



Curriculum
**„Standards zur Begutachtung psychisch
reaktiver Traumafolgen in aufenthalts-
rechtlichen Verfahren (SBPM)“
einschließlich „Istanbul Protokoll“**

**Überarbeitete Fassung
Berlin, August 2012**

**Herausgeber:
Bundesärztekammer**

**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Curriculum

"Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren"(SBPM) einschließlich „Istanbul Protokoll“ (24 Stunden)

[Stand: 22.08.2012]

Die SBPM Standards schließen u.a. die Ausführungen über die Begutachtung psychischer Folgen von Folter nach dem offiziellen UN Dokument „Istanbul Protokoll“¹ ein.

Überarbeitete Fassung 2012 (erste Fassung: 2001)

**Projektgruppe² „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“
<http://www.SBPM.de>**

Kontakt über: Dr. Gierlichs oder Behandlungszentrum für Folteropfer: Dr. Haenel

Dr. med. H. W. Gierlichs, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Hahner Str. 29 52076 Aachen, Koordinator, hwgierlichs@t-online.de

Dr. med. F. Haenel, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Leiter der Tagesklinik bzfo, Turmstr. 21, 10559 Berlin, f.haenel@bzfo.de

Dr. phil. Dipl. Psych. F. Henningsen, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Deutsche Psychoanalyt. Vereinigung, Südendstr. 26a 12169 Berlin

Dipl. Psych. E. van Keuk, Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie, Vorstand DTPPP, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Benrather. Str. 17, 40213 Düsseldorf

Dipl. Psych. G. Scheef-Maier (ab 02.12.2011), Psychologische Psychotherapeutin, Fachpsychologin für Rechtspsychologie, Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin bzfo, Turmstr. 21, 10559 Berlin

Dr. med. M. Wenk-Ansohn, Fachärztin für Allgemeinmedizin - Psychotherapie-, Spezielle Psychotraumatheorie (DeGPT), Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, Leiterin der ambulanten Abteilung bzfo, Turmstr. 21, 10559 Berlin

Dr. med. W. Wirtgen, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Radeckestr. 4, 81245 München/ Refugio München

¹ **United Nations High Commissioner for Refugees (2001). Istanbul-Protocol.** Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York: United Nations. Das Istanbul-Protokoll (IP) wurde von 75 Experten aus 15 Ländern erarbeitet und im Jahr 2000 sowohl von der Generalversammlung als auch der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen angenommen. Es enthält Darstellungen der rechtlichen und ethischen Zusammenhänge sowie generelle Hinweise zur Durchführung einer Untersuchung sowie Erläuterungen zu den körperlichen und seelischen Folgen von Folter. Es wurde 2009 in deutscher Sprache veröffentlicht: Frewer, A., Furtmayer, H., Krása, K., Wenzel, Th. (Hrsg.). (2009). Istanbul-Protokoll. Göttingen, V&R-Unipress. Praktische Anleitung findet sich in: IRCT (2009): Psychological Evaluation of Torture Allegations. Vgl. online-trainingsprogramm unter: <http://www.irct.org/resources/irct-electronic-library/trainers-materials/training-tools.aspx>

² Neben den o.g. Personen war **Fr. Dr. med. H. Spranger**, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Fritz Reuter Weg 17, 24229 Strande, Gründungsmitglied der SBPM-Gruppe

A Fachliche Voraussetzung der Gutachter

I. Eingangsvoraussetzungen

Nachweis von mindestens 5 Jahren klinischer Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Praxis, Beratungsstelle oder Klinik.

II. Nachweis spezifischer Fortbildung (siehe B)

1. **Spezielle Kenntnisse in der Psychotraumatologie sowie interkultureller und aufenthaltsrechtlicher Besonderheiten in der Begutachtung**
2. **Drei supervidierte Gutachten/ausführliche Stellungnahmen, davon 2 unter Beteiligung von Dolmetschern³**

B Fortbildungsinhalte und Zertifizierungsvoraussetzungen

I. Fortbildungsinhalte

Die Fortbildungsinhalte werden in Fortbildungen der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren vermittelt. Dabei können bereits nachgewiesene Kenntnisse, z.B. Fortbildungen zum Istanbul Protokoll angerechnet werden.

