



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Psychische Erkrankungen und krankheitsbedingte Abschiebungsverbote

September 2021

**Eine kritische Auseinandersetzung mit den
Darlegungspflichten in der Entscheidungspraxis des
Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge**

Impressum

Herausgeberin

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e. V.**

Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63

E-Mail: info@baff-zentren.org

Web: www.baff-zentren.org

Autor*innen

Arne Bardelle, Dr. Elisa Steinfurth

Für Rückfragen, Änderungsvorschläge und Anregungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Senden Sie diese bitte an:

Anna Bußmann-Welsch: anna.bussmann-welsch@baff-zentren.org

Marie Melior: marie.melior@baff-zentren.org

© BAfF e. V. 2021. Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wurde aus Mitteln der Bundespsychotherapeutenkammer und von Pro Asyl kofinanziert.



Inhalt

1. Einleitung	4
2. Hintergrund	5
2.1 Zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen	5
2.2 Anforderungen an die Darlegung von psychischen Erkrankungen im Asylverfahren	7
2.3 (Un-)Möglichkeiten der Erfüllung der Anforderungen	11
3. Methodik	15
4. Auswertung und Diskussion	17
4.1 Zurückweisung wegen des Umfangs der Stellungnahme bzw. der Anzahl der Untersuchungstermine	18
4.2 Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der Parteilichkeit	22
4.3 Zurückweisung psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen	26
4.4 Zurückweisung der PTBS-Diagnose anhand von Glaubhaftigkeitserwägungen	34
4.5 Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der späten Geltendmachung der Erkrankung	43
4.6 Verneinung der Schwere der Erkrankung	47
5. Zusammenfassung und Empfehlungen	50
6. Literaturverzeichnis	55

1. Einleitung

Geflüchtete Menschen sind oftmals schweren psychischen Belastungen ausgesetzt.¹ Wie eine Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt, haben beinahe drei von vier Geflüchteten aus Syrien, Irak und Afghanistan Formen von Gewalt erfahren. Mehr als 40% aller Befragten wiesen Anzeichen einer depressiven Erkrankung auf.² Im Asylverfahren kann das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zur Feststellung eines sogenannten zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbotes führen. Dabei werden hohe Anforderungen an die Geltendmachung dieser Erkrankungen gestellt, viele zu diesem Zweck vorgelegte psychologisch-psychotherapeutische und ärztliche Stellungnahmen³ bleiben unberücksichtigt. Dies kann zur Folge haben, dass das Vorliegen von Abschiebungsverböten trotz akuter Symptomatik verneint und die betroffene Person mit dem ablehnenden Asylbescheid ausreisepflichtig wird.

Die umfangreichen Darlegungspflichten, die den Betroffenen auferlegt werden, stehen schon seit längerem in der Kritik von Rechtsanwält*innen, Fachverbänden und Menschenrechtsorganisationen.⁴ Die vorliegende Analyse knüpft hieran an und wirft ein kritisches Licht auf die Entscheidungspraxis des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge⁵ im Hinblick auf den Umgang mit psychologisch-psychotherapeutischen und ärztlichen Stellungnahmen im Asylverfahren. Ziel der Untersuchung ist es, aufzuzeigen, mit welchen Argumenten das Bundesamt besagte Unterlagen für unbeachtlich erklärt und darzulegen, wie diese Argumente aus der Perspektive der Betroffenen zu bewerten sind. Die Arbeit versteht sich zugleich als Einladung zu einem konstruktiven Dialog über die Schwierigkeiten, denen

¹ Für einen Überblick zur Datenlage s. BAfF (Hg.): Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern, 6. Aktualisierte Auflage, Berlin 2020, S. 8 ff.

² Schröder, Helmut / Zok, Klaus / Faulbaum, Frank: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, in: WIdOmonitor 2018 (1), S. 1–20.

³ Der Begriff der „Stellungnahme“ wird in dieser Publikation als Überbegriff für im Asylverfahren eingereichte Berichte und Atteste verwendet, mit denen ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot geltend gemacht wird. Das Aufenthaltsgesetz hingegen verwendet hierfür den Begriff der „Bescheinigung“, s. § 60a Abs. 2c S.2 AufenthG. Der Begriff der „psychologisch-psychotherapeutischen Stellungnahme“ wird in Abgrenzung zu den Stellungnahmen von ärztlichen Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen verwendet. Sofern nicht anders angegeben, bezieht er sich sowohl auf die Stellungnahmen Psychologischer Psychotherapeut*innen als auch auf die Stellungnahmen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, welche aus Gründen der Leserlichkeit nicht fortlaufend mitbenannt werden.

⁴ Vgl. z.B.: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: Stellungnahme zum Ausschluss der Expertise psychologischer Psychotherapeut*innen im Asylverfahren vom 14. Mai 2020, abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2020/DGSP_Stellungnahme_zum_Ausschluss_der_Expertise_psycholog_Psychotherapeuten_FA_Migration.pdf, abgerufen am 09.03.2021.

⁵ Im Folgenden lediglich „Bundesamt“ oder „BAMF“ genannt.

traumatisierte Geflüchtete in der Praxis begegnen, wenn sie ihre Erkrankung geltend machen möchten.

Hierzu werden zunächst die juristischen Rahmenbedingungen sowie faktischen Hindernisse in den Blick genommen, mit denen Geflüchtete bei dem Versuch des Nachweises psychischer Erkrankungen konfrontiert sind. Im Anschluss wird anhand von Fallbeispielen exemplifiziert, mit welchen Begründungen das Bundesamt im Asylverfahren eingereichte Stellungnahmen zurückweist. Diese Zurückweisungsgründe werden anhand von juristischen wie fachlichen Maßstäben bewertet. Die Auswertung schließt mit einer Zusammenfassung sowie Empfehlungen.

2. Hintergrund

2.1 Zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen

Atteste und Stellungnahmen zu psychischen Erkrankungen werden im Asylverfahren insbesondere im Hinblick auf die Feststellung sog. **zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote** entscheidungserheblich. Nach dem Aufenthaltsgesetz (§ 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG) soll von einer Abschiebung abgesehen werden, wenn der betroffenen Person in dem Zielstaat der Abschiebung eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit droht. Eine erhebliche Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nach dem Gesetzeswortlaut nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, etwa weil die erforderliche medizinische Behandlung im Zielstaat nicht verfügbar ist.⁶ Hierbei ist zu beachten, dass es nach den gesetzlichen Vorgaben nicht erforderlich ist, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist (§ 60 Abs. 7 S. 4 AufenthG).⁷ Eine ausreichende medizinische Versorgung soll in der Regel auch vorliegen, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist (sog. „inländische Gesundheitsalternative“, § 60 Abs. 7 S. 5 AufenthG). Allerdings ist eine konkrete Gesundheitsgefährdung auch dann anzunehmen, wenn die notwendige Behandlung zwar grundsätzlich im Zielstaat verfügbar, der betroffenen Person jedoch mangels finanzieller Mittel oder aus sonstigen individuellen Gründen nicht zugänglich ist.⁸

⁶ Vgl. BVerwG, Urteil vom 25. November 1997 – 9 C 58/96 –, BVerwGE 105, 383-388, Rn. 13.

⁷ Diese Einschränkung kann allerdings dann nicht gelten, wenn einzig eine medizinische Versorgung auf dem Niveau der Bundesrepublik eine wesentliche Gesundheitsverschlechterung i.S. der Vorschrift verhindern kann.

⁸ Vgl. BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 – 1 C 3/11 –, BVerwGE 142, 179-195, Rn. 34; BVerwG, Urteil vom 29. Oktober 2002 – 1 C 1/02 –, Rn. 9, juris.

Psychische Erkrankungen können eine erhebliche Gesundheitsgefahr im Sinne des Aufenthaltsgesetzes begründen, wobei sich in den vergangenen Jahren zunehmende politische Bestrebungen zeigen, diese aus dem Anwendungsbereich der Vorschrift auszuschließen.⁹ Hintergrund hierfür ist die Unterstellung, dass psychische Erkrankungen schwer diagnostizierbar und überprüfbar seien und häufig missbräuchlich geltend gemacht würden, um eine Abschiebung zu verhindern.¹⁰ Dabei bleibt unberücksichtigt, dass traumatische Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht das Auftreten psychischer Erkrankungen begünstigen und diese oftmals gravierende Folgen für die Betroffenen mit sich ziehen.¹¹ Gleichwohl müssen Erkrankungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auch nach Auffassung des Gesetzgebers jedenfalls dann zur Feststellung eines Abschiebungsverbotes führen, wenn sie im Falle einer Abschiebung zu wesentlichen Gesundheitsgefährdungen bis hin zu einer Selbstgefährdung führen.¹²

Ab der Stellung eines Asylantrages ist das BAMF zuständig für die Entscheidung, ob zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote vorliegen (§ 31 Abs. 3 S. 1 AsylG).¹³ Eine explizite Entscheidung muss das Bundesamt allerdings nur treffen, wenn es der asylsuchenden Person weder Asyl noch Flüchtlings- oder subsidiären Schutz zuerkennt (vgl. § 31 Abs. 3 S. 2 AsylG). Stellt das Bundesamt fest, dass ein Abschiebungsverbot vorliegt, hat die Ausländerbehörde der betroffenen Person in der Regel eine humanitäre Aufenthaltserlaubnis gemäß § 25 Abs. 3 AufenthG zu erteilen, es sei denn, es liegen Ausschlussgründe vor (vgl. § 25 Abs. 3 S. 2 und 3 AufenthG). Entscheidet das Bundesamt, dass weder die Voraussetzungen der vorrangigen Schutzformen erfüllt sind noch Abschiebungsverbote vorliegen, so wird die betroffene Person zumeist ausreisepflichtig, es sei denn, sie hat aus anderen Gründen ein Bleiberecht. Diese Entscheidung bindet die Ausländerbehörde (§ 42 AsylG), d.h. sie darf keine eigenständige Feststellung treffen.¹⁴ Nur wenn zuvor kein Asylantrag gestellt wurde, ist die Ausländerbehörde für die Prüfung zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote zuständig (vgl.

⁹ So soll gemäß der Gesetzesbegründung zum sog. Asylpaket II PTBS regelmäßig keine schwerwiegende Erkrankung darstellen, s. Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, Drucksache 18/7538, 16.02.2016, S. 18.

¹⁰ Vgl. ebd.

¹¹ Vgl. Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis - Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht, 2. Auflage, Berlin 2020, S. 6.

¹² Deutscher Bundestag: BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 9), S. 18

¹³ Vgl. zum damaligen § 53 AuslG (außer Kraft): BVerwG, Urteil vom 25. November 1997, a. a. O. (Fn. 6), Rn. 11.

¹⁴ Zum Umfang der Bindungswirkung vgl. BVerwG, Urteil vom 21. März 2000 – 9 C 41/99 –, BVerwGE 111, 77-83, Rn. 9.

§ 79 Abs. 1 S.2 AufenthG), wobei das BAMF gemäß § 72 Abs. 2 AufenthG an der Prüfung zu beteiligen ist.

Schwerwiegende Erkrankungen können auch an anderer Stelle aufenthaltsrechtliche Bedeutung erlangen. So dürfen vollziehbar ausreisepflichtige Personen dann nicht abgeschoben werden, wenn sie aus gesundheitlichen Gründen reiseunfähig sind oder die Abschiebung als solche ihre Gesundheit wesentlich zu gefährden droht (sog. **inlandsbezogenes Abschiebungshindernis** i. S. d. § 60a Abs. 2 AufenthG).¹⁵ Im Unterschied zum zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbot besteht die Gesundheitsgefahr in diesen Fällen unabhängig von den Behandlungsmöglichkeiten oder sonstigen Umständen im Zielstaat – beispielsweise weil bereits die Ankündigung oder Durchführung der Abschiebung zu einer psychischen Dekompensation mit akuter Suizidalität führt.¹⁶ Die Prüfung inlandsbezogener Abschiebungshindernisse obliegt den Ausländerbehörden, da diese für die Durchführung von Abschiebungen zuständig sind (§ 71 AufenthG).¹⁷ Nur im sog. Dublin-Verfahren oder wenn die Abschiebung in einen sog. sicheren Drittstaat erfolgen soll, ist das BAMF auch für die Prüfung inlandsbezogener Abschiebungshindernisse zuständig.¹⁸ Die vorliegende Analyse beschränkt sich jedoch auf die Entscheidungspraxis des Bundesamtes im Hinblick auf zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote i. S. d. § 60 Abs. 7 AufenthG.

2.2 Anforderungen an die Darlegung von psychischen Erkrankungen im Asylverfahren

Bis zum Inkrafttreten des sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetzes am 21. August 2019 war gesetzlich nicht ausdrücklich festgeschrieben, in welcher Form das Vorliegen von Erkrankungen im Asylverfahren darzulegen ist. Im Verwaltungsverfahren, zu welchem auch das Asylverfahren zählt, gilt der **Grundsatz der Amtsermittlung**.¹⁹ Dieser ist in § 24 Abs. 1 S. 1 AsylG niedergelegt, wonach das Bundesamt den Sachverhalt aufklärt und die erforderlichen Beweise erhebt. Der

¹⁵ Zu den Maßstäben vgl. z.B. BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 16. April 2002 – 2 BvR 553/02 –, Rn. 2, juris; Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 15. Oktober 2004 – 11 S 2297/04 –, Rn. 3, juris; Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 08. Februar 2013 – 10 CE 12.2396 –, Rn. 11, juris. Für eine ausführliche Darstellung der Unterschiede zwischen zielstaats- und inlandsbezogenen Abschiebungshindernissen s. Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis, a. a. O. (Fn. 11).

¹⁶ Vgl. z.B. Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 24. Februar 2006 – 18 A 916/05 –, Rn. 16, juris.

¹⁷ Vgl. BVerwG, Urteil vom 11. November 1997 – 9 C 13/96 –, BVerwGE 105, 322-328, Rn. 13.

¹⁸ Vgl. Die Pflicht folgt aus § 34a Abs. 1 AsylG, vgl. beispielsweise BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 17. September 2014 – 2 BvR 1795/14 –, Rn. 9, juris.

¹⁹ Vgl. BeckOK AuslR/Schönenbroicher/Dickten, 29. Ed. 1.4.2021, AsylG § 24 Rn. 1. Zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die gerichtliche Sachverhaltsaufklärung hinsichtlich krankheitsbedingter Abschiebungsverbote s. Lincoln, Sarah: Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz? Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren, in: Asylmagazin 10-11/2020, S.349-354.

Amtsermittlungsgrundsatz wird modifiziert durch prozessuale **Mitwirkungs- und Darlegungspflichten**, welche den Asylsuchenden durch das Gesetz auferlegt werden.²⁰ So obliegt es ihnen, alle Tatsachen vorzutragen, welche die Furcht vor Verfolgung im Herkunftsstaat begründen oder einer Abschiebung in einen bestimmten Staat entgegenstehen (§ 25 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 AsylG). Hintergrund dieser Darlegungspflichten ist die Vorstellung abgegrenzter Kenntnisbereiche. So soll eine Mitwirkungspflicht immer dann bestehen, wenn entscheidungserhebliche Informationen in die Sphäre der Betroffenen fallen und der Behörde oder dem Gericht demnach nicht ohne Weiteres zugänglich sind.²¹ Beispielsweise sind viele Geflüchtete im Hinblick auf ihr individuelles Verfolgungsschicksal „Zeugen in eigener Sache“²², auf deren Schilderungen es maßgeblich ankommt, wenn weitere Beweismittel nicht verfügbar sind.

Art und Umfang der Darlegungspflichten hinsichtlich psychischer Erkrankungen im Asylverfahren sind seit langem Gegenstand juristischer und politischer Aushandlungen. Im Jahre 2007 hatte das **Bundesverwaltungsgericht** (BVerwG) über die Frage zu entscheiden, welche Anforderungen an die Substantiierung eines Sachverständigenbeweisantrages zu stellen sind, der das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen PTBS zum Gegenstand hat.²³ Das BVerwG entschied, dass es angesichts der Unschärfe des Krankheitsbildes sowie der vielfältigen Symptome der PTBS regelmäßig der Vorlage eines gewissen Mindestanforderungen genügenden **fachärztlichen Attestes** bedürfe, aus welchem sich nachvollziehbar ergeben müsse, auf welcher Grundlage die Diagnose gestellt wurde und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt.²⁴ Dazu gehörten u.a. Angaben darüber, seit wann und wie häufig sich die betroffene Person in ärztlicher Behandlung befunden hat und ob die von ihr geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt wurden.²⁵ Ferner seien Angaben zur Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie zum bisherigen Behandlungsverlauf erforderlich. Diese Anforderungen ergäben sich aus der Pflicht der Beteiligten, an der Erforschung des Sachverhalts mitzuwirken.²⁶

Diese Entscheidung warf Folgefragen auf, die in der Rechtsprechung unterschiedlich beantwortet wurden. Einerseits stellte sich die Frage, ob die vom Bundesverwaltungsgericht aufgestellten

²⁰ Ebd., Rn.4; vgl. auch BVerwG, Urteil vom 23. November 1982 – 9 C 74/81 –, BVerwGE 66, 237-240, Rn. 8.

²¹ Zur Mitwirkungspflicht im verwaltungsgerichtlichen Verfahren vgl. BVerwG, Urteil vom 07. November 1986 – 8 C 27/85 –, Rn. 14, juris; BVerwG, Beschluss vom 16. Februar 1995 – 1 B 205/93 –, Rn. 21, juris.

²² BVerfG, Urteil vom 14. Mai 1996 – 2 BvR 1516/93 –, BVerfGE 94, 166-240, Rn. 121.

²³ BVerwG, Urteil vom 11. September 2007 – 10 C 8/07 –, BVerwGE 129, 251-264; vgl. auch BVerwG, Urteil vom 11. September 2007 – 10 C 17/07 –, juris.

²⁴ BVerwG, Urteil vom 11. September 2007 – 10 C 8/07 –, BVerwGE 129, 251-264, Rn. 15.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd.

Mindestanforderungen auch auf die Geltendmachung anderer (psychischer) Erkrankungen Anwendung finden sollten. Andererseits wurde diskutiert, ob die Vorlage psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen ausreichen kann, um eine behauptete PTBS zu substantiieren.²⁷

Im Zuge des sog. **Asylpakets II**²⁸ wurde mit Wirkung zum 17. März 2016 **§ 60a Abs. 2c AufenthG** in das Aufenthaltsgesetz eingefügt. Nach dieser Vorschrift wird vermutet, dass einer Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Wer die Vermutung widerlegen möchte, muss etwaige Erkrankungen durch eine sog. **qualifizierte ärztliche Bescheinigung** glaubhaft machen. Damit eine ärztliche Bescheinigung als qualifiziert gilt, muss sie – in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts – eine Vielzahl von Informationen enthalten. So muss sie nicht nur über die Krankheitsvorgeschichte, Untersuchungsmethoden und Diagnose Auskunft geben, sondern u.a. auch über den Schweregrad der Erkrankung und die zu erwartenden krankheitsbedingten Folgen.

Nach der Gesetzessystematik galten diese Bestimmungen zunächst nur für sog. inlandsbezogene Abschiebungshindernisse aus gesundheitlichen Gründen (Reiseunfähigkeit), nicht jedoch für zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote.²⁹ Gleichwohl übertrugen das BAMF und mehrere Verwaltungsgerichte die Anforderung eines qualifizierten ärztlichen Attests i.S.d. § 60a Abs. 2c S. 2 AufenthG auf das Asylverfahren.³⁰ Die gesetzliche Grundlage für die Übertragung der Anforderungen wurde durch das sog. „**Geordnete-Rückkehr-Gesetz**“³¹ geschaffen.³² Mit Wirkung zum 21. August 2019 wurde in die Vorschrift zu zielstaatsbezogenen Abschiebungsverböten (§ 60 Abs. 7 AufenthG) ein Verweis auf § 60a Absatz 2c Satz 2 und 3 AufenthG eingefügt. Demnach gilt nun auch im Bereich zielstaatsbezogener Abschiebungsverböte das gesetzliche Erfordernis, etwaige Erkrankungen unter Vorlage einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung geltend zu machen. Parallel hierzu wird weiterhin auf die Rechtsprechung des

²⁷ Für eine Übersicht über die diesbezügliche Rechtsprechung s. Hager, Nina: Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen – Wer darf was? Relevanz von Stellungnahmen von Psychologischen Psychotherapeut*innen im Asylverfahren, in: Asylmagazin 9/2017, S. 335-340; s. auch Unterkapitel 5.3.

