



BDP · Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin

Herrn Bundesminister  
Dr. Thomas de Maizière  
Bundesministerium des Innern  
Alt-Moabit 140  
10557 Berlin

**Anschrift** Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin

**Telefon** + 49 30 - 209 166 - 612  
**Telefax** + 49 30 - 209 166 - 680  
**E-Mail** info@bdp-verband.de

02.12.2015

Per E-Mail vorab an poststelle@bmi.bund.de

## **Stellungnahme des BDP zum Gesetzesentwurf zur Beschleunigung der Asylverfahren (Asylpaket 2) in der Fassung vom 19.11.2015**

Sehr geehrte Herr Bundesminister,

nachfolgend finden Sie die Stellungnahme des BDP zu dem Gesetzesentwurf zur Beschleunigung der Asylverfahren (Asylpaket 2).

Die vorliegende Gesetzesänderung wird traumatisierten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern ein faires Verfahren erschweren, in Einzelfällen unmöglich machen. Die Verabschiedung des Asylpakets 2 in der Fassung vom 19.11. würde dazu führen, dass Abschiebungen reibungsloser ablaufen aber dabei billigend in Kauf nehmen, das Menschenleben systematisch gefährdet werden. Daher möchten wir aus fachlicher, klinisch-psychologischer Sicht Stellung nehmen:

### **1. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) stellt zweifellos eine erhebliche und schwerwiegende Erkrankung dar.**

Das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, liegt laut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2015 (DSM-5) für Überlebende von Vergewaltigung, Militäreinsätzen, Gefangenschaft zwischen 33 % und 50 %. Nicht jeder Flüchtling leidet also an einer Traumafolgestörung, allerdings sind die Prävalenzraten in der Gruppe der Flüchtlinge höher als in anderen Patientengruppen. Komorbide Störungen wie depressive Störung und Angststörung sind die Regel (80 % erhöhte Wahrscheinlichkeit, DSM-5: American Psychiatric Association (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe). PTBS-Patientinnen und -Patienten zeigen zudem a) erhöhte Raten von somatischen, stressbedingten Erkrankungen (bspw. Asthma, Diabetes, Er-



krankungen des Bewegungsapparats, vgl. O'Toole, B. & Catts, S. (2008). Trauma, PTSD, and physical health: an epidemiological study of Australian Vietnam veterans. Journal of Psychosomatic Research, 64(1), 33-40) und b) oft eine unzureichende Affektregulation und Impulskontrolle, was mit dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen und Suizidalität einhergeht. PTBS geht folglich mit erhöhten Raten bei Selbstverletzungen und Suizidhandlungen einher (Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie (2. Aufl.). München: Reinhardt; DSM-5, 2015).

**Die Posttraumatische Belastungsstörung ist daher zweifelsohne eine ernst zu nehmende Erkrankung.**

**2. Die PTBS und weitere Traumafolgestörungen sind feststellbar und stellen keineswegs „schwer überprüfbare Erkrankungen“ dar.**

**In der Begründung zu § 60 Abs. 7 Satz 1 Aufenthaltsgesetz neu wird folgende fachlich nicht haltbare Behauptung einschließlich eines Beispielbezugs vorgenommen, die gestrichen werden sollte:**

“Zu Nummer 3

....Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen [PTBS]) ....“

**Begründung:**

PTBS kann hinreichend sicher diagnostiziert werden – von Fachleuten, zu denen folgende Berufsgruppen zählen: Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie, für Psychotherapie und für psychosomatische Medizin. Dass Berufsgruppen außerhalb dieser Gruppen die Diagnostik als schwierig empfinden, ist nachvollziehbar, aber wenig aussagekräftig. Für die Beurteilung eines statischen Problems in einem Haus wird ja ebenfalls ein Statiker benötigt, und nicht ein Innenarchitekt. Wenn allerdings mit „schwer überprüfbar“ gemeint ist, dass ausschließlich objektive Befunde zur Diagnose führen (wie bei Diabetes oder Bluthochdruck), dann ist dem zuzustimmen. Allerdings gilt dies für sämtliche psychischen und psychiatrischen Diagnosen und kann nicht zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten ausgelegt werden. Fakt ist, dass seit Jahrzehnten in Psychiatrien und Psychotherapien Patientinnen und Patienten behandelt werden, es gibt umfangreiche Studien zu den unterschiedlichen Störungsbildern – psychische Störungen sind keinesfalls Einbildungen der Behandlerinnen und Behandler, sondern reale Erkrankungen, die der korrekten Diagnose und Behandlung durch die Fachleute bedarf.

