

Katarina Rafailović

**Problemfeld Begutachtung  
,traumatisierter' Flüchtlinge**

Eine empirische Studie zur Praxisreflexion

Schkeuditzer Buchverlag

Der vorliegende Text ist die überarbeitete Fassung der Diplomarbeit, die im Juni 2005 an der Freien Universität Berlin, Studiengang Psychologie eingereicht wurde; Erstgutachter der Diplomarbeit war Prof. Dr. Morus Markard, Zweitgutachterin PD Dr. Gisela Ulmann.

ISBN: 3- 935530- 49- 8

© 2005 by Schkeuditzer Buchverlag/ GNN  
Badeweg 1,  
D- 04435 Schkeuditz  
Alle Rechte vorbehalten  
Satz: Waltrand Willms

Druck und buchbinderische Verarbeitung: GNN Schkeuditz

## INHALTSVERZEICHNIS

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Vorwort</b>                                                                                                                | 9  |
| <b>1. EINLEITUNG</b>                                                                                                          | 11 |
| 1.1. Problemfeld und Ausgangslage                                                                                             | 11 |
| 1.2. Theoretische Begründung                                                                                                  | 12 |
| 1.3. Forschungsfragen                                                                                                         | 14 |
| 1.4. Aufbau                                                                                                                   | 15 |
| <b>TEIL EINS</b>                                                                                                              |    |
| <b>ANALYSE DER KONTEXTE DER PSYCHOSOZIALEN ARBEIT MIT FLÜCHTLINGEN</b>                                                        |    |
| <b>2. TRAUMATISIERTE' FLÜCHTLINGE AUS BOSNIEN UND HERCEGOVINA-IM RECHTLICHEN KONTEXT</b>                                      | 19 |
| 2.1. Definition des Begriffs Flüchtling                                                                                       | 19 |
| 2.2. Aufenthaltstitel der Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina                                                             | 22 |
| 2.2.1. Duldung                                                                                                                | 22 |
| 2.2.2. Grenzübergangsbefreiung                                                                                                | 24 |
| 2.2.3. Aufenthaltsbefugnis                                                                                                    | 24 |
| 2.3. Rechtliche Grundlagen der Eingreifmöglichkeiten von MedizinerInnen und PsychologInnen in aufenthaltsrechtliche Verfahren | 25 |
| 2.4. Genese der sog. ‚Traumaregelung‘ für Flüchtlinge aus BiH am Beispiel Berlin                                              | 28 |
| 2.4.1. Anfangsphase des Aufenthalts in der                                                                                    | 28 |
| 2.4.2. Das sog. Rückführungsabkommen von 1997 und dessen Durchsetzung                                                         | 29 |
| 2.4.3. Schutz durch ‚Kriegstraumatisierung‘ und Zweitbegutachtung durch den Polizeiärztlichen Dienst                          | 30 |
| 2.4.4. Weisung der Innenministerkonferenz vom 23./24.11. 2000                                                                 | 32 |
| 2.4.5. Umsetzung der IMK- Weisung und aktuelle Situation                                                                      | 33 |
| 2.5. Exkurs: Das neue Zuwanderungsgesetz                                                                                      | 36 |
| 2.6. Bewertung der Sonderregelungen für bosnische ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge                                                | 38 |
| <b>3. POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ALS PSYCHIATRISCHES DIAGNOSEBILD</b>                                                 | 41 |
| 3.1. Geschichtliche und gesellschaftliche Entbettung von PTSD. Realität oder Simulation?                                      | 42 |
| 3.1.1. Belastungen nach Zufällen und Belastungen von Soldaten. Psychisch oder organisch wirksam?                              | 42 |
| 3.1.2. ‚Hysterische Patientinnen‘. Verführung oder Phantasie?                                                                 | 44 |
| 3.1.3. Zweiter Weltkrieg und die Zeit danach. Entwicklung der PTSD als psychiatrische Diagnose                                | 46 |
| 3.2. Die Entwicklung der PTSD im DSM und ICD                                                                                  | 49 |
| 3.3. Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM- IV                                                                          | 50 |

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4. Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD- 10                                                                            | 51 |
| 3.5. Vor- und Nachteile des psychiatrischen Diagnosebildes PTSD. Realität oder Neurose, Trauma oder Leid, Opfer oder PatientIn? | 54 |

#### **4. TRAUMATISIERTE FLÜCHTLINGE? TRAUMA IN DER PSYCHOSOZIALEN BERUFSPRAXIS**

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                             | 57 |
| 4.1. Reflexionen David Beckers                                                                              | 57 |
| 4.2. Die Keilsonische sequentielle Traumatisierung                                                          | 61 |
| 4.3. Summerfields ‚Traumaindustrie‘                                                                         | 66 |
| 4.4. Problematisierungen von PTSD und ‚Traumaaarbeit‘ im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen | 69 |
| 4.5. Traumatisierte Flüchtlinge? Abschließende Bewertung                                                    | 74 |

#### **5. BEGUTACHTUNGSPRAXIS MIT (POTENTIELL) ‚TRAUMATISIERTEN‘ FLÜCHTLINGEN**

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                 | 76 |
| 5.1. Genese der Begutachtungspraxis in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen               | 76 |
| 5.2. Fragestellung in der Begutachtung bei potentiell ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlingen | 80 |
| 5.3. Richtlinien und Qualitätsstandards der Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren    | 81 |
| 5.3.1. Richtlinien der BAFF                                                                     | 82 |
| 5.3.2. Richtlinien der Projektgruppe SBPM                                                       | 87 |
| 5.4. Diskussionen zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung                                              | 90 |
| 5.5. Abschließende Bewertung                                                                    | 94 |

### **TEIL ZWEI EMPIRISCHE STUDIE**

#### **6. EMPIRISCHES VORHABEN UND METHODISCHES VORGEHEN**

|                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                            | 99  |
| 6.1. Bourdieu et al. ‚Verstehen‘                                           | 99  |
| 6.2. Kommunikative Validierung                                             | 107 |
| 6.3. Fragestellung im Rahmen qualitativ- empirischer Forschung             | 109 |
| 6.4. Die Interviewerin und die Interviewten                                | 110 |
| 6.5. Konzeptionalisierung und methodisches Vorgehen                        | 113 |
| 6.5.1. Bezug theoretischer Teil zum empirischen Teil                       | 113 |
| 6.5.2. Leitfadeninterview nach Witzel                                      | 113 |
| 6.5.3. Aufzeichnung und Dokumentation                                      | 115 |
| 6.5.4. Präsentation und Analyse der Interview angelehnt an Bourdieu et al. | 116 |
| 6.5.5. Vorgehen bei der Interviewanalyse                                   | 117 |
| 6.5.6. Kommunikative Validierung mit den Interviewten                      | 119 |

#### **7. LEJLA**

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
|                                                            | 121 |
| 7.1. Lejla: ‚Wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma‘ | 121 |
| 7.2. Gespräch mit Lejla                                    | 130 |

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.3.Kommunikative Validierung mit Lejla                                                                                 | 139 |
| <b>8.MUNIRA</b>                                                                                                         | 143 |
| 8.1.Munira: „Wenn ein Mensch traumatisiert ist, egal woher der Mensch kommt, das sollte eigentlich keine Rolle spielen“ | 143 |
| 8.2.Gespräch mit Munira                                                                                                 | 150 |
| 8.3.Kommunikative Validierung mit Munira                                                                                | 158 |
| <b>9.KATARINA</b>                                                                                                       | 163 |
| 9.1.Katarina: „Er hat mein Trauma bestätigt“                                                                            | 163 |
| 9.2.Gespräch mit Katarina                                                                                               | 175 |
| 9.3.Kommunikative Validierung mit Katarina                                                                              | 191 |
| <b>10.RESÜMEE</b>                                                                                                       | 196 |
| 10.1.Mögliche Schlussfolgerungen für berufspraktisches Handeln                                                          | 196 |
| 10.2.Die empirische Studie                                                                                              | 202 |
| 10.3.Ausblick                                                                                                           | 205 |
| <b>Literaturnachweis und Anhänge</b>                                                                                    |     |
| Literatur                                                                                                               | 207 |
| Verwendete Schriftstücke und Beschlussniederschriften                                                                   | 216 |
| Anhang Tabelle: Diagnostische Kriterien für eine PTSD nach DSM- IV                                                      | 218 |

Ich möchte Kirsten Tandeki, Franziska Groß und Marijan Skrobonja,  
aber besonders meinen Interviewpartnerinnen herzlich danken für ihre Offenheit und Unterstützung.

Katarina Rafailović

## **Vorwort**

Es gibt wohl kaum einen Tätigkeitsbereich von Psychologinnen und Psychologen, in dem Politik, Recht und Psychologie so deutlich und unmittelbar – und so problematisch – verbunden sind wie in der Arbeit mit Flüchtlingen – hier: mit bosnischen Frauen.

Der Kern der von Katarina Rafailović bearbeiteten Problematik besteht in der Einbeziehung von Psychologinnen und Psychologen in asylrechtliche Verfahren um Aufenthaltsmöglichkeit oder Abschiebung, in die Beantwortung von Fragen also, bei denen es für die Betroffenen um Leben und Tod gehen kann, auf jeden Fall eine für sie existenzielle Entscheidung zu treffen ist: Eine ‚Sonderregelung‘ für bosnische Flüchtlinge bindet deren Aufenthaltsmöglichkeit in Deutschland nämlich daran, dass sie als „traumatisiert“ diagnostiziert werden.

Welche Bedeutung politische Strategien, rechtliche Bestimmungen und institutionelle Vorgaben für die entsprechende psychologische Praxis haben, lässt sich diesem Buch übersichtlich und im Detail entnehmen. Systematisch schildert Katarina Rafailović die einschlägigen politischen Stellungnahmen / Willenserklärungen / Restriktionen und die dabei bedeutsamen juristischen Konzepte und Begriffe und schafft so Klarheit im Gewirr der Bestimmungen, die in ihrem gesellschaftlichen und historischen Kontext erhellt werden.

Ebenso kenntnisreich und systematisch rekonstruiert die Autorin die gesellschaftliche Genese und fachliche Problematik des Traumakonzeptes, genauer: der ‚posttraumatischen Belastungsstörung‘ (PTSD) als eines psychiatrischen Diagnosebildes, das für die Diagnostizierten immer eine Pathologisierung früher und gegenwärtig erfahrenen Leids mit sich bringt – ohne dass im Übrigen alles akute Leiden von Flüchtlingen sich unter diese Kategorie subsumieren ließe.

Ist damit – in der Tradition subjektwissenschaftlicher Praxisforschung – bedeutungsanalytisch der fachliche, politische und juristische Rahmen psychologischer Praxis aufgespannt, können die Leserinnen und Leser nun Katarina Rafailovićs ausführliche Analysen der fachlichen und gesellschaftlichen Widersprüche eben dieser Praxis nachvollziehen: Vor dem Hintergrund seltener gewordener Anerkennungen von Flüchtlingen verschärft die ‚Sonderregelung‘ für BosnierInnen den Streit um Diagnosestandards und Glaubwürdigkeitsprüfungen. Die Intention, Flüchtlinge zu unterstützen, muss sich fachlich gegen politisch inspirierte Zweifel behaupten. Die damit aufwändiger werdende Teilnahme an den Diagnoseverfahren bedeutet nicht nur gleichzeitig die Legitimation eines politisch zweifelhaften Selektionsprozesses, sondern auch die Einschränkung von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Andererseits beraubten sich die psychologisch Arbeitenden spezifischer Eingriffsmöglichkeiten für Betroffene, entzogen sie sich dem problematischen Verfahren.

Diese Situation ist, wie Katarina Rafailović eindringlich vorführt, für human gesonnene Psychologinnen und Psychologen dilemmatisch; es gibt keine glatten Lösungen. Politische Eingriffe sind unverzichtbar – gegen eine letztlich an ökonomischen Verwertungskriterien orientierten Asyl- und Flüchtlingspolitik.

Wie betroffene Frauen diese Situation erfahren und zu verarbeiten suchen, macht Katarina Rafailović uns in drei ausführlichen Interviews und Nachgesprächen zugänglich, die in Konzeption und Auswertung an

Bourdieu's Vorgehen im „Elend der Welt“ orientiert sind: authentische Schilderungen, die die Leserinnen und Leser im Kontext des Buches persönlich verstehen und politisch begreifen können.

Katarina Rafailović ist zu ihrem Thema über eine lang andauernde eigene praktische Tätigkeit in diesem Bereich, die ihr psychologisches Praktikum dort in Zeit und Intensität weit überschritt, gekommen. Die Erfahrungen, die sie in ihrer praktischen Arbeit machte, und die persönlichen Beziehungen, die sich dabei mit psychologisch Arbeitenden und deren Klient/innen entwickelte, sind Ausgangspunkt ihrer theoretischen Reflexionen bzw. Ermöglichungsgrund ihrer empirischen Studie mit betroffenen Frauen.

Gegen einen Zeitgeist, der die Orientierung auch wissenschaftlicher Arbeit an unmittelbarer ökonomischer Verwertbarkeit nahe legt, repräsentiert die Arbeit von Katarina Rafailović eine beeindruckende Verbindung von gesellschaftskritisch-praktischem Engagement, hoher fachlicher Kompetenz und einem so informierten wie sensiblen methodischen Vorgehen.

Wir hoffen, dass diese Arbeit und ihre Auszeichnung auch eine Ermutigung für jene Studierenden und Nachwuchswissenschaftler/innen bedeuten, die dem humanen Anliegen einer Psychologie zur Geltung verhelfen wollen, die Bevormundung und Fremdbestimmung überwinden will.

**Berlin, im Dezember 2005**

**Morus Markard & Gisela Ulmann**



## 1. Einleitung

### 1.1. Problemfeld und Ausgangslage

Seit Mitte der 90er Jahre spielt die Begutachtung potentiell ‚Traumatisierter‘ in der psychologischen Berufspraxis mit Flüchtlingen eine zunehmend bedeutende Rolle. Das Einbringen von psychologischen Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren wird in dieser Arbeit exemplarisch anhand der Diskussionen, Praxen und Erfahrungen, die mit bosnischen Flüchtlingen gewonnen werden konnten, untersucht.

