulgruppe ausländischer Studierender (HGAS)
AStA der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
26111 Oldenburg
Tel.: 0441/7982673 montags von 15-17 Uhr

Region Hannover:
Medizinische Flüchtlingssolidarität
c/o Flüchtlingsbüro
Zur Bettenfedernfabrik 3, 30451 Hannover
Tel.: 0511/2153031 montags 16-18 Uhr

Alle diese Initiativen können natürlich nur Notlösungen sein. Das Ziel ist weiterhin, Flüchtlinge und ihre Kinder ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus in die medizinische Regelversorgung zu integrieren. Um eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist es darüber hinaus notwendig, Sprachmittlung bei der Behandlung zu garantieren und die ethnomedizinische Weiterbildung zu fördern. Hier leistet das Ethnomedizinische Zentrum in Hannover Pionierarbeit.
Die aufsuchende Gesundheitsbetreuung von Flüchtlingen, wie sie vom Gesundheitsamt Bremen praktiziert wird, ist ein erster Schritt, die medizinische Versorgung von Flüchtlingsfamilien sinnvoll zu gestalten (vgl. Mohammadzadeh, Z. 1997).

In Einzelfällen können die bestehenden Regelungen praktisch human ausgelegt werden. Es sind auch schon teure Herzoperationen für Flüchtlingskinder finanziert worden. Dies muß jedoch meist von Anwältinnen, Sozialarbeitern und der Öffentlichkeit erkämpft werden. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen lokalen Unterstützungsgruppen, Wohlfahrtsverbänden und engagierten Mitarbeitern der Sozial-, Jugend- oder Gesundheitsämter notwendig. Der Flüchtlingsrat kann dabei Koordinations- und Beratungsaufgaben übernehmen, essentiell ist jedoch das Engagement vor Ort.
Oft genug sind die Betroffenen hilflos der Willkür der Sozialämter und Ausländerbehörden ausgesetzt, deren Auslegungen auch deutsche Akademiker nicht in allen Fällen folgen können.
Die Fällen, die hier exemplarisch dargestellt wurden, sind eher postiv verlaufen, weil Beratungstellen und engagierte Professionelle sich für die Betroffenen eingesetzt haben. Über die anderen Fälle liegen die Informationen eben nicht vor. Es steht nicht hinter jeder Flüchtlingsfamilie ein Anwalt oder eine engagierte Beratungsstelle.

Der UNHCR hat 1997 gefordert, dass Kinder die Asyl suchen, in demselben Maß Zugang zum Gesundheitswesen haben sollten wie einheimische Kinder. Der 98. Deutsche Ärztetag hat sich bereits 1995 gegen das AsylbLG gewandt und gegen die Ausgrenzung immer neuer Patientengruppen aus der medizinischen Versorgung protestiert. Der Deutsche Ärztinnenbund hat 1995 gefordert, dass Kinder von .Asylbewerbern und Flüchtlingen deutschen Kindern rechtlich gleichgestellt werden. In diesem Jahr hat der Welt-Ärztebund in Ottawa die Pflicht von Ärzten und Ärztinnen bekräftigt, Menschen unabhänig von ihrem Aufenthaltsstatus medizinisch zu behandeln (FAZ 19.10.98). Solche Beschlüsse können nützliche Vehikel sein, um politischen Druck auszüben. Gerade gegenüber einer grünen Bundesgesundheitsministerin sollte die Forderung nach der Abschaffung des AsylbLG immer wieder deutlich gemacht werden.

Leider liegen so gut wie keine epidemiologischen Daten zu den Auswirkungen des AsylbLG auf die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen vor. Entsprechende Studien und Forschungsvorhaben sind notwendig, um die politische Arbeit zu untermauern.

Literatur:

Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 58 vom 31. August 1998, S. 2505

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg): Allein im Exil, Bonn 1998

Classen, G.: Aushungern, obdachlos aussetzen, krmininalisieren..., Berlin 1998a

Classen, G.: Aushungern, obdachlos machen, illegalisieren - Einzelfälle I - Berlin 1998b

Classen, G.: Teil eines noch unveröffentlichten Manuskripts, Berlin 1997

Collatz, J., Brandt, A., Salman, R., Timme, S., Ethnomedizinisches Zentrum e.V.

(Hrsg.): Was macht Migranten in Deutschland krank?, Rissen 1992

David, M., Borde, T., Kentenich, H. (Hrsg.): Migration und Gesundheit, Frankfurt/M 1998

Fachhochschule Hildesheim/Holzminden - Fachbereich Sozialpädagogik (Hrsg.): Leben im Wohnheim - Flüchtlingsunterbrinung in Stadt und Landkreis Hildesheim, Hildesheim 1998

Flüchtlingsrat Berlin, Ärztekammer Berlin, Pro Asyl (Hrsg.): Gefesselte Medizin, Berlin 1998

Flüchtlingsrat Niedersachsen: Leistungskürzungen für Bürgerkriegsflüchtlinge, Rundbrief 40 (1996), S. 23-24

Grenz, C.: Behördliche Altersfeststeller produzieren Kriminelle, off limits 21 (1998), S.18-21

Jockenhövel-Schicke, H.: Schutz für unbegleitete Flüchtlinge: Rechtsgrundlgen und gegenwärtige Praxis, ZAR 4 (1998), S. 165-175

Lebenshilfe e.V.: Stellungnahme zum Asylbewerber-Leistungsgesetz vom 1.6.1997, Marburg 1997

Mehlem, U.: Der alltägliche Kampf um die Menschenwürde, Berliner Ärzte 9 (1995), S. 24-25

Mashkoori, K., Weth, C,. Gardemann, J.: Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster, Band 7 der Reihe Gesundheitsberichte des Gesundheitsamtes der Stadt Münster, 1998

Mohammadzadeh, Z.: Migration: Weg aus der Ohnmacht, Weg in die Ohnmacht, in: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Wege aus Ohnmacht und Gewalt, Bünde 1997, S. 126-140

Pro Asyl: Das Asylbewerberleistungsgesetz - ein Schreckensgespenst für Flüchtlinge und Asylsuchende, Tag des Flüchtlings (1996), S. 29-31

Pro Asyl: Kinderflüchtlinge - Flüchtlingskinder, Frankfurt/M. 1998

Selders, B.: Minderjährige Flüchtlinge, ZAG 28 (1998), S. 7

Weber, K.: Verweigerung einer Augenoperation, Flüchtlingsrat - Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen 48/49 (1997), S. 119

Weber, K.: Erstattung von Kosten für den Besuch von Kindergärten, Flüchtlingsrat - Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen 46/47 (1997), S. 54

---

(1) Der Text entstand Ende 1998

(2) Der Kinderkonvention der Vereinten Nationen von 1989 ist die Bundesrepublik Deutschland 1992 unter dem Vorbehalt beigetreten, „daß keine Bestimmung der Konvention dahin ausgelegt werden kann, daß sie das Recht der Bundesrepublik Deutschland beschränkt, Gesetze und Verordnungen über die Einreise von Ausländern und die Bedingungen ihres Aufenthaltes er erlassen oder Unterschiede zwischen Inländern und Ausländern zu machen“ (zitiert nach der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen 1998, S. 19).

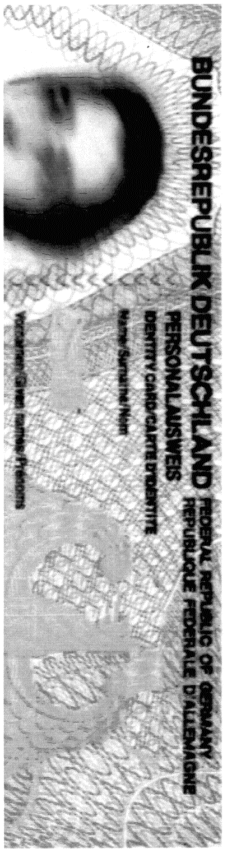
Studie: „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in der BRD unter den Bedingungen des Asylbewerberleistungsgesetzes“

Die IPPNW plant eine Studie in der Daten gesammelt werden von Kommunen, Asylgruppen, niedergelassenen ÄrztInnen und vor allem auch Betroffenen, um so einen möglichst sachlichen Gesamtüberblick über die derzeitige Situation zu bekommen. Die Studie soll vom Public Health Fachgebiet der Universität Berlin wissenschaftlich begleitet und von den Ausländerbeauftragten, den Ärztekammern, Pro Asyl und den Flüchtlingsräten unterstützt werden. Als Laufzeit ist zunächst 1 Jahr angedacht.

PAPIERE

PANIK

papiere
hat nicht
jeder



krank
werden
alle

Kampagne für die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht

Eberhard Vorbrodt, Arzt

Ich gründe meine Erfahrungen nicht darauf, daß ich mich mit dem Thema „Gesundheitliche Versorgung von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht“ hauptberuflich beschäftigte. Während meiner über 25-jährigen freiberuflichen Tätigkeit als Frauenarzt im multiethnischen Berlin bin ich aber zunehmend mit den Folgen konfrontiert worden, denen ausgegrenzte Menschen ausgesetzt sind – auch mit ihren gesundheitlichen Bedürfnissen.
Um dem gegenzusteuern, stellte ich vor Jahren mein Engagement dem Berliner Flüchtlingsrat zur Verfügung, dessen Hauptanliegen es ist, als Lobby für Geflüchtete zu agieren.

Im Zusammenspiel mit Flüchtlingsberatungsstellen, niedergelassenen Kollegen und Klinikern, und, zugegebenermaßen selten, mit Berufspolitikern – bin ich zu Schlüssen, Folgerungen und Forderungen gelangt, über die ich nun in der gebotenen Kürze berichten werde.

Als Ergebnis meiner Ausführungen will ich schon jetzt resümieren:

- In der Millionenstadt Berlin wird einer Population von der Größe einer mittleren deutschen Stadt die medizinische Versorgung vorenthalten.[1]
- Dafür verantwortlich sind Gesetzgeber und kommunale Behörden. Aber auch Institutionen wie die Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer und die Krankenhausgesellschaft, der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Krankenkassen.
- Diese Institutionen haben bisher keine erkennbaren Problemanalysen und Lösungsvorschläge entwickelt, erstrecht nicht die im Berliner Abgeordnetenhaus vertretenen Parteien, die Senatsbehörden und die Ausländerbeauftragte der Stadt Berlin.[2]
- Größtes Hemmnis für derartige Initiativen ist das Ausländergesetz. In ihm wird im § 92 geregelt, daß sich derjenige strafbar macht, der nach Deutschland unerlaubt einreist oder sich dort aufhält ohne wenigstens eine Duldung zu haben.
- Aus dem Straftatbestand des unerlaubten Aufenthaltes wird das Recht abgeleitet, diesen Menschen soziale Leistungen vorzuenthalten – so auch das notwendige medizinische Repertoire. Damit sind höherwertige Menschenrechte und allgemeine Grundsätze ärztlicher Ethik ausländerpolitischen Erfordernissen zum Opfer gefallen.
- Die seit Jahren in Berlin und anderswo bestehenden Initiativen, durch privates Engagement wenigstens ein Minimum an medizinischer Versorgung sicher zu stellen, sind dankens- und nachahmungswert, prinzipiell jedoch nicht zur Lösung der Defizite geeignet.
  Sie sind nur der kleine Tropfen auf den sehr heißen Stein und dürfen nicht suggerieren, es gäbe eine funktionierende Gesundheitsversorgung von „Illegalen“. Ungebeten und unentgeltlich übernehmen sie Aufgaben, deren Lösung die Pflicht Anderer ist.

Ab sofort werde ich den Begriff „Illegale“ nicht mehr benutzen, er ist für mich ein Killer-Begriff um Menschen pauschal zu diffamieren, ja zu kriminalisieren. Ich ersetze ihn mit dem Begriff des „Ausländers ohne Aufenthaltsrecht“.
Dieses Recht haben weder die unerlaubt eingereisten Familienangehörigen von schon lange hier lebenden Ausländern, auch nicht diejenigen, die ihr Besuchsvisum nicht verlängerten, die zur Arbeitsaufnahme ohne Genehmigung einreisten, die sich nach abgelehntem Asylgesuch nicht in ihr Verfolgerland haben abschieben lassen, und in Berlin neuerdings zahllose Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien und vielen afrikanischen Ländern sowie die Ausländer in Abschiebegefängnissen oder im Kirchenasyl.
Von Insidern aus NGOs und Wohlfahrtsverbänden, die mit ihnen in beratenden und helfenden Kontakten stehen, wurde ihre Zahl für Berlin schon 1994 auf zirka 100.000 geschätzt.

Es ist eine große berufsethische Herausforderung und ein sozial- und berufspolitischer Skandal, daß Angehörige dieser Gruppe prinzipiell keinen Anspruch auf eine wie auch immer reduzierte, gesundheitliche Versorgung haben, auch dann nicht, wenn sie Identität und Aufenthaltsort preisgäben, obwohl sie sich damit der Gefahr einer sofortigen Abschiebung aussetzten - selbst einer Verhaftung schon im Krankenhaus.

Erkrankt nun jemand im Sinne einer stationären Unabweisbarkeit wie durch Unfall, Schwangerschaft oder sonst definiertem Notfall, wird es zur Krankenhausaufnahme kommen.[3]
Die Folge ist jedoch eine frühestmögliche Verlegung in ein anderes Krankenhaus mit möglichst niedrigem Kostensatz oder sogar Rücktransport in eine Klinik des Herkunftslandes wie nach Polen, vorausgesetzt, daß Transportfähigkeit vorliegt.[4]
Fast immer wird der Kranke nach Beendigung der akuten Krankheitsphase sofort wieder entlassen. Eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht möglich, der Gesundheitszustand wird sich wieder verschlechtern, Rezidive oder Chronifizierung sind an der Tagesordnung. Für alle im Krankenhaus erbrachten Leistungen erhält der Patient nach Entlassung eine Rechnung. [5] Weil er sie meist nicht begleichen kann, beauftragt die Krankenhausverwaltung ein Inkassobüro, das den Klinikansprüchen auch im Ausland nachgeht. [6] Kann der Patient nicht mehr in die zuvor gewählte Anonymität untertauchen oder wird er sogar aus dem Krankenhausbett zwecks Abschiebung verhaftet [7], ist mit der späteren Verhängung eines lebenslangen Verbots der Wiedereinreise sein jetziger und zukünftiger Aufenthalt in Deutschland ein für allemal beendet.[8]

Eine stationäre Aufnahme bei sonstigen – nicht akuten - medizinischen Indikationen erfolgt wegen fehlender Kostenübernahme so gut wie nie. Die medizinischen Konsequenzen liegen auf der Hand. Bedürfen kranke Ausländer ohne Aufenthaltsrecht ambulanter medizinischer Hilfe müssen sie entweder auf niedergelassene Ärzte oder Erste-Hilfe-Abteilungen oder Notfallsdienste zurückgreifen. Auch hier ist prinzipiell nur eine eingeengte Diagnostik und Anbehandlung entsprechend eines Notfalls möglich, es sei denn, es erfolge die stationäre Aufnahme. Eine weiterführende ambulante Diagnostik zur Klärung der oft vorliegenden komplexen Krankheitsbilder ist nicht möglich. Krankheitsursachen, die durch die spezifische Lebenssitua-

tion bedingt sind, bleiben unberücksichtigt, die Hilfe erweist sich nur von kurzer Dauer, die eingeleitete Therapie kann zu keinem befriedigenden Ergebnis führen – auch, weil deren Fortsetzung nicht gewährleistet ist.

Werden niedergelassene Ärzte aufgesucht, wird fast immer schon beim Erstkontakt Diagnostik und Therapie verweigert, wenn nicht der Nachweis einer Kostenübernahme – z.b. durch Vorlage eines Krankenscheins - erbracht werden kann.

Zusammenfassend stelle ich fest:

- Die stationäre Behandlung kranker Ausländer ohne Aufenthaltsrecht ist nur im Notfall- und auch dann nicht kostenlos - möglich.
- Verlegung oder Entlassung erfolgt primär aus fiskalischen Gründen unter der medizinischen Bedingung der Transportfähigkeit.
- Bedient sich der Patient nicht einer falschen Identität, läuft er Gefahr, noch im Krankenhaus oder nach seiner Entlassung verhaftet und abgeschoben zu werden.
- Die ambulante Behandlung durch Erste-Hilfe-Abteilungen oder ähnliche Dienste ist nur im Sinn der Nothilfe möglich. Aus wirtschaftlichen Gründen lehnen fast alle niedergelassenen Ärzte eine unentgeltliche Inanspruchnahme ihrer Dienste ab.

In Kenntnis dieser Defizite suchen seit Jahren Menschen, die im Medizinbereich tätig sind und sich aus weltanschaulichen oder politischen Bezügen heraus diesen Menschen zugewendet haben, nach Lösungsansätzen.
Sie trieben den Aufbau ambulanter Versorgungsnetze für Ausländer ohne Aufenthaltsrecht voran.

Derartige Bemühungen gehen in Berlin bis ins Jahr 1985 zurück, der Autor war zu jener Zeit einer der treibenden Kräfte. Daraus entstand ein Netz von Therapeuten – von Ärzten, Zahnärzten, Hebammen, Pflegern, Krankengymnasten, Psychotherapeuten - die in ihren Praxen unter Vermittlung eines eigens dafür gegründeten Büros, hilfesuchende kranke Ausländer ohne Aufenthaltsrecht behandeln, ohne dafür ein Entgelt zu erheben. Unter gleichen Bedingungen stellen sich auch Sprachmittler zur Verfügung. Die Unkosten werden aus Spendenmittel beglichen.
Wie die Behandler und Sprachmittler ihre Arbeitskraft kostenlos zur Verfügung stellen, praktizieren es auch die Personen im vermittelnden Büro. Nicht alle sind beruflich im Medizinbetrieb tätig. Zur Zeit umfaßt das Netz 40 Personen. 1998 haben sie zirka 1000 Personen an insgesamt 110 ärztliche und nichtärztliche Therapeuten vermittelt. [9]
Noch in diesem Jahr wird sich in Berlin ein zweites Netz von wahrscheinlich 70 Ärzten und Zahnärzten etablieren. Federführend ist der Malteser Hilfsdienstes e.V.

Seit Jahren haben Flüchtlingsberatungsstellen und Leitungen von Flüchtlingsunterkünften, auch Wohnungslosen- und AIDS-Beratungsstellen und kirchliche karitative Einrichtungen, Adressenlisten von niedergelassenen Ärzten, die in gravierenden Fällen auch Ausländer ohne Aufenthaltsrecht behandeln.[10] Erstreckt sich diese Möglichkeiten nur auf die ambulante Betreuung, so haben sich in den letzten 2-3 Jahren sogar Kliniker in leitender Funktion bereit erklärt, unter Inkaufnahme möglicher Sanktionen von Klinikgleitung oder Krankenkassen in dringenden Fällen fachgerecht und kostenlos zu behandeln. In welchem Mißverhältnis das vorhandene Angebot zum erforderlichen steht, kann man dem folgenden Zahlenmaterial entnehmen.

Medizinischer Versorgungsbereich Berlin

- Struktur -
31.12.1997

Einwohnerzahl *	3.425.759
Niedergelassene Ärzte bzw. ambulant tätige Ärzte *	6.245
Ärzte im Krankenhaus und Vorsorge-oder Rehaeinrichtungen *	7.491
Ärzte im Krankenhaus einschließlich ÄiP *	6.844
Nichtärztliches Personal im Krankenhaus *	44.047
Krankenhausbetten *	26.469
Arztdichte im ambulanten Versorgungsbereich	1 / 548 Einwohner
Arztdichte im stationären Versorgungsbereich (einschließlich AiP)	1 / 500 Einwohner
Nichtärztliche Personaldichte im Krankenhaus	1 / 77 Einwohner
Bettendichte	1 / 129 Einwohner

* Quelle: Statistisches Landesamt Berlin - Statistischer Bericht A IV 1-97

Medizinischer Versorgungsbereich Berlin:

- Potentieller Bedarf der in der Stadt lebenden 100.000 Ausländer ohne Aufenthaltsrecht -

31.12.1997

Unter Zugrundelegung der Zahlen des Statistischen Landesamtes Berlin (Statistischer Bericht A IV 1-97) ergibt sich für eine angenommene Zahl von 100.000 Ausländer ohne Aufenthaltsrecht

In Berlin ein Bedarf von	182	ambulant tätigen Ärzten
	200	stationär tätigen Ärzten
	1.298	nichtärztlichen Personals in Kankenhäusern
	775	Krankenhausbetten

Medizinischer Versorgungsbereich Berlin:

Behandlungsmöglichkeiten der in der Stadt lebenden 100.000 Ausländer ohne Aufenthaltsrecht

31.12.1997

Ausschließlich für diese Gruppe ambulant tätige Ärzte *		keine
partiell im Rahmen der ambulanten Versorgung anderer Zielgruppen (Obdach- und Wohnungslose, AIDS Erkrankte, Familienplanung) ambulant tätige Ärzte *		3
in einem organisierten Netz sporadisch und kostenlos für diese Gruppe arbeitende niedergelassene Ärzte *	zirka	50
nichtorganisiert, sporadisch und kostenlos für diese Gruppe arbeitende niedergelassene Ärzte **	zirka	20
ausschließlich stationär tätige Ärzte bzw. Kliniken **	keine	
Kliniken, die sporadisch Angehörige dieser Gruppe stationär aufnehmen trotz Wissens um fehlende Kostenerstattung **		3

* Umfrage des Autors
** Schätzung des Autors

Medizinischer Versorgungsbereich Berlin:

Behandlungsmöglichkeiten der in der Stadt lebenden 100.000 Ausländer ohne Aufenthaltsrecht

September 1999

in einem organisierten Netz *		
sporadisch und kostenlos arbeitende		
- niedergelassene Ärzte	zirka	50
- Hebammen, Heilpraktiker, Physiotherapeuten	zirka	40
- Sprachmittler	zirka	10
nichtorganisiert **		
sporadisch und kostenlos arbeitende		
- niedergelassene Ärzte	zirka	30
in einem zweiten organisierten Netz ab Oktober 1999		
sporadisch und kostenlos arbeitende		
- niedergelassene und stationär tätige Ärzte ***	zirka	70

* Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
** eigene Schätzung
*** Malteser-Hilfsdienst e.V.

Wichtigster Richtungsweiser auf dem Weg weiterführender Lösungsansätze ist es, die Existenz von Ausländern ohne Aufenthaltsrecht nicht nur aus ordnungspolitischer- oder vielleicht noch finanzpolitischer Sicht im Blick zu haben. Sie befinden sich nicht im Niemandsland, leben mitten unter uns, arbeiten mit und für uns, fördern durch ihre billige Arbeitskraft die wirtschaftliche Stärke Deutschlands und erhöhen unsere Lebensqualität. Wie alle haben auch sie existentielle Bedürfnisse – auch für ihre Gesundheit. Allerdings sind sie dabei dem Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen - die medizinische Versorgung der Bevölkerung Deutschlands zu sichern - entzogen. [11] Sie sind nicht im Blick von Gesundheitspolitikern, es sei denn, diese nähmen das Bundesseuchengesetz zum Maßstab und den Schutz der deutschen Bevölkerung zur Meßlatte. Selbst in der Forschung sind sie „kein Thema". Verläßliche Daten über Morbidität mit ihren spezifischen Ursachen und deren Mortalität sind nicht erhoben. Langzeitstudien sind wohl per se zum Scheitern verurteilt.

Von diesen Befunden ausgehend, bieten sich - nicht nur für Berlin – zukünftige Handlungsperspektiven an: Es gilt, alle schon vorhanden Möglichkeiten der gesundheitlichen Betreuung dieses Personenkreises weiterzuentwickeln. Die privaten Behandlernetze müssen ausgebaut und gestärkt werden. Dazu gehört eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit, auch in berufspolitischen Medien, Veranstaltungen und Sponsoring. Kliniken in Trägerschaft von Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden - also sog. Tendenzbetriebe - sollten sich zu einer verstärkten Bereitstellung von Behandlungskapazitäten durchringen. Abteilungs- und Klinikchefs, die bei stationärer Behandlung nur den entsprechenden Pflegesatz in Rechnung stellen und auf Vergütung eigener Leistungen verzichten, dürfen nicht mehr zu den Raritäten meiner Berufsgruppe zählen.
Parallel dazu sollte sich der öffentliche Gesundheitsdienst diesen Aufgaben öffnen.

Im Gegensatz zur rudimentär praktizierten, aufsuchenden Tätigkeit des Dienstes bei Asylsuchenden und Flüchtlingen in ihren Wohnunterkünften[12] müßten für diesen Personenkreis Beratungs- und Therapiestellen eingerichtet werden, die zusätzlich zum Netz unentgeltlich behandelnder Ärzte die Angebotspalette erweitern. Im nächsten Schritt kann dann ein Verbund mit niedergelassenen Ärzten mit interkultureller medizinischer Kompetenz aufgebaut werden.

Stehen für die schon vorhandenen Behandlernetze und deren weiteren Ausbau keinerlei staatliche Finanzen zur Verfügung, werden die vorgeschlagenen Parallelstrukturen durch die Tätigkeiten des ÖGD nur dann arbeitsfähig sein, wenn finanzielle Ressourcen der öffentlichen Hand durch Prioritätenverschiebung der infrage kommenden Etats freigesetzt werden können.

Voraussetzung, dass dies gelingt, ist nicht zuletzt der überzeugende Transfer von vorhandenem migrationsmedizinischen Fachwissen zu den kommunalen Entscheidungsträgern und eine Kosten- Nutzenanalyse unter den Gesichtspunkten, wie man arbeitslose Ärzte und anderes medizinisches Personal durch Beschäftigungsprogramme wieder in den Arbeitsprozess eingliedern- und teure Erste-Hilfe- und Notfalldienste durch seltenere Inanspruchnahme entlasten kann. Auch die Etatentlastung von Sozialämtern, die letztlich doch die entstandenen Krankenhausdefizite durch nicht beglichene Rechnungen übernehmen müssen, ist zu überprüfen. Da dies jedoch meist erst auf dem Klagewege geschieht, würde davon auch die völlig überlastete Verwaltungsgerichtsbarkeit profitieren.
Wären nun für dieses Projekt die entstehenden Personalkosten gedeckt, müßten die Sachkosten für Diagnostik und Therapie

aus einem noch einzurichtendem Fond beglichen werden, und zwar bei all' denjenigen Praxen, die während ihres Betriebes ihre Arbeitskraft entgeltlich der Versorgung kranker Ausländern ohne Aufenthaltsrecht zur Verfügung stellen. Dies gilt dann auch für den ÖGD in diesem Arbeitsbereich und für alle Kosten im Klinikbetrieb abzüglich der Personalkosten. Anteilmäßig würde sich der Fond durch Beiträge im Umlageverfahren der Krankenhäuser einschließlich der Universitätskliniken speisen, entsprechend der Häufigkeit ihrer Frequentierung.[13] Neben den Sozialämtern der Stadt müssen sich aber auch die betroffenen Ausländer selber am Fond beteiligen. Ein noch zu entwickelndes Versicherungssystem, ähnlich der Reisekrankenversicherung für Ausländer, als Grundbedingung der Gewährung ihres Einreisevisums ist schon mit den jetzigen Versicherungsprämien tragbar.[14] Das Resultat dieser – zugegebenermaßen utopisch klingenden Entwicklung - darf jedoch nicht eine Dreiklassenmedizin, geschweige denn eine Armutsmedizin sein, deren Gefahren schon von Rudolf Virchow beschrieben und von Heinrich Zille gezeichnet wurden.

Dem Personenkreis der Ausländer ohne Aufenthaltsrecht muß also der ungehinderte Zugang zu medizinischen Leistungen entsprechend denjenigen für deutsche Sozialhilfeempfänger geöffnet werden. Dafür muß der Gesetzgeber die Voraussetzung schaffen. Das Ausländer- und Asylverfahrensgesetz muss entsprechend novelliert und das Asylbewerberleistungsgesetz ersatzlos gestrichen werden.

Daß sich in Zeiten knapper Kassen, verschobener Ausgabe-Prioritäten und gewandelter sozialer Bezugspunkte deutscher Politik derartige Vorhaben wegen fehlender politischer Mehrheiten nicht durchsetzen werden lassen, ist das Dilemma, in dem wir stecken. Daher werden auch die dringend notwendigen Gesetzesinitiativen zur Erweiterung des Fundus der Sozialabkommen – jetzt mit Ländern des ehemaligen Ostblocks - nicht zustande kommen, obwohl sich gerade aus diesen Ländern die Mehrzahl der Menschen rekrutiert, von denen hier die Sprache war.

So kann zur Zeit also nur unterhalb der gesetzgeberischen Ebene agiert werden.
In den Amtsstuben müssen die vorhandenen Gesetze zugunsten der betroffenen Menschen interpretiert werden und nicht gegen sie. Dabei sollten Entscheidungsspielräume genutzt und vorhandene Initiativen auf ínstitutioneller und privater Ebene gefördert werden. Hierbei eröffnet sich ein bunter Strauß von Möglichkeiten:

- Es obliegt den Ausländerbehörden, durch ihre Entscheidungen die Zahl der Ausländer ohne Aufenthaltsrecht zu reduzieren und sie nicht selber noch zu vergrößern.[15]
- Öffentliche Gesundheitsdienste können innerhalb ihrer Infrastruktur verstärkt gesundheitliche Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbieten.
  Auch ohne Erhöhung ihrer Personal- und Sachmittel sollte es möglich sein, gleiche Leistungen allen Säuglingen und Kleinkindern zu gewähren und dies nicht vom Aufenthaltsstatus abhängig zu machen. Dann könnte man sogar die Voraussetzungen dafür schaffen, Kinder solange vor der Abschiebung zu bewahren, solange sie nicht den von der ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut geforderten Impfschutz genießen. [16]
- Landesregierungen haben die Möglichkeit, sog. Härtefallkommissionen einzurichten, die Menschen vor ihrem ausländerrechtlichen „Aus" schützen. In über 50 % aller Fälle der Berliner Härtefallkommission des letzten Jahres wurden gesundheitliche Gründe zum erhofften Verbleib in Berlin angeführt.
- In Kirchenasylfällen können korrigierende Entscheidungen von Landesbehörden die fast immer psychosomatisch erkrankten Menschen aus ihrem rechtlosen Dasein befreien und zu deren Gesundung beitragen.
- Ärztekammern können Träger von Beschäftigungsgesellschaften sein, die arbeitslose Ärzte zur Betreuung dieses Personenkreises einstellen. [17]
- Würden Projekte niedrigschwelliger medizinischer Angebote für wohnungslosen Menschen von Freien Trägern auch Ausländern ohne Aufenthaltsrecht in vermehrtem Umfang zur Verfügung stehen, wäre auch dies ein willkommener Beitrag.
- Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland könnten Beiträge ihrer Mitglieder nutzen, um derartige Vorhaben anzustoßen und mit zu finanzieren. [18]
- Wohlfahrtsverbände und kirchliche Träger von Krankenhäusern sollten einen Teil ihrer Ressourcen auf dem Gebiet der stationären medizinischen Versorgung zur Verfügung stellen, vorausgesetzt, sie planten dies im vorhinein in ihre Verlustrechnung ein. Dabei wären ihre eigenen ethisch- weltanschaulichen Grund- und Leitsätze hilfreich. [19]
- Niedergelassene Ärzte, Hebammen, Zahnärzte, Psycho- und Physiotherapeuten könnten sich trotz Gesundheitsreformen in den Reigen derjenigen einreihen, die, auch ohne Gebühren zu erheben, sporadisch kranke Menschen behandeln.

All dies wird in Berlin und anderswo in Deutschland ansatzweise praktiziert - steht in seiner Intensität jedoch immer in deutlicher Diskrepanz zu den Erfordernissen.
Auf allen genannten Gebieten nachzubessern würde der Entschließung des Weltärztebundes vom Oktober 1998 Genüge tun. Darin wurde unter anderem beschlossen, dass

Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Hilfe zukommen zu lassen und Regierungen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung einschränken dürfen noch die Pflicht des Arztes zu helfen. [20]

(Vortrag auf einer Fachanhörung zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main, Amt für multikulturelle Angelegenheiten, 22.September 1999)

1 Abgeordnetenhaus von Berlin, 12.Wahlperiode, Drucksache 12/5842: Bericht zur Integrations- und Ausländerpolitik 1995
2 Verneinung entsprechender schriftlich geäußerter Anfragen des Autors an die Adressaten
3 Ergebnis der Umfrage des Flüchtlingsrates Berlin bei 26 Berliner Krankenhäusern im Jahr 1997
4 30.01.1997: Ergebnisloser Versuch der Charitè Berlin, eine Polin ohne Aufenthaltsrecht gegen ihren Willen am 3. Tag nach Kaiserschnitt in ein polnisches Krankenhaus zu verlegen. Erst nach Intervention Dritter wurde der einbehaltene polnische Paß wieder ausgehändigt und die Patientin entlassen.
5 Ausländer ohne Aufenthaltsrecht gelten als Privatpatienten.
6 Dem Autor sind Fälle bekannt, bei denen Inkassodienste in Polen Mopeds oder Fernsehapparate zugunsten Berliner Kliniken pfändeten.
7 1996: 1 Fall Berlin. 1997: 1 Fall Düsseldorf. 1 Fall Friedrichsdorf. 1998: 1 Fall Münster. 1999: 1 Fall Berlin
8 § 8 Ausländergesetz
9 Büro für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin, Anfrage des Autors
10 Berliner AIDS-Hilfe e.V., M.U.T., BALANCE, Caritas, Ambulanz am Hauptbahnhof, etc.
11 Sozialgesetzbuch, 5.Buch. Gesetzliche Krankenversicherung, § 72
12 Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales: Schlußbericht auf die kleine Anfrage Nr.3800 vom 11.Juni 1998 über die Medizinische Versorgung für Migrantinnen und Migranten sowie Flüchtlinge.
13 Der Ausschuß für Gesundheit und Soziales des Berliner Abgeordnetenhau-

ses lehnte am 6.November 1997 einen Antrag von Bündnis 90/ Die Grünen ab, einen bezirksübergreifenden Kostendeckungsfond für nicht versicherte Patienten einzurichten.

14 Zur Zeit je nach Versicherungsgesellschaft und Leistungsumfang DM 40,00 bis DM 80,00 im Monat.

15 Seit Monaten werden in Berlin einreisenden Flüchtlingen aus dem Kosovo oder Albanern das Aufenthaltsrecht entzogen bzw. erst gar nicht mehr gewährt.

16 Veröffentlicht im Epidemiologischen Bulletin 15/98 vom 17.April 1998.

17 Die Ärztekammer Berlin ist Träger der Beschäftigungsgesellschaft M.U.T., die u.a. niederschwellige medizinische Angebote für Obdachlose bereit hält.

18 Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin beteiligt sich mit einer sog. Fallpau0le an diesem Projekt.

19 Die beiden katholischen Ordensgemeinschaften der Franziskanerinnen von Waldbreitbach und der Armen Dienstmägde Jesu Christi in Dernbach haben schon 1994 beschlossen, für „Illegalisierte“ ein Sofortprogramm von DM 500.000,00 aufzulegen. Diese Summe war dann auch in kürzester Zeit aufgebraucht.

20 WELTÄRZTEBUND: Handbuch der Deklarationen. Bundesärztekammer, Auslandsdienst. Herbert-Lewin-Str. 1. D-50931 Köln.

Arzt und Praxis

Flüchtlingshilfe

Am Beispiel Hannover: Praktische Erfahrungen mit der medizinischen Flüchtlingshilfe

Spendenkonto:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Arztblatt 6/99

Gesundheitsversorgung in Herkunftsländern

Stellungnahmen zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in der Türkei

Gisela Penteker

Gisela Penteker ist Mitglied eines Arbeitskreises Deutschland/Türkei/Kurdistan der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhinderung von Atomkriegen) und in dieser Eigenschaft in den letzten Jahren regelmäßig sowohl in Ankara, Istanbul und Adana als auch in den Ausnahmezustandsgebieten im Südosten der Türkei gewesen.
Schwerpunkt der Reisen waren Kontakte mit Kolleginnen und Kollegen der Ärztekammern und die Beobachtung der medizinischen Versorgung der Menschen im Südosten und der Flüchtlinge in den Metropolen. Zu letzterem schreibt sie:

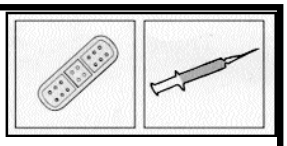
Die Ausführungen des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge können wir nach unseren persönlichen Recherchen nicht bestätigen. Auch die Einschätzung des aktuellen Lageberichtes des Auswärtigen Amtes können wir nicht teilen.

In der Türkei wird eine gute Medizin nach westlichen Standards betrieben und alle Krankheiten können adäquat behandelt werden. Allerdings gibt es ein großes West/Ost-Gefälle. Außerdem ist diese gute Medizin für kurdische Flüchtlinge unerreichbar. In Ihre Dörfer können sie in der Regel nicht zurück, weil diese entweder zerstört sind oder weil die Gründe für die Flucht fortbestehen. In den Städten leben sie in Slums unter erbärmlichen Bedingungen. Es gibt keine Arbeit.

Manchmal können Kinder und Frauen für einen Hungerlohn in einer Textilfabrik arbeiten, die Kinder auch als Straßenverkäufer. Es gibt für diese Menschen kein „soziales Netz“. Für Bedürftige gibt es eine Krankenversichertenkarte, die „Yesil Kart“, die zur Notfallbehandlung in staatlichen Krankenhäusern und Gesundheitsstationen berechtigt. Meist müssen die Patienten vor der Behandlung trotz der Karte bestimmte Gebühren errichten. Diese sind zwar nicht hoch, für Menschen ohne Einkommen aber trotzdem eine Hürde. Die zur Behandlung nötigen Medikamente müssen in jedem Fall vom Patienten selbst gekauft werden.

Für die Flüchtlinge in den Metropolen, die nicht in ihre Dörfer zurückkehren können, ist die Situation noch schwieriger. Auf dem Papier gibt es auch für sie die Möglichkeit, eine Yesil Kart zu beantragen. Es besteht auf diese Karte kein Rechtsanspruch und alle unsere Gesprächspartner haben uns versichert, dass kurdische Flüchtlinge die Karte nicht bekommen.
Auf dem Papier gibt es auch die Möglichkeit, daß der Staat in Härtefällen die Medikamentenkosten übernimmt. In keinem einzigen Fall konnten unsere Gesprächspartner vor Ort das bestätigen.

Nach unseren Recherchen haben kurdische Flüchtlinge unter den derzeitigen Bedingungen in der Türkei keine Chance, eine medizinische Behandlung zu erhalten.



Die 42jährige Bosnierin Hamida Mujanovic stirbt drei Monate nach ihrer Abschiebung aus Deutschland, weil es die notwendigen Medikamente in Bosnien nicht gab. Hamida Mujanovic litt an schwerem Asthma, mehrfach war sie nach ihrer Flucht nach Deutschland deshalb im Krankenhaus. Lebensgefahr bei einer Abschiebung nach Bosnien wurde ihr von verschiedenen Ärzten attestiert. Die zuständige Ausländerbehörde in Velbert jedoch sah den Standard der medizinischen Grundversorgung in Bosnien auf der Grundlage ihrer Unterlagen „auf einem zufrieden stellenden Stand“ und drohte Frau Mujanovic mit ihrem Mann und zwei Kindern die Abschiebung an. Um dem zu entgehen reiste die Familie im August 99 „freiwillig“ aus. Drei Monate später ist Hamida Mujanovic tot. Der behandelnde Arzt in Bosnien schreibt nach ihrem Tod am 17. November 99 an seine deutschen Kollegen, dass die notwendigen Medikamente (Atrovent Sol, Bricanilamp, Methylprednisolon, Volon und Bambec) in Bosnien Mangelware wären. Vergleichbares gäbe es, wenn überhaupt, nur zu ungeheuer hohen Preisen. Er habe seiner Patientin geraten, sich die Medikamente aus Deutschland zu besorgen. Der Brief schließt mit den Sätzen: „Dies schreibe ich Ihnen aus dem Grund, weil Frau Mujanovic und ihr Leben außerhalb der paraphierten Veträge zwischen Bosnien und Deutschland lag. Wir sind nicht flexibel. Aber traurig ist, dass auch Sie als eines der fortschrittlichsten und meist entwickelsten Länder der Welt es auch nicht sind.“
(nach Frankfurter Rundschau 29.3. 2000)

Folter-Beweise

Nachweis körperlicher Folter-Spuren durch MedizinerInnen - Ein Beispiel aus Niedersachsen

Gisela Penteker

Wie Flüchtlinge im deutschen Rechtsstaat um ihr ohnehin kümmerliches individuelles Asylrecht gebracht werden Herr A., Kurde aus der Türkei, wird am 27.1.00 am Stader Bahnhof ohne gültige Papiere aufgegriffen. Er wird von der Polizei verhört, wo er angibt, dass er einen Asylantrag stellen will. Es wird ihm versichert, dass er dazu Gelegenheit haben wird, und er wird in die Außenstelle der JVA Stade in Cuxhaven in Abschiebehaft gebracht. Am 1.2. sieht ihn dort Frau S. vom Arbeitskreis Asyl. Sie sorgt dafür, dass er mit seinem Bremer Anwalt telefonieren kann, den Verwandte für ihn besorgt haben. Frau S. fällt auf, dass Herr A. sehr dünne Oberarme hat, die er auf erlittene Folter in einem Istanbuler Gefängnis zurückführt. Der Anwalt bittet ihn, seine Verfolgungsgeschichte aufzuschreiben und ihm zu schicken für den Asylantrag. Frau S. fragt mich als Ärztin um Rat wegen der dünnen Arme. Am 11.2. habe ich in Begleitung von Frau S. Gelegenheit, Herrn A. in der JVA Cuxhaven zu sehen. Er zeigt uns zwei Briefe vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge aus Bremen, beide vom 2.2.00. Im ersten Brief wird ihm mitgeteilt, dass sein Asylantrag eingegangen sei, im zweiten Brief vom selben Tag, dass der Antrag abgelehnt sei, weil keine neuen Asylgründe geltend gemacht worden seien.

Gegen diesen Bescheid habe er eine Woche Einspruchsfrist. Die Woche ist gerade verstrichen. Er hat nichts unternommen, weil er die Briefe nicht verstanden hat. Wie kann sein Asylantrag in Bremen eingehen und abgelehnt werden, den er doch noch gar nicht gestellt hat? Auch der Anwalt versichert uns, dass der Antrag am 2.2. noch nicht gestellt war. Was also ist geschehen? Das Polizeiprotokoll aus Stade, in dem Herr A. lediglich zu seiner Person und zu seinem Fluchtweg nach Deutschland befragt wurde mit dem Hinweis, dass er seine Fluchtgründe bei seinem Asylantrag erläutern könne, ist als Asylantrag nach Bremen weitergeleitet und abschlägig beschieden worden. Das Verwaltungsgericht Bremen segnet dieses Vorgehen am 3.3. ab und verweist auf die nicht eingehaltene Einspruchsfrist.
Inzwischen ist der 7. Mai. Herr A. ist immer noch in Abschiebehaft. Es ist immer noch nicht klar, ob ein Asylantrag oder ein Folgeantrag gestellt werden kann. Immer noch hat niemand, der über sein Schicksal zu entscheiden hat, ihn angehört. Was muß ein Deutscher tun, um für vier Monate ins Gefängnis zu kommen?

Und was hat Herr A. getan? Er ist in seiner Not ohne gültige Papiere eingereist, um hier Schutz zu suchen.