²⁸ Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11. März 2016, BGBl. I S. 390.

²⁹ Vgl. Hager, Nina: Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen, a. a. O. (Fn. 27).

³⁰ Vgl. z.B. VG München, Urteil vom 10. Januar 2017 – M 21 K 15.31612 –, Rn. 18, juris; VG Würzburg, Beschluss vom 14. Juli 2017 – W 8 S 17.32770 –, Rn. 16, juris.

³¹ Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom 15. August 2019, BGBl. I S. 1294.

³² Auch die Gesetzesbegründung zum sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetz spricht von „unterschiedlichen Anforderungen an ärztliche Atteste“, welche durch die Gesetzesänderung angeglichen würden (Deutscher Bundestag: Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, Drucksache 19/10047, 10.05.2019, S. 37). Dies impliziert, dass die Anforderungen aus § 60a Abs. 2c AufenthG auch nach Auffassung der Gesetzgeber*innen zum damaligen Zeitpunkt nicht im Rahmen zielstaatsbezogener Abschiebungsverböte galten.

BVerwG rekurriert, so wird insbesondere bei psychischen Erkrankungen eine **fachärztliche Bescheinigung** verlangt.³³

Um die gesetzlichen Vorgaben im Kontext der behördlichen Praxis zu verstehen, bietet es sich an die Dienstanweisung zum Asylverfahren³⁴ des Bundesamtes in den Blick zu nehmen. Hierbei handelt es sich um exekutives Binnenrecht, d.h. die Anweisungen enthalten Vorgaben für die Mitarbeitenden des Bundesamtes, die jedoch keine unmittelbare Außenwirkung für Schutzsuchende im Asylverfahren entfalten. Die Dienstanweisungen datieren vom 21. Februar 2019 und sind somit schon vor dem Inkrafttreten des sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetzes und der damit einhergehenden Verschärfung der Darlegungspflichten verfasst worden. Gleichwohl ermöglichen sie wichtige Rückschlüsse auf die aktuelle behördliche Rechtsauffassung, da das BAMF – wie bereits beschrieben – die hohen Anforderungen des § 60a Abs. 2c AufenthG schon zuvor für anwendbar erklärte. In den Dienstanweisungen heißt es:

*„Eine Sachaufklärungspflicht des Bundesamtes besteht grundsätzlich nur im rechtlich relevanten Bereich. Rechtlicher Anknüpfungspunkt des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG für die Gewährung des Abschiebungshindernisses ist allein die künftige Gefahr der wesentlichen Gesundheitsverschlechterung im Herkunftsland. [...] Für Fälle vorgetragener Erkrankungen bedeutet dies, dass eine weitere Sachaufklärung erfolgen muss, wenn der Sachvortrag hinsichtlich der Prognose, welche Gesundheitsgefahren aus der Erkrankung resultieren, Fragen offen lässt. Wenn aber nicht einmal das Bestehen der Erkrankung nachvollziehbar dargelegt ist, stellt sich die Frage nach aus der Erkrankung resultierenden Gefahren nach Rückführung ins Herkunftsland nicht. **Folglich besteht keine Sachaufklärungspflicht, wenn der Antragsteller die Erkrankung nicht durch Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen oder Attesten belegt.**“³⁵*

Darlegungs- und Sachaufklärungspflicht stehen nach diesem Verständnis in einem **Stufenverhältnis**, d.h. eine Sachaufklärungspflicht soll nur ausgelöst werden, wenn der Darlegungspflicht Genüge getan wird. Dies geschieht nach Auffassung des Bundesamtes nur durch die Vorlage von ärztlichen Bescheinigungen oder Attesten.

³³ Zu alledem s. Unterkapitel 5.3.

³⁴ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 21.02.2019, abrufbar unter: https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/Gesetzestexte/DA-Asyl_21_02_2019.pdf, abgerufen am 09.03.2021.

³⁵ Ebd., S. 2 [Hervorh. d. Verf.].

2.3 (Un-)Möglichkeiten der Erfüllung der Anforderungen

Gesetzliche Mitwirkungspflichten sind stets an ihrer Erfüllbarkeit zu messen, denn ein Rechtsstaat darf von den Normenadressat*innen nichts Unmögliches oder Unzumutbares verlangen.³⁶ Hierbei ist insbesondere zu beachten, welche Konsequenzen den Betroffenen drohen, wenn es ihnen trotz Vornahme aller zumutbaren Handlungen nicht gelingt, den Anforderungen gerecht zu werden. In diesem Sinne entschied das Bundesverfassungsgericht für das verwaltungsgerichtliche Verfahren, dass die verfahrensrechtlichen Anforderungen an die Sachverhaltsaufklärung im Hinblick auf krankheitsbedingte Abschiebungsverbote dem hohen Wert des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit Rechnung tragen müssen.³⁷ Gleichwohl werden schwerkranke Geflüchtete auf mehreren Ebenen mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert, wenn sie eine den gesetzlichen Anforderungen genügende **qualifizierte ärztliche Bescheinigung** beibringen möchten:³⁸

Zunächst müssen sie einen **Zugang zur Gesundheitsversorgung** finden. Eine psychotherapeutische oder psychiatrische Anbindung ist in den meisten Fällen dringend erforderlich, um eine psychische Stabilisierung herbeizuführen und eine Zuspitzung der Symptomatik zu verhindern. Zudem kann den gesetzlichen Darlegungserfordernissen am ehesten aus einer Behandlungssituation heraus Genüge getan werden. Ein vorgelagertes Problem besteht darin, dass schwere Traumatisierungen bei Geflüchteten in Deutschland nicht systematisch erfasst werden.³⁹ Die Bundesrepublik ist zwar aufgrund der **EU-Aufnahmerichtlinie** (AufnRL) dazu verpflichtet, die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen zu berücksichtigen und ihren Bedürfnissen Rechnung zu tragen - Geflüchtete mit psychischen Erkrankungen und Betroffene schwerer Gewalttaten zählen nach der exemplarischen Aufzählung in Art. 21 AufnRL zu dieser Personengruppe.⁴⁰ Ein einheitliches

³⁶ Vgl. BVerwG, Beschluss vom 16. Februar 1995, a. a. O. (Fn. 21), Rn. 21; vgl. auch § 44 Abs. 2 Nr. 4 VwVfG, wonach ein Verwaltungsakt nichtig ist, den aus tatsächlichen Gründen niemand ausführen kann. Vgl. zu alledem auch Lincoln, Sarah: Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz?, a. a. O. (Fn. 19), S. 350 ff.

³⁷ BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 24. Juli 2019 – 2 BvR 686/19 –, Rn. 31, juris.

³⁸ Vgl. zu alledem: Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2019 – Juni 2020, Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG, Berlin 2020, S. 87-95; BAfF: Versorgungsbericht, 6. Auflage, a. a. O. (Fn. 1); Joksimovic, Ljiljana: Versorgung von Folteropfern während asylrechtlicher Verfahren, in: Folter vor Gericht, Karsten Altenhain / Johannes Kruse / Ina Hagemeyer / Mareike Hofmann (Hg.), Göttingen 2013, S. 65-71.

³⁹ S. BAfF (Hg.): Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen, Berlin 2020.

⁴⁰ Als besonders schutzbedürftige Geflüchtete gelten gem. Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie z. B. Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. LGBTIQ* Geflüchtete werden in dieser (nicht abschließenden) Aufzählung nicht explizit benannt, werden aber von NGOs und staatlicherseits ebenfalls als eine besonders vulnerable Gruppe mit

Verfahren zur **Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit** wurde jedoch nach wie vor nicht etabliert.⁴¹ Die unterschiedlichen Ansätze in den Bundesländern gewährleisteten insgesamt keine hinreichende Umsetzung der Unterstützungsgarantien. Zu diesen zählt gemäß Art. 19 Abs. 2 AufnRL die Gewährung der „erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“. Noch spezifischer sind die Vorgaben im Hinblick auf Personen, die schwere traumatische Ereignisse erlitten haben. Art. 25 Abs. 1 AufnRL verpflichtet die Mitgliedstaaten, ihnen den Zugang zu einer medizinischen und psychologischen Behandlung zu eröffnen, welche für den Schaden, der ihnen durch diese Gewalttaten zugefügt wurde, erforderlich ist. Mangels systematischer Erfassung besonderer Schutzbedarfe werden diese Leistungen vielerorts nicht zielgerichtet bereitgestellt. Selbst in Bundesländern, in denen eine Identifizierung stattfindet, erwächst aus einer festgestellten Vulnerabilität oftmals kein klar definierter, durchsetzbarer Leistungsanspruch.⁴²

Dem Zugang zur Gesundheitsversorgung stehen – losgelöst von der Frage der Frühidentifizierung – viele weitere Hürden im Weg. Geflüchtete im Asylverfahren genießen in der Regel⁴³ keinen Krankenversicherungsschutz, sondern unterliegen dem **Asylbewerberleistungsgesetz** (AsylbLG). Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für sie zumindest in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes stark eingeschränkt. So besteht zwar gemäß § 4 Abs. 1 AsylbLG bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen ein Rechtsanspruch auf die erforderliche Behandlung. Sonstige Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, stehen jedoch gemäß § 6 Abs. 1 AsylbLG im Ermessen⁴⁴ der Behörde. In vielen Bundesländern⁴⁵ müssen Geflüchtete zunächst die Ausstellung eines Behandlungsscheines beim Sozialamt beantragen, bevor sie eine psychotherapeutische oder ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können. Gemäß dem Versorgungsbericht der BAfF betrug die durchschnittliche Ablehnungsquote der Sozialämter für AsylbLG-Therapien im Jahr 2018 41 % und war damit sehr hoch im Vergleich zu einer

spezifischen Bedarfen verstanden (vgl. z.B. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/10047, 19/10506 – Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, Drucksache 19/10706, 05.06.2019, S. 15 – 16).

⁴¹ S. BAfF: Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, a. a. O. (Fn. 39).

⁴² Ebd., S. 61.

⁴³ Eine Ausnahme besteht bei erlaubter Aufnahme einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V), auch kann der Versichertenstatus eines Familienangehörigen zur Aufnahme in die GKV führen.

⁴⁴ Die Nichtumsetzung der Aufnahmeleitlinie bewirkt, dass das durch § 6 Abs. 1 AsylbLG eröffnete Ermessen aufgrund der europarechtlichen Vorgaben auf Null reduziert wird, wenn Leistungsansprüche vulnerabler Personen in Rede stehen, vgl. auch BT-Drs. 18/9009 vom 04.07.2016, S. 3. Dies wird jedoch in der behördlichen Praxis nicht ausreichend berücksichtigt.

⁴⁵ Hiervon ausgenommen sind Berlin, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen, Brandenburg und einige Kommunen in NRW, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen. Dort erhalten Geflüchtete bereits in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes eine elektronische Gesundheitskarte, vgl. <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/>, abgerufen am 12.01.2021.

durchschnittlichen Ablehnungsquote von 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen.⁴⁶ Erst nach 18 Monaten des Aufenthaltes und wenn den Betroffenen keine rechtmisbräuchliche Beeinflussung der Aufenthaltsdauer vorgeworfen wird, erweitert sich der gesetzliche Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Leistungsberechtigte erhalten nun Leistungen nach § 2 AsylbLG, die den Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) entsprechen und deshalb auch „Analogleistungen“ genannt werden.

Sprachliche Barrieren erschweren zusätzlich den Zugang zu Therapieangeboten und den benötigten qualifizierten Bescheinigungen.⁴⁷ Fehlt es an einer gemeinsamen Sprache, kann der diagnostische Prozess oftmals nur unter Zuhilfenahme einer geeigneten Sprachmittlung erfolgen. Die Übernahme der hierfür anfallenden Kosten kann zwar auf Grundlage des AsylbLG beantragt werden.⁴⁸ Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass viele Sozialämter über entsprechende Anträge nicht oder nur stark verzögert entscheiden, so dass weder der erforderliche diagnostische Prozess noch eine Behandlung rechtzeitig begonnen werden können.⁴⁹

Zu alledem kommen weitere Hindernisse: **Fehlende zeitliche Kapazitäten aufseiten von Fachärzt*innen** (s. Unterkapitel 5.3), **lange Wartezeiten auf Therapieplätze** (s. Unterkapitel 5.5), **beschleunigte Asylverfahren** und **räumliche Isolation** in Ankerzentren beschränken die Betroffenen zusätzlich in ihren Möglichkeiten, eine rechtzeitige Anbindung an die erforderlichen Versorgungsstrukturen zu erhalten.⁵⁰

Gelingt es den Betroffenen dennoch, die beschriebenen Hürden zu überwinden, so stellt sich die Frage nach der **Kostentragung für die Ausstellung der benötigten Nachweise**. Bei der Ausstellung ausführlicher Bescheinigungen handelt es sich um eine Leistung, die kein Bestandteil der Krankenbehandlung und somit durch die Betroffenen grundsätzlich privat zu tragen ist. Die Höhe der Kosten richtet sich hierbei nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wobei lediglich der einfache Befundbericht bereits mit der Gebühr für die zugrundeliegende Krankenbehandlung abgegolten ist.⁵¹ Ein solcher enthält jedoch in der Regel nicht alle gesetzlich geforderten Angaben,

⁴⁶ Die Ablehnungsquote bezieht sich auf die Therapieanträge, welche von den Mitgliedszentren der BAfF gestellt wurden, s. BAfF: Versorgungsbericht, 6. Auflage, a. a. O. (Fn. 1), S. 118.

⁴⁷ Vgl. DIMR, Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S.91 ff.; Hausmann, Ute: Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Stuttgart 2020, S. 8 ff.

⁴⁸ Vgl. BAfF: Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete, aktualisierte Fassung, Berlin 2020, S. 11.

⁴⁹ Vgl. BAfF: Versorgungsbericht, 6. Auflage, a. a. O. (Fn. 1), S. 20.

⁵⁰ Für eine ausführliche Problembeschreibung s. DIMR, Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 87-95.

⁵¹ S. Leistungslegende zur Gebührenziffer 75 GOÄ.

so dass sich die Kosten je nach Aufwand auf mehrere hundert Euro belaufen können.⁵² Dies stellt in Anbetracht der derzeitigen AsylbLG-Sätze eine kaum zu tragende Kostenlast dar.⁵³ Eine Kostenübernahme durch das BAMF findet in der Regel nicht statt. So heißt es in der Dienstanweisung des Bundesamtes, Atteste und Stellungnahmen, die im Rahmen der Darlegungslast vorgelegt werden, seien für das Bundesamt „in der Regel [...] **kostenlose Äußerungen** des behandelnden Arztes.“⁵⁴ An anderer Stelle heißt es:

*„Die Kosten für ärztliche Stellungnahmen/ Atteste nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) zahlt das BAMF nach dem Grundsatz der Amtsermittlung, wenn eine Sachaufklärungspflicht des Bundesamtes besteht. **Sofern sich der Antragsteller in der Darlegungspflicht befindet, übernimmt das BAMF keine Kosten für ärztliche Stellungnahmen/Atteste.**“⁵⁵*

Diese behördliche Praxis ist für die Betroffenen offenkundig problematisch. Wie geschildert, bejaht das BAMF eine eigene Pflicht zur Sachaufklärung in der Regel nur dann, wenn bereits eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung vorliegt. Die Finanzlast auf der ersten Stufe der Darlegung liegt damit immer auf den Schultern der Betroffenen. Dass diese Lastenverteilung – insbesondere hinsichtlich der Kosten – den verwaltungsprozessualen Grundsätzen fremd ist, betonte schon das Bundesverwaltungsgericht in der zuvor benannten Entscheidung aus dem Jahr 2007:

*„Wenn das Berufungsgericht die Einholung einer derart ausführlichen gutachterlichen Stellungnahme des behandelnden Arztes für erforderlich hält, ist der Beteiligte zwar gehalten, den Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden und sich gegebenenfalls weiterer Untersuchungen zu unterziehen, er ist aber nicht gehalten, von sich aus **und auf seine Kosten** eine solche gutachtliche Stellungnahme vorzulegen. Dies würde im Ergebnis auf eine*

⁵² Die Höhe der Kosten ist abhängig von der gebührenrechtlichen Einstufung. Infrage kommen - je nach Umfang der Stellungnahme - die Gebührensätze 75 (Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht), 80 (Schriftliche gutachtliche Äußerung) und 85 (Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand) gemäß dem Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen. Diesen Sätzen sind jeweils unterschiedlich hohe Punktzahlen zugeordnet, welche mit einem einheitlichen Punktwert (derzeit 5,82873 Cent) multipliziert den Einzelsatz ergeben, vgl. § 5 Abs. 1 GOÄ. Dieser Einzelsatz kann je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand nach billigem Ermessen gesteigert werden, wobei eine Gebühr in der Regel das 2,3-fache des Einzelsatzes nicht übersteigen darf, vgl. § 5 Abs. 2 GOÄ.

⁵³ Angesichts dieser finanziellen Schwierigkeiten kommt die Anwendung von § 12 Abs. 3 der (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in Betracht. Hiernach können Ärzt*innen mittellosen Patient*innen das Honorar ganz oder teilweise erlassen, worauf jedoch kein Anspruch besteht.

⁵⁴ BAMF: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 02/19, a. a. O. (Fn. 34), S. 6 [Hervorhebung d. Verf.].

⁵⁵ Ebd., S. 8 [Hervorhebung d. Verf.].

Art Beweisführungspflicht hinauslaufen, die in der Regel mit den verwaltungsprozessualen Grundsätzen nicht vereinbar ist [...].“⁵⁶

Unter Umständen könnte die Erstattung der anfallenden Kosten auf Grundlage von § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG beantragt werden. Hiernach können Leistungen gewährt werden, die zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind, wozu beispielsweise die Kosten einer Passbeschaffung zählen.⁵⁷ In Anbetracht des zusätzlichen administrativen Aufwandes und der Pflicht zur zeitnahen Vorlage der Bescheinigungen dürfte dieses Vorgehen jedoch in der Mehrzahl der Fälle untunlich sein, zumal ähnlich wie im Bereich der Sprachmittlungskosten eine restriktive Bewilligungspraxis aufseiten der Sozialämter zu befürchten ist.⁵⁸ Dass die Unbezahlbarkeit ärztlicher Bescheinigung auch auf Seiten des Bundesamtes zumindest für möglich gehalten wird, zeigt folgende Passage aus der Dienstanweisung zum Asylverfahren:

„Wenn der Entscheider auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles (z. B. wenn der Antragsteller die Kosten für eine hinreichende ärztliche Äußerung offensichtlich nicht aufbringen kann oder wenn an dem tatsächlichen Erleben des geschilderten traumatisierenden Ereignisses keine begründeten Zweifel bestehen) trotz der Nichterfüllung der eben genannten Punkte der Auffassung ist, dass die Diagnose für ihn nachvollziehbar ist, dann soll er den Sachverhalt weiter aufklären.“⁵⁹

Nach diesem Maßstab müsste das BAMF in der Mehrzahl der Fälle, in denen Anzeichen auf eine schwere psychische Erkrankung vorliegen, den Sachverhalt weiter aufklären, denn die Kostentragung ist nach dem zuvor Gesagten regelmäßig und nicht bloß in besonderen Einzelfällen problematisch. Insgesamt ist festzuhalten, dass der Zugang zu qualifizierten Stellungnahmen mit erheblichen Hindernissen verbunden ist. Selbst wenn es den Betroffenen jedoch gelingt, eine solche im Asylverfahren vorzulegen, ist es keinesfalls gewiss, dass diese durch das Bundesamt hinreichend berücksichtigt wird - wie die nun folgende Auswertung zeigt.

3. Methodik

Die nachfolgende Darstellung basiert auf der Auswertung von 27 Fällen im Wege einer Dokumentenanalyse, wobei uns die Unterlagen durch unsere Mitgliedszentren⁶⁰ auf Anfrage

⁵⁶ BVerwG, Urteil vom 11. September 2007, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 16 [Hervorhebung d. Verf.].

⁵⁷ Vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.03.2008 - L 20 AY 16/07, juris.

⁵⁸ Vgl. DIMR, Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 92.

⁵⁹ BAMF: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 02/19, a. a. O. (Fn. 34), S. 13 [Hervorhebung d. Verf.].