Im Zuge der Kriege im ehemaligen Jugoslawien sind 350.000 Menschen in die BRD geflüchtet<sup>1</sup>. Ihre Erfahrungen von Krieg, Verfolgung und Flucht ließen sich nicht in die Kategorien einer staatlichen Verfolgung in Asylverfahren fassen, da sich gerade in Bosnien und Hercegovina<sup>2</sup> diese staatlichen Strukturen auflösten. Es bestand aber zu Beginn des Aufenthaltes bosnischer Flüchtlinge von Seiten der BRD der politische Wille, dieser Gruppe einen vorübergehenden Aufenthalt zu gewähren. Dieses änderte sich allerdings im Dezember 1995 mit dem Friedensvertrag von Dayton, mit dem die Rückführung der in Deutschland lebenden bosnischen Flüchtlinge eingeleitet wurde. Für psychisch erkrankte Flüchtlinge wurden Regelungen getroffen, welche mit dem Vorliegen einer kriegsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung<sup>3</sup> einen Schutz vor Abschiebung bzw. einen Eintritt in einen dauerhaften Aufenthalt in der BRD ermöglichen.

Psychologie und Medizin bewegen sich durch die Begutachtungspraxis in aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren in einem Spannungsfeld bestehend aus unterschiedlichen Interessenlagen der AkteurInnen. Entscheidungstragende<sup>4</sup> Instanzen, wie die Ausländerbehörde und die in diesem Kontext immer mehr an Einfluss gewinnenden Verwaltungsgerichte vertreten insbesondere das Interesse der Einhaltung bzw. Umsetzung der rechtlichen Bestimmungen. Flüchtlinge, die meist schon mehrere Jahre mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, haben das Interesse an einem möglichst gesicherten Aufenthalt und der Beendigung einer Lebenssituation

---

<sup>1</sup>Vgl. Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004b.

<sup>2</sup>Gleichbedeutend wird in dieser Arbeit Bosnien und Hercegovina und BiH (Bosna i Hercegovina) verwendet.

<sup>3</sup>Folgende Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet: Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD, PTBS, PTB.

<sup>4</sup>Entscheidungstragende werden hier diejenigen genannt, die in aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren befugt sind, Entscheidungen darüber zu treffen, ob ein Flüchtling einen Aufenthaltsstatus in der BRD gewährt bekommt, abgeschoben wird- oder die Abschiebung ausgesetzt wird. Dies sind die sog. EinzelentscheiderInnen der BAFI/ BAMF, Verwaltungs- und OberverwaltungsrichterInnen und entscheidungsbefugte MitarbeiterInnen der Ausländerbehörden.

ohne Perspektive. PraktikerInnen<sup>5</sup> der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen verstehen sich häufig selbst als UnterstützerInnen der Interessen ihrer Klientel an einem Bleiberecht und einem Ausweg aus einer strukturell ausgegrenzten Lebenssituation. Aber das Handeln der PraktikerInnen kann den politisch- juristischen Rahmen, der von den entscheidungstragenden Instanzen mitbestimmt wird, nicht verlassen.

Ausgehend von eigenen Erfahrungen in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen in unterschiedlichen Berliner Vereinen sind mir Widersprüche berufspraktischen Handelns evident geworden. Hinzukommend ist eine Situation entstanden, in der die ‚Objekte‘ dieses berufspraktischen Handelns- die ‚traumatisierten‘ Flüchtlinge selbst- dazu genötigt werden, eine kontinuierliche Behandlung ihrer psychischen Leiden mittels Begutachtung nachweisen zu müssen, da bei Gesundung der Schutz vor Abschiebung entfallen kann.

## **1.2. Theoretische Begründung**

Diese Arbeit stützt sich vornehmlich auf zwei Forschungsansätze, die sich gegenseitig ergänzend verwendet werden.

Die qualitativ- empirische Studie ist unter Bezug auf das Forschungsprojekt „Das Elend der Welt“ (Bourdieu et al. 1997/ 2002) um den Soziologen Pierre Bourdieu<sup>6</sup> entwickelt worden. In der Analyse und Präsentation von qualitativ erhobenen Interviews mit drei Frauen aus BiH, die als anerkannt- begutachtete ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge in Berlin leben, wird sich auf dieses Forschungsprojekt bezogen. Diskussionen über Flüchtlinge erfolgen im gesellschaftlichen Raum häufig objektivierend und entsubjektiviert. Es existiert wenig Literatur seitens der ‚Objekte‘ der ‚Flüchtlingsarbeit‘ oder ‚Flüchtlingspolitik‘, statt dessen wird allzu häufig *über* und *für* sie das Wort ergriffen. Mittels der empirischen Studie soll diesem Vorgehen entgegengetreten werden, indem die jeweiligen Positionen und Perspektiven der Gesprächspartnerinnen unter Einbezug ihrer gesellschaftlichen Bezüge herausgearbeitet werden. Es geht nicht um die Dokumentierung ihrer Erlebnisse von ‚Traumatisierungen‘ durch Krieg, Flucht und Verfolgung, die Interviews eröffnen einen Raum der aktiven Reflexion über ihre aktuellen Lebenslagen. Ihre Erfahrungen sollen von der privaten in die öffentliche Sphäre getragen werden und eine Gelegenheit gegeben werden, „ihre eigene Sichtweise von sich selbst und der Welt zu konstruieren, und jenen Punkt innerhalb dieser Welt festzulegen, von dem aus sie sich selbst und die Welt sehen, von dem aus ihr Handeln verständlich und gerechtfertigt ist, und zwar zuallererst für sich selbst“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 792). Die spezifische Analyse und Präsentation der verbalen Daten erfolgt mit dem Ziel, die RezipientInnen dieser Arbeit

---

<sup>5</sup>Als PraktikerInnen werden in der vorliegenden Arbeit jene PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und MedizinerInnen bezeichnet, welche im Kontext der psychosozialen Arbeit bzw. therapeutisch oder medizinisch mit Flüchtlingen tätig sind.

<sup>6</sup>Diese Methode wird detailliert im Kapitel Sechs vorgestellt und diskutiert.

in die Lage zu versetzen, die Positionen und Perspektiven der Gesprächspartnerinnen zu *verstehen*. Die RezipientInnen sollen bereits vor dem Lesen der Interviews über ein differenziertes Wissen über jene Kontexte verfügen, auf welche sich in der empirischen Studie bezogen wird, wobei das je konkrete Verhalten zu diesen Bedingungen und Bedeutungen erst in der empirischen Studie Thema wird.

Aus Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen werden im ersten Teil mittels subjektwissenschaftlich orientierter Analysen der Berufspraxis die Kontexte der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen expliziert und problematisiert. Angelehnt an Ausführungen von Markard & Holzkamp (1989) und Markard (2000a) wird dargestellt, dass zur Klärung von Praxisproblemen neben einem psychologisch- fachlichen- auch der politisch- gesellschaftliche, juristische und institutionelle Rahmen einbezogen werden muss, um bedeutungsvolle Analysen entwickeln zu können. Bemängelt wird in Markard & Holzkamp (1989) „dass psychologische bzw. mit psychologischen Fragen verbundene Berufspraxis bislang unzureichend Gegenstand wissenschaftlicher Analyse war und zwischen grundwissenschaftlicher Psychologie und berufspraktischer Psychologie eine tiefe Kluft besteht- und dass sich demgemäß keine ‚Darstellungskultur‘ für das Reden und Schreiben über Praxis entwickelte“ (ebd., S. 5). So wurde eine subjektwissenschaftliche Herangehensweise der Praxisbeschreibung entwickelt, um diese Lücke zu schließen. Dabei wird „generell *die Beschreibung von Praxis als Rekonstruktion ihrer Entwicklung* (bzw. der Entwicklung ihrer institutionellen etc. Aspekte“ (Markard & Holzkamp 1989, S. 13, Herv. i. Orig.) gefasst. Bei der Analyse der Bedingungen und des Verhaltens der PraktikerInnen zu diesen soll es aber nicht darum gehen, „Probleme und Möglichkeiten psychologischer Tätigkeit auf (die individuelle) Kompetenz der psychologisch Tätigen zu reduzieren“ (Markard 2000a, S. 14), bzw. auf ein Unvermögen von individuellen PraktikerInnen im Feld der Begutachtung potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge. „Das bedeutet aber auch, dass die Möglichkeiten einer (individuellen) emanzipatorischen *psychologischen Praxis* mit *fachlichen* und *gesellschaftlichen* Entwicklungen und darin liegenden Handlungsmöglichkeiten wie- einschränkungen vermittelt sind. [...] Wird dieser Zusammenhang vernachlässigt, wird das fachliche Problem der Relevanz auf Probleme individueller Kompetenz verschoben“ (Markard 2000a, S. 14, Herv. i. Orig.). Dahingegen müssen der juristische, institutionelle und gesellschaftliche Kontext und die Funktionalität<sup>7</sup> psychosozialer Praxis mit einbezogen werden, neben einer psychologisch- fachlichen Analyse, um das häufig widersprüchliche Handeln der PratikrerInnen nachvollziehbar zu machen. Hier wird aber nicht die Begutachtungspraxis in einem *konkreten* berufspraktischen Zusammenhang bspw. in einem spezifischen psychosozialen Verein reflektiert und analysiert. Die fachlichen,

---

<sup>7</sup> „Funktionskritik meint hier im wesentlichen eine auf die eigene Praxis bezogene Konkretisierung von Ideologiekritik, die ja Theorien und Methoden danach befragt inwieweit sie gegebene gesellschaftliche Verhältnisse stützen“ (Markard & Holzkamp 1989, S. 39, Herv. i. Orig.).

juristischen, institutionellen und gesellschaftlichen Kontexte der Berufspraxis von der Gruppe der PraktikerInnen, die in psychosozialen Behandlungszentren, oder auch in eigener privater Praxis mit Flüchtlingen arbeiten, stellen den Ausgangspunkt der Analysen dar. Die *Konkretisierung* berufspraktischer Arbeit, die Herausarbeitung von Handlungsperspektiven und –behinderungen ist nicht Zielsetzung der Analyse<sup>8</sup>.

### 1.3. Forschungsfragen

Ziel ist eine Darstellung und kritische Analyse aus der Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen, sowie die Explizierung der Positionen und Perspektiven der ‚Objekte‘ dieses berufspraktischen Handelns. Ansetzend an subjektwissenschaftliche Praxisforschung und Bourdieu et al. sollen zwei zentrale Fragenkomplexe beantwortet werden:

- Wie stellt sich das Spannungsfeld der Begutachtungspraxis (potentiell) ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge aus Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen dar? Wie ist dieses fachlich und juristisch-institutionell- gesellschaftlich vermittelt? Vor welchen Widersprüchen stehen die PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen? Lässt sich ausmachen, auf welche Weise und in welchem Ausmaß institutionelle Widersprüche sich auf theoretische Diskussionen und berufspraktisches Handeln auswirken?<sup>9</sup> Inwieweit verselbstständigt sich eine einmal formulierte Zielsetzung; inwieweit fangen PraktikerInnen an, ihre eigenen taktischen Formulierungen für bare Münze zu nehmen?<sup>10</sup>
- Wie sind die Positionen und Perspektiven von ‚Objekten‘ dieser Praxis? Wie verorten sie sich im Spannungsfeld? (Wie) sehen sie sich als ‚traumatisierte Flüchtlinge‘? Wie gehen sie mit sich als ‚traumatisiert‘ diagnostiziert um? Wie haben sie die klinisch-fachliche Begutachtung erlebt? Wie stellt sich für sie die Verbindung zwischen aufenthaltsrechtlichem Verfahren und Psychotherapie bzw. psychiatrischer Behandlung dar? (Wie) begründen oder problematisieren sie diese Zusammenhänge?

### 1.4. Aufbau

Im *ersten Teil* werden die Kontexte der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen aus Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen analysiert. Kapitel Zwei bis Fünf folgen einem Aufbau, in dem zunächst in einer *historischen Herangehensweise* (nach

---

<sup>8</sup>Daher werden keine Gespräche mit PraktikerInnen zu ihren Praxisproblemen erhoben und ausgewertet, es erfolgt auch keine konkretisierende Beschreibung der Arbeitsbedingungen und –organisation in einem spezifischen Verein.

<sup>9</sup>Vergleich zu dieser Forschungsfrage Markard & Holzkamp 1989, S. 35.

<sup>10</sup>Vergleich zu dieser Forschungsfrage Markard & Holzkamp 1989, S. 23.

Markard und Holzkamp 1989) der Frage nachgegangen wird, wie es unter Einbezug fachlicher, juristischer und gesellschaftlicher Kontexte zur aktuellen Konstellation gekommen ist. „Die gegenwärtige Struktur [wird gefasst, K.R.] als Resultat früherer Veränderungen“ (Markard & Holzkamp, S. 9)<sup>11</sup>. Die zentralen psychologisch-fachlichen Konzepte und Theorien werden vorgestellt und diskutiert. Eine „Analyse der Probleme, Widersprüche, und Handlungsmöglichkeiten in psychologischer Berufspraxis“ (Markard & Holzkamp 1989, S. 21) erfolgt zum Ende jedes Kapitels des ersten Teils. Aufgegriffen werden diese Diskussionen zusammengefasst in Hinblick auf Schlussfolgerungen für berufspraktisches Handeln im Resümee.

Im *Kapitel Zwei* wird der juristische Kontext für Flüchtlinge aus BiH in ihren rechtlichen Grundlagen sowie deren Entwicklung aufgezeigt. Dieser juristische Kontext ist grundlegend; ohne ihn würde die Begutachtung von potentiell ‚traumatisierten‘ Flüchtlingen nicht praktiziert<sup>12</sup>. Es wird eine Bestimmung des Begriffs ‚Flüchtling‘ vorgenommen. Die auf die Bezugsgruppe der bosnischen Flüchtlinge angewandten Aufenthaltstitel werden gemeinsam mit ihren sozialrechtlichen Implikationen vorgestellt. Auch wird erörtert, in welcher Form und auf welcher rechtlichen Grundlage PTSD in aufenthaltsrechtliche Verfahren von Flüchtlingen eingebracht wird. Es wird die Praxis der Anerkennung von Flüchtlingen aus BiH in Berlin im Zusammenhang mit Weisungen auf Bundesebene sowie Weisungen und Praxen der konkreten Umsetzung in Berlin vorgestellt. Herausgestellt wird die sog. ‚Traumatisiertenregelung‘, jene bundesweite Weisung der Innenministerkonferenz (IMK) vom November 2000, auf deren Grundlage ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge aus BiH einen vergleichsweise gesicherten Aufenthalt in Deutschland erlangen können. Diese ‚Traumatisiertenregelung‘ gilt weiterhin, auch mit Inkrafttreten des neuen Zuwanderungsgesetzes. Eingeschätzt werden die konkreten Auswirkungen des Zuwanderungsgesetzes auf bosnische Flüchtlinge. Abschließend wird die aktuelle rechtliche Situation problematisiert.