MODUL 1 (12 Stunden)

1. Allgemeine gutachterliche Kenntnisse

1.1. Gutachterliche Methoden

- Exploration
- Beziehungsanalyse und Verhaltensbeobachtung in der Gutachtensituation
- Psychodiagnostische Testverfahren
- Interpretation und Integration erhobener Untersuchungsergebnisse
- Klärung der Notwendigkeit von Zusatzgutachten
- Formale Gestaltung eines schriftlichen Gutachtens
- Unterschiede zwischen Attesten, Bescheinigungen, Stellungnahmen und Gutachten⁴
- Mindestnormen von Stellungnahmen/Attesten

³ Für die Durchführung der Supervision und Anerkennung von anderweitig erworbenen Kenntnissen werden von den Berufskammern KollegInnen benannt, die eingehende Erfahrung in der transkulturellen Trauma-Begutachtung haben.

⁴**Attest, Bescheinigung:** Auftraggeber: Betroffene; Adressat: z.B. Arbeitgeber, Sozialbehörde; kurze klinische Einschätzung, freie Formulierung; Verfasser: behandelnder Psychotherapeut

Stellungnahme bzw. Privatgutachten: Auftraggeber: meist nicht entscheidungskompetent (Betroffene, RÄ), aber auch Bundesamt, Gerichte, Ausländerbehörde; Adressat: Bundesamt, Gerichte Ausländerbehörde. Verfasser: im Allg. behandelnder Psychotherapeut

Gutachten Auftraggeber: entscheidungskompetente Behörden [Gerichte, Bundesamt, Ausländerbehörde]
Verfasser: ein diesen Patienten nicht behandelnder Psychotherapeut/Gutachter.

1.2. Rechtlicher Rahmen der Begutachtung

- Rechtliche Stellung des Gutachters vor Gericht
- Ethische Grundlagen gutachterlicher Tätigkeit,
- Aufklärungspflicht dem Probanden gegenüber zum rechtlichen Rahmen
- Allgemeine psychologische Aspekte in der Begutachtungssituation
- Rollenverständnis, Beziehungsanalyse, Kontextfaktoren, Selbstreflexion

2. Rechtliche Rahmenbedingungen von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

- Asyl- u. Ausländerrecht
- Struktur der Verwaltung von Flüchtlingen, Entscheidungswege

3. Traumafolgen

3.1. Formen traumatisierender Gewalt

- Definitionen und Formen der Folter (nach UN-Konvention und Istanbul Protokoll)
- Kriegs- und Bürgerkriegserfahrungen
- Familiäre oder private Gewalt
- Psychische, körperliche und sexuelle Gewalt
- Spezielle Formen traumatisierender Gewalt, z.B. female genital mutilation, kumulative Traumatisierung

3.2. Somatische Folgen von Folter (Überblick nach Istanbul Protokoll)

3.3. Psychische Traumafolgen und Differentialdiagnostik

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Komplexe PTBS und Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- Komorbide Störungen
- Andere reaktive Störungen nach extremer Belastung, z.B. Depressionen,
- Anpassungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Aussageverzerrungen, Aggravation und Dissimulation

4. Traumaspezifische Aspekte in der Diagnostik

- Traumaspezifische Beziehungsaspekte, Übertragung-Gegenübertragung
- Traumaspezifische Besonderheiten in der Exploration
- Praktische Übungen zum anamnestischen Gespräch mit Traumatisierten
- Sekundäre Traumatisierung und Burnout-Prophylaxe

MODUL 2 (12 Stunden)