⁶⁰ Derzeit sind in der BAfF 44 psychosoziale Behandlungszentren, Initiativen und Einrichtungen für die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Opfern von

anonymisiert übersandt wurden. Unsere Anfrage richtete sich ausdrücklich auf Konstellationen, in denen das BAMF ärztliche und psychologische-psychotherapeutische Stellungnahmen aus Sicht der Mitarbeitenden unserer Mitgliedszentren nicht oder nicht hinreichend berücksichtigt hatte. Das übersandte Fallmaterial bestand aus Stellungnahmen und Attesten, die im Asylverfahren eingereicht worden waren, sowie dazugehörigen behördlichen und gerichtlichen Verfahrensdokumenten. Letztere umfassten – je nach Fallkonstellation – den Ausgangsbescheid des Bundesamtes, eine Klageerwiderung und in einigen Fällen auch ein verwaltungsgerichtliches Urteil. Diese Unterlagen haben wir im Hinblick auf die vom BAMF ins Feld geführten Gründe für die Nichtberücksichtigung von Stellungnahmen ausgewertet, wobei wir schließlich 13 Fälle als Beispielfälle ausgewählt haben, die aus unserer Sicht typische Argumentationslinien des Bundesamtes exemplifizieren. Die einbezogenen Stellungnahmen stammen aus sechs verschiedenen Bundesländern, die dazugehörigen Verfahrensdokumente des Bundesamtes wurden in sieben verschiedenen Außenstellen gefertigt.⁶¹ Aus Gründen des Datenschutzes werden die Unterlagen nur unter Angabe von Monat und Jahr ihrer Abfassung zitiert und gemäß der Reihenfolge ihres Auftretens im Text nummeriert.⁶² Der Zeitraum der Erhebung umfasst das Zeitfenster vom 17.03.2016 (Einführung des Asylpakets II) bis zum 31.05.2019.

Aufgrund des selektiven Fokus und der begrenzten Fallzahl erhebt die Auswertung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern wirft lediglich ein Schlaglicht auf Fälle der Nichtbeachtung ärztlicher sowie psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen. Zweifelsohne gibt es ebenso Fälle, in denen die Vorlage von Bescheinigungen und Stellungnahmen zur Feststellung von krankheitsbedingten Abschiebungsverboten geführt hat. Spezifische Daten hierzu werden staatlicherseits nicht erhoben.⁶³ Es wird lediglich die Gesamtzahl der Entscheidungen erfasst, in

Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen vernetzt. Die Behandlungszentren bieten u.a. Psychotherapie, sozialarbeiterische Begleitung sowie Hilfestellungen bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragestellungen an. Auch das Verfassen von Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren gehört zu den Kernangeboten, vgl. <https://www.baff-zentren.org/baff/leitlinien/>, abgerufen am 21.04.2021.

⁶¹ Die Stellungnahmen stammen aus Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Berlin, Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. Sieben der Stellungnahmen wurden von in den Mitgliedszentren tätigen Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen verfasst, die übrigen Stellungnahmen wurden extern erstellt. Die Außenstellen des Bundesamtes befanden sich in Berlin, Bielefeld, Bamberg, Schweinfurt, München, Gießen und Zirndorf. Darüber hinaus lagen uns Stellungnahmen aus Thüringen, Sachsen-Anhalt und dem Saarland vor, die jedoch nicht als Beispielfälle herangezogen wurden. Die diesbezüglichen Verfahrensdokumente stammten aus den BAMF-Außenstellen Düsseldorf, Dortmund, Jena/Hermsdorf, Münster und Halberstadt.

⁶² Beispielsweise wird die Klageerwiderung des Bundesamtes im ersten Fall als „Fall1_BAMF_06/2018“ zitiert, die diesbezügliche psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahme wird als „Fall1_SN1_04/2018“ ausgewiesen.

⁶³ Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten, Drucksache 19/11666, 15.07.2019, S. 8.

denen ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG zuerkannt wurde, eine weitere Aufschlüsselung nach krankheitsbedingten und Abschiebungsverboten aus sonstigen Gründen erfolgt nicht. Im Jahr 2020 wurden beispielsweise in 5.702 von insgesamt 145.071 Entscheidungen über Asylanträge Abschiebungsverbote festgestellt.⁶⁴ Das Vorliegen von Abschiebungsverboten wurde damit in 3,9 % aller Entscheidungen bejaht. In 26,1 % der Entscheidungen wurde die Flüchtlingseigenschaft und in 13,1 % der Entscheidungen subsidiärer Schutz zuerkannt, womit die Gesamtschutzquote bei 43,1 % lag.⁶⁵

4. Auswertung und Diskussion

Im Folgenden werden die vom BAMF ins Feld geführten Gründe für die Nichtberücksichtigung von Stellungnahmen (**Zurückweisungsgründe**) im Einzelnen dargestellt und bewertet. Eine solche Zurückweisung impliziert, dass nach Auffassung des Bundesamtes entweder keine entscheidungserhebliche Erkrankung vorlag oder eine solche nicht in der erforderlichen Weise dargelegt wurde. Dies hatte im behördlichen Asylverfahren zur Folge, dass das Bundesamt das Vorliegen von krankheitsbedingten Abschiebungsverboten ohne weitere Sachaufklärung verneinte. Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren ging damit der Antrag einher, die Klage abzuweisen.

Folgende Zurückweisungsgründe werden im Folgenden diskutiert, wobei die Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt:

- Zurückweisung wegen des Umfangs der Stellungnahme bzw. der Anzahl der Untersuchungstermine
- Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der Parteilichkeit
- Zurückweisung psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen
- Zurückweisung der PTBS-Diagnose anhand von Glaubhaftigkeitserwägungen
- Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der späten Geltendmachung der Erkrankung
- Verneinung der Schwere der Erkrankung

Die Darstellung folgt hierbei der folgenden Struktur: Zur Veranschaulichung des jeweiligen Zurückweisungsgrundes werden Textpassagen aus Verfahrensdokumenten des Bundesamtes zitiert und den Inhalten der betreffenden Stellungnahmen gegenübergestellt. Anschließend

⁶⁴ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Aktuelle Zahlen (12/2020), Ausgabe: Dezember 2020, abrufbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=5, abgerufen am 12.01.2021.

⁶⁵ Ebd. 32,1 % aller Asylanträge wurden als unbegründet abgelehnt und in 24,8 % aller Fälle ergingen formelle (Unzulässigkeits-)Entscheidungen.

erfolgt eine Bewertung des Zurückweisungsgrundes im Hinblick auf fachliche und juristische Gesichtspunkte. Eine Bewertung der **Rechtmäßigkeit der abschließenden Entscheidung** über das Vorliegen von Abschiebungsverboten kann und soll im Rahmen dieser Publikation hingegen nicht erfolgen. Zum einen können hier aus Komplexitätsgründen keine zielstaatspezifischen Umstände (z.B. Behandlungsmöglichkeiten⁶⁶) in den Blick genommen werden, welche jedoch nach dem Maßstab des § 60 Abs. 7 AufenthG entscheidend sind für die Frage, ob eine wesentliche Gesundheitsverschlechterung droht. Zum anderen lassen die vorgelegten Unterlagen keine verlässliche Bewertung von Glaubhaftigkeitsfragen zu, die in bestimmten Fallkonstellationen ebenfalls ausschlaggebend sind (vgl. Abschnitt 5.4).

Hinsichtlich der gewählten **Darstellungsweise** ist zu beachten, dass das BAMF die vermeintliche Unbeachtlichkeit von Stellungnahmen in vielen Fällen auf mehrere Zurückweisungsgründe gestützt hat. Wird also im Folgenden ein Textausschnitt aus einer Entscheidung oder Klageerwiderung des Bundesamtes zitiert, bedeutet dies nicht, dass der dort vorzufindende Einwand der einzige angeführte Grund für die Nichtberücksichtigung der Erkrankung war. Beispielsweise bemängelte das Bundesamt im zweiten Fallbeispiel (s. Unterkapitel 5.1) nicht nur die Anzahl der Untersuchungstermine sowie die vermeintlich späte Geltendmachung der Erkrankung, sondern führte zudem an, dass die Ausführungen zum traumatischen Ereignis als unglaublich zu bewerten seien und überdies Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat bestünden. Die Argumentationslinie wird jedoch nicht in ihrer Gesamtheit dargestellt und bewertet, sondern nur ausschnittsweise im Hinblick auf die ersten beiden Zurückweisungsgründe diskutiert (s. Unterkapitel 5.1, 5.6). Diese Darstellungsweise wurde gewählt, um die fallübergreifende Verwendung spezifischer Zurückweisungsgründe abbilden und bewerten zu können, was bei einer ausführlichen Einzeldarstellung von Beispielfällen kaum möglich wäre. Es folgt nun die Darstellung der Zurückweisungsgründe.

4.1 Zurückweisung wegen des Umfangs der Stellungnahme bzw. der Anzahl der Untersuchungstermine

Mehrere der uns vorliegenden Stellungnahmen wies das BAMF aufgrund der vermeintlich zu geringen Anzahl an Seiten oder Untersuchungsterminen zurück.

⁶⁶ Zu berücksichtigen ist allerdings, dass bereits die zwangsweise Zurückführung in die räumliche Nähe zu dem Ort des traumatisierenden Erlebnisses bei akuten Suizidgedanken eine erhebliche Lebens- und Gesundheitsgefährdung im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG begründen kann, vgl. z.B. BVerwG, Beschluss vom 17. August 2011 – 10 B 13/11 –, Rn. 4, juris.

Beispiel 1: So erwiderte das BAMF auf die gemeinsame fachärztliche Stellungnahme⁶⁷ einer Oberärztin und einer Chefärztin einer Klinik für Psychotherapeutische Medizin im Klageverfahren wie folgt:

*"Die eingereichte fachärztliche Stellungnahme vom [Datum] genügt in keinsten Weise den Mindestanforderungen für die Geltendmachung einer PTBS, vgl. BVerwG U. v. 11.09.2007 (Az.: 10 C 8.07). Die Diagnostizierung auf nur fünf Seiten basiert fast ausschließlich auf den Angaben der Klägerin, die an zwei Terminen gemacht wurden. Die schlagwortartige Benennung von Gesundheitsgefahren ohne Benennung der Wahrscheinlichkeit eines Eintritts dieser Gefahren genügt zudem nicht."*⁶⁸

Tatsächlich enthält die Stellungnahme alle Angaben, die von § 60a Abs. 2c AufenthG (in der damals entscheidungserheblichen Fassung) verlangt wurden, u.a. eine ausführliche Beschreibung der Beschwerden, biographische Angaben zu den traumatischen Ereignissen im Herkunftsland und eine detaillierte medizinische Beurteilung. Letztere schließt mit der folgenden Gefahrenprognose:

*„Eine Rückführung ins Herkunftsland würde aus ärztlicher Sicht mit einer hohen ärztlicherseits nicht zu vertretenden Gefahr der Verschlechterung der psychischen Symptomatik einhergehen. Nicht auszuschließen ist, dass es zu einer Zuspitzung der Suizidgedanken mit konkreten Umsetzungsimpulsen kommen würde.“*⁶⁹

Beispiel 2: In einem weiteren Fall erwiderte das BAMF auf eine fünfseitige fachärztliche Stellungnahme⁷⁰ in einem Ablehnungsbescheid wie folgt:

*"Offenbar basiert die Diagnose allein auf dem einmaligen Gespräch am [Datum], was die Diagnose einer behandlungsbedürftigen PTBS angesichts der vielfältigen Symptome und Unschärfen des Krankheitsbildes eher fragwürdig erscheinen lässt, zumal keine weiteren Befunde, die das Krankheitsbild bestätigen könnten, erhoben wurden."*⁷¹

Tatsächlich erfolgt in der Stellungnahme nicht nur eine profunde klinische Urteilsbildung, auch wird der Befund einer anderen Klinik einbezogen. Gemäß diesem wurde der Patient aufgrund einer Verletzung operativ behandelt, welche sich medizinisch als Verletzungsfolge des

⁶⁷ Fall1_SN1_04/2018.

⁶⁸ Fall1_BAMF_06/2018.

⁶⁹ Fall1_SN1_04/2018.

⁷⁰ Fall2_SN_05/2017.

⁷¹ Fall2_BAMF_02/2018.

geschilderten traumatischen Ereignisses einstufen ließ und so die psychiatrische Diagnose der PTBS zusätzlich stützte.

Beispiel 3: Auch in einem weiteren Fall wurde die Aussagekraft einer 14-seitigen ärztlich-psychotherapeutischen Stellungnahme ⁷² in einem Ablehnungsbescheid aufgrund der vermeintlich zu geringen Anzahl an Untersuchungsterminen in Zweifel gezogen:

„Zudem bestehen ernsthafte Zweifel an der Aussagekraft der gutachterlichen Stellungnahme. Zum einen wurde jene nur infolge zweier Termine, die am [...] stattgefunden haben, verfasst [...]. Zum anderen waren Gutachtenersteller und Antragsteller bei der Untersuchung auf eine „einfache Wortwahl angewiesen“, da der Antragsteller „nicht sehr gut Französisch“ spricht [...]. Eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung, die sich durch die Abschiebung noch wesentlich verschlechtern würde, ist folglich nicht erkennbar“⁷³

Tatsächlich gab es aus fachlicher Sicht wenig Anlass, die Aussagekraft der Stellungnahme in Zweifel zu ziehen. Auf der Grundlage der Testbefunde verschiedener diagnostischer Instrumente (PTBS-Diagnostik-SKID nach DSM V, HSCL-25, SCL-90-R) stellte die Ärztin die Diagnose einer PTBS mit schwerer depressiver und dissoziativer Komponente. Für den Fall der Nichtbehandlung der Störung prognostizierte sie eine erhebliche Suizidgefahr. Dennoch sah das Bundesamt sich nicht einmal zu einer weiteren Sachaufklärung verpflichtet. So heißt es in dem Bescheid an anderer Stelle:

„Die vom Antragsteller [...] vorgelegte gutachterliche Stellungnahme genügt jedenfalls nicht den Anforderungen, um eine Pflicht zur weiteren Aufklärung seitens des Bundesamtes auszulösen.“⁷⁴

Bewertung: Die formalistische Zurückweisung von Stellungnahmen unter Verweis auf eine vermeintlich zu geringe Seitenzahl oder Anzahl an Untersuchungsterminen lässt sich weder juristisch noch fachlich rechtfertigen. Das Aufenthaltsgesetz trifft in § 60a Abs. 2c weder eine Aussage zum erforderlichen Seitenumfang noch zur erforderlichen Anzahl der Untersuchungstermine, die dortigen Vorgaben sind einzig inhaltlicher Art. Werden diese erfüllt, ist der Mitwirkungspflicht Genüge getan und die Erkrankung zu berücksichtigen. Auch die vom Bundesverwaltungsgericht im Jahre 2007 aufgestellten Anforderungen an die Geltendmachung einer PTBS erlauben eine Zurückweisung aus den besagten formalistischen Gründen nicht. Uns

⁷² Fall3_SN_08/2016. Für die gutachterliche Stellungnahme berechnete die Ärztin ein Honorar in Höhe von 781,45 EUR.

⁷³ Fall3_BAMF_03/2018.

⁷⁴ Ebd.

liegt das ärztliche Attest vom 11. März 2005 vor, welches Gegenstand des BVerwG-Urteils mit dem Aktenzeichen 10 C 8.07 war und von dem Gericht für substantiiert befunden wurde:

„Das vom Kläger zu 1 vorgelegte ärztliche Attest vom 11. März 2005 [...] genügt diesen Anforderungen. Es enthält neben einer Darstellung der Krankheitsvorgeschichte auf der Grundlage der Angaben des Klägers zu 1 eine - wenn auch knappe - Schilderung der eigenen Befunderhebung und eine eindeutige Diagnose einer PTBS durch die Fachärztin sowie Angaben zur derzeitigen medikamentösen Behandlung.“⁷⁵

Das besagte Attest hat einen Umfang von eineinhalb Seiten, wobei Krankheitsvorgeschichte und biographischer Hintergrund in 11 Zeilen beschrieben werden. In weiteren 21 Zeilen finden sich die Befundbeschreibung, Diagnosestellung sowie Angaben zur medikamentösen Behandlung und den zu erwartenden krankheitsbedingten Folgen. Damit war jede der zuvor benannten Stellungnahmen umfangreicher als das vom BVerwG für ausreichend befundene Attest. Die im ersten Beispiel zitierte Rechtsauffassung des Bundesamtes, wonach die fachärztliche Stellungnahme mit einer „*Diagnostizierung auf nur fünf Seiten*“ in „*keinster Weise den Mindestanforderungen für die Geltendmachung einer PTBS*“⁷⁶ des BVerwG genüge, ist damit schlichtweg unzutreffend. In der Sache verlangt das Bundesamt ein Gutachten, wenn es derart umfangreiche Bescheinigungen für erforderlich erklärt. Diesem Erfordernis hat das Bundesverwaltungsgericht jedoch bereits im damaligen Urteil eine deutliche Absage erklärt:

„Die Beibringung einer detaillierteren, an den Forschungskriterien F 43.1 des ICD-10 (International Classification of Diseases, World Health Organisation 1992) orientierten gutachtlichen fachärztlichen Stellungnahme, wie sie das Berufungsgericht der Sache nach verlangt, mag zwar für die Überzeugungsbildung des Gerichts hilfreich sein, ist aber nicht Voraussetzung für einen substantiierten Beweisanspruch. Denn damit würden die Anforderungen an die Darlegungspflicht der Beteiligten überspannt.“⁷⁷

Das Bundesamt überspannt die Darlegungspflichten der Betroffenen auch dann, wenn es die Anzahl der Untersuchungstermine problematisiert. Wie bereits dargelegt, zählt eine ausführliche Begutachtung nicht zur Krankenbehandlung und ist somit grundsätzlich privat zu vergüten. Eine solche Kostentragungspflicht ist jedoch mit verwaltungsprozessualen Grundsätzen nicht vereinbar.⁷⁸ Auch haben viele Ärztinnen und Psychotherapeut*innen schlichtweg nicht die erforderlichen zeitlichen Kapazitäten. Umgekehrt besteht bei mehreren Untersuchungs- und

⁷⁵ BVerwG, Urteil vom 11. September 2007, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 16.

⁷⁶ Fall1_BAMF_06/2018.

⁷⁷ BVerwG, Urteil vom 11. September 2007, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 16.

⁷⁸ Ebd.

Behandlungsterminen die Gefahr, dass das Bundesamt den Vorwurf der Parteilichkeit erhebt. So liegen uns Fälle vor, in dem es dem Verfasser einer Stellungnahme Parteilichkeit vorwarf, weil ein therapeutisches Verhältnis bestand (s. nächstes Unterkapitel). Die Inkonsistenz der Anforderungen des Bundesamtes wird an dieser Stelle offenkundig. Die Zurückweisung von Stellungnahmen aus den besagten Gründen ist jedoch nicht nur juristisch nicht haltbar, sie stellt zugleich einen deutlichen Angriff auf die **Fachkompetenz der Verfasser*innen** dar. So sahen sich die Verfasserinnen der fachärztlichen Stellungnahme im ersten Beispielfall genötigt, auf die Ausführungen des Bundesamtes wie folgt zu erwidern:

„Eine Expertin auf dem Gebiet schwerer Traumafolgestörungen [...] kann durchaus auch schon nach einem Gespräch eine solche Diagnose stellen, wenn das Krankheitsbild klar einzuschätzen ist, kann aber durchaus auch monatelang Gespräche benötigen, wenn das Krankheitsbild nicht umgehend klar einzuschätzen ist. Hier ist es nicht rechtens, dass das BAMF einer Fachärztin scheinbar ja vorschreiben möchte, wie viele Gespräche sie hierfür benötigt.“⁷⁹

Tatsächlich nimmt das Bundesamt in den besagten Beispielen eine fachliche Bewertung zum erforderlichen Zeitumfang einer Untersuchung vor, ohne die hierfür erforderliche Sachkunde zu besitzen und darzulegen. Dies ist mit verwaltungsprozessualen Grundsätzen schwerlich vereinbar: Verbleiben trotz Vorlage ausreichender Atteste Zweifel aufseiten des Bundesamtes, muss dieses den Sachverhalt von Amts wegen weiter aufklären und die erforderliche Sachkunde durch die Beauftragung von Sachverständigen einholen.⁸⁰

4.2 Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der Parteilichkeit

Mehrere der uns vorliegenden Stellungnahmen wurden unter dem Vorwurf der Parteilichkeit zurückgewiesen.

