

TherapeutInnen, Flüchtlinge und Abschiebung. Zur Funktion und Problematik von Begutachtungen bezüglich Traumatisierung und Reisefähigkeit

Torsten Lucas, Birgit Möller und Ulrike Heckl

Zusammenfassung:

Der Beitrag stellt an Fallbeispielen, Gerichtsurteilen und Gutachten aus Berlin dar, wie ÄrztInnen und PsychologInnen bei der Begutachtung der Traumatisierung und Reisefähigkeit von Flüchtlingen für staatliche Politikvorgaben und Verwaltungsziele instrumentalisiert und dadurch in schwere professionelle und ethische Konflikte gebracht werden. Nicht selten resultieren Verstöße gegen Prinzipien heilberuflichen Handelns. Denn die fachliche Stellungnahme ist für die PatientInnen oft die letzte Hoffnung, Schutz vor drohender „Abschiebung“ zu finden und die Behandlung fortzusetzen. Die Berliner Ausländerbehörden erkennen jedoch Atteste, die Traumatisierung oder Reiseunfähigkeit bescheinigen, regelmäßig nicht an, diskreditieren sie und geben Stellungnahmen von Amts- oder PolizeiarztInnen Vorrang. Diese sind vielfach mit gravierenden fachlichen Mängeln behaftet, die verwaltungsgerichtlich wie auch durch unabhängige Gutachten und Untersuchungen nachgewiesen sind. Der Beitrag beschreibt die häufigsten Fehler. Mangelnde Qualifikation und Empathie der GutachterInnen sowie rigide Behördenpraxis können weitreichende Retraumatisierungen bewirken, die den Gesundheitszustand der PatientInnen nachhaltig verschlechtern. Hieraus ergeben sich Folgerungen zur Sicherung professioneller Qualitätsstandards der Begutachtungen, zur Rechtssicherheit bei der Anerkennung lege artis erstellter Gutachten, zur Beendigung der gegenwärtigen Abschiebep Praxis sowie zur Rolle der Fachverbände in Konflikten zwischen Verwaltungsvorgaben und Professionsethik.

Wertvorstellungen und kulturelle Normen vieler Gesellschaften, gerade in ärmeren Ländern, gebieten es, Fremden Gastfreundschaft, Offenheit und Schutz entgegenzubringen. Dagegen wird Flüchtlingen in Deutschland – entgegen dem Asylrecht für politisch Verfolgte, das nach den Erfahrungen mit den Vertreibungen unterm Nationalsozialismus im Grundgesetz verankert wurde – oftmals unterstellt, sie hätten ihre Heimat aus kalkulierte eigennützigen Gründen verlassen, um „uns auszunutzen“ (v. Bebenburg, 1999). Diese negative Erwartungshaltung, die dem Individuum und dessen Einzelschicksal ohne jede Bereitschaft zum Perspektivenwechsel gegenübertritt, prägt nach

Erfahrung vieler Flüchtlinge den Umgang mit ihnen, vor allem seitens der Behörden. In diesem Artikel soll es um Flüchtlinge gehen, die unermeßliches Leid erlebt haben, die ihre Heimat verlassen mußten, um Leib und Leben zu retten, die krank und entwurzelt sind und in einer fremden Umgebung Schutz und Stabilität suchen mit der Hoffnung auf Genesung und darauf, sich ein neues Leben nach der erlebten Traumatisierung durch Krieg, Vergewaltigung oder Folter aufbauen zu können (ai-Jahresbericht, 2000; Annual Report des IRCT, 2000). PsychologInnen und ÄrztInnen können das Erlebte nicht ungeschehen machen, jedoch oft eine existentielle Hilfe bieten, damit sich Symptome, wie Alpträume, Gedächtnisstörungen, Depressionen und Angstzustände, bis hin zur Selbstmordgefährdung, zurückbilden (Graessner, Gurriss & Pross 1996; Möller, Morten, Regner 1999).

Das Recht auf Gesundheit in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus

Viele Flüchtlinge verlieren nun jede Hoffnung und Perspektive auf eine Gesundung, weil in Deutschland für ihr Exil Bedingungen herrschen, die eine Chronifizierung ihrer Symptomatik bis hin zu bleibenden schweren Persönlichkeitsveränderungen begünstigen. Das droht besonders dann, wenn Flüchtlinge zur Passivität gezwungen, ihre Versuche zur Integration unterbunden und ihr Selbstwertgefühl dadurch weiter verletzt wird. Dies geschieht u.a. durch Versagung einer Arbeitserlaubnis, was für die meisten Flüchtlinge äußerst kränkend ist und ihnen die Möglichkeit nimmt, über die Arbeit Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen und Bestätigung zu finden. Darüber hinaus sind viele Flüchtlinge vom Gesundheitswesen, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich, ausgeschlossen, da sie über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen und die niedergelassenen Psychotherapeuten es sich zumeist finanziell nicht leisten können, mit Dolmetschern zu arbeiten. Da es bundesweit nur insgesamt vierzehn Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge gibt und diese i.d.R. Wartezeiten bis zu einem Jahr haben, erhalten viele Flüchtlinge unter diesen Bedingungen keine angemessene Behandlung, oder diese kann aufgrund der ständigen Angst vor Abschiebung schwer greifen (Rössel-Cunovic, 1999; Wirtgen, 1999). Das Ausländer- und Sozialrecht und seine Umsetzung steht mit Präambel und Grundrechtskatalog des Rechtsstaats in Konflikt (Flüchtlingsrat Berlin, Ärztekammer Berlin & Pro Asyl, 1998).

Zur gesellschaftlichen Realität gehört somit, daß in unserem Gesundheitswesen ein System der „Apartheid“ geschaffen wurde, welches das Recht auf Gesundheit in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus de facto einschränkt.

Die Einzelheiten dieser gegen fundamentale ethische Prinzipien der Heilberufe verstoßenden Regelungen zur systematischen Ungleichbehandlung von PatientInnen finden sich im Asylbewerberleistungsgesetz und seinen Durchführungsbestimmungen, die von Deutschen Ärztetagen mehrfach heftig kritisiert wurden (vgl. 101. Deutscher Ärztetag, 1998). Die Diskussion über die Überführung des Asylrechts in ein „Gnadenrecht“ kontrastiert einer Außenpolitik, die offiziell die Menschenrechte - bis hin zur Begründung militärischer Gewalt - zur Begründung heranzieht.