5. Transkulturelle Aspekte in der Begutachtung

- Kulturbegriff, Diversity, Kulturdimensionen
- Genderaspekte
- Beachten spezieller kultureller Kontextfaktoren
- Kommunikationsstile
- Beziehungsaspekte, z.B. Machtasymmetrie
- Erkenntnisse der transkulturellen Psychiatrie
- Differente Konzeptionen von Krankheit/Gesundheit
- Umgang mit Befremden in der Begutachtungssituation
- Selbstreflexion und Handlungsstrategien
- Besonderheiten und typische Fehlerquellen in der transkulturellen Diagnostik

6. Einsatz von Dolmetscher/innen in der Begutachtung

- Geeignete Dolmetscher/innen
- Regeln für den Einsatz von Dolmetscher/innen
- Kommunikation im Dolmetschersetting (praktische Übungen)
- Typische Fehlerquellen

7. Spezielle Aspekte in der Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren

- Fragestellungen der Entscheidungsträger/innen
- Prognosestellung
- Diskussion der Erlebnisfundierung
- Klinische Begutachtung in Abgrenzung zur aussagepsychologischen Begutachtung
- Fehlerquellen

8. Praxistransfer

- Fallbeispiele und beispielhafte Gutachten
- Praktische Übung zur Abfassung

II. Zertifizierungsvoraussetzungen (Praktischer Teil)

Weitere Voraussetzung für die Zertifizierung als Gutachter in aufenthaltsrechtlichen Verfahren seitens einer Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer:

3 supervidierte Gutachten oder supervidierte ausführliche Stellungnahmen, davon 2 unter Beteiligung von Dolmetschern

C Zur Abfassung und Gliederung eines Gutachten (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)

I. Übersicht Gliederung

- 1. Gutachtauftrag**
- 2. Quellen**
- 3. Fragestellung und Methoden**
- 4. Vorgeschichte nach Aktenlage**
- 5. Anamnese/ Angaben nach Exploration durch Gutachter**
- 6. Angaben zur Symptomatik und Symptomverlauf**
- 7. Befunde/ Untersuchungsergebnisse**
- 8. Diskussion und Beurteilung**

9. **Beantwortung der Fragen**
10. **Zusammenfassung**
11. **Literaturangaben**

II. Detaillierte Gliederung mit Kommentierung

1. Gutachtenauftrag

Datum, Autor, Qualifikation des Autors

Betr.: Rechtsstreit des gegen Bundesrepublik Deutschland
Vertreten durch das Bundesamt für AZ:.....

Bezug: Gutachtenauftrag vom

Im Auftrag der xx. Kammer des Verwaltungsgerichtes vomwird in dem Rechtsstreit des Herrn /Frau XY gegen die Bundesrepublik Deutschland das folgende

psychiatrisch-neurologische/ medizinische/ psychologische Fachgutachten nach ambulanter/ stationärer Untersuchung vom..... erstattet.
Eine Schweigepflichtentbindung liegt vor.

Kommentar:

Die Annahme eines *Gutachtenauftrages* setzt voraus, dass sich der Beauftragte nicht nur vergewissert hat, dass die Beantwortung der Fragen in seinen fachlichen Kompetenzbereich fällt, sondern auch, dass der zu Begutachtende nicht Patient von ihm ist oder sonst zu ihm oder seinen Angehörigen in irgend einer näheren Beziehung steht. Die Unabhängigkeit des Gutachters darf in keiner Weise beschränkt oder beeinträchtigt sein. Andernfalls ist der Gutachtenauftrag zurückzugeben.

Der Gutachter hat auch zu klären, ob der Gutachtenauftrag infolge ethnischer, geschlechtsspezifischer, religiöser oder politischer Befangenheiten zwischen Gutachter, Dolmetscher und Flüchtling beeinträchtigt werden könnte (vgl. a. Allgemeine Grundlagen der Begutachtung, [www.aerztekammer-berlin.de /Ärzte/Gutachter-Verzeichnis](http://www.aerztekammer-berlin.de/Ärzte/Gutachter-Verzeichnis)). Er überprüft, dass Flüchtling und Dolmetscher nicht verwandt oder bekannt sind. Er teilt dem Flüchtling mit, dass dieser ohne Nachteile, ähnlich wie im deutschen Sozialrecht, einen Gutachter und eine/n Dolmetscher/in ablehnen kann. Der/die Gutachter/in muss den Flüchtling darüber aufklären, dass alle Informationen, die zur Beantwortung der Fragestellung relevant sind, weitergeleitet werden. Eine Schweigepflichtentbindung ist erforderlich.