Im *Kapitel Drei* wird das psychiatrische Diagnosebild PTSD erörtert, welches aufgrund der rechtlichen Verankerung dieser psychiatrischen Erkrankung in aufenthaltsrechtliche Verfahren die zentrale Bezugsgröße in der psychosozialen Arbeit

---

<sup>11</sup>Dabei wird dem „Umstand Rechnung (ge-, K.R.)tragen, dass man über die Dynamik und Widersprüche des Gegenwärtigen mehr erfährt, wenn man seine Entwicklung kennt“ (Markard & Holzkamp 1989, S. 13). Praxisforschung soll „dazu beitragen, den eigenen Problembezug bei der Praxisbeschreibung, d.h. den Zusammenhang zwischen den institutionellen Bedingungen/ Bedeutungen und den eigenen Handlungsmöglichkeiten und –behinderungen ausfindig zu machen“ (ebd.).

<sup>12</sup>Diese rechtlichen Bestimmungen sind für die Gruppe von Flüchtlingen möglicherweise weitreichender, als sie für viele andere Menschen sind, da durch die rechtlichen Regelungen für Flüchtlinge ein extremer, u.U. existentieller Eingriff in die Biographien der Betroffenen erfolgt, der vergleichsweise offen und explizit geschieht.

mit Flüchtlingen aus BiH darstellt. Anhand einer Darstellung der historischen Entwicklung der PTSD wird nachvollzogen, wie in der Entwicklung dieses Krankheitsbildes Fragen der Anerkennung von gesellschaftlich verursachtem psychischen Leiden diskutiert wurden. Eingegangen wird auf Traditionen der Erforschung von Belastungen nach Zufällen, der Diskussionen um ‚Hysterie‘ und sexualisierter Gewalt sowie von kriegsteilnehmenden Soldaten oder ‚zivilen‘ Opfern von Krieg und Verfolgung. Insbesondere Vietnamveteranen in den USA, aber auch feministische Bewegungen drängten auf die Einführung einer PTSD in das statistische Manual DSM- III. Anschließend werden die aktuell geltenden psychiatrischen Diagnosekriterien der klinischen Klassifikationssysteme DSM- IV und ICD- 10 vorgestellt, da nur nach ihnen eine PTSD so diagnostiziert werden kann, dass ein bosnischer Flüchtling als ‚traumatisiert‘ anerkannt wird und dadurch Aussicht auf einen gesicherten Aufenthalt in der BRD hat. Abschließend werden Schwächen und Problematisierungen dieses psychiatrischen Diagnosebildes diskutiert.

Im *vierten Kapitel* werden die Konzeptionalisierungen und Auseinandersetzungen mit gegenüber dem psychiatrischen Diagnosebild PTSD weiter gefassten psychologischen Traumakonzepten dargelegt. Vorgestellt werden die kritischen Reflexionen David Beckers über einen psychologisierenden Traumabegriff. Als Alternative zu einer PTSD wird das Konzept einer ‚*sequentiellen Traumatisierung*‘ nach Hans Keilson vorgestellt und auf die Gruppe der Flüchtlinge aus BiH verallgemeinert. Die Kritik Derek Summerfields an der ‚*Traumaindustrie*‘ wird einer Zusammenfassung und Problematisierung der Perspektiven und Kritiken unterschiedlicher PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen vorangestellt. Zum Ende des Kapitels werden die Grenzen dieser Kritiken diskutiert, die auftauchen, sobald die klinisch- fachliche Begutachtung einer ‚Traumatisierung‘ in aufenthaltsrechtlichen Verfahren praktiziert wird. Diese Begutachtung muss sich an Rahmenbedingungen halten, die auf einer rechtlichen Ebene politisch entschieden werden.

Im *Kapitel Fünf* wird auf die Begutachtungspraxis bei potentiell traumatisierten Flüchtlingen explizit Bezug genommen. Eingegangen wird auf die Frage nach der Entstehung der Situation, in welcher PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen Begutachtungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren durchführen. Da sich auch die Fragestellungen in der Begutachtung differenziert haben, werden diese Fragestellungen im Kontext der Begutachtung von bosnischen Flüchtlingen expliziert. Es werden jene beiden Begutachtungskriterien und Qualitätsstandards vorgestellt, auf welche in der Begutachtungspraxis in aufenthaltsrechtlichen Verfahren Bezug genommen wird. Auch die stark umstrittene Frage der Prüfung der Glaubhaftigkeit von Aussagen der Flüchtlingen wird erörtert. Abschließend wird die aktuelle Situation der psychosozialen Arbeit, in der die Begutachtung von Flüchtlingen einen immer größeren Raum einnimmt, bewertet. Widersprüchliches berufspraktisches Handeln wird anhand des Einbezugs der in den Kapitel Zwei bis Fünf diskutierten und

problematisierten Kontexte der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen herausgearbeitet und analysiert.

Im *Teil Zwei* wird die empirische Studie vorgestellt. Aufbauend auf den im ersten Teil erörterten und problematisierten Ausführungen aus der Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen dient der zweite Teil der Studie der Explikation der Perspektive der ‚Objekte‘ bzw. KlientInnen. Es wird mittels dreier qualitativer Interviews untersucht, wie sich die Befragten zu den im ersten Teil verhandelten Themen je ins Verhältnis setzen. Auch wird angestrebt, schon vorgefertigte Positionen und Perspektiven zu diesem Problemfeld zu verunsichern.

*Kapitel Sechs* geht auf den Forschungsprozess ein. Hier wird die empirische Studie methodologisch wie methodisch begründet. Die Arbeiten von Bourdieu et al. (1997/2002) bilden den zentralen Bezugspunkt der Begründung und Auswertung der Interviews. Hinzukommend zu einem ersten problemzentrierten qualitativen Leitfadenterview (nach Witzel 1982) findet eine kommunikative Validierung mit den Interviewten statt. Es wird die Fragestellung im Rahmen qualitativer Forschung expliziert, sowie die Beziehung der Interviewerin zu den Interviewten reflektiert. Weiter wird die Konzeptionalisierung und das konkrete methodische Vorgehen der empirischen Studie dargestellt.

*Kapitel Sieben, Acht und Neun* stellen die Interviews mit drei begutachtet- anerkannt ‚traumatisierten‘ Frauen ‚Lejla‘, ‚Munira‘ und ‚Katarina‘ vor. In der Interviewanalyse werden die verhandelten Positionen und Perspektiven der Gesprächspartnerinnen kontextualisiert, expliziert und problematisiert. Anschließend werden die Interviews selbst in Form von Transkripten präsentiert. Eine Analyse in den Transkripten erfolgt durch die Auswahl von Äußerungen der Interviewten als Überschriften. Ziel dabei ist es, besonders bedeutsame oder widersprüchliche Äußerungen der Interviewten hervorzuheben, auf die in der Interviewanalyse eingegangen wird. Auf Grundlage der Interviewanalyse werden Nachfragen und Problematisierungen formuliert, welche den Ausgangspunkt für eine kommunikative Validierung mit den Gesprächspartnerinnen in einem zweiten Gesprächstermin bildet. Schließlich erfolgt die Präsentation der kommunikativen Validierung mit der jeweiligen Interviewten.

In *Kapitel Zehn* wird die gesamte Arbeit in ihren wesentlichen Ergebnissen zusammengestellt. Die in der Einleitung gestellten Ausgangsfragen werden zusammenfassend beantwortet. Dabei wird getrennt auf den ersten und den zweiten Teil eingegangen. Ein abschließender Ausblick könnte für weiterführende Untersuchungen des Forschungsgegenstandes fruchtbar sein.

## **TEIL EINS ANALYSE DES KONTEXTES DER PSYCHOSOZIALEN ARBEIT MIT FLÜCHTLINGEN**

### **2. ‚Traumatisierte‘ Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina- im rechtlichen Kontext**

In diesem Kapitel wird der aufenthaltsrechtliche Kontext für Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina aufgezeigt<sup>13</sup>. Speziell wird der Frage nachgegangen, in welchem juristischen Rahmen klinisch- fachliche Bescheinigungen einer Posttraumatischen Belastungsstörung im aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren von Flüchtlingen relevant werden. Zunächst wird die international gebräuchliche Flüchtlings- Definition der Genfer Flüchtlingskonvention vorgestellt und es erfolgt eine Positionierung zu dem Begriff ‚*Flüchtling*‘. Anschließend werden jene Aufenthaltstitel vorgestellt, die für die Bezugsgruppe der bosnischen Flüchtlinge bedeutsam sind. Es werden die Möglichkeiten des Eingriffs von PsychologInnen bzw. ÄrztInnen in aufenthaltsrechtliche Verfahren erörtert. Die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen und Praxen der Ausländerbehörde in Bezug auf bosnische Flüchtlinge in Berlin werden in ihren wichtigsten Punkten seit Beginn der 90er Jahre nachverfolgt. Dabei wird insbesondere auf den Beschluss der Konferenz der InnenministerInnen und – senatorInnen (IMK) vom 23./24. November 2000 eingegangen. Es erfolgt ein Exkurs zum seit dem 01.01.2005 in Kraft getretenen Zuwanderungsgesetz. Abschließend werden die Sonderregelungen für bosnische ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge problematisiert.

#### **2.1. Definition des Begriffs Flüchtling**

Nach dem zweiten Weltkrieg machten es sich die neu gebildeten Vereinten Nationen zur Aufgabe, eine internationale Richtlinie zum Umgang mit Flüchtlingen zu entwickeln. Zur Überwachung der Einhaltung der Menschenrechte für Flüchtlinge wurde im Jahr 1950 das UN- Hochkommissariat für Flüchtlinge (UNHCR) eingerichtet und 1951 die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) besiegelt. Hier wurde u.a. eine Flüchtlingsdefinition beschlossen, die noch heute „für das Asylrecht vieler Staaten maßgebend“ (Jensen 2003, S. 27) ist. Nach Artikel 1a Nr.2 der GFK wird ein Flüchtling definiert als eine Person, die

„aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie

---

<sup>13</sup>Die sich je nach Herkunft, sowie nach Anlass und Zeitpunkt der Migration nach Deutschland unterscheidenden rechtlichen Bestimmungen für alle Flüchtlinge und MigrantInnen können an dieser Stelle nicht in ihrer Komplexität vorgestellt werden.



besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als Staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht zurückkehren will“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 188).

Diese Definition stellt zwar eine Orientierung für die unterschiedlichen national bestimmten Rechte der Gewährung von Zuflucht dar, ist aber nicht rechtsbindend. Staaten sind vom internationalen Recht unabhängig in ihrer Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen sie Menschen Asyl gewähren. Jedoch sind Regelungen, die das *Verbot von Abschiebungen* enthalten, für jene Staaten, welche die GFK unterschrieben haben, rechtsbindend (vgl. Jensen 2003). Nach Artikel 33 Nr.1 der GFK darf keiner der vertragsschließenden Staaten

„einen Flüchtling auf irgendeine Weise über die Grenzen von Gebieten ausweisen oder zurückweisen, in denen sein Leib oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politische Überzeugung bedroht sein würde“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 197).

Es gibt noch eine Vielzahl von juristischen Bestimmungen und Konkretisierungen auf regionaler und deutscher Ebene, die definieren, wer als Flüchtling anerkannt wird. Es handelt sich dabei um unterschiedlich restriktiv gehandhabte Auslegungen der Flüchtlingsdefinition der GFK. Insbesondere haben die seit den 80er Jahren geschlossenen europäischen Vereinbarungen zum Umgang mit Flüchtlingen „den deutlichen Charakter, möglichst wenigen Flüchtlingen eine Einreise nach [West- K.R.] Europa zu ermöglichen“ (Weber 1998, S. 16). Nach *deutschem* Rechtsverständnis wird eine Person dann als Flüchtling bezeichnet, wenn das BAFI/ BAMF<sup>14</sup> oder ein Verwaltungsgericht sie als solche/r unanfechtbar anerkannt hat<sup>15</sup>. Eine Anerkennung als Flüchtling bedeutet „Schutz vor Ausweisung, Abschiebung oder Auslieferung in den Verfolgerstaat, Gewährung eines gefestigten Aufenthaltsstatus und die Möglichkeit einer eigenständigen Lebensführung in der BRD“ (Hemmerling 2002, S. 10). Hinzukommend zu rechtlichen Flüchtlingsdefinitionen beinhaltet der Begriff Flüchtling Konnotationen und Besetzungen in der Aufnahmegesellschaft. Ein Flüchtling ist nicht nur ein Flüchtling „weil ihn in seinem Heimatland soziale Verhältnisse dazu gemacht haben, sondern er ist auch bei uns Flüchtling, entsprechend

---

<sup>14</sup>Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, heute umbenannt in Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

<sup>15</sup>Auch wenn die große Zahl der nicht anerkannten Flüchtlinge im deutschen Sprachgebrauch trotzdem ‚*Flüchtlinge*‘ sind und ich sie auch hier Flüchtlinge nennen werde.

der Art und Weise, wie wir dieses Thema hier konstruieren“ (Becker 2002a, S.72). Der Begriff Flüchtling ist in der Mehrheitsgesellschaft der BRD eher negativ besetzt, „sie bleiben zu lange hier, wir müssen die Zuwanderung regeln, wir müssen aufpassen“ (ebd., S. 73).