Asyl für politisch Verfolgte als präventiver Schutz vor Traumata

Zahllose Flüchtlinge wären noch am Leben, wenn sie rechtzeitig in den Staaten Aufnahme gefunden hätten, an deren Grenzen sie um Asyl nachsuchten. Die „Väter und Mütter“ unseres Grundgesetzes hatten aus den Greueln der Nazizeit gelernt, als sie das Asylrecht für politisch Verfolgte fest im Grundgesetz verankerten. Die Vermittlung dieser Einsicht von Generation zu Generation scheint politisch nicht gewollt, an ihre Stelle tritt zumeist Gleichgültigkeit, die Menschenleben gefährdet und psychosoziale Zerstörung billigt.

Kürzlich hat der Niedersächsische Flüchtlingsrat in enger Kooperation mit dem türkischen Menschenrechtsverein IHD (Insan Haklari Denergi) 19 Fälle von Kurden recherchiert, die unmittelbar nach ihrer Abschiebung aus Deutschland in der Türkei gefoltert wurden. Das Fazit: „In den meisten Fällen (...) hätten Folter, Inhaftierung, Gefängnisstrafen verhindert werden können, wären die Asylgesuche der Betroffenen gewissenhaft überprüft und ernst genommen worden“ (Pro Asyl & Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat, 1999, 3).

Bei den Anhörungen des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge spielt der Fluchtweg meist eine wesentlich größere Rolle als die Fluchtursache. Allein der Nachweis erlittener Folter ist in Deutschland kein hinreichender Grund für das Gewähren von Asyl, was viele Menschen nicht wissen. Für den Flüchtling und seine Bewältigungsmöglichkeiten ist jedoch maßgeblich, daß dem von ihm erlittenen Unrecht keine Bedeutung beigemessen und ihm / ihr nicht geglaubt wird (Weber & Graessner, 1996).

AusländerInnen, denen aus den unterschiedlichsten Gründen ein weiterer Aufenthalt in unserem Land verwehrt wird, wird zur Durchsetzung der Ausreise regelmäßig eine sog. „Abschiebung“ angedroht. Viele kommen in „Abschiebehaft“, eine Form der Freiheitsberaubung, die Menschen wie Straftäter behandelt, deren einziges Vergehen zumeist darin besteht, keine gültige Aufenthaltsbefugnis vorweisen zu können (Initiative gegen Abschiebehaft & Flüchtlingsrat Berlin, 1995; Beirat für den Abschiebegewahrsam, 1999).

Die Wichtigkeit psychologischer und medizinischer Ethik in konfliktreichen Handlungsfeldern

Grundlage heilberuflichen Handelns, speziell etwa ärztlicher und medizinischer Ethik, sind neben der fachlichen Qualifikation die Verpflichtung auf das Wohlergehen der Menschen, namentlich die hippokratische Maxime „primum non nocere“, und eine empathische Grundhaltung. Diese Grundlage erfordert eine sorgfältige Auswahl und freien Zugang zur geeignetsten Therapie für alle Patienten, unabhängig von deren Alter, Geschlecht, Gesinnung, ethnischer Herkunft oder Aufenthaltsstatus. Neben der Schweigepflicht als Basis jeder vertrauens- und bedeutungsvollen Therapeut-Klient- bzw. Arzt-Patient-Beziehung (bezogen auf beide Geschlechter) umfaßt dies auch eine klare Definition der eigenen Rolle in einem Loyalitätskonflikt zwischen dem Schutzbedürfnis der PatientInnen bzw. KlientInnen und Erwartungen von Staat und Gesellschaft an Psychologie und Medizin. In einem solchen Konflikt sind Berufsverbände in besonderem Maße gefordert, die Ethik der Heilberufe öffentlich zu verteidigen und Verstöße gegen die Berufsordnung aufzuzeichnen und angemessen zu sanktionieren.

Die Ethik der Heilberufe ist ein wichtiger Schutz nicht allein für therapeutische Vertrauenswürdigkeit und professionelle Autonomie, sondern langfristig auch für die Menschenrechte. Denn die Übergänge zur fachlichen Legitimation und Ausübung von staatlicher Gewalt sind vielgestaltig und mitunter wenig auffällig. Die Verstrickung von Ärzten in Menschenrechtsverletzungen geht noch immer bis hin zur Beteiligung an der Transplantation von Organen hingerichteter Gefangener, an der Durchführung legaler Hinrichtungen durch Giftinjektion als „Todesstrafe“, an Zwangsamputationen und Brandmarkung sowie anderen Formen der Folter (Lucas & Pross, 1998; Huber & Lucas, 1997). Die Studien zur Beteiligung von PsychologInnen an Menschenrechtsverletzungen (s. dazu Riquelme, i. d. Bd.; Morawe, i. d. Bd.) verdeutlichen, wie vielseitig auch Ergebnisse psychologischer Forschung mißbraucht werden können: Methoden der psychischen Folter basieren maßgeblich auf wissenschaftlichen Erkenntnissen etwa der Verhaltens- und Kommunikationstheorie (Keller, 1991; Suedfeld, 1990). Sozialpsychologisches Wissen fließt in die Ausbildung des Polizei- und Militärapparates ein und wird gezielt in Gefängnissen eingesetzt (Riquelme, i. d. Bd.). Der Mißbrauch kann von Regimen und Verwaltungen ausgehen, aber auch von einzelnen Organisationen innerhalb sonst demokratisch verfaßter Staaten ausgehen (vgl. z.B. Heinz 1999).

Oft beginnen Verstrickungen in dieser Grauzone sehr subtil. Wann der Punkt erreicht ist, an dem staatliche Bestimmungen und deren Ausführung mit grundlegenden ethischen Prinzipien der Heilberufe derart in Konflikt geraten oder Menschenwürde und Menschenrechte derart antasten, daß eine

Verweigerung bis hin zu zivilem Ungehorsam gegenüber staatlichen Bestimmungen geboten ist, ist es stets eine Gewissensfrage, über die betroffene ÄrztInnen oder PsychologInnen eigenverantwortlich entscheiden müssen (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Ärztekammer Berlin & amnesty international, 1995).