Die Vorgeschichte

Es folgt die Verfolgungsgeschichte in Kürze, wie Herr A. sie uns mündlich und seinem Anwalt schriftlich erzählt hat. Herr A. stammt aus dem Dorf Karacocan im Bezirk Elazig im Südosten der Türkei. 1994 hat er wegen politischer Verfolgung als Ünterstützer der PKK in Deutschland Asyl beantragt. Der Antrag wurde nach neun Monaten am 11.10.94 abgelehnt und Herr A. in die Türkei abgeschoben. Auf dem Flughafen Istanbul ist er sofort verhaftet worden. Während der anschließenden fünfmonatigen Haft wurde er gefoltert u.a. durch Aufhängen an den Armen und Abspritzen mit Wasser. Auf das Aufhängen an den zusammengebundenen Händen führt er die Schwächung seiner Oberarmmuskeln zurück, die sich in der Zeit nach der Haft entwickelt hat und jetzt seit längerem konstant ist. Nach der Entlassung aus dem Gefängnis fuhr er nach Hause zu seiner Familie. Dort hat er aber niemanden mehr vorgefunden. Sein Elternhaus war zerstört. Nachbarn erzählten ihm, dass sein Vater von Soldaten abgeholt worden und seitdem verschwunden sei. Seine Mutter und zwei seiner Geschwister fand er bei einem Onkel in Mersin. Dort kam auch er unter und konnte im Geschäft des Onkels mitarbeiten. Am 5.5.96 wurde er zum Militärdienst eingezogen. Wegen der Schwäche in seinen Armen war der Dienst für ihn sehr mühsam.

Ständiges Vorsprechen beim Militärarzt führte dann endlich nach 15 Monaten zur vorzeitigen Entlassung. Danach hat er wieder bei seinem Onkel in Mersin gelebt und gearbeitet. Nach der Verhaftung von Abdullah Öcalan hat er sich mit seinem Onkel und etwa weiteren 200 Personen an einer Demonstration beteiligt. Er wurde mit vielen anderen festgenommen und blieb 6 Monate im Gefängnis in Mersin. Der Onkel ist noch immer in Haft. Nach seiner Entlassung sah er keine Möglichkeit, in der Türkei weiterzuleben. Er fand einen Weg, wieder nach Deutschland zu kommen. Eine Woche, nachdem er bei Freunden in Stade Unterschlupf gefunden hatte, wurde er am 27.1. dort verhaftet.

Körperliche Folterfolgen - Nachweis möglich?

Die Geschichte hat noch eine zweite Facette. Deshalb bin ich als Ärztin damit befasst:
Frau S. waren die dünnen Oberarme von Herrn A. aufgefallen. Meine Recherchen bei verschiedenen Neurologen und Kollegen, die Folteropfer behandeln, ergaben den Verdacht auf eine Teilplexuslähmung nach Schulterluxation durch das Aufhängen an den Armen. Auf den Nachweis einer solchen Lähmung durch einen Facharzt für Neurologie setzten wir und insbesondere Herr A. große Hoffnung. Die Untersuchung fand - nachdem der Facharzt auf sein Honorar verzichtet hatte - am 26.4. in Anwesenheit von zwei Vollzugsbeamten in Cuxhaven statt. Sie ergab, dass Herr A. wahrscheinlich eine Muskelerkrankung hat, eine Muskeldystrophie vom Gliedergürteltyp. Ob zusätzlich eine Nervenschädigung vorliegt oder ob die Erkrankung durch die Folter zum Ausbruch gekommen oder verstärkt worden ist, konnte mit der Untersuchung nicht geklärt werden. Der vorlie-

gende Befund des Neurologen „beweist“ also die Folter nicht, wie wir gehofft haben. Er widerlegt sie aber auch nicht. Man kann sicher nicht unterstellen, dass Herr A. seine Muskeldystrophie zum Anlaß genommen hat, sich eine passende Foltergeschichte dazu auszudenken.

Ich bin vor wenigen Tagen von einer Reise in die Türkei zurückgekehrt. Trotz aller Hoffnung, die die Menschen in den EU-Kandidatenstatus setzen, trotz der Einstellung der Kämpfe durch die PKK, hat sich an der Situation der Kurden nichts geändert. Die Repressionen gehen unvermindert weiter. Es finden weiter Dorfzerstörungen durch die Regierung in den Ausnahmezustandsgebieten statt. Im Polizeigewahrsam ist Folter weiterhin an der Tagesordnung. Herr A. wäre bei einer erneuten Abschiebung wieder in großer Gefahr, eingesperrt und gefoltert zu werden.

Human Rights Foundation of Turkey: Treatment and Rehabilitation Centers Report 1998, Ankara, December 1999

Aus dem Bericht der Behandlungs- und Rehabilitationszentren der Türkischen Menschenrechtsstiftung 1998:

Im Kapitel Körperliche Langzeitfolgen sind die bei Folteropfern gefundenen Schäden in mehreren Tabellen aufgelistet (S.55 u. 57).

Tab. 5 zeigt, dass 29 von 103 Patienten Beschwerden der oberen Exremitäten angaben.

Tab. 6 listet die Art der Beschwerden des Bewegungsapperates auf. Von 103 Patienten klagten 11 über Nackenschmerzen, 11 über Schulterschmerzen und Bewegungseinschränkungen und 13 über Schwäche in den Armen.

Tab. 7 zeigt die gestellten Diagnosen. Unter 82 Patienten hatten 5 eine Armplexusverletzung, 4 litten unter Folgen einer Plexusverletzung, 4 hatten ein Schultersyndrom, 1 eine Schulter-Periarthritis.

Menschenrechts-Aktivisten unter Anklage

Deutsche Ärztinnen Prozessbeobachter bei Verfahren gegen türkische Kollegen

Izmir / Berlin 12. April 2000: Laut deutscher Prozessbeobachter zeigt die türkische Justiz wenig Interesse an einer konsequenten Strafverfolgung von Folter-Tätern in ihrem Land. Vielmehr behindert sie massiv jene Ärzte, die Folter in ihrem Land dokumentieren und deren Opfer behandeln und überzieht sie mit existenzgefährdenden Prozessen.

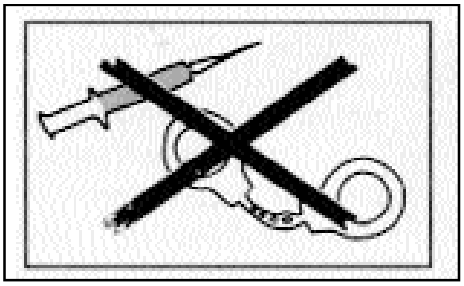
Die gestrigen Gerichtsverhandlungen gegen u.a. die Ärzte Prof. Dr. Veli Lök und Dr. Zeki Uzun in Izmir wurden unter Beobachtung europäischer Ärztevertreter abgehalten. Aus Deutschland waren Frau Britta Jenkins für die Ärztekammer Berlin und Frau Dr. Angelika Claussen, Vorsitzende der deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhinderung des Atomkrieges (IPPNW), anwesend.

Im Falle des Professors Veli Lök kam es nach wenigen Minuten zu einer Vertagung der Verhandlung. Im Falle Dr. Uzun beantragte der Staatsanwalt Freispruch, was Frau Claussen und Frau Jenkins nicht zuletzt dem Interesse der heimischen Öffentlichkeit und europäischen Beobachter zurechneten. Dieses Verfahren Dr. Uzun wird im Mai fortgesetzt. Die deutsche Delegation erklärte nach den Prozessen:

> „Die Abschaffung der Folter und die effektive Durchsetzung der Menschenrechte in der Türkei darf kein Lippenbekenntnis bleiben. Dafür ist die konsequente Strafverfolgung der Täter eine grundlegende Voraussetzung. Deswegen fordern wir besonders die Vertretungen der europäischen Länder auf, sich aktiv für den Schutz der gefährdeten türkischen Menschenrechtler und die Abschaffung von Folter einzusetzen.“

Presseerklärung der Deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/ Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.)

Abschiebehilfe durch Ärzte (?)



Ärzte als Abschiebehelfer?

Entscheidungskonflikte zwischen ärztlicher Berufsordnung und behördlicher Verfügung

Klaus E. Weber, Hamburg

Beitrag auf der Veranstaltung
„Ist Gesundheit teilbar? von Ärztekammer und Flüchtlingsrat Niedersachsen

Der Arzt und Jurist Gregg Bloche schrieb 1996 im Deutschen Ärzteblatt: „ Die Beteiligung von Ärzten bei der Todesstrafe ist ein Extrem eines breiten Spektrums von Tätigkeiten, die von Angehörigen medizinischer Berufe im Dienst von Staat und Öffentlichkeit erwartet werden. Für uns besteht eine entscheidende ethische Herausforderung darin, den Forderungen von Staat und Gesellschaft an die Medizin sinnvolle Grenzen zu setzen“.

Am Beginn meiner Ausführungen möchte ich Sie kurz mit einigen einschlägigen Vorschriften und Gesetzen konfrontieren

A. Gesetze und Verordnungen (einschlägiges am Beispiel von Hamburg)

1. Bundesärzteordnung
   § 1
   (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.
   (2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

2. Hamburgisches Ärztegesetz
   <u>§ 1 Geltungsbereich</u>
   Dieses Gesetz findet Anwendung auf die Ärzte, die in der Freien Und Hansestadt Hamburg den ärztlichen Beruf ausüben

   <u>§ 4 Berufspflichten der Ärzte</u>
   (1) Jeder Arzt ist verpflichtet,
   1. den ärztlichen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen,
   2. sich beruflich fortzubilden und sich über die für seine Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten,
   3. über die Ausübung seines Berufes erhobenen Befunde und die getroffenen Maßnahmen zu fertigen.

3. Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen
   <u>§ 1 Berufsausübung</u>
   1) Der Arzt/die Ärztin dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt/die Ärztin seine/ihre Aufgabe nach seinem/ihrem Gewissen und den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.
   2) Aufgabe des Arztes/der Ärztin ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt/die Ärztin übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er/sie darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften und Anweisungen beachten, die mit seiner/ihrer Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er/sie nicht verantworten kann.
   3) Der Arzt/die Ärztin ist verpflichtet, seinen/ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm/ihr im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Dies schließt insbesondere die Verpflichtung ein, der Ärztekammer Mitteilung bei dem begründeten Verdacht über schwerwiegende Behandlungsfehler zu machen.
   (...)
   6) Der Arzt/ die Ärztin ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.
   (...)
   9) Der Arzt/die Ärztin ist in der Ausübung seines/ihres Berufes frei. Er/sie kann die ärztliche Behandlung ablehnen, soweit er/sie nicht rechtlich zu ihr verpflichtet ist. Insbesondere dann, wenn er/sie der Überzeugung ist, dass das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm/ihr und dem Patienten nicht besteht.
   (...)
   11) Kein Arzt/keine Ärztin darf sich zur Durchführung und Vorbereitung von Maßnahmen zwingen lassen die er/sie mit seinem/ihrem Gewissen nicht vereinbaren kann.

   <u>§ 1a Aufklärungspflicht</u>
   Der Arzt/die Ärztin hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Zur Untersuchung und Behandlung bedarf er/sie der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

   <u>§ 2 Schweigepflicht</u>
   1) Der Arzt/die Ärztin hat über das, was ihm/ihr in seiner/ihrer Eigenschaft als Arzt/Ärztin anvertraut oder bekanntgeworden ist, zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen

über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(...)

4) Der Arzt/die Ärztin ist zur Offenbarung befugt, soweit er/sie von der Schweigepflicht entbunden worden ist, oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.
5) Der Arzt/die Ärztin ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er/sie im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, dass dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt/der Ärztin getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.
6) Wenn mehrere Ärzte/Ärztinnen gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.

(...)

§ 12 Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen
Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt /die Ärztin mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen sein/ihre Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstücks und sein Empfänger sind anzugeben....

B. Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer „Reisefähigkeitsbescheinigung“ ,unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse wie zum Beispiel in Behandlung stehende Traumatisierungen sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.

Beschluss des 102. Deutschen Ärztetags vom 1.-5.6.1999 in Cottbus
(Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 24, 18. Juni 1999 (57) B-1317)

C. Standespolitische Positionen

Im Mai 1999 erscheinen im Hamburger Ärzteblatt folgende „Mitteilungen“ (diese Rubrik ist für die Hamburger ÄrztInnen verbindlich):

„Ärztliche Atteste für ausreisepflichtige ausländische Staatsangehörige“

Von der Ausländerabteilung des Einwohnerzentralamtes erhielt die Ärztekammer Hamburg die Information, dass ärztliche Atteste für ausreisepflichtige Ausländer häufig nicht den formalen Mindestanforderungen genügen. Die Ausländerabteilung hat die schwierige Aufgabe, über aufenthaltsbeendende Maßnahmen von ausreisepflichtigen ausländischen Staatsangehörigen im Einzelfall zu entscheiden. Im Verlaufe des Verfahrens kommt es nicht selten vor, dass Betroffene ein ärztliches Attest vorlegen, in dem bescheinigt wird, dass aus gesundheitlichen Gründen eine Abschiebung in das Heimatland ärztlich nicht zu verantworten ist.

Als häufigster Grund wird in solchen Attesten konkrete Suizidgefahr als Aufschiebehindernis im Sinne der Bestimmungen des § 55 des Ausländergesetzes genannt. Die Behörde hat in diesen Fällen im Rahmen der Amtsaufklärung die Pflicht, eine soweit wie möglich abgesicherte Einschätzung über die reale Suizidgefahr zu gewinnen.

Ärztliche Atteste, die den formalen Mindestanforderungen nicht genügen, in sich nicht schlüssig und nachvollziehbar sind, erschweren die Überprüfung der Behörde unnötig und beinhalten unter Umständen einen Verstoß gegen die Bestimmungen des § 16 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte.
Diese Bestimmungen sehen vor, dass Kammermitglieder bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der gebotenen Sorgfalt zu verfahren haben und ihre ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen und Gewissen aussprechen müssen. Verstöße gegen die genannten Berufspflichten werden gegebenenfalls berufsgerichtlich geahndet. Um solche Komplikationen von vornherein zu verhindern, ist es im präventiven Sinne wichtig, darauf zu achten, dass in ärztlichen Attesten folgende konkreten Angaben enthalten sind:

• zur Diagnose der Erkrankung
• über Zeitraum und Frequenz der bisher durchgeführten Behandlung
• über die zur Diagnosesicherung wesentlichen anamnestischen Angaben und Befunde
• zum bisherigen Krankheitsverlauf während der Behandlung
• zur kurzfristigen und mittelfristigen Prognose des weiteren Krankheitsverlaufes
• über die Gründe, die aus medizinisch-ärztlicher Sicht einen weiteren Aufenthalt in Deutschland erforderlich machen
• über die voraussichtliche Dauer des notwendigen Aufenthaltes
• über die geplanten weiteren Behandlungsmaßnah-men bei dem Patienten
• ggf. über wichtige Erkenntnisse, die die Einschätzung hinsichtlich einer vermuteten Suizidgefahr in sich schlüssig und nachvollziehbar begründen.

Es liegt auf der Hand, dass in dem politisch besonders sensiblen Bereich der Ausweisung von ausländischen Staatsangehörigen die strikte Einhaltung rechtlicher Bestimmungen von allen Beteiligten von besonderer Bedeutung ist.“

Hintergrund der Veröffentlichung ist die (zunächst in einem internen Papier, dann aber auch öffentlich geäußerte) Behauptung der Innenbehörde Hamburg, Hamburger Ärzte hätten durch Ausstellung von „Gefälligkeitsattesten“ die „Rückführung vollziehbar ausreisepflichtiger ausländischer Staatsbürger“ in nennenswertem Maß verhindert. Der Arzt als Abschiebehindernis? So sehen es offenbar die Behördenleitung und einzelne Mitarbeiter.
Der Vorstand der Ärztekammer Hamburg empfängt die Behördenvertreter, führt eine Besprechung durch und „erlässt“ danach das o.a. Papier. In der Folge werden durch die Ärztekammer von der Innenbehörde monierte Atteste einiger Hamburger Ärzte überprüft. Im Ergebnis wird festgestellt, dass die Atteste zwar „sehr knapp gehalten“ seien, jedoch in keinem Fall gegen berufsrechtliche Vorschriften verstoßen hätten.
Die „Mitteilungen“ der Ärztekammer verlangen nun aber sehr detaillierte Angaben über den Gesundheitszustand der PatientInnen. Statt der Behörde nur das Ergebnis (z.B. eine Diagnose und Prognose) mitteilen zu sollen, werden die Ärzte genötigt, den Behördenmitarbeitern Einzelheiten über psycho-soziale Zusammenhänge der Patienten mitzuteilen. Verstößt nicht gerade dies gegen Vorschriften der Berufsordnung?
Die (mündliche) Einlassung unseres Geschäftsführers, die Flüchtlinge bäten ja um die Erstellung der Atteste und hätten

den Arzt dadurch implizit von seiner Schweigepflicht entbunden, vermag mich vor dem Hintergrund ihrer Lebenslage und der damit in Verbindung stehenden Frage ihrer „Freiwilligkeit“ zur Offenlegung ihrer Problematik nicht zu überzeugen. Die innerärztlichen Auseinandersetzungen um die Verbindlichkeit der „Mitteilungen“ dauern noch an.

In einem Brief an den Vorstand der Hamburger Ärztekammer habe ich daraufhin meine Sorge und Bestürzung über die „Mitteilungen“ der Ärztekammer zum Ausdruck gebracht. Es ist unklar, welche „formalen Mindestanforderungen“ gemeint sind: die der Behörde oder die des Hamburgischen Ärztegesetzes und der Berufsordnung? Einschlägig sind hier u.a. die §§ 2 bzw. 5 zur Schweigepflicht und § 12 BO zur Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen. Wer soll hier denn was überprüfen? Gängige Praxis war in Hamburg über lange Zeit, (privat-)ärztliche Atteste für die Ausländerbehörde im Zweifel an die bezirklichen Gesundheitsämter zur Überprüfung weiterzugeben, den Flüchtling dort ggf. durch Amtsärzte untersuchen zu lassen und dann eine fachlich kompetente Stellungnahme und Begutachtung für die Ausländerbehörde durchführen zu lassen. Der Ausländerbehörde passt es aber seit einiger Zeit offensichtlich nicht mehr, dass die Überprüfung dieser ärztlichen Atteste durch die Amtsärzte in den meisten Fällen zu einer gleichsinnigen Beurteilung und Bestätigung führt. Dass nun der Vorstand der Ärztekammer sich der Meinung der Ausländerbehörde anschließt, angesichts solcher Fälle läge „Regelungsbedarf“ vor, ist bemerkenswert. Aufgabe des Vorstandes wäre es in meinen Augen vielmehr gewesen, zunächst eine sorgfältige Prüfung der „Informationen“ und ihres politischen Hintergrundes vorzunehmen und sich schützend vor die von ihr vertretenen Ärzte zu stellen, was er nach Überprüfung der Atteste ja auch getan hat. Die Innenbehörde monierte außerdem, viele der Atteste hätten nahezu den gleichen Wortlaut und stammten von einigen wenigen (drei oder vier) Ärzten. Daran ist gar nichts Bemerkenswertes. Die Ähnlichkeit der Atteste kommt von der Ähnlichkeit der Leiden: Wer die gleichen Qualen erlitten hat, hat auch die gleichen Beschwerden. Und weil sich mit Flüchtlingen nur wenig oder kein Geld verdienen lässt, sind m. E. nur wenige Ärzte bereit, sie zu behandeln, oder sie befürchten Unannehmlichkeiten mit Behörden. Das mögen Gründe sein, weshalb die Atteste immer wieder von denselben Ärzten ausgestellt werden.

Für mich ist wesentlich, ärztliche Atteste und Gutachten zu unterscheiden. Gutachten, die eine ausführliche medizinische Darstellung enthalten, sollten nicht-ärztlichen Stellen (außer Gerichten) nicht zugänglich sein. Ein Attest, das ich z.B. einem Flüchtling zur Vorlage bei der Ausländerbehörde mitgebe, sollte nach meiner Interpretation der Berufsordnung gar keine detaillierten Aussagen enthalten. Medizinische Angaben, wie sie in den „Mitteilungen“ gefordert werden, gehen m.E. einen Sachbearbeiter in der Abschiebeabteilung nicht das mindeste an und sind sogar geeignet ihn durch fehlende medizinisch-psychologische Kompetenz in unlösbare Konflikte zu führen. Außerdem sind sie geeignet dem Patienten im ausländerrechtlichen Sinne zu schaden, ohne dass der Arzt sich dessen bewusst wird muss. Der Arzt sollte nach meiner Meinung deshalb eine amtsärztliche Untersuchung veranlassen und den Patienten bitten, ihn dafür von seiner Schweigepflicht zu entbinden.

Um Ihren Eindruck von dem hier Diskutierten zu verstärken möchte ich Ihnen nun als Beispiel für detaillierte Ausführungen z.b. zur Vorlage bei Gericht die Stellungnahme einer Psychologin über eine von Abschiebung bedrohte Patientin gebe, die sich auch in meiner Behandlung befindet. Das Beispiel zeigt für mich sehr gut, wie deutlich und klar die Untersucherin Stellung bezieht:

Psychologische Stellungnahme zur Vorlage beim Verwaltungsgericht

Frau... befindet sich seit... bis heute in meiner psychotherapeutischen Behandlung (in türkischer Sprache. Ich verweise auf meine Vorberichte zur Vorlage bei der Ausländerbehörde vom 11.01.1999 vom 28.01.1999 und vom 16.04.1999
Auf Bitte des Rechtsanwalts von Frau... Herrn W..., nehme ich Stellung zu folgenden Fragen:

Wie ist der derzeitige psychische Gesundheitszustand von Frau…?
Diagnosen entsprechend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10):
• Hauptdiagnose: posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 ICD 10)
• Panikstörung mit Hyperventilationsanfällen, Auslöser: Kontakt mit Behörden, v.a. Polizei und Ausländerbehörde (P 45.33, bzw. P 40.2, ICD 10)
• langanhaltende, schwere depressive Episode mit Suizidgefährdung und mit somatischem Syndrom (F 32.21, ICD 10)
• chronische, psychosomatisch bedingte Darmbeschwerden (F43.32, ICD10)

Zur Zeit befindet sich Frau... erneut in stationär-psychiatrischer Behandlung im AK Harburg, nachdem die Ankündigung der Abschiebung bei ihr eine völlige psychische Dekompensation hervorgerufen hat. Danach war sie in einem Zustand permanenter Panik, nicht mehr in der Lage zu irgendeiner Art von geordnetem Denken oder Handeln und wirkte völlig versteinert.
Die vorübergehende ansatzweise Stabilisierung, die nach der Entlassung ihres Ehemannes aus der Abschiebehaft eingetreten war, ist nun einer krisenhaften Zuspitzung gewichen, wegen der akuten Selbstmordgefährdung habe ich die Aufnahme ins AK Harburg veranlasst.

Welche Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand würden eine Abschiebung in die Türkei haben und ist Frau …aus psychotherapeutischer Sicht derzeit reisefähig?

Angesichts der Verstörung und der massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die durch bloße Androhung der Abschiebung eingetreten ist, gehe ich mit Sicherheit davon aus, dass Frau...die Abschiebung nicht ohne einen bleibenden Schaden an ihrer Gesundheit übersteht. Dass die Abschiebung für Frau ... ein Trauma darstellt, steht für mich außer Frage. Ihre bisherigen gesundheitlichen Zusammenbrüche beim Aufsuchen der Ausländerbehörde weisen klar darauf hin, dass das ohnmächtige Ausgeliefert-Sein an die deutschen Sicherheitskräfte, die die Abschiebung vornehmen würden, für sie um ein Vielfaches schlimmer wäre. Hinzu kommt, dass eine solche Situation in Elementen der von ihr erlittenen Folter ähnelt, die ich aus therapeutischen Gründen erst ansatzweise erfragen konnte: Verhaftung und Folter durch psychische Erniedrigung, scham- und ehrverletzende Folter, bei der auch Wasser im Einsatz war. Bei der sehr kurzen Schilderung, die Frau... mir davon gab, zeigte sie solche Überbelastungssymptome, dass ich die Exploration abbrechen musste, um nicht eine erneute Traumatisierung durch das Erinnern hervorzurufen.

Durch die Abschiebung wäre sie einerseits in gleicher Weise hilflos Sicherheitskräften ausgeliefert und zum anderen würde ihre Angst durch die Konfrontation mit den Tätern der von ihr erlittenen Folter, den türkischen Sicherheitskräften, massiv hervorgerufen. In einer solchen Situation wird Frau...m.E. jede Gelegenheit suchen, dem für sie unerträglichen Zustand durch Selbstmord ein Ende zu setzen.
Sie wird während des gesamten Vorgangs der Abschiebung von Angst und Panik völlig überflutet sein, d.h. eine Zeit von mindestens 12 Stunden. Dieses Übermaß an Dauerpanik wird bleibende Schäden hervorrufen, die auch durch eine noch so geeignete anschließende Behandlung nicht mehr zu heilen wären. Diese meine Einschätzung wird gestützt durch die neueren biologisch-hirnphysiologischen Forschungen zur hirnorganischen Wirkung von Traumaerfahrungen (1).
Aus der Traumaforschung bekannt ist ein Vorgang, der mit Derealisation bezeichnet wird: in einer psychisch oder physisch unerträglichen Situation wird dabei die Realitätserfahrung „abgeschaltet", ein quasi-psychotisches Wahrnehmen und Erleben tritt an Stelle des normalen Erlebens. Dieser Vorgang kann länger anhalten oder auch chronisch werden, insbesondere wenn weitere traumatische Erfahrungen hinzukommen. Im Falle von Frau...wird das neben der Paniksituation vor und während des Transports das Erblicken der türkischen Sicherheitskräfte und in noch höherem Maße jeglicher Kontakt mit ihnen sein, der bei der Ankunft auf dem Flughafen und beim Leben in der Türkei, insbesondere in von Kurden bewohnten Gebieten oder Stadtteilen auch in westlichen Städten und ebenso bei jeder Art von längerer Überlandfahrt nicht zu umgehen ist.
In Zusammenfassung des oben Dargestellten ist Frau... derzeit und auf unabsehbare Zeit nicht abschiebefähig, d.h. nicht reisefähig.

Inwieweit lassen sich eventuelle schädigende Wirkungen der Abschiebung durch spezifische Maßnahmen, z.B. Überwachung oder medizinische Betreuung während des Transports verhindern?

Inwieweit eine Selbstmordhandlung durch lückenlose Überwachung während des gesamten Abschiebevorgangs zu verhindern wäre, kann ich letztlich nicht beurteilen, Vorfälle von Selbsttötung von Abzuschiebenden, die durch die Medien gingen, lassen mich jedoch daran zweifeln.
Nicht verhindern lässt sich jedoch auch durch Kontrolle sowie bei medizinischer Betreuung während der gesamten Abschiebung alles das, was innerpsychisch geschieht und oben von mir ausführlich beschrieben wurde.
Inwieweit eine Beteiligung von Ärzten bei einer Maßnahme, die für die Gesundheit von Frau... schädigend ist, deren Berufsethik widerspricht und deswegen aus juristischen Gründen gar nicht in Frage käme, kann ich nicht beurteilen.

Welche geeigneten Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung werden in der Türkei für Frau…vorgehalten?

Eine psychotherapeutische Versorgung wird in der Türkei nur in den 3 Metropolen Istanbul, Izmir und Ankara vorgehalten, in den anderen großen Städten gibt es nur eine psychiatrisch medikamentöse Versorgung, die jedoch bei Folterfolgen weder indiziert noch erfolgreich ist. Zu diesen Therapieangeboten hätte Frau... jedoch keinen Zugang, weil sie nicht krankenversichert ist und ebenso wenig über die finanziellen Mittel verfügt, die Behandlung selbst zu bezahlen. Das System der „grünen Karte" für Arme gilt nur für akute, lebensbedrohliche Erkrankungen, die einer stationären Behandlung bedürfen. Um diese Karte zu bekommen, müssen die Antragsteller jedoch persönlich in der Gemeinde vorsprechen, in der sie geboren sind. (Mündliche Mitteilung von Mitarbeitern der Menschenrechtsstiftung anlässlich des deutsch-türkischen Psychiatrie-Kongresses, Berlin, 16.-19.9.1998). Dies zu leisten wird Frau... aus den oben geschilderten Zusammenhängen nicht in der Lage sein.
Die türkische Menschenrechtsstiftung bietet selbst in einigen wenigen Städten Psychotherapie für Folteropfer an, die Inanspruchnahme ist jedoch mit der Gefahr der „Überprüfung" durch die türkischen Sicherheitskräfte verbunden. Diese Möglichkeit kommt deswegen für Frau... nicht in Frage. Sie kann und darf sich in ihrer gegenwärtigen Situation einer möglichen Verschlimmerung ihrer Erkrankung durch die Konfrontation mit den Tätern nicht aussetzen.

Wie ist die Prognose für Frau… im Falle eines Lebens in der Türkei im Unterschied zu einem Verbleib in Hamburg?

Im Falle eines Lebens in der Türkei ist nach meiner Einschätzung die Prognose für eine mögliche Gesundung von Frau... denkbar schlecht. Sie wird in einem Zustand unablässiger Angst leben, von der türkischen Polizei verhört, verhaftet und erneut gefoltert zu werden. In einem solchen Zustand ist eine endgültige und unheilbare Chronifizierung der Erkrankung vorprogrammiert. Gleichzeitig wird sie massiv überfordert sein durch die Anforderung, gemeinsam mit ihrem Mann nach über 6 Jahren Aufenthalt in Deutschland aus dem Nichts für sich und ihre drei Kinder wieder eine irgendwie geartete Existenz aufbauen zu müssen, bzw. die Belastungen, die durch die Armut verursacht werden, zusätzlich auszuhalten. Das Sozialsystem der Türkei lässt eine Hilfe zur Existenzsicherung entsprechend der deutschen Sozialhilfe nicht vor (2).
Aus den oben genannten Gründen ist darüber hinaus die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe versperrt. Die Folgen sind mit Sicherheit eine deutliche Verschlimmerung der Erkrankung, ihre depressiven Symptome werden sich verstärken und sie wird nicht mehr in der Lage sein, in irgendeiner Weise geordnet zu handeln oder für ihren Mann und ihre Kinder ihre Aufgaben als Ehefrau und Mutter zu erfüllen. Angesichts der jetzt schon bestehenden Verzweiflung von Frau... die mit akuter Selbstmordgefährdung einhergeht, gehe ich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass Frau... ihrem Leben in der Türkei ein Ende setzen wird.
Aus meiner Sicht kann bei einem Leben in Deutschland eine sehr viel positivere Prognose angenommen werden, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:
für Frau... und ihre Familienangehörigen muss eine dauerhafte Zukunftsperspektive in Sicherheit vor der Konfrontation mit den Folterern geschaffen werden. Rechtlich bedeutet das eine unbefristete Aufenthaltsgestattung. Jegliche Befristung wird keine Sicherheit erzeugen und mit dem Näherrücken des Verlängerungstermins erneut massive Rückfälle auslösen.
Das Zusammenleben der Familie darf nicht durch ausländerrechtliche Maßnahmen verhindert werden; ich verweise auf die Krise im Zusammenhang mit der drohenden Abschiebung von Herrn...und seiner Inhaftierung in Abschiebehaft.
Für Frau... und evtl. auch für ihren Mann und die Kinder, deren psychischer Gesundheitszustand nach meiner Kenntnis z.T. auch behandlungsbedürftig erscheint (für Herrn ...haben wir Behandlung angeboten und für die Tochter... in Kooperation mit der Erziehungsberatungsstelle Harburg Hilfe für Krisensituationen bereitgestellt) muss die Möglichkeit Psychotherapie in türkischer Sprache zu erhalten, bestehen. Diese ist durch mich gegeben,

Existenzielle Grundsicherung, bis Herr... die Familie ernähren kann. Dies wird auch von seinem Gesundheitszustand abhängen, den ich diesbezüglich derzeit noch nicht abschätzen kann (s.a. das Attest von Herrn W..., Nervenarzt)
Angemessener, abgeschlossener Wohnraum mit eigener Kochgelegenheit und eigenem Bad und Toilette, um eine Entlastung herbeizuführen von dem mit dem Wohnen in Gemeinschaftsunterkünften verbundenen Belastungen (Konflikte, Ruhestörung), die die Gesundheit von Frau... ebenfalls belasten.

S. S....
(Dr.phil.S. Skutta, Diplompsychologin)
(mit freundl. Genehmigung)

1) ***Van der Kolk, BA, McFarlane, AC et al. (1996): Traumatic Stress, New York, Guilford***
2) ***Skutta, Sabine, 1994, Versorgungslage und psychosoziale Situation von Familien mit behinderten Kindern in der Türkei, Frankfurt, IKO-Verlag***

In dem vorher erwähnten „internen Papier“ der Innenbehörde wird als „Lösungsmöglichkeit“ der Problematik mit den Attesten der niedergelassenen Ärzte und der Amtsärzte die Einrichtung eines eigenen ärztlichen Dienstes angeregt, „um die medizinische Kompetenz der Innenbehörde zu erhöhen“ wie es der Innensenator ausdrückt. Ich sehe darin eine Gefahr für die Rechtsstaatlichkeit der Verfahren. (Durch den Beschluss des 102. Ärztetages in Cottbus musste der Plan der Behörde modifiziert werden, da die direkte Beteiligung von Ärzten bei Abschiebungen in der Regel so nicht mehr möglich sein soll – allerdings steht die Innenbehörde wohl immer noch auf dem Standpunkt, dieser Beschluss sei für sie und die von ihr beschäftigten Ärzte nicht juristisch bindend und könne lediglich empfehlenden Charakter haben). Nach den innenpolitischen Auseinandersetzungen des vergangenen Sommers in Hamburg kam es am 7.9.99 zu einer „politischen Verständigung“ der Koalitionspartner SPD und GAL. Die Ausländerbehörde wurde mit dieser „Politischen Verständigung“ verpflichtet, dass Aussagen dort angestellter Ärzte nicht die Entscheidung eines Amtsarztes ersetzen. Aber wer kontrolliert das? Ich werde gewiss sehr sorgfältig auch das Handeln dieser Kolleginnen und Kollegen unter berufsrechtlichen Aspekten begleiten und beobachten.

Ich befürchte für Hamburg eine Entwicklung wie in Berlin, wo Flüchtlinge vermehrt in Abschiebehaft genommen werden und nur noch vom Polizeiärztlichen Dienst untersucht und behandelt werden dürfen. Damit wären niedergelassenen Ärzte und Amtsärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes aus dem Spiel und hätten keinerlei Einflussmöglichkeiten mehr.
M. E. ist für ärztliches Handeln die Berufsordnung maßgeblich, und sobald ein Beschluss des Ärztetags im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht worden ist, hat er für jeden einzelnen Arzt bindenden Charakter. Die Ärztekammer, kann natürlich niemanden zwingen, das Arztblatt zu lesen. Aber sobald ein Arzt oder eine Ärztin aber darüber informiert wurde, dass ein bestimmtes Handeln der Berufsordnung widerspricht, kann er bzw. sie deswegen von der Ärztekammer standesrechtlich belangt werden. Das kann bis zum Entzug der Approbation gehen.
Die Ärztekammer Hamburg ist der Ansicht, dass eine Behandlung gegen den Willen des Patienten nicht zulässig ist und dass ein Arzt auch einen Ausreisepflichtigen länger kennen sollte, ehe er ihm Reisefähigkeit bescheinigt.

Es stellt sich für mich nun die Frage:

Was können Ärzte und Ärztinnen individuell, was können ärztliche Standesorganisationen tun, damit nicht auch künftig Kranke abgeschoben werden und ÄrztInnen quasi als Büttel der Ausländerbehörde fungieren?

ÄrztInnen müssen ihre eigene Rolle mehr im Zusammenhang der politischen Lage sehen und sich darin positionieren statt sich blind benutzen zu lassen. In der Kammer muss noch sensibler mit dem Thema umgegangen und eine öffentliche Diskussion geführt werden (statt z.B. so brisante Fragen nur im Vorstand abzuhandeln). Die Innenbehörde hat schon in den letzten Jahren beim Thema „Altersfeststellungen bei jungen Flüchtlingen“ erreicht, dass ohne Diskussion in der Kammerversammlung eine Einigung der Behörde mit dem Kammervorstand zustande kam, welche Ärzte diese Untersuchungen machen sollen. Vorher (und auch jetzt noch) gab es erhebliche, auch und gerade medizinische Bedenken gegenüber dieser Art von Altersbestimmungen. In meiner Funktion als Migrantenbeauftragter kann ich (versuchen) Einfluss (zu) nehmen auf die Attestgestaltung. Ich kann Diskussionen und Fortbildungen über solche Themen anregen, innerhalb der Ärzteschaft, aber auch in Zusammenarbeit mit Flüchtlingsorganisationen, RechtsanwältInnen und SozialarbeiterInnen und in einer breiteren Öffentlichkeit.
Es geht nicht zuletzt auch um die ärztliche Unabhängigkeit - und die ist in Gefahr, wenn von uns tatsächlich „Gefälligkeitsbescheinigungen“, nämlich im Sinne der Behörden, verlangt werden. Bei der Beurteilung der Reisefähigkeit kann es ja nicht nur um die Transportfähigkeit eines Flüchtlings gehen, sondern v.a. auch um die Tatsache, ob er in seinem Heimatland aufgrund seiner Erkrankung überlebensfähig ist, d.h. ob eine Reise in dieses Land nicht nur während des Transports, sondern auch schon vorher und anschließend seine Gesundheit bedroht. Eine Reise in einen Kur- oder Urlaubsort ist etwas anderes als eine endgültige Reise in ein Land, in dem Bürgerkrieg herrscht und Verfolgung, Inhaftierung und Folter drohen. In der Berufsordnung der Ärzte heißt es: „Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus.“ Nach diesen Richtlinien kann von einem Arzt nicht verlangt werden, lediglich über die Transportfähigkeit eines Flüchtlings zu entscheiden und ihn womöglich noch durch Medikamente und/oder ärztliche Begleitung transport-, d.h. abschiebefähig zu machen.

Klaus E. Weber ist Migrantenbeauftragter der Ärztekammer Hamburg und niedergelassen als Neurologe und Psychater

ÄrztInnen - In höherer Mission

Claus Metz

95 Prozent der Anträge auf Asyl in Deutschland werden mittlerweile von den Behörden abgelehnt. Medizinische Beihilfe zu den nachfolgenden zwangsweisen Abschiebungen ist mit den ethischen Grundsätzen des Arztberufs nicht vereinbar. Trotzdem lassen sich ÄrztInen immer wieder als staatliche ErfüllungsgehilfInnen rekrutieren.

Das Netz ist dicht geknüpft:
- Asylsuchende, die über sog. sichere Drittstaaten einreisen wollen, werden bereits an den Grenzen abgewiesen;
- Flüchtlinge, die es bis zum Asylantrag geschafft haben, erhalten Arbeitsverbot, gekürzte Sozialleistungen und minimale medizinische Hilfen;
- der Großteil der Anträge auf Asyl wird rigoros abgelehnt;
- nach der Ablehnung des Asylantrags droht die Zwangsabschiebung.

In einer konzertierten Aktion haben sich Justiz, Polizei, Bundesgrenzschutz und Sozialbehörden mit Teilen der Ärzteschaft vereinigt, damit bloß kein gefolterter Flüchtling auf der Suche nach Schutz und Asyl unser Boot (das ja bekanntlich voll ist) zum Kentern bringt. Im Übereifer kam es bei Festnahmen zu Knochenbrüchen und bei Abschiebungen zu Erstickungen, die trotz größter Anstrengungen der Ermittler und Rechtsmediziner nicht vertuscht werden konnten. Es gab sogar einen Prozess gegen einen Frankfurter Flughafenkliniker, der vor fünf Jahren dem sich heftigst wehrenden geknebelten Nigerianer Kola Bankole eine vorbereitete Haldol-Psyquil-Mischspritze verabreichte und alle Erstickungsanzeichen eine halbe Stunde lang nicht beachtete.

Nach diesem Gerichtsverfahren war ärztliche Abschiebehilfe im Flughafen Frankfurt nur noch mit einem fingierten Mediziner zu machen. Nach dessen Entlarvung mussten die wackeren Grenzschützer wieder auf bewährteMethoden wie schmerzhafte zwangsfesselungen und Atembehinderungen mit Kissen, Klebeband, Jacke, Mütze usw. zurückgreifen. Da gelegentliche Knochenbrüche auch hier nicht zu vermeiden waren, wurde dies in der Öffentlichkeit nicht immer positiv aufgenommen.

Daran war auch der IPPNW-Arbeitskreis Flüchtlinge/Asyl beteiligt, der leichtfertig geschriebene Reisefähigkeitsbescheinigungen für Traumatisierte beanstandete und auf dem 102. Deutschen Ärztetag eine mit großer Mehrheit angenommene Entschließung einbrachte, nach der „Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer 'Reisefähigkeitsbescheinigung' unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse wie zum Beispiel in Behandlung stehende Traumatisierungen ... mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar" sind.

Ungeachtet dessen bemühen sich die LänderInnenminister nach Kräften, einerseits die von den BehandlerInnen Traumatisierter gestreuten Sandkörnchen in Form von kompetenten Gutachten aus dem Abschiebungsgetriebe zu entfernen, indem sie diese wie in Hamburg als Gefälligkeitsgutachten diffamierten. Andererseits rekrutieren sie aus dem gewaltigen Pool arbeitsloser ÄrztInnen KollegInnen, die „für Rückführung ausreisepflichtiger Ausländer ... med. Grundversorgung, Medikamenteneinnahme sicherstellen", für „psych.Unterstützung ... kurzfr. verfügbar" sind und sich bei drei Flügen in die Türkei und für 500 DM Entgelt bereits bewährt haben.

Der hessische Innenminister vertritt offensiv und öffentlich arztgestützte Abschiebungen ,,krimineller Ausländer". Daran änderte auch die Kritik des BÄK-Menschenrechtsbeauftragten Dr. Montgomery nichts, der scharf konstatierte, „dass Ärzte keine staatlichen Erfüllungsgehilfen sind, die bei Bedarf eingesetzt werden können".

Anders reagierte sein bayerischer Kollege, der unter dem öffentlichen Druck einer ai-Urgent-Action, einer ausführlichen taz-Berichterstattung und einer IPPNW-Presseerklärung beim vierten Abschiebeversuch des sudanesischen Oppositionellen A. einknickte. Der Flüchtling war unter Missachtung traumatherapeutischer Gutachten „in gutem psychischen Zustand" aus dem Bezirkskrankenhaus Ansbach entlassen worden mit der bereichsleitenden Arztbescheinigung: „der Gesundheitszustand des Og. ermöglicht es, die Abschiebung in sein Heimatland durchzuführen; die Begleitung eines Arztes wäre ratsam." Der leitende Mediziner der JVA Nürnberg hatte zuvor unter dem Eindruck der DÄT-Entschließung seine Reisefähigkeitsbescheinigung zurückgezogen.

Was können Sie tun? Gehen Sie Lokalmeldungen über Misshandlungen und arztgestützte Abschiebungen nach, nehmen Sie Kontakt zu den Lokalredaktionen und Flüchtlingsinitiativen auf und schicken Sie Ihre Informationen an die IPPNW-Geschäftsstelle.