Wenn im Rahmen dieser Arbeit der Begriff Flüchtling verwendet wird, soll dies in Reflexion von Negativkonstruktionen erfolgen. Ein gewisses Unbehagen mit dem Begriff ist nicht zu verneinen. Es wird versucht, ihn in den Kontexten zu benutzen, in denen eine rechtliche oder institutionelle Bedeutsamkeit dies rechtfertigt. Da die rechtlichen und institutionellen Dimensionen hier einen großen Raum einnehmen werden, wird auch der Begriff Flüchtling häufig verwendet. Eine Ausblendung des Begriffes scheint wenig hilfreich, da die unterschiedlichen Diskriminierungen und gesellschaftlichen Ausschlüsse in der hiesigen Aufnahmegesellschaft damit keineswegs aus der Welt geschafft werden. Auch kann die Bezeichnung von Menschen als Flüchtling helfen „spezielle Verluste, die sie erlitten haben, Probleme und Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind, zu erfassen, anzuerkennen, zu würdigen und von diesem Punkt aus Handlungsperspektiven zu entwickeln“ (Hemmerling 2002, S. 15). Im *Konkreten* soll dagegen von den Interviewten gelernt werden, die den Begriff des Flüchtlings für sich selbst und ihr Umfeld ablehnen, zugunsten anderer Begriffe für sich als Menschen, Leute, BosnierInnen etc.<sup>16</sup>. Die subjektive Bedeutung, ein Flüchtling in der BRD zu sein, bringt eine Frau aus Bijeljina, BiH für sich auf den Punkt:

„Flüchtling sein heißt niemand sein; keinen Beruf und keinen Titel zu haben, nichts zu können und nicht gebraucht zu werden, auf nichts hoffen zu dürfen und für alles dankbar sein zu müssen. Dem Flüchtling ist alles zuzumuten, denn alles ist besser als die Situation, aus der er sich gerettet hat. (I. aus Bijeljina)“ (südost Europa Kultur e.V. 1998, S. 6).

Die Lebensrealitäten, die hinter einer solchen Aussagen stecken, lassen sich durch einen sensibleren Sprachgebrauch im Umgang miteinander nicht aus der Welt schaffen. Doch ist eine Bewusstmachung der entindividualisierenden Sprache wenigstens etwas. Hier soll das ‚*Flüchtling- sein*‘ als eine durchaus einschneidende *Zugehörigkeit* der betreffenden Subjekte gefasst werden, aber andere *Zugehörigkeiten* wie Geschlecht, Beruf, soziale Herkunft, nationales und ethnisches Zugehörigkeitsgefühl, Schwester, Tochter, Freundin usw. sollen nicht vernachlässigt werden. Bevor auf die aufenthaltsrechtlichen Entwicklungen seit Ankunft bosnischer Flüchtlinge in der BRD eingegangen wird, werden die unterschiedlichen auf die Gruppe der bosnischen Flüchtlinge angewendeten Aufenthaltstitel vorgestellt.

## 2.2. Aufenthaltstitel der Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina

---

<sup>16</sup>Siehe die Interviews mit Lejla, Munira und Katarina und deren Auswertung Kapitel Sieben, Acht und Neun.

Durch das am 01.01.2005 in Kraft getretene Zuwanderungsgesetz haben sich auch die Aufenthaltstitel z.T. geändert. Darauf wird kurz zum Ende dieses Kapitels eingegangen. Da es zum Entstehungszeitraum dieser Arbeit noch einige Monate dauern wird, bis sich abzeichnet, in welcher Form sich das neue Zuwanderungsgesetz auf die Gruppe der bosnischen Flüchtlinge auswirken wird, werden an dieser Stelle die ‚alten‘ Aufenthaltstitel vorgestellt. Auch weil bis zur *Verlängerung* der jeweiligen Aufenthaltstitel, die alten Aufenthaltstitel weiter bestehen. Es wird weitere zwei Jahre dauern, bis alle anerkannten bosnischen Flüchtlinge eine Verlängerung ihres Aufenthaltsstatus vollzogen haben.

### 2.2.1. Duldung

Die meiste Zeit war die Mehrzahl der Flüchtlinge aus BiH, die in Deutschland gelebt haben, oder es heute noch tun, *geduldet*. Eine Duldung wird in der Regel nach negativem Ausgang eines Asylverfahrens erteilt, sofern *Abschiebehindernisse* festgestellt wurden. Für die Gruppe der Flüchtlinge aus BiH wurde eine Duldung in Aussicht gestellt, sofern diese ihre Anträge auf ein Asylverfahren zurückzogen (vgl. südost Europa Kultur e.V. 1998). Eine Duldung ist definiert als eine temporäre Aussetzung der Abschiebung. Ein dauerhafter Aufenthalt ist nicht vorgesehen. Auch wenn die Duldung als ein zeitlich begrenzter Aufenthaltsstatus erdacht wurde, leben Flüchtlinge aus BiH nun seit bis zu dreizehn Jahren mit einer Duldung in der BRD, die für einen Zeitraum von einem Tag bis höchstens einem Jahr neu beschieden wird<sup>17</sup>. Es müssen immer wieder die Voraussetzungen der Aussetzung einer Abschiebung überprüft werden. Sie kann nach § 55 (2)<sup>18</sup> AuslG zu jeder Zeit widerrufen werden, wenn die der Abschiebung entgegenstehenden Gründe entfallen. Mit dem aufenthaltsrechtlichen Status einer Duldung hängen folgende Restriktionen zusammen:

- Die *Residenzpflicht* sieht vor, dass sich Flüchtlinge für die Dauer ihres aufenthaltsrechtlichen Verfahrens in einer ihnen zugewiesenen Gemeinde aufhalten müssen und diese nur im Ausnahmefall mit einer Sondergenehmigung der zuständigen Ausländerbehörde verlassen dürfen (vgl. Rüffer et al. 2003). Erst recht darf eine geduldete Person Deutschland nicht verlassen.
- Der *Zuzug von Familienangehörigen* ist nicht gestattet, auch nicht von EhepartnerIn oder minderjährigen Kindern (vgl. ebd.).
- *Verbot einer Ausbildung oder der Aufnahme eines Studiums*. Nur eine *schulische* Ausbildung ist gestattet (vgl. ebd.).

---

<sup>17</sup>Nach dem Zuwanderungsgesetz soll dies nur noch bis zu 6 Monaten erlaubt sein (vgl. Zuwanderungsgesetz 2004).

<sup>18</sup>AuslG § 55 Duldungsgründe „(2) Einem Ausländer wird eine Duldung erteilt, solange seine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist oder nach § 53 Abs. 6 oder § 54 ausgesetzt werden soll“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 26).

- Eine *Arbeitserlaubnis* ist beim Arbeitsamt zu beantragen. Aufgrund des InländerInnen-Primats, welches besagt, dass deutsche StaatsbürgerInnen bei der Arbeitsplatzvergabe einen Vorrang gegenüber ‚AusländerInnen‘ haben, wird diese de Facto in vielen Bundesländern generell nicht erteilt (vgl. ebd.).
- Ohne Einkommen aus Arbeit sind Flüchtlinge auf den Bezug von *Sozialhilfe* angewiesen. Ab August 1997 wurde die Sozialhilfe für Flüchtlinge nach einer Änderung des AsylbeLG (Asylbewerber Leistungsgesetz) gekürzt<sup>19</sup>.
- Ein Anspruch auf eine eigene Wohnung besteht nicht. Sie kann beantragt und im Einzelfall gestattet werden. Anspruch besteht auf sechs m<sup>2</sup> pro Person in Gemeinschaftsunterkünften, sog. *Flüchtlingswohnheimen* (vgl. Ruffer et al. 2003).
- Ein Anspruch auf *medizinische Versorgung* besteht nur bei akuten und schwerwiegenden Krankheiten. Es soll lediglich eine Notfallversorgung erfolgen. Kosten einer Psychotherapie bei niedergelassenen TherapeutInnen werden nicht übernommen, schon gar nicht anfallende Kosten für Sprachmittlung. Den Betroffenen bleibt häufig nur der Rückgriff auf die überlasteten Beratungsstellen und psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge<sup>20</sup> (vgl. ebd.).

### 2.2.2. Grenzübertrettsbescheinigung

Eine sog. Grenzübertrettsbescheinigung stellt keinen Aufenthaltsstatus dar. Es existiert lediglich eine Negativdefinition. Sie wird nach einem „negativen Ausgang des Asylverfahrens und nicht erteilter bzw. nicht mehr verlängerter Duldung“ (Münchener Flüchtlingsrat 2005, S. 3) ausgestellt. Die Betroffenen erhalten ein Schreiben der Ausländerbehörde, in dem sie bis zu einem bestimmten Datum *vollziehbar zur Ausreise verpflichtet* werden. Der gewährte Zeitraum der ‚freiwilligen‘ Ausreise umfasst nur wenige Tage bis zu wenigen Wochen. Dieser Aufenthaltsstatus wird ‚*Grenzübertrettsbescheinigung*‘ genannt, da dieses Schreiben zum Nachweis einer erfolgten ‚freiwilligen‘ Ausreise an der Grenze abgegeben werden muss. Reist die Person bis zu diesem Datum nicht freiwillig aus, wird eine Abschiebung bzw. Abschiebehaft angedroht. Hinzu kommt, dass eine abgeschobene Person ein Einreiseverbot in die BRD erhält. Die unterschiedlichen Restriktionen einer Duldung,

---

<sup>19</sup>Flüchtlinge erhalten danach im Gegensatz zu Einheimischen oder rechtlich besser gestellten MigrantInnen nur 80% des Sozialhilfesatzes. Ab 1998 wurde diese gekürzte Sozialhilfe in einigen Bezirken von Berlin nicht mehr bar ausgezahlt. Stattdessen erhalten sie ‚Sachleistungen‘, d.h. ihnen werden im Wohnheim Lebensmittel zugewiesen, oder sie erhalten Chipkarten, mit denen sie nur in ganz bestimmten, meist teuren Läden einkaufen dürfen (vgl. Südost Europa Kultur e.V. 1998).

<sup>20</sup>Anzumerken ist aber hier, „dass die Wirklichkeit der medizinischen und psychologischen Versorgung zumindest im somatischen Bereich besser ist, als vom Gesetzgeber intendiert, da sich das Versorgungssystem pragmatisch über die vorgegebenen Restriktionen hinwegsetzt“ (Zenker 2001, S. 156). Eindruck der Verfasserin ist, dass abgesehen von mangelnder Erfahrungen im Umgang mit Flüchtlingen im interkulturellen Bereich bzw. dem nicht Vorhandensein von SprachmittlerInnen, sich Flüchtlinge aus BiH in ausgesprochen engmaschigen somatischen Versorgungssystemen befinden.

wie oben aufgeführt, bestehen weiterhin, neben der noch größeren Rechtsunsicherheit vor erzwungener und unangekündigter Abschiebung und der größeren behördlichen Kontrolle durch die teilweise wöchentlich erfolgende Vorsprechpflicht für eine neue Grenzübertrittsbescheinigung bzw. Festnahme und Abschiebehaft oder Zwangsabschiebung.

### **2.2.3. Aufenthaltsbefugnis**

Im Gegensatz zur Duldung stellt die *Aufenthaltsbefugnis* die Grundlage für einen legalen Aufenthalt dar. In dem Zuwanderungsgesetz nicht mehr vorgesehen, wurde eine Aufenthaltsbefugnis an anerkannte politische Flüchtlinge auf Grundlage von § 51 AuslG.<sup>21</sup> erteilt. Als Bezugsgröße dient die Genfer Flüchtlingskonvention. Weiter wurde sie für sog. Bürgerkriegsflüchtlinge nach § 32a<sup>22</sup> erteilt. Zusätzlich konnte eine Aufenthaltsbefugnis für jeden Flüchtling nach zwei Jahren des geduldeten Aufenthalts in der BRD erteilt werden. De Facto kam dies aber so gut wie gar nicht vor. Es entfallen einige der mit einer Duldung verbundenen Restriktionen. Die Residenzpflicht entfällt und es darf auch ins Ausland gereist werden. Es ist erlaubt, eine Ausbildung oder ein Studium aufzunehmen und Sozialhilfe wird nicht mehr gekürzt ausgezahlt. Eine Arbeitserlaubnis erfolgt nicht in allen Bundesländern. In Bayern wird sie im Gegensatz zu Berlin meist nicht erteilt (vgl. Münchener Flüchtlingsrat 2005). Familienzusammenführung ist noch immer untersagt. Trotz der verbesserten Lebenslagen durch eine Aufenthaltsbefugnis, stellt auch sie keinen Daueraufenthalt in der BRD dar. Sie darf für höchstens zwei Jahre ausgestellt werden. Prinzipiell besteht auch hier die Möglichkeit einer Abschiebung, bspw. „bei Änderung der politischen Verhältnisse im Heimatland“ (ebd. S.2).

---

<sup>21</sup>AuslG „§ 51 Verbot der Abschiebung politisch Verfolgter. (1) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem sein Leben oder seine Freiheit wegen seiner Rasse, Religion, Staatsangehörigkeit, seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht ist“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 24).

<sup>22</sup>AuslG „§ 32a Aufnahme von Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen. (1) <sup>1</sup>Verständigen sich der Bund und die Länder einvernehmlich darüber, dass Ausländer aus Kriegs- oder Bürgerkriegsgebieten vorübergehend Schutz in der Bundesrepublik Deutschland erhalten, ordnet die oberste Landesbehörde an, dass diesen Ausländern zur vorübergehenden Aufnahme eine Aufenthaltsbefugnis erteilt und verlängert wird. [...] (2) Die Aufenthaltsbefugnis darf nur erteilt werden, wenn der Ausländer keinen Asylantrag stellt oder einen nach Erlass der Anordnung nach Absatz 1 gestellten Asylantrag zurücknimmt [...]“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 14f).