Beispiel 1: So erwiderte das Bundesamt auf die achtseitige Stellungnahme⁸¹ einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Klageverfahren wie folgt:

"Das Attest ist insoweit unbehelflich, weil es sich um eine Äußerung der Therapeuten des Klägers handelt. Ein Therapeut ist grundsätzlich gehalten, von dem vom Patienten geklagten Leiden nebst Vorgeschichte als wahr auszugehen und will diesem auftragsgemäß

⁷⁹ Fall1_SN2_08/2018.

⁸⁰ Zur Unzulässigkeit medizinischer Bewertungen ohne entsprechende Sachkunde im verwaltungsgerichtlichen Verfahren vgl. VGH München, Beschluss vom 16. Oktober 2017 – 13a ZB 17.31153 –, Rn. 4, juris; BVerwG, Beschluss vom 24. Mai 2006 – 1 B 118/05 –, Rn. 3, juris.

⁸¹ Fall4_SN_10/2018.

helfen und ihn möglichst heilen. Daher fehlt die für eine Begutachtung notwendige kritische Distanz zum Patienten, vgl. VG Stuttgart, Urteil vom 14. März 2017-A 11 K 7407/16-, Rn. 62, juris.”⁸²

Tatsächlich gab die Stellungnahme wenig Anlass dazu, an dem Objektivitätsanspruch der Verfasserin zu zweifeln. So stellte sie die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, welche sie ausführliche begründete, enthielt sich jedoch einer abschließenden Bewertung hinsichtlich des Vorliegens einer dissoziativen Störung sowie einer PTBS, da es hierzu weiterer Untersuchungsschritte bedurfte. So heißt es im Hinblick auf den Verdacht einer dissoziativen Störung:

„Herr [Name] erfüllt alle Kriterien einer dissoziativen Störung. Da bisher ärztlicherseits eine organische Ursache der klinisch hochauffälligen Symptomatik (u.a. Zönästhesien und akustische Halluzinationen) noch nicht ausgeschlossen wurde, bleibt es bei einer Verdachtsdiagnose.“⁸³

Überdies stritten auch jenseits der Stellungnahme weitere Umstände für die Schwere der Erkrankung, so musste der Betroffene zuvor über einen Zeitraum von zehn Tagen stationär psychiatrisch behandelt werden.

Beispiel 2: Auch in einem anderen Fall erwiderte das Bundesamt im Klageverfahren auf eine fünfseitige psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahme⁸⁴ wie folgt:

„Überdies handelt es sich vorliegend um Aussagen der Therapeutin der Klägerin zu 1.), so dass selbige für deren Verwertbarkeit im Zweifelsfalle zur Klägerin als Objekt der Stellungnahme – die notwendige kritische Distanz vermissen lassen, vgl. hierzu ebenso VG Stuttgart, Urt. V. 14.03.2017 – AZ: A 11 K 7407/16 Rdnr. 62.“⁸⁵

In der besagten Stellungnahme erfolgte die Diagnose einer PTBS nicht nur auf Grundlage einer ausführlichen Diagnostik, die Betroffene befand sich zudem zusätzlich in fachärztlich-psychiatrischer Behandlung.

Beispiel 3: In einem anderen Fall erwiderte das BAMF auf ein 26-seitiges psychiatrisches Gutachten⁸⁶ im Gerichtsverfahren wie folgt:

⁸² Fall4_BAMF_10/2018.

⁸³ Fall4_SN_10/2018.

⁸⁴ Fall5_SN_12/2018.

⁸⁵ Fall5_BAMF_03/2019.

⁸⁶ Fall6_SN_01/2019.

"Neue Erkenntnisse bringt das Gutachten nach hiesiger Auffassung nicht. Zudem wurde das Gutachten vom Bevollmächtigten in Auftrag gegeben, wobei die Fragestellung an die Gutachterin vorgegeben wurde. Die Befragungen (Dauer?) [sic!] fanden in den Räumen der [Name des Behandlungszentrums] statt, die eine Interessenvertretung darstellt. Weiterhin ist fraglich, wie eine objektive Beurteilung des Gesundheitszustandes des Klägers möglich sein soll, wenn sämtliche Verfahrensunterlagen vorgelegt wurden, die mit Sicherheit die Bewertung beeinflusst haben."⁸⁷

Der Betroffene war zuvor aufgrund von Suizidalität über einen Zeitraum von sechs Wochen stationär-psychiatrisch behandelt worden. In der Folge hatte er zudem bereits drei fachärztliche Bescheinigungen unterschiedlicher Ärztinnen im Asylverfahren eingereicht, welche ihm für den Fall einer Abschiebung eine erhebliche Suizidgefahr attestierten. Auch im Beispielfall kam die Gutachterin zu dem Schluss, dass bei Wegfall des Therapieregimes bzw. für den Fall der Abschiebung die ernstzunehmende Gefahr suizidaler Handlungen bestehe.

Bewertung: Die pauschale Zurückweisung von Stellungnahmen aufgrund der therapeutischen Beziehung zwischen Verfasser*in und schutzensuchender Person ist weder mit den rechtlichen Vorgaben noch mit fachlichen Erwägungen vereinbar. Es ist im derzeitigen System der Darlegungspflichten angelegt und vorgesehen, dass erkrankte Geflüchtete die erforderlichen Nachweise am ehesten von ihren Behandlungspersonen erhalten können und diese Anerkennung finden müssen. Andernfalls wären die Betroffenen gezwungen, sich stets um externe Gutachten zu bemühen, was jedoch aufgrund der unzumutbaren Kostenlast auf eine Beweisführungspflicht hinausliefe und gegen verwaltungsprozessuale Grundsätze verstieße (s.o.).

Vor diesem Hintergrund hat beispielsweise das Bundesverwaltungsgericht in seiner o.g. Grundsatzentscheidung das Attest der behandelnden Psychiaterin des Klägers für substantiiert befunden, ohne die Patientenbeziehung in irgendeiner Weise zu problematisieren. Sogar die Dienstanweisung des Bundesamtes enthält den ausdrücklichen Hinweis darauf, dass die Ausstellung von Stellungnahmen durch Behandlungspersonen der Regelfall ist. Zugleich wird hervorgehoben, dass die bestehende Behandlungsbeziehung fundierte Urteile begünstigen kann:

*„Atteste/Stellungnahmen, die im Rahmen der Darlegungslast des Antragstellers vorgelegt werden, sind in der Regel für das Bundesamt **kostenlose Äußerungen des behandelnden Arztes**. Deren Wert ist im Vergleich zu dem Gutachten eines neutralen Dritten aber trotzdem nicht zu unterschätzen. Während der Gutachter in der Regel nur einen relativ kurzen Zeitraum mit dem Probanden verbringen kann, hat sich der*

⁸⁷ Fall6_BAMF_01/2019.

behandelnde Arzt oft über einen längeren Zeitraum mit seinem Patienten befasst und kann so zu fundierten Erkenntnissen kommen.“⁸⁸

Wenn das Bundesamt in den ersten beiden Beispielen einen pauschalen Parteilichkeitsvorwurf aufgrund der therapeutischen Beziehung erhebt, überspannt es also die Darlegungspflichten der Betroffenen und missachtet zugleich die Leitgedanken der eigenen Dienstanweisung. Sollten die Entscheider*innen tatsächlich begründeten Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit der Diagnose gesehen haben, hätten sie vor Gericht anstelle der Zurückweisung eine ergänzende externe Begutachtung anregen müssen, denn die Darlegungspflichten waren erfüllt, so dass die Pflicht zur weiteren Sachaufklärung auf staatlicher Seite lag.

Spätestens jedoch im dritten Beispiel muss sich das Bundesamt selbst den Vorwurf der Parteilichkeit gefallen lassen, wenn es bemängelt, dass das Gutachten vom Rechtsanwalt des Klägers in Auftrag gegeben wurde. Im Kern wirft es dem Betroffenen hierdurch vor, seine Erkrankung in der vorgeschriebenen Form geltend zu machen, denn die einzigen Akteure, die sonst ein Gutachten hätten veranlassen können, waren das Verwaltungsgericht sowie das Bundesamt selbst, worauf der Betroffene jedoch keinen weiteren Einfluss nehmen konnte. Einen besonders zynischen Beigeschmack erhält das Fallbeispiel vor dem Hintergrund, dass der Betroffene bereits zuvor mehrere fachärztliche Stellungnahmen eingereicht hatte, welche trotz attestierter Suizidgefahr unberücksichtigt geblieben waren. Der schwerkranke Betroffene und sein Rechtsanwalt hatten sich dementsprechend genötigt gesehen, überobligatorische Anstrengungen zu unternehmen und ein weiteres Gutachten in Auftrag zu geben.

In der Zusammenschau der Entscheidungen drängt sich der Eindruck auf, dass die Entscheider*innen je nach Fallkonstellation Umstände zum Gütekriterium erheben, die sie an anderer Stelle als Zurückweisungsgrund ins Feld führen. Wird eine Stellungnahme außerhalb des Therapiekontexts erstellt, wird die vermeintlich geringe Anzahl an Untersuchungsterminen problematisiert (s. vorheriger Abschnitt). Wird auf der Grundlage einer Vielzahl von Behandlungsterminen eine Stellungnahme erstellt, wird der Parteilichkeitsvorwurf erhoben. Ein derartig willkürlicher Austausch der entscheidungsleitenden Kriterien führt offenkundig zu einer Entscheidungspraxis zulasten der Schutzsuchenden und ist mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar.

⁸⁸ BAMF: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 02/19, a. a. O. (Fn. 34), S. 6 [Hervorhebung d. Verf.].

4.3 Zurückweisung psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen

Während der Parteilichkeitsvorwurf den Objektivitätsanspruch der Verfasser*innen von Stellungnahmen betrifft, zielt dieser Zurückweisungsgrund auf ihre berufliche Qualifikation. In mehreren Fällen wies das Bundesamt psychologisch-psychotherapeutischen Stellungnahmen mit der Begründung zurück, dass es einer fachärztlichen Bescheinigung bedürfe.

Beispiel 1: So erwiderte das Bundesamt auf die 15-seitige Stellungnahme⁸⁹ einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im Klageverfahren:

„Um ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot feststellen zu können, bedarf es aussagekräftiger, nachvollziehbarer ärztlicher Atteste [...]. Die Anforderungen sind von der vorliegenden psychologischen Stellungnahme nicht erfüllt. Insbesondere sei anzumerken, dass es sich bei dieser [Stellungnahme] um kein fachärztliches Attest handelt.“⁹⁰

Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den diagnostizierten Erkrankungen (rezidivierende depressive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und posttraumatische Belastungsstörung) fand nicht statt. Aus der Stellungnahme geht hervor, dass der Betroffene die psychotherapeutische Behandlung auf Veranlassung seiner Psychiaterin begonnen hatte, wobei die psychiatrische Behandlung parallel fortgesetzt wurde. Die Diagnosen aus der Vorbehandlung (u.a. PTBS) werden berichtet und um eine eigene Diagnostik ergänzt. Auch die derzeit psychiatrisch verordnete Medikation (Paroxetin, Melperon) wird angeführt. Für den Fall des Abbruchs der Psychotherapie prognostizierte die Verfasserin eine Zuspitzung der suizidalen Tendenzen.

Beispiel 2: In einem weiteren Klageverfahren erwiderte das Bundesamt auf die 9-seitige Stellungnahme⁹¹ eines Psychologischen Psychotherapeuten wie folgt:

„Insoweit mangelt es – und das dürfte bereits entscheidend sein – daran, dass hier keine ärztliche Bescheinigung/Attest vorgelegt wurde. Die Stellungnahme eines „psychologischen Psychotherapeuten“ [sic!], und damit nicht die eines Facharztes ist insoweit nicht ausreichend.“⁹²

Nachdem es zudem Zweifel an dem dargelegten zeitlichen Ablauf der Behandlung vorgebracht hat, schließt das Bundesamt mit dem folgenden Hinweis an das Gericht:

⁸⁹ Fall7_SN_03/2018.

⁹⁰ Fall7_BAMF_05/2018.

⁹¹ Fall8_SN_07/2017.

⁹² Fall8_BAMF_08/2017.

„Daraus und aus der Tatsache, dass wesentliche Mindestanforderungen hier schlicht fehlen, die höchststrichterlich (a.a.O.) bei der Vorlage von qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen konkretisiert wurden, folgt weiter, dass es sich für das Gericht verbieten dürfte, der vorgelegten Stellungnahme rechtliche Relevanz zuzumessen.“⁹³

Die Stellungnahme enthält neben einer umfassenden biographischen Anamnese u.a. eine ausführliche Begründung der Diagnose (PTBS, mittelgradige Depression und Verdacht auf schizoide Persönlichkeitsstörung), welche testdiagnostisch abgesichert wurde. Aus der Stellungnahme geht ferner hervor, dass der Betroffene in der Vergangenheit über einen Zeitraum von zwei Wochen aufgrund einer ärztlichen Einweisung akutpsychiatrisch behandelt wurde. Auch im Anschluss hatte er mehrfach suizidale Gedanken geäußert, was schließlich Dritte dazu veranlasste, ihn zur psychologischen Behandlung anzumelden.

Beispiel 3: In einem weiteren Fall lagen sowohl eine psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahme als auch zwei fachärztliche jugendpsychiatrische Stellungnahmen sowie der Bericht einer Fachärztin für innere Medizin vor.⁹⁴ Das BAMF verneinte gleichwohl die Erfüllung der Darlegungserfordernisse und führte hierzu aus:

„Diese ärztlichen Stellungnahmen erfüllen aber nicht die Mindestanforderungen, die im Rahmen der Feststellung eines Abschiebeverbotes [...] zu stellen sind. Es ist in den Stellungnahmen nicht angegeben, welche tatsächlichen Umstände der Diagnose zugrunde liegen bzw. wie solche Umstände erhoben worden sind. [...] Soweit der Antragsteller noch zusätzlich eine psychosoziale Stellungnahme vom [Datum] und eine psychotherapeutische Bescheinigung vom [Datum] vorgelegt hat, konnten diese nicht berücksichtigt werden, da es sich hierbei nicht um Stellungnahmen handelt, die durch einen Arzt erfolgt sind. Der Antragsteller hat daher nicht nachvollziehbar belegt, dass er unter einer Erkrankung leidet, die die Voraussetzungen für die Anordnung eines Abschiebeverbotes nach § 60 Abs. 7 AufenthG erfüllt.“⁹⁵

Die drei Behandlungspersonen hatten dem Betroffenen unabhängig voneinander eine PTBS diagnostiziert. Gemäß den psychiatrischen Attesten bestand für den Fall einer Abschiebung die Gefahr einer erheblichen Gesundheitsverschlechterung mit suizidalen Handlungsimpulsen, das verordnete Antidepressivum Mirtazapin hatte bislang keine Verbesserung bewirkt. Der Betroffene war zudem wenige Monate zuvor aufgrund akuter Suizidalität stationär in der Kinder-

⁹³ Ebd.

⁹⁴ Fall9_SN1_03/2017, Fall9_SN2_03/2017, Fall9_SN3_06/2017.

⁹⁵ Fall9_BAMF_09/2017.

und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden. Gemäß der psychologisch-psychotherapeutischen Stellungnahme hatten zum damaligen Zeitpunkt 28 Behandlungseinheiten stattgefunden, anhand eines strukturierten klinischen Interviews wurde die von dem Betroffenen beschriebene Symptomatik bestätigt.

Bewertung: Die Zurückweisung psychologisch-psychotherapeutischer Expertise im Asylverfahren rekurriert auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und die hieran anknüpfenden Gesetzesänderungen (s. Abschnitt 2.2). Das BAMF steht mit seiner obigen Entscheidungspraxis nicht allein da: Mehrere Verwaltungsgerichte hatten bereits vor Inkrafttreten des sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetzes unter Rückgriff auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts bzw. in dogmatisch fragwürdiger⁹⁶ analoger Anwendung des im Jahr 2016 eingeführten § 60a Abs. 2c AufenthG psychologisch-psychotherapeutische Expertise im Asylverfahren zurückgewiesen.⁹⁷ Diesen Analogieschluss hat der Gesetzgeber mit der Änderung des § 60 Abs. 7 AufenthG zum 21. August 2019 auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.⁹⁸ Dementsprechend stellt sich nunmehr die Frage, inwiefern psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen trotz der ausdrücklichen Regelung weiterhin berücksichtigt werden müssen und wie die damaligen Beispielfälle nach der heutigen Rechtslage zu beurteilen sind. Zur besseren Einordnung der gesetzlichen Regelungen wird zunächst die berufliche Qualifikation Psychologischer Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in den Blick genommen, im Anschluss werden die Konsequenzen der Gesetzesänderung diskutiert.

Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind aufgrund ihrer Ausbildung zur Feststellung und Behandlung psychischer Störungen befähigt und berechtigt.⁹⁹ Sie nehmen im Rahmen der psychotherapeutischen Krankenbehandlung im Umfang ihres gesetzlich definierten Auftrags¹⁰⁰ gleichberechtigt neben Ärzt*innen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wie auch ihre ärztlichen Kolleg*innen werden in das

⁹⁶ Vgl. Hager, Nina: Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen, a. a. O. (Fn. 27).

⁹⁷ Vgl. z.B. VG München, Urteil vom 10.1.2017, a. a. O. (Fn. 30); VG Würzburg, Beschluss vom 14.7.2017, a. a. O. (Fn. 30); VG Gelsenkirchen, Urteil vom 03.02.2017 - 6a K 2802/15.A. - juris, VG Bayreuth, Urteil vom 03. August 2017 - B 3 K 17.31531 -, Rn. 51 ff., juris, VG Regensburg, Beschluss vom 05. September 2018 - RN 7 K 16.32563 -, Rn. 22 ff., juris. Vgl. ferner VGH Bayern, Beschluss vom 24. Januar 2018 - 10 ZB 18.30105 -, Rn. 7, juris; OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 28. September 2017 - 2 L 85/17 -, Rn. 6 ff., juris.

⁹⁸ Durch das Gesetz wurde ein Verweis in § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG eingefügt, wonach die Mitwirkungspflichten nach § 60a Absatz 2c Satz 2 und 3 AufenthG entsprechende Anwendung finden, vgl. Kapitel 2.2.1.

⁹⁹ Vgl. § 1 Abs. 2 PsychThG n.F.

¹⁰⁰ Vgl. §§ 28 Abs. 3, 73 Abs. 2 Satz 2 bis 6 SGB V.

Arztregister eingetragen.¹⁰¹ An ihre Berufszulassung werden hohe Anforderungen gestellt: Wer als Psychologische Psychotherapeut*in tätig sein möchte, bedarf der Approbation¹⁰², welche nicht nur ein abgeschlossenes Psychologiestudium, sondern zusätzlich eine mindestens dreijährige Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren voraussetzt.¹⁰³ Diese umfasst mindestens 4.200 Ausbildungsstunden, wovon wenigstens 1.200 Stunden in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung abzuleisten sind.¹⁰⁴ Am Ende der Ausbildung steht eine Staatsprüfung, bestehend aus einem mündlichen und schriftlichen Prüfungsteil.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind Spezialist*innen für die Diagnostik und Behandlung von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 21 Jahren und deren Familien. Sie haben zunächst ein Psychologie- oder ein Pädagogikstudium absolviert und danach ebenfalls eine mindestens dreijährige psychotherapeutische Ausbildung mit anschließender Staatsprüfung abgeschlossen. Mit dem geänderten Psychotherapeutengesetz, das im September 2020 in Kraft getreten ist, wurde die bisherige Psychotherapeut*innenausbildung grundlegend reformiert.¹⁰⁵ Zukünftig kann nach Abschluss eines fünfjährigen Hochschulstudiums der Psychotherapie sowie erfolgreich abgelegter Staatsprüfung die Approbation beantragt werden.¹⁰⁶ Mit den ersten Approbationen nach dem neuen Gesetz ist frühestens Ende 2022 zu rechnen. Im Anschluss an die Approbation besteht die Möglichkeit, eine fachpsychotherapeutische Weiterbildung zur Behandlung von Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen zu durchlaufen. Diese ist unter anderem notwendig, um eine Zulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten.¹⁰⁷

Vor dem Hintergrund ihrer profunden Ausbildung und rechtlichen Befugnisse stellt sich die Frage, wie der Ausschluss psychologisch-psychotherapeutischer Expertise im Asylverfahren zu rechtfertigen ist. Die Bundesregierung antwortete auf eine kleine Anfrage von Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE¹⁰⁸, die Gesetzgebung treffe *„durch die Einführung eines neuen Satzes in § 60 Absatz 7 des Aufenthaltsgesetzes keine Aussage zur Befähigung von Psychotherapeuten gemäß § 2*

¹⁰¹ Vgl. §§ 72 Abs. 1, 95, 95c SGB V.