(aus: IPPNW-Forum Nr 59, Okt 1999)

„Ich erhielt einen Anruf von einem Arzt des Beweissicherungsdienstes wegen eines 17-jährigen Afrikaners aus Guinea, der angegeben habe, dass er magenkrank sei. (Verlangt wurde von Herrn Streicher die Zustimmung zur Gabe von Brechmitteln, die in Bremen v.a. Afrikanern wegen potentiell verschluckter Rauschgiftpäckchen verabreicht werden, d.Red.). Tatsächlich handelte es sich um einen jungen Mann mit einer chronischen heliobacterassoziierten Gastritis, der innerhalb weniger Monate wegen seiner Magenbeschwerden bereits einmal gastroskopiert und geröntgt worden war. Er hatte sich wegen der Heliobakterinfektion einer sog. Eradikationstherapie unterzogen und stand zum Zeitpunkt des Telefonats noch unter Therapie mit Schleimhautschutzpräparaten. Als ich dem Arzt die Aussage des Jugendlichen, dass er magenkrank sei und unter Therapie stehe, bestätigte, bedrängte mich dieser mehrfach, ich möchte doch trotzdem als Hausarzt meine Zustimmung zur Ipecac-Anwendung geben. Er ließ erst nach mich zu bedrängen, nachdem ich ihm persönliche Konsequenzen angedroht hatte für den Fall, dass der Jugendliche einen Schaden davontrage. Kurze Zeit später erhielt ich erneut einen Anruf. Diesmal von Dr. Ritter vom Beweissicherungsdienst. Was sie denn machen sollten, die Polizei verlange, dass sie tätig würden und ich solle doch meine Zustimmung geben. Erneut wurde ich mehrfach bedrängt und mußte schließlich mit der kategorischen Zurückweisung jeglicher Mitverantwortung das Gespräch beenden. Für die Öffentlichkeit dürfte zunächst die Tatsache interessant sein, mit welcher ich sage „Kriminellen" Energie die Ärzte des Instituts Birkholz mich als niedergelassenen Kollegen bedrängen, einer medizinisch nicht zu rechtfertigenden Handlungsweise zuzustimmen. Denn sie wollten nicht nur trotz der offensichtlichen Kontraindikation exkorporieren, sondern auch noch mich als Hausarzt über das Abpressen meiner Zustimmung in das verwerfliche Tun miteinbeziehen."

Dr. Hans-Joachim Streicher, niedergelassener Arzt in Bremen, in einem Brief im Juni 1997 an den Leiter des Bremer Instituts für Rechtsmedizin, Birkholz

Berufsbild: Abschiebearzt/Abschiebeärztin

Maria Wöste

„Beruf: Praktischer Arzt, Arzt - Beschreibung: für Rückführung ausreisepflichtiger Ausländer bis zum Zielflughafen des jew. Heimatlandes. Med. Grundversorgung, Medikamenteneinnahme sicherstellen, psych. Unterstützung, engl., kurzfristig verfügbar" - dieses Stellenangebot findet sich im April 1999 im Stelleninformationsservice des Hamburger Arbeitsamtes.

Arbeitgeber ist die Ausländerbehörde Hamburgs (Ausländerabteilung des Einwohner-Zentralamtes), die mit diesem Stellenangebot auf Honorarbasis den Grundstein für eigene Abschiebe-Begleit-ÄrztInnen legt. Ebenfalls im April 99 wurde in einem internen Papier der Innenbehörde sowohl niedergelassenen ÄrztInnen als auch AmtsärztInnen in Hamburg unterstellt, ihre Reiseunfähigkeits-Atteste seien „Gefälligkeitsbescheinigungen ..., die einzig zum Zwecke der Abschiebungsverhinderung ausgestellt werden." Da liegt der Verdacht nahe, dass es jetzt darum geht, „einen eigenen ärztlichen Dienst bei der Ausländerbehörde zu etablieren und mit unterschiedlichen Mitteln die tatsächlichen Abschiebehindernisse zu beseitigen, die sich aus den Attesten von niedergelassenen Ärzten und AmtsärztInnen ergeben." (Schriftl. Kleine Anfrage der Abg. S. Uhl, REGENBOGEN, Okt. 99)

```
STELLEN - INFORMATIONS - SERVICE

Beruf          :  Praktischer Arzt, Arzt

Beschreibung   :  für Rückführung ausreisepflichtiger Ausländer
               :  bis zum Zielflughafen des jew. Heimatlandes,med
Kenntnisse     :  .Grundversorgung,Medikamenteneinnahme sicherste
               :  llen,psych.Unterstützung,engl.,kurzfr.verfügbar
Arbeits-Ort    :  Hamburg
Arbeits-Zeit   :  Vollzeit
Gehalt/Lohn    :  Honorar
Frei ab        :  sofort
Stellenanzahl  :  1
Führerschein   :
Alter          :  gleich
Betriebsart    :  Behörde
Arbeitgeber    :  Beh.f.Inneres-Einwohner-Zentra
Anschrift      :  Amsinckstr.28, 20097 Hamburg
Telefon        :  nur schriftliche Bewerbung
Rückfragen an  :  Herrn Mahlke

Eingabennmer : 12301 20041999 78895    BKZ : 8410
```

Tatsächlich schließt die Ausländerbehörde Hamburg in den folgenden Monaten Honorarverträge mit acht ÄrztInnen zwecks Abschiebe-Begleitung ab. Diese führen von April bis Oktober 99 bei der Deportation von sechs Menschen eine „ärztliche Begleitung bis ins Heimatland" durch (Antwort des Senats auf Schriftl. Kleine Anfrage, 12.10. 99), bis zum Februar 2000 werden so nochmals drei Flüchtlinge deportiert. 500 DM beträgt beispielsweise das Artzhonorar für eine Deportationsbegleitung in die Türkei. Ab November 99 vollzieht die Hamburger Ausländerbehörde den nächsten Schritt, um den Beruf Abschiebe-Arzt bei der Hamburger Ausländerbehörde zu institutionalisieren: zwei der auf Honorarbasis beschäftigten Abschiebe-Ärztinnen werden – zunächst befristet für ein Jahr – bei der Ausländerbehörde fest angestellt. Ihr Aufgabengebiet beschreibt der Hamburger Senat in seiner Antwort auf die schriftliche Kleine Anfrage vom Oktober 99 so:

„ - Rücksprache mit niedergelassenen Ärzten, falls deren Atteste pauschal oder unsubstantiiert erscheinen. Mit dieser Rücksprache soll die ggf. notwendige Konkretisierung der Atteste erreicht werden. Diese Konkretisierung kann gleichzeitig die Vorbereitung amtsärztlicher Untersuchungen dienen.
- Ärztliche Begleitung von Rückführungen, soweit die Begleitung von einer Amtsärztin, einem Amtsarzt oder vom Verwaltungsgericht für notwendig gehalten werden bzw. sie diesem Vorgehen zugestimmt haben oder wenn sie aufgrund der Feststellungen der behandelnden niedergelassenen ÄrztInnen und Ärzte oder des Krankenhauses erforderlich erscheinen. Soweit die ärztliche Begleitung von Rückführungen durch andere ÄrztInnen und Ärzte erfolgt, ist diese zu koordinieren.
- Kontaktaufnahme zu den Vertrauensärztinnen und –ärzten deutscher Vertretungen im Ausland; Organisation und Koordination einer eventuellen ärztlichen Inempfangnahme, eventuell auch Klärung der Weiterbehandlungsmöglichkeiten im Heimatland.
- Im Einzelfall Durchführung einer Untersuchung der Reisefähigkeit am Reisetag, soweit fachlich möglich und notwendig."

Bei zwei Flüchtlingen hatten die beiden angestellten Abschiebe-Ärztinnen in den ersten vier Monaten ihrer Tätigkeit eine „Reisefähigkeits-Untersuchung am Reisetag" vorgenommen, nachdem „bei Mitarbeiter/innen der Ausländerbehörde Zweifel an der Reisefähigkeit aufgekommen" waren. (Antwort auf Kleine Anfrage am 23.2. 2000). Die Abschiebung hatten sie deshalb aber nicht abgebrochen. Abschiebungen hatten sie seit Dienstantritt noch nicht eskortiert (dafür stehen auch weiterhin ergänzend die HonorarärztInnen zur Verfügung), weil "zunächst die umfassende Einarbeitung der Ärztinnen in den sensiblen Aufgabenbereich im Vordergrund stand" (ebd.).

Zu dieser Einarbeitung gehörte es, dass die AbschiebeärztInnen Auskünfte von behandelnden ÄrztInnen über Zustand und Medikamentierung von PatientInnen einholten, ohne die ÄrztInnen über den Zweck ihrer Nachfragen aufzuklären. Zwar sind behandelnde ÄrztInnen keineswegs verpflichtet, dem neuen ärztlichen Dienst der Ausländerbehörde Auskunft zu erteilen, soviel weiß auch der Hamburger Senat. Sie haben keine „besondere Rechtsstellung" wie AmtsärztInnen. Doch eine entsprechende Aufklärung der MedizinerInnen hält der Senat für „entbehrlich, weil bei den behandelnden ÄrztInnen und Ärzten

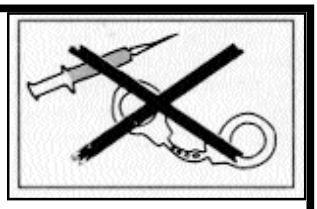
eine eigenverantwortliche Beachtung bestehender Auskunfts- und Verschwiegenheitspflichten vorausgesetzt werden kann". (Antwort auf Schriftliche Kleine Anfrage v. 23. 2. 2000).
Vorausgesetzt, diese neue Sparte innerhalb ihres Berufsstandes ist den MedizinerInnen bekannt. Der Frankfurter Flughafen-Bundesgrenzschutz hatte sich bei Abschiebungen nach dem Tod von Kola Bankole ebenfalls durch einen Abschiebe-Begleitarzt abzusichern versucht. 27 Flüchtlingen spritzte der vermeintliche Arzt bei der Deportation Seditativa. Bis sich herausstellte, dass er gar kein Arzt war, weder eine medizinische Ausbildung noch eine ärztliche Approbation besaß.

Immerhin, einige grundlegende Qualifikationen werden auch von einem Abschiebearzt/einer Abschiebeärztin im Dienste der Hamburger Ausländerbehörde verlangt. Nämlich: „Voraussetzungen waren die Approbation als Arzt/Ärztin sowie eine hohe soziale Kompetenz". (Antwort auf Kleine Anfrage im Oktober 99). Das klingt nicht nur hochgradig zynisch angesichts des Aufgabengebietes. Das selbst entworfenen Berufsbild des Abschiebearztes/der Abschiebeärztin steht auch im krassen Widerspruch zur Position des Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer Montgomery, wonach „Ärzte keine staatlichen Erfüllungsgehilfen sind, die bei Bedarf eingesetzt werden können". (Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 6. Juli 1999). Montgomery reagierte damit auf die Äusserungen des hessischen Innenministers Bouffier, der nach dem Tod von Aamir Ageeb gefordert hatte, bei „Zwangsabschiebungen" einen Arzt „mitzuschicken".

Der in Hamburg kreierte Beruf des Abschiebarztes/der Abschiebeärztin steht ebenfalls im Widerspruch zum Beschluss des 102. Deutschen Ärztetag vom Juni 1999, in dem es heisst: „Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer „Reisefähigkeitsbescheinigung" unter Mißachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse, wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen, sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar."

Am 10.6.99 kam es in Hamburg zu einer äußerst brutalen Abschiebung, die sich auf die Maßgaben des internen Papiers der Innenbehörde zurückführen läßt. Gegen 6.00 Uhr morgens überfielen mehrere PolizistInnen und MitarbeiterInnen der Ausländerbehörde die ahnungslose Kurdin Nigar S., die mit ihren 3 Töchtern bei ihrem Bruder wohnte, fesselten sie mit Handschellen an Händen und Füßen und schleppten sie barfuß, im Pyjama ins Auto. Ein Polizist schlug sie. Die Kinder wurden aus dem Schlaf gerissen. Frau S. mußte sich im Auto notdürftig anziehen, die Schuhe bekam sie erst nachmittags am Flughafen. Drei Tage vorher hatte Frau S. noch bei der Ausländerbehörde eine sechswöchige Duldung erhalten auf der Grundlage einer persönlichen Vereinbarung des Leiters der Ausländerbehörde Ralph Bornhöft und dem GAL-Abgeordneten Mahmut Erdem, die vorsah, daß Frau. S. geduldet wird, solange sie eine Therapie erhält und wenn sie auf jegliche Hilfe zum Lebensunterhalt verzichtet. Frau S. leidet an schweren Depressionen, nachdem ihr Ehemann Anfang 1998 an einer schweren Krankheit gestorben war. Perfide ist, daß die Sachbearbeiterin auf der Ausländerbehörde Frau S. noch mitteilte, daß ein amtsärztliches Gutachten eingeholt werden müsse und sie dafür eine Einladung erhalte. Allerdings erhielt Frau S. einen bislang noch unbekannten Stempel im Ausweisersatz: „Die Duldung erlischt unabhängig vom Datum des Ablaufes der Geltungsdauer, wenn die für die Erteilung maßgeblichen Gründe (rechtliches oder tatsächliches Abschiebungshindernis) entfallen."

An diesem Punkt wird die Rechtswidrigkeit des Vorgehens der Hamburger Ausländerbehörde besonders deutlich. Tatsächliche oder rechtliche Abschiebungshindernisse, die bis dahin den Flüchtlingen einen Schutz vor der Abschiebung boten, werden völlig ignoriert oder mit einem Federstrich aus der Welt geschaffen. Gelingt es nicht, die Abschiebungshindernisse für unglaubwürdig zu erklären, weil bei den meisten Attesten auch die amtsärztliche Prüfung eine Reiseunfähigkeit bescheinigt, setzt sich die Ausländerbehörde mit den im Papier so genannten „Lösungsansätzen" einfach darüber hinweg: „Die Maßnahme einer ärztlichen Begleitung bzw. der Begleitung durch Pflegepersonen bei Abschiebungen wäre geeignet, die Anzahl der erfolgreich abgeschlossenen Rückführungen deutlich zu erhöhen und würde überdies eine Signalwirkung entfalten, daß Abschiebungen durch die kurzfristige Vorlage von nur bedingt aussagefähigen Attesten nicht zu verhindern sind."



Im Fall von Frau S. machen sich ÄrztInnen zu Bütteln der Ausländerbehörde.Über das Arbeitsamt auf Honorarbasis und nur für den Zweck der Abschiebebegleitung angeworben fragte der Arzt, der mit nach Istanbul fliegen sollte, Frau S. ständig, ob sie irgendwelche Beruhigungsmittel, sprich Psychopharmaka, haben wolle. Die am Flughafen eingeschaltete Amtsärztin Frau Dr. Jürges, stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes Altona, sah sich mit an, wie Frau S. in ihrer Verzweiflung zweimal versuchte, einem Polizisten die Pistole zu entreißen und zu erschießen. Mit den Worten „den Flug wird sie überleben" (TAZ vom 11.6.99) kommentierte sie ihre amtsärztliche Bescheinigung der Reisefähigkeit. Der Beauftragte für die gesundheitlichen Belange der MigrantInnen in der Ärztekammer Klaus Weber hat inzwischen angekündigt, gegen die Amtsärztin Anzeige wegen Verstoß gegen das Berufsrecht zu erstatten.

Aus: C. Leitsch, Schnell, effizient, gnadenlos, Flüchtlingsrat, H. 63, September 99

Neben der Anzeige wurde die Amtsärztin Frau Dr. Jürges noch auf andere Weise zur Verantwortung gezogen. Am 9. März 2000 gab es einen Farbbeutel-Anschlag auf ihr Haus und ihr Auto wurde in Brand gesetzt.

Spiel mir das Lied vom natürlichen Knebelungstod

Zum fünften Jahrestag des Knebelungstodes Kola Bankoles

Claus Metz, IPPNW

Der erneute Erstickungstod des 30-jährigen Sudanesen Aamir Ageeb am 28. Mai 1999 während gewaltsamer Abschiebung durch Frankfurter BGS-Beamte läßt die Frage aufkommen, ob die damals vor fünf Jahren befaßten Institutionen ausreichend Vorsorge getroffen haben, eine erneute Abschiebungserstickung zu vermeiden. Dazu hätte es einer schonungslosen Ermittlung und personeller Konsequenzen im Frankfurter Flughafen-BGS bedurft. Um nachvollziehbar zu machen, wieweit diese verfehlt wurden, zeichne ich im folgenden die Handlungen und Unterlassungen nach, die am 30. August 1994 zum Tod des sozialdemokratischen oppositionellen 30-jährigen Nigerianers Kola Bankole beim 6. Abschiebeversuch im Flughafen Frankfurt führten. Sodann die Handlungen und Unterlassungen, die in staatstragender Absicht nach Bankoles Erstickung diese verheimlichen wollten und damit eine Fortsetzungsgeschichte erstickungsgefährlicher Abschiebungspraktiken in Frankfurt und anderen deutschen und europäischen Städten ermöglichte: Waren vor Bankoles Tod eine Beinaheerstickung mit Lähmungsfolgen 1992 im Flughafen Shiphol Amsterdam und eine Erstickung in Großbritannien 1993, jeweils mit Mundverpflasterung zur Abschiebungserzwingung bekannt geworden, sind uns nach Bankoles Tod etwa zehn gut dokumentierte überlebte Knebelungen und erstickungsgefährliche Zwangshaltungen teilweise mit Knochenbrüchen bekannt geworden. Ferner tödliche Erstickungen 1998 in Belgien durch Kissen, 1999 in der Schweiz und in Osterreich je eine nach Mundverpflasterung bis zur erneuten Frankfurter Erstickung durch Brustkorbatmung behindernde Zwangshaltung.
Aufgrund meines eigenen Berufes und Mitgliedschaft der IPPNW-Ärzte in sozialer Verantwortung ist ein Schwerpunkt meiner Ausführungen die jeweils maßgebliche Beteiligung bei Durchführung, Unterlassung und Vertuschung von Bankoles Erstickung durch Ärzte.

Dabei stütze ich mich auf die mir zugänglichen Informationsquellen:

1. Die Antwort des Bundesministerium des Inneren auf die kleine Anfrage der PDS zu Bankoles Tod Bundestags-Drucksache 13/2961 vom 30.11.95 (BT)
2. Die Aussagen von Bankoles Begleitarzt Dr. Rainer Hoffmann mir gegenüber Anfang Dezember 1994 sowie im Begleitarztprozess Anfang 1997 (Dr. H.)
3. Aussagen Prof. Dr. H. Bratzkes, des Direktors des Frankfurter Rechtsmedizinischen Universitätsinstituts und Bankole-Gutachters mir gegenüber am 15.9.1995, seine Gutachten zu Bankoles natürlichen Knebelungstod und seine gutachterlichen Aussagen im Begleitarztprozess. (Pr. Br.)
4. Die Aussagen der sechs beteiligten BGS-Beamten, des Lufthansakapitäns Theodor Meister, der zwei Notarztwagensanitäter und der anderen medizinischen Gutachter im Begleitarztprozess (BP)
5. Mündliche Mitteilungen des Nebenklagevertreters Rechtsanwalt Michael Junker (MJ)
6. Recherchen von Hörfunkjournalistinnen (HJ)

Hätte vor fünf Jahren der zum sechsten Abschiebeversuch des 30-jährigen Nigerianers Kola Bankole als Begleitarzt engagierte Dr. Hoffmann von der Frankfurter Flughafenklinik gleich getan, wofür er bezahlt werden sollte, wäre Bankoles Auslieferung an die Polizeikollegen des nigerianischen Putschregimes wohl geglückt. Nach den vergangenen fünf an Bankoles Widerstand gescheiterten Abschiebungen hätte er ihm eine oder zwei der vorbereiteten Mischspritzen aus je einer Ampulle Haloperidol und Psyquil injiziert, und Bankole hätte seine sechste Abschiebung ohne Knebelung verschlafen.
Vielleicht hätte Bankole aber auch die Mischspritzendosis "weggesteckt" und sich gewehrt wie bei seinem zweiten Abschiebeversuch am 15. April 1994, nachdem das Ausländeramt Kaiserslautern bereits darauf hingewiesen hatte, "daß eine Abschiebung des Ausländers ohne Begleitung durch Beamte des BGS und Medikamente nicht möglich sei." (BT-Drs. S.2) Trotz Einnahme einer mittleren Dosis eines Antidepressivums (25mg Doxepin) "befreite sich (Bankole) aus seinem Sitz und griff die Begleitbeamten an. Er trat, schlug um sich und schrie lauthals." (BT-Drs. S.2 der Dokumentation). Das BMI erwähnt nicht, was sich danach nach Aussagen eines Lufthansakapitäns im HR-Interview mit Ulrike Holler Mitte April 1994, also wahrscheinlich betreffend Bankoles zweiten Abschiebungsversuchs, ereignet hat:

" … Vor der hinteren Treppe lag ein Nigerianer in Rückenlage, die Hände auf dem Rücken gefesselt, die Augen weit aufgerissen, die Hose durch das Handgemenge weit heruntergeschoben. Ein BGS-Beamter mit einem Knie auf der Brust des Nigerianers war damit beschäftigt, den hilflosen Mann mit einem Klebeband einzuwickeln. Die Nasenlöcher des Mannes waren gerade noch frei zum Luftschnaufen. Blut am Klebeband. Auch die Beine wurden mit Tape umwickelt, Oberschenkel, die Füße und nochmals von oben nach unten, wie eine Rolle Teppichboden für den Transport fertiggemacht …"

Nach drei weiteren vergeblichen Abschiebeversuchen teilt "mit Schreiben vom 29.7.1994 (die) Stadt Kaiserslautern mit, daß der Anstaltsarzt der JVA Zweibrücken nicht bereit sei, B. vor einer erneuten Abschiebung Beruhigungsmittel zu verabreichen. Er wolle auch nicht mit einem Kollegen in Frankfurt/Main über eine solche Medikation sprechen und verweigerte jegliche Auskunft über erforderlich gewordene Behandlungen (Hervorhebung durch Autor) des B. bei den vorhergehenden Abschiebeversuchen". Er sei für den Ausländer nur solange zuständig, wie sich dieser in der JVA befinde. Zuständig für eine Medikation während des Fluges sei dann Frankfurt/Main.

30. August 1994 sechster Abschiebeversuch
Bei der Ankündigung zur Rückführung teilt die Ausländerbehörde mit, daß der „Schübling" renitent sei und als Drogenkonsument gelte. Der BGS wird gebeten, die Begleitung durch einen Arzt sicherzustellen. B. wurde am Mittag des 30. August 1994 – wegen des anläßlich der vorangegangenen Abschiebeversuche geleisteten Widerstandes bereits massiv gefesselt – von Polizeibeamten aus Rheinland-Pfalz zum 19. Polizeirevier am Flughafen Frankfurt/Main gebracht. Der für die Durchführung der Abschiebung zuständige Bundesgrenzschutz hatte

vier Beamte des Grenzschutzamtes Frankfurt/Main für die entsprechende Maßnahme abgestellt.

"Gegen 12:45 Uhr kamen die BGS-Beamten am 19. Revier überein, B. für die Abschiebung vorzubereiten. B. wurde zu diesem Zweck zum ca. 75 Meter entfernten Bereich C3S verbracht, wo ein separater Raum speziell für die Abwicklung von Abschiebungen existierte. Der aufgrund seiner Fesselung gehunfähige B. wurde sodann von zwei BGS-Beamten und zwei rheinland-pfälzischen Beamten zu dem fraglichen Raum verbracht, wo er auf gefährliche Gegenstände untersucht werden sollte. Hierbei leistete B. erheblichen Widerstand, wobei er mit dem Kopf stieß, kratzte und biss. Einer der Beamten sah sich deshalb veranlaßt einen mitgeführten Beißschutz einzusetzen. Der Knebeleinsatz dauerte drei bis vier Minuten." (BT S. 2 ff. der Dokumentation)

Nach dieser Demonstrationsknebelung habe Bankole nach Zeugenaussage des BGS-Beamten Brehl Blut gespuckt. (BP) Bankole muß von dieser Vorknebelung so beeindruckt gewesen sein, daß er auf den zusammen mit dem Schubwesenleiter Örter dazukommenden Dr. Hoffmann auch auf dem folgenden Transport einen ruhigen, eher weggetretenen Eindruck gemacht hat, so daß dieser trotz Aufforderung des Flugkapitäns Meister eine Verabreichung der bereits aufgezogenen Mischinjektion ablehnte: " ‚Ob wir nicht von vornherein Spritzen, um eine Eskalation zu vermeiden.' Dr. Hoffmann hat geantwortet: ‚Nein, erst wenn er gegen das Luftverkehrsgesetz verstoßen hat.' Auf richterliche Nachfrage: ‚das heißt, wenn er sich gewehrt hat'" (BP, Meister) Die BMI-Dokumentation (BT) ergänzt in zarter Andeutung: "Der Arzt war mit der Begleitung des B. betraut worden, um im Falle von Auseinandersetzungen für dessen gesundheitliche Belange dazusein." (BT Dokumentation S.3) Damit wird ein zweiter Eventualgrund eines Arzteinsatzes angedeutet, der Dr. Hoffmann im folgenden völlig aus dem Blick geriet: Wenn es trotz oder wegen fehlender Psychopharmakaverabreichung zu einer Auseinandersetzung kommen sollte, soll der Begleitarzt darauf achten, daß der Geknebelte nicht erstickt. Der folgende von Dr. Hoffmann mir geschilderte Transport vom VW-Bus über die Hintertreppe in die bereitstehende Maschine wurde zelebriert wie eine kleinere Prozession: Durch ein Spalier teils filmender und fotografierender BGS-Polizisten wurde statt einer Monstranz Kola Bankole in verschnürter Hockstellung getragen. Dahinter statt dem Priester Dr. Hoffmann, gefolgt von Schubwesenleiter Örter und dem stellvertretenden Grenzschutzamtsleiter Wache. Diese Einpassung in ein beeindruckendes Zeremoniell muß Dr. Hoffmann derart beeinflußt haben, daß er wie seine argentinischen Kollegen, die zum staatstragenden Verschwindenlassen von ‚Subversivos' durch die ehrfurchtgebietende Anwesenheit hochrangiger Junta-Admiräle zu Betäubungsinjektionen im Flugzeug motiviert wurden, mit großem Diensteifer die Durchführung der wegen seiner anfänglichen Zögerlichkeit später notwendige Knebelung ohne Rücksicht auf unübersehbare Atem- und Bewußtlosigkeit unterstützte und diesbezügliche Bedenken der Begleitpolizisten zerstreute.

Als Bankole in seinen Sitz in der vorletzten Reihe gezwungen werden sollte, machten die vier Begleitpolizisten einen entscheidenden Fehler: Sie lösten das zehn mm dicke Nylonseil, das seine Handgelenke in die Kniekehlen zur Hockstellung gezwungen hatte. Bankole streckte sich, zerriß vier der "neun Plastikbänder 6x2mm mit Schiebeverschluß von 40-60cm Länge" (Pr.Br. Tgb.-Nr. 424 506-94 E 216/94) im Bereich der Beine, so daß nur noch die Handschellen, die fünf verbliebenen und die vier Klettbänder von 31mm Breite blieben, um Bankole zu bändigen. Um 13:55 Uhr drückte der Erfinder und Hersteller des Knebels PM Brecht, "der bei Rückführungsaktionen häufig mit schwierigen Situationen konfrontiert gewesen ist" und "in der Vergangenheit … ein solches Hilfsmittel bei renitenten Personen schon mehrfach eingesetzt" (BT zu 20) hatte, Bankole den Knebel aus drei bis vier "anthrazitfarbenen bzw. dunkelblauen Socken, die ineinandergestülpt sind und an einem Ende offensichtlich aufgeschnitten wurden", auf den Mund. "Durch diese Socken ist ein brauner 15mm breiter Gurt gezogen, der an der einen Seite eine Schlaufe bildet. An der anderen Seite schließt sich ein längeres Gurtstück an, das wiederum mit einem beigefarbenen, etwa 2cm breiten Gurt verknotet ist. Die Socken messen (Länge x Breite x Höhe 13 x 8 x 5,5cm, an der Socke sind weißliche Anhaftungen zu erkennen. Schließlich finden sich noch zwei rechteckige Stücke, bei denen es sich um weißliches, schaumpolsterartiges Gewebe handelt, sie messen 19x9,5 bzw. 15x9,8cm, die Dicke beträgt ca. 5 mm." (Pr.Br.) Nach meinem Eindruck zeigten auf dem Foto 914/94 des Knebels und wohl des helleren breiteren Brustgurts die ausgefransten Enden häufigen Gebrauch an. Die Schlaufenkonstruktion ermöglicht ein Festzurren mit doppelter Flaschenzugkraft und ein stundenlanges Festhalten bzw. Verknoten hinter der Kopfstütze. Dadurch zog der hinter Bankole postierte Zügelhalter Engwers den von Kollegen Brecht vor Bankoles Mund plazierten Knebel wie eine Trense mittels der Zügel unter Einsatz seiner gegen Bankoles Rückenlehne gestemmten Knie Bankole zwischen die Zähne.

Ich kann mir keinen Menschen vorstellen, der seinen Zungengrund gegen eine solche einschneidende Krafteinwirkung minutenlang so halten kann, daß der Rachen frei bleibt. Selbst wenn die Nasenatmung unbehindert gewesen wäre, was bei einer Knebelbreite von 8 cm noch denkbar, bei einem möglichen Einsatz der breiteren Schaumstoffpolster und PM Brechts Händen weniger wahrscheinlich sein dürfte, könnte die nasengeatmete Luft den durch den Zungengrund verstopften Rachen kaum oder nicht passieren. Außerdem zeigen die jüngsten Erstickungsfälle bei freier Nasenatmung sowie auch schon 1994 zugängliche US-Untersuchungen in Polizei- Juristen- und gerichtsmedizinischen Fachzeitschriften erhebliche Erstickungsgefahr nach maximalen Kampfanstrengungen mit einem Luftbedarf von einhundert Litern pro Minute bei freier Nasenatmung und sogar freier Mundatmung an, wenn nur die Brustkorbatmung eingeschränkt ist (Nach einer Übersichtsarbeit über "Medical Risk Factors of Sudden In-Custody Deaths", beruhend auf 212 Literaturquellen, zur Hälfte vor 1994, und 148 Fällen, kommt Autor Dr. D.L. Ross zum Ergebnis, daß in 58% dieser Fälle Erstickungen nur aufgrund lagebedingter Atmungseinschränkung [positional Asphyxia] nach heftigen Kampfhandlungen aufgetreten waren. The Police Marksman' Nov. 97).

Nach Engwers Aussage im Begleitarztprozess habe er die Zügel etwa 10 - 15 Minuten straff gehalten, nach dem raschen Zusammensacken Bankoles gelang das mit geringer Kraftanstrengung. Ähnlich über die Knebelungslänge äußern sich Dr. Hoffmann und LH-Kapitän Meister. Nur die fünf BGS-Kollegen erinnern sich angeblich an ein Herabhängenlassen des Knebels teils vor dem Kinn, teils vor der Brust nach Bankoles raschem Zusammensacken kurz nach Beginn der Knebelung und der unmittelbar danach verabreichten Mischspritze in Bankoles linken Oberarm durch Dr. Hoffmann, der inzwischen eine medizinische Indikation zur zwangsweisen Psychopharmakaverabreichung gegeben sah, die er allerdings im Prozeß niemandem vermitteln konnte.
Die folgenden 30 Minuten lassen einerseits eine klassisch lehrbuchhafte Erstickung erkennen, andererseits eine konsequente Fehleinschätzung mit Versäumnis aller notfallmedizinischer

Standardhandlungen Dr. Hoffmanns. Dies nachzuvollziehen, gelang mir in meinem ersten langen Gespräch mit Dr. Hoffmann drei Monate später und den Verfahrensbeteiligten zweieinhalb Jahre später nicht. Es hilft nur, sich einzugestehen, daß nach den Milgram-Experimenten ca. 85% der Menschen eine Denktätigkeitsbetäubende Nein-sage-Schwäche haben, wenn sie sich auf eine Situation von Gehorsamsleistung gegenüber einer ehrfurchtgebietenden Person oder Instanz einlassen. Dr. Hoffmann gestand sich mir gegenüber ein: "Ich hätte von vornherein Nein sagen müssen." Zu ergänzen wäre, „wenn ich gewusst hätte, dass ich in einer solchen Verpflichtungssituation völlig die rationale Steuerung verliere.' Zu erinnern ist auch nicht nur die ‚Medizin ohne Menschlichkeit' etlicher nationalsozialistisch hochmotivierter Ärzte mit Beteiligung an entsetzlich grausamen Tötungen, sondern die allgemeine ärztliche Ignoranz, die einem medizinischen Nonsens wie der Blutschande nicht entgegengetreten ist, sondern als gläubige Schafherde reagiert hat.

Nach etwa zehnminütigem Kampf gegen vier Grenzpolizisten, Fesseln und Knebel – nach denen auch die BGS-Beamten "körperlich weit unten" (BP Brehl), nach Aussage des Kollegen Engwers sei der auf Bankole kniende Brehl "schweißgebadet, total fertig" gewesen, Brecht habe sich nach Dr. Hoffmanns Aussagen "wie nach einem 5000-Meter-Lauf" gefühlt (BP) – hat Bankole nach übereinstimmender Schilderung "sehr geschnauft, die Halsadern traten hervor" (BP Örter). Kurz nach Dr. Hoffmanns Injektion, nachdem er die Zwecklosigkeit des Bemühens, die gesprengten Beinfesseln durch Signalplastikband und Klettband zu bändigen und Bankoles Sitzgurt zu schließen, mit einem "Das hat so keinen Zweck" kommentiert hatte, sackte Bankole ohne sichtbare Atembewegungen zusammen. Trotz dieser und anderer eindeutiger höchster Alarmzeichen wie der sichtbaren Halsvenenstauung, des nachlassenden Pulses als Kreislaufzusammenbruch zusätzlich zum Atemstillstand und der Bewußtlosigkeit, die Dr. Hoffmann mittels mitgebrachtem Ammoniakfläschchen ohne Bankoles Nasenreaktion, Zäpfchenreizung mit Plastikband ohne Würgreflex und Augapfelreizung mit Taschentuchzipfel ohne Lidschlagreflex zweifelsfrei nachwies, deutete Dr. Hoffmann all diese unmißverständlichen Alarmzeichen als nigerianertypische Selbsthypnose. Zum Teil mögen dazu frühere Beobachtungen bei verzweifelten Abzuschiebenden geführt haben, die zwischen Starre und heftiger Unruhe schwanken, zum Teil scheint er auch Nigerianer mit fernöstlichen Yogis in einen Topf geworfen zu haben, die durch tiefe Versenkung ihre vegetativen Funktionen wie Atmung und Kreislauf auf ein Minimum zu beschränken vermögen – natürlich nicht nach heftigstem Kampf mit erheblichem Luftnachholbedarf. Mit dieser Deutung beruhigte er nicht nur sich selbst, sondern auch die Grenzpolizisten, die ebenfalls den Puls nicht mehr sicher an der Halsschlagader fühlen konnten. Zwischen der allgemeinen Feststellung des nachlassenden Pulses und Dr. Hoffmanns Reflexprüfungen setzte sich dieser zum Ausspannen auf seinen Platz vor dem Vorhang. Erst auf Aufforderung eines BGS-Polizisten, den die weiter fehlenden Atembewegungen beunruhigt hatten, fühlte sich Dr. Hoffmann veranlaßt, die Echtheit der Bewußtlosigkeit wie beschrieben zu testen und daraufhin um 14:23 Uhr selbst, "um Übertragungsfehler zu vermeiden" (Dr.H.), von der Gangway am anderen (vorderen) Flugzeugeingang aus seine Bereitschaftssanitäter mit dem Notarztwagen telefonisch aufzufordern, ein EKG-Gerät zu bringen, was innerhalb weniger Minuten erfolgte. Nach Entblößen von Bankoles Brust zeigte das EKG Nulllinie. Auch das reichte noch nicht, um endlich mit Wiederbelebungsmaßnahmen zu beginnen. Ein zweites EKG nach umständlicher Entfesselung im Liegen auf dem Bordküchenboden ergab ebenfalls Nulllinie. Dr. Hoffmann erkannte jetzt erst endgültig, daß er die ganze letzte halbe Stunde die Lebensgefahr mit ihren untrüglichen Zeichen fehlgedeutet hatte. Die von den Rettungssanitätern vorbereiteten Wiederbelebungsmaßnahmen lehnte er nach so langem Atem- und Herzstillstand als aussichtslos ab.

Als Flugkapitän Meister, der nach Knebelung und Spritze Dr. Hoffmann gefragt hatte, "ob noch was passieren kann", und sich mit dessen Antwort: "Nein, alles im Griff" zufriedengegeben hatte, vom Tod Bankoles erfuhr, habe er nach eigener Aussage im Begleitarztprozess gesagt: "Seht zu, daß ihr ihn nach draußen bringt in den Rettungswagen, da kann man alles noch machen." Darum, wie das auf die Schnelle gehen sollte, hat er sich aber nicht gekümmert. So mußte ein Hebefahrzeug angefordert werden, mittels dessen die Leiche aus dem Flugzeug entfernt wurde.

Die Kriminalpolizei stellte alle Fesseln bis auf das Nylontau und die Stahlhandfesseln sicher sowie den Knebel mit Gurten. "Die Staatsanwaltschaft beim Landgericht Frankfurt/Main ordnet eine Nachrichtensperre an." (BT) Am folgenden Tag "recherchierte eine Redakteurin der Frankfurter Rundschau beim Grenzschutzamt Frankfurt/Main Flughafen in gleicher Sache. Sie behauptet, ein anonymer Anrufer (ich vermute, eine der Flugbegleiterinnen, die schon vor der Knebelung entsetzt reagiert hatten und von der Staatsanwaltschaft bei den Ermittlungen ausgeklammert werden sollten) habe ihr mitgeteilt, daß auf dem Flughafen Frankfurt/Main ein Nigerianer von 4 BGS-Beamten in ein Flugzeug verbracht und dabei derart mißhandelt wurde, daß er verstorben sei." (BT) Damit war die wohl beabsichtigte Totalvertuschung vereitelt. Also blieb nur die zunächst erfolgreiche Partialvertuschung, die dank einer Steilvorlage der Frankfurter Gerichtsmedizin einen "plötzlichen Tod aus natürlicher innerer Ursache" zu verkünden der Frankfurter Staatsanwaltschaftssprecherin ermöglichte. Zusätzlich erfand Staatsanwaltschaftssprecherin Becker-Toussaint arztentlastende Versionen: "Ebenfalls mitfliegen sollte ein Arzt, da der Nigerianer an ‚Anomalien im Herzbereich' gelitten habe … Wiederbelebungsversuche seien erfolglos gewesen …" (Frankfurter Rundschau, 1.9.94) Am Erscheinungstag ergänzte sie in ihrer Presseerklärung: "Gegen 14.00 Uhr verabreichte ihm der Arzt ein Beruhigungsmittel, weil ihm dies wegen des Erregungszustandes aus medizinischer Sicht angezeigt erschien. Gegen 14:20 wurde ein Notarzt und ein Rettungswagen herbeigerufen, der unmittelbar danach eintraf. Gegen 14.25 konnte der herbeigerufene Notarzt nur noch den Tod feststellen.

Das vorläufige Obduktionsergebnis erbrachte u.a.: "einen krankhaften Befund des Herzens". Das "vergrößerte Herz … lag dabei über dem sogenannten kritischen Herzgewicht."
"Zusätzlich wies der Herzmuskel Narben auf, die auf alte Entzündungen schließen lassen. B. litt darüber hinaus an chronischer und akuter Kreislaufschwäche." (…) "Der o.a. Befund war geeignet, den plötzlichen Tod aus natürlicher innerer Ursache herbeizuführen, wobei die chemisch-toxikologischen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind." (…)
"Neben dem Todesermittlungsverfahren ist ein Verfahren gegen den Arzt wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung eingeleitet worden. Im Rahmen dieses Verfahrens wird überprüft werden, ob auch noch weitere Personen ein Verschulden am Tod des B. treffen könnte."

Einerseits erfindet die Staatsanwaltschaftssprecherin arztentlastende Rettungsmaßnahmen, andererseits lenkt sie mit dem Ermittlungsverfahren den Verdacht auf die Beruhigungsmittelver-

abreichung, die so wohl den Tod Bankoles bewirkt habe. Die Knebelung bleibt verschwiegen, zumal auch die Lufthansa, wie auch erneut beim jüngsten Frankfurter Erstickungsfall, strengstens Stillschweigen verordnet hat.
Es wäre wohl dabei geblieben, hätte ich nicht mit Lufthansakapitän Ulrich Westermann fünf Wochen später telefoniert, der mir und später JournalistInnen von der Dritthandinformation berichtete, daß Bankole an einem Knebel erstickt sei.

Am gleichen Tag unterschrieben acht mutige Kollegen der ‚Ärzte in sozialer Verantwortung' und der Vorsitzende des ‚Vereins demokratischer Ärzte' Dr. Winfried Beck einen "offenen Brief an die Ärzte der Flughafenklinik Rhein/Main" mit den Informationen Westermanns: " ... Wenn diese Schilderungen zutreffen, muß u. E. angenommen werden, daß die Beruhigungsspritze für den Tod des Nigerianers mitverursachend war ... ."
Am nächsten Morgen klingelte mich ein dpa-Redakteur aus dem Bett, der daraufhin die Staatsanwaltschaftssprecherin überrumpelte und zum Geständnis der Knebelung brachte, das als Topmeldung des Tages in alle Zeitungen und Nachrichtensendungen übernommen wurde. Frau Becker-Toussaint hatte in ihrer Presseerklärung vom 5.10.94 nach Hinweis auf das bekannte vorläufige Obduktionsgutachten ("legt vielmehr die Annahme eines Herztodes nahe.") geschrieben: "Dem Verstorbenen war für den Transport ein Beißschutz angelegt worden zum Schutz der Beamten durch Bisse, nachdem er gedroht hatte, er werde Beamte beißen, er habe Aids." Hier wird erstmals die Drohung des HIV-negativen Bankole mit AIDS-Bissen behauptet, die weder im Begleitarztprozess erhärtet noch in der BMI-Antwort erwähnt wird.

In den folgenden Wochen gab es ein fieberhaftes Rätseln, wie wohl Bankoles "Beißschutz" beschaffen gewesen sein mochte, in dessen Verlauf etwa fünf verschiedene Knebelungsarten bekannt wurden. Die Staatsanwaltschaftssprecherin jammerte öffentlich über die Vorverurteilung der knebelnden BGS-Beamten, die angedroht hätten, als faktisch Beschuldigte von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch zu machen, (während sie als nichtbeschuldigte Zeugen aussagen müssen). So bahnte sich eine Verfahrensweise an, die sich nach dem Zusammenbruch diktatorischer Regime zunehmend bewährt: Eine Wahrheitsfindungskommission, die den aussagewilligen Tätern im Staatsauftrag Straffreiheit zusichert. Um zu diesem in unserer Strafprozeßordnung nicht vorgesehenen Procedere zu kommen, mußten eine Reihe von Vorbedingungen geschaffen werden, nachdem die geplante Vertuschung gescheitert war:

1. Es durften nur mitinvolvierte Männer vernommen werden, d.h. die gegen die gewaltsame Abschiebung eingestellten Flugbegleiterinnen mußten von der Lufthansa weiter unter starken Schweigedruck gesetzt und von der Staatsanwaltschaft umgangen werden.
   Das gelang.
2. Eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Nachobduktion sollte am 12.10.94 eine Nasenverengung o.ä. natürliche Atembehinderungen ergeben.
   Das mißlang.
3. Es sollten klinische Gutachter gefunden werden, die Dr. Hoffmanns Schuld schonungslos aufdecken, um ihn als Alleinschuldigen anklagen zu können. Dazu bot sich Staatsanwalt Dr. Erich Schöndorf, der sich durch sein Engagement in Umweltverfahren einen guten Namen gemacht hatte, an, einen Gutachter aus unseren Reihen zu wählen: Prof. Dr. Ulrich Gottstein, Vorstandsvorsitzender der deutschen ‚IPPNW-Ärzte in sozialer Verantwortung', von dem er sicher annehmen konnte, daß er nicht gemäß der alten Krähenregel Dr. Hoffmanns Fehlverhalten decken würde. Auch der zweite klinische Gutachter, der Mannheimer Intensivmediziner Prof. Dr. Striebel kam wie Gottstein zur schonungslosen Einschätzung Dr. Hoffmanns Fehlverhaltens. Anders als wohl geplant beharrten beide jedoch darauf, daß der Tod allenfalls am Rande durch die von Prof. Bratzke als hauptverursachend eingeschätzten älteren Herzmuskelentzündungsherdchen als plötzlicher natürlicher Herztod zu deuten sei, sondern als Folge "lebensbedrohender Gewalt" durch Atembehinderung infolge Brustgurt- und Knebelanwendung seitens der BGS-Beamten. (BP Prof. Striebel)
4. Prof. Dr. Bratzke als gutachtender Rechtsmediziner mußte belegen, daß keine Erstickung durch Brustgurt und Knebel stattgefunden haben konnte, sondern ausschließlich oder überwiegend ein natürlicher Herztod.
   Das gelang:
   In der beschaulichen Ruhe seines Instituts testete er den Originalknebel im Selbstversuch in Ruhe und stellte fest: "Unter diesen Bedingungen ist die Mundatmung stark erschwert, aber noch möglich. Die Nasenatmung etwas erschwert, durchaus aber in ausreichendem Maße möglich."