**3. Psychopharmaka sind eindeutig keine ausreichende Behandlung für die PTBS.**

**In der Begründung zu § 60 Abs. 7 Satz 1 Aufenthaltsgesetz neu wird ein fehlerhafter Zusammenhang angeführt, der daher gestrichen werden sollte:**



“Zu Nummer 3

....Eine solche schwerwiegende Erkrankung kann hingegen nicht in Fällen von PTBS angenommen werden, sofern z. B. eine medikamentöse Behandlung möglich ist.“

#### **Begründung:**

Die geltende medizinische Leitlinie, nach der sich eine Behandlung der PTBS zu richten hat, sagt eindeutig „Pharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie“ (Flatten et al. 2011, Leitlinienempfehlung 6, S. 206). Längerfristig gibt es keine Möglichkeit, die inneren Anspannungs-, Angst- und Erregungszustände, die typischerweise bei Patientinnen und Patienten mit PTBS bestehen, rein medikamentös zu behandeln, ohne schwere Abhängigkeiten zu erzeugen. Hierzu sagt die Leitlinie: „Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTBS (besonders Benzodiazepine)“. Benzodiazepine wirken beruhigend – bergen aber ein enorm hohes Suchtpotenzial. Wohl gemerkt – die AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften), unter deren Federführung die Leitlinie entstand, ist ein medizinischer Verband. Genauso werden Behandlungsstandards für einen Beinbruch festgelegt – diese Standards können nicht ignoriert werden. Nachvollziehbar ist andererseits, dass nicht die hiesigen Maßstäbe an die Gesundheitsversorgung in den Heimatländern gestellt werden können. Aber keinesfalls kann eine Versorgung als gesichert angesehen werden, wenn es theoretisch Beruhigungsmittel gibt, denn diese stellen keine Behandlung der PTBS dar.

#### **4. Es bestehen Standards zur Begutachtung und Untersuchung von Flüchtlingen in Abschiebesituationen auf die im Gesetzentwurf Bezug genommen werden sollte.**

#### **Begründung:**

a) Eine behördliche Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Innenministerien und der Bundesärztekammer hatte einen Kriterienkatalog entwickelt, der die Einhaltung fachlicher Standards in Abschiebefragen gewährleisten sollte. In NRW ist er abrufbar unter: <http://sbpm.web-com-service.de/downloads/Informations-%20und%20Kriterienkatalog%20NRW.pdf>.

b) Eine klinische Arbeitsgruppe hatte nach der Abschiebung eines Kurden (Friedenspreisträger der Stadt Aachen), der erneut inhaftiert und gefoltert worden war, bundesweite Standards zur Begutachtung entwickelt, welche als Curriculum der Bundesärztekammer und der Psychotherapeutenkammern anerkannt sind und auf deren Grundlage bundesweit Fortbildungen durchgeführt werden:

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/CurrStandardsBegutac htungTrauma2012.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrStandardsBegutac htungTrauma2012.pdf), Hintergrundinformationen unter [www.sbpm.de](http://www.sbpm.de). Das UN Protokoll zur

Objektivierung von Folterspuren (Istanbul Protokoll) ist ebenfalls Bestandteil der Standards. Zuletzt (Oktober 2015) führte bspw. die Ärztekammer in München die viertägige Fortbildung durch.

Es bestehen also bereits sorgsam erarbeitete Standards, die mittels Curricula durch die Bundesärztekammer in den einzelnen Kammern vermittelt werden. Soll die Kompetenz der Kammern und die geltenden Standards nun ignoriert werden, schlicht um raschere Abschiebungen von traumatisierten Flüchtlingen zu ermöglichen?