### 2.3. Rechtliche Grundlagen der Eingreifmöglichkeiten von MedizinerInnen und PsychologInnen in aufenthaltsrechtliche Verfahren

Alle Menschen, die nicht in Besitz der deutschen Staatsbürgerschaft sind, sind ‚AusländerInnen‘<sup>23</sup> vor dem deutschen Gesetz. Für ‚AusländerInnen‘ gelten gesonderte Gesetze, bis 2005 vorwiegend geregelt im Ausländerrecht, für unterschiedliche Lebensbereiche wie Aufenthalt, Verwaltung, soziale Rechte etc.. Die *Ausländerbehörde* ist in den deutschen Bundesländern unterschiedlichen Institutionen angegliedert. In Berlin ist sie dem Landeseinwohneramt (LEA) zugeordnet, als Bestandteil der Berliner Senatsverwaltung für Inneres. Ihre Aufgabe ist die Ausführung der ‚Ausländerpolitik‘ im Interesse des deutschen Staates. Dieses Interesse kann als Kleinhaltung entstehender Kosten durch die Anerkennung von Flüchtlingen umschrieben werden<sup>24</sup>. Die „Maxime der deutschen Ausländerpolitik“ (Knorr & Weber 2003, S. 44), die Begrenzung von Zuwanderung<sup>25</sup>, wird insb. durch diese Instanz verwirklicht. Die Ausländerbehörde reguliert aufenthaltsrechtliche Angelegenheiten, aber auch passrechtliche Angelegenheiten für Menschen in Asylverfahren, von Kontingentflüchtlingen<sup>26</sup> und (Bürgerkriegs-)Flüchtlingen.

Bis 1993 galt nach Art 16a Grundgesetz „politisch Verfolgte genießen Asyl“ (nach Jensen 2003, S. 64). 1993 wurde im Rahmen des sog. *Asylkompromisses* dieses Recht erheblich verkürzt. Eingeführt wurde bspw., dass kein Recht auf Asyl besteht, wenn eine Person aus einem sog. *sicheren Drittstaat* oder sicheren Herkunftsstaat in die BRD eingereist ist. Ebenfalls wurde die Möglichkeit eines vorläufigen Rechtsschutzes erheblich eingeschränkt, so dass Flüchtlinge im Asylverfahren kaum noch vor Abschiebung geschützt sind. Ferner wurde das Asylverfahren beschleunigt (vgl. Weber 1998; Jensen 2003).

---

<sup>23</sup>Ähnlich wie oben aufgezeigt zu dem Begriff Flüchtling, ist auch dieser Begriff diskutierbar. Ich präferiere den Begriff MigrantIn, auch wenn er nicht deckungsgleich mit dem rechtlichen Begriff der ‚AusländerIn‘ ist. Daher hier die Verwendung des Begriffes ‚AusländerIn‘ in Anführungsstrichen.

<sup>24</sup>Auch wenn bspw. Restriktionen wie die Unterbringung in Sammelunterkünften teurer sind als angemietete Wohnungen. Eine Abschreckung und Diskriminierung von Flüchtlingen scheint auch als Interesse des deutschen Staates gefasst zu werden. Dies wird im Rahmen einer erwünschten Begrenzung von Zuwanderung nachvollziehbar.

<sup>25</sup>Dieses hat sich auch durch das neue Zuwanderungsgesetz nicht geändert. Im § 1 des Zuwanderungsgesetzes wird als Zweck des Gesetzes die „Steuerung und Begrenzung des Zuzugs in die Bundesrepublik Deutschland“ (Zuwanderungsgesetz 2004, S. 1952) bestimmt.

<sup>26</sup>Kontingentflüchtlinge sind Flüchtlinge, die als begrenztes und festgelegtes *Kontingent* aus einem Land in Deutschland aufgenommen werden. Dieser kleinen Gruppe von Flüchtlingen wird meist ein Aufenthalt, jedoch auch nur über die Zeit von kriegerischen Auseinandersetzungen und politischen Krisen gewährt. Alle Flüchtlinge über diese gewährte Anzahl hinaus sind nicht erwünscht. Ihnen wird die Einreise nach Deutschland, der Aufenthalt und die Lebensbedingungen erschwert.

Da ein positiver Asylbescheid immer seltener wurde, wurde das Vorbringen von *Abschiebehindernissen* nach § 51 Abs. 1 AuslG<sup>27</sup>, § 53 Abs. 1 AuslG<sup>28</sup> sowie § 53 Abs. 6 AuslG<sup>29</sup> häufiger praktiziert (vgl. Jensen 2003). Eine „*erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit*“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 25, Herv. K.R.) bei Abschiebung bzw. Rückführung nach § 53 Abs. 6 AuslG ist dabei als wichtigstes Abschiebehindernis hervorzuheben. Die Geltendmachung einer (*psychischen*) *Krankheit* wurde seit den 90er Jahren zunehmend als Abschiebehindernis vorgebracht, da sie oft die einzige Möglichkeit darstellt, einer Abschiebung zu entgehen (vgl. Knorr & Weber 2003). Die von einer PsychotherapeutIn bzw. ÄrztIn verfasste Attestierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung spielt hierbei auch eine Rolle.

Abschiebehindernisse werden unterschieden in *inlandsbezogene Abschiebehindernisse* und in *zielstaatsbezogene Abschiebehindernisse*. Inlandsbezogene Abschiebehindernisse stellen jene Gesundheitsgefahren dar, die nicht erst im Zielstaat der Abschiebung drohen, sondern *im Abschiebevorgang selbst* erfolgen. Dies kann bspw. erhebliche Suizidgefahr, akute Erkrankung, fortgeschrittene Schwangerschaft, Trennung von Familienmitgliedern mit Beistands- und Betreuungsfunktion sein. Hier bietet eine medizinische Überprüfung der ‚Reisefähigkeit‘ oder auch ‚Transportfähigkeit‘ von Flüchtlingen die Möglichkeit einer Absicherung der Ausländerbehörde bzw. des deutschen Staates vor Klagen<sup>30</sup>. Wird eine Reisefähigkeit medizinisch- fachlich bejaht, werden Abschiebehindernisse ‚ausgeholt‘ und die untersuchte Person kann trotz Krankheit abgeschoben werden. Zielstaatsbezogene

---

<sup>27</sup>AuslG § 51 Verbot der Abschiebung politisch Verfolgter. Siehe Fußnote 21. Aus einem sog sicheren Drittstaat einreisende Flüchtlinge werden vom Asylrecht ausgeschlossen, aber nicht vom Abschiebeschutz. Deshalb wird im Zusammenhang mit dem § 51 Abs. 2 Nr. 1 AuslG vom ‚*kleinen Asyl*‘ gesprochen, im Gegensatz zum vergleichsweise seltenen positiven Bescheid in einem Asylverfahren als ‚*großes Asyl*‘ (vgl. Jensen 2003).

<sup>28</sup>AuslG „§ 53 Abschiebungshindernisse. (1) Ein Ausländer darf nicht in einen Staat abgeschoben werden, in dem für diesen Ausländer die konkrete Gefahr besteht, der Folter unterworfen zu werden“ (Deutsches Ausländerrecht 2002, S. 25).

<sup>29</sup>AuslG § 53 Abschiebungshindernisse „(6) <sup>1</sup>Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat kann abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 25).

<sup>30</sup>Diese auf der rechtlichen oder politischen Ebene zu klärende Frage einer Abschiebung wird hier weiterverlagert auf eine medizinisch- fachliche Feststellung der Reisefähigkeit von Flüchtlingen (Diskussion dazu siehe Mesović 2004). Dieses war und ist eine in der Ärzteschaft viel diskutierte Frage, die in einer Erklärung der Ärztekammer mündete, die eine Feststellung der Reisefähigkeit ablehnte. „Die Beschränkung einer Begutachtung auf bloße ‚Reisefähigkeit‘ [ist, K.R.] eindeutig abzulehnen, da sie nicht mit den ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns vereinbar ist.“ (Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen, S. 1). Es wird darauf hingewiesen, dass die Innenministerkonferenz im Jahr 2002 versucht habe „die Ärzteschaft im Sinne bedarfsgerechter Erstellung von Flugtauglichkeitsbegutachtungen zu instrumentalisieren“ (ebd.).

Abschiebehindernisse haben die Bedingungen im Zielstaat der Abschiebung im Blick. Es muss eine körperliche und eingeschränkt auch psychische Unversehrtheit garantiert werden. Es muss abgesichert sein, dass die abgeschobene Person nicht schon am Flughafen abgefangen, eingesperrt und gefoltert wird. Aber auch, dass sie nicht aufgrund *unzureichender gesundheitlicher Versorgung* einer Gefahr für Leib und Leben ausgesetzt ist. Bei fehlenden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat der Abschiebung, wenn von einer erheblichen Gefahr für Leib und Leben bei Nicht- Behandlung ausgegangen wird (bspw. Suizidgefahr), *kann* eine Abschiebung ausgesetzt werden und eine *Duldung* bzw. *Aufenthaltsbefugnis* erteilt werden. In der Praxis verfasst das Auswärtige Amt regelmäßig Berichte über die politische Lage sowie gesundheitliche Versorgungslage im Zielland der Abschiebung, auf die sich die abschiebenden Instanzen beziehen. Diese Berichte entsprechen- so KritikerInnen- allzu häufig den Interessen der Abschiebung und sind je nach Interessenslage der deutschen Regierung formuliert<sup>31</sup>.

Es besteht die Möglichkeit, gegen „Verfügungen, Entscheidungen oder Anordnungen der Behörden Klage ein[zulegen].“ (Knorr & Weber 2003, S. 48). Diese Klagen werden immer häufiger. Nach Knorr & Weber 2003 klagen bereits 80% der abgelehnten AsylbewerberInnen und viele abgelehnte Flüchtlinge aus BiH gegen negative Entscheidungen der Ausländerbehörde beim Verwaltungsgericht bzw. Obergericht. Die Entscheidungen der RichterInnen fallen nach *ihrem Ermessen*, unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Regelungen, welche nun nachvollzogen werden.

#### **2.4. Genese der sog. ‚Traumaregelung‘ für Flüchtlinge aus BiH am Beispiel Berlin**

Hier werden die Entwicklungen und Praxen der Aufenthalte von bosnischen Flüchtlingen am Beispiel Berlin vorgestellt. Dabei wird auf das sog. Rückführungsabkommen von 1997 eingegangen, sowie auf die Weisung der Innenministerkonferenz (IMK) vom 23./24. November 2000, nach der eine Aufenthaltsbefugnis bei behandelter und attestierter PTSD der Gruppe der bosnischen Flüchtlinge in Aussicht gestellt wird.

##### **2.4.1 Anfangsphase des Aufenthalts in der BRD**

---

<sup>31</sup>So ist heute bekannt, dass die Berichte des Auswärtigen Amtes zur politischen Lage und Versorgungslage in Kosova direkt vor der Bombardierung Jugoslawiens durch die Nato so formuliert waren, dass Flüchtlinge aus Kosova keinen Aufenthalt erhalten konnten, da die politische Lage stabil sei. Auch heute ist der Lagebericht des Auswärtigen Amtes über die politische und gesundheitliche Versorgung im Kosova geschönt dargestellt. Es gebe genügend Kapazitäten für Kranke, auch für psychisch Kranke und ‚Traumatisierte‘. Dies entspricht jedoch keinesfalls der Realität. Ähnliches gilt für Serbien und Montenegro, aber auch für die Türkei, Afghanistan und andere Länder. Lange war dies auch in BiH der Fall (siehe auch Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004c).



Von Beginn der Kriege im ehemaligen Jugoslawien an vertrat die BRD eine eher restriktive Politik gegenüber Flüchtlingen aus der Balkanregion<sup>32</sup>, auch im europäischen Vergleich. Schon die Einreise wurde erschwert. Während der Kriege in Kroatien und BiH nahm die BRD die Visumpflicht für jugoslawische StaatsbürgerInnen nicht zurück<sup>33</sup>. Dass trotzdem viele Flüchtlinge in die BRD geflüchtet sind, liegt möglicherweise daran, dass viele von ihnen Angehörige in Deutschland hatten, die seit den 70er Jahren als ArbeitsmigrantInnen in (West-)Deutschland lebten<sup>34</sup>. Die Geflüchteten konnten meist nur im Rahmen einer Verpflichtungserklärung von einer in Deutschland lebenden Person nach § 84 AuslG<sup>35</sup> ein Besuchsvisum erhalten.

Insgesamt flohen ca. 350.000 Menschen im Verlaufe der Kriege des ehemaligen Jugoslawien in die BRD, 34.000 davon allein nach Berlin (vgl. Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004b). Offiziell war die deutsche Regierung aber nur bereit, ein Kontingent von ca. 5.000 Flüchtlingen aufzunehmen (vgl. südost Europa Kultur e.V. 1998). Berlin nahm einen Anteil von 200- 300 ‚Kontingentflüchtlingen‘ aus BiH auf (vgl. Lützel 1999). Im Rahmen des neu verabschiedeten Asylrechts von 1993 wurde ein Sonderparagraf mit Hinblick auf (Bürgerkriegs-)Flüchtlinge aus dem sich auflösenden Jugoslawien verabschiedet; der § 32a AuslG<sup>36</sup>, auf dessen Grundlage Gruppenregelungen zur Erteilung einer *Aufenthaltsbefugnis* veranlasst werden konnten. Dieser kam aber faktisch bis zum Jahr 2000 nicht zur Anwendung, insbesondere, weil Bund und Länder sich in der Finanzierung des Lebensunterhalts der Flüchtlinge nicht einigen konnten (vgl. südost Europa Kultur e.V. 1998). Statt dessen wurden Duldungen an diejenigen Flüchtlinge erteilt, welche aufgrund der Kriege nicht abgeschoben werden konnten<sup>37</sup>.

---

<sup>32</sup>Jedoch eher wohlwollend im Vergleich zu Flüchtlingen aus anderen Regionen, wie bspw. afrikanischer oder asiatischer Länder.

<sup>33</sup>Seit der Anerkennung Kroatiens als souveräner Staat, besteht allerdings für kroatische StaatsbürgerInnen keine Visumpflicht zur Einreise in die BRD als TouristIn.

<sup>34</sup>In Berlin lebten Anfang der 90er Jahre bspw. allein 32.000 ArbeitsmigrantInnen (vgl. südost Europa Kultur e.V. 1998).