Stellungnahmen mit einer kürzeren Darstellung von Vorgeschichte, Beschwerdebild, Befunden und Beurteilung kann der Behandler/in seinem Patienten zur Vorlage bei einer eigens benannten Behörde ausstellen. Ihr Auftraggeber/in ist in der Regel der Patient oder dessen Rechtsvertretung. Sie ist in der Regel als „Parteivortrag“ zu werten und sollte als solcher kenntlich sein durch eine eingangs gemachte Feststellung, dass sich der Betreffende in Behandlung des Unterzeichners befindet. Ihre große Bedeutung ergibt sich aus der längerfristigen prozesshaften Beobachtung des Patienten, die Traumatisierungen häufig erst erkennbar werden lässt.

Gerichtlicherseits wurden seit 2007 Mindestnormen für Stellungnahmen/Berichte formuliert.⁵

⁵ Deutscher Anwalt Verein Arbeitsgemeinschaft Ausländer- und Asylrecht (2008). Traumatisierung: Wann muss aufgeklärt werden? In: ANA-ZAR, Heft 1, 2008, S. 6.

Atteste und Bescheinigungen des Behandlers/ der Behandlerin enthalten meist nur die Diagnose oder Bestätigung einer laufenden Behandlung

2. Quellen

Das Gutachten stützt sich auf:

- 1) Das Anhörungsprotokoll des Bundesamtes vom.....GZ:
- 2) Die Akte des Verwaltungsgerichts AZ:
- 3) Vorliegende ärztliche/ psychologische Stellungnahmen von.....
- 4) Eigene Anamneseerhebung und medizinische/ (test)psychologische Untersuchung vom.....über jeweilsStunden....mithilfe eines Dolmetschers für.....
- 5) Fremdanamnestic Angaben von

Kommentar:

Hier findet sich nach Art eines Inhaltsverzeichnisses die Übersicht aller hinzugezogenen Quellen.

3. Fragestellung und Methoden

Das Gutachten soll sich zu folgenden Fragen äußern.

- 1)
- 2).....
- 3).....
- 4)

Zur Methodik:.....

Kommentar zur Methodik:

Formulierungsvorschlag: „Es handelt sich um eine klinische Begutachtung und keine aussagepsychologische Begutachtung. Eine klinische Begutachtung beinhaltet Anamnese, Verhaltensbeobachtung, Erheben des psychischen Befundes und evtl. körperlicher Befunde und eine Beurteilung aufgrund der erhobenen Befunde sowie vor dem Hintergrund des aktuellen Standes der medizinischen und klinisch-psychologischen Wissenschaft. Die klinische Verhaltensbeobachtung, Beschwerdebild und Befunde können in Zusammenschau mit der erhobenen Anamnese Hinweise auf ein spezielles auslösendes Trauma oder eine traumatische Sequenz liefern und insofern als Hinweis (Indiz) für den Erlebnisbezug von anamnestic Angaben zu einer traumatischen Verfolgungsgeschichte gewertet werden.“

Der beauftragte Gutachter ist verpflichtet festzustellen, inwieweit die Beantwortung der Fragen in sein Fachgebiet fallen. Wenn nicht oder wenn er Zweifel hat, nimmt er telefonische Rücksprache mit dem/ der Richter/in und muss ggf. den Auftrag an das Gericht zurückgeben.

Zweitens hat er zu überprüfen, inwieweit die Beantwortung der in der Beweisanordnung gestellten Fragen dem zugrunde liegenden Problem inhaltlich gerecht wird.

Auf Veränderungen/Erweiterung der Fragestellung ist der Auftraggeber telefonisch/ ggf. schriftlich aufmerksam zu machen. Da bei Gericht eine Änderung der Beweisanordnung Monate in Anspruch nehmen kann, genügt in der Regel das mündliche Einverständnis des beauftragenden Richters, die Begutachtung gemäß einer fachlich sinnvoll erweiterten Fragestellung auszuführen.