Keinesfalls sind alle Flüchtlinge an Traumafolgestörungen erkrankt, viele überstehen selbst erhebliche Belastungen. Die Prävalenzraten schwanken je nach Art des traumatisierenden Ereignisses zwischen 10 % (Verkehrsunfallopfer) und 50 % (sexuelle Gewalt, Krieg, Folter), (Quelle: S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften AWMF: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html>). Die empirische, wissenschaftlich hinreichend belegte Datenlage spricht eine eindeutige Sprache. Diese Faktenlage kann und darf ein Gesetz des deutschen Innenministeriums nicht ignorieren – wissend, dass damit Menschenleben konkret durch Abschiebungen gefährdet werden.

## **5. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Fachärzten gleichgestellt und können psychische Störungen sicher diagnostizieren.**

**In dem Entwurf zum neuen Abs. 2c des § 60 a Aufenthaltsgesetz ist von einer „ärztlichen Bescheinigung“ und einer „ärztlichen Beurteilung“ sowie von einer „fachlich-medizinischen Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)“ die Rede. In diesem Absatz sind die Worte ärztlich durch fachlich zu ersetzen oder alternativ dazu die Worte „psychotherapeutische Bescheinigung“ bzw. „fachlich-psychotherapeutische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)“ zusätzlich einzufügen.**

### **Begründung:**

Möglicherweise war den Verfassern des Gesetzesentwurfs nicht vor Augen, dass Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten die Expertise zur Diagnose und Behandlung der Traumafolgestörungen besitzen. Eine Beschränkung auf rein ärztliche Bescheinigungen ist fachlich und rechtlich unzulässig: Zum einen durchlaufen Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes eine eigenständige Ausbildung und sind mit der Approbation befugt, Patientinnen und Patienten zu behandeln. Zum anderen sind sicherlich Fachärzte wie Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner, Orthopädinnen und Orthopäden etc. weitaus weniger geeignet, Traumafolgestörungen zu erkennen. Sollen jetzt also Bescheinigungen von Orthopäden Anerkennung finden, aber nicht diejenigen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? Damit würde nur gewährleistet, dass die Qualität in der Beurteilung abnimmt. Der Ausschluss von psychologischem und therapeutischem Sachverstand in dieser Angelegenheit ist fünfzehn Jahre nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes nicht nachzuvollziehen.



Zudem unterliegen Flüchtlinge – bereits wegen der vorhandenen Sprachbarrieren – einem deutlich erschweren Zugang zur adäquaten Gesundheitsversorgung, wie auch die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoguz, feststellte. Wird nun die Anzahl der möglichen Behandlerinnen und Behandler, die eine fachlich adäquate Einschätzung abgeben können, drastisch reduziert, kann möglicherweise die Anzahl der vorgelegten Bescheinigungen reduziert werden. Aber um den Preis, dass auf fachlich korrekte Einschätzungen verzichtet wird. Die Anzahl der real traumatisierten Flüchtlinge wird hierdurch natürlich keineswegs gemindert.

**6. Die geplanten Fristen sind vollkommen unrealistisch, stehen in Widerspruch zu dem geltenden Asylgesetz und führen Untersuchungsergebnisse ad absurdum.**

**Begründung:**

Nach der Abschiebeandrohung muss der betroffene Flüchtling „unverzüglich“ eine ärztliche (sic!) Bescheinigung vorlegen, die nicht älter als zwei Wochen alt sein darf. Wird sie nicht sofort vorgelegt, oder ist sie älter als zwei Wochen, darf die Bescheinigung nicht mehr berücksichtigt werden – ausdrücklich verbietet der vorliegende Gesetzesentwurf dabei einen behördlichen Spielraum. Diese geplante Regelung wird durch das bereits bestehende Asylgesetz ad absurdum geführt – denn Abschiebungen sollen in Zukunft nicht mehr angekündigt werden! Möglicherweise werden einige Bundesländer vulnerablen Flüchtlingsgruppen eine Mitteilung über die geplante Abschiebung machen – aber nicht schriftlich, und nicht im jedem Fall. Daher wird ein Flüchtling in der Regel nicht erfahren, dass die Abschiebung unmittelbar bevorsteht – und sein Behandler ebenfalls nicht. Im Übrigen ist eine diagnostische und prognostische Einschätzung natürlich länger gültig als zwei Wochen. Dass fachlich kompetente Behandler alle zwei Wochen „prophylaktisch“ Bescheinigungen ausstellen, ist unrealistisch.

Für Nachfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Michael Krämer  
Präsident des BDP