¹⁰² Vgl. § 1 Abs. 1 PsychThG n.F.

¹⁰³ § 5 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1a PsychThG a.F.

¹⁰⁴ Vgl. §§ 1 Abs. 3, 2 Abs. 2 Nr. 1 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten.

¹⁰⁵ S. Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604).

¹⁰⁶ Vgl. §§ 2 ff. PsychThG

¹⁰⁷ Vgl. §§ 95 Abs. 2 Nr. 1, 95c Abs. 1 SGB V.

¹⁰⁸ Deutscher Bundestag: Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, Kerstin Kassner, Dr. Achim Kessler, Jutta Krellmann, Amira Mohamed Ali, Cornelia Möhring, Niema Movassat, Petra Pau, Martina Renner, Kersten Steinke, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE. Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten, Drucksache 19/11142, 26.06.2019.

*des Psychotherapeutengesetzes im Vergleich zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie“.*¹⁰⁹ Um jedoch ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot feststellen zu können, bedürfe es „*einer umfassenden medizinischen – einschließlich reisemedizinischen – Beurteilung sowohl des körperlichen als auch des psychischen Gesundheitszustandes [...]*“.¹¹⁰

Dieser Begründungsansatz vermag bei näherer Betrachtung nicht zu überzeugen. Zum einen ist die Frage der Reisefähigkeit im Rahmen der Prüfung zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote nicht entscheidungserheblich. Zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote betreffen ausschließlich die Frage, ob sich eine schwerwiegende Erkrankung aufgrund der Umstände im Zielstaat wesentlich verschlechtern würde; eine krankheitsbedingte Reiseunfähigkeit hingegen ist als innerstaatliches Abschiebehindernis zu berücksichtigen. Zum anderen widerspricht die propagierte Notwendigkeit einer umfassenden medizinischen Beurteilung sowohl des körperlichen als auch des psychischen Gesundheitszustandes durch dieselbe Person der Entscheidungspraxis des Bundesamtes. So heißt es in der Dienstanweisung zum Asylverfahren, es sei „*regelmäßig die substantiierte Darlegung des medizinischen Befundes mittels einer qualifizierten fachärztlichen Bescheinigung zu verlangen. Die Bescheinigung durch einen Arzt, der einen außerhalb seines Fachgebietes liegenden Befund attestiert genüg[e] grundsätzlich nicht.*“¹¹¹ Nach diesem Maßstab sollen stets Spezialist*innen in ihrem jeweiligen Fachgebiet die erforderlichen Einschätzungen treffen. Psychologische-Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sind nach dem zuvor Gesagten qualifiziert, psychische Erkrankungen festzustellen und zu behandeln und verfügen damit prima facie über die erforderliche Spezialqualifikation.

Dem wird von einigen Gerichten entgegengehalten, dass die medikamentöse Behandlung depressiver Symptome bei PTBS einen hohen Stellenwert einnehme, wobei es sich um klassische ärztliche Aufgaben handle.¹¹² Auch dieser Einwand vermag nicht zu überzeugen. Zwar fällt die Verschreibung von Medikamenten nicht in den Kompetenzbereich Psychologischer Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen.¹¹³ Jedoch ist die psychomakologische Behandlung nur ein möglicher Teilaspekt der Therapie psychischer Erkrankungen, letztere kann hierauf keineswegs reduziert werden. Beispielsweise ist gemäß der

¹⁰⁹ Deutscher Bundestag: Drucksache 19/11666, a. a. O. (Fn. 63), S. 9.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ BAMF: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 02/19, a. a. O. (Fn. 34), S. 2.

¹¹² Vgl. VG München, Urteil vom 10.1.2017, a. a. O. (Fn. 30), Rn. 18 ff.; VG Bayreuth, Urteil vom 03. August 2017, a. a. O. (Fn. 97), Rn. 56.

¹¹³ Vgl. § 48 Abs.1 Arzneimittelgesetz. Der Erwerb pharmakologischer Grundkenntnisse ist jedoch Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung, vgl. Anlage 1 zu § 3 Abs. 1 PsychTh-APrV.

aktuellen S3-Leitlinie PTBS¹¹⁴ die traumafokussierte Psychotherapie die vorrangige Methode zur Behandlung von PTBS.¹¹⁵ Eine Pharmakotherapie hingegen soll gemäß den Empfehlungen weder als alleinige noch als primäre Therapiemethode eingesetzt werden, da diese nachweislich eine deutlich geringere Effektstärke zeige.¹¹⁶ Selbst wenn jedoch im Einzelfall eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist, bedeutet dies nicht, dass Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen keine fundierten Aussagen zur Schwere der Erkrankung und den zu erwartenden Folgen eines Abbruchs der therapeutischen Behandlung treffen können.¹¹⁷ Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass das psychotherapeutische Behandlungssetting eine profunde Einschätzung der krankheitsbedingten Folgen sogar begünstigen kann. Während psychiatrisch tätige Fachärzt*innen in der Regel eher kurze Patient*innenkontakte bei einer hohen Patient*innenzahl haben, erfolgt die Richtlinienpsychotherapie im Rahmen längerer Therapieeinheiten bei vergleichsweise niedrigen Fallzahlen.¹¹⁸ Hieraus folgt in praktischer Hinsicht, dass viele Psychiater*innen schlichtweg keine Kapazitäten haben, um die erforderlichen Bescheinigungen in der gebotenen Ausführlichkeit auszustellen.¹¹⁹

Nach alledem sind keine durchgreifenden Gründe für den pauschalen Ausschluss psychologisch-psychotherapeutischer Expertise im Asylverfahren ersichtlich.¹²⁰ Im Einklang hierzu betonten mehrere Oberverwaltungsgerichte vor dem Inkrafttreten des sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetzes,

¹¹⁴ Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie: S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“, Version vom 19.12.2019, abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf, abgerufen am 09.03.2021. Die Leitlinie enthält evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von PTBS und wurde von zahlreichen Fachgesellschaften (u.a. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie) unter der Federführung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie erarbeitet.

¹¹⁵ Ebd., S. 24. ff.

¹¹⁶ Ebd., S. 30 ff.

¹¹⁷ Vgl. diesbezüglich auch VG Düsseldorf, Urteil vom 25. Juli 2019 – 4 K 993/17.A –, juris; VG Weimar, Urteil vom 26. Februar 2020 – 4 K 21268/17 –, Rn. 42 ff., juris.

¹¹⁸ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.: DGGPN-Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, Berlin 2018, S. 30.

¹¹⁹ Vgl. DIMR: Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 90; vgl. auch Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2020, Berlin 2020, wonach es im Jahr 2020 deutschlandweit lediglich 4.130 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Neurolog*innen bzw. Psychiater*innen sowie 5.765 zugelassene ärztliche Psychotherapeut*innen gab.

¹²⁰ Vgl. Gemeinsame Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der BAfF zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-Gesetz), Berlin 2019, abrufbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/05/2019-05-16_STN_Gesetzentwurf_BPtK_BAfF_Geordnete-Ru%CC%88ckkehr-Gesetz-1.pdf, abgerufen am 09.03.2021; vgl. auch Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: Stellungnahme zum Ausschluss der Expertise psychologischer Psychotherapeut*innen im Asylverfahren, a. a. O. (Fn. 4).

dass Stellungnahmen Psychologischer Psychotherapeut*innen zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweisantrages geeignet sind.¹²¹ Das Bundesverwaltungsgericht habe lediglich festgestellt, dass „regelmäßig“ die Vorlage eines fachärztlichen Attestes erforderlich sei; dieser Grundsatz stelle nicht in Frage, dass neben Fachärzt*innen grundsätzlich auch Psychologische Psychotherapeut*innen aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zur Diagnose psychischer Erkrankungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen befähigt sind.¹²² Viele Verwaltungsgerichte kamen zu gleichlautenden Einschätzungen und stellten auf Grundlage psychologisch-psychotherapeutischer Stellungnahmen krankheitsbedingte Abschiebungsverbote fest.¹²³

Trotz alledem verlangt das Aufenthaltsgesetz nun ausdrücklich nach einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung und bietet damit einen formellen Anknüpfungspunkt für die obige Entscheidungspraxis des Bundesamtes.

Dies ist für die Betroffenen fatal und angesichts des hohen Wertes des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) verfassungsrechtlich problematisch: Leiden sie unter einer schweren psychischen Erkrankung und gelingt es ihnen angesichts der aufgezeigten Hürden nicht, rechtzeitig Zugang zu einer qualifizierten fachärztlichen Bescheinigung erhalten, so werden sie durch die Nichtberücksichtigung der Erkrankung unverhältnismäßig benachteiligt.¹²⁴ Dies gilt umso mehr, wenn die Erkrankung anhand einer psychologisch-psychotherapeutischen Stellungnahme nachvollziehbar dargelegt wurde. In diesen Fällen ist es erforderlich, den Begriff der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass hiervon auch psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen umfasst sind.¹²⁵ Namentlich dürfen Darlegungslasten nicht in einer Weise verteilt werden, die es den Betroffenen faktisch unmöglich macht, sie zu erfüllen.¹²⁶ Dies muss

¹²¹ Vgl. z.B. OVG NRW, Beschluss vom 20. März 2017 – 13 A 517/16.A –, Rn. 11, juris; BayVG, Beschluss vom 11. August 2016 – 20 ZB 16.30110 –, Rn. 4, juris; OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27. September 2016 – OVG 3 N 24.15 –, Rn. 18, juris.

¹²² OVG NRW, Beschluss vom 20. März 2017, a.a.O. (Fn. 121), Rn.11.

¹²³ So beispielsweise VG Gelsenkirchen, Urteil vom 16. April 2015 – 7a K 4740/14.A –, juris; VG Köln, Urteil vom 28. Juli 2015 – 14 K 4809/12.A –, juris; VG München, Urteil vom 28. April 2014 – M 21 K 11.30473 –, juris;

VG Wiesbaden, Urteil vom 26. Juni 2017 – 1 K 1369/15.WI.A –, juris. Für eine ausführliche Darstellung der Rechtsprechung vgl. Hager, Nina: Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen, a. a. O. (Fn. 27).

¹²⁴ Vgl. zu alledem Lincoln, Sarah: Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz?, a. a. O. (Fn. 19).

¹²⁵ Vgl. ebd., S. 354.

¹²⁶ Vgl. ebd., S. 352 unter Verweis auf BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 30. April 2008 – 2 BvR 482/07 –, Rn. 16, juris; BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 16. Mai 2018 – 2 BvR 635/17 –, Rn. 34, juris. Die beiden Entscheidungen betreffen die Beweislastverteilung im gerichtlichen Verfahren und die Rechtsweggarantie des Art. 19 Abs. 4 GG, lassen sich jedoch auf das Verwaltungsverfahren übertragen.

umso mehr gelten, wenn Gesundheitsgefahren von erheblichem Gewicht in Rede stehen, wie es im Rahmen krankheitsbedingter Abschiebungsverbote der Fall ist.¹²⁷

Ansätze für eine erweiternde Auslegung des Begriffs der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung finden sich in der neueren Rechtsprechung bereits: So entschied das Verwaltungsgericht München mit Urteil vom 02.10.2019 – und damit nach dem Inkrafttreten des sog. Geordnete-Rückkehr-Gesetzes - bei der im Verfahren vorgelegten Stellungnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten, handele es sich um eine "ärztliche Bescheinigung" im Sinne von § 60a Abs. 2c S. 2 AufenthG.¹²⁸ Mit Blick auf den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG) könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber ein umfassendes Verwertungsverbot statuiert habe.¹²⁹ Die bezüglich der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ergangenen Entscheidungen zur Gleichwertigkeit psychologisch-psychotherapeutischer Expertise (s.o.) lassen sich ebenfalls als Argumentationsgrundlage für eine erweiternde Auslegung heranziehen.¹³⁰

Auch bei einer restriktiven Auslegung der Vorschriften sind jedoch gewisse Mindestanforderungen an die Sachaufklärung zu stellen: So mag es sein, dass nach dem Willen der Gesetzgeber*innen eine psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahme für sich genommen keinen Anspruch auf die Feststellung eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbotes begründen kann. Hieraus folgt jedoch nicht, dass eine solche – sofern sie Auskunft über eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG gibt – völlig unbeachtlich wäre.¹³¹ Auch in der Dienstanweisung des Bundesamtes heißt es, *„die Bescheinigung eines Psychologen oder eines Psychotherapeuten [könne] allein kein Abschiebungsverbot begründen, dafür aber weitere Sachaufklärungspflicht des Bundesamtes auslösen und im weiteren Verfahren eine Grundlage für die abschließende ärztliche Bescheinigung darstellen.“*¹³² Dies muss

¹²⁷ Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kommt der verfahrensrechtlichen Sachaufklärungspflicht im Kontext von krankheitsbedingten Abschiebungsverböten verfassungsrechtliches Gewicht zu, s. BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 24. Juli 2019, a. a. O. (Fn. 37), Rn. 31.

¹²⁸ VG München, Urteil vom 02. Oktober 2019 – M 19 K 17.35935 –, Rn. 34 ff., juris.

¹²⁹ Ebd.

¹³⁰ Zwar verlangte das Bundesverwaltungsgericht nur „regelmäßig“ ein ärztliches Attest, wohingegen das Aufenthaltsgesetz diese Einschränkung dem Wortlaut nach nicht enthält, was gegen eine direkte Übertragbarkeit der diesbezüglich ergangenen Rechtsprechung sprechen könnte, vgl. VG Regensburg, Beschluss vom 05.09.2018, a. a. O. (Fn. 97), Rn. 19. Den weiterhin gültigen fachlichen Argumenten der damaligen Entscheidungen lässt sich jedoch auch dadurch Rechnung tragen, dass der Begriff des ärztlichen Attests verfassungskonform ergänzend ausgelegt wird.

¹³¹ Dies gilt umso mehr, als psychische Erkrankungen auch im Rahmen der Prüfung von Abschiebungsverböten gemäß § 60 Abs. 5 AufenthG zu berücksichtigen sind, vgl. zur Berücksichtigung einer psychologischen Stellungnahme VG Berlin, Urteil vom 17. Dezember 2019 – 17 K 216.17 A –, Rn. 47, juris.

¹³² BAMF: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverböte, Stand 02/19, a. a. O. (Fn. 34), S. 3.

erst recht gelten, wenn wie in den oben angeführten Beispielen weitere gewichtige Anhaltspunkte für eine schwerwiegende Erkrankung vorliegen, wie z.B. stationäre Klinikaufenthalte oder eine ergänzende psychiatrische Behandlung. In solchen Fällen lässt es sich angesichts der potenziell drohenden Gefahren für Leib und Leben schlichtweg nicht vertreten, keine weitere Sachaufklärung zu unternehmen.¹³³ Ferner verbietet sich eine formalistische Einzelbetrachtung von Unterlagen, wie sie im dritten Beispiel vorgenommen wurde.¹³⁴ Während die Unterlagen in ihrer Gesamtschau ein schlüssiges Bild von der Schwere der Erkrankung vermitteln, führte das Bundesamt einerseits die fehlende ärztliche Qualifikation der Psychologischen Psychotherapeutin und andererseits die Unzulänglichkeit der ärztlichen Atteste ins Feld. Eine solche Einzelbetrachtung lässt den Schutzanspruch der Betroffenen ins Leere laufen und benachteiligt sie damit unverhältnismäßig.¹³⁵

Insgesamt ist festzuhalten, dass psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen, die nachvollziehbar Auskunft über eine schwerwiegende Erkrankung und die Gefahr einer wesentlichen Gesundheitsverschlechterung im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG geben, jedenfalls Anlass zu weiterer Sachaufklärung geben müssen. Zudem muss stets eine Gesamtbetrachtung aller sonstigen gesundheitsbezogenen Umstände vorgenommen werden. In diesem Sinne fordert auch das Deutsche Institut für Menschenrechte auf Grundlage einer profunden Auswertung der bestehenden Rechtspraxis, die Mitarbeitenden des Bundesamtes sollten stärker dazu verpflichtet werden, weitere nicht unmittelbar offensichtliche Anhaltspunkte für krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse zu berücksichtigen.¹³⁶

4.4 Zurückweisung der PTBS-Diagnose anhand von Glaubhaftigkeitserwägungen

Anders als die zuvor diskutierten Zurückweisungsgründe betrifft der folgende Einwand den Vortrag der Schutzsuchenden und die Glaubhaftigkeit ihrer Schilderungen mit spezifischem Bezug zu den diagnostischen Kriterien der PTBS. Die Posttraumatische Belastungsstörung ist im

¹³³ In diesem Sinne entschied das VG Weimar für das verwaltungsgerichtliche Verfahren, dass die gesetzlichen Darlegungserfordernisse das Gericht nicht von der Sachaufklärungspflicht entbinden, vgl. VG Weimar, Urteil vom 26.02.2020, a. a. O. (Fn. 117), Rn. 46.

¹³⁴ Ein gutes Beispiel für die gebotene Gesamtbetrachtung von Umständen bietet ein Urteil des VG Halle (Urteil vom 03.07.2019 - 2 A 873/16 -, juris). Zwar lag eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung im Sinne des § 60a Abs. 2c AufenthG dem Gericht laut den Urteilsgründen nicht vor. Gleichwohl erkannte es aufgrund der ärztlich dokumentierten Krankengeschichte (u.a. Bescheinigung über Krankenhausaufenthalt sowie Kurarztbrief) ein Abschiebungsverbot zu.

¹³⁵ Auch der Wortlaut des § 60a Abs. 2c S. 3 AufenthG spricht für eine Gesamtbetrachtung. Die Vorschrift ist als Soll-Regelung ausgestaltet, so dass ärztliche Bescheinigungen auch dann den Anforderungen genügen können, wenn zwar nicht alle Anforderungen im Einzelnen erfüllt sind, jedoch aus den Gesamtumständen ersichtlich ist, dass eine schwerwiegende Erkrankung vorliegt. Dies muss insbesondere dann angenommen werden, wenn eine ergänzende psychotherapeutische Stellungnahme vorliegt.

¹³⁶ DIMR, Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 20.

Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen unter anderem dadurch charakterisiert, dass die Ursache für die Störung Bestandteil ihrer Definition ist. So entsteht diese per definitionem „als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. ¹³⁷ Hieran anknüpfend führte das Bundesamt in den folgenden Fällen aus, die Angaben zum traumatischen Ereignis (nach dem DSM-5 auch „A-Kriterium“ genannt ¹³⁸) seien nicht glaubhaft, so dass die PTBS-Diagnose keinen Bestand haben könne.

Beispiel 1: So reagierte das Bundesamt auf einen 11-seitigen fachärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht ¹³⁹ im Klageverfahren wie folgt:

"Der von der Klägerseite vorgelegte Befundbericht vom [Datum] – ebenso das Attest vom [Datum] – entsprechen gerade nicht den vom Bundesverwaltungsgericht gestellten Mindestanforderungen für das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen PTBS im Sinne des § 60a Abs. 2c AufenthG.

Der Befundbericht vom [Datum] beschränkt sich neben den Angaben zur aktuellen Situation der Klägerin und Diagnosen im Wesentlichen auf die Wiedergabe der – offenbar nicht weiter überprüften – Angaben der Klägerin. Anzuführen ist zudem, dass eine PTBS nur zum Entstehen kommt, wenn ein belastendes Ereignis (tatsächlich) stattgefunden hat. Da der Nachweis dieses Ereignisses bei der fachärztlichen Begutachtung weder zu erbringen noch zu leisten ist, muss das behauptete traumatisierende Ereignis vom Schutzsuchenden gegenüber dem Tatrichter nachgewiesen bzw. wahrscheinlich gemacht wird [sic!] (VGH München, Beschluss v. 23.05.2017 – 9 ZB 13.30236).

Die Angaben der Klägerin zu dem oder den traumatisierenden Erlebnis(sen) wurden vorstehend offenbar vom Verfasser der psychiatrischen Stellungnahme überhaupt nicht weiter überprüft. Bei der Prüfung des Störungsbildes einer PTBS muss jedoch geklärt werden, ob ein traumatisches Erlebnis vorgelegen hat. Besteht hierüber - wie im vorliegenden Verfahren - keine Sicherheit, stellt sich gewissermaßen eine implizite

¹³⁷ ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020, F 43.1.