<sup>35</sup>AuslG „§ 84 Haftung für Lebensunterhalt. (1) 1Wer sich der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung gegenüber verpflichtet hat, die Kosten für den Lebensunterhalt des Ausländers zu tragen, hat sämtliche öffentliche Mittel zu erstatten, die für den Lebensunterhalt des Ausländers, einschließlich der Versorgung mit Wohnraum und der Versorgung im Krankheitsfalle und bei Pflegebedürftigkeit aufgewendet werden, auch soweit die Aufwendungen auf einem gesetzlichen Anspruch beruhen. [...] (2) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 bedarf der Schriftform [...]“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 41). Diese Haftung kann nur eine Person übernehmen, die über entsprechendes Einkommen verfügt, um ihrer Haftung im Bedarfsfalle nachkommen zu können.

<sup>36</sup>AuslG § 32a Aufnahme von Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen. Siehe Fußnote 22.

<sup>37</sup>‚Kroatische‘ und ‚serbische‘ Flüchtlinge erhielten diesen Abschiebeschutz manchmal nicht, auch wenn sie in der Republik BiH gelebt haben, weil sie mitunter entsprechend ihrer Ethnien als ‚KroatInnen‘ bzw.

#### 2.4.2. Rückführungsabkommen 1997 und dessen Durchsetzung

Seit dem Friedensvertrag von Dayton vom Dezember 1995 bestand offiziell kein Anlass mehr, von Kriegshandlungen und einer Gefahr für Leib und Leben bei Abschiebung auszugehen. Im Januar 1997 fand eine Sondersitzung der Ständigen Konferenz der InnenministerInnen und InnensenatorInnen der deutschen Bundesländer (IMK) zur Umsetzung der Rückführung bosnischer Flüchtlinge statt. Im April 1997 wurde ein „Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung von Bosnien und Herzegowina über die Rückführung und Rücknahme von Personen“ beschlossen. Grundsätzlich sollte die Rückführung *aller* Flüchtlinge aus BiH eingeleitet werden, um humanitäre Härten zu vermeiden. Diese sollte zeitlich gestaffelt erfolgen (vgl. Rückführungsabkommen 1997). So sollten zuerst alleinstehende Erwachsene und Erwachsene, deren EhepartnerIn und/ oder Kinder nicht in Deutschland lebten, bis zum Sommer 1997 aus Deutschland ausgereist sein. Dieser Gruppe wurde die *Duldung* entzogen und eine *Grenzübertrittsbescheinigung* erteilt (vgl. Rössel- Čunović 1999; Lützel 1999). Seit dem 01.10.1997 wurden in Berlin keine *Duldungen* mehr an alleinstehende Erwachsene und Ehepaare, die keine in der BRD lebenden Kinder hatten, erteilt. Seit dem 01.05.1998 wurden auch Familien mit Kindern aufgefordert, die BRD zu verlassen. Sofern die gestellte Ausreisefrist in der *Grenzübertrittsbescheinigung* abgelaufen war, wurde eine zwangsweise Rückführung geprüft und ggf. auch vollzogen. 1997 wurden 74 Abschiebungen aus Berlin nach BiH durchgeführt, 1998 waren es schon 316 (vgl. Lützel 1999). Nicht mitgezählt sind Menschen, die aufgrund des Drucks der Behörden das Land ‚freiwillig‘ verließen. Durch die hohe Anzahl von Binnenflüchtlingen in den Nachfolgestaaten Jugoslawiens, waren diese abgeschobenen bzw. rückgekehrten Menschen häufig weiterhin Flüchtlinge, allerdings unter noch schlechteren Lebensbedingungen, als in der BRD<sup>38</sup>.

Als letzte Gruppe sollten schließlich alte und kranke Flüchtlinge abgeschoben werden. Flüchtlinge über 65 Jahre sollten von einer Abschiebung verschont werden,

---

‚SerbInnen‘ behandelt wurden und sich auch auf der Flucht nach Westeuropa gültige Reisedokumente im heutigen Kroatien bzw. Serbien und Montenegro ausstellen ließen. So wurden sie in ihr ‚Mutterland‘ abgeschoben, wo als Binnenflüchtlinge katastrophale Lebensbedingungen auf sie warteten. Abgesehen davon, dass gerade Flüchtlinge serbischer Ethnizität weniger in den Westen flohen, sondern in die Region (siehe Ognjenović & Škorc 2003; Powell et al. 2000).

<sup>38</sup>Die Gruppe der RückkehrerInnen ist manchmal gesellschaftlich und sozial noch schlechter gestellt, als Binnenflüchtlinge, welche die Region nicht verlassen haben. Sie können noch weniger auf Unterstützungsstrukturen zurückgreifen, auch bestehen häufig Ressentiments und ein Unverständnis darüber, dass sie aus dem Krieg geflohen sind und es nicht geschafft haben, in Westeuropa Fuß zu fassen (vgl. Ognjenović & Škorc 2003).

insofern ihre engen Familienmitglieder in der BRD aufhältig waren<sup>39</sup>. Unter kranken Flüchtlingen wurden speziell ‚Kriegstraumatisierte‘ genannt. Von einer ‚Rückführung‘ sollten „traumatisierte Personen, die deswegen mindestens seit dem 16. Dezember 1995 in ständiger (fach-)ärztlicher Behandlung [waren, K.R.], längstens bis zum Abschluss ihrer Behandlung“ ausgenommen werden (Rückführungsabkommen 1997, S. 744). Da nur eine *fortlaufende* Behandlung vor Abschiebung schützen konnte (dies auch nicht musste), bedeutete schon zu diesem Zeitpunkt „Gesund werden [...] Abschiebung“ (Knorr & Weber 2003, S. 58). Im Kontext des Verfahrens zur Feststellung der Rückführbarkeit von bosnischen Flüchtlingen „führte die Diagnose der PTSD zum ersten Mal zu einer rechtlichen Sonderstellung traumatisierter Flüchtlinge in der BRD“ (Lützel 1999, S. 55). Aufgrund der schlechten medizinischen Versorgung in BiH, insbesondere fehlender Versorgungskapazitäten für psychisch Kranke bzw. ‚Traumatisierte‘, sollten Duldungen über ein Jahr ausgestellt werden. Diese mangelhafte medizinische Versorgung wurde explizit für ‚Kriegstraumatisierte‘ als ‚Gefahr für Leib und Leben‘ interpretiert<sup>40</sup>.

#### **2.4.3. Schutz durch attestierte und behandelte ‚Kriegstraumatisierung‘ und Zweitbegutachtung durch den Polizeiärztlichen Dienst**

Eine *einjährigen* Duldung nach § 55 AuslG<sup>41</sup> bzw. § 53 Abs. 6<sup>42</sup> wurde in Berlin an ‚kriegstraumatisierte‘ Flüchtlinge mit bosnischer Staatsbürgerschaft mit Inkrafttreten der Weisung des Innensenats von Berlin vom 21.12.1998 erteilt<sup>43</sup>. Der Erhalt einer einjährigen Duldung wurde an folgende zusätzlichen Bedingungen gebunden: Sie mussten vor dem 15.12.1995, dem Datum des Friedensvertrags von Dayton, nach Deutschland eingereist sein, sich in einer laufenden neurologischen, bzw. psychotherapeutischen Behandlung einer kriegsbedingten PTSD mit Krankheitswert befinden, diese vor dem 31.01.1998 begonnen haben und diese auch bis zum 31.12.1998 bei der Ausländerbehörde belegt haben. Familienangehörige der Kernfamilie von anerkannten ‚Kriegstraumatisierten‘ d.h. EhepartnerIn und

---

<sup>39</sup>Dies wird auch heute noch in der Praxis immer wieder missachtet, indem auch weit über 65 jährige abgeschoben werden, auch wenn sie hinzukommend attestiert krank sind (vgl. hierzu Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002).

<sup>40</sup>Wie schon oben angemerkt stellt die ‚Gefahr für Leib und Leben‘ ein Abschiebehindernis bei Abschiebung bzw. Rückführung nach § 53 Abs. 6 AuslG dar. Siehe dazu Fußnote 29.

<sup>41</sup>AuslG § 55 Duldungsgründe Siehe Fußnote 18.

<sup>42</sup>AuslG § 53 Abschiebungshindernisse Abs. (6) Siehe Fußnote 29.

<sup>43</sup>Neben den ‚kriegstraumatisierten‘ Flüchtlingen erhielten die Gruppe der ZeugInnen vor dem Internationalen Gerichtshof in Den Haag, alte Menschen über 65 Jahre, deren Angehörige in der BRD leben, Teilnehmende an Programmen der ‚freiwilligen‘ Rückkehr, der Weiterwanderung in andere Länder wie Kanada, USA und Australien, sowie Auszubildende, deren Abschluss bis Anfang 1999 erreicht ist, eine Jahresduldung.

minderjährige Kinder oder sonstige zur Betreuung notwendige Personen, mit denen eine familiäre Lebensgemeinschaft besteht, entgingen demgemäß einer Abschiebung. Auch „deren Aufenthalt ist zunächst weiterhin zu dulden“ (Weisung des Innensenats von Berlin vom 21.12.1998, S. 1).

Die vorgebrachten Atteste wurden bereits mit Inkrafttreten des Rückführungsabkommens im Jahr 1997 vom Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales überprüft (vgl. Knorr & Weber 2003; Groninger 2001; Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002). Diese wurde von der Ausländerbehörde beauftragt, die Atteste einer PTSD formal auf Glaubwürdigkeit, tatsächlichen Krankheitswert einer vorgebrachten PTSD, Schwere des Vorgebrachten sowie Widerspruchsfreiheit zu untersuchen. Auch wurde eine Beurteilung dazu abgegeben, ob eine Behandlung der PTSD erforderlich sei oder nicht (vgl. Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002). Wenn diese für nicht erforderlich befunden wurde, stand einer Abschiebung nichts mehr im Wege. Schon 1997 wurde in Berlin weiterhin bestimmt, dass nur bestimmte Berufsgruppen eine PTSD attestieren dürfen. Dazu zählen niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie und/ oder Neurologie, PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, der sozialpsychiatrische Dienst, stationäre Psychiatrien, die psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge oder speziell benannte Beratungsstellen für traumatisierte Personen (vgl. Knorr & Weber 2003). Atteste von anderen Personenkreisen „finden nicht dieselbe Beachtung“ (ebd. S. 66).

Eine große Anzahl bosnischer Flüchtlinge, die eine attestierte und behandelte PTSD vorbrachten, mussten sich ab 1998 in Berlin einer Zweituntersuchung durch den *Polizeiärztlichen Dienst* (PÄD) unterwerfen, d.h. durch MedizinerInnen, die keine Fachkenntnis des Diagnosebildes PTSD nachweisen mussten, auch nicht Erfahrungen im interkulturellen Feld. Bis 2000 fand die Überprüfung der Atteste nur in ‚Zweifelsfällen‘ statt, ab dem 17.02.2000 wurden alle bosnischen Flüchtlinge, die eine PTSD vorbrachten, von dem PÄD nochmals begutachtet (vgl. Groninger 2001). Wiedersetzten sie sich einer Zweitbegutachtung, drohte die Abschiebung. Die ‚PolizeiärztInnen‘ wurden von der Ausländerbehörde angestellt. SprachmittlerInnen sollten von den Flüchtlingen selbst mitgebracht werden. Die polizeiärztliche Begutachtung wurde restriktiv gehandhabt, „bei 80- 90 % wurde vom überprüfenden Arzt keine Traumatisierung festgestellt“ (Lützel 1999, S. 56). Diese Begutachtung ist so belastend und negativ für viele der zweitbegutachteten bosnischen Flüchtlinge verlaufen, dass die Ausländerbehörde Berlin unter öffentlichen Druck geriet, insbesondere durch das nachweisliche Fehlverhalten einer bestimmten Mitarbeiterin (vgl. Groninger 2001). Die Stellungnahmen des PÄD wurden von der Berliner Senatsverwaltung für Inneres „im Nachhinein wegen fachlicher Mängel als unbeachtlich betrachtet“ (Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004b, S. 2). Bis dahin waren aber zahlreiche Abschiebungen auf Grundlage dieser polizeiärztlichen Stellungnahmen schon erfolgt.

#### 2.4.4. Weisung der Innenministerkonferenz vom 23./24.11. 2000

Am 23. und 24. November 2000 kamen die InnenministerInnen bzw. –senatorInnen der sechzehn Bundesländer in Bonn zusammen, um Entscheidungen bezüglich einer abschließenden Regelung für Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina zu treffen<sup>44</sup>. Auf dieser 165. Sitzung der ständigen Konferenz der InnenministerInnen und –senatorInnen der Länder (IMK) wurde eine Grundlage geschaffen, nach der eine Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis für ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge aus BiH in Aussicht gestellt wurde. Dies geschah als Konsequenz von Initiativen unterschiedlicher Gruppen<sup>45</sup> die ein Bleiberecht für ‚traumatisierte‘ BosnierInnen forderten. Auch Abgeordnete des Deutschen Bundestages traten im sog. ‚Osterappell‘<sup>46</sup> für eine Bleiberechtsregelung von ‚traumatisierten‘ Flüchtlingen aus BiH ein. Der Bundesinnenminister Otto Schily setzte sich im Mai 2000 in einem Brief an die InnenministerInnen bzw. –senatorInnen der Bundesländer für ein Bleiberecht für „schwerstraumatisierte Personen und ehemalige Lagerhäftlinge“ (Schily 2000, S. 1) ein. Darin fordert Schily die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis „bei chronisch traumatisierten Menschen“ (ebd.). Insbesondere dieser Brief bewog, so Knorr & Weber 2003, die InnenministerInnen, auf der nachfolgenden IMK eine Aufenthaltsbefugnis für ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge aus BiH in Aussicht zu stellen. Es wurde beschlossen, dass „grundsätzlich für alle Flüchtlinge weiterhin die Verpflichtung besteht, in ihre Heimat zurückzukehren“ (Beschlussniederschrift IMK vom 23./24.11.2000, S. 1). Jedoch soll „bürgerkriegsbedingt unter schwerer posttraumatischer Belastungsstörung leidenden Flüchtlingen aus Bosnien und Hercegovina“ (ebd. S. 2) eine Aufenthaltsbefugnis auf der Grundlage des § 32a<sup>47</sup> AuslG erteilt werden „sofern:

- sie vor dem 15. Dezember 1995 als Bürgerkriegsflüchtlinge in das Bundesgebiet eingereist sind,

---

<sup>44</sup>Diese IMK hat auch einen Beschluss bezüglich Flüchtlingen aus dem Kosova getroffen. Diese können nach Einzelfallprüfung eine Aufenthaltsbefugnis bekommen, haben aber kein Anrecht darauf (vgl. Beschlussniederschrift IMK vom 23./24. November 2000, S. 1). Sie sind immer noch gegenüber vielen anderen Flüchtlingsgruppen im Vorteil. Darauf wird hier nicht weiter eingegangen, da hier Gegenstand und Subjekte Frauen sind, die aus Bosnien und Hercegovina kommen, bzw. aus dem Sandžak.