Trotz monatelanger versuchter Überzeugungsarbeit Prof. Bratzke und Staatsanwalt Dr. Schöndorf gegenüber gelang es mir nicht, diesen Selbstversuch als völlig realitätsfremd zu werten bzw. aus ihm die richtigen Schlüsse zu ziehen. Während Prof. Bratzke sich festlegt in seiner Gutachtenbeurteilung unter "IV. Es ist nicht von einem Tod durch Ersticken auszugehen", könnte man aus seinem Selbstversuch eher das Gegenteil schließen: Wenn eine Ruheatmung von ca. 5 Litern Luft pro Minute trotz vor dem Mund gehaltenem Knebel "noch möglich" bzw. "in ausreichendem Maße möglich" ist, dürfte doch klar sein, daß dann eine maximale Atmung nach extremer Anstrengung von ca. 100 Litern pro Minute, d.h. 30 Ein/Ausatmungen mit je 3,3 Litern /min. nicht möglich ist. Prof. Gottstein legte im Prozeß sogar dar, daß in seinem Selbstversuch mit 5,5cm Sockendicke nicht einmal in Ruhe eine ausreichende Blutsauerstoffsättigung aufrecht zu halten war.

Jeder Laie kann sich mit einem einfachen Test überzeugen, daß z.b. eine reine Nasenatmung bei verschlossenem Mund, die 1999 zu Abschiebungserstickungen in der Schweiz (in einem weitgehend unbekannt gebliebenen Fall vom 3.3.99 im Flughafen Zürich) und in Österreich geführt haben, eine vertiefte Ein- und Ausatmung (das sind durchschnittlich 3-4 Liter pro Atemzug mit dem Mund in ca. 2 Sekunden) mit der Nase erst in 5-6 Sekunden zu schaffen sind. Bei Atmung durch 5,5cm Socken verlängert sich ein Ein/Aus-Atemzug mit submaximaler Luftmenge auf 10-12 Sekunden - das wären höchstens 24 Liter pro Minute. Nach 5 Minuten Knebelung, die auch von den Beobachtern einer raschen Knebellockerung eingeräumt wurden, ergäbe das ein Luftdefizit von 380 Litern gegenüber der erforderlichen Maximalatmung, die notwendig ist, um die durch die Überanstrengung angelaufene sogenannte Sauerstoffschuld schnell genug abtragen zu können.

Liest man die wenigen Kongressberichte und Veröffentlichungen deutscher Rechtsmediziner, fällt auf, daß sie sich erst seit Anfang 1999 auf die einschlägigen US-amerikanischen Untersuchungen zum ‚Sudden In-Custody Death' überhaupt beziehen, ohne ihre Interpretationen als Kokain- oder Herzstillstandsbedingt in Frage zu stellen. Für ihre US-Kollegen ist seit zehn Jahren der Diskussionsstand bezüglich Gewahrsamserstickungen ohne die deutsche Rücksicht auf Polizeiinteressen weiter als für ihre deutschen Kollegen (nach Übersendung der einschlägigen Übersichtsarbeiten durch mich 1998) heute.

Kurz gesagt: Weder bei Prof. Bratzkes Begutachtung der Todesursachen Bankoles noch des am 15. Mai 1998 bei Festnahme durch 10 Polizisten an der Frankfurter Hauptwache nach typischer "positional asphyxication" (lagebedingter Erstickung) ins Koma gefallenen Nigerianers Okechukwu Agbai-John spielten die US-Untersuchungen die geringste Rolle – Prof. Bratzke kannte sie bis zur Zusendung durch mich (über das Frankfurter Polizeipräsidium Anfang 1999) schlicht nicht. Obwohl die Frankfurter Staatsanwaltschaft durch mich auf dieses Wissensdefizit aufmerksam gemacht wurde, legte sie großen Eifer an den Tag, auch Frankfurts vierten Gewahrsamserstickungsfall vom 28. Mai 1999, Aamir Aageb, "in bewährte Hände der Frankfurter Rechtsmedizin" (Staatsanwaltschaftssprecher Job Tilmann in der Hessenschau Anfang Juni 1999), das heißt Prof. Bratzkes zu legen. Übrigens konnten in diesem Fall die Münchner Kollegen nicht mit natürlichen Ursachen aufwarten. Sie sahen "Anzeichen für einen Erstickungsmechanismus", was wohl dem dortigen Wissen um lagebedingte Erstickungsgefahren (durch Herabdrücken des behelmten Kopfes zur Abschiebeerzwingung am 25. Mai) zu danken war. Ansonsten zeichnete sich die Frankfurter Staatsanwaltschaft auch in diesem neuesten Gewahrsamserstickungsfall durch Verzögerung der Beamtenvernehmungen aus, die Journalisteninformationen zufolge auch drei Wochen nach Aamir Ageebs Tod weder durch sie noch durch das eingeschaltete BKA erfolgt war: Eine eigenwillige Interpretation der UN-Antifolterkonvention, die in Par. 12 nach Mißhandlungsvorwürfen eine "unverzügliche und unabhängige Untersuchung" fordert.
Für diejenigen, die die nachweisliche Literaturunkenntnis der Frankfurter Rechtsmedizingutachter nicht an deren Unabhängigkeit zweifeln läßt, eine Anekdote aus dem Begleitarztprozess: Prof. Gottstein hatte als Versprecher statt ‚den Knebel' "den Folter" gesagt, (was ja nicht unbedingt so weit übertrieben gewesen wäre), da sprang Prof. Bratzke auf und beschwerte sich anklagend lauthals bei der Richterin Messer über die vermeintlich ungeheuerliche Folterbehauptung.
Die Schlußfolgerung von Richterin Messer, den Arzt treffe im Vergleich zu den BGS-Beamten eher geringe Schuld und ihre dringende Aufforderung, die bisher von staatsanwaltlicher Anklage verschonten Grenzpolizisten doch noch anzuklagen, hat die Staatsanwaltschaft ebenso ignoriert wie die Fragenkataloge von PRO-ASYL und IPPNW zu Bankole und der 1993 in einer Flughafen-BGS-Zelle in Frankfurt erstickten Polin, dem ersten von vier bekannt gewordenen Frankfurter Gewahrsamserstickungen ohne Polizistenanklage.

Claus Metz ist praktischer Arzt sowie Psychotherapeut und engagiert sich für die IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung

Dieser Beitrag erschien bereits im Dezember 1999 in der UNBEQUEM.. Zeitschrift der Kritischen Polizisten.

Nachtrag:

„Obwohl der konsequent hilfeverweigernde Begleitarzt des während Knebelung nach Beruhigungsinjektionen gestorbenen Nigerianers Kola Bankole mit einer Zahlung von 5000 DM an ai glimpflich wegkam und der Justitiar der Hessischen Landesärztekammer Herr Neupel und der hessische Menschenrechtsbeauftragte Dr. Ernst Girth von einer ernsthaften standesärztlichen Untersuchung unter Hinzuziehung der Prozessgutachten abgesehen haben, war es dem BGS zunächst wohl unmöglich, Ärzte zur chemischen Abschiebehilfe zu gewinnen. So musste BGS-Leiter Burgholder auf einen Jura-Praktikanten mit gefälschter Approbation zurückgreifen, um in 27 Fällen Abzuschiebende mit zwangsweiser Diazepamgabe gefügig zu machen. Inzwischen sind beim Frankfurter Flughafen-BGS 2 Ärzte festangestellt, deren Aufgaben für uns im Dunkeln liegen.
(...)

Strenggenommen könnte man die bisherige Weigerung der Rechtsmediziner, sich in Sachen Gewahrsamserstickung fortzubilden und die früheren Fehldiagnosen zu korrigieren (in mehreren von Claus Metz/IPPNW dokumentierten Fällen von Erstickungen im Polizei/BGS-Gewahrsam wurde von den Rechtsmedizinern eine „natürliche" Todesursache aufgrund körperlicher Anomalien o.ä. diagnostiziert, d.Red.), als postmortale Abschiebehilfe bezeichnen: Ich weiß aus den Gesprächen mit BGS-Vorgesetzten, dass sie Prof. Bratzkes Begutachtung nach Bankoles Knebelung vom „Plötzlichen Tod aus natürlicher innerer Ursache" gerne als Freibrief genommen haben für weitere Knebelungen sogar durch Bankoles Knebler selbst, erst recht natürlich die Adelung der Knebelung durch die Staatsanwaltschaft als „hoheitlichen Akt", der durch den heftigen Widerstand verhältnismäßig gewesen sei." (Hervorhebung d. Red.)

(Aus einem Brief von Claus Metz an Dr. Montgomery, Beauftragter für Menschenrechte der Bundesärztekammer, vom 19.6. 99)

Am Abend des 6. Mai erhängt sich in der Flüchtlingsunterkunft am Flughafen in Frankfurt/Main die 40jährige Asylbewerberin Naimah H.. Sie wurde bereits seit sieben Monaten im Transitbereich des Flughafens gefangengehalten, weil ihr Asylantrag abgelehnt worden war und die Papiere für ihre Abschiebung fehlten.
Aus Algerien war sie geflohen, weil ihr Mann dort gesucht und sie mehrfach vergewaltigt wurde. Bundesamt und Verwaltungsgericht fanden ihre Geschichte u.a. deshalb „unglaubwürdig", weil sie sich nicht an das Datum ihrer ersten Vergewaltigung erinnern konnte.
Bei ihrer Ankunft in Frankfurt war sie nach Angaben des Flughafensozialdienstes bereits in schlechter Verfassung, sie hatte stundenlange Weinkrämpfe. Nach einem psychischen Zusammenbruch am 26. Februar wurde sie in eine Klinik eingeliefert.

Der Antrag ihres Anwalts an das Bundesinnenministerium auf Einreise von Naimah H. aus humanitären Gründen blieb unbeantwortet.

Seit 1997 hatte es im Transitbereich des Flughafenverfahrens bereits 18 Selbstmordversuche von Flüchtlingen gegeben. Z. Zt. sind dort 42 Flüchtlinge untergebracht, davon 10 länger als 3 Monate. 30 Flüchtlinge leiteten kürzlich einen eindringlichen Hilferuf an ai in Frankfurt weiter. Sie berichteten über „inhumane und entwürdigende" Bedingungen und dem „Fehlen jeglicher Intimität bei unserem Leben im Transit."

Nach: FR, 09.05.2000

International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) Empfänger des UNESCO-Friedenspreises 1984 und des Friedensnobelpreises 1985

Vorstand:
Dr. Angelika Claußen
Anne Dettmer
Bernd Hanewald
Dr. Ellis Huber
Stephan Kolb
Dr. Armin Kröning
Dr. Gisela Penteker
Dr. Dorothea Wagner-Kolb

International Councillor:
Lars Pohlmeier

Ehrenvorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Ulrich Gottstein
Prof. Dr.Dr. Horst-Eberhard Richter

Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges
Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

IPPNW-Ärzte erklären: Abschiebetod von Aamir Ageeb hätte vermieden werden können Ärztliche Beihilfe bei zwangsweisen Abschiebungen widerspricht der ärztlichen Ethik

Berlin, den 1. Juni 1999:

Die Ärztinnen und Ärzte der IPPNW nehmen den Tod des Sudanesen Aamir Ageeb am vergangenen Freitag zum Anlaß, auf die menschenverachtende Abschiebepraxis durch Zwangsmaßnahmen seitens des Bundesgrenzschutzes (BGS) hinzuweisen. Der Vorwurf: Wissenschaftliche Erkenntnisse werden ignoriert, Warnungen bleiben unberücksichtigt - der Tod von Flüchtlingen durch Ersticken aufgrund erfolgter Zwangsmaßnahmen wird in Kauf genommen.
Zwangsweise Abschiebungen in Staaten mit äußerst prekärer Menschenrechtssituation wie Algerien, Sudan, Nigeria müssen bei den Abzuschiebenden zwangsläufig zu Verzweiflungsreaktionen führen, ist doch ihr Leben durch die Auslieferung in den Verfolgerstaat unmittelbar bedroht. Daher müsse der erneute, vermeidbare Tod von Aamir Ageeb zu einer Überprüfung der gnadenlosen Ablehnungspraxis von Asylsuchenden führen.

Da nicht selten auch Ärztinnen und Ärzte an zwangsweisen Abschiebungen beteiligt sind, rufen die Ärztinnen und Ärzte der IPPNW ihre Kolleginnen und Kollegen dazu auf, sich an zwangsweisen Abschiebungen nicht zu beteiligen. Ärztliches Handeln hat sich ausschließlich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leben und Gesundheit aller Menschen abzuwenden. Eine ärzliche Abschiebungsbeihilfe durch Flugbegleitung, zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka oder die Ausstellung einer „Reisefähigkeitsbestätigung“ unter Missachtung fachärztlich festgestellter Traumatisierung und bestehender Abschiebehindernisse ist mit der ärztlichen Ethik nicht zu vereinbaren.

Kontaktpersonen:
Claus Metz, Telefon (069) 493 332
Frank Uhe, IPPNW-Geschäftsstelle

Körtestraße 10
10967 Berlin
Telefon 030 / 693 02 44
Telefax 030 / 693 81 66
E-Mail: IPPNW@vlberlin.comlink.de
IPPNW@oln.comlink.apc.org
Internet: http://www.ippnw.de

IPPNW

ANHANG

Seit Frankfurter Mitglieder der IPPNW / Ärzte in sozialer Verantwortung 1994 die tödliche Knebelung des Flüchtlings Kola Bankole aufgedeckt haben, wurde der Flughafen-Bundesgrenzschutz von den Medizinern immer wieder in Gesprächen und Briefen vor den Erstickungsgefahren bei Knebelungen und atembehindernden Fesselungszwangshaltungen gewarnt. Trotzdem kam es zu weiteren erstickungsriskanten Gewaltanwendungen zur Abschiebungserzwingung (siehe Chronologie in der Anlage). Nachdem im Mai letzten Jahres auch der 32jährige Nigerianer Agbai-John bei der Festnahme an der Frankfurter Hauptwache erstickt war, äußerte sich Claus Metz, Mitglied der Frankfurter IPPNW-Gruppe: „Agbai-John starb nach heftigem Kampf in Bauchlage mit rücklings extrem überstreckten gefesselten Armen. Wir haben der Polizei darauf hin Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten zu Gewahrsamserstickungen zur Verfügung gestellt, die am 7. Dezember 1998 zu einer Warnung seitens des Polizeipräsidiums der Stadt Frankfurt vor lagebedingten Erstickungen im Polizeigewahrsam führten."

Auf diese inzwischen hessenweite Regelung der Bereitschaftspolizei, die ein zusätzliches Halten nach Fesselung durch Niederdrücken, Kniedruck im Rücken oder ähnliches verbietet, das die Atmung beeinträchtigen kann, wurde der BGS-Sprecher Klaus Ludwig von der IPPNW wiederholt hingewiesen, nachdem er und seine BGS-Leitungskollegen der Einladung zu einer Podiumsdiskussion am 6. Dezember 1999 zu Gewahrsamserstickungen nicht gefolgt waren. Zusätzlich hat die Frankfurter IPPNW die Anregung zu einem Bericht im SPIEGEL 6/1999 gegeben, der ausführlich auf die Erstickungsgefahr bei Zwangshaltungen hinweist.

Metz: „Nach diesen Veröffentlichungen wäre es unabdingbare Pflicht des BGS gewesen, ähnlich wie die hessische Bereitschaftspolizei vor den Gefahren lagebedingter Erstickungen zu warnen und atemeinschränkende Fesselungsmaßnahmen zu verbieten. Dann wäre den Grenzpolizisten im Flughafen Frankfurt am 28. Mai 1999 klar gewesen, daß dem Sudanesen, der sich heftig gegen seine Abschiebung gewehrt haben soll, somit - nach extremer körperlicher Anstrengung mit entsprechendem Sauerstoffdefizit - keine atembehindernde Haltung zugemutet werden durfte." Die bisher beschriebene Zwangshaltung des Sudanesen mit gefesselten Armen und Beinen und nach vorn gezwungenem Kopf müsse durch den Kinnbügel des verwendeten Helmes die Brustkorbatmung erheblich eingeschränkt haben, so daß die erforderliche Maximalatmung von über 100 Liter pro Minute nicht mehr gewährleistet worden sei. Außerdem konnte so die unerläßliche Beobachtung der Atmung nicht erfolgen.

Wie bei den in der US-Literatur beschriebenen „Positional Axphyxications" war zu erwarten, daß bei der Obduktion des Sudanesen „eine anatomisch eindeutig nachweisbare Todesursache nicht festzustellen" sein würde, wie die Münchener Obduzenten Ageebs mitteilten.

Sollte die von Bundesinnenminister Schily angekündigte sorgfältige Untersuchung ergeben, daß die beteiligten Beamten nicht ausführlich über die Gefahren lagebedingter Erstickung mit entsprechenden Sicherheitsvorschriften informiert wurden, so erwarten die IPPNW-Ärzte personelle Konsequenzen bei BGS-Ausbildern und zuständigen Verantwortlichen. Metz: „Dieser erneute, vermeidbare grausame Abschiebungstod hätte vermieden werden müssen." Außerdem müsse ein Nachdenken darüber einsetzen, ob die gnadenlose Asylablehnungspraxis auch gegenüber Gefolterten und Verfolgten (die etwa ein Viertel der Abschiebeflüchtlinge ausmachen) nicht zwangsläufig zu Verzweiflungsreaktionen bei den „Schüblingen" und menschenverachtenden Reaktionen der Grenzpolizei führen müßten.

Chronologie:

6. Mai 1993: Die 53jährige Polin Miroshawa Kolodziejska erstickt in der Flughafen-BGS-Gewahrsamszelle an Gebißbruchstücken und Stoffstücken.

Mitte April 1994: Einem Nigerianer wird zur Abschiebung der ganze Körper bis über den Mund mit Klebeband gewickelt und im Flugzeug in Frankfurt mit dem Knie der Brustkorb eingedrückt.

30. August 1994: Der 30jährige Nigerianer Kola Bankole erstickt an einem 5,5 cm dicken Strumpfknebel beim 6. Abschiebeversuch im Flugzeug in Frankfurt des PM Brecht, der auch schon vorher und danach den gleichen Knebel verwendete.

5. Oktober 1994: Einem Nigerianer werden auf dem Flug von Frankfurt nach Lagos Hände und Füße gefesselt, und er wird vom Oberkörper bis über den Mund mit Klebeband umwickelt. Ähnliches hat sich nach dem „Flight-Report" auch schon am 9. Juli 1994 zugetragen.

29. November 1995: Ein Zeuge berichtet von einer Knebelung eines unbekannten „Mitschüblings" im Vorbereitungstrakt CJS im Frankfurter Flughafen.

24. September 1996: Der 27jährigen Tina Thoüaly aus der Elfenbeinküste wird ein Kissen auf den Mund gepreßt und im Flugzeug in Frankfurt ein Mittelhandknochen gebrochen.

27. Juni 1997: Der Türke Ahmet T. wurde nach seinen Angaben zur Abschiebungserzwingung 6 Stunden lang in Bauchlage mit rücklings zusammengebundenen Hand- und Fußgelenken gefoltert.

9. Februar 1998: Dem 29jährigen Iraner J. wird zur Abschiebungserzwingung der Hoden gequetscht. Nach seinem Entkommen aus dem Flugzeug wird ihm auf dem Boden des VW-Busses der Querfortsatz des 3. Lendenwirbels gebrochen. Beim 2. Abschiebeversuch am 5. November 1998 wird ihm im Privatjet von Stuttgarter BGS-Beamten immer wieder ein Tuch auf den Mund gepreßt, bis der Flugkapitän angesichts der Atemnot eine Mitnahme verweigerte.

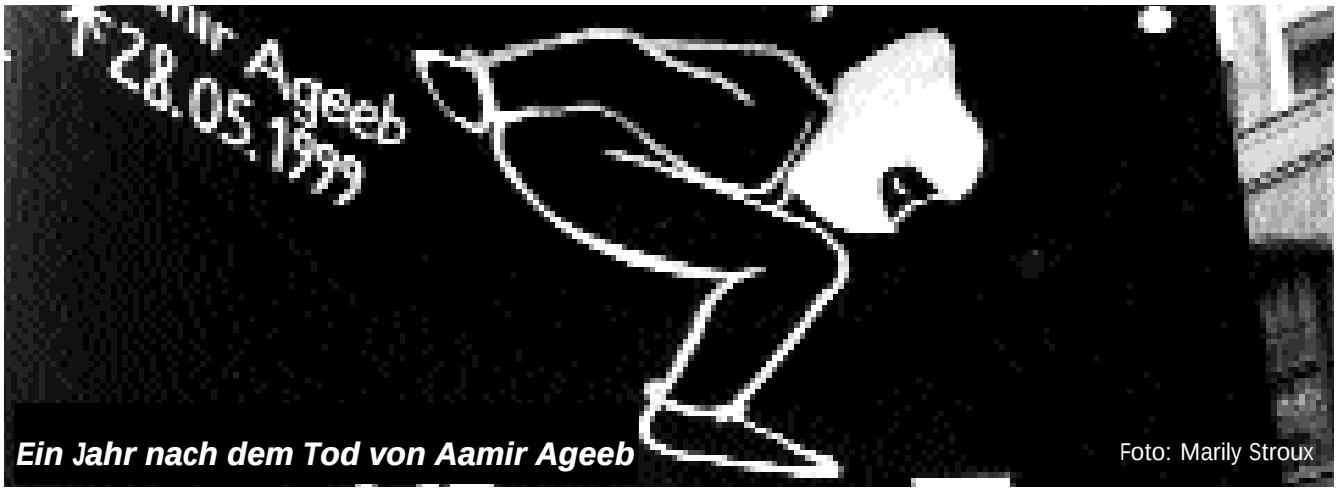
11. Februar 1998: Dem kurdischen Türken Metin wird der Mund mit einem Klebeband von Hannoveraner BGS-Beamten verklebt bei fortwährenden Schlägen auf Kopf, Körper und Genitalien.

15. Mai 1998: Der 32jährige Nigerianer Agbai-John erstickt nach heftigem Kampf in Bauchlage mit rücklings extrem überstreckten Armen.

17. November 1998: Dem 27jährigen Sudanesen Abdellah F. wird beim 3. Abschiebeversuch in Frankfurt eine atembehindernde Mütze über den Kopf gezogen. Er erhält Schläge mit der Faust auf den Penis. Wegen bedrohlicher Atemnot wird er sofort in die Flughafenklinik gebracht.

11. Mai 1999: Ein Kurde aus Gaggenau wird nach vereitelter Abschiebung im Stuttgarter Flughafen auf dem VW-Bus-Boden von vier BGS-Beamten mit Knien und Gesäß am Brustkorb belastet, geschlagen und getreten, so daß er „kaum noch Luft bekommen" habe.

IPPNW



Ein Jahr nach dem Tod von Aamir Ageeb Foto: Marily Stroux

An Flüchtlingen, die sich bei ihrer Abschiebung verzweifelt wehren, wird z. Zt. ein neuartiger Helm „getestet". Laut einer Meldung der Frankfurter Rundschau vom 29. April 2000 sei dieser mit einem „weit nach vorn gezogenen Beißschutz" ausgestattet. Bundesinnenminister Schily hatte Abschiebungen bei Widerstand von Flüchtlingen zunächst ausgesetzt und dann sämtliche atembehindernden Maßnahmen (auch Helme) bei Deportationen untersagt, nachdem Aamir Ageeb am 28.5. 1999 in Frankfurt bei der Abschiebung in einer Lufthansa-Maschine erstickt war, er trug einen Motorradhelm. Gegen die BGS-Begleiter wird immer noch ermittelt.

Zirka die Hälfte der 32 000 Flüchtlinge, die 1999 per Flugzeug aus Deutschland abgeschoben wurden, ließ man in Lufthansa-Maschinen deportieren. Zum Todestag von Aamir Ageeb am 28. Mai plant die Initiative kein mensch ist illegal bundesweit Widerstand. Nachdem kein mensch ist illegal mehrfach durch Aktionen auf Flughäfen, Aktionärsversammlungen und der Tourismus-Börse auf die Rolle der Lufthansa bei Abschiebungen aufmerksam gemacht hat und zu einem Boykott der Fluglinie aufrief, dementierte jetzt Lufthansa weitere Beteiligungen an Abschiebungen, wenn Flüchtlinge Widerstand leisten. In einer Pressemeldung verlautete die Fluggesellschaft, dass sie Abschiebungen gegen den Widerstand der Betroffenen grundsätzlich ablehne und seit Juni 1999 deren Durchführung verweigere, 1999 sei das 235mal geschehen. Dem widerspricht die Initiative kein Mensch ist illegal: solche Anweisungen existierten nur in Presseerklärungen, die Besatzungsmitglieder hätten sie nie erhalten. Belegt wird diese Einschätzung auch durch den Augenzeugen-Bericht des Leipziger Politologen Professor Dr. Klaus-Gerd Giesen, der als Mitpassagier am 13. März 2000 eine gewalttätige Abschiebung auf dem Flug LH 4115 von Paris nach Berlin beobachtete. Vor dem Abflug der im Auftrag von Lufthansa fliegenden Air Littoral wurde ein afrikanischer Flüchtling von zwei französischen Polizisten mit Gewalt und Schlägen ins Flugzeug gebracht. Obwohl mehrere Passagiere protestierten und der Flüchtling schrie, reagierte die Crew laut Klaus-Gerd Giesen nicht. Erst als er dem Piloten juristische Schritte androhte, wurde der Flug gestrichen, alle Passagiere mußten das Flugzeug wieder verlassen. Dieses Erlebnis veranlasste den Leipziger Professor zu einem Rundschreiben, das „seit zwei Wochen mit großem Erfolg in französischer und englischer Sprache unter KollegInnen und Wissenschaftsverbänden und -institutionen in aller Welt zirkuliert. Lufthansa dürfte bis heute bereits mehrere Dutzend Mails bzw. Fax akademischer Institutionen erhalten haben, die solange keine LH-Flüge mehr buchen, bis die gewaltsamen Abschiebungen abgeschafft sind." (Prof. Dr. K.-G Giesen im Begleit-Mail zu seinem Rundschreiben).

Proteste bei Lufthansa löst auch ein auf Flughäfen und in Reisebüros kursierendes Flugblatt aus, das Fluggästen Sonderrabatte bei Buchungen in der „Lufthansa Deportation Class" anbietet. Wer in einem Flugzeug mitfliege, in dem „ein abgetrennter Bereich der Maschinen für Rückführungen von abgewiesenen Asylbewerbern reserviert ist", dem werden 30% Preisreduzierung und andere Sondervergünstigungen angeboten. Die Vorsitzende der Jüdischen Gemeinde München beschwerte sich darüber bei der Lufthansa, woraufhin diese sich zu einem öffentlichen Dementi per Pressekonferenz genötigt sah, um weiteren Imageschaden abzuwenden. Das Haus des Lufthansa-Vorsitzenden wurde bereits im März diesen Jahres mit Farbbeuteln beworfen.

Im Magazin für die Polizei referiert B. Scherfling, Polizeioberkommissar im BGS, die Rechtsgrundlagen bei Abschiebungen. Deutlich macht er in seinem Beitrag, dass BGS-Beamte verpflichtet sind eine Abschiebung abzubrechen, wenn Flüchtlinge sich trotz der „gesetzlich zugelassenen Mittel" weiterhin wehren. Diese zugelassenen Mittel seien dienstlich zugewiesene Fesseln, Klebeband zum Fesseln und Verkleben von Fingernägel und ein bereitgestellter Motorradintegralhelm ohne Plexiglaseinsatz. Dem Beitrag zufolge ist auch dem BGS die Rechtslage klar: „Die Begleitbeamten unterliegen den Weisungen des Luftfahrzeugführers vom Start bis zur Landung des Luftfahrzeugs. Dies trifft auch auf die Verwendung von Fesselungsmitteln an Bord des Luftfahrzeugs zu". Außerdem besagen die Rechtsvorschriften: „Bei Zwischenlandung in einem Transitstaat bzw. nach Ankunft im Zielstaat, stehen deutschen Hoheitsträgern keine Zwangsmittel mehr zur Verfügung. Daher sind bei einem Transitaufenthalt, sofern keine Unterstützung von den dortigen Behörden erfolgt, bei einer Weigerung des Ausländers keinerlei Zwangsmittel mehr anzuwenden. Den Beamten stehen insoweit nur noch die einschlägigen Notwehrrechte zu. Bei Anwendung von Gewalt im Ausland gegen die rückzuführende Person ist daher regelmäßig der Verdacht einer Auslandsstraftat der deutschen Hoheitsträger i.S.v. §5 Nr. 12 StGB gegeben. Die Rückführung ist gegebenenfalls abzubrechen." (Betrachtung der Rückführung unter Teilaspekten der sozialen Kompetenz und Risikominimierung, Magazin für die Polizei, Nr. 284/99,Dezember 1999; zit. n. Pro Asyl Infonetz Asyl, www.proasyl.de)

Zusammenstellung: Red.

Begutachtung der Reisefähigkeit - Ausländerpolitischer Hürdenlauf

Eberhard Vorbrodt, Arzt

Einen gesunden Ausländer abzuschieben, bedarf keiner medizinischen Maßnahme, weder von Ausländerbehörde oder vollziehender Polizei oder BGS.
„Man wird den Abschiebungsflug schon gut überstehen und dabei keinen gesundheitlichen Schaden nehmen". Es sei denn, die Ängste vor all' dem, was man nach der Abschiebung erwartet, kumulieren in Suizidbereitschaft oder machen sich durch Panikattacken Luft.
Dann wird man ihn vorsorglich fesseln oder knebeln, mit einem Integralhelm oder Medikamenten ruhigstellen oder seinen Transport ins Abschiebeland durch Anwendung körperlicher Gewalt gewährleisten.
Dass dies auch schiefgehen kann und man/frau diese Prozedur nicht überlebt – sorry!

Doch was, wenn die beschlossene Abschiebung bevorsteht und der Abzuschiebende krank ist?
Hilfesuchend wird er sich zuvor an seinen behandelnden Arzt in Praxis oder Klinik wenden, sich die Krankheit, Therapie und Prognose für die Ausländerbehörde bescheinigen lassen oder sogar eine Stellungnahme darüber erhalten, dass sich der Verlauf seiner Erkrankung durch die Abschiebung verschlechtern- und er sogar der Gefahr einer Schädigung an Leib und Leben ausgesetzt wird.
Mit diesen Bescheinigungen, Attesten, sogar ausgiebigen Gutachten wird er sich hoffnungsvoll zur allmächtigen Ausländerbehörde begeben in der Hoffnung, diese werde einsichtig sein und sich „wenigstens in seinem Fall" überzeugen lassen, die Abschiebung ganz auszusetzen oder auf einen späteren Zeitraum zu terminieren, der vom Verlauf der Erkrankung abhängt.

Nichts da! Mit einem Griff in die Kiste juristischer Möglichkeiten und den darauf fußendem Verwaltungshandeln werden sich wohl noch Barrieren aufbauen lassen! Außerdem gilt es, politische „Erfordernisse" durchzusetzen.

Barriere Nr.1:
Das Ausländergesetz (AuslG) definiert in §55 u.a. als Duldungsgründe:
Ist rechtskräftig entschieden, dass die Abschiebung eines Ausländers zulässig ist, kann eine Duldung nur dann erteilt werden, wenn die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist..."

Barriere Nr.2:
Im § 54 AuslG werden als Gründe der Aussetzung von Abschiebungen angeführt:
Die oberste Landesbehörde kann aus ...humanitären Gründen... anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern... für die Dauer von längstens sechs Monaten ausgesetzt wird.

Dies bedeutet: Die mangelnde medizinische Versorgung im Heimatstaat oder die medizinisch bedingte Reiseunfähigkeit kann (muß aber nicht) als Grund zur Erteilung einer Duldung herangezogen werden, wenn dadurch die Abschiebung unmöglich wird. Über diese humanitär definierte Aussetzung der Abschiebung befindet die jeweilige Ausländerbehörde.
Und was macht diese daraus? Sie behält sich vor, die tatsächlichen, also auch medizinischen Gründe, die einer Abschiebung entgegenstehen, selber zu beurteilen. Keineswegs überläßt sie dies den weit kompetenteren behandelnden Ärzten der Abzuschiebenden.
In Berlin hält sie sich daher auch nicht an Aussagen externer Gutachten, ein an Mukoviscidose erkranktes Kind aus Mostar könne dort nicht fachgerecht behandelt werden, ein diabetisch-insulinpflichtiger Vietnamese bliebe nach Abschiebung in Vietnam ohne jegliche Weiterbehandlung, eine Kenianerin mit dem HIV-Vollbild würde in ihrer Heimat Jahre früher als in Deutschland zu Tode kommen, einer brustkrebskranken Bulgarin werde durch Abschiebung zugemutet, an ihrer Metastasierung früher zu sterben, weil die Chemotherapie abgebrochen wird oder eine schwersttraumatisierte Frau aus Srebenica werde nach Abschiebung den gefürchteten Rebound-Effekt ihrer Traumatisierung erfahren. Die Liste kann beliebig fortgesetzt werden.

Und wie hält sich die Ausländerbehörde mit der Abschiebungsentscheidung den Rücken frei?
Sie fordert vom Auswärtigen Amt Stellungnahmen zur medizinischen Versorgung des jeweiligen Landes an.
In wenigen Sätzen, nie auf den Einzelfall zentriert, wird geantwortet, die Behandlung der Krankheit a/b sei in c/d möglich, die Medikamente e/f bekäme man auch im Lande und eine weiterführende Diagnostik x/y/z sei machbar. „Diese Angaben sind beliebig austauschbar" – so ein Berliner Verwaltungsrichter.
Kein Wort über nähere Bedingungen oder die Aktualität der Aussagen. Nichts darüber, wer sich das alles im Lande leisten kann. Höchstens der Verweis auf karitative Einrichtungen.
Und woher sollten denn auch die Verfasser derartiger Statements ihr Wissen schöpfen? Sind es doch vor allem Ärzte, die im Staatsauftrag für die medizinische Versorgung des deutschen Botschaftspersonals in ausgesuchten medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Kapitale zuständig sind und nicht etwa für die einheimische Bevölkerung. Auskünfte von NGOs wie ai, Ärzte ohne Grenzen, medico international u.a. oder von kompetenten Institutionen wie dem Deutschen Entwicklungsdienst finden keinen Eingang in die Entscheidungsprozesse von Behörden oder vieler unkritischer Verwaltungsgerichte.

Hat die Ausländerbehörde dieses Werkzeug genutzt, ist die erste Hürde genommen.
Einspruch der behandelnden Ärzte war nicht zu erwarten, sie werden überhaupt nicht von der Behördenentscheidung informiert.
Bleibt die zweite Hürde: Sprechen ärztliche Stellungnahmen oder Gutachten gegen die Abschiebung und wurden sie erfolgreich relativiert, muß noch formal entschieden werden, ob die Person trotz ihrer Krankheit reisefähig bzw. flugfähig ist.
Zur Beantwortung dieser Frage werden, auch wenn sie vielleicht schon durch die behandelnden Ärzte bejaht wurde, Ärzte bemüht, die „aufgrund ihres Status besonderen Pflichten unterliegen und - wie der Amtsarzt – die Gewähr für eine objektive Begutachtung bieten" (Antwort des Berliner Senats auf eine entsprechende parlamentarische Anfrage). In Berlin erledigen diese Arbeit ausschließlich Polizei(!)Ärzte.

Und was ist unter Reisefähigkeit zu verstehen? Was unter Flugfähigkeit?
Eigenes Literaturstudium und eine Anfrage des Autors bei verschiedenen Institutionen mit der Bitte um eine Begriffsdefinition führt nicht weiter. So drückte sich der Leitende Arzt für die Intensivhubschrauber um eine Antwort unter Verweis auf „einen Arzt für Flugmedizin oder einen Amtsarzt". Die Arbeitsgemeinschaft Krankentransport und Rettungsdienst Groß-Berlin e.V. „kann keine konkreten Definitionen geben".
Der Rettungsdienst des Berliner DRK antwortete, eine Definition könne „nur von dem bestellenden Arzt" gegeben werden.
Der Rechtsmediziner des Flugmedizinischen Instituts der Luftwaffe
blieb auch die Antwort schuldig, hielt es jedoch „für möglich", dass der „medizinische Dienst der Deutschen Lufthansa AG hierzu inhaltlich Stellung nehmen könne".
Selbst der Institutsleiter der FU-Berlin für Rechtsmedizin fand im Stichwortverzeichnis der gängigen rechtsmedizinischen Literatur nur diffuse Definitionsversuche der Reisefähigkeit, jedoch nichts zur Flug- und Transportunfähigkeit.
Die dienstaufsichtsführende Behörde des polizeiärztlichen Dienstes meinte jedoch sibyllinisch, „dies ergebe sich aus der Würdigung des gesundheitlichen Gesamtbildes für den vorgesehenen Reiseweg".

Von den Kollegen des polizeiärztlichen Dienstes jedoch gibt es überhaupt keine offizielle Definition der Begriffe, mit denen sie selber arbeiten. Informelle Bemerkungen lassen den unwidersprochenen Schluss zu, sie beurteilten nur, ob der „Abschübling" den Reiseweg (meist Flug), von Berlin nach NN lebend bzw. ohne schwerwiegende Auswirkungen auf seine schon angeschlagene Gesundheit überstehen werde. Im Zweifelsfalle müsse man für ärztlich-medizinisches Begleitpersonal sorgen. Was dann nach Übergabe des Kranken auf der Gangway im Abschiebeland passiere, ginge sie nichts an. Sie seien schließlich nicht für die medizinische Infrastruktur anderer Länder verantwortlich.

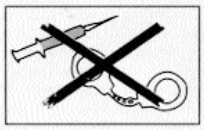
Kann sich also jeder (Arzt) seine Auslegung über Transport-, Reise- und Flugfähigkeit zusammenbasteln – wie er es braucht? Nur, wie geht man dann mit der Definition eines Berliner Verwaltungsgerichts um, es sei „der Begriff der Reisefähigkeit so zu verstehen, dass der Antragsteller auch zur selbständigen Wahrnehmung seiner Angelegenheiten nach Ankunft in seinem Heimatstaat in der Lage ist?"
Oder mit dem Beschluß des letzten deutschen Ärztetages, man dürfe sich als Arzt weder direkt oder indirekt an Abschiebungen beteiligen? Wohl auch nicht mit der leichtfertigen Attestierung einer Reisefähigkeit.
Besser jedoch, man verweigere sich überhaupt, in diesem Kontext darüber zu befinden.

Aus: IPPNW-forum 12/99

Schwerkranke Somalierin: Nicht zuständig –Reisefähig – Abschiebung

Die 24jährige Somalierin Safiyo A. floh im Februar 1999 aus Kenia nach Deutschland, dort stellte sie einen Asylantrag. Bei ihrer Ankunft auf dem Flughafen Frankfurt/Main wog sie nur 31 kg bei einer Größe von 165 cm und zeigte Symptome einer schweren Erkrankung. Einen Monat später wurde die schwerkranke Frau abgeschoben – ihr Asylantrag war vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge als „offensichtlich unbegründet" abgelehnt worden. Ihre geschilderte Verfolgung wurde als „unglaubwürdig" abgetan. Auch der Gesundheitszustand und die dringende Behandlungsbedürftigkeit der mittellosen Frau waren für die Entscheider des Bundesamtes kein Grund für eine Einreise – es sei Aufgabe des Heimatlandes, für die Behandlung von Mittellosen zu sorgen. Die angerufenen Richter im Eilverfahren lehnten ebenfalls jede Zuständigkeit ab: der Bundesrepublik habe für ihren Gesundheitszustand und die weitere Behandlung keineswegs „von verfassungswegen eine Mitverantwortung". Die Richter hatten in dem Eilverfahren darüber zu entscheiden, ob Frau A. ein Recht auf „Einreise" nach Deutschland habe. Denn obwohl sie sich in einem Frankfurter Krankenhaus befand, hielt sich Safiyo A. während des Monats in Deutschland formal in dem zum extraterritorialen Gebiet definierten „Transit" des „Flughafenverfahrens" auf. Offiziell war sei nie nach Deutschland eingereist.

Wegen ihrer akuten Unterernährung und ihres Gesundheitszustandes war die 24jährige Frau nach ihrer Ankunft in Frankfurt aus dem Flughafentransit in die Universitätsklinik Frankfurt verlegt worden. Erste Untersuchungen ergaben den Verdacht auf eine offene Lungen-TBC, wegen der Ansteckungsgefahr wurde aus medizinischer Sicht dringend Aufklärung verlangt. Aufgrund von Bettenmangel wurde Safiyo A. in das Sankt Katharinen Krankenhaus Frankfurt verlegt. Dort diagnostizierten die Ärzte eine Lymphknoten-TBC und Unterernährung. Eine weitere stationäre Therapie sei erforderlich, sie könne jedoch auch in einem anderen Krankenhaus erfolgen. Der Arzt-Brief, unterschrieben von Chefarzt Dr. med. Gilfrich und der Stationsärztin Dr. med. Weizel, endet mit den Sätzen: „Die Patientin vertrug die Therapie mit Isozid, Eremfat, Pyrafat und EMB gut. Wir entließen nach mehrfachen Gesprächen mit dem Bundesgrenzschutz in deren weitere Betreuung."



Der dortige medizinische Dienst stellte jedoch - wie zu erwarten - Reisefähigkeit fest, den Flug würde sie überleben. Ebenso sahen es die angerufenen Richter im Eilverfahren. Dass es eine „weitere Betreuung" nach einer Abschiebung in das Bürgerkriegsland Somalia nicht geben würde, interessierte die Richter ebenfalls nicht. Der Flug selbst stelle keine zusätzliche Gesundheitsgefährdung dar. Das Gericht brauche deshalb nicht weiter prüfen, „ob und in welchem Ausmaß eine Behandlung der Antragstellerin in Kenia oder in ihrem Heimatland Somalia möglich ist." Safiyo A. wurde am 11. März 1999 nach Äthiopien abgeschoben, in formaljuristisch korrekter Terminologie: zurückgewiesen. Nachdem sie „reisefähig" erklärt worden war, wurde sie nach Äthopien ausgeflogen, weil es keine direkte Flugverbindung in das Bürgerkriegsland Somalia gibt. Sie gelangte schliesslich nach Kenia. Dort verliert sich ihre Spur. Es gelang engagierten ÄrztInnen des IPPNW nicht, eine Weiterbehandlung sicherzustellen.