¹³⁸ American Psychiatric Association (Hg.): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013.

¹³⁹ Fall10_SN_04/2018.

Glaubhaftigkeitsfragestellung. Nach Überzeugung des Bundesamtes mangelt es bereits an einem konkreten und schlüssig dargelegten traumatischen Lebensereignis."¹⁴⁰

Als traumatische Ereignisse werden im Befundbericht unter anderem wiederholte Vergewaltigungen in einem Lager in Libyen benannt, in welchem die Betroffene gemäß ihren Angaben über einen Zeitraum von acht Monaten mit anderen Geflüchteten festgehalten wurde, nachdem sie in die Gefangenschaft von Schleppern geraten war. Benannt werden ferner detailliert beschriebene Gewalt- und Hungererfahrungen im Herkunftsland sowie das Miterleben des Todes anderer Flüchtender auf dem Weg durch die Sahara. Warum diese Ereignisse aus Sicht des Bundesamtes nicht konkret und schlüssig dargelegt wurden, wird in der zuvor zitierten Klageerwiderung nicht weiter begründet. Es liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei der zitierten Passage um einen pauschalen Textbaustein handelt, zumal sich die berichterstattende Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – anders als vom BAMF bemängelt – intensiv mit den Angaben der Betroffenen auseinandergesetzt hatte. So heißt es in dem Befundbericht:

*„Die Symptome posttraumatischer Störungen ermöglichen generell keine Rekonstruktion der objektiven Seite des traumatischen Ereignisses. Es kann aber auf die Konsistenz und Übereinstimmung des Inhaltes der Aussagen und dem bei der Klientin gefundenen Befund geachtet und dazu Stellung genommen werden. [Name der Patientin] schildert ihre Lebensgeschichte und insbesondere die traumatischen Erfahrungen unter hoher emotionaler Belastung bei deutlich beobachtbaren physiologischen Veränderungen (Tränen in den Augen, kurzes Schluchzen, körperliche Unruhe, spürbare hohe körperliche Anspannung, Vibrieren der Beine, vermehrtes Schwitzen und eine Veränderung der Stimme, die noch leiser wird, Abdriften, Dissoziation). Es ist ihr anzumerken, dass sie die traumatischen Erfahrungen erstmals überhaupt in Worte fasst und es ihr außerordentlich schwer fällt, über die belastenden Inhalte zu sprechen. Die ausgeprägte physiologische Erregung ist in den therapeutischen Sitzungen deutlich beobachtbar. [...] Die Verhaltensbeobachtung bei der Beschreibung der oben beschriebenen traumatisierenden Erlebnisse während der Therapiesitzungen wiesen darauf hin, dass die Schilderungen der Vorkommnisse erlebnisfundiert sind und die Kerninhalte des Berichteten der Realität entsprechen.“*¹⁴¹

Zusätzlich abgesichert wurden die Diagnosen (PTBS und mittelgradige depressiven Episode) durch eine ausführliche klinisch-psychologische Testdiagnostik (u.a. PTSD Checklist for DSM-5

¹⁴⁰ Fall10_BAMF_10/2018.

¹⁴¹ Fall10_SN_04/2018.

(PCL-5), Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)), welche die Diagnosen testpsychologisch bestätigte.

Beispiel 2: Besonderheiten können sich ergeben, wenn das der PTBS-Diagnose zugrunde gelegte traumatische Ereignis deckungsgleich zu den vorgebrachten Asylgründen ist. So erklärte das Bundesamt in einem Ablehnungsbescheid die fachärztliche Diagnose ¹⁴² einer PTBS für unbeachtlich, indem es darauf verwies, dass dem Asylvortrag und damit auch der Diagnose kein Glauben zu schenken sei:

„Soweit der Antragsteller unter Berufung auf die ihm diagnostizierte PTBS vorgetragen hat, des Schutzes vor der Verwirklichung eines lebensbedrohlichen Gesundheitsrisikos bei einer Rückkehr nach [Herkunftsland] zu bedürfen, scheitert sein Begehren bereits daran, dass es ihm nicht gelungen ist, das Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen für die Feststellung eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbotes glaubhaft zu machen. Schon bei der Prüfung des internationalen Schutzes wurde festgestellt, dass der Sachvortrag des Antragstellers als unglaubhaft zu bewerten ist. [...] Schließlich stützt der Antragsteller die diagnostizierte Suizidgefahr allein auf die erheblichen Zweifeln begegnenden Ereignisse während seiner Inhaftierung vom [Zeitraum] in [Herkunftsland]. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die obigen Ausführungen dazu verwiesen, warum das Geschehen, welches dem Trauma angeblich zugrunde liegen soll, nicht glaubhaft gemacht worden ist.“¹⁴³

Der Bescheid enthält zuvor eine ausführliche Begründung dazu, warum die Schilderungen des Betroffenen als unglaubhaft einzustufen seien. Der Betroffene war nach seinen Angaben in der Anhörung aufgrund von oppositionspolitischem Engagement im Herkunftsland inhaftiert worden. Im Gefängnis sei er vergewaltigt worden und man habe ihn genötigt, Urin zu trinken. Nach Auffassung des Bundesamtes waren die diesbezüglichen Angaben zu detailarm, um die Schilderungen für wahr zu halten. Auch die vorgelegte fachärztliche Stellungnahme und die dort diagnostizierte PTBS könnten keine andere Bewertung rechtfertigen, so heißt es auszugsweise:

„Dass dem Antragsteller fachärztlicherseits eine ‘posttraumatische Belastungsstörung’ (PTBS) attestiert worden ist, führt zu keiner anderen Bewertung der soeben dargelegten Glaubhaftigkeitsmängel. [...] Wenn ein Arzt PTBS diagnostiziert, muss er nämlich von einem bestimmten traumatisierenden Ereignis ausgehen. Der Entscheider kann dieses vom Arzt angenommene Ereignis jedoch nicht ohne Weiteres als Tatsache übernehmen. Weder mit

¹⁴² Fall11_SN_08/2017.

¹⁴³ Fall11_BAMF_10/2017.

psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln noch mithilfe der Psychopathologie kann nämlich sicher erschlossen werden, ob und ggf. wie ein traumatisierendes Ereignis tatsächlich stattgefunden hat (vgl. VGH BW, B. v. 20.10.2006 – A 9 S 1157/06). [...] In Anbetracht dessen lassen sich die gegen einen echten Erlebnishintergrund sprechenden umfangreichen Defizite in der Schilderung der persönlichen Erlebnisse nicht zufriedenstellend allein mit PTBS erklären und auf diese Weise komplett ausräumen. Insbesondere auch deshalb nicht, weil nach Volbert, Aussagen über traumatische Erlebnisse, 2010 (online publiziert 1. Februar 2011), Seite 29, bei einer erlebnisbasierten Aussage auch bei einer PTBS keine gravierenden Ungereimtheiten/Widersprüche im Kernbereich des Vorbringens zu erwarten sind. Wie oben dargelegt, ist das hier aber gerade der Fall.“¹⁴⁴

Tatsächlich enthalten sowohl das Anhörungsprotokoll als auch die fünfseitige Stellungnahme eine Reihe von Hinweisen, die für eine Erlebnisfundiertheit der Angaben hätten sprechen können – wobei eine Glaubhaftigkeitsbewertung an dieser Stelle mangels genauerer Kenntnis des Falls nicht erfolgen kann und soll. In der Stellungnahme heißt es aber beispielsweise anschaulich:

„Herr [Namenskürzel] berichtet von sich aufdrängenden Bildern und Gefühlen an [sic!] traumatische Erlebnisse in [Herkunftsland] (siehe ebenfalls biographische Angaben). [...] Auslöser [...] seien u.a. bestimmte Gerüche oder Geräusche, mit denen er in der Flüchtlingsunterkunft, in der er zur Zeit lebe, immer wieder konfrontiert sei. So bringe beispielsweise der Geruch von Urin im Badezimmer sofort all die Erinnerungen zurück. Bei einer genaueren Exploration wird deutlich, dass Herr [Namenskürzel] während seiner Inhaftierung gezwungen wurde, Urin zu trinken.“¹⁴⁵

Für den Fall eines Behandlungsabbruchs prognostizierte die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie eine Verschlechterung und Chronifizierung der Symptomatik sowie die Gefahr von suizidalen Handlungsimpulsen mit Umsetzungstendenz. Die psychische Belastung trat anscheinend auch in der Anhörung zutage. Gemäß einem Vermerk im Anhörungsprotokoll fing der Betroffene zu Beginn seiner Schilderungen an zu weinen, woraufhin die Anhörung für 2-3 Minuten unterbrochen wurde.

Bewertung: In der Frage nach der Glaubhaftigkeit wird das Ringen um die Abgrenzung von Kompetenzbereichen besonders augenfällig: Die Aushandlung von Glaubhaftigkeitsfragen ist zugleich eine Aushandlung von Kompetenzgrenzen.¹⁴⁶ Während es geklärt ist, dass Gerichte und

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Fall11_SN_08/2017.

¹⁴⁶ Zu dem „Konkurrenzkampf“ zwischen juristischem und ärztlichem Fachwissen vgl. Marx, Reinhard: Juristische Anforderungen an die Begutachtung von Asylklägern, die an traumatischen Folgen von Folter

Behörden keine psychologischen oder medizinischen Bewertungen ohne eigene Sachkunde vornehmen dürfen, präsentieren sich Aussagen zu traumatischen Ereignissen als tatsächliche Behauptungen und fallen damit grundsätzlich in den Bereich der Beweiswürdigung.¹⁴⁷ Auch wenn die Diagnose nichtsdestoweniger eine fachliche Einschätzung bleibt, werden etwaige Zweifel hinsichtlich des A-Kriteriums angeführt, um diese in Gänze als unzutreffend zu verwerfen.

Diese Kompetenzverwischung ist in der Definition der PTBS und dem Prüfungsgegenstand des Asylverfahrens angelegt. Es liegt auf der Hand, dass traumatische Ereignisse im Herkunftsland Asylbezug haben können und Verfolgungshandlungen umgekehrt oftmals traumatisch sind. In sehr eng umgrenzten Konstellationen kann die zuvor aufgezeigte Argumentationslinie des Bundesamtes ein gewisses Verständnis beanspruchen. Besteht eine vollständige Kongruenz zwischen den Asylgründen und den der Diagnose zugrunde gelegten traumatischen Ereignissen und kommt das Bundesamt nach einer sorgfältigen Überprüfung des Asylvorbringens zu der Einschätzung, dass dieses als unglaubhaft zu bewerten ist, so ist es nachvollziehbar, dass das Bundesamt sich nicht in Widerspruch zu seiner eigenen Sachverhaltswürdigung setzen möchte, indem es einerseits die Voraussetzungen des internationalen Schutzes verneint und andererseits auf selber Tatsachengrundlage ein Abschiebungsverbot zuerkennt. Diese Aussage gilt jedoch nur mit gewichtigen Einschränkungen:

Zunächst verbietet sich jegliche Pauschalität. Im ersten Beispiel zieht das Bundesamt schwerwiegende Gewalterfahrungen anhand eines Textbausteines in Zweifel, ohne hierfür nähere Anknüpfungstatsachen zu benennen. Die diagnostizierende Psychiaterin hingegen hatte sich differenziert mit den Aussagen der Betroffenen auseinandergesetzt und dies dargelegt. So drängt sich der Eindruck auf, dass das Bundesamt das Ziel der Klageabweisung ohne Bereitschaft zu einer sachlichen Auseinandersetzung mit dem Vortrag der Betroffenen verfolgte. Eine antagonistische Haltung in der Gestalt generalisierter Zweifel wird jedoch der staatlichen Sachaufklärungspflicht nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, als die geschilderten Ereignisse sich überwiegend auf dem Fluchtweg abspielten und damit jenseits des Prüfungsauftrags des Bundesamtes im engeren Sinne lagen.

Selbst wenn jedoch aus Sicht des Bundesamtes im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte vorliegen, die nach seiner Auffassung die Einstufung des Sachvortrags zum A-Kriterium als unglaubhaft nahelegen, sollte es die Stellungnahme zum Anlass nehmen, die eigene

oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung leiden, in: Folter vor Gericht, Karsten Altenhain / Johannes Kruse / Ina Hagemeier / Mareike Hofmann (Hg.), Göttingen 2013, S. 77 ff.

¹⁴⁷ Vgl. BVerwG, Beschluss vom 22. Februar 2005 – 1 B 10/05 –, Rn. 2, juris, wonach die Feststellung der Glaubhaftigkeit einzelner Tatsachenbehauptungen nicht dem Sachverständigenbeweis unterliegt.

Glaubhaftigkeitseinschätzung zu überdenken. Es ist zutreffend, dass das Auftreten der PTBS-Symptome allein keinen Rückschluss darauf zulässt, dass ein bestimmtes traumatisches Ereignis tatsächlich stattgefunden hat.¹⁴⁸ Umgekehrt kann hieraus nicht gefolgert werden, dass die in den Stellungnahmen zu traumatischen Ereignissen getroffenen Feststellungen keinen Erkenntniswert hätten.

Zwar bewerten die Verfasser*innen der Stellungnahmen den Vortrag der Betroffenen in der Regel nicht nach aussagepsychologischen Kriterien im strikten Sinne.¹⁴⁹ Sie sind jedoch darauf geschult, andere Kennzeichen wahrzunehmen und zu bewerten. Die PTBS-Diagnose fußt dementsprechend – anders als vom Bundesamt häufig angeführt – nicht lediglich auf den Angaben der Betroffenen, sondern auf einem komplexen Wechselspiel aus geschulter Wahrnehmung, diagnostischer Methodik und einer Bewertung der Schilderungen der Betroffenen.¹⁵⁰ Beispielsweise können bestimmte körperliche Reaktionen einen wichtigen Hinweis darauf geben, ob tatsächlich eine Traumatisierung vorliegt. Menschen, die an einer PTBS leiden, zeigen unter Umständen vegetative Reaktionen wie Zittern oder Schwitzen, wenn sie über das Erlebte berichten, da die Erinnerung daran schmerzhaft ist und sogenannte flashbacks (ein Wiedererleben des traumatischen Ereignisses bzw. der damit einhergehenden Gefühle) hervorrufen kann.¹⁵¹ Derartige Reaktionen des autonomen Nervensystems lassen sich kaum willentlich herbeiführen, so dass ihr Auftreten die Erlebnisfundiertheit des Berichteten bezeugt¹⁵², worauf auch die Verfasserin der Stellungnahme im ersten Beispiel hingewiesen hatte (s.o.).

Auch losgelöst von äußerlich wahrnehmbaren vegetativen Reaktionen ist stets zu beachten, dass die zuvor geschilderten Schwierigkeiten, über das traumatische Ereignis zu sprechen, integraler Bestandteil des Erkrankungsbildes sind.¹⁵³ Insbesondere bei Geflüchteten, deren Traumatisierung auf Verhöre und Folter durch staatliche oder nichtstaatliche Akteure im

¹⁴⁸ Vgl. z.B. Dreßing, Harald / Karacay, Kivanc / Foerster, Klaus: Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren, in: Harald Dreßing / Elmar Habermeyer (Hg.): Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 6. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München 2015, S. 745.

¹⁴⁹ Zu den Problemen der Bewertung des Aussageverhaltens traumatisierter Flüchtlinge unter Anwendung der kriterienbezogenen Aussageanalyse vgl. BAfF (Hg.): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis, Karlsruhe 2006, S.60 ff.

¹⁵⁰ Vgl. Birck, Angelika: Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen, in: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Ferdinand Haenel / Mechthild Wenk-Ansohn (Hg.), Weinheim 2005, S.86 ff.

¹⁵¹ Birck, Angelika: Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen, in: Psychotraumatologie 3(1), 2002, S. 26 ff.

¹⁵² Ebd.

¹⁵³ Vgl. Haenel, Ferdinand: Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen, in: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Ferdinand Haenel / Mechthild Wenk-Ansohn (Hg.), Weinheim 2005, S. 61 ff; ICD-10-GM, a. a. O. (Fn. 138), F 43.1.

Herkunftsland zurückzuführen ist, können diese Schwierigkeiten im Rahmen der Anhörung beim Bundesamt erheblich verstärkt werden. Aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit zu einer Vernehmungssituation kann es im Zuge der Anhörung zu einer Traumareaktivierung kommen, welche wiederum zu *„ängstlich agitierter Unruhe, Erregung und Angespanntheit oder zu Emotionslosigkeit, Antriebsarmut und Wortkargheit“* führen kann.¹⁵⁴ Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Betroffenen *„das Erlittene meist mit einer Vagheit und Ungenauigkeit für einzelne Aspekte des Traumas und mit einer übergroßen Detailliertheit für andere Aspekte“* berichten, wobei *„Erinnerungslücken einerseits und einzelne unzusammenhängende, nebensächliche oder bizarre und überdeutliche Details andererseits“* für ihre Berichte typisch sind.¹⁵⁵

Ausgehend hiervon bietet sich folgende Herangehensweise an: Statt vom Asylvortrag ausgehend die PTBS-Diagnose für unbeachtlich zu erklären, sollte die diagnostizierte Erkrankung als Ausgangspunkt gewählt werden, um zu überdenken, ob vermeintliche Ungenauigkeiten im Asylvorbringen im Krankheitsbild begründet sein könnten. In diesem Sinne führte beispielsweise das Thüringer Obergerverwaltungsgericht in einem Urteil vom 25.09.2003 aus, es liege *„ein gesteigerter Beweisnotstand vor, wenn ein Asylbewerber [...] aufgrund einer psychischen Erkrankung, wie etwa einer Traumatisierung infolge erlittener Misshandlungen oder Folter, nur noch in der Lage ist, über das Erlebte selektiv, widersprüchlich oder lediglich in Ansätzen zu berichten.“*¹⁵⁶ Dieser Beweisnotstand führe *„zu einer Herabsetzung der [...] Anforderungen an die Schlüssigkeit des tatsächlichen Vorbringens und damit auch an den Nachweis eines Verfolgungsgeschehens [...]“*.¹⁵⁷ Einzige Voraussetzung für die Herabsetzung der Schlüssigkeitsanforderungen sei der Nachweis eines entsprechenden Krankheitsbildes, weitere Ausführungen dazu, welche konkreten Tatsachen mit Blick auf den Gesundheitszustand aus welchen Gründen als bewiesen angesehen werden sollen, obwohl die schutzsuchende Person sich zu ihnen unsubstantiiert, unschlüssig oder widersprüchlich geäußert hat, seien nicht erforderlich.¹⁵⁸

Im zweiten Beispiel folgt das Bundesamt dem aufgezeigten Ansatz zumindest teilweise, indem es die diagnostizierte PTBS bereits im Rahmen der Prüfung des Flüchtlingsschutzes als möglichen Erklärungsansatz für vermeintliche Ungereimtheiten im Sachvortrag in Erwägung zieht. Im Ergebnis verneint es gleichwohl die Glaubhaftigkeit des Vortrags und führt zur Begründung aus,

¹⁵⁴ Ebd., S. 70.

¹⁵⁵ Birck, Angelika: Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen, a. a. O. (Fn. 151), S.91.

¹⁵⁶ Thüringer OVG, Urteil vom 25. September 2003 – 3 KO 851/99 –, Rn. 89, juris.

¹⁵⁷ Ebd.

¹⁵⁸ Ebd. Zum gebotenen Umgang mit widersprüchlichen Aussagen traumatisierter Geflüchteter, vgl. auch: OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15.02.2002 - 10 A 11457/01. OVG - asyl.net: M1658.

dass „bei einer erlebnisbasierten Aussage auch bei einer PTBS keine gravierenden Ungereimtheiten/Widersprüche im Kernbereich des Vorbringens zu erwarten“¹⁵⁹ seien (s.o.). Gravierende Ungereimtheiten konstatierte das Bundesamt vor allem aufgrund der vermeintlichen Detailarmut der Schilderungen des Betroffenen. So heißt es an anderer Stelle:

*„Wenn der Antragsteller jedoch von etwas wirklich selbst Erlebten [sic!] berichtet hätte, hätte es sich wegen vorgeblicher Erlebniskompetenz in seiner Situation geradezu aufgedrängt, sofort von sich aus detailliert darzulegen was sich seiner Erinnerung nach wie im Einzelnen genau am angeblichen Ort des Geschehens konkret abgespielt haben soll.“*¹⁶⁰

In diesem Punkt zeigt sich ein unzulängliches Verständnis der PTBS und seiner Symptome. Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten ist, wie soeben ausgeführt, integraler Bestandteil des Krankheitsbildes und kann dementsprechend nicht pauschal als Argument herangezogen werden, um die Schlüssigkeit des Asylvorbringens zu verneinen.