<sup>45</sup>Darunter Wohlfahrtsverbände, Flüchtlingsräte, Pro Asyl, Amnesty International Deutschland, die BAFF als Sprachrohr für mehr als 20 in Deutschland operierende psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge, andere Behandlungszentren für Flüchtlinge, Kirchenverbände, PsychologInnen, ÄrztInnen, AnwältInnen und Anwaltsvereinigungen sowie Privatpersonen.

<sup>46</sup>Die InitiatorInnen waren vier Abgeordnete des Menschenrechtsausschusses des deutschen Bundestages. Claudia Roth (Grüne), Sabine Leithäuser- Schnarrenberger (FDP), Dr. Christian Schwarz- Schilling (CDU) und Heide Mattischeck (SPD). 100 Abgeordnete des Deutschen Bundestages unterschrieben den sog. ‚Osterappell‘.

<sup>47</sup>AuslG § 32a Aufnahme von Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen. Siehe Fußnote 22.

- sie sich wegen durch Bürgerkriegserlebnisse hervorgerufene schwere Traumatisierung bereits mindestens seit dem 01.01.2000 auf der Grundlage eines längerfristig angelegten Therapieplanes in fachärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befinden,
- sie bislang schon aufgrund landesrechtlicher Regelungen oder Einzelfallentscheidungen wegen geltend gemachter Traumatisierung zumindest geduldet werden“ (ebd.).

Diese Aufenthaltsbefugnis kann für längstens zwei Jahre veranlasst werden, eine Verlängerung kann aber ohne erneute Überprüfung einer fortlaufenden Behandlung bzw. weiterbestehenden Erkrankung erteilt werden. Eine Aufenthaltsbefugnis soll auch für „den mit einem schwer Traumatisierten in häuslicher Lebensgemeinschaft lebenden Ehegatten sowie die minderjährigen gemeinsamen Kinder, sofern diese unverheiratet sind, in häuslicher Lebensgemeinschaft mit ihren Eltern leben“ (ebd.) ermöglicht werden. Weiter soll Flüchtlingen aus BiH „die am 15. Dezember 1995 das 65. Lebensjahr vollendet hatte, eine auf zwei Jahre befristete Aufenthaltsbefugnis“ (ebd.) erteilt werden, die auch grundsätzlich verlängerbar ist. Auch ZeugInnen vor dem Internationalen Strafgerichtshof in Den Haag und deren Kernfamilie fallen in die Weisung, sofern sich aufgrund ihrer Aussagen eine erhebliche Gefährdung bei ihrer Rückkehr ergibt. Dieser Weisung der IMK folgten auf Landesebene Berlin mehrere Beschlüsse zu deren Umsetzung und Spezifizierung. Diese werden nun vorgestellt.

#### **2.4.5. Umsetzung der IMK- Weisung auf Berliner Ebene**

Auf Berliner Ebene wurde bestimmt, dass die ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlinge entsprechend den in der Weisung der IMK vom 23./24.11.2000 definierten Bestimmungen eine Aufenthaltsbefugnis über zwei Jahre bekommen sollten. Schon am 05.05.2001 gab die Senatsverwaltung des Innern eine Verfügung an die Berliner Ausländerbehörde heraus, nach der die oben erläuterten Bestimmungen der Weisung der IMK umgehend umgesetzt werden sollten. Diese Weisung wurde mehrmals modifiziert, zuletzt am 16.10.2003<sup>48</sup>.

Danach sollten bosnische Flüchtlinge, die vor dem 15.12.1995 nach Deutschland eingereist sind, sich seit dem 01.01.2000 in einer langfristig angelegten psychotherapeutischen/ fachärztlichen Behandlung ihrer Traumatisierung befinden und bereits aufgrund vorgebrachter Atteste einer PTSD geduldet werden, eine Aufenthaltsbefugnis erhalten. „Es ist dabei unerheblich, ob die Behandlung zum Zeitpunkt der Verlängerung einer erteilten Befugnis noch andauert, inzwischen erfolgreich abgeschlossen wurde oder vom Patienten abgebrochen worden ist- lediglich das Vorliegen von Ausweisungsgründen ist zu prüfen (Ausnahme

---

<sup>48</sup>Soweit nicht anders gekennzeichnet, beziehen sich die Ausführungen der Berliner Weisung E. Bos.1 auf den aktuellen Stand.

Sozialhilfe“ (Berliner Weisung E. Bos.1 2003, S. 1). Auch Angehörige der Kernfamilie, sofern sie „in häuslicher Gemeinschaft“ (ebd.) leben, sind mit einzubeziehen, wie auch „zur Betreuung notwendige Personen“ (ebd.). In die Regelung wurden zunächst auch alle „Personen, die neben der bosnischen noch eine andere Staatsbürgerschaft besitzen [...] sofern sich der Wohnsitz vor der Flucht nach Deutschland in Bosnien und Herzegowina befunden hat“ (Brief der Senatsverwaltung des Innern vom 05.01.2001) mit einbezogen. Seit dem 05.11.2001 werden allerdings nur noch Flüchtlinge mit einer doppelten bosnischen und kroatischen Staatsbürgerschaft einbezogen, sofern sie in BiH lebten. Flüchtlinge mit einer serbisch- montenegrinischen Staatsbürgerschaft neben einer bosnischen, fallen nicht unter die Weisung. Dies betrifft insbesondere Flüchtlinge aus dem Sandžak und all jene, die sich auf der Flucht nach Deutschland einen Reisepass im heutigen Serbien und Montenegro ausstellen ließen<sup>49</sup>. Alle Initiativen bezüglich einer gleichberechtigten Behandlung dieser Personengruppe blieben bisher erfolglos<sup>50</sup>.

Weiter wird bestimmt, dass „die Beurteilung, ob eine bürgerkriegsbedingte posttraumatische Belastungsstörung vorliegt [...], sich nach den vorgelegten Attesten, dem Einhalten des Behandlungsstichtages und dem Vorliegen eines Therapieplanes“ (Berliner Weisung E. Bos.1 2003, S. 2) richtet. Ausgenommen, wenn nachgewiesen werden kann, dass eine PTSD bescheinigt ist und eine Therapie aus Kapazitätsgründen nicht zum 01.01.2000 aufgenommen werden konnte. Auch wenn eine „fachärztliche Behandlung vor dem 01.01.2000 begonnen wurde, wegen Symptomen, die deutlich zu dem Krankheitsbild einer PTBS gehören und auf diese hinweisen, jedoch nicht explizit als solche attestiert wurden, und erst später- nach dem Stichtag- von einem Listengutachter bestätigt wurden“ (ebd.).

Am 26.02.2001 wurde der berechnete Personenkreis, der eine PTSD für die Ausländerbehörde attestieren durfte, weiter eingegrenzt. Nun waren es nur noch FachärztInnen für Neurologie/ Psychiatrie und psychologische PsychotherapeutInnen bzw. PsychoanalytikerInnen, die eine fortlaufende Behandlung einer kriegsbedingten PTSD attestieren durften (vgl. Knorr & Weber 2003). Insbesondere die psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge, deren Atteste immer wieder in Zweifel gezogen wurden und die mit den durch die Zweitbegutachtung des Polizeiärztlichen Dienstes geschädigten Flüchtlingen kommunizierten, setzten sich gezielt für die Einstellung der Zweitbegutachtung des PÄD ein. Sie bewegten die Ärztekammer Berlin sowie die Psychotherapeutenkammer Berlin jeweils Listen von BehandlerInnen sowie BegutachterInnen einer Traumatisierung zu erstellen (vgl.

---

<sup>49</sup>Die bosnische Staatsbürgerschaft gab es zu dieser Zeit noch gar nicht, auch nicht eine serbisch-montenegrinische, sondern eine einheitliche jugoslawische.

<sup>50</sup>Es kommt seit einem Jahr verstärkt zu Ablehnungen und Abschiebungen von Flüchtlingen, die neben der bosnischen auch die serbisch- montenegrinische Staatsbürgerschaft besitzen, auch wenn diese nur im Rahmen der Flucht auf serbischen Boden erteilt wurden. (siehe Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004a; 2004b; 2004c). Diese Flüchtlinge leben bereits seit Anfang oder Mitte der 90er Jahre in Deutschland.

Psychotherapeutenkammer Berlin 2002). Die Regeln für eine solche Liste lehnten sich an die Kriterien der Projektgruppe SBPM an. Diese Richtlinien werden im Kapitel Fünf vorgestellt.

In Berlin soll eine Aufenthaltsbefugnis erteilt werden, „wenn

- eine fachärztliche oder psychologisch/ psychotherapeutische gutachterliche Stellungnahme eine bürgerkriegsbedingte oder durch staatliche Gewalt hervorgerufene Traumatisierung im Sinne von ICD- 10 oder DSM- IV bestätigt. [...]
- die Stellungnahme von einem Gutachter abgegeben wurde, der den Qualifikationsanforderungen an gutachterliche Stellungnahmen genügt, d.h. auf den von den Kammern zu erstellenden und zu pflegenden Listen für gutachterliche Stellungnahmen oder Begutachtungen [...] aufgeführt ist.
- die gutachterliche Stellungnahme die formalen Mindestkriterien der von der Ärztekammer aufgestellten Mindestkriterienliste für psychiatrisch- psychologische Stellungnahmen erfüllt“ (Berliner Weisung E. Bos.1 2003, S. 2).

Wenn ein Gutachten diese Mindestkriterien nicht erfüllt, jedoch von „einem listenmäßig ausgewiesenen Gutachter“ (ebd. S. 3) ausgestellt wurde, ist dies direkt mit der begutachtenden Fachkraft abzuklären<sup>51</sup>. Wenn ein Attest einer PTSD von einer Fachkraft vorliegt, die nicht von einer listenmäßig ausgewiesenen Person ausgestellt wurde, ist unerheblich, welche Qualität dieses hat. Die antragstellende Person erhält eine halbjährige Duldung sowie die Aufforderung, sich selbst in diesem Zeitraum um eine Begutachtung von einer/s auf durch einen Listenplatz befugte/n BegutachterIn zu bemühen und sie vorzulegen (vgl. ebd.). Nur „in Fällen nachweislicher Täuschung, etwa bei gegenüber dem Gutachter wahrheitswidrigem Vortrag“ (ebd. S. 4) ist eine Aufenthaltsbefugnis zu versagen. Eine Aufenthaltsbefugnis können allerdings Personen nicht erlangen, wenn sie die Erteilung zur Aufenthaltsbefugnis nach dem 31.12.2002 beantragt haben, ein Weiterwanderungsantrag betrieben haben und die Möglichkeit der Weiterwanderung nicht nutzen oder die Stichtage der Einreise und des Behandlungsbeginns nicht eingehalten sind. Auch ausgenommen sind Personen, bei denen Ausweisungsgründe nach § 46 Abs. 1 bis 4<sup>52</sup> bzw. § 47 AuslG<sup>53</sup> vorliegen.

Unter Bezugnahme auf die Weisung der IMK vom November 2000 stellten in Berlin circa. 3.500 Flüchtlinge aus BiH einen Antrag auf Aufenthaltsbefugnis (vgl. Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung 2004b). Sie taten dies häufig in Absprache

---

<sup>51</sup>Dies kommt allerdings in der Praxis so gut wie gar nicht vor.

<sup>52</sup>AuslG „§ 46 Einzelne Ausweisungsgründe“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 21). Absatz 1 richtet sich gegen die politische Betätigung welche, die deutsche Sicherheit bzw. die freiheitliche demokratische Grundordnung bedrohe. In Absatz 2 wird Straffälligkeit benannt, in Absatz 3 die „Ausübung gewerblicher Unzucht“ (ebd.). In Absatz 4 unbehandelte Drogenabhängigkeit.

<sup>53</sup>AuslG „§ 47 Ausweisungen wegen besonderer Gefährlichkeit“ (Deutsches Ausländerrecht 2001, S. 22).



mit ihren RechtsanwältInnen und BehandlerInnen.. Die Hälfte der bis jetzt bearbeiteten Anträge wurde jedoch abgelehnt (vgl. ebd.). Auch unterlief die Berliner Ausländerbehörde die Weisungen des Innensenats von Berlin in vielen Fällen. Häufig wurden Anträge auf Aufenthaltsbefugnis von SachbearbeiterInnen wegen „eindeutigen, offenkundigen Missbrauchsfällen“ (Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002, S. 2) schon bei einfachen Schlüssigkeitszweifeln der vorgebrachten Leiden und Erlebnisse abgelehnt. Die Unterstellung von offenkundigem Missbrauch stellt im Rahmen der Berliner Weisung E. Bos.1 die einzige Möglichkeit dar, auf Heranziehung eines weiteren unabhängigen Sachverständigengutachtens zu verzichten (vgl. ebd.). Nach Öffentlichmachung und Dokumentation dieser Praxis von Seiten der BehandlerInnen wurde von dieser Praxis Abstand genommen und die oben vorgestellte Regelung der Begutachtung durch ausgewiesene ‚ListengutachterInnen‘ beschlossen.