Polizeiärztlicher Dienst: Fachärzte für Abschiebung

Harald Gesterkamp

Heftige Kritik üben Mediziner, Psychologen und jetzt auch das Berliner Verwaltungsgericht an polizeiärztlichen Gutachten aus Berlin, in denen traumatisierten Flüchtlingen leichtfertig die Reisefähigkeit bescheinigt und damit die Abschiebung angekündigt wird.

Richter Kunath vom Berliner Verwaltungsgericht fand deutliche Worte. Für die 35. Kammer des Gerichts betrachtete er nicht nur den Einzelfall, sondern merkte über den zu entscheidenden Fall hinaus an. „Die Kammer hat inzwischen in über 60 Verfahren im Hinblick auf die fehlerhafte Konzeption und Durchführung der vom Antragsgegner (dem Land Berlin; die Red.) betriebenen polizeiärztlichen Untersuchungen bei traumatisierten Flüchtlingen Gutachten durch zehn verschiedene Sachverständige in Auftrag gegeben, von denen inzwischen 20 Gutachten von sechs Sachverständigen vorliegen. In allen Fällen ist von dem gerichtlichen Sachverständigen die vom behandelnden Privatarzt bescheinigte Traumatisierung mit Krankheitswert bestätigt und das negative Ergebnis der polizeiärztlichen Untersuchung widerlegt worden."

Konkret hob das Gericht am 21. Dezember vergangenen Jahres auf Antrag eines 47-jährigen Bosniers den Entscheid des Landeseinwohneramtes Berlin wieder auf, in dem die Duldung seiner Familie in Deutschland aufgekündigt wurde. Der Bürgerkriegsflüchtling leidet unter einer traumabedingten Depression und hat bereits fünf Selbstmordversuche unternommen. Die Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte „Xenion" bescheinigte ihm, „mindestens zwei Jahre lang dringend psychotherapeutisch behandlungsbedürftig" zu sein. Trotzdem wollte die Berliner Ausländerbehörde die Familie nach Kroatien abschieben. Das Landeseinwohneramt teilte dem Bosnier mit, dass die in den vorgelegten Attesten aufgeführten „Beschwerden" auch dort behandelbar seien. Mindestens sechs andere Kammern des Berliner Verwaltungsgerichts haben in den vergangenen Monaten Gutachten des polizeilichen Dienstes für nichtig erklärt, weil ihnen fachliche Kompetenz und nötige Sorgfalt fehle. Die Frage von Richter Kunath, warum ein Polizeiarzt in einer halbstündigen Untersuchung genauere Erkenntnisse erlangen sollte als die bisherigen Gutachter und auch als zwei Krankenhausärzte, die den Patienten sieben Wochen lang täglich medizinisch betreuten, konnte ein Vertreter des Landes Berlin nicht beantworten. Nicht zuletzt deshalb ordnete der Richter den Verzicht auf die polizeiärztliche Untersuchung an und verlängerte die Aufenthaltsgenehmigung des Bosniers.

Mit Schicksalen wie diesem musste sich auch Torsten Lucas schon mehrfach beschäftigen. Der Menschenrechtsbeauftragte der Berliner Ärztekammer beklagt: „Schon seit Monaten fällt mir auf, dass Polizeiärzte Gutachten erstellen, die mit der Realität nur wenig zu tun haben." Sogar Kinder und Jugendliche sind davon betroffen. „Den Angehörigen des polizeiärztlichen Dienstes fehlt die Unabhängigkeit von ihren Auftraggebern", sagt er. Das begünstige die Erstellung von Gefälligkeitsgutachten für den Dienstherrn, den Berliner Innensenat. Seine eigene Aufgabe sieht Lucas darin, die Ärzte daran zu erinnern, dass der Hippokratische Eid sie dazu verpflichte, ausschließlich im Interesse ihrer Patienten zu handeln.

Den „Facharzt für Abschiebungen" möchte Lucas vor allem mit Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit verhindern. Mit Unterstützung der Ärztekammer kritisiert er die Gutachten, die oft nur wenige Zeilen lang sind und über das Schicksal ganzer Familien entscheiden. Auch Ärztekammer-Präsident Günther Jonitz hat „Zweifel", ob die Begutachtung durch die Polizeiärzte „sachgerecht, nach den Regeln der ärztlichen Kunst und patientenkonform" stattfindet. Bei einem Dialogversuch zwischen Ärztekammer und Innensenat prallten sehr unterschiedliche Auffassungen aufeinander. „Bisher waren die Gespräche unergiebig", sagt Lucas.

Inhaltlich sieht er alle guten Argumente auf seiner Seite. Eine soeben veröffentlichte Studie von Angelika Birck, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer, verglich Gutachten von niedergelassenen Ärzten mit denen der Polizeiärzte. Sie bescheinigt den amtlichen Gutachten Verheerendes: Ihre Argumentation sei „in der Regel in sich widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und unverständlich". Ih-

Geschichte von ganz unten - Wo liegen die historischen Wurzeln?

Schon im Mittelalter wurden Ärzte für ordnungspolitische Maßnahmen herangezogen.
Johannes Ludovikus Vives (1492-1540) legte die erste Abhandlung über das Fürsorgewesen vor: De subventione pauperum (Über die Unterstützung der Armen, 1526). Armenunterstützung lehnte er ab. Ein planvoll differenziertes Fürsorgesystem sollte die Armut aufheben. Wirksamste Mittel waren strengste Erfüllung der Arbeitspflicht und individuelle Hilfezumessung. Sein Arbeitsbeschaffungsprogramm sah u.a. die Zwangszuweisung von Armen an Handwerksbetriebe vor, und über die Arbeitstauglichkeit sollten (zum ersten Mal) Ärzte entscheiden.

Private Sicherheitsdienste und Abschiebung

Ende des 15. und 16. Jahrhunderts gab es in ganz Westeuropa eine Blutgesetzgebung gegen die Vagabundage. Es wurde den Bettlern unterstellt, dass es an ihrem eigenen Unvermögen liegen würde, nicht mehr in den (nicht mehr existierenden Verhältnissen) weiter zu arbeiten, und sie wurden als freiwillige Verbrecher angesehen. Nur die alten und gebrechlichen Armen bekamen eine Bettellizenz oder eine Armenunterstützung. Allen anderen wurde Arbeitsunwilligkeit unterstellt, die mit schwersten Körperstrafen geahndet wurde. Es wurden schwerste Körperverstümmelungen vorgenommen, z.B. Abschneiden des Ohres, mit glühenden Eisen wurden die Menschen gebrandmarkt, angekettet und hingerichtet, wenn sie öfter „erwischt" wurden. Unabhängig davon, ob überhaupt eine Arbeit zu finden war.
Die Arbeit der Bettlerjagd wurde verrichtet u.a. von niederen Polizeibütteln und richtete sich insbesondere gegen ortsfremde Bettler. Diese wollte man ja nicht versorgen, und so wurde sie abgeschoben und verbannt. *Hier gibt es ganz aktuelle Bezüge: In Budapest werden gegenwärtig. die Bettler aus der Innenstadt einmal in der Woche „eingesammelt" und ca. 100 km vor der Stadt wieder freigelassen. So ist die Stadt immer einige Tage „bettlerfrei".*

Quelle: Autorenkollektiv: Gefesselte Jugend Fürsorgeerziehung im Kapitalismus, Frankfurt/Main4, 1976
Marina Musema

nen mangele es an Fachwissen. Den Polizeiärzten wirft sie vor, die medizinisch-psychologischen Kriterien zu vernachlässigen und statt dessen politische Funktionen zu erfüllen. Offensichtlich sei es Aufgabe der vom Land Berlin in Auftrag gegebenen Gutachten, Abschiebungen zu ermöglichen.
Zum Erreichen dieses Ziels würde eine Hierarchie von drei Argumenten benutzt: Entweder werde behauptet, die betreffende Person sei gesund. Sollte sie so krank sein, dass ihre Störung nicht geleugnet werden könne, stehe die Krankheit nicht im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen. Könne ein Behandlungsbedarf nicht geleugnet werden, wird auf entsprechende Möglichkeiten im „Empfängerland" hingewiesen. Konsequenz: In 24 überprüften polizeiärztlichen Gutachten wurde ein einziges Mal die Reiseunfähigkeit diagnostiziert. Niedergelassene Fachärzte hingegen hatten in über 50 Prozent der Fälle die Reisefähigkeit verneint und Sicherheit als Voraussetzung für eine Genesung bezeichnet.

Der Gerichtsbeschluss vom Dezember, dessen 26-seitige Begründung jetzt vorliegt, kritisiert darüber hinaus die Entscheidung des Landes Berlin, die rund 800 Bürgerkriegsflüchtlinge, die auf Grundlage medizinischer Atteste eine Kriegstraumatisierung geltend machen, ohne Einzelfallprüfung zu polizeiärztlichen Untersuchungen zu verpflichten. Dies sei „verfassungsrechtlich unzulässig". Empört war Richter Kunath auch darüber, dass neue Untersuchungen sogar dann angeordnet würden, „wenn der betreuende Therapeut attestiert, dass eine erneute Offenbarung der traumatischen Erlebnisse dem Betroffenen nicht zuzumuten ist beziehungsweise mit erheblichen Gefahren für seine psychische Stabilität verbunden sei."
Dass es an der erforderlichen medizinischen Fachqualifikation mangelt, zeigt auch die Tatsache, dass für die polizeiärztliche Untersuchung von Flüchtlingen gelegentlich eine Sportärztin eingesetzt wird. Ebenso kritisch betrachtet wird die „Lösung" eventueller Sprachprobleme. Manche Flüchtlinge wurden aufgefordert, ihre Dolmetscher selbst mitzubringen, was rechtlich unzulässig ist. In einem anderen Fall wurde die achtjährige Tochter einer Bosnierin als Dolmetscherin verpflichtet. „Eine solche Verfahrensweise", so Richter Kunath in seiner Begründung sei „geeignet, neben der Traumatisierung der Mutter eine solche des Kindes herbeizuführen" und müsse als „durch nichts zu rechtfertigender ärztlicher Kunstfehler angesehen werden". Die Vorstellung, die achtjährige Tochter müsse den Bericht über eine von der Mutter erlebte Vergewaltigung übersetzen, fand der Richter „so ungeheuerlich, dass ein sachkundiger Facharzt eine solche Situation von vorneherein vermeiden würde".

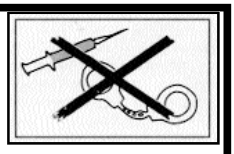
Die Tatsache, dass sowohl der Deutsche Ärztetag als auch der Weltärztebund sich schon mehrfach gegen die Beteiligung von Medizinern bei Abschiebungen ausgesprochen haben, bestärkt die engagierten Ärzte in ihrem Protest gegen die gerichtlich durchgefallenen Schnellgutachten. Sie lehnen auch eine Begleitung von Flüchtlingen durch Ärzte während des Fluges oder die Vergabe von Beruhigungsspritzen vor Abschiebungen ab. Letztere erfolgt meist ohne Kenntnis der Krankenakte und Zustimmung des Flüchtlings. „Für den Arzt ist allein das Wohlergehen und der Wille des Patienten ausschlaggebend, nicht das mögliche Interesse des Staates an Abschiebungen. Ärzte dürfen sich nicht von Ausländerbehörden oder der Polizei instrumentalisieren lassen", sagt Torsten Lucas.

Während sich also Ärztekammer, Behandlungszentren, Menschenrechtsorganisationen und Berliner Richter einig sind, dass die Gutachten des polizeiärztlichen Dienstes nicht geeignet sind, über mögliche Abschiebungen zu entscheiden, will man beim Berliner Innensenat die Kritik nicht gelten lassen. Eine Änderung des Verfahrens sei nicht beabsichtigt, heißt es dort auf Nachfrage lapidar. ***Aus: ai-Journal 4/2000***

Fünf Frauen aus der Ukraine, die in Berlin seit 5-6 Monaten in Abschiebehaft sitzen, treten zwischen dem 19. Februar und 20. April 2000 in den Hunger- und teilweise auch Durststreik mit der Aussage: „Wir sind keine Verbrecherinnen. Warum sind wir in einem Gefängnis? Wir bitten, daß man uns die Freiheit gibt." Die fünf Frauen können jedoch wegen fehlender Reisepapiere oder aus anderen Gründen gar nicht abgeschoben werden. Einen Rechtsanwalt, der die Überprüfung der Abschiebehaft durchführen könnte, haben sie aus Geldmangel nicht.

Auch nach wochenlangem Hungern, als sich zwei der Frauen aufgrund ihres Gesundheitszustandes schon im Haftkrankenhaus befinden, wird durch die Ärzte der Haftanstalt immer wieder die „Reisefähigkeit" der Frauen festgestellt, so dass sie nicht aus der Abschiebehaft entlassen werden. Vorher fand eine medizinische Überwachung ihres Gesundheitszustandes nur sporadisch statt, die in der Abschiebehaftanstalt gemessenen Blutwerte (Normalbereich) wichen von den in einem unabhängigen Krankenhaus gemessenen (deutlich abesenkte Kaliumwerte) erheblich ab.

Nur durch einen Verwaltungsgerichtsbeschluss konnte Soja Schatz am 55. Tag ihres Hungerstreiks eine Untersuchung durch eine Ärztin ihres Vertrauens auf eigene Kosten durchsetzen. Diese beurteilte ihren Gesundheitszustand als lebensbedrohlich, sie sei keinesfalls haft- oder reisefähig. Dennoch bleibt sie im Haftkrankenhaus, der zuständige Arzt diagnostiziert „Reisefähigkeit für die nächsten 10 Stunden" - ein Zeitraum, der für den Transport in die Ukraine nötig wäre - darüber hinaus will er keine Prognose abgeben. Das genügt der Haftrichterin, um die Abschiebehaft - und damit den Grund für den Hungerstreik - aufrechtzuerhalten. Dass sie aufgrund fehlender Papiere überhaupt nicht abgeschoben werden kann und deshalb schon monatelang in Abschiebehaft sitzt, spielt keine Rolle.



Soja Schatz wird nach 61 Tagen im Hungerstreik am 19. 4. 2000 aus der Abschiebehaft entlassen. Zuvor hatten die Ärzte sie ein Papier mit Verfügungen für den Fall ihrer Bewusstlosigkeit unterschreiben lassen. Von ursprünglich fünf hungerstreikenden Frauen waren damit vier entlassen.

Die am längsten Hungerstreikende, Soja Schatz, hatte ganze zwei Monate gehungert, bis sie aus der Abschiebehaft und dem Haftkrankenhaus in ein normales Krankenhaus entlassen wurde.
Anastasia Poljakova (19 Jahre alt) nach 29 Tagen Hungerstreik am 22. März aus gesundheitlichen und formalen Gründen.
Natalja Bazarja (33 Jahre alt) am 13. April aus formalen Gründen, denn sie saß offensichtlich aufgrund einer Schlamperei der Ausländerbehörde monatelang in Haft.
Dana Wlasenko (24 Jahre alt) nach 52 Tagen Hungerstreik - aus gesundheitlichen Gründen am 14. April.

Lyudmyla Orlova (22 Jahre alt), befindet sich heute noch im Abschiebegefängnis Kruppstraße. Psychisch und körperlich am Ende, versuchte sie vor einer Woche, ihren Hungerstreik nach 48 Tagen abzubrechen. Schon die Aufnahme von Obstsäften nach wochenlangem Wasserverzehr verursachte ihr schwerste Magen-Darm-Probleme. Anstatt sie wenigstens jetzt in ein Krankenhaus zu bringen, in dem sie kontrolliert und vorsichtig aufgebaut werden könnte, bleibt sie sich selbst überlassen. Auch die während des Hungerstreiks häufigen Blutkontrollen hörten schlagartig auf. Lyudmyla O. leidet weiterhin unter starken Nieren- und Kopfschmerzen. Obwohl die Haftärzte der Kruppstraße ihr auf ihre Bitten hin eine Schonkost zugesagt haben, bekommt sie diese nur sporadisch.
Red.

Krankhafte Angst vor Verfolgung

Suizidgefahr als Abschiebungshindernis und Chancen einer medizinisch begründeten Aufenthaltssicherung

Andrea Kothen und Kai Weber

Als Asylsuchende abgelehnt, in die Enge getrieben und von Abschiebung bedroht, erscheint manchen Flüchtlingen der Suizid als letzte Handlungsalternative in einer als ausweglos empfundenen Situation. Dass drohende Suizidgefahr als „Abschiebungshindernis“ immer häufiger zum Gegenstand ausländerrechtlicher Auseinandersetzungen wird, ist vor allem eine Konsequenz der restriktiven deutschen Asylpraxis. Viele Flüchtlinge, die in ihrem Herkunftsland schwersten Misshandlungen, Demütigungen und Verfolgungsmaßnahmen ausgesetzt waren, machen die Erfahrung, dass ihr Vorbringen als “unglaubhaft” gewertet oder für nicht asylrelevant erklärt wird.

Traumatische Erlebnisse im Herkunftsland können unter den eingeschränkten Lebensbedingungen während des Asylverfahrens kaum aufgearbeitet werden und verfestigen sich angesichts der behördlichen Ignoranz gegenüber dem geltend gemachten Verfolgungsschicksal zur “posttraumatischen Belastungsstörung”. Den Beweis ihrer Notlage führen manche Flüchtlinge den Behörden bei einem Abschiebungsversuch drastisch vor Augen: durch verzweifelte körperliche Gegenwehr, psychische Zusammenbrüche und Suizidversuche, die jedoch nicht immer zum Abbruch der Abschiebung führen und so lange unberücksichtigt bleiben, wie sie nicht in Form ärztlicher Atteste und Gutachten zum Beleg einer bestehenden „Reiseunfähigkeit“ in das ausländerrechtliche Verfahren eingebracht werden. Die Berufung auf Suizidgefahr als Abschiebungshindernis wird in dieser Situation zum letzten Rettungsanker für die Betroffenen.

Für die Ausländerbehörde ist es dabei irrelevant, welche therapeutischen Möglichkeiten einer Behandlung oder Heilung bestehen: Sie interessiert sich nur für die Frage, inwieweit die Traumatisierung ein Hindernis für die Durchführung des reinen Transports darstellt. Eine vorübergehende “faktische Unmöglichkeit” der Abschiebung besteht nur so lange, bis die Reisefähigkeit - und nicht etwa die psychische Gesundheit des Flüchtlings - wiederhergestellt ist.

Abschiebungsversuche trotz ärztlich attestierter Suizidgefahr

Die Ausländerbehörden stehen vor einem „Vollzugsproblem“, wenn bei Flüchtlingen Suizidgefahr belegt wird. Insbesondere bei fachärztlich oder amtsärztlich attestierter „Reiseunfähigkeit“ aufgrund akuter Suizidgefahr wird eine Abschiebung in der Regel jedenfalls vorübergehend ausgesetzt. Angesichts einer zunehmenden Zahl traumatisierter und suizidgefährdeter Flüchtlinge wird diese Praxis jedoch neuerdings mehr und mehr in Frage gestellt. Findige furchtbare Beamte in den Ausländerbehörden und Ministerien sinnen darüber nach, wie sie eine Abschiebung trotz psychischer Zusammenbrüche und ärztlich attestierter Suizidgefahr durchsetzen könnten.
Manchmal setzen sich Ausländerbehörden in zynischer Arroganz und Machtanmaßung einfach über ärztliche Stellungnahmen hinweg:

Am 2.5.2000 leitete der LK Uelzen die Abschiebung eines jugendlichen Kurden ein, dem der Kinder- und Jugendpsychiater Rolf Calloud aus Detmold “eine hohe suizidale Gefährdung und die Gefahr einer bleibenden seelischen Behinderung” attestiert hatte. Dabei stützte sich der Landkreis Uelzen nicht einmal auf ein amtsärztliches Gutachten, das gar nicht erstellt worden war, sondern lediglich auf vage Äußerungen und Zweifel des Bundesamtes an den Feststellungen des Facharztes. Erst auf Intervention des Flüchtlingsrats stoppte das Innenministerium kurz vor dem Abflug der Maschine in letzter Sekunde die Abschiebung.

Auch im Fall des bulgarischen Flüchtlings Dr. Nikolov lagen hochkarätige Gutachten (hier des Berliner “Behandlungszentrums für Folteropfer”) vor. Trotz der dringenden Warnungen der behandelnden Fachärzte bestand die Braunschweiger Ausländerbehörde auf einer Abschiebung des suizidgefährdeten Flüchtlings, der sich einer amtsärztlichen Untersuchung entzogen hatte und nach seiner Festnahme in Abschiebungshaft auf seine “Reisefähigkeit” geprüft werden sollte. Der Polizeieinsatz schlug fehl: Beim Versuch einer Festnahme durch SEK-Beamte wurde der Flüchtling, der - in die Enge getrieben - wie zu erwarten mit Selbstmord drohte und sich mit einem Messer zur Wehr setzte, “in Notwehr” erschossen.

„Lückenlose Überwachung gewährleistet“ - Ärzte als Abschiebehelfer

Nicht nur die Amtswalter des Asyl(un)rechts planieren den Weg zur Abschiebung. Zuweilen werden Ärzte - auch wenn ein Amtsarzt akute Suizidgefahr bestätigte - als willige Vollzugshelfer zur Gewährleistung von Reisefähigkeit missbraucht:

Im Fall des kurdischen Flüchtlings K. aus Krefeld waren die vorgelegten Atteste eindeutig: Herr K. leide, so die Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie Dr. Gerlind Rumpf aus Essen, unter “ausgeprägter Depressivität mit Suizidalität”. “Bei Wiederkehr ernsthafter Abschiebungsgefahr mit den oben beschriebenen schweren Ängsten kann seine Psyche leicht wieder in die Psychose abrutschen”, schrieb die Fachärztin in ihrem Gutachten. Auch das Gesundsheitsamt der Stadt Krefeld bestätigte das Vorliegen einer Depression und akuter Suizidgefahr und sah damit zunächst eine Reiseunfähigkeit als gegeben an, da “im Hinblick auf ... augenblicksgebundene Handlungen bei einer Abschiebung das Risiko als zu hoch” anzusehen sei.
Damit jedoch wollte sich die Ausländerbehörde nicht zufrieden geben und regte eine erneute Prüfung unter der Voraussetzung einer “lückenlosen Überwachung” des Betroffenen im Rahmen der Abschiebung an. Tatsächlich machte der Amtsarzt daraufhin einen Rückzieher und erklärte nun: “Hier war nicht bekannt, dass ärztliche Be-

gleitung bei der Ausweisung garantiert war, ansonsten hätte der Abschiebung zugestimmt werden können. Lückenlose Bewachung müsste in allen Situationen gewährleistet sein, um einen Suizid zu verhindern, und auch die sofortige psychiatrische Weiterbehandlung in der Türkei. Wenn aus dortiger Sicht dieser Schutz gegeben ist, spricht amtlicherseits nichts gegen die Abschiebung und Ihrerseits könnte gehandelt werden. ..."
Die Ausländerbehörde der Stadt Krefeld stellte zufrieden fest, dass eine "Sicherung und lückenlose Überwachung des Klägers während der Abschiebung ... durch entsprechendes Begleitpersonal sichergestellt" werden könnte, und sicherte zu, dass die entsprechenden türkischen Stellen über die deutsche Botschaft informiert würden, "damit eine sofortige Weiterbehandlung des Klägers in der Türkei sichergestellt ist".

Die Bemühungen der Ausländerbehörde, die Abschiebung von K. auf diese Weise abzusichern, fasste die behandelnde Psychiaterin Dr. Gerlind Rumpf in drastische Worte: "Es gibt nur dann Hilfe, wenn nicht nur in der Türkei die Folter abgeschafft wird, sondern auch die indirekte Folter durch Behörden in Deutschland."

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist der psychische Zusammenbruch der Betroffenen eine unmittelbare Folge ihrer Angst, in das Herkunftsland, aus dem sie nicht selten wegen traumatischer Erlebnisse geflohen sind, zurückkehren zu müssen. Eine ausländerbehördliche Strategie, die darauf setzt, Flüchtlinge unter medizinischer Begleitung und bei "lückenloser Überwachung" den Torturen einer Abschiebung auszusetzen, ist nicht nur zynisch, sondern erscheint angesichts der für die Betroffenen damit zwangsläufig verbundenen emotionalen Reaktionen und Panikattacken auch verfassungsrechtlich bedenklich: Die Würde der Betroffenen wird hier offenkundig mit Füßen getreten.

Gleichwohl häufen sich die Fälle, in denen Ausländerbehörden die Abschiebung mit medizinischer und polizeilicher Begleitung sicherstellen und damit einen Selbstmord jedenfalls für die Dauer des Vollzugs ausschließen wollen. Auch das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hält einen solchen Umgang mit den Betroffenen grundsätzlich für vertretbar. Im Erlass vom 02.07.1999 heißt es wörtlich:

"... Suizidgefahren, die im Zusammenhang mit dem Vollzug der Abschiebung stehen, können zeitweise eine Reiseunfähigkeit zur Folge haben oder im Falle der Reisefähigkeit eine Begleitung erfordern. ... Ergibt die amtsärztliche Überprüfung, dass trotz bestehender Suizidgefahr Reisefähigkeit vorliegt und werden bestimmte Vorkehrungen für erforderlich gehalten, trifft die Ausländerbehörde die notwendigen Maßnahmen zum Selbstschutz der Betroffenen. Soweit diese Maßnahmen eine Transportbegleitung vor und während des Fluges betreffen, lässt sich diese ohne Schwierigkeiten organisieren. Problematisch könnte die Ankunft im Heimatland sein, wenn gewährleistet sein muss, dass die Betroffenen bei der Ankunft im Zielflughafen aufgrund der bestehenden Suizidgefährung von Fachpersonal in Empfang genommen und entsprechend betreut bzw. untergebracht werden. Dabei könnte sich die bei der Ankunft stattfindende Grenz- und Einreisekontrolle als besonders kritische Phase erweisen. Diese Fragen sind ggfs. von der Ausländerbehörde über die deutsche Botschaft des jeweiligen Herkunftslandes zu klären..."

Die angeführten Beispiele zeigen, dass der politische und allgemeine Wille, Flüchtlinge - weitgehend unabhängig von ihren Erlebnissen und Fluchtmotiven, wo immer gesetzlich möglich - vom Aufenthalt in Deutschland auszuschließen, auch auf der Ebene der Ausländerbehörden eine lebhaft-perverse Phantasie entfaltet. Ausschlusstatbestände im Asylverfahren (Drittstattenregelung, nichtstaatliche Verfolgung) - auch bei der Prüfung sonstiger Abschiebungshindernisse (keine Berücksichtigung allgemeiner Gefahren, wenn die Abschiebung nicht "sehenden Auges in den sicheren Tod" erfolgt) - finden im letzten behördlichen Akt, bei der Abschiebung, ihre Entsprechung in Überwachungs- und Zwangsmaßnahmen gegen die Betroffenen unter Einbeziehung von Medizinern/-innen als Abschiebungshelfern/innen.

Häufig wird der Amtsarzt bzw. die Amtsärztin zur Überprüfung vorliegender Atteste herangezogen. Das erscheint insbesondere bei fachärztlichen Stellungnahmen der auf Folter spezialisierten Kliniken (wie z.B. dem Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer) einigermaßen absurd, verfügen die behördlich beschäftigten Mediziner/innen doch gewöhnlich nicht über eine vergleichbare Qualifikation. Die Fragwürdigkeit einer staatlichen Überprüfung fachärztlicher Gutachten durch solche Mediziner/innen, deren Überprüfungsauftrag das klare Ziel hat, das staatliche Abschiebungsinteresse zu befriedigen, wird am Beispiel des Berliner polizeiärztlichen Dienstes besonders deutlich. Dieser hatte traumatisierte bosnische Flüchtlinge trotz entgegenstehender fachärztlicher Gutachten großenteils für reisefähig erklärt und wurde für seine handwerklich und fachlich mangelhaften Gutachten vom VG Berlin scharf gerügt.

Chancen für suizidgefährdete Flüchtlinge

Natürlich lassen sich Amtsärzte nicht grundsätzlich als willfährige Abschiebungshelfer missbrauchen. Auch unter ihnen gibt es gewissenhafte Mediziner/innen, die sich dem von ihnen geleisteten Eid des Hippokrates verpflichtet fühlen. Und dies gilt nicht nur für Ärzte. Auch in Ausländerbehörden, in den Bundesämtern und bei den Gerichten gibt es zuweilen verständige und verständnisvolle Mitarbeiter und Entscheider. Der Versuch, traumatisierte und suizidgefährdete Flüchtlinge nicht nur kurzfristig vor der Abschiebung zu bewahren, sondern ihnen einen längerfristigen Aufenthalt, ggfs. auch eine Aufenthaltsperspektive zu verschaffen, ist insofern nicht vollkommen hoffnungslos. Verschiedene Möglichkeiten sind denkbar und sollen anhand von Beispielen aus der Praxis illustriert werden:

1) Duldung und Psychotherapie

Der Asylantrag von Frau L. aus dem damaligen Zaire, Opfer von Mißhandlung und Vergewaltigungen in der Haft, wurde 1996 abgelehnt. Die Ermordung ihres Mannes durch den Geheimdienst könne, so das Bundesamt, „schon allein deshalb nicht asylbegründend wirken, weil nur eine gegen sie selbst gerichtete Verfolgungsmaßnahme für ihr Asylbegehren von Bedeutung ist". Diese habe sie jedoch nicht dargetan. Das Bundesamt äußerte allgemeine Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Angaben und meinte u.a., dass das Verhalten der zairischen Behörden ihr gegenüber "die asylrechtlich relevante Zumutbarkeitsschwelle (...) nicht überschritten" habe. Das Klageverfahren wurde durch den Fehler eines unzuverlässigen Rechtsanwalts wegen Nichtbetreibens eingestellt.

Auch der Versuch, über eine Petition ein Wiederaufnahmeverfahren zu erwirken, blieb erfolglos. Der Petitionsausschuss des Bundestages konnte "keine Anhaltspunkte für eine offensichtliche fehlerhafte Wertung des Bundesamtes" erkennen und fand den Bescheid "nachvollziehbar begründet".

Die Petition brachte Frau L. aber zunächst einen Zeitaufschub. Die Hausärztin bescheinigte ihr eine "deutliche psychische Störung" und, insbesondere nach Ablehnung des Asylantrags, eine schwere Depression mit Neigung zur Suizidalität. Eine nervenärztliche Untersuchung bestätigte die Traumatisierung. Der hinzugezogene Amtsarzt stellte schließlich die Reiseunfähigkeit von Frau L. fest. Aufgrund dessen duldete die Ausländerstelle den Aufenthalt mit der Auflage einer fachpsychologischen Behandlung. Das Sozialamt bewilligte zunächst 30 Sitzungen einschließlich Dolmetscherkosten. Insgesamt befand sich Frau L. 2 Jahre in psychologischer Betreuung. Sie wird heute, auch nach Abschluss der Behandlung, noch immer geduldet.

Auch wenn die Ausländerbehörde auf übermäßigen Druck verzichtet und auf der Grundlage vorliegender ärztlicher Bescheinigungen über den Fortgang der Therapie über einen längeren Zeitraum relativ unbürokratisch die Duldung verlängert, kann der status quo nicht befriedigen. Die Betroffenen sind zwar vorerst der Abschiebung entkommen, gleichzeitig sind sie aber in einem unauflösbaren Widerspruch gefangen: Ein therapeutischer Prozess, der mit dem Ziel eingeleitet wird, einen traumatisierten Flüchtling soweit wieder zu stabilisieren, dass er die Abschiebung ohne sich umzubringen übersteht, findet unter denkbar ungünstigen Bedingungen statt, insbesondere dann, wenn die Depression oder Psychose (auch) eine Reaktion auf die Abschiebungsdrohung darstellt. Von den Betroffenen ist psychologische Hilfe und eine Besserung ihres Befindens dringend erwünscht. Auf der anderen Seite ist ein Erfolg der Therapie gleichbedeutend mit dem Misserfolg des Versuchs einer Aufenthaltssicherung, also der Abschiebung.

Die Möglichkeit einer qualitativen Besserung der Lebenssituation des Flüchtlings ist über die Ausstellung einer auch längerfristigen Duldung also in der Regel noch gar nicht gegeben, ganz abgesehen von der psychischen Extra-Belastung, der geduldete Flüchtlinge im Allgemeinen unterliegen (Wohnheimunterbringung, Gutscheindiskriminierung etc.) Dennoch bietet eine Therapie grundsätzlich zunächst eine wichtigen Aufschub und eine Atempause.

2) Verfestigung des Aufenthalts

Unter Umständen kann die Duldung zur Durchführung einer Psychotherapie auch längerfristig eine Perspektive bieten und zur Verfestigung des Aufenthalts führen, wie der Fall des Inders S. aus dem Landkreis Ammerland verdeutlicht:

Der indische Flüchtling S. reiste 1985 mit einem Freund in die Bundesrepublik ein, der sich 1990 mit Pflanzenschutzmitteln das Leben nahm. Der Asylantrag von S. wurde rechtskräftig abgelehnt, S. wurde in Haft genommen und stand kurz vor der Abschiebung. Angesichts ernst zu nehmender Suizidabsichten von Herrn S. erreichten Unterstützer/innen Anfang 1991 mit einer Petition seine Entlassung aus der Abschiebungshaft. Herr S. erhielt zunächst eine Duldung, die mehrfach verlängert und nach der Aufnahme einer Arbeitstätigkeit im August 1992 in eine Aufenthaltsbefugnis aus humanitären Gründen umgewandelt wurde. 1995 heiratete Herr S. eine Polin, die ebenfalls eine Aufenthaltsbefugnis erhielt.

Im Jahr 1999, 14 Jahre nach der Einreise von S., versuchte die Ausländerbehörde dann doch noch, eine Aufenthaltsbeendigung durchzuführen, nachdem sie festgestellt hatte, dass S. freiwillig nach Indien gereist war. Die Behörde scheiterte vor Gericht kläglich: Die Verfügung, mit der der Landkreis die Aufenthaltsbefugnis nachträglich befristet und einen Sofortvollzug der Ausreise angeordnet hatte, sei, so das VG Oldenburg, "offensichtlich rechtswidrig". Es könne offenbleiben, so das Gericht, "ob die Weigerung des Ausländers, der Ausreisepflicht nachkommen zu wollen und die Drohung mit der Selbsttötung eine Aufenthaltsbefugnis für abgelehnte Asylbewerber überhaupt zulässt". Die Gründe für die erstmalige Erteilung der Befugnis seien jedenfalls nicht entfallen. Tatsache sei, dass nach Aussage der behandelnden Ärzte, auch des Amtsarztes, im Falle einer Abschiebung weiterhin ein erhebliches Suizidrisiko bestehe. Auch der Hinweis auf die Durchführung mehrerer Urlaubsreisen ändere daran nichts: Während die Abschiebung dem Betroffenen keine Rückkehr in die Bundesrepublik ermögliche, sei ein Urlaubs- und Besuchsaufenthalt in Indien nur vorübergehend und berühre nicht die Existenz des Inders (Beschluss vom 3.11.1999, Az. 11 B 3616/99). Der Beschluss wurde vor dem OVG Lüneburg angefochten, welches die Zulassung der Berufung jedoch ablehnte und den Beschluss des VG Oldenburg bestätigte (Beschluss vom 20.1.2000, Az. 10 M 4501/99).

Hier wird ersichtlich, dass eine Ausländerbehörde durchaus die Möglichkeit hat, ernsthafte Suizidabsichten als faktisches Abschiebungshindernis nach § 55 Abs. 2 AuslG (ggfs. in Verbindung mit Art. 1,2 GG) zu werten und bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen nach zwei Jahren gemäß § 30 Abs. 3 eine Aufenthaltsbefugnis zu erteilen. Dies gilt insbesondere für eine Situation, in der die Suizidgefahr (wie im hier geschilderten Fall) durch die Abschiebungsdrohung hervorgerufen oder jedenfalls drastisch vergrößert wird.

3) Wiederaufnahme des Asylverfahrens nach § 53 Abs. 6 AuslG

Nach geltender Rechtsprechung ist die Ausländerbehörde für die Prüfung von Gründen zuständig, die dem Vollzug der Abschiebung faktisch bzw. rechtlich entgegenstehen. Für sog. "zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse" erklären sich die Ausländerbehörden jedoch unzuständig und verweisen auf das Bundesamt. Diese feine Unterscheidung erscheint im Hinblick auf die Beurteilung von Suizidgefahren reichlich absurd. Die Ursachen für Suizidgefahren sind vielschichtig und miteinander verwoben, sie lassen sich kaum im Sinne der deutschen Rechtsprechung in inlands- und zielstaatsbezogene auseinanderfisilieren. Gleichwohl wird dies von den Gerichten gefordert. Auch das Innenministerium NRW hält diese Unterscheidung aufrecht und spricht von "krankheitsbedingten Suizidgefahren", die ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis gemäß § 53 Absatz 6 Satz 1 AuslG darstellen könnten, und Suizidgefahren "im Zusammenhang mit dem Vollzug der Abschiebung".

Unter diesen Voraussetzungen stellt sich die Frage, ob eine Suizidgefahr nicht nur gegenüber der Ausländerbehörde, sondern ggfs. auch gegenüber dem Bundesamt geltend gemacht werden sollten. Gemäß der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 7.9.1999 - BVerwG 1 C 6/99 - kann und muss das Bundesamt trotz der Rechtskraft einer negativen Entscheidung bei nachträglich geltend gemachter dringender Gesundheits- und Lebensgefahr auch dann erneut das Vorliegen von Abschiebungshindernissen nach § 53 Abs. 6 AuslG prüfen, wenn diese länger als 3 Monate bekannt sind. Dieser Ausschlussgrund wegen Fristversäumnis gilt nur für Folgeanträge, nicht jedoch für erneute Anträge, ein Abschiebungshindernis festzustellen. Der "Fall I." (s. Kasten) macht exemplarisch deutlich, wie eine Wiederaufnahme des Verfahrens gelingen und zum Erfolg führen kann.

"Sonstige Asylgründe nicht ersichtlich" Der Fall von Frau I. aus Somalia

Der Fall von Frau I. aus Somalia zeigt exemplarisch, dass auch bei offensichtlicher Traumatisierung Flüchtlinge im Asylerstverfahren zunächst mit Ignoranz und Zynismus rechnen müssen. Mit Hilfe ärztlicher Gutachten konnte eine Wiederaufnahme des Asylverfahrens und eine positive Entscheidung nach §53 Abs. 6 AuslG erreicht werden:

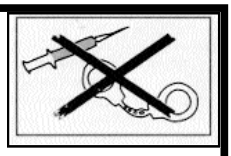
Bei einem Hausüberfall durch Soldaten wurden die Töchter von Frau I. vor ihren Augen vergewaltigt und ermordet. Auch ihre Söhne wurden in ihrem Beisein getötet. Ihr Mann wurde schwer verletzt, verschleppt und ist bis heute verschwunden. Sie selbst wurde während des Überfalls mehrfach vergewaltigt, bis sie schließlich in Ohnmacht fiel. Ihr eigenes Überleben verdankte sie offensichtlich der Tatsache, dass man sie für tot hielt.

Nach ihrer Ankunft trug Frau I. diese Geschichte dem Bundesamt vor, das in drei Sätzen die Fakten auflistete und feststellte, dass Frau I. Somalia "wegen des dort herrschenden Bürgerkriegs" verlassen habe. Der Asylantrag wurde formelhaft unter Hinweis auf die fehlende Staatsordnung in Somalia abgelehnt: "Soweit sich die Antragstellerin zur Begründung ihres Asylbegehrens auf die in ihrer Heimat stattfindenden, bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen verfeindeter Clanmilizen beruft, vermag dies ihrem Asylantrag nicht zum Erfolg zu verhelfen. ... In Südsomalia existieren derzeit weder ein Staat noch staatsähnliche Strukturen, von denen staatliche Verfolgung im Sinne der genannten Grundsätze ausgehen könnte. (...) Der also politisch unverfolgt ausgereisten Antragstellerin stehen auch keine beachtlichen Nachfluchtgründe zur Seite. Sonstige Gründe, die zu einer Anerkennung führen könnten, wurden nicht vorgetragen und sind auch nicht ersichtlich."
Auch das Bestehen von Abschiebehindernissen nach § 53 wurde verneint, ebenfalls ohne Berücksichtigung der konkreten Vorfälle und unter allgemeinem Hinweis auf innerstaatliche Fluchtalternativen.

Mit keinem Wort geht der Ablehnungsbescheid auf die persönliche Geschichte von Frau I. ein - und dies, obwohl im Anhörungsprotokoll vermerkt ist, dass Frau I. dem Eindruck der Anhörerin nach traumatisiert sei. Nachfragen zu dem geschilderten Sachverhalt wurden von seiten der Anhörerin deshalb sogar abgebrochen.
Weitere Fragen zur Situation von Frau I. nach dem Überfall stellte die Anhörerin nicht. So erfährt das Bundesamt nicht, dass Frau I. nach einiger Zeit, die sie mit der verzweifelten Suche nach ihrem Mann verbrachte, erneut überfallen wurde. Wieder wurde Frau I. von mehreren bewaffneten Männern vergewaltigt. Aus Angst um ihr Leben und insbesondere vor einer Schwangerschaft flüchtete sie noch in der selben Woche aus Somalia. Sie war jedoch - in Anwesenheit eines männlichen somalischen Dolmetschers - nicht in der Lage, den Anhörer/innen über die jüngsten Geschehnisse zu berichten. Allerdings gab sie selbst während des Interviews an, dass sie sich gerne in ärztliche Behandlung begeben würde. Auch dieser Hinweis ist protokolliert, seine Bedeutung entging der Anhörerin aber offenbar völlig. Erst drei Monate später erhielt Frau I. durch die Unterstützung einer lokalen Beratungsstelle ärztliche Betreuung.

Trotz ihrer instabilen psychischen und physischen Verfassung konnte Frau I. mit Hilfe einer Sozialarbeiterin Klage gegen den Ablehnungsbescheid erheben. Der später eingeschaltete Rechtsanwalt erhielt eine äußerst unübliche wie auch angesichts einer ausführlichen Klagebegründung durch die Sozialarbeiterin völlig unverständliche Aufforderung durch das Gericht, die Klageschrift besser zu begründen. Darauf reagierte der Anwalt allerdings nicht bzw. zu spät. Das Klageverfahren wurde daraufhin wegen Nichtbetreibens eingestellt.

Der Versuch der Wiederaufnahme des Klageverfahrens mittels eines neuen Rechtsanwalts schlug fehl. Das Verwaltungsgericht Braunschweig erklärte, dass die Bitte um ergänzende Klagebegründung darauf beruhte, "dass die Klägerin bis zu jenem Zeitpunkt lediglich Ihren bisherigen Vortrag wiederholt und auf die allgemeine Lage in Somalia hingewiesen" habe und dass eine Auseinandersetzung mit dem angegriffenen Bescheid "nur ansatzweise" erfolgt sei. Eine Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand komme wegen der Rechtsnatur des § 81 AsylVfG "nicht ernsthaft in Betracht".



Die Wende für Frau I. brachte schließlich eine Petition an den Deutschen Bundestag mit der Bitte um eine erneute Prüfung durch das Bundesamt. Die Leidensgeschichte von Frau I. wurde unter Einbeziehung der bei der Anhörung ungehört gebliebenen Erlebnisse geschildert und auf die äußerst nachlässige Arbeit des Bundesamts hingewiesen. Ergänzt wurde die Petition durch das Gutachten einer Psychologin, die feststellte, dass Frau I. "unter den typischen Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit ausgesprägter depressiver Verstimmtheit, schweren Angst- und Panikzuständen, Schlafstörungen (...) Nachhallerinnerungen der traumatisierenden Ereignisse" und chronischer Suizidalität litt.