Selbst wenn sich jedoch bei Beachtung der zuvor benannten Maßstäbe durchgreifende Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Schilderung eines traumatischen Ereignisses auf tun, kann hieraus nicht ohne Weiteres gefolgert werden, dass die betroffene Person unter keiner psychischen Erkrankung leidet. So wurde beispielsweise im ersten Fallbeispiel neben der PTBS auch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, welche diagnostisch kein traumatisches Ereignis voraussetzt.¹⁶¹ Anstatt die Diagnosen in Gänze zu verwerfen, sollte das Bundesamt in solchen Fällen die anderen Erkrankungen berücksichtigen oder im Rahmen der Amtsermittlung weitere Nachforschungen anstellen, sofern das attestierte Krankheitsbild für den Fall einer Abschiebung eine wesentliche Gesundheitsverschlechterung befürchten lässt oder - was bei psychischen Erkrankungen oftmals der Fall sein dürfte - die Alltagsbewältigungsfähigkeiten der betroffenen Person eingeschränkt sind, was im Bereich zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 5 AufenthG hinsichtlich der Frage der Überlebensmöglichkeiten im Herkunftsland zu berücksichtigen ist.¹⁶² Nur so ist sichergestellt, dass etwaige Glaubhaftigkeitsmängel im Zusammenhang mit der PTBS-Diagnose nicht dazu führen, dass andere schwere psychische Erkrankungen unberücksichtigt bleiben.

¹⁵⁹ Fall11_BAMF_10/2017.

¹⁶⁰ Ebd.

¹⁶¹ Vgl. ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020, F 32.1.

¹⁶² Gemäß § 60 Abs. 5 AufenthG darf eine Person nicht abgeschoben werden, wenn sich aus der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist. Dies kann u.a. dann der Fall sein, wenn der Person eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung droht, weil sie im Zielstaat ihre elementaren Bedürfnisse in Bezug auf Nahrung, Hygiene und Unterkunft nicht befriedigen könnte, vgl. EGMR, Urteile vom 28. Juni 2011 - Nr. 8319/07 und 11449/07, Sufi und Elmi/Vereinigtes Königreich.

4.5 Zurückweisung aufgrund des Vorwurfs der späten Geltendmachung der Erkrankung

In Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes bemängelte das Bundesamt in mehreren Fällen, dass es an einer Erklärung für die vermeintlich späte Geltendmachung der Erkrankung fehle. Hierbei klingt zumindest implizit der Vorwurf an, die Erkrankung sei simuliert worden, um einer möglicherweise drohenden Aufenthaltsbeendigung entgegenzutreten. Auch dieser Zurückweisungsgrund hat einen spezifischen Bezug zur Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung: Das Bundesverwaltungsgericht hatte in seinem Urteil aus dem Jahr 2007 ausgeführt, es bedürfe in Fällen, in denen die PTBS-Diagnose auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt wurde und die Symptome zudem erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen wurden, in der Regel einer Begründung dafür, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht wurde.¹⁶³

Beispiel 1: So heißt es in einem bereits an anderer Stelle zitierten Ablehnungsbescheid des Bundesamtes in einem Asylfolgeverfahren:

„Auch fehlt es in der fachärztlichen Stellungnahme an einer Begründung, warum die Erkrankung erst etwa eineinhalb Jahre später vorgetragen wurde. Der Antragsteller gab in seiner persönlichen Anhörung am [Datum] an, dass er am [Datum] in Deutschland eingereist ist. Am [Datum] stellte sich der Antragsteller in [Name des Krankenhauses] vor.“¹⁶⁴

Eine explizite Begründung für die vermeintlich späten Geltendmachung der Erkrankung (PTBS mit rezidivierender Suizidalität) lässt sich der Stellungnahme tatsächlich nicht entnehmen. Diese finden sich jedoch in einem gesonderten Schreiben einer Sozialarbeiterin, welche den Betroffenen dabei unterstützt hatte, die nach fachärztlicher Einschätzung dringend benötigte therapeutische Behandlung zu erhalten. Gegenüber dem Bundesamt erklärte sie Folgendes:

„Der schlechte Gesundheitszustand blieb in seinem Asylverfahren unerwähnt, da der Antragsteller bisher keine Berührung mit psychischen Erkrankungen hatte und demzufolge seine ausgeprägte Symptomatik zwar als Problem infolge seiner Erlebnisse, nicht aber als Krankheit einordnen konnte.“¹⁶⁵

Beispiel 2: Auch in der im vorigen Unterkapitel zitierten Klageerwiderung erhob das Bundesamt den Vorwurf der verspäteten Geltendmachung. In dieser heißt es:

¹⁶³ Vgl. BVerwG, Urteil vom 11. September 2007, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 15.

¹⁶⁴ Fall2_BAMF_02/2018.

¹⁶⁵ Fall2_Sonstiges Dokument_07/2017.

„Wird das Vorliegen einer PTBS, wie hier, auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen, so ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist. [...] Die Klägerin ist erst am [Datum] eingereist und wurde erst im [Monat/Jahr], also ein Jahr später, zur psychotherapeutischen Behandlung angemeldet. Sie hat außerdem in ihrer Anhörung vom [Datum] keine gesundheitlichen Beschwerden vorgetragen.“¹⁶⁶

Tatsächlich enthält das Attest u.a. die folgende Passage:

„Die oben beschriebene PTBS bestätigt sich auch testpsychologisch im PCL-5: [Name der Patientin] erfüllt dort alle Kriterien der PTBS. Symptome der PTBS seien sofort nach dem Angriff der bewaffneten Männer auf sie in [Herkunftsland] aufgetreten. Nachdem [Name der Patientin] mit der Ankunft in Deutschland zum ersten Mal seit dem Angriff der bewaffneten Männer auf sie in [Herkunftsland] und der anschließenden sie weiter massiv traumatisierenden Flucht nicht im „Überlebensmodus“ sondern in einer sicheren Umgebung gewesen sei, zeigte sich das Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung.“¹⁶⁷

Ergänzend wird erläutert, dass es angesichts des geschützten Rahmens in Deutschland mit zunehmender Aufenthaltsdauer zu einer allmählichen Verstärkung der Symptome kam, so dass Caritasmitarbeiter die Betroffene schließlich zur traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung in einem Behandlungszentrum anmeldeten. Bis zu diesem Zeitpunkt sei es ihr nicht möglich gewesen, „die extreme Traumatisierung zunächst durch die Trennung von den Kindern und durch die anschließende Gefangenschaft mit Folter und Vergewaltigungen in Libyen zu bearbeiten bzw. diese überhaupt zuzulassen.“¹⁶⁸

Beispiel 3: In einer weiteren bereits zitierten Klageerwiderung führt das Bundesamt aus:

„Weiterhin fehlen in dem vorgelegten Attest jegliche Angaben darüber, weshalb der Kläger die Symptome nicht schon früher vorgetragen hat. Da es vorliegend auf traumatisierende Ereignisse im Herkunftsland ankommt, ist darauf hinzuweisen, dass diese bereits viele Jahre zurückliegen müssen, da der Kläger nach seinen Angaben in der Anhörung bereits 2007 ausgereist ist, nach den einschlägigen Kriterien beträgt aber die Latenz von Symptomen z.B. einer PTBS grundsätzlich wenige Wochen bis sechs Monate.“¹⁶⁹

¹⁶⁶ Fall10_BAMF_10/2018.

¹⁶⁷ Fall10_SN_04/2018.

¹⁶⁸ Ebd.

¹⁶⁹ Fall4_BAMF_10/2018.

Entgegen der Formulierung des Bundesamtes spielten traumatisierende Ereignisse im Herkunftsland für die fachärztlich-psychotherapeutische Diagnose nahezu keine Rolle. So zeigte der Betroffene laut dem Befundbericht zwar Symptome einer PTBS, jedoch konnte diese Diagnose „aufgrund des [...] Unvermögens des Patienten, sich an biographische Informationen zu erinnern, [...] weder bestätigt noch verworfen werden.“¹⁷⁰ Diagnostisch festzustellen war hingegen eine mittelgradige depressive Episode bei gleichzeitig dringendem Verdacht auf eine gemischte dissoziative Störung.

Bewertung: In einer Vielzahl von Fällen dürfte der Grund der „verspäteten“ Geltendmachung von psychischen Erkrankungen systemimmanent sein. Wie oben ausgeführt, findet eine systematische Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit in Deutschland nach wie vor nicht statt. Stattdessen wird der Zugang insbesondere zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung durch das Leistungsregime des Asylbewerberleistungsgesetzes zumindest in den ersten 18 Monaten des Aufenthaltes stark erschwert. Zudem fehlt es – selbst wenn die juristischen Voraussetzungen eines Therapieanspruchs erfüllt sind – an hinreichenden Behandlungskapazitäten. Im Jahr 2017 beispielsweise betrug die durchschnittliche Wartezeit auf Richtlinienpsychotherapie für Erwachsene in Deutschland 19,9 Wochen.¹⁷¹ Gesonderte Daten für die Wartezeiten geflüchteter Menschen sind nicht vorhanden. Aufschlussreich ist jedoch ein Blick auf die Wartezeiten der Psychosozialen Zentren. Dort betrug die Wartezeit auf einen Therapieplatz im Jahr 2018 im Durchschnitt 7 Monate, bei fast 30 % aller Zentren warteten Patient*innen im Durchschnitt sogar zwischen 9 Monaten und eineinhalb Jahren, bis sie mit einer Psychotherapie beginnen konnten.¹⁷² Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Betroffenen zunächst einmal Kenntnis von den Versorgungsangeboten erhalten und in der Regel eigeninitiativ mit den Therapeut*innen oder Einrichtungen Kontakt aufnehmen müssen, um überhaupt die Aussicht auf einen Wartelistenplatz zu erhalten. Der erforderlichen Eigeninitiative können zudem Scham, Vermeidungsverhalten oder Überforderung und fehlendes Wissen über psychische Erkrankungen im klassifikatorischen Sinne entgegenstehen, wie die ersten beiden Beispiele zeigen.

Auch die übrigen, bereits im zweiten Kapitel geschilderten Hindernisse dürften in einer Vielzahl von Fällen eine zeitnahe Behandlung verunmöglichen. Beispielsweise waren sprachliche Barrieren im damaligen Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht der Grund für einen verzögerten Behandlungsbeginn. So schilderte die Fachärztin in ihrer im Verfahren vorgelegten

¹⁷⁰ Fall4_SN_10/2018.

¹⁷¹ Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.): BPTK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018, Berlin 2018, S. 14.

¹⁷² BAfF: Versorgungsbericht, 6. Auflage, a. a. O. (Fn. 1), S. 96.

Stellungnahme, ihr Patient – einer der Kläger in dem Revisionsverfahren- habe sich „*erstmalig im [Monat/Jahr] über den Hausarzt in [s]einer Praxis vor[gestellt], nachdem er bereits seit 4 Jahren (Flucht nach Deutschland) in psychischer Hinsicht Probleme hatte, jedoch aufgrund der sprachlichen Barrieren keine Therapie beginnen konnte.*“¹⁷³ Das Bundesverwaltungsgericht sah hierin eine ausreichende Erklärung für die Verzögerungen in der Behandlungschronologie.¹⁷⁴

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Ausführungen des Bundesamtes zur verspäteten Geltendmachung der Erkrankungen nach einem, bzw. eineinhalb Jahren in den ersten beiden Beispielen unangemessen, denn die Hintergründe des verzögerten Behandlungsbeginns wurden jeweils schlüssig benannt. Im dritten Beispiel hingegen war die Beanstandung des Bundesamtes schon im Ansatz unsachgemäß, denn die in Rede stehende mittelgradige depressive Episode erfordert diagnostisch kein traumatisierendes Ereignis und konnte demnach unabhängig von einem solchen auftreten (vgl. vorheriges Unterkapitel). Das Bundesamt übertrug also unzulässigerweise Diagnosekriterien der PTBS auf die diagnostizierten Erkrankungen, als es ausführte, die Latenz von Symptomen „**z.B.** einer PTBS“ betrage nach den einschlägigen Kriterien „*grundsätzlich wenige Wochen bis sechs Monate*“. ¹⁷⁵ Im Übrigen ist in der Wissenschaft anerkannt, dass Symptome einer PTBS auch später als 6 Monate nach dem traumatisierenden Ereignis auftreten können (sog. „delayed-onset PTSD“).¹⁷⁶ Ein entsprechender Subtyp der PTBS wird im DSM¹⁷⁷ – dem US-amerikanischen Klassifikationssystem für psychische Störungen - seit 1980 aufgeführt.¹⁷⁸ Die pauschale Zurückweisung einer PTBS-Diagnose allein aufgrund von Zeitablauf ist demnach wissenschaftlich nicht haltbar. Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn die mannigfaltigen Hürden, die einer frühen Geltendmachung psychischer Erkrankungen im Asylverfahren entgegenstehen, in der Beurteilungspraxis des Bundesamtes größere Anerkennung fänden. Andernfalls besteht die große Gefahr, dass strukturelle Hindernisse den Betroffenen persönlich angelastet werden, was diese unverhältnismäßig benachteiligt.

¹⁷³ BVerwG_SN_03/2005.

¹⁷⁴ Vgl. BVerwG, Urteil vom 11. September 2007, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 16.

¹⁷⁵ Fall4_BAMF_10/2018, Hervorh. d. Verf.

¹⁷⁶ Vgl. z.B. Andrews, Bernice / Brewin, Chris / Philpott, Rosanna / Stewart, Lorna: Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence, in: The American journal of psychiatry 164 (9), 2007, S. 1319–1326.

¹⁷⁷ „DSM“ steht für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“.

¹⁷⁸ Hintergrund für die Definition dieses Subtyps war die Feststellung, dass viele im Vietnamkrieg eingesetzte Soldat*innen erst nach bzw. mit der Rückkehr in die USA Symptome einer PTBS zeigten, da letztere im Überlebensmodus der akuten Kriegssituation nicht zutage treten konnten, vgl. Andreasen, Nancy C.: Acute and Delayed Posttraumatic Stress Disorders: A History and Some Issues, in: The American journal of psychiatry 161 (8), 2004, S. 1321-1323.

4.6 Verneinung der Schwere der Erkrankung

In den folgenden Beispielen verneinte das Bundesamt das Vorliegen eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbotes mit der Begründung, die vorgetragene Erkrankung sei nicht schwerwiegend im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG. Während die vorherigen Zurückweisungsgründe allesamt die prozessuale Frage betrafen, inwiefern Erkrankungen in der erforderlichen Weise dargelegt wurden oder die Aussagen der Betroffenen als glaubhaft zu bewerten waren, wird an dieser Stelle inhaltlich geprüft, ob die Tatbestandsvoraussetzungen des § 60 Abs. 7 AufenthG erfüllt sind.

Beispiel 1: In einem Asylfolgeverfahren lehnte das Bundesamt den Folgeantrag als unzulässig ab und verneinte zugleich ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot. Dieses hatte der Betroffene bereits erfolglos im Erstverfahren geltend gemacht und nun eine achtseitige psychiatrische Stellungnahme eingereicht. In dieser heißt es:

„Bei einer Rückführung nach [Herkunftsland] bzw. bereits bei der Androhung der Abschiebung ist mit einer erheblichen Verschlechterung des psychischen Zustands von Herrn [Name des Betroffenen] zu rechnen. [...] Da er sich selbst (vor dem Hintergrund der verminderten Intelligenz) als hilfloses kleines Kind erlebt, welches seiner Umgebung und den Mitmenschen vollkommen schutzlos ausgeliefert ist, ist davon auszugehen, dass sich die Depression verbunden mit Schlafstörungen, Alpträumen und Angst so massiv verstärken, dass Herr [Name des Betroffenen] einen Suizidversuch für sich als einzigen möglichen Ausweg sieht und einen solchen unternimmt.“¹⁷⁹

Der Befundbericht beruhte auf 73 Therapiesitzungen in wöchentlicher Frequenz. Der Therapie vorangegangen war ein zweiwöchiger stationär-psychiatrischer Aufenthalt wegen Suizidalität. Die diagnostizierte schwere depressive Episode wurde zusätzlich zur Psychotherapie medikamentös behandelt (Duloxetin, Quetiapin). Aufgrund der psychischen Problematik hatte ein Amtsgericht zudem rechtliche Betreuung angeordnet. Das Bundesamt erwiderte auf die Stellungnahme im Ablehnungsbescheid:

„Aus dem fachärztlich-psychiatrisch-psychotherapeutischer [sic!] Befundbericht vom [Datum] ergeben sich keine Erkenntnisse, die nicht bereits im Erstverfahren vorgelegt haben. Darüber hinaus ist nach den vorliegenden Informationen und Erkenntnissen weiterhin nicht davon auszugehen ist [sic!], dass der Antragsteller unter einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung leidet, die sich bei einer Rückkehr in sein Heimatland alsbald wesentlich oder gar lebensbedrohlich verändern würde. Die im

¹⁷⁹ Fall12_SN_12/2018.

Befundbericht diagnostizierte leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70) erfüllt diese Voraussetzung ebensowenig wie die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und begründet daher kein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG. Wie bereits durch das Gericht hingewiesen, sind in [Herkunftsland des Betroffenen] gegen Bezahlung entsprechende Medikamente erhältlich und eine Behandlung psychischer Erkrankungen, insbesondere in der Hauptstadt [...], möglich [...]"¹⁸⁰

Beispiel 2: In einem weiteren Fall verneinte das Bundesamt die Schwere der Erkrankung, indem es selektiv einzelne der attestierten Beschwerden hervorhob:

"Bei den zu Grunde gelegten attestierten Symptomen - Schlafstörungen, Alpträume, Grübeln - ist nicht zu erkennen, wie dadurch auch bei fehlender Behandlungsmöglichkeit wesentliche oder gar lebensbedrohliche Gesundheitsbeeinträchtigungen hervorgerufen werden können."¹⁸¹

Scheinbar übersehen wurden dabei weitaus schwerwiegendere Symptome, wie „wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten“.¹⁸² So heißt es in der 15-seitigen Stellungnahme, die von einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gemeinsam mit einem Psychologischen Psychotherapeuten auf der Grundlage von 25 psychotherapeutisch-diagnostischen Sitzungen sowie zwei ärztlich-psychiatrischen Sitzungen erstellt wurde:

„[Name des Patienten] habe im [Herkunftsland] bereits zwei Suizidversuche unternommen. Auch aktuell sei der Tod eine erlösende Vorstellung für [Name des Patienten] und er wünsche ihn herbei, denke immer wieder über Suizid nach, gleichzeitig habe er Angst davor, sodass er hoffe durch eine andere Person ermordet zu werden oder bei einem Unfall zu sterben.“¹⁸³

Dem Betroffenen waren eine schwere depressive Episode sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden. Die Gefahr eines Suizids wurde für den Fall einer Abschiebung als hoch eingeschätzt. Zusätzlich zur Psychotherapie wurde der Betroffene durch den Arzt einer psychiatrischen Institutsambulanz medikamentös behandelt (Citalopram, Mirtazapin). Das Bundesamt bestritt nicht nur die Schwere der Erkrankung, sondern auch die Erfüllung der Darlegungserfordernisse. So machte es pauschal geltend, es fehle in der Stellungnahme an konkreten Angaben zur Schwere der Krankheit, der Behandlungsbedürftigkeit

¹⁸⁰ Fall12_BAMF_02/2019.

¹⁸¹ Fall13_BAMF_05/2018.

¹⁸² Fall13_SN_04/2018.

¹⁸³ Ebd.

und zum bisherigen Behandlungsverlauf. Tatsächlich waren diese Informationen der Stellungnahme zu entnehmen.