Die Instrumentalisierung von ÄrztInnen und PsychologInnen für administrative Vorgaben und Vorurteile

Gegenüber Menschen, die Vertreibung, Folter, Flucht und Exil erlebt haben, wird von ÄrztInnen und PsychologInnen in Deutschland verlangt, Gutachten über das Vorliegen einer Traumatisierung zu erstellen und zu polizeirechtlich reduzierten Fragestellungen über die „Reisefähigkeit“ von Menschen, die häufig suizidal sind, Stellung zu nehmen. Die Medien haben mehrfach über die unrühmliche Beteiligung von ÄrztInnen an Zwangsabschiebungen berichtet, die sogar Psychopharmaka verabreichten, um Flüchtlinge „transportfähig“ zu machen - am Frankfurter Flughafen gar mit Todesfolge. Ein Blick auf die Einzelheiten dieses Praxisfeldes zeigt Kollisionen mit Prinzipien heilberuflichen Handelns und heilberuflicher Ethik auf mehreren Ebenen:

1. Der Terminus „Reisefähigkeit“ klingt so, als ginge es um die Tropentauglichkeit bei einer Urlaubsreise. Tatsächlich geht es darum, eine zwangsweise durchgeführte Deportation verwaltungsrechtlich begründbar zu machen (so lautet die Übersetzung für den Euphemismus „Abschiebung“ im Englischen). Für das Vorliegen von „Reisefähigkeit“ gibt es *keine medizinisch eindeutigen Kriterien*, da sogar komatöse und beatmete Patienten transportiert werden können. Die Begutachtung dient daher der Legitimierung repressiver staatlicher Maßnahmen durch die mißbräuchliche Nutzung der moralischen und wissenschaftlichen Autorität der Heilberufe, namentlich von ÄrztInnen und PsychologInnen, die in die Praxis dieser Begutachtung involviert sind.
2. Die Begutachtung geschieht nach vorliegenden Berichten teilweise einzig *aus Akteneinsicht*, trotz der existentiellen Bedeutung des Gutachtens, ohne den Patienten untersucht oder auch nur gesehen zu haben: ein klarer Verstoß gegen die psychologische und ärztliche Berufsordnung und Standesethik (amnesty international, 1994).
3. Die erstellten Gutachten zur Frage einer Traumatisierung oder zur „Reisefähigkeit“ können eine *unmittelbare Abschiebung traumatisierter PatientInnen nach sich ziehen, selbst wenn diese sich in laufender psychotherapeutischer Behandlung befinden*.
4. Insbesondere *Schnellgutachten*, die ohne die gebotene Sorgfalt und Kompetenz erstellt worden sind, geraten zunehmend in die fachliche Kritik. Erstgutachten

behandelnder Fachärzte und von Experten der Behandlungszentren für Folteropfer werden z.T. pauschal in Frage gestellt und deklassiert, indem im staatlichen Auftrag zustandegewordene *Stellungnahmen von Polizei- und AmtsärztInnen – unabhängig von deren Spezialisierung, Kompetenz und Sorgfalt – von den Behörden als grundsätzlich glaubhafter eingestuft* werden (Korzilius, 2000).

5. So führt der Polizeiärztliche Dienst in Berlin, einer Weisung des Innensenats folgend, im Auftrag der Ausländerbehörde seit Anfang 1999 für die Gruppe der ca. 800 in der Stadt lebenden bosnischen Flüchtlinge eine Überprüfung sämtlicher vorgelegter Atteste von PsychotherapeutInnen und FachärztInnen durch, die eine Traumatisierung bescheinigen. Hierzu werden Menschen mit Angststörungen zwangsweise einer unsinnigen, mit dem *Risiko der Retraumatisierung* einhergehenden Zweitbegutachtung durch den Polizeiärztlichen Dienst zugeführt.
6. Die Begutachtung bei diesem Dienst übernahm zumeist die zuständige Polizeipsychologin; da fachlich-methodische Fehler zu beobachten waren, äußerten die Fachverbände massive Kritik (Ärztekammer Berlin, 2000; Behandlungszentrum für Folteropfer, 2000; Flüchtlingsrat Berlin, Arbeitsgruppe Medizin, 2000). Das Verwaltungsgericht Berlin bescheinigte der durchführenden Stelle *Inkompetenz und Kunstfehler* und konnte auch bei den eingesetzten Polizeiärzten nicht die erforderliche Qualifikation erkennen (Verwaltungsgericht Berlin, 1999b; s.u.).
7. Kürzlich konstatierte die Staatsanwaltschaft im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens den *Bruch der Schweigepflicht* durch die genannte Polizeipsychologin und ihre Dienstvorgesetzte, die Leiterin des Polizeiärztlichen Dienstes, nachdem diese umfangreiche vertrauliche Daten über Patienten ohne deren Einverständnis an Polizeibeamte weitergegeben hatten.
8. Das geschilderte Vorgehen führte bei verzweifelten PatientInnen mit Selbstmordgefährdung mehrfach zu *Suizidversuchen* (Verwaltungsgericht Berlin, 1999a/b). Verwaltungsrechtliche Rügen, die Einwände der Fachverbände und die Suizidversuche Betroffener haben bislang zu keinerlei Veränderung der Behördenpraxis geführt. An der Aufklärung und Lösung der strukturell unheilbaren Probleme dieser fachlich unverantwortlichen Verfahren läßt der verantwortliche Berliner Innensenator bislang keinerlei Interesse erkennen.