Das Bundesamt selbst erklärte in seiner Stellungnahme gegenüber dem Petitionsausschuss, dass es nunmehr aufgrund der vorgelegten ärztlichen Atteste prüfen wolle, ob von einem Abschiebehindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG auszugehen sei. Zu diesem Zweck wurde Frau I. zwei Monate später erneut angehört - diesmal von der speziell für frauenspezifische Fluchtgründe zuständigen Anhörerin und im Beisein einer somalischen Dolmetscherin. Im Rahmen des Wiederaufgreifensermessens (§§ 48, 49 VwVfG) erging dann ein positiver Zweitbescheid betreffend Abschiebehindernissen nach §53 Abs. 6 S.1. Im Bescheid stellt das Bundesamt zur Begründung lapidar fest, "dass die Antragstellerin aufgrund der Ereignisse in ihrem Heimatland an einer schweren Traumatisierung leidet, so dass ihr im Fall einer Rückkehr nach Somalia konkrete Gefahren i.S. von § 53 Abs.6 S.1 drohen".

Noch vor dieser Entscheidung hatte das örtliche Sozialamt relativ umstandslos die Kosten einer Psychotherapie jeweils im Rahmen einer Notfallbehandlung übernommen, da nach Aussage der Hausärztin der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung äußerst dringend sei. Die Vorführung beim Amtsarzt bestätigte die Notwendigkeit sechs Monate später, woraufhin weitere Psychotherapiestunden bewilligt wurden. Inzwischen hat Frau I. eine Aufenthaltsbefugnis erhalten und erhält über die Krankenhilfe nach BSHG weiterhin psychologische Hilfe.

Im Fall des kurdischen Flüchtlings K. aus Krefeld (s.o.) wurde die Frage der ausländerrechtlichen Konsequenzen drohender Suizidgefahr von den Behörden und Gerichten dagegen ausschließlich unter dem Aspekt der hinreichenden "Transportsicherung" behandelt. Ein "zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis" ließe sich z.B. damit begründen, dass eine "lückenlose Überwachung" und "sofortige psychiatrische Weiterbehandlung" nach der Übergabe des Betroffenen an die Grenzbehörden des Zielstaates nicht gewährleistet ist. Darüber hinaus stellt sich natürlich die Frage, inwieweit die finanziellen und fachlichen Voraussetzungen einer Fortsetzung der Therapie und Behandlung im Herkunftsland überhaupt gegeben sind. (1)

4) Asylfolgeantrag

Schließlich sollte natürlich regelmäßig geprüft werden, ob Gründe für einen Folgeantrag vorliegen. Ein Folgeverfahren wird regelmäßig nur dann durchgeführt, wenn sich eine asylrechtlich relevante Änderung der Sach- oder Rechtslage ergeben hat und dieser Sachverhalt innerhalb von 3 Monaten nach Bekanntwerden geltend gemacht wird.
Mit fachärztlichen Gutachten, die - ggfs. entgegen den Feststellungen der Asylbehörden und Gerichte - den Vortrag eines Flüchtlings für glaubhaft erklären, lässt sich eine veränderte Sachlage meist nicht begründen - handelt es sich hierbei doch nicht um eine neue Situation, sondern um eine andere Bewertung derselben.
Nicht zu unterschätzen ist jedoch die verunsichernde Wirkung, welche ein gut begründetes fachärztliches Gutachten über das Vorliegen einer schweren Traumatisierung aufgrund von erlittener Folter auf Richter/innen (und Entscheider/innen beim Bundesamt) zuweilen entfaltet. Der Widerspruch zwischen der Realität des ärztlichen Gutachtens und den Feststellungen im abgelaufenen Asylverfahren ist meist kaum aufzulösen. In dieser Situation ist die Bereitschaft mancher Richter groß, das Vorliegen einer veränderten Situation aus anderen Gründen – z.B. aufgrund eines Zeitungsberichts, aufgrund von exilpolitischer Betätigung etc. – festzustellen und damit die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft unter Wahrung des eigenen Gesichts zu begründen. Das Beispiel der Familie A. aus dem Wendland macht dies deutlich:

Die kurdische Familie floh 1992 in die Bundesrepublik und stellte einen Asylantrag. Sie machte geltend, seit 1997 für die kurdische Sache aktiv zu sein. Die Aktivitäten der Familie blieben den türkischen Sicherheitskräften nicht verborgen. Der Onkel des Familienvaters wurde deshalb zu 9 Jahren Freiheitsstrafe verurteilt und nach seiner Entlassung durch eine Autobombe getötet. Ein Cousin fiel als PKK-Kämpfer den Sicherheitskräften zum Opfer. Die Familie unterstützte Guerillakämpfer mit Lebensmitteln. Anlässlich einer Newroz-Feier wurde der Familienvater mit etwa 40 Personen verhaftet und ca. 25 Tage festgehalten. Auf dem Polizeirevier wurde er mit Gewehrkolben, Eisenketten und Knüppeln immer wieder geschlagen. In die Wunden wurde Salz gestreut. Man warf dem Kurden vor, ein versteckter Guerillero oder Sympathisant der PKK zu sein, und fragte ihn nach Stützpunkten der PKK. Nachdem er sich unter Folter zur Zusammenarbeit bereit erklärt hatte, wurde er zunächst entlassen, jedoch schon am nächsten Tag wieder abgeholt, um den Sicherheitskräften die Stützpunkte der PKK in den Bergen zu zeigen. Da er diese nicht zeigen konnte, wurde er erneut schwer geprügelt. Man schlug ihm u.a. mehrere Zähne ein. Diese Torturen wiederholten sich mehrfach. Er wurde aufgefordert, Dorfschützer zu werden und mit der Polizei zusammenzuarbeiten. Da er keinen Ausweg mehr sah, floh er mit seiner Familie nach Istanbul und weiter in die Bundesrepublik.
Dieser Sachverhalt wurde jedenfalls im verwaltungsgerichtlichen Verfahren 1996 im Wesentlichen als wahr unterstellt. Die Einzelrichterin lehnte den Asylantrag dennoch ab mit der Begründung, der Familie stände eine inländische Fluchtalternative in der Westtürkei zur Verfügung, da von einer landesweiten Suche nach den Betroffenen nicht auszugehen sei. Den Antrag auf Zulassung der Berufung lehnte das OVG mit Beschluss vom 26.11.1996 ab. Damit war die negative Entscheidung rechtskräftig. Ein Anfang 1997 gestellter Folgeantrag wurde vom Bundesamt nicht zur Entscheidung angenommen. Daraufhin klagte die Familie und stellte einen Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz, der jedoch abgelehnt wurde. Auch ein Abänderungsantrag blieb ohne Erfolg.

Angesichts akuter Abschiebungsdrohung beriefen sich die Betroffenen in dieser Situation unter Hinweis auf einschlägige ärztliche Gutachten darauf, an einer „posttraumatischen Belastungsstörung" erkrankt zu sein, die dringend behandlungsbedürftig sei, jedoch in der Türkei nicht behandelt werden könne. Die Ausländerstelle ordnete daraufhin eine amtsärztliche Untersuchung an, die das Vorliegen von Suizidgefahr und damit verbundener Reiseunfähigkeit zunächst bestätigte. In den Folgemonaten wurde Familie A. im Hinblick auf die vorliegenden Gutachten zunächst geduldet und erhielt auch die Möglichkeit einer Therapie.

Da diese auch nach längerer Behandlung jedoch nicht die gewünschte „Reisefähigkeit" der Betroffenen herbeiführte, begann die Ausländerbehörde im Laufe der Zeit, den Druck zu erhöhen: Die behandelnde Therapeutin wurde aufgefordert, Therapiepläne vorzulegen, aus denen zu ersehen sei, mit welcher Perspektive und v.a. mit welchem Ende die Therapie durchgeführt werde. Schließlich wurden Fristen gesetzt und mehrfach amtsärztliche Überprüfungen des Gesundheitszustands angeordnet. Anfang des Jahres 2000 stellte der Amtsarzt schließlich (im Gegensatz zur behandelnden Therapeutin) die „Reisefähigkeit" der Kurden fest.

Mittlerweile war der Termin zur Durchführung der Hauptverhandlung im Streit um die Durchführung eines Folgeverfahrens vor dem Verwaltungsgericht Lüneburg auf den 28. Februar 2000 angesetzt. Nach ausführlicher mündlicher Anhörung stellte der Vorsitzende Richter - derselbe, welcher die Eilanträge im Jahr 1997 abgelehnt hatte - nunmehr fest, es läge eine veränderte Sachlage vor: Die Betroffenen hätten an einer Demonstration im Juni 1998 teilgenommen, sich an einen Tourismusboykott-Stand in Lüchow beteiligt und eine Busfahrt zu einer Demonstration im Februar 2000 organisiert. Damit lägen neue Nachfluchtgründe vor, was im Zusammenhang mit den zu würdigenden Vorfluchtaktivitäten nunmehr eine Anerkennung nach Art. 16 a GG rechtfertige.

Resumee

Zahlreiche Beispiele zeigen, dass die Suizidgefahr von Abschiebung bedrohter Flüchtlinge sowohl ein Indiz für schwerwiegende, traumatisierende Erfahrungen in den Herkunftsländern als auch Folge einer ignoranten Asylpraxis ist.
Viele Flüchtlinge haben aufgrund abstruser Ausschlusskriterien des deutschen Asylrechts (nichtstaatliche Verfolgung, Bürgerkrieg, inländische Fluchtalternative, ...) sowie vermeintlich anderweitiger Sicherheiten (Drittstaatenregelung, sichere Herkunftsländer , Schutz in einem anderen Land, ...) keine Chance auf eine Anerkennung. Würden die Verfolgungsgründe von (insbesondere weiblichen)

Flüchtlingen im Asylverfahren angemessen gewürdigt und würde der psychische Zustand von Flüchtlingen, insbesondere bei der Frage der „glaubwürdigen“ Darstellung von traumatisierenden Ereignissen, entsprechend berücksichtigt anstatt für irrelevant erklärt zu werden - manche Verfestigung von psychischen Störungen, chronifizierte Suizidalität und auch verzweifelte Selbsttötungen hätten im Vorfeld verhindert werden können.

So aber kommt es zu einer Verschiebung der Ebenen der Auseinandersetzung mit teilweise grotesken Folgen: Der Flüchtling, dem das Bundesamt den Flüchtlingsstatus wegen mangelnder Glaubwürdigkeit oder fehlender Asylrelevanz nicht zuerkennen mochte, erhält - im günstigeren Fall - eine befristete Duldung wegen akuter Suizidgefahr aufgrund von traumatisierender Verfolgungs- und Misshandlungserfahrungen und damit gegebener “Reiseunfähigkeit”. Was “objektiv” für irrelevant oder unglaubwürdig gehalten wird, entfaltet “subjektiv” schwerwiegende psychische Probleme mit Krankheitswert. Nicht der Verfolgung, sondern der krankhaften Angst vor der Verfolgung muss nun begegnet werden.

Das politische Problem des ungenügenden Schutzes von Verfolgten und misshandelten Flüchtlingen im deutschen Asylverfahren wird damit umgedeutet in ein Problem des Individuums, mit den Realitäten umzugehen. Auf der Ebene der ausländerbehördlichen Praxis wird die Suizidgefahr reduziert auf ein „Vollzugshindernis“ bei der Abschiebung. Die „Sicherheit“ eines Flüchtlings ist nicht länger eine Frage seiner physischen und psychischen Unversehrtheit, sondern der wirkungsvollen Überwachung und Kontrolle zur Gewährleistung des sogenannten „Selbstschutzes“ - relevant bis zur Landung des Flugzeugs im Abschiebungszielland.

Unterstützer/innen von Flüchtlingen sind zur Fortführung dieser perversen Logik gezwungen. Sie müssen sich z.T. mit absurden Fragestellungen auseinandersetzen, begründen, dass ein drohender Suizid entweder der Abschiebung selbst oder der Situation im Folterstaat zuzurechnen ist, dass Transportsicherung noch nicht Reisefähigkeit bedeutet oder dass eine „lückenlose Überwachung“ beim Abtransport keine Gewähr für das Überleben eines Flüchtlings bietet.

Die Einbringung von Suizidgefahr oder Traumatisierung in das Asylverfahren ist u.E. von besonderer Bedeutung, um die subjektive Verfolgungsfurcht der Betroffenen zu unterstreichen und so indirekt auch eine Änderung der Wahrnehmung und Bewertung von Fluchtgründen herbeizuführen. Solange allerdings eine grundlegende Änderung der Asylpraxis weiterhin unerreichbar scheint, bleibt den Betroffenen und ihren Unterstützer/innen nur, am hinteren Ende anzufangen und die drohende Abschiebung mit den beschriebenen Mitteln, wenn auch zunächst nur vorläufig, zu verhindern.

(1) Ein ausführliches Gutachten zu Fragen einer “lückenlosen Überwachung” und ärztlichen Versorgung von suizidgefährdeten Flüchtlingen aus der Türkei von Kamil Taylan kann bei der Geschäftsstelle des Flüchtlingsrats abgerufen werden.

Gesundheitsamt Krefeld, den 14.6.1999
-531/8- Dr. B./S. -3526

Fachbereich Ordnung
Ausländerabteilung
321 A 81728

Ali Ihsan Kilic, geb. 21.7.1960
Bezug: Ihr Schreiben vom 20.5.1999

Bei dem o.g. wird sich die wechselnd ausgeprägte Symptomatik wenig ändern, solange die situativen Zuflüsse, d.h. die Abschiebung und die damit verbundene Angst bestehen bleiben.
Das psycho-pathologische Bild wird stetig wechselnd mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. So war der O.g. am 10.5.99 wieder deutlich depressiv mit Verschlechterung zur Voruntersuchung und äußerte glaubhaft Suizidgedanken, die er im Rahmen der Abschiebung in die Tat umsetzen wollte.

Aus amtlicher Sicht war daher im Hinblick auf diese augenblicksgebundenen Handlungen bei der Abschiebung das Risiko als zu hoch angesehen worden und somit Reiseunfähigkeit gegeben.
Hier war nicht bekannt, dass ärztliche Begleitung bei der Ausweisung garantiert war, ansonsten hätte der Abschiebung zugestimmt werden können. Lückenlose Bewachung müsste in allen Situationen gewährleistet sein, um einen Suizid zu verhindern und auch die sofortige psychiatrische Weiterbehandlung in der Türkei.

Wenn aus dortiger Sicht dieser Schutz gegeben ist, spricht amtlicherseits nichts gegen die Abschiebung und Ihrerseits könnte gehandelt werden. Amtlicherseits wäre eine erneute Prüfung der Reisefähigkeit nicht notwendig.

(Unterschrift)

Selbstmord durch Todesschüsse verhindert?

Traumatisierter Flüchtling wird in Braunschweig bei Abschiebungsversuch erschossen

RA Dr. Rolf Gössner

In Brauschweig haben Angehörige des Spezialeinsatzkommandos der Polizei (SEK) innerhalb einer Woche zwei Menschen erschossen. Eines der Opfer war ein Flüchtling: Der 36jährige promovierte Physiker Zdravko Nikolov-Dimitrov aus Bulgarien.

Ausgelöst hatte den tragischen Polizeieinsatz der Leiter der Braunschweiger Ausländerbehörde, Edgar Wrobel. Auf Ersuchen seiner Behörde sollte der Bulgare von der angeforderten Polizei festgenommen und einem Haftrichter zur Verkündung eines Abschiebehaftbefehls vorgeführt werden. Danach sollte er, so der Plan, von einem Amtsarzt zwangsweise auf seinen Geisteszustand und auf seine Reisefähigkeit untersucht werden. Der Flüchtling sei seiner Pflicht zur freiwilligen Ausreise nicht nachgekommen.
Als die Streifenwagenbesatzung am 10. Dezember gegen 8 Uhr früh an der Wohnungstür klingelte, öffnete der Mann einen Spalt breit und drohte höchst erregt, sich mit einem Küchenmesser umzubringen. Daraufhin forderte die Polizei speziell ausgebildetete Verhandler sowie eine SEK-Einheit aus Hannover an, die eine Stunde später eintraf. Vertrauenspersonen des bedrängten Physikers wurden nicht hinzugezogen. Angesichts des bedrohlichen Polizeiaufgebots eskalierte die Situation, nachdem zuvor sämtliche Kontakt- und Verhandlungsbemühungen gescheitert waren: „Der Mann hielt sich das Messer an die Kehle, zitterte am ganzen Körper und brüllte wieder sinngemäß, dass er sich töten werde“, sagte später Polizeisprecher Klaus Buhlmann. Angesichts dieser Situation habe der Leiter der Ausländerbehörde nicht länger auf einen gewaltsamen Zugriff bestanden.
Da kein Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Suizid-Androhung bestanden habe, so die Polizei, sei der Einsatzbefehl für das SEK gleichwohl erteilt worden, nun aber nicht mehr zum Zwecke der Abschiebung, sondern auf Grundlage des Niedersächsischen „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“ (NPsychKG) zum „Schutze der Allgemeinheit und des Herrn Dr. N.“ - sprich: um ihn am Selbstmord zu hindern. Diese Version geht aus der Antwort der Stadtverwaltung auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Rat der Stadt Braunschweig hervor. Mit einer Blendgranate, die mit lautem Knall und hellem Blitz explodierte, wollten die Beamten den zitternden Mann ablenken, um in seine Wohnung eindringen zu können.

Was dann geschah, können nur noch die beteiligten Spezialpolizisten berichten; unbeteiligte Beobachter oder neutrale Zeugen gibt es nicht. Nach Polizeiangaben sei der 36-Jährige sofort mit dem Messer auf die ersten beiden Beamten des Einsatztrupps losgegangen, nachdem diese gewaltsam durch die Wohnungstür eingedrungen waren. Ein Beamter wurde mit dem Messer im Bauchbereich attackiert; seine schusssichere Weste verhinderte aber ernsthafte Verletzungen. Dann fielen zwei Schüsse aus der Dienstwaffe; der eine streifte den Angreifer am Arm, das zweite Geschoss traf Dr. Nikolov in die Brust und verletzte ihn so schwer, dass er wenige Tage später gestorben ist. Trotz Schutzwesten, trotz personeller, waffenmäßiger und taktischer Überlegenheit will der Beamte in akuter Notwehr geschossen haben.
Der Eindruck, hier könnte es sich womöglich um eine vermeintliche oder gar provozierte Notwehr gehandelt haben, verstärkt sich, wenn man den bemerkenswerten Hintergrund dieses Falles näher beleuchtet: Die prekäre psychische Verfassung des Asylbewerbers war der Ausländerbehörde und der Polizei längst bekannt. Über sein hochgradiges Foltertrauma lagen zwei ärztliche Gutachten vor - eines von dem renommierten Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin, wo Nikolov behandelt worden war. Notwendig geworden war diese Behandlung, weil der Physiker Anfang der 90er Jahre in Bulgarien von Polizisten misshandelt und von staatlichen Ärzten in ein psychiatrisches Gefängnis eingewiesen, dort an ein Bett gefesselt und gefoltert worden war. Damals nannte die bulgarische Tageszeitung „Trud“ Nikolov einen „Terroristen“, dem von vier Polizisten „die Physiognomie ausgewechselt“ worden sei. Der 36-Jährige stammte aus einer alten kommunistischen Familie und war in der kommunistischen „Dimitroff-Parteijugend“ aktiv. Seit der Systemwende in Bulgarien 1989/90 wurde der Physiker, Mitglied der bulgarischen Akademie der Wissenschaften in Sofia, von den „Sicherheitsbehörden“ schikaniert, schließlich verhaftet, zusammengeschlagen und gefoltert.

1993 flüchtete er - ausgestattet mit einem Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes - nach Deutschland, arbeitete von 1995 bis 1998 (bis seine Arbeitserlaubnis auslief) als Optikrechner bei der Firma Rollei, musste sich wegen einer „ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung mit Krankheitswert“ im Zentrum für Folteropfer in Behandlung begeben, wurde aber trotz seiner schrecklichen Foltererlebnisse nicht als Asylberechtigter anerkannt. Trotz „eklatanter Fälle von Polizeibrutalität“, die lediglich als „Amtswalterexzesse“ qualifiziert werden, könne am „Fortschreiten des Demokratisierungsprozesses“ in Bulgarien nicht gezweifelt werden, urteilte das Verwaltungsgericht Braunschweig am 17.6.1997 und lehnte den Asylantrag des Bulgaren ab. Bulgarien sei „sicheres Herkunftsland“. Die Berufung gegen diese Entscheidung beim Oberverwaltungsgericht änderte nichts. Wegen der Auswirkungen der erlittenen Misshandlungen sicherte ihm die Ausländerbehörde jedoch zu, vorerst nicht abgeschoben zu werden.

Nikolov war erfüllt von einer tiefsitzenden Angst, für verrückt erklärt und in eine Anstalt eingewiesen zu werden. Er widersetzte sich einer amtsärztlichen Untersuchung - schließlich hatten „staatliche Ärzte“ in Sofia versucht, Nikolov zu „psychiatrisieren“. „Ich werde nicht zulassen, dass mich die Ausländerbehörde lebend nach Bulgarien abschiebt“, erklärte er gegenüber dem Flüchtlingsrat.
Auf die Gefahr einer akuten Retraumatisierung, auf die Verfolgungsangst und die Suizidgefährdung durch eine zwangsweise Vorführung beim Amtsarzt und durch die drohende Abschiebung nach Bulgarien hatten zwei behandelnde Ärzte ebenso rechtzeitig hingewiesen, wie auf die Reiseunfähigkeit ihres Patienten. Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin wies noch im September 1999 ausdrücklich darauf hin, dass die

„bevorstehende Abschiebung eine nicht zu verantwortende Maßnahme darstellt". Der Versuch, mit polizeilichen Zwangsmitteln gleichwohl eine Untersuchung durch den Amtsarzt durchzusetzen und eine Abschiebung vorzubereiten, hat bei Dr. Nikolov eine vorhersehbare Panik ausgelöst. Dadurch, dass die Behörden trotz der konkreten Abschiebungshindernisse die Gefahr mit allen Mitteln gewaltsam konkretisierten, haben sie die im Verlaufe des Einsatzes eingetretene Notwehrsituation selbst provoziert. Sich nun anlässlich des Todesschusses auf Notwehr zu berufen, klingt nach Rechtsmissbrauch. Letztendlich ist die „absurde Situation eingetreten, dass ein Mensch dadurch am Selbstmord gehindert wurde, dass ihn ein SEK-Polizist in Notwehr erschoss", resümierte Braunschweigs Zweite Bürgermeisterin, Sigrid Probst (Bündnis 90/Die Grünen).

Der SEK-Einsatz gegen einen Flüchtling lasse nach Auffassung der innenpolitischen Sprecherin der Landtagsgrünen, Silke Stokar, „erhebliche Zweifel an Recht- und Verhältnismäßigkeit" aufkommen. Stokar verlangte eine lückenlose Aufklärung im Innenausschuss des Landtages und vor Gericht. Transparenz sei unabdingbare Voraussetzung für eine effektive öffentliche Kontrolle polizeilichen Handelns, an der es bei der Aufarbeitung gerade solcher Fälle von tödlich verlaufenden Polizeiaktionen so häufig mangelt.

Der Niedersächsische Flüchtlingsrat hat gegen den Leiter der Ausländerbehörde, Edgar Wrobel, Strafanzeige wegen Körperverletzung mit Todesfolge, Nötigung, Freiheitsberaubung und Rechtsbeugung erstattet, weil er letztlich die Verantwortung für die tödlichen Schüsse auf den bulgarischen Flüchtling trage. Wrobel habe durch ärztliche Atteste von der Selbstmordgefährdung des bulgarischen Wissenschaftlers gewusst und dennoch - ohne Rechtsgrundlage - dessen Festnahme angeordnet. Angesichts der Vorgeschichte habe man mit Verzweiflungstaten des traumatisierten Flüchtlings rechnen müssen. „Das Leben und die Gesundheit eines nachgewiesenermaßen gefolterten und traumatisierten Flüchtlings wurde hier von den Behörden leichtfertig aufs Spiel gesetzt", schreibt der Geschäftsführer des Flüchtlingsrates, Kai Weber, in seiner Strafanzeige. „Ein Behördenleiter, der sich in dieser Weise über mehrfach geäußerte, dringende Warnungen von Fachärzten selbstherrlich hinwegsetzt, muss auch strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden."

Am Tag der Beerdigung von Nikolov wollte der Flüchtlingsrat zusammen mit Pro Asyl eine Todesanzeige in der „Braunschweiger Zeitung" unterbringen. Diese wurde wegen ihres „politischen Inhalts" abgelehnt. Auch ein zweiter Anlauf mit neuem Text scheiterte: „Der bulgarische Flüchtling starb nach einem verantwortungslosen Abschiebungsversuch durch Polizeikugeln", sollte es nun heißen. Die Geschäftsleitung der Zeitung habe sich wegen des Begriffs „Polizeikugel" geweigert, die Anzeige abzudrucken, wie der Sprecher des Flüchtlingsrates mitteilte.

Akte auf Akte
Paragraph auf Paragraph
Die Verantwortung ist in unendlich viele Teile zerteilt
zum Schluss ist es keiner gewesen

Wir trauern um

Dr. Zdravko Nikolov-Dimitrov

gestorben am 21.12.99

Der bulgarische Flüchtling starb nach einem verantwortungslosen Abschiebungsversuch durch Polizeikugeln

Beisetzung: Freitag, 7. Januar 2000 um 9.45 in Braunschweig

Niedersächsischer Flüchtlingsrat
Pro Asyl
Ökoscouts BS
Die Falken BS

Deshalb musste es bei einer Presseerklärung (11.12.1999) des Flüchtlingsrates bleiben, die mit der Zeile überschrieben ist: „Wir trauern um Zdravko Nikolov (Dimitrov)." Weiter heißt es dort: „Dr. Zdravko Nikolov Dimitrov wurde das Opfer des restriktiven deutschen Asylrechts, wonach auch ernstzunehmende Verfolgungsmaßnahmen und Misshandlungen nicht unbedingt als 'asylrelevant' klassifiziert werden. Sein Fall macht insofern exemplarisch die Fragwürdigkeit der deutschen Asylpraxis deutlich".
Just zur selben Zeit forderte der niedersächsische Innenminister Heiner Bartling (SPD), das - bereits unter Mithilfe der SPD demontierte - deutsche Asylgrundrecht im Zuge der anstehenden europäischen Harmonisierung des Asylrechts gänzlich abzuschaffen. Damit würde aus einem subjektiven, einklagbaren Rechtsanspruch ein bloßes Gnadenrecht.

Dr. Rolf Gössner, Rechtsanwalt, Publizist und rechtspolitischer Berater der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Niedersächsischen Landtag. Autor zahlreicher Bücher zu den Themen „Innere Sicherheit", Bürgerrechte und Demokratie, u.a. „Mythos Sicherheit - Der hilflose Schrei nach dem starken Schrei" (Nomos, Baden-Baden 1995); „Polizei im Zwielicht - Gerät der Apparat außer Kontrolle?" (Campus, Frankfurt/M. 1996); zuletzt: Erste Rechts-Hilfe - Rechts- und Verhaltenstipps im Umgang mit Polizei, Justiz und Geheimdiensten, Verlag Die Werkstatt Göttingen 1999.

Schreibtischtäter durch Gesetz gedeckt

Am 24. 3. 2000 teilt die Staatsanwaltschaft Braunschweig mit, dass das Verfahren gegen den Leiter der Braunschweiger Ausländerbehörde, Herr Wrobel, eingestellt wird. Denn es sei „nicht zu widerlegen, dass der Beschuldigte und seine Mitarbeiter ihre Entscheidungen unter Beachtung der Vorschriften des geltenden Ausländergesetzes getroffen und daher nicht rechtswidrig gehandelt haben."

Red.

Gewalt und Legitimität

Auswirkungen von Terror und Gewalt auf die Gesundheit des einzelnen und der gesamten Bevölkerung

Waltraut Wirtgen

Ärztlicher Auftrag und ärztliche Verantwortung

Im Alltag von Ärzten und anderen Mitarbeitern im Medizinbereich nehmen politische Dimensionen einen zusätzlichen Raum ein in ihrer täglichen Arbeit. Als neue Patientinnen und Patienten kommen Flüchtlinge in Behandlung, die auch bei uns in Deutschland Schutz und Asyl suchen.

Weltweit sind immer mehr Menschen auf der Flucht. Innerstaatliche Konflikte, Kriege, bewaffnete Auseinandersetzungen, Staatsterror mit „Verschwinden-Lassen", „außergericht-liche" Hinrichtungen, Haft, Vertreibungen, sowie in zunehmendem Maße „verfeinerte" Folter-methoden, insbesondere psychische Folter und sexuelle Mißhandlungen bei Frauen, Männern und Kindern haben gerade in den letzten Jahren in erschreckendem Maße zugenommen.
Von den sich weltweit auf der Flucht befindlichen Menschen gelangt nur ein Bruchteil von ihnen nach Europa, das sind ca. o,8%.

Die Strukturen und Gesetze in den Aufnahmeländern, wie auch in Deutschland, sind jedoch nicht ausreichend eingestellt auf die Besonderheiten von traumatisierten Flüchtlingen und Überlebenden von Folter, mit weitreichenden Folgen für diese Menschen.
Es muß davon ausgegangen werden, dass nach internationalen Statistiken, etwa jeder 4. Flüchtling und Asylsuchende in Europa Überlebender von Folter oder schwerem Trauma ist.

Durch die Kriege im ehemaligen Jugoslawien und im Kosovo hat sich diese Zahl wesentlich erhöht. In dieser Hinsicht ist es schier unvorstellbar, wenn die Anerkennungsquote für Asylsuchende in Deutschland z.Zt. bei ca. 2 bis 4 % liegt. Das bedeutet, dass alle anderen Flüchtlinge, eingeschlossen ein großer Teil von Überlebenden von Folter und Trauma, nach den heutigen Asylgesetzen Deutschland wieder verlassen müssen.

Die Berufsgruppen, die sich täglich um das Wohl und die Gesundheit jedes einzelnen Patienten einsetzen, können sich nach ihrem ärztlichen Auftrag, alle Menschen geich zu behandeln, zu den körperlichen und seelischen Krankheiten von Flüchtlingen nicht anders verhalten als ihrem Auftrag enstpricht. Dies ist jedoch oft nicht gewährleistet.
Die Behandlung von Flüchtlingen schafft in der täglichen Praxis neue und sehr beachtens-werte Aufgaben durch Sprachbarrieren, kulturelle Besonderheiten, wie auch traumaspezifische Symptome und Krankheitsbilder. Weitere medizinische und psychologische Bereiche ergeben sich aus den im folgenden zu beschreibenden traumatisierenden Prozessen in der Zeit im Asylverfahren hier im „Gast"-land.

Speziell Ärzte werden dabei in ihrer Arbeit auch in die deutsche Asyl-und Ausländergesetz-gebung einbezogen und geraten dabei in Konflikte zu ihrem ärztlich-ethischen Auftrag.
Sie geraten möglicherweise in die Gefahr, selbst berufliche Nachteile inkaufnehmen zu müssen, wenn sie nach ihrem Gewissen handeln und sich z.b. weigern, -im weitesten Sinne-, Entscheidungen zu treffen, die zum Nachteil ihrer Patienten sind und zu weiteren gesundheitlichen Schäden führen können. Solche gesetzlichen Vorgaben sind, z.b. im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbeLG) nur akute und lebensbedrohliche Zustände zu behandeln oder als Ärzte Hilfe bei Abschiebemaßnahmen zu leisten.

Zahlreiche Beschlüsse des Weltärzebundes,- zuletzt vom Oktober 1998 in Ottawa-,bestärken Ärzte und weisen hin auf die „Verpflichtung der Ärzteschaft, Patienten unabhängig von ihrem rechtlichen Status medizinisch zu versorgen" und dass sie „nicht gezwungen werden dürfen, an Flüchtlingen diagnostische Maßnahmen und Behandlungen vorzunehmen, die nicht medizinisch begründet sind, wie beispielsweise die Verabreichung von Sedativa, um Flüchtlinge leichter abzuschieben".

Wie noch beschrieben wird, sind ähnliche Beschlüsse in der Praxis der heutigen Asyl- und Ausländergesetzgebung nicht verwirklicht, z.B., der Beschluß des 99. Deutschen Ärztetages von 1996 in Köln „Die Rückführung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma führen" und der Beschluß des 1o2. Deutschen Ärztetages von 1999 in Cottbus „Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer „Reisefähigkeits-bescheinigung unter Mißachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehin-dernisse, wie z.b. in Behandlung stehende Traumatisierungen, sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar „.

Asylrecht, — damals und heute

Als das Asylrecht ins Grundgesetz geschrieben wurde, war der Vorsatz der Verfassungsgeber, Lehren aus der deutschen Geschichte zu ziehen. :

> „Politisch Verfolgte geniessen Asylrecht".
> „Niemand darf der politischen Verfolgung ausgesetzt werden.... „

Diese besondere Asylgarantie ist heute jedoch nur noch eine papierene Erinnerung an die besondere deutsche Geschichte. Seit dem Asylkompromiss vom 26. Mai 1993 wurde das Grundrecht auf Asyl faktisch abgeschafft. Die Entscheidung über Asyl- und Aufenthaltsrecht erfolgt nicht mehr nach dem besonderen und individuellen Schicksal des Flüchtlings, sondern vorrangig nach restriktiven politischen Rahmenbedingungen, durch rein formale Kriterien wie :

- dem Fluchtweg, d.h. Drittstaatenregelung,
- dem sicheren Herkunftsland,
- der Entscheidung im Rahmen des Eilverfahrens der Flughafenregelung.

Folter ist kein Asylgrund mehr, es sei denn, der Asylbewerber kann „beweisen", dass seine Mißhandlung oder Vergewaltigung u.ä. im staatlichen Auftrag erfolgte.
So werden auch schwerste Mißhandlungen durch Gefängiswärter oder andere Staatsbe-dienstete nur als deren persönliche Übergriffe und nicht als staatliche Verfolgung bewertet.
Die Folterer gehen straffrei aus, der traumatisierte Flüchtlinge jedoch erfährt hier-

durch weitere Schädigungen und bleibt zusätzlich ohne jegliche Hilfe zur Bewältigung seiner traumabe-dingten Krankheiten.

Fortsetzung des traumatisierenden Prozesses im Exil, auch hier in Deutschland

Aus der Literatur, insbesondere zu Untersuchungen von Überlebenden des Holocaust und aus der Arbeit der internatonalen und nationalen Behandlungszentren für Folteropfer ist bekannt, dass die Zeit im Exil entscheidend ist für das weitere Leben dieser Menschen und für deren spätere Generationen (u.a. KESTENBERG;J., KEILSON,H., KOGAN, I., ROSENTHAL,G.).
So können die Umstände im Exilland im Sinne eines kumulativen Traumas weitere Schädi-gungen setzen und zu Eskalationen in vielfältigem Sinne führen (z.B. Chronifizierung der Krankheiten, Kurzschlußhandlungen, psychotischen Episoden).

Dies ist der Zeitpunkt, zu welchem Flüchtlinge als Patienten in ärztliche Behandlung kommen.
Kenntnisse zu Traumatisierungen und zur möglichen Fortsetzung des traumatisierenden Prozesses hier im Exil sind dringende Voraussetzung für Diagnostik und adäquate Behand-lung dieser Patienten.

Die Gesamtheit der Regelungen (wie beengte Unterbringung in Sammelunterkünften, ausschließliche Sachleistungen, Essenspakete, Sozalhilfe 2o% unter dem Minimum, nur auf „Akutfälle“ begrenzte medizinische Versorgung) und die ablehnende Atmosphäre gegenüber Asylbewerbern als „unerwünscht“ und als „Gefahr für die innere Sicherheit“ bis hin zu fremdenfeindlichen Ausschreitungen in Deutschland und, - wohl zumnehmend auch in anderen europäischen Ländern-, bewirkt Fortsetzung von Schädigungen und somit des traumatisierenden Prozesses (Becker, D., auf einem Vortrag 1996).

All dies fällt in die Zeit nach den eigentlichen traumatischen Erlebnissen in der Heimat und auf der Flucht. Diese Zeit wird von H. Keilson als „Nachfluchtphase“ bezeichnet. Er schreibt in seiner follow up-Studie zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen (1979) :

- „dass es sich bei der von ihm so benannten „extremen“ Belastungssituation um die Gesamtheit eines Geschehens handelt, d.h. um ein Ineinandergreifen von mehreren traumatischen Sequenzen, wobei die Zeit im Exil und die der Wiedereingliederung als ausgeprägtes Belastungsmoment mit einbezogen werden muß“.

Das einschneidenste und in seinen Auswirkungen weitreichendste Ereignis im Asylverfahren und für das weitere Schicksal der Flüchtlinge ist die Anhörung beim Bundesamt für die Aner-kennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL). Sie findet schon in den ersten Tagen nach der Flucht statt durch Entscheider, die bis vor ca. 2 Jahren keine Fortbildung zu Trauma, zu dessen Schädigungsfolgen wie auch zu psychologischer Gesprächsführung erhalten hatten.

Von Überlebenden des Holocaust wissen wir, dass über schwerwiegende traumatische Ereig-nisse, wenn überhaupt, erst nach vielen Jahren gesprochen werden kann. Im Anhörungsver-fahren hingegen wird von den Flüchtlingen erwartet, dass sie sofort „detailliert und wider-spruchsfrei“ ihr Verfolgungsschicksal schildern. Aufgrund von folter- und traumabedingten Schädigungen sind jedoch viele von ihnen nach ihrer Verfolgung, Haft, Folter und z.t. aben-teuerlichen Flucht nicht in die Lage, zu diesem Zeitpunkt und in diesem Rahmen der Anhörung in erwarteter Weise über ihr Verfolgungsschicksal zu berichten.
Ganz im Gegenteil, es ist bekannt, dass jede direkte Befragung bei Überlebenden von Folter alte Erinnerungen an Verhöre, z.t. mit Folter, in ihrem Heimatland wachrufen und durch Reiz-überflutung Retraumatisierung bewirken (s.Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD, erfaßt im diagnostischen und statistischen Manual DSM und psychiatrischen Kategorien ICD 1o).

Die Ablehnung des Asylantrages als „unglaubwürdigf“ oder „nicht begründet“ bedeutet für traumatisierte Flüchtlinge, sich erneut und auch aus der Gesellschaft im „Gastland“ ausge-stoßen zu fühlen. Traumabedingte Symptomatik bricht weiter auf, sehr häufig entwickeln sich zusätzliche Krankheiten, zumeist psychosomatischer Art (akute Kreislaufbeschwerden, Kollapszustände, Anfälle, periphere Lähmungen u.a.).

Mit dem Moment der Ablehnung des Asylantrags leben die Flüchtlinge in tiefer Angst vor der Wiederholung von Gewalt und Folter, die meisten fürchten um ihr Leben. Ihnen ist mit einem Schlag jede Zukunftsperspektive genommen, sie sehen nirgends mehr eine Lebenschance:
sie können nicht zurück und können nicht hier bleiben. Hinzu kommt für sie das ihnen aus der Foltersituation bekannte Gefühl des Ausgeliefertseins, der absoluten Abhängigkeit von Mächtigen und das Gefühl der Ohnmacht und Scham über die erneute Entwertung.

Angedrohte und durchgeführte Abschiebehaft und Abschiebung bedeuten höchste Gefahr für Traumatisierte. Sie lösen bei diesen Flüchtlingen fast ausnahmslos unkontrollierbare Ängste aus, die nicht unterschätzt werden dürfen. Hier potenziert sich die übliche und „normale“ Signalangst durch eine automatisch einsetzende und nicht beherrschbare Angst, die typisch ist für Extremtraumatisierte (Becker.D.,1995). Wie sollte schon ein „normaler“ Mensch diese Situation unbeschadet überstehen ?

Es sollte ernst genomen werden, dass sich im Zusammenhang mit Abschiebungen zahlreiche Asylbewerber das Leben genommen haben. Seit 1993 sind dies jetzt über 7o Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Selbstmordversuche blieben ungezählt.

Warnung sollte sein die immer wieder geäußerte Frage eines abgelehnten Asybewerbers aus Togo, der sich aus Angst vor der Abschiebung in seine Heimat in einem Bezirkskrankenhaus einen Tag vor seinem 28. Geburtstg erhängte :
„Warum habt Ihr mir nicht geglaubt ?“
Er war in einem Behandlungszentrum als Folteropfer begutachtet worden.

In diesem Zusammenhang kann nur angedeutet werden, dass unter den Umständen der Angst und Unsicherheit der PatientInnen im Asylverfahren nicht zu denken ist an eine annähernd adäquate psychotherapeutische Behandlung der Traumafolgen. So können in den Beratungs- und Behandlungszentren für Folteropfer oft nur Kriseninterventionen angeboten werden; zunehmend geht es nur noch um „Rückkehrberatung“. Diese Maßnahmen betreffen zumeist nur die momentanen Belastungen und Schäden im Rahmen des Asylverfahrens. Die Bearbeitung der Folterschäden muß somit unterbleiben. Schwersttraumatisierte bleiben ohne Hilfe, sowohl hier bei uns im „Gast“-Land, wie auch bei ihrer Rückkehr in ihr Herkunftsland.
Wie sicher vorstellbar, bedeuten diese beschränkten Hilfsmöglichkeiten für ihre Klienten für MitarbeiterInnen dieser Zentren und Beratungsstellen schwere persönliche Belastungen in ihrer Arbeit, zumal sie wissen, was dies für ihre Klienten und Familien bedeutet. Darüber hinaus finden in vielen Fällen ihre Fachkenntnisse und gutachterlichen Stellungnahmen

als Experten bei Behörden keine Beachtung.

Bisher ist nicht geklärt, wem die Kompetenz als Gutachter für traumatisierte Flüchtlinge und Überlebende von Folter zuerkannt wird, wenn gutachterliche Stellungnahmen aus Behandlungszentren für Folteropfer für „befangen“ gehalten werden, andere Gutachter jedoch auf diesem Gebiet nicht die ausreichenden Kenntnisse und Erfahrungen haben können.

Traumatisierte Gesellschaften - strukturelle Gewalt - das Schicksal der Kinder.

In den Herkunftsländern der heutigen Flüchtlinge herrschen zumeist seit vielen Jahren institu-tionalisierte und verflochtene Systeme von Gewalt, Bedrohung, Korruption und Rechtlosigkeit, und dies bisher weiter ohne absehbares Ende. Es sind dies Herkunftsländer wie z.b. Uganda, Ruanda, Sudan, Togo, Kosovo, wie auch die Türkei und Afghanistan, um nur einige Länder zu nennen. Es ist bekannt, dass in vielen Ländern die psychosozialen Folgen die dort herrschende Zerstörung, Armut und die medizinischen Krankheiten bei weitem überschreiten und dass es sich um traumatisierte Gesellschaften handelt (s.Studien z.b. der International Federation of African Medical Students Association- IFMSA).
Unter Extremtraumatisierungen führen Foltermaßnahmen wie z.b. psychische Folter und sexuelle Mißhandlungen und Vergewaltigungen bei Frauen, Kindern und auch Männern, - als von Menschen direkt gegen Menschen gerichtete Gewalt - ,besonders schwere körperliche und seelische Schäden. Absicht der Folter ist die systematische Zermürbung, Zerstörung, Entwertung, Ausgrenzung, Brechen des Selbst, Herrschaft über die Körperfunktionen und Erniedrigung oft bis zur anschließenden Vernichtung des Opfers. Mitbetroffen sind dabei die ganze Familie und besonders die Kinder, aber auch ganze Volkgruppen und Gesellschaften.