Bewertung: Der Begriff der schwerwiegenden bzw. lebensbedrohlichen Erkrankung ist gesetzlich nicht definiert. Laut der Gesetzesbegründung sollen nur „äußerst gravierende Erkrankungen“ hierunter fallen, wobei die PTBS regelmäßig nicht als solche zu qualifizieren sei.¹⁸⁴ Etwas anderes soll nur dann gelten, wenn sie im Falle einer Abschiebung zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung führt.¹⁸⁵ Diese Klarstellung steht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, wonach im Rahmen von § 60 Abs. 7 AufenthG zu prüfen ist, ob im Falle der Abschiebung eine alsbaldige und wesentliche Verschlimmerung der Erkrankung aufgrund zielstaatsbezogener Umstände zu befürchten ist und hieraus wiederum eine erhebliche und konkrete Leib- oder Lebensgefahr resultiert.¹⁸⁶ Eine abstrakte Bewertung des Schweregrades von Erkrankungen ist demnach nicht ausschlaggebend, es ist vielmehr stets eine Einzelfallbewertung der individuellen Gesundheitsgefahr vorzunehmen.¹⁸⁷

Diesen Maßstäben wird das Bundesamt in keiner Weise gerecht, wenn es – wie in den vorliegenden Beispielen - trotz attestierter Suizidgefahr die Schwere der Erkrankung verneint. Zwar macht es in beiden Fällen zusätzlich Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat geltend, die – sofern sie tatsächlich individuell zugänglich und bedarfsgerecht wären - einer wesentlichen Gesundheitsverschlechterung unter Umständen entgegenstehen könnten.¹⁸⁸ Indem es aber die attestierte Suizidalität vollkommen außer Acht lässt, geht es bereits von einer unzureichenden Tatsachengrundlage für die Gefahrenprognose aus, was angesichts der drohenden Konsequenzen

¹⁸⁴ Deutscher Bundestag: BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 9), S. 18. Diese Einschätzung ist angesichts der drastischen gesundheitlichen Folgen, die mit einer PTBS einhergehen, in ihrer Pauschalität nicht haltbar. Für die Einordnung der PTBS als schwerwiegende Erkrankung spricht zudem die sozialgerichtliche Rechtsprechung: Im SGB V wird der Begriff der „schwerwiegenden Erkrankung“ ebenfalls verwendet (vgl. §§ 31 Abs. 6 Satz 1, 34 Abs. 1 Satz 2, 35c Abs. 2 Satz 1 SGB V). Gemäß der diesbezüglichen Rechtsprechung gilt eine Erkrankung als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt, vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 25. Februar 2019 – L 11 KR 240/18 B ER –, Rn. 60, juris; LSG Baden-Württemberg Urteil vom 26. Februar 2021, L 4 KR 1701/20, Rn. 25, juris. Eine nachhaltige Beeinträchtigung der Lebensqualität ist im Fall der PTBS zu bejahen: Die Betroffenen sind aufgrund psychischer Beschwerden wie Flashbacks, Intrusionen, Vermeidungsverhalten sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen oftmals massiv in ihrer Lebensführung eingeschränkt, vgl. BPtK: Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 01.02.2016, S. 13, abrufbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20160203_2016-02-01_STN_BPtK_Einfuehrung_beschleunigter_Asylverfahren.pdf, abgerufen am 21.04.2021.

¹⁸⁵ Deutscher Bundestag: BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 9), S. 18.

¹⁸⁶ BVerwG, Beschluss vom 12. Juli 2016 – 1 B 85/16 –, Rn. 4, juris.

¹⁸⁷ Ebd.; vgl. hierzu auch DIMR: Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 81.

¹⁸⁸ Zu berücksichtigen ist allerdings, dass bereits die zwangsweise Zurückführung in die räumliche Nähe zu dem Ort des traumatisierenden Erlebnisses bei akuten Suizidgedanken eine erhebliche Lebens- und Gesundheitsgefährdung im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG begründen kann, vgl. Fn. 67.

für die Betroffenen fatal ist. So nimmt es das prognostizierte Risiko in Kauf, dass sich die betroffene Person aufgrund der Situation im Zielstaat der Abschiebung suizidiert, was mit dem Schutz des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit nicht vereinbar ist. Verbleiben auf Seiten des Bundesamtes trotz Geltendmachung einer nachvollziehbar attestierten Suizidgefahr Zweifel an der Stichhaltigkeit der Gefahrenprognose, so erfordert der effektive Schutz von Leib und Leben wiederum eine weitere Sachaufklärung.

5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen dienen dem effektiven Schutz des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Menschen ohne deutschen Pass dürfen nicht abgeschoben werden, wenn sie unter einer schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, die sich aufgrund der Umstände im Zielstaat der Abschiebung wesentlich verschlechtern würde. Die Verwirklichung dieses Schutzanspruchs wird in der Praxis durch umfangreiche Darlegungspflichten erschwert, die den Betroffenen durch das Aufenthaltsgesetz, die Rechtsprechung und die behördliche Entscheidungspraxis auferlegt werden. Insbesondere im Bereich psychischer Erkrankungen wurde durch den Ausschluss psychologisch-psychotherapeutischer Expertise die Möglichkeit der Beibringung einer den gesetzlichen Anforderungen genügenden Bescheinigung weiter eingeschränkt.

Ziel dieser Untersuchung war es, anhand von Beispielfällen darzulegen, wie das BAMF mit psychotherapeutischen und ärztlichen Unterlagen verfährt, die zum Nachweis psychischer Erkrankungen im Asylverfahren eingereicht wurden. Wie die Auswertung gezeigt hat, ließ es in mehreren Fällen qualifizierte Stellungnahmen unberücksichtigt und bediente sich hierbei Argumenten, die verwaltungsprozessualen und verfassungsrechtlichen Grundsätzen zuwiderlaufen. Zum einen stellte es extensive Anforderungen an den Umfang der Stellungnahmen und bemängelte eine vermeintlich zu geringe Seitenanzahl, obwohl die Betroffenen keine Pflicht zur Vorlage eines Gutachtens trifft. Zum anderen erhob es pauschale Parteilichkeitsvorwürfe gegenüber denjenigen Verfasser*innen von Stellungnahmen, die in einem therapeutischen Behandlungsverhältnis zu den Betroffenen standen, obwohl es im jetzigen System angelegt und vorgesehen ist, dass die Betroffenen die erforderlichen Nachweise am ehesten von ihren Behandlungspersonen erhalten können. Umgekehrt wurde in Fällen der externen Begutachtung eine vermeintlich zu geringe Anzahl an Untersuchungsterminen bemängelt, obwohl eine noch ausführlichere Untersuchung eine unzumutbare Kostenlast für die Betroffenen begründen würde. Psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen erklärte das BAMF ohne weitere Sachaufklärung für unbeachtlich, obwohl ihre Verfasser*innen über eine umfassende

Qualifikation verfügen und weitere Umstände vorlagen, die eindeutig auf das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung hindeuteten. Im Bereich der PTBS bestritt das Bundesamt in einem Beispiel pauschal die Glaubhaftigkeit des traumatischen Ereignisses. In einem anderen Beispiel zeigte es ein unzureichendes Verständnis von der Symptomatik der PTBS, indem es ein traumabezogenes Vermeidungsverhalten auf Seiten des Betroffenen als Indiz für einen unzutreffenden Sachvortrag wertete. In mehreren Fällen warf es den Betroffenen die späte Geltendmachung ihrer Erkrankungen vor und ließ hierbei vorgetragene Erklärungen für den Zeitpunkt der Vorlage der Stellungnahmen und systemimmanente Hindernisse außer Acht. In anderen Fällen verneinte es trotz attestierter Suizidgefahr die Schwere der Erkrankungen und legte damit eine fehlerhafte Tatsachengrundlage für die Bewertung der individuellen Gesundheitsgefahr.

All dies ist für die Betroffenen hochgradig problematisch und droht ihren Anspruch auf eine objektive Prüfung ihres Schutzbegehrens zu vereiteln. Eine nachlässige Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote ist angesichts der drohenden Gesundheitsgefahren potenziell lebensgefährlich. Hierbei ist nicht zu vergessen, dass die hier ausgewerteten Fälle Konstellationen betrafen, in denen es den Betroffenen trotz der beschriebenen Hindernisse gelungen war, in Erfüllung ihrer Mitwirkungspflichten einen Nachweis über ihre Erkrankungen vorzulegen. Wenn das Bundesamt diese ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Einschätzungen anhand von pauschalen Ausführungen verwirft, entzieht es sich seinem Prüfauftrag und überschreitet zugleich fachliche Kompetenzen hinsichtlich der Bewertung medizinischer Sachverhalte. Dies führt auch aufseiten des Fachpersonals zu großer Frustration. In diesem Sinne erwiderte eine Fachärztin auf die im Kapitel 5.1 besprochene Pauschalzurückweisung ihrer Stellungnahme im Klageverfahren wie folgt:

„Für weitere Fragen inhaltlicher Art stehen wir gerne zur Verfügung. Sollte aber unsere fachärztliche Stellungnahme – und ich betone noch einmal – es handelt sich hierbei nicht um ein Gutachten (das wir vom zeitlichen und personellen Aufwand her, selbst wenn wir es wie es notwendig wäre, entsprechend finanziert bekämen, gar nicht leisten könnten) grundsätzlich weiterhin ohne Sachbegründung in Frage gestellt werden, sehen wir auch keinen Sinn darin, hierauf inhaltlich zu reagieren, da wir in diesem Fall davon ausgehen müssten, dass ein Sachbearbeiter sich zutraut, eine fachärztliche Diagnose besser stellen zu können, als ein Facharzt. Und was will man als Facharzt noch inhaltlich darauf antworten.“¹⁸⁹

¹⁸⁹ Fall1_SN2_08/2018, a. a. O. (Fn. 79).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Darlegungspflichten der Schutzsuchenden im Bereich krankheitsbedingter Abschiebungsverbote erheblich überspannt werden. Die aufgezeigte Entscheidungspraxis begründet de facto eine Beweisführungspflicht, durch welche den Betroffenen der nahezu vollständige Nachweis ihrer Erkrankung aufgebürdet wird. Selbst bei Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen erscheint es keinesfalls gewährleistet, dass eine vorgetragene schwere psychische Erkrankung ausreichend berücksichtigt oder bei verbleibendem Klärungsbedarf eine eigene Sachaufklärung veranlasst wird.

Doch auch jenseits von Fällen, in denen eine qualifizierte Stellungnahme vorgelegt werden konnte, erscheint es erforderlich, die bisherige Ausgestaltung der Darlegungspflichten zu überdenken. Wie eingangs dargestellt, folgt die Idee von Darlegungspflichten aus der Vorstellung getrennter Kenntnis- und Verantwortungsbereiche: Diese sollen immer dann bestehen, wenn entscheidungserhebliche Informationen in die Sphäre der Betroffenen fallen. Zwar fallen psychische Erkrankungen prima facie in diese Kategorie, da sie ohne die Mitwirkung der Betroffenen schwerlich festgestellt werden können. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die Betroffenen viele der Faktoren, die den Nachweis dieser Erkrankungen betreffen, unter den jetzigen Bedingungen nicht oder nur sehr eingeschränkt beeinflussen können, so dass es ungerechtfertigt erscheint, ihnen hierfür die alleinige Verantwortung zuzuweisen. Der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, das Fehlen eines einheitlichen Verfahrens zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, lange Wartezeiten auf Therapieplätze, fehlende zeitliche Kapazitäten aufseiten von Fachärzt*innen, verspätete oder abschlägige Entscheidungen über Anträge auf Übernahme von Sprachmittlungskosten, hohe Gebühren für die Ausstellung der benötigten Bescheinigungen, beschleunigte Asylverfahren und die räumliche Isolation in Ankerzentren – das alles sind Umstände, auf welche die Betroffenen nahezu keinen Einfluss nehmen können.

Spiegelbildlich zu diesen Erwägungen lassen sich die folgenden **Empfehlungen**¹⁹⁰ formulieren:

Notwendig erscheint zum einen die Verbesserung der Bedingungen, die den Zugang der Betroffenen zu den nach dem jetzigen System erforderlichen Nachweisen betreffen. Hierzu zählt zunächst die Einführung eines flächendeckenden **Verfahrens zur Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit**, welches sicherstellt, dass schwere psychische Erkrankungen bei Geflüchteten nicht unerkannt bleiben. Dieses muss gewährleisten, dass aus festgestellter Schutzbedürftigkeit der Zugang zu einer bedarfsgerechten **Gesundheitsversorgung** sowie den

¹⁹⁰ Für weitere Handlungsempfehlungen, die auch den Bereich krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse mit Inlandsbezug betreffen, vgl.: DIMR, Menschenrechtsbericht 2020, a. a. O. (Rn. 38), S. 19 ff.

hierfür erforderlichen **Sprachmittlungsleistungen** folgt. Die Vorschläge der BAfF¹⁹¹ können hierbei als Orientierungshilfe dienen. Weiterhin muss eine **Regelung zur Kostentragung** für die Ausstellung der geforderten Nachweise gefunden werden. Denkbar wäre beispielsweise eine Beauftragung nach dem Justizvergütungsgesetz (JVEG) oder eine Übernahme der GOÄ-Gebühren, sobald Anzeichen auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung vorliegen.

Hinsichtlich des Umgangs mit den Nachweisen ist erneut zu betonen, dass die Betroffenen nicht verpflichtet sind, ein **Gutachten** vorzulegen. Gibt eine kurze Stellungnahme nachvollziehbar Auskunft über das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung, so ist der Sachverhalt im Zweifelsfall von Amts wegen weiter aufzuklären. Auch die Stellungnahmen **Psychologischer Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen** müssen in verfassungskonformer Auslegung des Begriffs der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung als Nachweis für psychische Erkrankungen Anerkennung finden, jedenfalls aber begründen sie aufseiten des Bundesamtes die Pflicht zu einer weiteren Sachverhaltsaufklärung. Wünschenswert wäre eine **gesetzgeberische Klarstellung**, wonach im Bereich psychischer Erkrankungen auch psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen zur Erfüllung der Darlegungspflicht genügen. Ferner dürfen Stellungnahmen, deren Verfasser*innen die Betroffenen therapeutisch behandeln, nicht unter dem **Vorwurf der Parteilichkeit** zurückgewiesen werden. Im Zweifelsfall ist wiederum eine externe Begutachtung in Auftrag zu geben. Im Falle einer **PTBS-Diagnose** müssen im Rahmen der Glaubhaftigkeitsbewertung die symptomspezifischen Hintergründe des Aussageverhaltens berücksichtigt werden. Im Falle der **verzögerten Geltendmachung** von Erkrankungen sind diesbezüglich vorgetragene Erklärungen sowie systemimmanente Verzögerungsgründe anzuerkennen. Auch in Fällen, in denen eine Stellungnahme aufgrund der beschriebenen Hindernisse nicht vorgelegt werden konnte, jedoch belastbare Anhaltspunkte für das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung bestehen, muss das Bundesamt den Sachverhalt angesichts des hohen Wertes des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit weiter aufklären. Stets ist eine **Gesamtschau** aller Umstände des Einzelfalls vorzunehmen.

Insgesamt ist eine Abkehr von der Vorstellung erforderlich, dass Darlegungs- und Amtsermittlungspflichten zueinander in einem **strikten Stufenverhältnis** stehen.¹⁹² Beide sind vielmehr ineinander verschränkt und können je nach Fallkonstellation an unterschiedlicher Stelle greifen. Ist es den Betroffenen mit zumutbarem Aufwand nicht möglich, einen qualifizierten Nachweis über ihre Erkrankung vorzulegen, darf dies ihnen nicht zum Nachteil gereichen.

¹⁹¹ S. BAfF: Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit, a. a. O. (Fn. 39), S. 68 ff.

¹⁹² Vgl. hierzu Lincoln, Sarah: Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz?, a. a. O. (Fn. 19), S. 350 ff.

Jenseits der prozessualen Ebene ist ein Verständnis dafür erforderlich, dass psychische Erkrankungen ebenso wie somatische Erkrankungen **schwerwiegend und lebensbedrohlich** sein können.

Viele dieser Empfehlungen lassen sich bereits im Rahmen der jetzigen Gesetzeslage umsetzen, auch bieten die Dienstanweisungen des Bundesamtes an mehreren Stellen Anknüpfungspunkte für eine Entscheidungspraxis, die den vorangegangenen Erwägungen Rechnung trägt. Gleichwohl erscheint eine gesetzgeberische Neuregelung, welche die Darlegungspflichten entschärft, den Amtsermittlungsgrundsatz stärker zur Geltung bringt und psychologisch-psychotherapeutischer Expertise zu Anerkennung verhilft, aus Gründen des effektiven Schutzes von Leib und Leben der Betroffenen geboten.

6. Literaturverzeichnis

Andrews, Bernice / Brewin, Chris / Philpott, Rosanna / Stewart, Lorna: Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence, in: The American journal of psychiatry 164 (9), 2007, S. 1319–1326.

Andreasen, Nancy C.: Acute and Delayed Posttraumatic Stress Disorders: A History and Some Issues, in: The American journal of psychiatry 161 (8), 2004, S. 1321-1323.

Birck, Angelika: Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen, in: Psychotraumatologie 3(1), 2002, S. 26 ff.

Birck, Angelika: Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen, in: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Ferdinand Haenel / Mechthild Wenk-Ansohn (Hg.), Weinheim 2005, S.67-97.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: DA-Asyl, Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote, Stand 21.02.2019, abrufbar unter: https://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/Gesetzestexte/DA-Asyl_21_02_2019.pdf, abgerufen am 09.03.2021.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Aktuelle Zahlen (12/2020), Ausgabe: Dezember 2020, abrufbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=5, abgerufen am 12.01.2021.

Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.): BPtK-Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018, Berlin 2018.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis, Karlsruhe 2006.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.): Versorgungsbericht—Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern, 6. Aktualisierte Auflage, Berlin 2020.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.): Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen, Berlin 2020.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.): Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete, aktualisierte Fassung, Berlin 2020.

Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, Drucksache 18/7538, 16.02.2016.

Deutscher Bundestag: Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, Drucksache 19/10047, 10.05.2019.

Deutscher Bundestag: Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, Gökyak Akbulut, Kerstin Kassner, Dr. Achim Kessler, Jutta Krellmann, Amira Mohamed Ali, Cornelia Möhring, Niema Movassat, Petra Pau, Martina Renner, Kersten Steinke, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE. Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten, Drucksache 19/11142, 26.06.2019.

Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten, Drucksache 19/11666, 15.07.2019.

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/10047, 19/10506 – Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, Drucksache 19/10706, 05.06.2019.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie: Stellungnahme zum Ausschluss der Expertise psychologischer Psychotherapeut*innen im Asylverfahren vom 14. Mai 2020, abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2020/DGSP_Stellungnahme_zum_Ausschluss_der_Expertise_psycholog_Psychotherapeuten_FA_Migration.pdf, abgerufen am 09.03.2021.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hg.): DGGPN-Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, Berlin 2018.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2019 – Juni 2020, Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG, Berlin 2020.

Dreßing, Harald / Karacay, Kivanc / Foerster, Klaus: Psychiatrische Begutachtung bei asyl- und ausländerrechtlichen Verfahren, in: Harald Dreßing / Elmar Habermeyer (Hg.): Psychiatrische Begutachtung - Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München 2015, S. 741-748.

Haenel, Ferdinand: Besonderheiten bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen, in: Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Ferdinand Haenel / Mechthild Wenk-Ansohn (Hg.), Weinheim 2005, S. 61-75.

Hausmann, Ute: Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse, Stuttgart 2020.

Joksimovic, Ljiljana: Versorgung von Folteropfern während asylrechtlicher Verfahren, in: Folter vor Gericht, Karsten Altenhain / Johannes Kruse / Ina Hagemeyer / Mareike Hofmann (Hg.), Göttingen 2013, S. 65-71.

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Statistische Informationenaus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2020, Berlin 2020.

Marx, Reinhard: Juristische Anforderungen an die Begutachtung von Asylklägern, die an traumatischen Folgen von Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung leiden, in: Folter vor Gericht, Karsten Altenhain / Johannes Kruse / Ina Hagemeyer / Mareike Hofmann (Hg.), Göttingen 2013, S. 75-112.

Schröder, Helmut / Zok, Klaus / Faulbaum, Frank: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, in: WIdOmonitor 2018 (1), S. 1–20.

Schönenbroicher, Klaus/Dickten, Franziska: Kommentierung zu § 24 AsylG, in: Winfried Kluth/ Andreas Heusch (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar Ausländerrecht 29. Auflage, München 2021.

Hager, Nina: Atteste bei gesundheitlichen Abschiebungshindernissen – Wer darf was? Relevanz von Stellungnahmen von Psychologischen Psychotherapeut*innen im Asylverfahren, in: Asylmagazin 9/2017, S. 335-340.

Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis - Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht, 2. Auflage, Berlin 2020.

Lincoln, Sarah: Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz? Anforderungen an den Nachweis von Erkrankungen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren, in: Asylmagazin 10-11/2020, S.349-354.