Einseitigkeit und Fachfehler des Polizeiärztlichen Dienstes aus Sicht unabhängiger Gutachten und der Verwaltungsgerichte

Die mangelnde Qualität, Sorgfalt und Unabhängigkeit der Gutachten des Polizeiärztlichen Dienstes in Berlin ist mittlerweile vielfach belegt, und zwar durch zahlreiche anonymisierte Einzelgutachten sowie eine Studie, und sie wurde auch seitens des Berliner Verwaltungsgerichts vehement kritisiert. Die

Studie erstellte die Psychologin Angelika Birck, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer (Birck, 2000a). Bei 26 Personen wurden 24 polizeiärztliche Atteste mit 47 Stellungnahmen der behandelnden SpezialistInnen systematisch verglichen und die Unterschiede bewertet. Die Stellungnahmen der niedergelassenen FachkollegInnen unterscheiden sich gravierend von denen der KollegInnen des Polizeiärztlichen Dienstes:

- In den polizeiärztlichen Attesten wurde bei weniger Personen auf eine deutlich geringere Anzahl von Beschwerden verwiesen und nur bei einer kleinen Anzahl der Personen überhaupt eine klinische Störung diagnostiziert.
- Viel seltener werden traumatische Ereignisse erwähnt, und wenn sie überhaupt beschrieben werden, werden sie nur in seltensten Fällen in einen Zusammenhang mit den geschilderten Beschwerden gebracht.
- Die Gutachten des Polizeiärztlichen Dienstes orientieren sich nicht an internationalen Qualitätsstandards (ICD-10, DSM-IV).
- Eine sprachliche Verständigung mit den PatientInnen war häufig nicht gewährleistet, was die klinische Aussagekraft gerade zu psychischen Störungen erheblich mindert.
- Ein wesentlicher Unterschied zeigt sich auch in der Analyse der Argumentationslinien zwischen Polizeiärztlichem Dienst und niedergelassenen KollegInnen. Die niedergelassenen Diagnostiker argumentieren konsistenter, und ihre Ergebnisse lassen sich aus einem fachlich medizinisch-psychologischen Verständnis heraus gut nachvollziehen. Auf der Basis ihrer Untersuchung diagnostizieren sie eine klinische Störung, aus der meist ein weiterer kontinuierlicher Behandlungsbedarf abgeleitet wird, der einer Abschiebung entgegensteht. Dagegen sind die Argumente seitens der polizeiärztlichen KollegInnen unter medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten in der Regel in sich widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und unverständlich. So werden sowohl traumatische Ereignisse als auch typische Folgebeschwerden festgestellt, aber gleichzeitig das Vorliegen einer traumatischen Belastungsstörung in den Gutachten des Polizeiärztlichen Dienstes geleugnet, so daß dieser sich dem Vorwurf ausgesetzt sieht, seine Gutachten würden einzig durch das Postulieren des übergeordneten Zwecks der Durchsetzung der Abschiebung nachvollziehbar und plausibel.

Das Berliner Verwaltungsgericht konstatierte u.a., die polizeiärztliche Untersuchung sei „in mehrfacher Hinsicht verfahrensfehlerhaft“ durchgeführt worden (Verwaltungsgericht Berlin, 1999a, 7), die besondere Situation von traumatisierten Flüchtlingen habe keine Berücksichtigung gefunden. Den eingesetzten PsychologInnen und ÄrztInnen fehle die fachliche Qualifikation, bis hin zu Kunstfehlern. Die seitens des Landeseinwohneramtes praktizierte Form der polizeiärztlichen Traumaprüfung beinhalte „in nicht hinnehmbarem Maße die Gefahr der Retraumatisierung, weil in 80-90% der Fälle trotz Vor-

lage eines fachärztlichen Attests (...) die Traumatisierung angezweifelt oder negiert“ wird (Verwaltungsgericht Berlin, 1999a, 14); sie sei schlicht rechtswidrig. Von der Innenverwaltung publizierte Zahlen zum Prozentsatz Traumatisierter in der Population bosnischer Flüchtlinge stünden in eklatantem Widerspruch zu den Erkenntnissen publizierter Studien im In- und Ausland. Das Verwaltungsgericht kommt abschließend zur Feststellung: „Der polizeiärztliche Befund ist schließlich auch deshalb ungeeignet, die fachärztlichen Atteste in der erforderlichen Weise zu widerlegen, weil er inhaltlich ohne jede Substanz ist“ (Verwaltungsgericht Berlin, 1999a, 15). Auch die Maßnahmen der Ausländerbehörde gegenüber suizidalen Patienten, die zur Folge haben, diese Menschen systematisch und wider besseren Wissens in weitere Suizidversuche zu treiben, werden seitens des Verwaltungsgerichts scharf kritisiert.

„Die Kammer hat inzwischen in über 60 Verfahren im Hinblick auf die fehlerhafte Konzeption und Durchführung der vom Auftraggeber betriebenen polizeiärztlichen Untersuchungen bei traumatisierten Flüchtlingen Gutachten durch 10 verschiedene Sachverständige in Auftrag gegeben, von denen inzwischen 20 Gutachten von 6 verschiedenen 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. Dieses Ergebnis bestätigt die Überzeugung des Gerichts, daß die von Staatssekretär Dr. Böse im März 1999 im Innenausschuß vorgelegten Zahlen auf einer fehlerhaften Untersuchungsmethodik bzw. Durchführung und mangelnden Qualifikation nicht der niedergelassenen Fachärzte, sondern der Polizeiarzte beruhen.“ (Verwaltungsgericht Berlin, 1999b, 17) Und an anderer Stelle: „Die Vorstellung, die achtjährige Tochter müßte eine von der Mutter erlebte Vergewaltigung übersetzen (...), ist so ungeheuerlich, daß ein sachkundiger Facharzt eine solche Situation von vornherein vermeiden würde.“ (VG Berlin, 1999a, 11-12) Abschließend konstatiert das Gericht: „Der vorliegende Fall zeigt eindrucksvoll, wie der Antragsgegner [= Landeseinwohneramt / Ausländerbehörde; Anm. der AutorInnen] trotz erheblicher öffentlicher Kritik (...) an seiner rechtswidrigen Verfahrensweise durch ein fehlerhaftes Verfahren festhält, das die Grundrechte von traumatisierten Flüchtlingen in mehrfacher Hinsicht verletzt.“ (VG Berlin, 1999b, 22)

Inzwischen liegen 36 gerichtlich beauftragte Drittgutachten vor, von denen nicht eines die polizeiärztliche Stellungnahme bestätigt (Stand vom 8.6.2000).