Während bei erwachsenen Extremtraumatisierten die Symptomatik in verschiedener Stärke und zu unterschiedlichem Zeitpunkt auftritt, sind die Schädigungen, die Kindern durch Gewalt angetan werden, von ganz schwer voraussagbaren Folgen für deren weiteres Leben.

In diesem Rahmen kann nur sehr verkürzt aufgezeigt werden, was Flüchtlingskinder als die Hauptleidtragenden nachhaltig beeinträchtigt. Sie leiden an dem Verlust alles dessen, was ihnen bisher lieb und wert war und ihnen, - im weitesten Sinne-, den Glauben an das Gute gegeben hat. Ihnen fehlt der Halt und die Voraussetzungen für eine kindgerechte und gesunde Entwicklung. Sie können selbst Opfer und Zeuge unsäglicher Ereignisse sein. Zumeist leiden sie zusätzlich unter den z.t. schwerwiegenden seelischen Veränderungen ihrer traumatisierten Eltern, vielleicht mußten sie deren Erniedrigung oder Ermordung miterleben.

Diese Kinder erleben Dinge, die sie nicht begreifen und nie mehr vergessen können und die sie ihr ganzes Leben begleiten werden. Sie spüren dabei, dass über all diese Schrecknisse geschwiegen werden soll. Durch dieses Schweigen geben die Eltern ihre traumatisierte und schmerzhafte Vergangenheit durch „emotionale“ Anästhesie, d.h. ihre „Versteinerung“ unbemerkt an die nächsten Generationen weiter (Yolanda Gampel, Tel Aviv). Zusätzlich fühlen sich die Kinder von ihren Eltern in ihrer eigenen Not verlassen und verraten.

Sofern Hilfe für diese Kinder ausbleibt,, z.b. im Heimatland, wie auch nach Abschiebung der Flüchtlinge in Unsicherheit und erneute Gefahr, ist zu befürchten, dass es bei ihnen im Zu-sammenhang mit fehlender Schulbildung und beruflicher Ausbildung zu schwerwiegenden Fehlentwicklungen, evtl. mit Drogenkonsum und Entwicklung weiterer Gewalt kommt.
Das Fehlen eines sozialen Umfeldes, von Halt und dringend notwendiger Vorbilder ist für diese Kinder prognostisch überaus bedenklich.

Hier findet die Spirale der Gewalt zumeist kein Ende, sie setzt sich fort in Gewaltstrukturen ganzer Gesellschaften. Jede Handlung des „Feindes“ wird zur „Legitimität“ für das eigene Handeln.
Wenn man die Unterscheidung zwischen Opfer und Täter nicht dazu gebraucht, um sich von dem Geschehenen zu distanzieren, dann kann man feststellen, dass alle Täter selbst einmal Opfer waren und dass sie jetzt ihre Szenen in einer komplizierten Mischung von Opfer- und Täterrollen wiederholen.
So wird einem die Hilfsbedürftigkeit auch der gegenwärtigen Täter bewußt und vor allem die Notwendigkeit, die gegenwärtigen Opfer davor zu schützen, nicht zu späteren Tätern zu werden. So müßten ganze Gesellschaften geschützt werden und sich selbst schützen, dass ihre Opfer nicht zu weiteren Tätern werden.

Ausblick
Gesundheit - Menschenrechte - Menschenwürde.

Wenn Standesorganisationen ärztlich-ethische Standards anmahnen, sind Gesundheit und Rechte und Würde von Menschen in Gefahr. Ärzte sind auch gefragt, wo Internationale Konventionen gelten zum Einhalten von Rechten für Kinder und Flüchtlinge, wie auch zur Ächtung von Folter und Menschenrechtsverletzungen, um nur einige Beispiele zu nennen. Ärzte sind oft die erste Anlaufstelle für Flüchtlinge, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen geworden sind.

Dies ist nicht nur Ländern der Fall, wo diese Menschenrechtsverletzungen stattfinden, sondern die Folgen erleben Ärzte hier bei Flüchtlingen in Praxen und Kliniken. Ärzte haben in diesen Fällen nicht nur die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Patienten zu beachten, sondern haben darüber hinaus eine ganz entscheidende Mittlerfunktion. Das heißt, sie können den Flüchtlin-gen helfen ihre Sprachlosigkeit zu überwinden und so das Mitgeteilte dem politischen und gesellschaftlichen Bewußtsein zuführen. Im weitesten Sinne heißt es, zu sensibilisieren für menschliche Not, ein Gefühl für Unrecht zu vermitteln und Gleichgültig-keit aufzuheben.

Kate Millet schreibt 1993 dazu :
„Das Wissen um die Folter ist an sich schon ein politischer Akt, so wie das Schweigen oder die Unwissenheit politische Auswirkungen hat. Das Aussprechen des Unaussprechlichen ist der Beginn des Handelns.“

So bekommt das persönliche Schicksal des Patienten und das persönliche Handeln des Arztes politische Dimensionen.

Konsequenz der Beschlüsse internationaler und nationaler Ärzteorganisationen muß es daher sein, Voraussetzungen für diese Aufgaben zu schaffen. In anderen wissenschaftlichen und medizinischen Spezialgebieten ist es Selbstverständnis, dass die entsprechenden Fächer in Ausbildung, Fortbildung und Forschung obligatorisch verankert sind.

Für die Bereiche Traumatologie und Gerichtsmedizin, - betreffend Folter, Menschenrechts-verletzungen und andere man-made-desaster - , ist dies bisher in Deutschland nicht der Fall. Die Forschung auf diesem Gebiet befindet sich ganz am Anfang, bzw. fehlt noch vollständig, ebenso entspricht der mangelhafte Wissensstand von Ärzten auf diesem Gebiet nicht der Gewichtigkeit ihrer Entscheidungen. Noch 1995 ergab eine Studie, die vom Sozialpsychiatri-schen Institut der Freien Universität Berlin in Auftrag gegeben wurde, dass unter 4o niedergelassenen bzw. in psychiatrischen Kliniken arbeitenden Psychiatern 8o % von ihnen nicht informiert waren über die Symptomatik, die Therapiebedürftigkeit und Prognose der PTSD. Ebenso wenig sind bis heute Kenntnisse vorhanden über die transkulturellen- und krankheits-spezifischen Besonderheiten bei anamnestischen und diagnostischen Befunderhebungen (eingeschlossen die Anwendung von psychologischen Testverfahren), bei Behandlungs-methoden und bei prognostischen Erwägungen.

Wenn wir wissen, dass Ärzte auf dem Gebiet traumatisierter Flüchtlinge zusätzlich zu ihren üblichen ärztlichen Tätigkeiten in politische Entscheidungen einbezogen werden, sollten sie auch über zusätzliche Fähigkeiten und Wissen verfügen zu traumatisierenden Prozessen, Behandlungsmöglichkeiten ihrer Patienten und politischen Zusammenhängen in Deutschland wie im Herkunftsland ihrer Patienten.
Es sollte Ärzten eine Herausforderung sein, besonders im Hinblick auf die Vergangenheit speziell deutscher Ärzte in der Nazidiktatur, zu beachten wo Defizite in unserer Demokratie sind und Gefahr besteht, dass Ärzte wieder nicht nach bestem Wissen und Gewissen in eigener Verantwortung wichtige Handlungen und Entscheidungen treffen, zum Wohl ihrer Patienten. Die besondere Befähigung eines guten Arztes liegt in seiner Sensibilität und Einfühlung in seine Patienten. In diesem Sinne kann ein Gedicht eines Betroffenen beitragen; er ist Überlebender von schweren Kriegserlebnissen 1992/93 im ehemaligen Jugoslawien.

Nach mir
Fortgezogen in die Ferne,
morgens, im Nebel.
Wartet nicht !
Die Zugvögel sind verschwunden.
Ich war nicht der Mensch,
dessen Bild ihr euch gemalt habt.
Vielleicht bleibt es Euch,
zur Erninnerung.
Die Vögel haben mich mitgenommen,
etwas früher als nötig.
Zurück bleibt nur Papier.
Die Möwe, der ich nachtrauere,
ist nicht gekommen, mich abzuholen.
Ich war nur ein Bild.

Literaturangaben :

BAURIEDL, Th. 1992 : Wege aus der Gewalt, Analyse von Beziehungen, Freiburg i.Br., Herder
BECKER, D. 1992 : Ohne Hass keine Versöhnung - Das Trauma der Verfolgten, Freiburg : K o r e - V e r l a g ,
BECKER, D. 1995 : Psychotherapie bei Extremtraumatisierten in „Gewalt und Trauma“ Frankfurt / Main :Iko-Verlag,
BECKER / CALDERON 1992 : Extremtraumatisierungen - soziale Reparationsprozesse in „Zeitlandschaft im Nebel“ Hrsg. Riquelme, :Vervuert-Verlag, S.57-65
BERGMANN, M.S., JUCOVY, M.& KESTENBERG, J.S. (Hrsg.) 199o, Kinder der Opfer - Kinder der Täter, Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt a. M.: Fscher
GAMPEL, Y, 1995, S.147: Eine Tochter des Schweigens in „Kinder der Opfer - Kinder der Täter“, Bergmann, Jucovy, Kestenberg (Hrsg.), Frankfurt a.M. : S.Fischer
GUBRICH - SIMITIS, I. 1979 : Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma , in Psyche 3 S. 991-1o23,
HERZKA, H.S. :/ von SCHUMACHER , A. / TYRANGIEL S. 1989 : Die Kinder der Verfolgten, Die Nachkommen der Naziopfer und Flüchtlingskinder heute, Göttingen. :Vandenhoek & Rupprecht.
KEILSON, H. 1979 : Sequentielle Traumatisierung bei Kindern, Stuttgart : Enke.
KHAN, M.M.R. 1981 : The Privaci of the Self, London, : The Hogart Press,
MÜLLER, Klaus-Dieter 1996 : Haftfolgeschäden der Bürger der DDR in Dt. Ärzteblatt, 93, Heft 12, 22.März 1996, 29.
RICHTER, H.E., 1998 : Medizin und Gewissen, in Medizin und Gewissen - 5o Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozess - Kongressdokumentation, Hrsg. Kolb, Seithe, IPPNW, Frankfurt a.M, :Mabuse.
SPITZ, R.A. 1983 : Vom Säugling zum Kleinkind, Stuttgart : Klett-Cotta,
SCHWAN,G. 1997 : Politik und Schuld, Die zerstörerische Macht des Schweigens, Frankfurt a.M. : Fischer Taschenbuch Verlag,
TYHURST, L. 1955 : Psychosmatic and Allied Disorder , In MURPHY, (Hrsg.) Flight and Resettlement Paris, UNESCO,
TYHURST, L. 1951 : Displacement and Migration . A study in Social Psychiatrie. American Journal of Psychiatry, 1o1 : 561-568,
WIRTGEN, W. (Hrsg.) 1997 :Überlebende von Folter in der Asylgesetzgebung von 1996. REFUGIO München als Brücke zwischen menschlichem Einzelschicksal und politischer Realität in Wahrnehmen des Unsagbaren - Psychopathologie und Handlungsbedarf , Heidelberg : Asanger.
WOLFFHEIM, N. 1993 : Psychoanalyse und Kindergarten, München, Reinhardt.

Dr. med. Waltraud Wirtgen, Ärztin und freie Mitarbeiterin und Vorstand des „Fördervereins REFUGIO München e.V.“, sowie hauptamtliche Tätigkeit als Ärztin und Psychotherapeutin zur Untersuchung und Erstellung gutachterlicher Stellungnahmen für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer für das team von REFUGIO München.
Seit März 1999 ist sie Menschenrechtsbeauftragte des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV), seit 25 Jahren Mitglied bei ai und seit 1983 Mitglied des IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung). Als Referentin bei Ärztekammer Nordwürtemberg: 33. Ärztekongress Stuttgart-Killesberg, Jan./Febr.1998, Ärztekammer Hamburg (Ärztl. Verein, Fortildungsakademie, Jan. 1999).
Hrsg. der Dokumentation einer Fachtagung in München „Trauma - Wahrnehmen des Unsagbaren“, Psychopatholhgie und Handlungsbedarf, Asanger-Verlag, 1997
Ausarbeitung und Erstellung der „Leitlinien zur Untersuchung und Begutachtung von Folteropfern“ , zusammen mit Dr. Peter Wigger für REFUGIO München (9/1997).

Vortrag im Rahmen der Reihe
An der Seite der Überlebenden von Folter und Flucht. Medizinische, soziale und politische Dimensionen der Hilfe für traumatisierte Menschen

in Hamburg, Januar bis Mai 1999.

Veranstalter: Amnesty international Hamburg: Arbeitskreis Medizin - Psychologie - Pflege; Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg; Freihaven - Behandlungszentrum für traumatisierte Flucht- und Folteropfer; Evangelische Akademie Nordelbien

Die nachahmenswerte Vortragsreihe wird fortgesetzt: zur Zeit läuft eine zweite Reihe, die dritte ab Januar 2001 ist in Planung.

Kontaktadresse: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, Lerchenfeld 14, 22 081 Hamburg,
Tel.: 0 40/ 22-80 24 25
Fax: 0 40/ 22-7 87 21

Dokumente

102. Deutscher Ärztetag	**ÄRZTETAGS-DRUCKSACHE**	**Nr. IV - 30**
Cottbus, 01.06.-05.06.1999		

Zu Top IV. TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Betrifft: Abschiebehilfe

Kollegium

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

Von: Prof. Dr. Kahlke
als Delegierter der Ärztekammer Hamburg

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHLIESSUNG FASSEN:

Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer „Reisefähigkeitsbescheinigung“ unter Mißachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.

Begründung:
Ärzte in Kliniken, Praxen und Behandlungszentren für Folteropfer gewinnen in sorgfältigen Untersuchungen Einschätzungen über vergangene Folter und Traumatisierung und machen diese als Abschiebehindernis geltend. Oftmals vergebens: Polizeibeamte und Amtsärzte ohne trauma- und psychotherapeutische Ausbildung übergehen vielerorts solche Erkenntnisse. Nicht selten wird ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt nach einmaliger Untersuchung eine „Reisefähigkeitsbescheinigung“ ausgestellt, mit der gegen alle vorgenannten Bedenken die Abschiebung erzwungen wird.

Abschiebungen unter Zwang können bedeuten: Bei zu erwartendem Wiederstand des „Schüblings“ werden bisweilen Fesselungen in atembehindernden Stellungen vorgenommen - eine Methode, die zum Beispiel in den USA bereits zu 86 (öffentlich dokumentierten) tödlichen Erstickungen „Positional Asphyxikation“ geführt hat. Oder es werden sogar Knebelungen vorgenommen, die jüngst zum 5. Todesfall bei Abschiebung in Europa geführt haben. Alarmierend sind auch Fälle von Abschiebung, bei denen Ärzte zur psychopharmakologischen Widerstandsbrechung hinzugezogen werden.

Solchen inhumanen Abschiebemethoden liegt eine Asylpraxis zugrunde, die vielen Menschen, die unser Asylrecht in Anspruch nehemen wollen, Unrecht widerfahren läßt:
Denn die Ablehnungsquote von 95% der Asylbewerber widerspricht dem international geschätzten Anteil von 25% gefolterter oder von Folter bedrohter Flüchtlinge. Die gängige Praxis, Befragungen von Flüchtlingen einen Tag nach deren erschöpfender und manchmal lebensgefährlicher Flucht vorzunehmen, widerspricht z.B. in den Behandlungszentren für Folteropfer gewonnen Erkenntnissen, daß meist Wochen und Monate vergehen, bis durch Folter oder Kriegsgreul Traumatisierte ihre Erlebnisse genauer mitteilen können. Die Verfahren, in denen die Flüchtlinge den Beweis politischer Verfolgung und Folter erbringen müssen, werden den Flüchtlingen nicht gerecht und führen vielfach zu erneuten Traumatisierungen.
Der 99. Deutsche Ärztetag hat sich dieses Sachverhalts angenommen und gefordert: „Die Rückführeung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma führen.“
Ärztliches Handeln hat sich ausschließlich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leben und Gesundheit abzuwenden. Eine Beteiligung an zwangsweisen Abschiebungen ist daher mit der ärztlichen Ethik nicht vereinbar.

IX. Grundsätze ärztlicher Ethik

im Zusammenhang mit der Rolle von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, beim Schutz von Strafgefangenen und Inhaftierten vor Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

(Angenommen von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 18. Dezember 1982)[1]

Grundsatz 1

Medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, dem die medizinische Betreuung von Strafgefangenen oder Häftlingen obliegt, ist verpflichtet, deren körperliche und geistige Gesundheit zu schützen und ihnen im Krankheitsfall eine Behandlung von der gleichen Qualität und nach den gleichen Maßstäben zukommen zu lassen wie Personen, die sich nicht in Haft oder Gewahrsam befinden.

Grundsatz 2

Die aktive oder passive Mitwirkung von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, an Handlungen, die eine Teilnahme an der Folter oder einer anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung oder Strafe, eine Mittäterschaft, eine Anstiftung oder einen Versuch dazu darstellen, ist ein grober Verstoß gegen die ärztliche Ethik sowie ein Vergehen nach den geltenden internationalen Instrumenten.

Grundsatz 3

Es verstößt gegen die ärztliche Ethik, wenn medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, sich mit Gefangenen oder Häftlingen in einer Weise beruflich befassen, die nicht einzig und allein den Zweck hat, ihre körperliche und geistige Gesundheit zu beurteilen, zu schützen oder zu verbessern.

Grundsatz 4

Es verstößt gegen die ärztliche Ethik, wenn medizinisches Personal, insbesondere Ärzte:

a) ihr Wissen und Können in einer Weise zur Unterstützung des Verhörs von Gefangenen und Häftlingen verwenden, die der körperlichen oder geistigen Gesundheit bzw. dem körperlichen oder geistigen Zustand dieser Gefangenen oder Häftlinge abträglich sein kann und die nicht den diesbezüglichen internationalen Instrumenten entspricht.
b) bestätigen oder an einer Bestätigung darüber mitwirken, daß Strafgefangene oder Häftlinge für irgendeine Form der Behandlung oder Strafe tauglich seien, die ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit abträglich sein kann und nicht den diesbezüglichen internationalen Instrumenten entspricht, bzw. wenn dieses Personal in irgendeiner Weise an einer solchen Behandlung oder Bestrafung mitwirkt, die nicht im Einklang mit den diesbezüglichen internationalen Instrumenten steht.

Grundsatz 5

Die Mitwirkung von medizinischem Personal, insbesondere von Ärzten, an irgendwelchen Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit von Strafgefangenen oder Häftlingen verstößt gegen die ärztliche Ethik, es sei denn, daß diese Maßnahmen von rein medizinischen Kriterien geleitet und für den Schutz der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder Sicherheit des Gefangenen oder des Häftlings selbst, seiner Mitgefangenen oder Mithäftlinge bzw. seiner Wärter notwendig sind und seine körperliche oder geistige Gesundheit nicht gefährden.

Grundsatz 6

Kein wie auch immer gearteter Grund, auch keine öffentliche Notstandssituation, rechtfertigt ein Abweichen von den obengenannten Grundsätzen.

1) Übersetzung: Vereinte Nationen

Oktober 1998 20.8/98

Original: Französisch/Englisch

Weltärztebund

Entschließung des Weltärztebundes zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

verabschiedet von der
50. Generalversammlung des Weltärztebundes
Ottawa, Kanada, Oktober 1998

IN DER ERWÄGUNG, daß die jüngsten internationalen Konflikte und Bürgerkriege zu einer ständigen Zunahme von Flüchtlingen in allen Regionen geführt haben;

IN DER ERWÄGUNG, daß internationale Kodizes für Menschenrechte und ärztliche Ethik, einschließlich die Deklaration des Weltärtzebundes von Lissabon, erklären, daß alle Menschen ohne Unterschied ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung haben;

WIRD BESCHLOSSEN, DASS:

1. Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen, einschränken; und

2. Ärzte nicht gezwungen werden dürfen, an Strafaktionen oder gerichtlich angeordneten Aktionen gegen Flüchtlinge mitzuwirken oder an Flüchtlingen medizinisch nicht zu vertretende diagnostische Maßnahmen oder Behandlungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Beruhigungsmitteln, um Probleme bei der Abschiebung der Flüchtlinge in ihr Heimatland zu vermeiden; und

3. Ärzten genügend Zeit und ausreichende Ressourcen zugebilligt werden müssen, um den physischen und psychologischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können.

Aus: Weltärztebund
The world medical Association, INC
„Handbuch der Deklarationen“
dt.sprachige Ausgabe, Stand Nov.’97

Bezug: Bundesärztekammer
Auslandsdienst
Herbert-Levin-Str. 1
D-50931 Köln

BUNDESÄRZTEKAMMER
(ARBEITSGEMEINSCHAFT DER DEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN)

DEUTSCHER ÄRZTETAG

Entschließungen des 97. Deutschen Ärztetages 1994

Leistungen bei Krankheit, Schwangeschaft und Geburt gemäß § 4 Asylbewerberleistungsgesetz

„Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten für Asylsuchende gemäß § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Bundesgesetzblatt Nr. 33, Seite 1075) ab.

Bereits im § 120 des Bundessozialhilfegesetzes wurde die Krankenhilfe für Ausländer stark eingeschränkt (nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder für eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung).

Nunmehr wird die Zweiteilung der über die Sozialhilfe vergütungsfähigen Leistungen dahingehend fortgeschrieben, daß nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände Leistungen zu gewähren sind.

Diese rechtlichen Vorgaben sind mit der ärztlichen Berufsethik nicht vereinbar. Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundestag und die Bundesregierung auf, den rechtlichen Rahmen für die Gesundheitssicherung von Migrantinnen und Migranten zeitgemäß zu gestallten."

Asylbewerberleistungsgesetz – Medizinischer Leistungsumfang

„Der 97. Deutsche Ärztetag lehnt den § 4 des Asylbewerberleistungsgesetz (AsylblG) entschieden ab und fordert das zuständige Innenministerium auf, die darin festgelegte Einschränkung des medizinischen Leistungsumfangs für Asylbewerber zurückzunehmen, da dieser Paragraph eindeutig gegen unsere Berufsordnung verstößt."

Begründung

In diesem Paragraphen wird festgelegt, daß die den Asylbewerbern zu gewährenden Leistungen nur die Behandlung akuter Erkrankungen, die eine sofortige Behandlung erfordern, oder die akute Verschlechterung einer chronischen Erkrankung bzw. deren Eintritt in ein kritisches Stadium umfassen. Bestehende chronische Erkrankungen dürfen somit nicht mehr behandelt werden.

Das AsylblG verpflichtet die Ärztinnen und Ärzte zum Verstoß gegen die Berufsordnung und gegen das Gelöbnis, alle Menschen gleich nach ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten zu behandeln.

Das Gesetz fordert von uns, Patienten zu selektieren in solche, die wir nicht behandeln oder bei denen wir Flickschusterei betreiben sollen. Statt zu Verbündeten unserer Patienten bei der Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit sollen wir zu Verbündeten bei der Abschreckung von in Not geratenen Menschen werden. Außerdem sollen wir unsere Kompetenz und fachliche Entscheidungsfähigkeit an Behörden abtreten.

Wenn wir dieses Gesetz so akzeptieren, öffnen wir der Ausgrenzung immer neuer Patientengruppen aus der medizinischen Versorgung Tür und Tor.

Entschließungen des 98. Deutschen Ärztetages 1995

Keine röntgenologischen Untersuchungen bei jugendlichen Asylbewerbern

„Der 98. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen die röntgenologische Untersuchung zur Altersfeststellung bei jugendlichen Asylbewerbern. Die deutsche Ärzteschaft fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, unverzüglich dafür Sorge zu tragen, daß die Altersbestimmung mittels Röntgenaufnahmen der Epiphysenfugen des Skeletts bei jugendlichen Asylbewerbern nicht mehr durchgeführt wird, da diese nicht nur aus ethisch-moralischen Überlegungen sondern auch aus methodischen Gründen abzulehnen ist."

Begründung

Die wenigen wissenschaftlich verwertbaren Befunde zu dieser Fragestellung umfassen ausschließlich Daten aus einer Population weißer nordamerikanischer und europäischer Kinder aus guten sozioökonomischen Verhältnissen. Diese Ergebnisse sind nicht anwendbar auf Kinder und Jugendliche aus dem südeuropäischen und dem asiatischen Raum, die sowohl eine raschere, aber auch eine verzögerte somatische Reifung (im Vergleich zu nordamerikanischen Kindern) durchmachen können. Konstitutionelle,

unter Umständen krankhafte Abweichungen, wie ernsthafte chronische Erkrankungen oder endokrinologische Störungen, lassen eine röntgenologische Altersbestimmung nicht zu. Diese Daten können zwar die biologische Entwicklungssituation unter Umständen spezifischer beschreiben, nicht aber das chronologische Alter hinreichend exakt präzisieren.

Wenn daher eine juristische Vorgabe exaktere Aussagen fordert, können diese mittels der röntgenologischen Skelettaltersbestimmung nicht erfüllt werden. Die Zuordnung der röntgenologischen Befunde kann aus ethischen und medizinischen Gründen keine gesicherten Beweise für die Feststellung des exakten chronologischen Alters liefern.
Die Legitimation einer solchen Untersuchung ist unter diesen Voraussetzungen nach § 81 A StPO nicht gegeben.

Röntgenuntersuchungen im Rahmen des Asylverfahrens

„Die Beteiligung an der Durchführung und Befundung von Röntgenaufnahmen im Rahmen des Asylverfahrens mit dem Zweck der Altersbestimmung ist ärztlich unethisch und ist mit der Berufsordnung nicht vereinbar."

Asylbewerber-/ Ausländerleistungsgesetz

„Der 98. Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Entschließung vom Vorjahr, in dem das Asylbewerberleistungsgesetz wegen des darin enthaltenen Zwangs zur Ungleichbehandlung von Patienten abgelehnt wird. Dieses Gesetz ist immer noch in Kraft und verstößt gegen ethische Grundsätze der Medizin und gegen das Berufsrecht.
Durch das „Ausländerleistungsgesetz" soll dieser Zustand noch auf weitere Gruppen von Menschen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, ausgedehnt werden. Da dieses geplante Gesetz einen noch erweiterten Verstoß gegen die Berufsordnung darstellt, lehnt der Ärztetag auch dieses Gesetzvorhaben strikt ab."

Einschränkung ärztlicher Tätigkeit im Rahmen des Asylverfahrens

„Die im Asylbewerberleistungsgesetz formulierte Einschränkung der ärztlichen Tätigkeit nur auf akute Erkrankungen ist zurückzuweisen. Sie stellt einen Eingriff in das Berufsrecht, die medizinische Ethik und Menschlichkeit im allgemeinen dar. Die Ausdehnung des Gesetzes auf andere Menschengruppen (Ausländerleistungsgesetz) wird von der deutschen Ärzteschaft entschieden zurückgewiesen. Die Ärzteschaft setzt sich für die Außerkraftsetzung des Gesetzes ein und gegen eine Ausweitung auf andere Menschengruppen."

Entschließungen des 99. Deutschen Ärztetages 1996

Rückführung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma führen

Die deutsche Ärzteschaft nimmt Berichte über Folterung, Mißhandlungen, Vergewaltigungen und andere Menschenrechtsverletzungen aus Kriegs- und Krisengebieten ernst. Häufig leiden die Opfer unter psychischen Folgeerkrankungen, wie Depressionen, Angstzuständen oder anderen schwerwiegenden psychosomatischen Störungen. Da eine Rückführung der Flüchtlinge zu einem Zeitpunkt noch bestehender Lebensunsicherheit ärztlich nicht vertretbar ist, sollten sie in diesen besonderen Fällen erst dann erfolgen, wenn die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist.

Begründung
Der vorangehende Entschließungsantrag entspricht den vielfältigen ärztlichen Erfahrungen in der Tätigkeit der Arbeit der Gesundheitsämter, daß im zunehmenden Maße Entscheidungen über die Rückführung von Flüchtlingen und Asylbewerbern den Gesundheitsämtern indirekt aufgebürdet werden. Eine eindeutige, ethisch orientierte Entschließung des Deutschen Ärztetages kann den Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch den politisch Verantwortlichen einen Hinweis für die Entscheidung geben.

Entschließungen des 102. Deutschen Ärztetages 1999

Abschiebehilfe

Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer „Reisefähigkeitsbescheinigung" unter Mißachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse, wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen, sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.

An den Vorsitzenden der
Innenministerkonferenz und die
Innenminister und Innensenatoren der Länder

Anläßlich ihrer 5. Bundesversammlung wendet sich die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer BAFF e.V. an die Konferenz der Innenminister der Länder, um den Schutz von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland zu thematisieren.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft begrüßt die Absicht der Innenministerkonferenz, sich in ihrer kommenden Sitzung der drängenden Frage humanitärer Aufenthaltsregelungen anzunehmen und erwartet eine Entscheidung mit größtem Interesse. Wir möchten in dieser Angelegenheit der Innenministerkonferenz unsere Hoffnung auf eine mutige und offensive Positionsbestimmung deutscher Menschenrechtspolitik mit auf den Weg geben, die den humanitären Belangen der Betroffenen ebenso Rechnung trägt, wie den migrations- und fiskalpolitischen Interessen der Bundesrepublik.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft möchte ihre Anerkennung für den bisher erarbeiteten Konsens einer besonderen Behandlung von traumabedingt erkrankten bosnischen Kriegsflüchtlingen bei der Frage der Rückführung zum Ausdruck bringen und ihre Absicht bekräftigen, die Innenminister in allen fachlichen Belangen wie auch in Fragen der praktischen Umsetzung einer humanitären Regelung zu unterstützen.

Die BAFF sieht jedoch mit großer Sorge, daß in einigen Bundesländern traumabedingt erkrankte Flüchtlinge zu einer Ausreise gezwungen werden (z.B. nach fachlich und rechtlich fragwürdigen Nachuntersuchungen und Überprüfungen vorliegender ärztlich-psychologischer Befunde durch behördliche Stellen, polizeiärztliche Dienste etc.), obwohl dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus ärztlich-psychologischer Sicht nicht zu verantworten ist. Aktueller Grund für den vorliegenden Appell ist auch, daß die nach unseren Informationen auf der Tagesordnung der nächsten Innenministerkonferenz stehende Altfallregelung keine Möglichkeiten einer Übergangslösung für humanitäre Härtefälle enthält.
Chronisch traumabedingt erkrankte Flüchtlinge brauchen besonderen Schutz. Diese Gruppe bezeichnet diagnostisch eindeutig zu bestimmende Fälle von traumabedingten Erkrankungen, deren Symptomatik über mehrere Jahre anhält und einen chronischen Verlauf genommen hat. In diesen Fällen muß unter Würdigung neuer Forschungsergebnisse davon ausgegangen werden, daß andauernde Veränderungen der Persönlichkeit und weitgehend irreversible körperliche Fehlanpassungen stattgefunden haben, so daß eine völlige Heilung von der Krankheit nicht oder nur in seltenen Fällen möglich ist. Unter günstigen äußeren Bedingungen und intensiver, langfristiger psychotherapeutischer Behandlung ist zwar eine Remission der Symptomatik erreichbar, es besteht jedoch eine besondere, oft lebenslang währende Vulnerabilität dafür, daß selbst bei nur geringfügigen Belastungen die Krankheit erneut ausbricht. Die Gefahr für die Gesundheit erwächst dabei aus der spezifischen körperlichen und innerpsychischen Dynamik der Krankheit.

Die BAFF appelliert unter Wahrung der gemeinsamen Verantwortung für die Gesundheit und den garantierten Schutz von Opfern von Menschenrechtsverletzungen in Deutschland an die Innenministerkonferenz, folgende Empfehlungen zu prüfen und alsbald in eine bundeseinheitliche Verfahrenspraxis aufzunehmen:
Jede medizinische und psychotherapeutische Behandlung von schwer traumatisierten Flüchtlingen bedarf eines geschützten Rahmens und einer relativen Sicherheit vor unfreiwilliger Rückführung bzw. weiterer Verfolgung.
Für Flüchtlinge, deren Aufenthaltsstatus nicht auf ein Asylverfahren gründet, ist für die erfolgreiche gesundheitliche Wiederherstellung eine verläßliche, langfristige Aufenthaltsregelung für die Dauer der Behandlung unverzichtbare Voraussetzung.
Der Abbruch von langfristig angelegten medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen birgt ernste Gefahren für die psychische und körperliche Gesundheit in sich und verbietet sich grundsätzlich.
Bei einer beabsichtigten Rückführung traumatisierter Flüchtlinge ist die Beurteilung des Gesundheitsrisikos durch behandelnde Fachkräfte der Heilberufe in jedem Falle einzuholen und zu berücksichtigen. Amtsärztliche oder polizeiärztliche Begutachtung können diese nicht ersetzen. Diese Feststellung ergibt sich aus den besonderen Anforderungen an die Qualifikation des Untersuchers (Psychotraumatologie und Ethnopsychologie) und die institutionellen Rahmenbedingungen der Untersuchung bei der transkulturellen Diagnostik von Psychotrauma.
Alle mittelbaren und unmittelbaren staatlichen Zwangsmaßnahmen, die die „freiwillige“ Ausreise traumabedingt erkrankter Flüchtlinge beabsichtigen, müssen wegen der unmittelbaren gesundheitlichen Schäden für die Betroffenen eingestellt werden. Behördliche Überprüfungsverfahren medizinisch-psychologischer Befunde müssen die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen, insbesondere die verfassungsmäßig garantierte Würde und Integrität der Person achten.
Nach sorgfältiger Abwägung aller wissenschaftlichen Erkenntnisse über chronische traumabedingte Erkrankungen birgt eine Rückkehr in die Verhältnisse, in denen die traumatische Erfahrung entstanden ist, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine unkalkulierbare Gefahr für die psychische und physische Gesundheit in sich. Unabhängig von Behandlung und Behandlungsmöglichkeiten ist daher ein verläßlicher und dauerhafter Aufenthaltsstatus in Form einer Aufenthaltsbefugnis in diesen Fällen unverzichtbar.
Etwaige Stichtagsregelungen für die Anerkennung traumabedingter Krankheit stehen im Widerspruch zu den anerkannten medizinisch-psychologischen Erkenntnissen über die Krankheitsentwicklung und müssen außer Kraft gesetzt werden.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) e.V.,
c/o Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte XENION, Roscherstraße 2a, 10629 Berlin,
Tel.: 030/3232933; Fax: 030/3248575; e-mail: xenion@bln.netdiscounter.de

Zum Schutz *von traumatisierten* Flüchtlingen

Angesichts der zunehmenden Tendenz der Härte im Umgang mit schwer traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen seitens der Sozial- und Ausländerbehörde und angesichts der Tendenz zu Abschiebungen unter Mißachtung ärztlicher und psychologischer Gutachten, weist der Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) mit Nachdruck darauf hin, daß traumabedingte erkranke Menschen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, zum Teil irreversible Gesundheitsschäden aufweisen und insbesondere andauernde Persönlichkeitsveränderungen erfahren haben.
Die Diagnostik psychischer Traumatisierung muß mit viel Sorgfalt und unter Berücksichtigung anerkannter Qualitätsstandarts erfolgen. Es ist zu berücksichtigen, daß schwer traumatisierte Menschen infolge der Traumatisierung häufig nicht in der Lage sind, ihre Erfahrungen vollständig zu berichten; traumatische Erfahrungen Scham- und Schuldgefühle oder soziale Tabus aktivieren und zu einer großen Belastung für den Betroffenen werden können.

Insbesondere gilt es zu berücksichtigen:
- Neben Einfühlsamkeit, Geduld, Beharrlichkeit und Zeit bedarf es kulturspezifischer Kenntnisse, um den Flüchtlingen gerecht zu werden.
- Eine unverzichtbare Voraussetzung für die diagnostische Arbeit mit Flüchtlingen ist, daß da Gespräch in der Muttersprache erfolgt und nötigenfalls ein für den Gesundheitsbereich qualifizierter Dolmetscher dazugezogen wird.
- Die diagnostische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen setzt ein Mindestmaß an wechselseitigem Vertrauen voraus, wofür im besonderem Maße der Untersucher die Verantwortung trägt.
- Das Gespräch muß in einer angstfreien Atmosphäre stattfinden und alles bewußt vermieden werden, was eine Retraumatisierung bewirken könnte.
- Bei der Beurteilung von Traumaschäden ist zu beachten, daß die im westliche Kulturkreis entwickelten Diagnoseschlüssel unter Umständen nicht greifen und kulturspezifische Eigenheiten berücksichtigt werden müssen.

Der Mangel an fachlicher Qualität in der Exploration traumatisierter Flüchtlinge birgt ein Gesundheitsrisiko und kann ernsthafte gesundheitliche Schäden bedingen.

Darum bedeutet die grundsätzliche Ablehnung psychologischer Gutachten besonders qualifizierter Psychologinnen und Psychologen hinsichtlich eines Psychotraumas nicht nur eine Entwertung der vorhandenen Fachkompetenz, sondern auch eine große Verunsicherung für den Flüchtling selbst und eine unmittelbare negative Auswirkung auf den Behandlungs- und Krankheitsverlauf.
Jede medizinische und psychotherapeutische Behandlung von schwer traumatisierten Flüchtlingen bedarf eines geschützten Rahmens mit der Aussicht auf eine durch Kontinuität charakterisierte Beziehung zu den Behandlern; dagegen steht eine permanente Angst vor einer Abschiebung einem therapeutischen Arbeiten absolut entgegen.
Der BDP weist darauf hin, daß eine unfreiwillige Rückführung der Flüchtlinge in ihre Herkunftsländer angesichts der dort erlittenen Traumatisierung eine ernste Gefahr für die psychische Gesundheit und auch körperliche Gesundheit dieser Menschen und eine fundamentale Verletzung ihrer Würde und ihrer Integrität bedeutet.

Lothar J. Hellfritsch, Präsident
Bonn, den 18.10.1999

Abgelehnte Asylbewerber - wer übernimmt medizinische Behandlung?

Ein Ärzte-Netzwerk zugunsten der medizinischen Versorgung abgelehnter, aber noch nicht ausgewiesener Asylbewerber wird zur Zeit in niedersächsischen Ärztekreisen diskutiert. Dafür sollen Ärztinnen und Ärzte gewonnen werden, die jenen Personen eine anonyme und kostenfreie Behandlung gewähren wollen, die - oftmals ohne Ausweise und Aufenthaltspapiere - zumeist aus Angst vor einer drohenden Abschiebung in die Illegalität abgetaucht sind.

Dieses Ansinnen verfolgt eine Initiative "Kein Mensch ist illegal". Nach deren Schätzung sollen sich in Deutschland ca. eine Million Menschen aufhalten, die aufgrund ihres Rechtsstatus' als nicht anerkannte Asylbewerber keinerlei Anspruch auf die sonst üblichen Sozialleistungen haben. Vor allem bei diesen Menschen bewirken Illegalität, Streß und Abschiebeangst nicht selten psychosomatische Krankheiten, die zumeist unbehandelt bleiben.

Die Ärztekammer Niedersachsen bittet daher - gestützt auf einen Beschluß der Kammerversammlung vom vergangenen November - Ärztinnen und Ärzte aus dem Kammerbereich, sich mit diesem Problem zu befassen und sich für ein solches Netzwerk zur Verfügung zu stellen. Mediziner, die sich dazu bereit erklären, werden der o.g. Initiative benannt, die wiederum für die Kontaktaufnahme zwischen Patient und behandelndem Arzt sorgt. "Verbindungsfrau" zwischen interessierten Kollegen und der Initiative "Kein Mensch ist illegal" ist die frisch gewählte stellvertretende Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Cornelia Goesmann aus Hannover. *rhy*

4

niedersächsisches ärzteblatt 3/98

Robert Koch Institut
Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

Stand: Januar 2000

Spezielle Hinweise zur Durchführung von Schutzimpfungen

Impfempfehlung für Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylbewerber in Gemeinschaftsunterkünften

Es wird empfohlen, Schutzimpfungen bei Bewohnern von Gemeinschaftsunterkünften möglichst frühzeitig durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder durch vom ÖGD beauftragte Ärzte zumindest zu beginnen. Die Vervollständigung der Grundimmunisierung sollte nach dem Verlassen der Gemeinschaftsunterkünfte durch die am späteren Aufenthaltsort niedergelassenen Ärzte oder durch den ÖGD erfolgen.

Vorliegende Impfdokumentationen sollten nach Möglichkeit berücksichtigt werden; die Empfehlung der STIKO sollten dem Vorgehen zugrunde gelegt werden.

(Bei Erwachsenen sollten Impfungen gegen Diphtherie und Tetanus (Td-Impfstoff), gegen Poliomyelitis sowie bei seronegativen Personen gegen Hepatitis B durchgeführt werden.

(Bei Kindern sollten Impfungen gegen Diphterie, Tetanus und Pertussis sowie gegen Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln und gegen Hepatitis B, bei Kleinkindern auch gegen Hlb durchgeführt werden.

http://www.rki.de/GESUND/IMPFEN/STIKO/STI_F19J.HTM

Berufsordnung für die deutschen Ärzte

[illegible]

§ 1

[illegible]

§ 2

[illegible]

§ 3

[illegible]

Material

Wie krank muß ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden?

von Angelika Birck, Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, 12 S.

A. Birck beschäftigt sich in ihrer Studie mit der Praxis der Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. der Reisefähigkeit von Flüchtlingen. Dazu vergleicht sie 26 Diagnosen für Kriegsflüchtlinge des Polizeiärztlichen Dienstes in Berlin (PÄD) mit denen von niedergelassenen Fachkollegen. Der Vergleich macht deutlich, daß die (Schnell-) Diagnosen des PÄD medizinisch-psychologische Kriterien fachfremden politischen Vorgaben unterordnen.
Da nach §53 Abs.6 und §55 Abs.2 des AuslG von einer Abschiebung abgesehen und eine Duldung erteilt wird, wenn für den Ausländer im anderen Staat eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht oder eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist, können traumatisierte Kriegsflüchtlinge nicht abgeschoben werden. Da ihr Aufenthalt jedoch sehr kostenintensiv ist, ist das Land Berlin als Auftraggeber der polizeiärztlichen Gutachten daran interessiert, die Traumatisierten abzuschieben. Zum Erreichen dieses Ziels wird in der Praxis, so Angelika Birck, eine Hierarchie von drei Argumenten benutzt: Entweder wird behauptet, die betreffende Person ist gesund. Wenn die untersuchte Person so krank ist, daß ihre Störung nicht geleugnet werden kann, wird der Zusammenhang der Krankheit mit traumatischen Erlebnissen geleugnet. Kann zuletzt auch ein konkreter Behandlungsbedarf nicht geleugnet werden, wird auf entsprechende Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland hingewiesen. Dieser Vorgabe entsprechend erwähnt ein Drittel der polizeiärztlichen Atteste die traumatischen Erfahrungen der Flüchtlinge mit keinem Wort und nur für acht Patienten wurde eine klinische Diagnose gestellt. Darüber hinaus genügen, nach A. Birck, nur zwei der polizeiärztlichen Gutachten überhaupt internationalen Kriterien. Dementsprechend ist auch ihr Ergebnis: Während die niedergelassenen Ärzte für alle 26 Patienten ausdrücklich einen Behandlungsbedarf festgestellt hatten, taten die Polizeiärzte dies nur in fünf Fällen.
Die von A.Birck vorgenommene Analyse der jeweiligen Argumentationslinien bringt zum Ausdruck, daß die Argumentationen von niedergelassenen Diagnostikern in sich stärker konsistent und weniger widersprüchlich sind, da sich ihre Argumentationen aus einem fachlich medizinisch-psychologischen Verständnis heraus gut nachvollziehen lassen. Das Hauptargument der niedergelassenen Kliniker ist dabei die festgestellte klinische Störung, aus der sich häufig kontinuierlicher Behandlungsbedarf ergibt, der einer Abschiebung entgegensteht. Dagegen sind die Argumentationen in polizeiärztlichen Attesten unter medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten in der Regel in sich widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und unverständlich. Sinn machen diese Argumente nicht im klinischen Kontext, sondern erst in einem politischen Kontext, der die Durchsetzung der Abschiebung fordert.