Aussagepsychologische Fragestellungen zur Glaubhaftigkeit von Angaben, die zur Begründung eines Asylantrages gemacht werden, sind nicht zu beantworten. Der

Auftraggeber ist darauf hinzuweisen, dass diese Fragestellungen in den Bereich der forensischen Psychologie gehören. Die Voraussetzungen für eine aussagepsychologische Begutachtung, wie für Fragestellungen in Strafprozessen entwickelt, sind im klinischen Setting nicht gegeben. Der Gutachter hat bei traumareaktiven Störungen jedoch den möglichen Zusammenhang zwischen auslösender Traumatisierung und Symptomatik zu diskutieren. Insofern können klinische Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen nach bestehenden psychischen Traumafolgen wesentliche Anhaltspunkte enthalten, die für oder gegen den Erlebnisbezug von Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte sprechen, wie sie auch Hinweise dafür geben können, inwieweit die Aussagefähigkeit des Begutachteten krankheitsbedingt eingeschränkt ist oder nicht.

Kommentar zur Fragestellung:

Es werden im Einzelnen die Fragen der Beweisanordnung aufgeführt. Sind sie zu umfangreich wie zum Beispiel bei Rentengutachten, so wird eine kurze Zusammenfassung gegeben und im Einzelnen auf die in der Beweisanordnung aufgeführten Fragen verwiesen. In ausländerrechtlichen Verfahren ist dies meist nicht der Fall. In *Asylverfahren* geht es in der Regel um die Frage, ob psychische, aber auch physische Gesundheitsstörungen vorliegen, welche die Angaben der Antragsteller oder Kläger zu ihrem Asylbegehren auf Grundlage von Art.16a GG oder § 60. Abs.1 AufenthG. stützen oder/und Abschiebehindernisse gemäß § 60.7 AufenthG. begründen können. Bei Letzteren wird in der Regel gefragt, ob psychisch reaktive Traumafolgen oder andere schwerwiegende Erkrankungen bestehen, ob diese behandlungsbedürftig sind und ob diese sich im Kontext einer Rückführung erheblich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern können.

Im Einzelnen können die **Fragen in Asylverfahren** z.B. lauten wie folgt:

- 1) Leidet die/der Asylantragsteller/in bzw. Kläger/in an einem klinische relevanten Störungsbild/Erkrankung oder nicht?
- 2) Wenn ja, wie ist diese diagnostisch einzuordnen entsprechend DSM-IV bzw. in Zukunft DSM V bzw. ICD 10?
- 3) Handelt es sich um eine traumareaktive Erkrankung wie z.B. PTBS/Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung oder andere traumareaktive Störungen/ Komorbiditäten?
- 4) Wenn ja, ergeben sich Indikatoren, dass das klinisch relevante Störungsbild durch Misshandlungen, Folterungen oder andere Gewalterlebnisse im Heimatland hervorgerufen worden ist oder gibt es Hinweise auf anderweitige Ursache?
- 5) Gibt es krankheitsbedingte Einschränkungen des Aussagevermögens des/der Antragssteller/in? Ergibt die Untersuchung evtl. Hinweise, warum der/die AntragsstellerIn in den Anhörungen bei Bundesamt/Gerichten/früheren Behandlern die Umstände einer evtl. Traumatisierung nicht hat vortragen können?
- 6) Besteht Behandlungsbedürftigkeit? Wenn ja welcher Art?

- 7) Was sind die zu erwartenden gesundheitlichen Folgen im Falle einer Abschiebung (Prognose)?