Die Quote der durch PolizeiärztInnen als traumatisiert eingestuften bosnischen Flüchtlinge um mehr als Faktor 10 unterhalb der in Vergleichsstudien gefundenen Quote liegt (Verwaltungsgericht Berlin 1999a).

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur internationalen Klassifikation posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) sind relativ neu und werden ständig weiter entwickelt. Während eine durch das Institut für Sozialpsychiatrie

der Freien Universität Berlin durchgeführte Studie 1995 ergab, daß sogar unter den befragten PsychiaterInnen 80% die Symptome einer PTBS nicht kannten, erstellen in Berlin weiterhin unzureichend ausgebildete PolizeiärztInnen bzw. besagte Polizeipsychologin – häufig ohne Kenntnis der Krankenakten, ohne fachkundige DolmetscherInnen, ohne Anwendung internationaler Diagnosestandards und in eklatantem Widerspruch zu sorgsam erstellten Gutachten der behandelnden PsychotherapeutInnen und FachärztInnen – Schnellgutachten, in denen eine Traumatisierung bzw. Suizidalität als „Befindlichkeitsstörung“ bagatellisiert oder gänzlich abgestritten wird.

Der seitens des Innensenats erhobene Vorwurf, die im Flüchtlingsbereich engagierten ÄrztInnen erstellten „Gefälligkeitsgutachten“, kehrt sich angesichts der verwaltungsrechtlich festgestellten, verheerenden Mängel gegen die durch den Innensenat selbst angeordnete Begutachtungspraxis: Die Berliner Ärztekammer bemängelt, daß die Berufsaufsicht gerade und einzig über den polizeiärztlichen Dienst nicht bei der Ärztekammer, sondern beim Innensenat liegt; voreuseilender Gehorsam gegenüber politischen und organisationskulturellen Zielen der Behörde kann sich deshalb unkontrollierbar auswirken: in mangelnder Objektivität, Qualität und Sorgfalt bis hin zur Gefälligkeitsbegutachtung im Sinne des Dienstherrn durch unzureichend ausgebildete ÄrztInnen und PsychologInnen (vgl. Ärztekammer Berlin, 2000). Die Frage nach Verstrickungen in die Grauzonen zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, institutionellen Strukturen und heilberuflicher Ethik verliert auch in einem Rechtsstaat nicht ihre Bedeutung.

Erfordernisse an eine Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen

Der professionelle Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen erfordert – gerade auch von Anhörenden und RichterInnen, Amts- und PolizeiärztInnen – ein Höchstmaß an fachlicher Qualifikation, Schulung und Empathie.

Fachliche Voraussetzungen für die professionelle Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen sind neben der Kenntnis der Folgesymptome schwerer Traumatisierung ein einfühlsamer und geduldiger Umgang, kulturspezifische Kenntnisse, die Bereitstellung von für den Gesundheitsbereich qualifizierten DolmetscherInnen sowie ein Mindestmaß an Vertrauen (Koch & Winter, i. d. Bd.). Um einer Befangenheit der Begutachtenden sicher vorzubeugen, muß deren Unabhängigkeit von staatlichen Stellen gewährleistet sein. Weiterhin ist auf die Vermeidung von retraumatisierenden Faktoren, etwa der erzwungenen Schilderung der traumatisierenden Erlebnisse, zu achten. Ein wichtiges

fachliches Prinzip bildet auch die Berücksichtigung kulturbedingter Ausprägungen von traumatischen Schädigungen und Verläufen.

Permanente Angst vor Abschiebung wirkt einer therapeutischen Arbeit entgegen und kann retraumatisierend wirken (s. Rössel-Cunovic, 1999; Wirtgen, 1999). Keilson hat 1979 in einer Follow-up-Studie mit jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden aufgezeigt, daß die Traumatisierung sich sukzessiv entwickeln kann und die äußere Belastung für die Traumatisierung ausschlaggebend ist. Eine erste traumatisierende Sequenz im Heimatland, der eine zweite Sequenz mit ausreichender Hilfe und Unterstützung im Exil folgt, wirkt sich anders aus als eine extrem schwierige Lebenssituation im Exil mit unsicherer Perspektive und fehlender psychosozialer Unterstützung. Eine Aufenthaltsdauer von wenigen Wochen oder Monaten und die permanente Angst, abgeschoben zu werden, können dazu führen, daß sich Symptome verstärken und der Gesundheitszustand dramatisch verschlechtert, bis zu Dekompensation und Suizidalität. Viele Flüchtlinge fühlen sich abgelehnt, zurückgewiesen und in ihrer Menschenwürde verletzt. Es kommt vor, daß traumatisierte Flüchtlinge aus laufenden ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen abgeschoben werden, obwohl der Ausländerbehörde ärztliche Atteste vorliegen. Dies hat zumeist verheerende gesundheitliche Folgen bis hin zum Suizid. So wurde eine Kurdin mit ihren drei Töchtern von einem Tag auf den anderen – hier allerdings von der Hamburger Ausländerbehörde – in die Türkei abgeschoben, obwohl sie sich in engmaschiger psychotherapeutischer Behandlung befand. Nach dem Tod ihres Mannes, den sie im Verlauf seiner schweren Erkrankung gepflegt hatte, wurde ihre „Duldung“ als hinfällig betrachtet und ihr eine Rückkehr in die Türkei nahe gelegt. Starke Depressionen mit ausgeprägten somatischen Symptomen und Suizidgedanken brachten sie an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit. Obwohl man ihr einen Aufschub der Abschiebung, entsprechend dem vorläufigen Behandlungsplan, in Aussicht gestellt hatte, wurde sie nach einem halben Jahr intensiver psychotherapeutischer Gespräche und ungeachtet des vorliegenden Gutachtens der behandelnden Psychotherapeutin in Begleitung eines Arztes – aufgrund der Suizidgefahr – in ein Flugzeug nach Istanbul gesetzt (Heckl, 2000).

Um psychotherapeutisch arbeiten zu können, bedarf es eines geschützten Rahmens, der Sicherheit, Halt und Kontinuität bietet, so daß Vertrauen aufgebaut und retraumatisierende Erfahrungen durch abrupte Beziehungsabbrüche verhindert werden können (s. Rössel-Kunovic, 1999).