Das für die Polizeiärzte verheerende Ergebnis der Studie wurde von der 35. Kammer des Berliner Verwaltungsgerichts bestätigt. Da den polizeiärztlichen Gutachten die fachliche Kompetenz und nötige Sorgfalt fehlt, hat die Kammer für über 60 Verfahren Drittgutachten bei gerichtlichen Sachverständigen in Auftrag gegeben. Die 24 bisher vorliegenden Drittgutachten bestätigen ausnahmslos die von den Privatärzten bescheinigte Traumatisierung; die Diagnosen der Polizeiärzte erwiesen sich somit als fehlerhaft oder wie es die Kritiker des PÄD formulieren: „als Gefälligkeitsgutachten zur Unterstützung einer politischen Strategie“. Doch während sich Ärztekammer, Behandlungszentren, Menschenrechtsorganisationen und Berliner Richter einig sind, daß die Gutachten des polizeiärztlichen Dienstes nicht geeignet sind, über mögliche Abschiebungen zu entscheiden, will man beim Berliner Innensenat die Kritik jedoch nicht gelten lassen. Eine Änderung des Verfahrens ist dort nicht geplant.

Prof. Dr. Manfred Mohr

Traumatisierte Flüchtlinge und Bürgerkriegsflüchtlinge in Deutschland

ZDWF-Schriftenreihe Nr. 72, 61 Seiten, Mai 1998, (15 DM), Bezug über Nds. Flüchtlingsrat

In der Studie wird das Verfahren der Rückführung traumatisierter Flüchtlinge analysiert und bewertet. Die Probleme der traumatisierten Flüchtlinge werden von der medizinischen, psychologischen, soziokulturellen und juristischen Seite betrachtet. Dabei versucht die Studie eine Überblick zu bieten. Sie reicht von psychologischen Betrachtungen bis hin zur Erörterung rechtlicher Fragestellungen; besonderer Wert wurde auf eine gewisse Praxisorientierung gelegt. Alles mündet ein in die Gesamtforderung einer gesonderten, angemessenen Behandlung traumatisierter Flüchtlinge in medizinisch-psychologischer, psychosozialer und rechtlich-verfahrensmäßiger Hinsicht.

Mohr bestimmt den Begriff der Traumatisierung anhand von Freud, Peltzer und Weber. Nach diesen können starke Reize, die das individuelle Schutzschild durchbrechen, traumatisch wirken. Dabei muß es sich um Ereignisse handeln, die durch ihre Intensität und die Unfähigkeit darauf zu reagieren, eine Erschütterung in der psychischen Organisation des Menschen hervorrufen. Typische derartige Ereignisse sind Krieg und Folter. Sie sind mit existentiellen Erfahrungen verbunden, einer - mehr oder minder konkreten - Konfrontation mit dem Tod. Trauma - als seelische Wunde - bedeutet einen heftigen Schock, einen tiefen Einbruch in das gewohnte Lebensgefüge; nichts ist mehr wie zuvor. Psychotrauma wird definiert als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, daraus ergibt sich Hilflosigkeit und schließlich eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.
Psychische Extrembelastungen besonders wie sie von Gewalt, Folter und Flucht ausgehen, haben zu einem hohen Prozentsatz

psychische Dauerschäden zur Folge. Dabei wird die Störung häufig erst nach einer Latenzphase manifest, sie kann sich fortsetzen und auch zu Verschlimmerungen führen. Typisches Erscheinungsbild ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Es bestehen besonders große Retraumatisierungsgefahren, im Zusammenhang mit bestimmten Maßnahmen und Erscheinungen im Exilland sowie der bevorstehenden, angedrohten Rückkehr.
Da die Behandlung von Traumatisierung/PTSD-Störungen nach Mohr gute Erfolgsaussichten hat, geht er davon aus, dass die Störungen in einem Zeitraum von 1 - 2 Jahren heilbar bzw. abklingend sind, wenn sie nicht in einer irreversiblen Form einer andauernden Persönlichkeitsstörung auftreten.
Das PTSD-Konzept ermöglicht die Anerkennung der traumatischen Störung als Krankheit und darüber hinaus unter anderem die Einbettung in Fragen des Menschenrechts. Hier vor allem das Folterverbot und das Recht auf körperliche und geistige Gesundheit, die die Staaten zu einer besonderen Behandlung von traumatisierten Folter- und Gewaltopfern verpflichten. Da Mohr in etwa für jeden fünften Flüchtling eine Traumatisierung annimmt, fordert er eine Anhörung von Flüchtlingen und Asylbewerbern, die die Spezifik von Traumatisierung und PTSD-Störung entsprechend berücksichtigt.

Mohr schließt seine Studie mit dem Appell, dass es um die Traumatisierung als solche geht. Sie bedeutet einen spezifischen, komplexen Zustand der Lebens- und Gesundheitsgefährdung, der nicht weiter aufgelöst oder zugeordnet werden sollte. In jedem Fall bedeutet er mehr als die Frage nach der Reisefähigkeit. Der Vorzug der Traumatisierungsdiagnose besteht darin, dass sie im Aufnahmeland vorgenommen werden kann und über die PTSD-Symptomatik objektivierbar ist.
Traumatisierung und ihre Behandlung bedürfen eines sichereren Aufenthaltsstatus als den der Duldung. Es sollte sich möglichst um eine Aufenthaltsbefugnis handeln, für deren Gewährung im Falle traumatisierter Flüchtlinge und Bürgerkriegsflüchtlinge das deutsche Ausländerrecht ausreichend Möglichkeiten enthält.

Das psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf hat Materialien zur Traumatisierung von Flüchtlingen aus dem Kosovo zusammengetragen und in „PSZ: Ausdruck 7 - Materialien zum Kosovo-Programm“ veröffentlicht. Das Heft ist über das PSZ, Benratherstr. 7, 40213 Düsseldorf zu beziehen.

Reaktion des UNHCR auf die Entscheidung der deutschen Regierung zur Rückführung traumatisierter Personen

UNHCR, 8 Seiten.

Die Rückführung von Personen in eine Situation ohne dauerhafte Lösung ist kurzsichtig. Durch eine übereilte Rückführung entsteht ein destabilisierender Faktor in einem Land, das sich von einem verheerenden Konflikt erholt und wirtschaftlich wie politisch noch instabil ist. Eine solche Destabilisierung könnte die Spannung wieder entfachen und neue Zwangsmigrationen zur Folge haben. Im Rahmen der langfristig angelegten Bemühungen, in Bosnien Bedingungen für die Tragfähigkeit des Friedens und der Rückkehr zu schaffen, sollte der internationale Schutz besonders anfälliger Personen fortgesetzt werden.
Die Schutzabteilung des UNHCR vertritt daher den Standpunkt, dass ehemalige Lagerinsassen oder Inhaftierte, Opfer oder Zeugen von Gewalt einschließlich sexueller Gewalt, Zeugen die vor dem Internationalen Strafgerichtshof für das ehemalige Jugoslawien aussagen, und schwer traumatisierte Personen weiterhin internationalen Schutzes bedürfen. Das UNHCR ist der Meinung, dass im Einklang mit der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 denjenigen Personen, die aufgrund früherer Verfolgung nicht nach Bosnien und Herzegowina (BH) zurückkehren wollen, eine längerfristige Lösung in den Aufnahmeländern angeboten werden sollte. Zur Begründung weist das UNHCR zum einen auf die politische Situation in BH hin (die für die Verfolgung verantwortlichen Personen sind weiterhin auf freiem Fuß und bekleiden sogar offizielle Ämter), und zum anderen, der Schwerpunkt der Stellungnahme, auf die wirtschaftliche Situation in BH. Ausführlich wird der schlechte Zustand des Sozial- und vor allem des Gesundheitssystems beschrieben. Aus dieser Beschreibung wird deutlich, dass die aktuelle Situation in BH es nicht ermöglicht, schwer traumatisierte Personen zu unterstützen oder zu schützen, und es unwahrscheinlich ist, dass solche Personen in BH eine wirkungsvolle Therapie erhalten können. Auch was die Entwicklung des Gesundheitssystems in BH anbelangt, glaubt das UNHCR nicht, dass BH bis zum Ende des Jahres 2000 eine ausreichende medizinische Versorgung der schwer traumatisierten Personen möglich sein wird.
Das UNHCR befürchtet, dass sich die bereits instabile psychische und emotionale Situation traumatisierter Personen unter dem Einfluss der aktuellen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Situation in BH verschlechtert, insbesondere dann wenn die Betreffenden in die unsichere Situation an ihren früheren Wohnort zurückgeführt werden, der häufig der Ort ist, an dem ihr Trauma seinen Anfang nahm. Daher empfiehlt es bei allen Flüchtlingen eine Prüfung der Voraussetzungen für eine Rückführung auf einer individueller Grundlage und warnt davor, traumatisierte Personen frühzeitig oder gegen ihren Willen zurückzuführen, da dies verheerende psychologische Folgen haben und dysfunktionales depressives Verhalten auslösen kann. Auch bei rückkehrwilligen Personen hält es das UNHCR für notwendig, dass sich die Aufnahmeländer dafür einsetzen, dass die Betroffenen Wohnraum, Nahrungsmittel, Arbeit und insbesondere psychosoziale Betreuung erhalten.

Im Anhang befindet sich eine Einschätzung der Situation in BH von Medica Zenica, mit dem Schwerpunkt auf der defizitären medizinisch- und psychischen Gesundheitsfürsorge. Darüber hinaus wird die Arbeit und das Programm der seit 1993 bestehenden Frauenorganisation dargestellt.

Darüber hinaus liegt eine ausführliche Studie des UNHCR zum Thema (von Nadia Yakoob und Alice Edwards) von November 1999 vor: „Besonders anfällige Personen: die Notwendigkeit fortgesetzter internationaler Unterstützung angesichts der Reintegrationsprobleme bei der Rückkehr“
Bezug: Nds. Flüchtlingsrat.

Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland

Bezug: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 11017 Berlin, Tel.: 030-2007-2307, Fax: 030-2007-2782 oder 53107 Bonn, Postfach 140280, Tel.: 0228-527-2307 / 2758 Fax: 0228-527-2760
Internet: BeauftragtederBundesregierungfürAuslaenderfragen@brd.de

Im Februar 2000 legte zum vierten Mal die Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen dem Deutschen Bundestag und der Öffentlichkeit ihren Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland vor. Ziel dieses Berichtes wie auch seiner Vorläufer ist es, aus integrationspolitischer Sicht die Entwicklungen in den Bereichen des Rechts, der sozialen, beruflichen und wirtschaftlichen Situation, des Wohnens, der Gesundheit, der Medien, von Kultur und Religion in den letzten beiden Jahren nachzuzeichnen und Handlungsempfehlungen zu geben.

Der Bericht richtet seine Aufmerksamkeit auf diejenigen Bereiche, in denen nachwievor ein Mangel an Integration besteht. Dementsprechend werden auch weitere integrationspolitische Anstrengungen gefordert. Ziel ist eine Umorientierung in der Eingliederungspolitik, die die Tatsache der Zuwanderung endlich anerkennt und Migration und Integration aktiv gestaltet. Die moderne Integrationspolitik muss inhaltliche Ansprüche formulieren und Kriterien für Integration definieren. Dabei bilden die Anerkennung des Grundgesetzes und die Kenntnis der deutschen Sprache ein zentrales Moment.

Der Schwerpunkt des Berichts liegt auf der Reform des Staatsbürgerrechts. Desweiteren werden aber ebenso die Bereiche Europa, Flüchtlinge und Lebenssituation spezieller Bevölkerungsgruppen betrachtet. Der Bericht schließt mit zusammenfassenden Denkanstößen zum Thema Integration.

Für den Themenbereich dieses Heftes ist das 5. Kapitel über die soziale Situation mit seinem Abschnitt über die Gesundheit von besonderem Interesse. Unter Gesundheit versteht der Bericht nicht nur das Fehlen von Krankheit sondern entsprechend dem Verständnis der WHO den Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Der Bericht konstatiert, dass gemessen an dem Anteil der ausländischen Bevölkerung in Deutschland von ca. 9% die Datenlage eher mangelhaft ist. Dies hat zur Folge, daß präventive Angebote nicht zielgerichtet eingesetzt werden können. Da die Durschnittswerte der ausländischen Bevölkerung vor allem in den Bereichen Säuglingssterblichkeit, Suchterkrankungen, Arbeitsunfälle und Zahngesundheit über dem Durchschnitt liegen, sieht der Bericht vor allem in den Bereichen der Vorsorge und Beratung einen Handlungsbedarf. Gefordert werden dementsprechend auf spezifische Bevölkerungsgruppen abgestimmte Gesundheitsprogramme.

((sowie) bei spezifischen Gruppen der ausländischen (Wohn)bevölkerung)

Gesundheitstag 2000, 31. Mai - 4. Juni in Berlin

Themenbereich 5: Migration und Internationale Gesundheit
Koordination: Niels-Jens Albrecht und Silke Werner, Hamburg
Information und Anmeldung: www.gesundheitstag.de info@gesundheitstag.de
Postanschrift: GESUNDHEITSTAG 2000, Sarrazinstr. 3, 12 159 Berlin, Tel. (030) 85 99 97 79 Fax: 85 99 9778

Welche Zustände und welche Perspektiven zeichnen sich in der MigrantInnen-Versorgung ab? Seit ca. 40 Jahren leben kontinuierlich einige Millionen MigrantInnen in Deutschland. Für die Wirtschaft sind sie ein wesentlicher Faktor als KonsumentInnen. Vom Gesundheitswesen werden sie eher ignoriert. In Anbetracht der rund 10 Millionen ausländischer oder frisch eingebürgerter Personen gibt es für eine angepasste Gesundheitsversorgung lediglich punktuelle Vorschläge oder Mahnungen, oftmals auch fragwürdige Forderungen vor dem Hintergrund persönlicher Interessen. Leider ist auch in unseren Hochschulen die Notwendigkeit noch nicht erkannt worden, die ggf. anderen Probleme einer über 10% starken Gruppe unserer Bevölkerung so ernst zu nehmen, dass sie ausreichend in Lehre und Forschung berücksichtigt wären.
Es scheint eher die Gesundheitsökonomie zu sein, die das Tempo von Neuerungen diktiert und der Migrantenforschung aus den Kinderschuhen verhilft. So wird von Verantwortungsträgern mit Erstaunen registriert, dass das „Senioren-Problem“ auch eine ausländische Komponente beinhaltet. Oder dass durch die EU-Erweiterung an einigen Industrie-Standorten in 10 Jahren mit über 50% ausländischer Wohnbevölkerung gerechnet wird.
Im Themenbereich 5 werden sowohl Versorgungsdefizite benannt als auch Handlungsmöglichkeiten und korrigierende Maßnahmen vorgestellt. Die KoordinatorInnen haben sich das Ziel gesetzt, Erkenntnisse und Kapazitäten während des Gesundheitstages zusammenzuführen und ihnen die Chance zur Bündelung zu geben. Es soll aber auch der Kooperation unterschiedlicher Sektoren, für Leistungs- und Kostenträger wie auch für Wissenschaft und Praxis ein Forum gegeben werden. Der politische Segen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene ist für dieses Unterfangen eine wichtige Voraussetzung. Gerade deshalb ist unsere aktuelle Zeit reif für eine stärkere Berücksichtigung der Migrantinnen und Migranten in unserem Gesundheitswesen. Wir haben uns vorgenommen über die jetzige Legislaturperiode hinaus einige Meilensteine zu setzen.

P.S. Auch Flüchtlinge werden ein Thema sein.

Gefesselte Medizin. Ärztliches Handeln - abhängig vom Aufenthaltsstatus?

Eine Handreichung für Engagierte im Gesundheits- und Flüchtlingsbereich
Flüchtlingsrat Berlin; Ärztekammer Berlin; Förderverein Pro Asyl e.V. (Hrsg.); Berlin 1998, 122 S.
Bezug: Flüchtlingsrat Berlin Fennstr. 31 12 439 Berlin Tel.: 030-6317873

Inhalt: Abriss aufenthalts- und sozialrechtlicher Bestimmungen; medizinische Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Ausländern ohne Aufenthaltsrecht im ambulanten und stationären Bereich. Ärztliche Atteste - Überprüfung durch den polizeiärztlichen Dienst oder durch Amtsärzte; Rolle der Ausländerbehörden. Medizinische Versorgung im Abschiebegefängnis; „Härtefallkommission".
Adressenteil: Initiativen und Institutionen medizinischer Hilfe außerhalb Europas; Anlaufstellen Beratung, Therapie und Flüchtlingshilfe.

kein mensch ist illegal: Medizinische Flüchtlingshilfebüros. Rundbrief Nr. 3

Hamburg, März 2000, 80 Seiten
Bezug: Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle f. Flüchtlinge und MigrantInnen
c/o WIR Zentrum Hospitalstr. 109 22767 Hamburg

Projekte Medizinische Hilfe; Initiativen zur Gesundheits-Versorgung von Flüchtlingen; Atteste; Ärzte; Abschiebung: Hamburg und Berlin; Abschiebung und Mord; Report Psychologie: Traumatisierte Flüchtlinge; IPPNW-Forum 59: Flüchtlinge und (k)ein Asyl; Gesundheit Berlin e.V.: Armut und Gesundheit; Veranstaltungen; Adressen

Materialien zur Gesundheitsförderung

Band 3 / Hsg.: Gesundheit Berlin e.V.
Bezug: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung; Gesundheit Berlin e.V.; 5. Kongress Armut und Gesundheit; Wiesener Str. 17; 12101 Berlin; Fax: 030-7865215
Kapitel 2: Armut und Migration
Ingrid Papies- Winkler: Zusammenfassung, Ziele und Forderungen für das Forum „Armut und Migration

Das Forum „Gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen" knüpfte an die zwei Fachtagungen zum gleichen Thema an, die 1995 und 1997 im Rahmen der bundesweiten Kongresse „Armut und Gesundheit" stattgefunden haben. Schwerpunkt des diesjährigen Forums war die Versorgungssituation von MigrantInnen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, deren Zahl auf eine halbe Million in der Bundesrepublik geschätzt wird.

Ziel des Forums war es, neben einer Situationsbeschreibung von illegalisierten Menschen, gemeinsame Perspektiven zu entwickeln zur Veränderung des rechtlichen und politischen Status und insbesondere zur Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung der Betroffenen.

Die Beiträge
In einem Grundsatzreferat „Medizinische Versorgung von Migranten mit ungesichertem Aufenthaltsstatus" weist Eberhardt Vorbrodt auf die eingeschränkten rechtlichen Möglichkeiten der „Menschen ohne Papiere" durch Ausländergesetz und Asylbewerberleistungsgesetz hin und auf die Pflicht der Ärzte, Menschen unabhängig vom Rechtsstatus zu behandeln. Vorbrodt fordert die Ärzteschaft sowohl im ambulanten und stationären Bereich als auch im ÖGD auf, trotz der gesetzlichen Einschränkungen eine optimale Behandlung von MigrantInnen zu gewährleisten.

Auf dem Hintergrund ihrer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zeigen Bosiljka Schedlich in dem Beitrag ,,Kriegstrauma-Ausnahmezustand? und Savita Dhawan mit „Trauma, Heimatverlust und Exil aus psychotherapeutischer Sicht" das besondere Defizit in der Beratung und Therapie auf. Lange Wartelisten, ungesicherte Finanzierung von Projekten der Flüchtlingsarbeit, Mangel an muttersprachlichen Fachkräften sowie ungesicherter Aufenthaltsstatus der Betroffenen begründen für sie unter anderem die Forderungen nach Überführung der Therapie in die Regelversorgung, Berufserlaubnis für ÄrztInnen und TherapeutInnen zur Behandlung von Traumatisierten und Sicherung des Aufenthaltsstatus, der medizinischen therapeutischen Versorgung und Respektierung der Opferwürde.

MitarbeiterInnen des Büros der Medizinischen Flüchtlingshilfe Berlin, einer ehrenamtlich arbeitenden Anlaufstelle für Menschen ohne Papiere, weisen in ihrem Beitrag „Freie Gesundheitsversorgung für alle ohne Unterschied - Drei Jahre rumdoktern am Konstrukt ‚Illegalität" auf die Problematik der Arbeit ihrer Beratungsstelle hin, wodurch unter anderem staatliche Stellen von der Pflicht der Versorgung entbunden werden. Neben der medizinischen Versorgung ist die politische Arbeit wesentlicher Schwerpunkt des Projektes. Ihre zentrale Forderung ist dabei die Durchsetzung der Grundrechte ausnahmslos für alle. Konkret will die Flüchtlingshilfe politische Strategien entwickeln gemeinsam mit anderen Akteuren - zur Verbesserung der Situation der Illegalisierten.

Zahra Mohammadzadeh, Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes Bremen, gibt in ihrem Beitrag „Gesundheitssicherung in der Migration - die Rolle des ÖGD" einen Überblick über die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Gesundheitsversorgung der MigrantInnen.

Sie stellt an den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Forderung, ein neues Leitbild zu entwickeln mit Migranten und Ausgegrenzten als besonderer Zielgruppe. Gesundheitsförderung im Sinne der WHO bedeutet, insbesondere die Herstellung von Chancengleichheit zu forcieren. Um die kompensatorische Funktion als Anwalt der Armen wahrzunehmen, muss der ÖGD die Regelversorgung für alle Migranten sicherstellen sowie eine migrantensensible Gesundheitsberichterstattung gewährleisten.

Beispielhaft werden in dem Referat von Urte Bell die „Versorgungsangebote für MigrantInnen“ des Sozialmedizinischen Dienstes des Gesundheitsamtes Charlottenburg dargestellt und die rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Probleme, die sich für Schwangere aufgrund ihres ungesicherten Aufenthaltsstatus ergeben.

Markus Hermann stellt in seinem Vortrag „Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen (k)ein Thema des Gesundheitswesens in Deutschland“ die Ergebnisse eines Public Health-Forschungsprojektes vor. Als Möglichkeiten der Gesundheitssicherung für Migranten schlägt er unter anderem vor, zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen eigene Instituts- bzw. Flüchtlingsambulanzen einzurichten sowie Clearingstellen für Flüchtlinge zur Vermittlung in gesundheitliche und soziale Dienste. Wichtige Voraussetzung ist die intersektorale Zusammenarbeit von Ärzten, Kliniken, ÖGD, Projekten u. a. zur Versorgung von Migranten sowie die Etablierung einer migrantensensiblen Gesundheitsberichterstattung.

Georg Classen/Elisabeth Strothmann

Das Leistungsrecht
Grundlagen für die Praxis

Ein aktueller, umfassender Überblick über die Leistungsansprüche von Flüchtlingen ohne gesichertes Bleiberecht nach dem AsylbLG und BSHG.
Mit Auslegungshinweisen zum AsylbLG, Rechtsdurchsetzung bei Leistungsverweigerung, Musteranträgen und aktueller Rechtsprechungsübersicht
Themenheft des Flüchtlingsrat. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen.
Ausg. 2/99, Heft 59, März 1999, DIN A5
Bezug über: Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V
Lessingstr.1 31135 Hildesheim
Einzelpreis:15 DM plus Versandkosten

ZAG - antirassistische Zeitschrift:

„Gesundheit als Privileg“
Ausgabe Nr. 31, 2. Quartal 1999

Thema der Ausgabe ist Gesundheit als Privileg rassistischer Gesundheitspolitik. Neben der Gegenüberstellung der Gesundheitspolitik als rassistisches Instrument und der Arbeit der Büros für medizinischen Flüchtlingshilfe wird in der ZAG vor allem die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Illegalen in den Niederlanden, Italien, Belgien und den USA dargestellt. Darüber hinaus gibt es ein Interview mit Frank Merkord vom Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin über die nach wie vor bestehenden Lücken des Gesundheitssystems in Bezug auf die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Ein Artikel berichtet über eine Aktion gegen die Altersfeststellung bei minderjährigen Flüchtlingen. In einem weiteren Interview berichtet eine Krankenschwester, eine Migrantin über Rassismus im Krankenhausalltag.

Menschenwürde mit Rabatt

Leitfaden und Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz
von Georg Classen

2. Auflage Februar 2000. Völlig neu bearbeiteter Kommentar mit Dokumentation zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und zum Flüchtlingssozialrecht. 380 Seiten. Hrsg. PRO ASYL. ISBN 3-86059-478-8.

Preis: 26,80 DM (Bestell Nr. 0-478), auf Wunsch mit einer CD zum Preis von weiteren 10.- DM (Bestell-Nr. 0-900). Auslieferung ab Mitte/Ende Februar 2000.

Bestellungen an den „von Loeper Literaturverlag“
per Fax: 0721-788370,
per E-mail: info@ariadne.de,
telefonisch: Tel. 0721-706755, oder
schriftlich: von Loeper Literaturverlag, Ariadne-Buchdienst, Kiefernweg 13, 76149 Karlsruhe.
Neben einer ausführlichen Kommentierung des AsylbLG enthält das Buch Erläuterungen zu den Ansprüchen von Ausländern auf Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und zum Zugang von asylsuchenden, geduldeten und anerkannten Flüchtlingen zu allen weiteren infragekommenden sozialen Leistungen und Rechten (von Kindergeld über Arbeitserlaubnis, KJHG, Krankenversicherung, Leistungen für Behinderte bis zu Wohngeld, Schulpflicht, usw.), eine Erläuterung der infragekommenden Rechtsmittel sowie eine Materialien- und Dokumentesammlung zur Umsetzung des AsylbLG vor Ort und zum Widerstand gegen das AsylbLG.

Zum Buch ist für 10.- DM eine CD erhältlich.

Adressen

Medizin-Beratungs- und Vermittlungsstellen für (statuslose) Flüchtlinge

Berlin:
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
Gneisenaustr. 2a
10961 Berlin
030-694 67 46
Mo und Do 16.30-18.30

Bielefeld:
Medizinische Flüchtlingshilfe
Teutoburgerstr. 106 (IBZ)
33602 Bielefeld
0521-176 711
Di und Do 16.30-18.30

Bochum:
Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.
c/o Bahnhof Langendreer
Wallbaumweg 108
44894 Bochum
0234-235 464

Bremen:
MediNetz Bremen
Friesenstr.21
28203 Bremen
0421-790 19 59
Fax: -705 775
www.is-bremen.arab/medinetz
Di 15.00-18.00

Frankfurt:
Cafe für offene Grenzen
c/o Dritte Welt Haus
Falkstr. 74
60487 Frankfurt/Main
069-79201772
Mo 19.00-21.00
Mi 18.00-19.00 telefonisch

Freiburg:
MediNetz Freiburg
c/o Linke Liste
Spechtpassage
Wilhelmstr. 15
79098 Freiburg
0761-292 60 28 (AB)
Di 16.00-18.00

Göttingen
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
c/o Beratungszentrum für Flüchtlinge
Bühlstr.4
37073 Göttingen
0551-55 766

Hamburg:
Medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle
für Flüchtlinge und MigrantInnen
c/o WIR Zentrum
Hospitalstr. 109
22767 Hamburg
040-385 739
Mo 15.00 -18.00

Hannover:
Medizinische Flüchtlingssolidarität
c/o Flüchtlingsbüro
Zur Bettenfedernfabrik 3
30451 Hannover
0511-215 30 31
Mo 16.00-18.00

Köln:
AG Medizinische Versorgung
c/o AGISRA
Steinbergerstr. 40
50733 Köln

München:
Cafe 104
Tahlkirchnerstr.104
80336 München
089-767 029 64
Do 17.00-19.00

Nürnberg:
0171-547 00 03
Mo 16.00-18.30

Oldenburg:
Medizinische Flüchtlingshilfe
c/o Hochschulgruppe
ausländischer Studierender
ASTA. C.v.O. Universität
26111 Oldenburg
0441-798 26 73
Mo 15.00-17.00

Wiesbaden:
Flüchtlingsrat Wiesbaden
Blücherstr.32
65195 Wiesbaden
0611-495 249

Aus: kmii, Medizinische Flüchtlingshilfebüros, Rundbrief Nr. 3, März 2000

Projekte zur praktischen Solidarität

Zur Vermittlung und Koordination kostenloser medizinischer Versorgung von Flüchtlingen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, haben sich in verschiedenen Städten Büros gegründet. Dort werden hilfesuchende Flüchtlinge an Ärztinnen und Ärzte vermittelt, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt haben. In einem kurzen Gespräch wird geklärt, worum es geht, um dann mit einer entsprechenden Arztpraxis einen Termin zu vereinbaren und ggf. Dolmetscher zu organisieren. Die Vermittlung und Behandlung findet anonym statt. Die Verteilung der Ratsuchenden erfolgt in Absprache mit den Praxen und deren Kapazitäten. Die Adressen der mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte werden vertraulich behandelt. Anfallende Material- oder Medikamentenkosten werden soweit möglich über Spenden finanziert. Bisher stellen notwendige stationäre Aufenthalte die Vermittlungsbüros noch vor große Probleme. Die Kooperation mit Krankenhäusern wird daher dringend gesucht. Aber auch die weitere Mitarbeit von niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen ist erforderlich, um die Überlastung einzelner Praxen zu vermeiden.
Das politische Ziel der Unterstützungsgruppen liegt in der Abschaffung des AsylbLG und in der Beseitigung von Verhältnissen, die Menschen in die Illegalität drängen. Das Problem der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, kann natürlich nicht von einzelnen Initiativen gelöst werden. Vielmehr geht es um eine praktische Solidarität mit dem langfristigen Ziel, die Eingliederung von Flüchtlingen in die medizinische Regelversorgung zu erreichen.

Dr. Jessica Groß,
Flüchtlingsrat Niedersachsen

Asylrechtliche Stellungnahmen zur Verfügbarkeit medizinisch/ gesundheitlicher Versorgung in Herkunftsländern

I. Organisationen und Länderkompetenzen:

1. Aktion Canchanabury
Leprahilfe Hans Reinhardt e.V.
Mettestr.27
44603 Bochum

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Senegal
- Dem. Rep. Kongo

Zusätzlich bestehen Kontakte zu Projekten in folgenden Ländern, für die keine Stellungnahmen möglich sind:
Afrika: Togo, Uganda, Zambia, Äthiopien, Ghana, Sierra Leone, Liberia, Kamerun, Mali
Asien: Indien

2. Care Deutschland
Herbert-Rabius-Str. 26
53225 Bonn
Tel: 0228-975 63-0, Fax: -51

Stellungnahmen sind möglich zu:
Europa: Bosnien-Herzegowina, BR Jugoslavien, Rußland
GUS: Kasachstan, Tadschikistan
Asien: Kambodscha

Weitere Kontakte bestehen zu:
Europa: Bulgarien, Albanien,
Afrika: Sudan, Mozambique, Südafrika, Mali
Lateinamerika: Equador, Chile
Asien: Nord Korea, China, Viet Nam, Kambodscha, Sri Lanka

3. Ghana-Aktion e.V.
Postfach 1562
Chauny-Ring 11
50126 Bergheim
Tel: 02271-66 236, Fax: 02271-66 263

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Ghana

4. Hammer Forum
Ostenallee 107
59071 Hamm
Tel: 02381-986-0, Fax: 02381-986-555

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Afghanistan
- Eritrea
- Yemen

Weitere Kontakte bestehen zu:
- Albanien,
- Inguschien,
- Tschetschenien

5. Institut für Tropenmedizin der Charité Berlin
Humboldt-Universität zu Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Tel: 030-30 116-810

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Ghana
- Äthiopien
- Namibia

6. Internationales Hilfswerk für Rehabilitation
Postfach 1416
64632 Heppenheim
Tel: 06252-733 87, Fax: 06252-35 96

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Indien, besonders Süd-Indien

7. IPPNW - Ärzte in sozialer Verantwortung
Körtestr. 10
10967 Berlin
Tel: 030-693 02 44, Fax: 030-693 81 66

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Bosnien
- Ukraine
- Belarus
- Türkei

Kontakte bestehen zu 80 weiteren Ländern

8. Lepra-Mission
Freudeskreis der Aussätzigenarbeit e.V.
Küferstr. 12
73728 Esslingen
Tel: 0711-353 073, Fax 0711-350 84 12

Nach Rücksprache im Einzelfall Stellungnahmen möglich in den Projektländern:
Asien: Indien, Thailand, V.R. China, Bhutan, Nepal
Afrika: Dem.Rep. Kongo, Tschad, Guinea

9. medico International
Obermainanlage 7
60314 Frankfurt/Main
Tel 069-944 38-0, Fax: 069-436 002

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Angola
- Nicaragua
- Libanon

10. Medizinische Hilfe für Viet-Nam
Ursula Nguyen
Clayallee 339a
14169 Berlin
Tel: 030-802 93 64, Fax: 030-802 73 45

Stellungnahmen sind möglich zu:
- Viet-Nam

11. Missionsärztliches Institut Würzburg
Salvatorstr. 7
97074 Würzburg
Tel: 0931-791 29 00, Fax: 0931-791 28 01

Stellungnahmen sind möglich zu:
Afrika: Ghana, Namibia, Nigeria, Kamerun, Kongo, Sierra Leone, Tanzania, Südafrika
Asien: Indien, Pakistan

12. terre des hommes Deutschland
Postfach 4126
49031 Osnabrück
Tel: 0541-71 01-1, Fax: 0541-707 233

Schon Berichte erstellt zu:
- Indien
- Mozambik

Grundsätzlich sind nach Absprache auch Stellungnahmen zu allen weiteren Ländern, in denen tdh Projekte unterstützt, möglich:
Lateinamerika: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Chile, Kolumbien, Peru, Bolivien
Afrika: Mali, Bukina Faso, Zimbabwe, Gambia
Asien: Thailand, Indien, Nepal, Burma, Kambodscha, Laos, Viet Nam, Philippinen, Indonesien

13. Deutscher Caritasverband
Auslandsabteilung (Caritas international)
Postfach 420
79004 Freiburg i.Br.
Tel: 0761-200-274 (Sekretariat des Leiters)

In Einzelfällen sind Stellungnahmen von den Länderreferaten bereits erstellt worden, eine Liste mit Ländern ist aber nicht verfügbar, eine Anfrage im konkreten Fall ist aber beim Leiter der Abteilung ein Versuch wert.

II. Stellungnahmen nur bei Aufforderung durch Gerichte möglich:

14. Deutscher Entwicklungsdienst (DED)
Kladower Damm 299
14089 Berlin-Kladow
Tel: 030-368 81-0, Fax: -271

Länder, in denen Gesundheitsprojekte vom DED unterstützt werden:
Ost- und südliches Afrika: Namibia, Ruanda, Simbabwe, Tansania, Uganda
Westafrika: Benin, Bukina Faso, Guinea, Togo, Sambia
Mittlerer Osten, Asien: Jemen, Laos, Viet Nam
Lateinamerika: Bolivien, Brasilien

Psychosoziale Zentren für Folteropfer und andere Flüchtlinge

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin
Klinikum Westend
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
Tel.: 030-3039060
Fax: 030-30353482

Xenion - Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
Roscherstr. 2a, 10629 Berlin
tel.: 030-3232933
Fax: 030-3248575

Refugio Bremen
Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge
Gothaer Str. 19, 28215 Bremen
Tel.: 0421-3760748

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Graf-Adolf-Str. 102, 40210 Düsseldorf
Tel.: 0211-3533-15 / -16

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt
Evangelischer Regionalverband Frankfurt a. M.
Fichardstr. 46, 60322 Frankfurt a. M.
Tel. 069-553110

Migrationsdienst / Psychosoziale Betreuung des DRL-Kreisverband Freiburg i. Br.
Schwimmbadstr. 38, 79199 Freiburg i. Br.
Tel.: 0761-8850847

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Berliner Str. 208, 07546 Gera
Tel.: 0365-412181

Diakonisches Werk in der Pommerschen Evangelischen Kirche
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Pappelallee 1, Haus 4, 17489 Greifswald
Tel.: 03834-872668

Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V.
Durchschnitt 27, 20144 Hamburg
Tel.: 040-448576 und 040-4106521

REFUGIO - Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfer in Schleswig-Holstein
Oldenburgerstr. 25, 24143 Kiel
Tel.: 0431-733313

Psychosoziales Zentrum Köln,
CARITAS-Asylberatung e.V.
Spiessergasse 12, 50670 Köln
Tel.: 0221-160740

Magdeburger Stadtmission e.V.
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Leibnitzstr. 48, 39104 Magdeburg
Tel.: 0391-5619494

REFUGIO München e.V.
Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
Rauchstr. 7, 81579 München
Tel.: 089-9829570

Psychosoziales Zentrum des Diakonischen Werkes Bayern
Pirckheimer Str. 6, 90408 Nürnberg
Tel.: 0911-9354-402 bis -406

Psychosoziales Behandlungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes
Vollweidestr. 2, 65115 Saarbrücken
Tel.: 0681-790379

Psychosoziales Zentrum
Dudweiler Landstr. 153, 66123 Saarbrücken
Tel.: 0681-3905005
Behandlungszentrum für Folteropfer, Ulm
Seelengraben 22, 89073 Ulm
Tel.: 0731-22833

Refugio Villingen-Schwenningen
Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
Klosterring 1, 78050 VS-Villingen
Tel.: 07721/5041-44
Fax: 07721/5041-65

Weitgehend unbemerkt hat sich das OVG Berlin mit einem Beschluss recht eindeutig zur Begutachtungspraxis des polizeiärztlichen Dienstes (traumatisierte Flüchtlinge) positioniert und hohe Anforderung an seine Zweitbegutachtungspraxis gestellt (vgl.: OVG 8 SN 3.00).
Das OVG bestätigte mit diesem Beschluss die Feststellung der 16. kamkmer des VG Berlin, dass die polizeiärtliche Untersuchung in kokretem Fall die vorgelegten privatärztlichen Atteste nicht ernsthaft habe in Frage stellen können. In allgemeiner Form verlangt das OVG Berlin von einer polizeiärztlichen Überprüfungstätigkeit eingereichte Atteste:
„'Überprüfung' setzt zumindest voraus, dass alle vorliegenden privatärztlichen Atteste zur Kenntnis genommen werden und wnigstens im Wesentlichen erkennbar wird, warum ihrter Diagnose, es liege aus psychologischer und psychiatrischer Sicht eine behandlungsbedürftige und tatsächlich auch behandelte traumatisierung mit Krankheitswert vor, nicht befolgt wird, polizeiärztlicherseits vielmehr bessere Kenntnisse gewonnen worden sind, die eine andere Dianose rechtfertigen."
Diesen Vorgaben ist u.W. nocht bislang keine einzige Stellungnahme des polizeiärztlichen Dienstes auch nur im Ansatz gerecht geworden. Es steht zu befürchten, dass die zuständigen Berlinger Behörden und Politiker diesen Beschluss des OVG Berlin - wie auch bislang nahezu alle Beschlüsse der verschiedenen Kammern des VG Berlin - ignorieren bzw. als bloße einzelfallentscheidung darzustellen versuchen werden.

Aus: Fluchtpunkt Nr. 2, Mai 2000

Denkzettel

Ärztinnen - Ärzte !

Ob: Ihr Beruf
stellt den Bereich
der Menschlichkeit dar.
Beachtet keine Vorschriften
und Anweisungen,
die mit dieser Aufgabe
nicht vereinbar sind
und deren Befolgung
Ihr nicht verantworten könnt.

Nicht in der Ausübung
Ihrer Tätigkeit an Pflichten
bei den Umgangsformen
[illegible] Religion, Nation und Rasse,
Hautfarbe, Parteizugehörigkeit
oder sozialer Ordnung.

Unter Beachtung dieser Grundsätze
[illegible]
mit zur Gesundheit [illegible]
Ihrer beruflichen Tätigkeit [illegible]
[illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

Prüfen, informiert, handeln - [illegible] Vorsorgen -
ist sicherer denn jetzt

[illegible]

Plakat-Kampagne „Gesundheit für alle!“

Am 22.01.2000 wurde auf einer gemeinsamen Veranstaltung der Ärztekammer Niedersachsen und des Niedersächsischen Flüchtlingsrat e.V. eine Kampagne für die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Flüchtlingen der Öffentlichkeit vorgestellt.

Ausgehend von der Verbreitung eines Plakates, das in Krankenhäusern und Praxen von Ärztnen und Ärzten, Hebammen, sowie Physio- und PsychotherapeutInnen als Zeichen des Protestes gegen den menschenunwürdigen Umgang mit Flüchtlingen und illegalisierten Menschen ausgehängt werden soll, ist geplant durch öffentliche oder gruppen- und organisationsbezogene Veranstaltungen auf die systematische Ausgrenzung von Menschen aus dem medizinischen Versorgungssystem hinzuweisen. Damit soll die Solidarisierung mit illegalisierten Menschen verbreitert und der gesellschaftliche Druck gegen diese Sondergesetze erhöht werden, um die verantwortlichen Politiker zu einer Rücknahme dieser Ausgrenzungspolitik zu bewegen.

Das Plakat wird in den kommenden Wochen mit jeweils einem länderspezifischen Unterstützerkreis auch in anderen Bundesländern (bislang Zusagen aus Bayern, NRW, Schleswig-Holstein, Hessen und Berlin) erhältlich sein.

Bezugsadressen:

Schleswig-Holstein: Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein, z.Hd. Martin Link, Oldenburger Straße 25, 24 143 Kiel, Tel. 0431-735 000, Fax: 0431-733 313

Hessen: Hessischer Flüchtlingsrat, z.Hd. Georg Hesse, c/o Die Brücke, Löher Str. 37, 36 037 Fulda, Tel. 0661-241 639

Berlin: Flüchtlingsrat Berlin, Fennstraße 31, 12431 Berlin, Tel. 030-6317873, Fax: 030-6361198

Nordrhein-Westfalen: AK Asyl NRWs e.V. z.Hd. Klaus Ulrich Prölß c/o Kölner Flüchtlingsrat, Karthäuser Gasse 9-11, 50678 Köln, Tel. 0221-3382249 und 328100

Das niedersächsische Plakat kann bezogen werden über:

Förderverein Nds. Flüchtlingsrat e.V.
Lessingstraße 1, 31135 Hildesheim
Tel.: 05121-15605 Fax: 05121-31609
eMail: buero@fluerat-nds.comlink.apc.org
Homepage: www.nds-fluerat.org

Weitere Informationen zur Kampagne sowie zur Gestaltung von Veranstaltungen:
Norbert Grehl-Schmitt, eMail: Ngrehlschm@aol.com

Menschenwürde ist unteilbar – Gesundheit für alle

Flüchtlinge sind von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Einige Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Physio- und Psychotherapeut/innen stellen sich den gesetzlichen Einschränkungen entgegen. Sie behandeln Menschen ohne Aufenthaltsstatus und Flüchtlinge, denen die Behörden eine angemessene Versorgung verweigern, unentgeltlich. Das ist keine Lösung. Jeder muß ein Recht auf medizinische Betreuung haben. Die gesetzliche Ausgrenzung von Flüchtlingen können wir nicht hinnehmen!

Kampagne für die uneingeschränkte medizinische Versorgung von Flüchtlin

unterstützt von: Niedersächsischer Flüchtling
Ärztekammer Niedersachsen, Verein demokratischer Ärztinnen und Ä
IPPNW, kein mensch ist illegal, Pro Asyl