Manchmal wird nach der „Reisefähigkeit“ oder auch „Flugreisefähigkeit“ gefragt: Die Beschränkung der Fragestellung auf bestehende Reisefähigkeit wird dem eigentlichen Kern des Problems der möglichen wesentlichen Verschlechterung durch Abschiebung einer vorgeschädigten Person nicht gerecht, denn ein körperlich oder psychisch kranker Flüchtling kann im Falle seiner Rückkehr in sein Heimatland gesundheitlich erheblich gefährdet, aber dennoch reisefähig im Sinne einer reinen Transportfähigkeit sein. Allerdings kann zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens eine vollständige auch psychologisch/psychiatrische Untersuchung angezeigt sein und vor deren Hintergrund eine individuelle klinische Prognose im Falle einer Abschiebung abgegeben werden, zumindest als Stellungnahme außerhalb der vorgegebenen Fragestellung⁶.

4. Vorgeschichte anhand der Aktenanlage

Kommentar:

Hier findet eine *knappe und übersichtliche* Zusammenfassung *aller für die Beantwortung der Fragen relevanten* Daten aus den Akten statt. In aufenthaltsrechtlichen Klageverfahren mit nur wenigen Unterlagen wie Anhörungs- und Verhandlungsprotokoll kann mitunter darauf verzichtet werden. Vorgegangene Stellungnahmen oder gar Gutachten sollten hier vor allem dann Erwähnung finden, wenn es sich später in der Diskussion herausstellt, dass der Gutachter zu einer anderen Auffassung als seine Vorgänger gelangt ist.

5. Anamnese/Angaben nach Exploration durch Gutachter

- 1) Biografische Anamnese
- 2) spezielle Vorgeschichte/Traumaaamnese
- 3) allgemeine (somatische) Anamnese, Medikation
- 4) Familienanamnese
- 5) gegenwärtige Lebenssituation

6. Angaben zur Symptomatik und Symptomverlauf

Kommentar:

Hierzu gehören die spontan geäußerten psychischen und somatischen Beschwerden, Angaben zu Beschwerden anhand von hypothesengeleiteten, offenen Fragen sowie Symptomentwicklung und Beschwerdeverlauf. Beachte: Die subjektiven Angaben des zu Begutachtenden zur Vorgeschichte und Beschwerden sollten im Konjunktiv verfasst werden oder im wörtlichen Zitat kenntlich gemacht werden. Hier ist es wichtig, den Originalwortlaut des Begutachtenden wiederzugeben und keine Fachbegriffe zu verwenden, diese würden bereits eine fachliche Einordnung darstellen (z.B. „Intrusionen“).

⁶ Gemeinsame Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen. (2004): Informations- und Kriterienkatalog.

7. Befund und Untersuchungsergebnis

- 1) Psychischer Befund, Verhaltensbeobachtung/Beziehungsanalyse
- 2) Ergebnisse testpsychologischer Untersuchungsverfahren
- 3) Fakultativ: Allgemeinmedizinischer, internistischer Befund, neurologischer Befund, apparative Untersuchungsbefunde

Kommentar:

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchungen ohne Interpretation und Beurteilung dargestellt. In einer gewissen Variationsbreite sollten diese reproduzierbar sein und haben insofern gegenüber den Angaben des Antragsteller/in/ Kläger/in in Abschnitt IV. B einen *objektiveren Charakter* und werden deswegen im Indikativ dargestellt.

8. Diskussion und Beurteilung

- Diagnose
- Differentialdiagnose
- Begründung
- Prognose

Kommentar:

In diesem Kapitel erfolgt die Interpretation und Beurteilung der einzelnen in Abschnitt VI dokumentierten Befunde und Untersuchungsergebnisse sowie deren Einordnung in einen Gesamtzusammenhang, aus welchem heraus sich anhand differentialdiagnostischer Überlegungen die Diagnosen ergeben. Wenn eine oder mehrere Gesundheitsstörungen vorliegen, gilt es hernach die Frage nach deren wahrscheinlichen kausalen Genesen zu ermitteln. Die Abschätzung der Wahrscheinlichkeit kann abgestuft erfolgen: Mit Wahrscheinlichkeit, mit hoher Wahrscheinlichkeit. Nebenbei: Man hüte sich vor dem allzu häufigen Gebrauch von Superlativen. Dieser Abschnitt ist geprägt vor allem durch die Fachkompetenz und Erfahrung des Gutachters aber in gewissem, aber hoffentlich viel geringerem Maße auch seiner Subjektivität, die ihn veranlassen mag, dem einen Befund größeres Gewicht beizumessen als einem anderen. Es gilt, die vorhandenen Untersuchungsergebnisse zu einer klinisch schlüssigen Gesamteinschätzung zusammen zu führen bzw. Unklarheiten transparent zu machen (wenn beispielsweise bei akuten psychotischen Symptomen eine Erlebnisfundierung nicht mit der erforderlichen Sicherheit durchgeführt werden kann). Im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist in jedem Falle das A Kriterium in diesem Zusammenhang zu diskutieren, d.h. die Erlebnisfundierung mit wird mit klinischen Methoden überprüft. Auch bei anderen reaktiven Störungen kann die Ebene der Symptomentwicklung und deren Einordnung in den biographischen Kontext/Pathogenese diskutiert werden.

Ferner spielt die Einschätzung der Beschwerdevalidität eine wichtige Rolle. Hierbei geht es um Abklärung von Simulation, Dissimulation bzw. Aggravation der Symptome und bei Anzeichen auch von artifiziellen Störungen.

Abschließend geht es um die Behandlungsbedürftigkeit und Prognose. Unter Prognose verstehen Heilberufler/innen die Bedingungen einer gesundheitlichen Verbesserung oder Verschlechterung, die aufenthaltsrechtlichen Entscheidungsträger/innen hingegen bei inlandsbezogenen Abschiebehindernissen (prüft die Ausländerbehörde) die Frage einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung vor oder im Rahmen einer Abschiebung ins Heimatland bzw. bei zielstaatsbezogenen Abschiebehindernissen (prüft BAMF) die Behandelbarkeit im Heimatland sowie die (beachtliche) Wahrscheinlichkeit einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung alsbald nach Abschiebung ins Herkunftsland. Es ist wichtig, im Rahmen der eigenen klinischen Kompetenzen und in Bezug auf diesen individuellen Fall eine diesbezügliche Prognose abzugeben. Äußerungen wie „generell sind Personen mit der Diagnose XY nicht in der Lage, abgeschoben zu werden“ oder „es besteht Retraumatisierungsgefahr“ (ohne diese zu konkretisieren) sollten unterlassen werden. Statt dessen kann im individuellen Fall anknüpfend an den bisherigen Krankheitsverlauf eine möglichst konkrete Einschätzung abgegeben werden a) hinsichtlich der individuellen Steuerungsfähigkeit, b) hinsichtlich der individuellen Belastbarkeit und c) hinsichtlich der zu erwartenden Symptomatik in bestimmten Situationen sowie d) hinsichtlich des zu erwartenden Krankheitsverlaufes. Bisherige Impulskontrolldurchbrüche, psychosenahe und dissoziative Symptome, Suizidversuche, erhebliche Symptomverschärfung bei Konfrontation mit Triggern sind Beispiele für Konkretisierungen⁷. Eine Einschätzung der therapeutischen Versorgungsmöglichkeiten im Heimatland gehört nicht zum klinischen Kompetenzbereich.

9. Beantwortung der Fragen

Die Fragen des- Gerichtes / Bundesamtes werden wie folgt beantwortet:

- Zu 1)
- Zu 2)
- Zu 3)
- Zu 4)

Kommentar:

Nach der Diskussion und Beurteilung der Befunde sowie Diagnosestellung und Klärung der wahrscheinlichen Genese werden alle Fragen einzeln beantwortet.

10. Zusammenfassung

Kommentar: Eine halbe bis dreiviertel Din A 4 Seite.

11. Literaturangaben

Kommentar:

An dieser Stelle soll ausschließlich die für die Beantwortung der Fragen relevante Literatur aufgeführt werden.

⁷ Gierlich, H.W.; Wenk-Ansohn, M.: Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei komplexen chronischen Traumastörungen. ZAR, 12/2005, S.405f.