Flüchtlinge, die in psychotherapeutischer Behandlung stehen, dürfen in vielen Fällen nur in Deutschland bleiben, so lange sie behandlungsbedürftig sind und es in ihrer Heimat keine Behandlungsmöglichkeiten gibt. Diese Regelung behindert den psychotherapeutischen Prozeß immens, da die PatientInnen nur für die Zeit ihrer Behandlung in Deutschland bleiben, folglich also

„nicht gesund werden dürfen“. Es ist kaum möglich und ethisch höchst problematisch, traumatisierte PatientInnen mit dem Ziel und der Perspektive zu behandeln, sie durch ihre Gesundung „fit für die Abschiebung“ zu machen.

Zudem gerät der Patient, wenn das Attest bzw. die Stellungnahme aus der Feder seines Therapeuten/seiner Therapeutin stammt, in eine Abhängigkeit, die eine Therapie erschweren oder schlimmstenfalls unmöglich machen kann. Es ist schwer, wütend auf eine Ärztin oder einen Psychotherapeuten zu sein, die sich für den Patienten einsetzen und von denen - real wie in der Phantasie - derart viel abhängt; Gefühle der Dankbarkeit und Abhängigkeit können so die Möglichkeit nehmen, Aggressionen, Neid und Gefühle der Versagung und Zurückweisung in der Beziehung zum Therapeuten auszudrücken und zu bearbeiten.

Gleichzeitig kann ein Attest für den therapeutischen Prozeß wichtig sein und verhindern, daß traumatisierte Menschen einem fremden Gutachter die traumatisierenden Erlebnisse darlegen müssen. Die mit dem Schreiben von Attesten einhergehenden Schwierigkeiten und Folgen müssen am Einzelfall abgewogen und überprüft werden. In einigen Fällen ist es ratsam, das Attest von einem Dritten ausstellen zu lassen, um die oben dargelegten Folgen zu vermeiden; in anderen Fällen scheint indiziert, den PatientInnen die Schilderung der Erlebnisse und eine mögliche Retraumatisierung zu ersparen.

Auf jeden Fall ist es wichtig und notwendig, daß der Aufenthalt über den Zeitraum der psychotherapeutischen oder ärztlichen Behandlung hinaus sichergestellt ist, um eine Chronifizierung und Funktionalisierung der Symptomatik und des Krankheitsbildes zu verhindern.

Stellungnahmen der Fachverbände zu Qualitätsstandards, Unabhängigkeit und Würdigung fachlicher Gutachten als Grundlage für Verwaltung und Politik

Mittlerweile haben viele Fachverbände die dargestellte Praxis unter professionell-therapeutischen wie ethischen Gesichtspunkten als inakzeptabel verurteilt, unter anderem das Aktionsnetz der Heilberufe von amnesty international (ai), die Ärztekammer Berlin, der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), die Arbeitsgruppe Medizin des Flüchtlingsrates Berlin und die Ärztinnen und Ärzte in sozialer Verantwortung/IPPNW. Bei den Tagungen der Menschenrechtsbeauftragten der Deutschen Ärzteschaft stand das Thema

ebenfalls im Mittelpunkt. Auch der 99., 102. und 103. Deutsche Ärztetag sowie die 50. Generalversammlung des Weltärztebundes in Ottawa faßten Entschlüsse mit bezug zur angesprochenen Thematik (Dt. Ärztetag, 1996, 1999, 2000; Weltärztebund, 1998).

Die Berliner Ärztekammer kritisiert seit geraumer Zeit die unprofessionelle Verfahrensweise ihrer polizeiärztlichen KollegInnen sowie der Polizeipsychologin, mit denen es trotz wiederholter Angebote der Kammer bis heute zu keinem Fachgespräch kam. Die Kammer hat nun öffentlich klargestellt, daß das geschilderte Vorgehen seitens des Innensenats fachlich wie ethisch inakzeptabel ist, und eine sofortige Beendigung der rechtsfehlerhaften Praktiken angemahnt. Die Ärztekammer appelliert inzwischen nachdrücklich an die KollegInnen, sich nicht an Abschiebungen zu beteiligen und eine Begutachtung zur sog. „Reisefähigkeit“ von Flüchtlingen abzulehnen, die auf wenig mehr als die Frage abzielen, ob mit hinreichender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß der Transport überlebt wird (Ärztekammer Berlin, 2000).

Angesichts der zunehmenden Tendenz zur Härte im Umgang mit schwer traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen seitens der Sozial- und Ausländerbehörden und angesichts der Tendenz zu Abschiebungen unter Mißachtung ärztlicher und psychologischer Gutachten weist auch der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) darauf hin, daß traumabedingt erkrankte Menschen erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, zum Teil irreversible Gesundheitsschäden aufweisen; dementsprechend muß die Diagnostik psychischer Traumatisierung mit viel Sorgfalt und unter Berücksichtigung anerkannter Qualitätsstandards erfolgen (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, 2000). Der BDP hebt hervor, daß der Mangel an fachlicher Qualität in der Exploration ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko birgt. Der BDP betont zudem, daß eine unfreiwillige Rückführung der Flüchtlinge in ihre Herkunftsländer angesichts der dort erlittenen Traumatisierung eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit dieser Menschen und eine fundamentale Verletzung ihrer Würde und ihrer Integrität bedeutet (Heckl, 2000).

Die auf diesem Gebiet psychologisch-psychotherapeutisch und medizinisch tätigen ExpertInnen und ihre Berufsverbände fordern zudem einhellig die Anerkennung und gebührende Würdigung einer durch die behandelnden ÄrztInnen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen gemäß gültiger Berufsstandards attestierten Traumatisierung ihrer PatientInnen im Rahmen ausländer- und aufenthaltsrechtlicher Entscheidungen seitens deutscher Behörden.

Sollte es begründete Einzelfälle geben, in denen die Überprüfung eines Gutachtens unerlässlich scheint, so müssen die beauftragten ZweitgutachterInnen - wie die ErstgutachterInnen auch - von den beteiligten Verwaltungen

nen - wie die ErstgutachterInnen auch - von den beteiligten Verwaltungen unabhängig sein und über nachgewiesene, spezielle Qualifikation und Erfahrung in der Behandlung und Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge verfügen. Neben einer empathischen Haltung gegenüber den Flüchtlingen sollte eine professionelle Sprachmittlung genauso selbstverständlich sein wie die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse gemäß internationalen Qualitätsstandards.

Bleiberecht für Traumatisierte: Überlegungen zur gesellschaftlichen Reichweite fachlicher Befunde

Zusammenfassend läßt sich also feststellen, daß ÄrztInnen und Psychologinnen, die sich an der Begutachtung von Flüchtlingen beteiligen, hohe und ständig zu aktualisierende Diagnostik- und Therapiekompetenzen, interkulturelle Sensibilität und verlässliche Empathiefähigkeit benötigen. Hinzu tritt eine weitere zentrale Kompetenz: die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit Erwartungen und Vorgaben seitens Politik, Verwaltung und Gesellschaft, wo diese mit fachlichen und ethischen Grundlagen heilberuflichen Handelns kollidieren.

In solchen Konfliktlagen sind institutionelle Unabhängigkeit und gewiß auch ein starkes Stehvermögen entscheidende Ressourcen. Doch darf die Sicherung fachlicher Standards nicht allein individuellem Mut überantwortet werden; denn das liefe auf eine innerfachliche Entsolidarisierung, Auflösung der Fachkultur und Psychologisierung des Problems hinaus. Vielmehr sollten vor allem die Fachverbände öffentlich die ethischen und professionellen Standards der Heilberufe, gerade in Konfliktfällen, präsent machen. Sinnvolle Formen dafür können im Einzelfall variieren: Die oben analysierten Fallbeispiele aus Berlin zeigen, daß rechtliche Schritte sehr wirksam sein können, an deren Finanzierung und sachlicher Begründung die Verbände sich beteiligen können. In anderen Kontexten können selbstorganisierte Untersuchungskommissionen einen öffentlichen Raum für sonst verdrängte und zensierte Probleme schaffen (vgl. Riquelme, i.d.Bd.).

Als Grundlage einer akzeptablen Begutachtungspraxis sollten die Fachverbände die Erarbeitung internationaler Standards und deren Anwendung fortführen (BAFF, 2000; Iacolpino, Özkalipci & Schlar, 1999). Grobe Mißbräuche fachlicher Autorität, wie etwa die Berliner 'klassifikationsfreien' Schnelldiagnosen, können - prinzipiell bereits heute - innerfachlich sanktioniert werden, bis hin zum Verlust akademischer Titel.

In vergleichbaren Konfliktlagen stellen sich auch Aufgaben für Super- und Intervision: Am Einzelfall sind Bedingungen und Möglichkeiten verschiedener Umgangsweisen mit administrativen Vorgaben und Fehlentscheidungen zu bearbeiten. Dabei können auch langfristige Folgen in Fällen mitbedacht werden, wo durch Nichthandeln ein Konfliktaustrag vermieden wird; zu negativen Folgen solcher Vermeidung können für die Fächer als ganze Verluste an moralischer Autorität und gesellschaftlicher Autonomie gehören, für die einzelnen Angehörigen des Faches Kompetenzeinschränkungen und zunehmende institutionelle Restriktionen.

Die oben geschilderte Berliner Verwaltungspraxis macht schließlich eine letzte, wichtige Dimension verantwortungsvollen professionellen Handelns deutlich: Aus dem wissenschaftlichen Kenntnisstand ergibt sich – gerade auch seitens der TherapeutInnen – die klare Forderung nach sekundärer Prävention durch einen Abschiebeschutz für traumatisierte Menschen. Vor allem gilt es, eine ständige Reaktualisierung des Traumas durch drohende oder gar vollzogene Abschiebung aus der Behandlung heraus zu verhindern. Ein ständiges Ringen mit den Behörden um die Verlängerung der Aufenthaltsbefugnis traumatisierter KlientInnen und PatientInnen und die Anerkennung ihrer Gutachten ist nicht nur aufreibend und kontraproduktiv, sondern gefährdet schlicht Qualität und Erfolg der gesamten Therapie. Auch die beschränkte Gewährung des Aufenthaltsrechts für die Dauer des Vorliegens einer sog. „behandlungsbedürftigen Traumatisierung mit besonderem Schweregrad“ hilft bei genauem Hinsehen nicht weiter, da sie eine Chronifizierung der Symptomatik begünstigt. Wann immer eine Tendenz zur Genesung feststellbar wäre, würde dies erneut zur Reaktualisierung des Traumas durch die wiederum drohende Abschiebung führen. Es handelt sich hier um eine seitens der Ausländerbehörden neuerdings geforderte Diagnose, die sich nicht nach den Kriterien von DSM IV und ICD 10 für eine Posttraumatische Belastungsstörung richtet und zusätzlich den Schweregrad der Störung einführt und damit nicht objektivierbar ist (Birck, 2000b).

Folglich schafft einzig ein Bleiberecht für traumatisierte Flüchtlinge die sowohl aus medizinisch-psychologischer Sicht als auch aus humanitären Gründen erforderlichen Voraussetzungen für eine Behandlung einerseits, für eine Stabilisierung und Gesundung traumatisierter Flüchtlinge andererseits.

Literatur:

- Ärzttekammer Berlin (2000): Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 22.03.2000
- Amnesty International (1994): Ethical Codes and Declarations relevant to the Health Professions. ACT 75/04/94, Amnesty International. London
- Amnesty International (2000): ai-Jahresbericht 2000. Frankfurt: Fischer
- Bebenburg, v. P. (1999): Tricks mit den Asylzahlen - Statistiken seiner eigenen Behörde widerlegen Schily. In: Frankfurter Rundschau v. 11.11.1999
- Behandlungszentrum für Folteropfer, Ärztekammer Berlin & Amnesty International (Hrsg.) (1995): Verratene Medizin - Beteiligung von Ärzten an Menschenrechtsverletzungen. Berlin: Edition Hentrich (Orig.: Medicine betrayed, British Medical Association. London: ZED Books, 1992)
- Behandlungszentrum für Folteropfer (2000): Stellungnahme des Behandlungszentrums für Folteropfer zum Schreiben des Senators für Inneres, Herrn Dr. Werthebach, vom 13.06.2000 und den Aussagen der Leiterin des polizeiärztlichen Dienstes, Frau Dr. Scheunemann, vor dem Ausschuß für Gesundheit, Soziales und Migration am 6.7.2000 betr. die polizeiärztliche Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Berlin
- Beirat für den Abschiebebegewahrsam in Berlin (1999): Bericht des Beirates für den Abschiebebegewahrsam in Berlin vom 24.09.1999. Berlin
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2000). Zum Schutz von traumatisierten Flüchtlingen. In Report Psychologie, 1, 13
- Birck, A. (2000a): Wie krank muß ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden? - Vergleich von Stellungnahmen des Polizeiarztlichen Dienstes in Berlin und jenen von niedergelassenen Ärzten und Psychologen. In: InfAuslR 4/00, 209-216
- Birck, A. (2000b): Zur Feststellung des „besonderen Schweregrades“ einer Traumatisierung: Entgegnung zur Weisung B.54.1 vom 17.2.2000: IVa: Psychisch Traumatisierte, Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Mai 2000
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2000): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern
- Deutscher Ärztetag (1996): Entschließung: ‚Die Rückführung von Asylbewerbern darf nicht zum erneuten Trauma werden‘, 99. Deutscher Ärztetag, Köln
- Deutscher Ärztetag (1998): Entschließung zum Asylbewerberleistungsgesetz, 101. Deutscher Ärztetag, Köln
- Deutscher Ärztetag (1999): Entschließung gegen Abschiebehilfe durch Ärzte, 102. Deutscher Ärztetag, Cottbus
- Deutscher Ärztetag (2000): Entschließung zum gesicherten Aufenthalt behandlungsbedürftiger traumatisierter Flüchtlinge, 103. Deutscher Ärztetag, Köln
- Flüchtlingsrat Berlin, Ärztekammer Berlin & Pro Asyl Gefesselte Medizin (1998): Ärztliches Handeln - abhängig von Aufenthaltsrechten? Berlin
- Flüchtlingsrat Berlin, Arbeitsgruppe Medizin & Vorbrodt, E. (2000): Stellungnahme des Flüchtlingsrates Berlin / Arbeitsgruppe Medizin vom 26.06.2000 zum Bericht des Berliner Innensenators Dr. Werthebach zur polizeiärztlichen Untersuchung traumatisierter Flüchtlinge. Berlin.
- Graessner, S., Gurriss, N. & Pross, C. (1996): Folter - An der Seite der Überlebenden, Unterstützung und Therapien. Eine Veröffentlichung des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin. München: C. H. Beck.

- Heckl, U. (2000). Traumatisierte Flüchtlinge brauchen unseren Schutz. In: Report Psychologie, 1, 12 –14.
- Heinz, W.S. (1999), Anleitung zur Folter in Lateinamerika. Die internationale Dimension. In: ZfPP 7 (1+2), 9 - 18
- Huber, M. & T. Lucas (1997): Mediziner und Todesstrafe: Täter, Opfer, Gutachter. In: Boulanger, C., Heyes, V. & Hanftling, P. (Hrsg.). Zur Aktualität der Todesstrafe. Berlin: Arno Spitz, 85-100.
- Iacolino, V., Özkalipci, Ö. & Schlar, C. (1999): The Istanbul Protocol: International Standards for the Effective Investigation, and Documentation of Torture and Ill Treatment. Lancet, Vol. 354, p. 1117, 25.09.1999.
- Initiative gegen Abschiebehäft & Flüchtlingsrat Berlin (1995): Berlin - Endstation Deutschland? Berlin.
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (2000): Annual Report 1999. Copenhagen: IRCT.
- Keilson, H., (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern - Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart: Enke.
- Keller, G. (1991): Die Psychologie der Folter. Frankfurt/M. Fischer.
- Korzilius, H. (2000): Begutachtung von Asylbewerbern – Zwischen Staatsraison und Patientenwohl. Deutsches Ärzteblatt, 97, Nr. 23, B 1339 - 1345.
- Lucas, T. & C. Pross (1998): Arzt und Menschenrechtsverletzungen - Zwischen Gewissen und Komplizenschaft. Schweizerische Ärztezeitung, Themenheft Menschenrechte, 79, Nr. 40, 15-22 und 1983 - 1990.
- Möller, B., Morten, A. & Regner, F. (Hrsg.): Politische Traumatisierung: Verfolgung, Folter, Erzwungene Migration (Forced Migration) und Möglichkeiten therapeutischer Hilfe. Zeitschrift für Politische Psychologie, 7. Jg, Nr. 1+2.
- Pro Asyl & Förderverein Niedersächsischer Flüchtlingsrat (1999). Von Deutschland in den türkischen Folterkeller - Zur Rückkehrgefährdung von Kurdinnen und Kurden. Frankfurt und Hildesheim.
- Rössel-Cunovic, M. (1999): Kurztherapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. In: Möller, B., Morten, A. & Regner, F. (Hrsg.), 143 - 150.
- Suedfeld, P. (ed.) (1990): Psychology and torture. New York, Washington, London. Hemisphere Publishing Corporation.
- Verwaltungsgericht Berlin (1999a): Beschluß VG 35 F 41.99.
- Verwaltungsgericht Berlin (1999b): Beschluß VG 35 F 82.99.
- Weber, R. & Graessner, S. (1996): Umgang mit Folteropfern im Asylverfahren. In: Behandlungszentrum für Folteropfer & Republikanischer Anwältinnen- und Anwälteverein. Berlin.
- Weltärztebund (1998): Resolution zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. 50. Generalversammlung des Weltärztebundes, Ottawa.
- Wirtgen, W. (1999): Traumatisierte Flüchtlinge und Überlebende von Folter in der Asylgesetzgebung von 1998 – Flüchtlingskinder in der Generationenfolge. In: Möller, B., Morten, A. & Regner, F. (Hrsg.): Politische Traumatisierung: Verfolgung, Folter, Erzwungene Migration (Forced Migration) und Möglichkeiten therapeutischer Hilfe. Zeitschrift für Politische Psychologie, 7. Jg, Nr. 1+2.