### **2.5. Exkurs: Das neue Zuwanderungsgesetz**

Vom Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes am 01.01.2005 bleiben die Bestimmungen der von den Innenministerkonferenzen beschlossenen Weisungen unberührt. Die IMK- Weisung vom November 2000 gilt weiterhin für diejenigen, deren Anträge auf Aufenthaltsbefugnis noch nicht abgeschlossen bearbeitet sind. Wie sich das Zuwanderungsgesetz auf die mit der Weisung der IMK vom November 2000 *anerkannten* ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlinge auswirkt, ist zum Zeitpunkt der Entstehung dieser Arbeit schwer einzuschätzen. Die Anwendung des Zuwanderungsgesetzes ist noch nicht absehbar. Ebenfalls ist noch nicht voraussehbar, in welchem Ausmaß das Zuwanderungsgesetz weiter modifiziert wird. Deutlich ist nur, dass sich die Hoffnungen auf deutliche Besserung der Lage von Flüchtlingen durch das Zuwanderungsgesetz nicht zu bestätigen scheinen (vgl. Pro Asyl 2004a). Als Verbesserungen sind jedoch die Anerkennung geschlechtsspezifischer sowie nichtstaatlicher Verfolgung als Asylanerkennungsgrund sowie die Einrichtung von Härtefallkommissionen zu nennen. Die Direktiven der Aufenthaltstitel haben sich geändert, eine Aufenthaltsbefugnis existiert nach dem Zuwanderungsgesetz nicht mehr. Nun gibt es die *Staten Visum*, Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz, Aufenthaltserlaubnis sowie Niederlassungserlaubnis (vgl. Zuwanderungsgesetz 2004). Der Status der Duldung<sup>54</sup> und der Grenzübertrittsbescheinigung ist geringfügig geändert. Ob nach der Weisung anerkannte bosnische Flüchtlinge dessen ungeachtet eine Aufenthaltsbefugnis erhalten, oder eine äquivalente *Aufenthaltserlaubnis*, ist ebenso noch nicht abzusehen.

---

<sup>54</sup>§ 60a Zuwanderungsgesetz „Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung)“ Eine Duldung darf nun längstens über sechs Monate ausgestellt werden (vgl. Zuwanderungsgesetz 2004, S. 1972). Nach vorher geltendem Ausländerrecht konnte eine Duldung bis zu einem Jahr ausgestellt werden.

Insbesondere die *Härtefallkommissionen* könnten für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien Auswirkungen haben. Dieses Instrument kann insbesondere für Flüchtlinge aus dem südserbischen Sandžak sowie andere Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien, die nicht unter die Weisung der IMK vom November 2000 fallen, eine neue Chance auf längeren Aufenthalt in der BRD darstellen. In Berlin ist eine Härtefallkommission bereits 1990 eingerichtet worden (vgl. Flüchtlingsrat Berlin 2005). Jedoch fehlte bisher die rechtliche Grundlage dafür, dass auch abweichend von Gesetz und Weisungen ein Aufenthalt empfohlen werden kann. Die Härtefallkommission berät auf Antrag eines ihrer Mitglieder, ob ein Härtefallersuchen bei der Senatsverwaltung für Inneres gestellt wird. Den Empfehlungen der Härtefallkommission muss aber nicht nachgekommen werden. In dem Antrag soll „die besondere persönliche Situation und alle weiteren Gesichtspunkte im Einzelnen dargelegt werden, die einen weiteren Aufenthalt im Bundesgebiet aus dringenden humanitären oder persönlichen Gesichtspunkten rechtfertigen könnten“ (Härtefallkommissionsverordnung § 3 Abs. 1 nach ebd. S. 6). Es besteht „kein Rechtsanspruch auf Prüfung des Härtefallantrags durch die Härtefallkommission“ (ebd. S. 2). Gegen Ablehnungen können keine Rechtsmittel in Form von Widerspruch oder Klage eingelegt werden. Auch im Rahmen der Härtefallkommission kann eine klinisch- fachlich diagnostizierte PTSD eine Rolle spielen (vgl. ebd. S. 3). Es wird bereits jetzt bemängelt, dass diese Härtefallkommissionen personell nicht ausreichend ausgestattet sind<sup>55</sup>, um die bereits im Herbst 2004, vor in Kraft treten der Berliner Kommission eingereichten Anträge angemessen zu bearbeiten und so eher eine Alibifunktion erfüllt, als eine politische Lösung darstellt.

## **2.6. Bewertung der Sonderregelungen für bosnische ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge**

Die Möglichkeit als ‚traumatisierter‘ bosnischer Flüchtling ein Bleiberecht zu erlangen, kann als ein Erfolg des Engagements unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen gewertet werden. Die Berücksichtigung klinisch- fachlicher Expertisen stellt heute eine Besserung in der Hinsicht dar, da auf diese Weise das Leiden der betreffenden Flüchtlinge in gewissem Maße eine Anerkennung findet. Die IMK-Weisung vom November 2000 bietet einen Ausweg aus der für die betreffenden Flüchtlinge untragbaren unsicheren Lebenssituation,

Die heutige Situation in Berlin, wo nur noch Begutachtungen durch ‚ListengutachterInnen‘<sup>56</sup> berücksichtigt werden, ist durch das Bestreben der PraktikerInnen selbst entstanden, die Begutachtungen eines bestimmten ExpertInnenkreises vor Anzweiflungen durch Entscheidungstragende zu schützen

---

<sup>55</sup>In Berlin setzt sich die Härtefallkommission aus lediglich sieben Mitgliedern zusammen, die neben ihrem Hauptberuf in der Kommission tätig sind (siehe Härtefallkommissionsverordnung § 2 Abs.4 nach Flüchtlingsrat 2005, S. 6).

<sup>56</sup>Zu den ‚ListengutachterInnen‘ siehe oben Erläuterungen zur Berliner Weisung E. Bos.1. 2003.

(vgl. Groninger 2001; Knorr & Weber 2003). Dies führte zu einer Verbesserung der Berufspraxis. Denn die Stellungnahmen und Gutachten der PraktikerInnen, die sich auf solch einer Liste befinden, werden geschützt, auch wenn die entsprechenden Kammern sog. Qualitätskontrollen der Gutachten durchführen und daraufhin ein Ausschluss aus der Liste erfolgen kann<sup>57</sup>. Allerdings müssen sich nun Flüchtlinge, die sich nicht in einer Behandlung bei eine/r PraktikerIn aus dieser Liste befinden, einer Zweitbegutachtung bei einer auf der Liste ausgewiesenen Fachkraft unterziehen. Dies kann nicht nur emotional belastend sein, sondern auch praktisch schwierig für betroffene Flüchtlinge, da die psychosozialen Behandlungszentren und niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen, die sich auf dieser Liste befinden, häufig arbeitsüberlastet sind und den vielen Anfragen der Flüchtlinge nicht entsprechen können. Die Folge sind Wartelisten und eine Verlagerung der Arbeit der PraktikerInnen auf zunehmend mehr Attestierung und Begutachtung, anstelle von psychosozialer Unterstützung bzw. Behandlung<sup>58</sup>. Außerdem müssen die Begutachtungen seit mehr als einem Jahr in einigen Einrichtungen von den Flüchtlingen selbst bezahlt werden, da die psychosozialen Behandlungszentren bzw. niedergelassene PsychologInnen und FachärztInnen die Begutachtungen anders nicht abrechnen können bzw. sich in finanziellen Notlagen befinden.

PraktikerInnen hatten vorher jedoch wenig Möglichkeiten, die benachteiligten Lebenslagen von Flüchtlingen zu beeinflussen. Die Attestierung einer PTSD in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bot den PraktikerInnen eine Möglichkeit, die Lebensbedingungen ihrer Klientel durch die Aussicht auf ein Bleiberecht konkret zu verbessern<sup>59</sup>.

Problematisch ist jedoch, dass unterschiedliche Flüchtlingsgruppen ungleich behandelt werden. Eine Sonderregelung impliziert immer auch eine Sonderbehandlung. Das gleiche Leiden einer Kurdin aus der Türkei, eines Palästinensers aus dem Libanon, einer Muslimin aus dem Sudan etc. findet nicht die gleiche Berücksichtigung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, wie es für eine/n ‚tarumatisierte/n‘ BosnierIn der Fall ist. Dies ändert sich auch nicht durch das Zuwanderungsgesetz. Bereits innerhalb der Gruppe von Flüchtlingen aus BiH bestehen eine Vielzahl von psychologisch- fachlich nicht begründbaren Stichtagregelungen der Einreise und des Behandlungsbeginns. Auch ist die

---

<sup>57</sup>Ausschlüsse aus der Liste sind in Berlin vereinzelt vorgekommen.

<sup>58</sup>Siehe dazu Kapitel Vier und Fünf.

<sup>59</sup>Dass dies nicht unproblematisch ist, weil eine PTSD keineswegs alle Beschwerden von Flüchtlingen beschreibt, die sich an psychosoziale Zentren wenden, da diese Diagnose ihre Leiden pathologisiert, die Arbeitskapazitäten der Professionellen zunehmend für eine Begutachtung beansprucht werden, weil die Kriterien an die Begutachtung immer höhergeschraubt werden usw., wird in den nachfolgenden Kapiteln Drei, Vier und Fünf verhandelt.

Privilegierung *eines* psychiatrischen Krankheitsbildes- einer PTSD- fachlich problematisch<sup>60</sup>. Denn

„es wäre verhängnisvoll, wenn PTSD beispielweise als Kennzeichen für erlittene Folter akzeptiert würde. Nicht allein, weil es sich dabei um stark vereinfachenden Unsinn handeln würde, sondern auch, weil einige Opfer fürchteten, nicht als Opfer [...] angesehen zu werden, falls nicht PTSD diagnostiziert würde“ (Summerfield 1997, S. 10).

Durch die Weisung der IMK vom November 2000, führt einzig die Diagnose einer PTSD zu einer Anerkennung. Ein anderer Nachweis von erlebter Folter, Vertreibung Lagerhaft, sexualisierter Gewalt oder sonstiger menschlich verursachter Gewalt ist dabei nur noch peripher von Bedeutung. Auch wenn diese Erfahrungen eindeutig nachgewiesen werden können, aber keine PTSD geltend gemacht werden, aber sind sie zur Erwirkung einer Aufenthaltsbefugnis nutzlos.

Durch das Einlassen der PraktikerInnen auf die Ausführung der Bestimmungen der Weisungen der IMK, wird indirekt an einer Selektion von Flüchtlingen teilgenommen. Auch nicht alle Flüchtlinge, die den Kriterien dieser Weisung entsprechen, können eine Aufenthaltsbefugnis erhalten. Das liegt auf der einen Seite an restriktiven Entscheidungen und Auslegungen Seitens der Ausländerbehörde und VerwaltungsrichterInnen. Auf der anderen Seite liegt es an den beschränkten Kapazitäten der entsprechend zugelassenen BegutachterInnen und den immer weiter hochgeschraubten Standards an die Begutachtung und Diagnostizierung einer PTSD. Auf diese Problematik wird in den Kapiteln Vier und Fünf eingegangen.

Eine Alternative könnte die politische Forderung nach einer konsequenteren Durchsetzung der Anerkennung von Flüchtlingen sowie einer umfassenderen Altfallregelung darstellen. So könnten bisher geduldete Menschen einen legalen Aufenthalt in Deutschland erlangen, ohne dass das Vorliegen einer psychiatrischen Krankheit vorgebracht werden müsste<sup>61</sup>. Allerdings fand die Forderung nach einer Anerkennung ‚*Traumatisierter*‘ mehr Gehör als politische Appelle.

---

<sup>60</sup>Siehe dazu Kapitel Drei und Vier.

<sup>61</sup>Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien waren aus bisher getroffenen Altfallregelungen kategorisch ausgeschlossen, wohl auch, weil sie auch heute noch einen großen Anteil der Geduldeten ausmachen (vgl. Pro Asyl 2004b).

## **Kapitel Drei**

### **Posttraumatische Belastungsstörung als psychiatrisches Diagnosebild**

In diesem Kapitel wird speziell auf die in den klinischen Klassifikationssystemen (DSM<sup>62</sup> sowie ICD<sup>63</sup>) verwendeten Diagnosekriterien eingegangen, da nach der Weisung der InnenministerInnen Konferenz vom 23./24.11.2000<sup>64</sup> die Diagnose einer PTSD in aufenthaltsrechtlichen Verfahren diesen Klassifikationssystemen folgen soll<sup>65</sup>. Die historische Genese der Posttraumatischen Belastungsstörung wird detailliert dargestellt, da sich in der Entwicklung dieses Krankheitsbildes seit Beginn ein Spannungsfeld zwischen Anerkennung von psychischem, häufig menschlich verursachtem Leid durch Opferschaft, aber auch Täterschaft - insb. von Soldaten und Opfern sexualisierter Gewalt- bestand. Fragen der rechtlichen Anerkennung von Opfern äußerer belastender Lebensereignisse, wie z.B. von Unfallopfern, oder im Rahmen von Renten- Entschädigungs- oder Behandlungsansprüchen<sup>66</sup> wurden immer wieder diskutiert. Die ‚Traumaforschung‘ hat sich in den letzten Jahrzehnten ausdifferenziert. Es lassen sich viele Bezüge zu unterschiedlichen Forschungsgegenständen, und -strömen herstellen. Hier werden neben dem Nachvollzug der historischen Genese des PTSD- Konzepts, die aktuell geltenden psychiatrischen Kriterien der klinischen Klassifikationssysteme DSM- IV und ICD- 10 als zentrale Bezugsgrößen für die Diagnostizierung einer ‚Traumatisierung‘ vorgestellt. Vor- und Nachteile des psychiatrischen Diagnosebildes PTSD werden zum Ende dieses Kapitels diskutiert und problematisiert.

#### **3.1. Geschichtliche und gesellschaftliche Einbettung von PTSD. Realität oder Simulation?**

Anhand der Entstehungsgeschichte der Posttraumatischen Belastungsstörung lässt sich aufzeigen, dass die Entwicklung der Idee eines durch ein extremes Lebensereignis verursachten psychischen Leidens, das konkretisiert und klassifiziert

---

<sup>62</sup>Diagnostisches und Statistisches Manual of Mental Disorders herausgegeben von der American Psychiatric Association.

<sup>63</sup>International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation.

<sup>64</sup>Vorgestellt und diskutiert im vorangehenden Kapitel Zwei.

<sup>65</sup>PraktikerInnen äußern immer wieder, dass diese Diagnosekriterien für ihre Klientel ungenügend seien. Sie beziehen sich aber trotz geäußerter Kritik hauptsächlich auf PTSD als psychisches Störungsbild nach DSM- IV bzw. ICD- 10. So kann behauptet werden, dass diese Klassifikationssysteme die entscheidende Bezugsgröße für die Begutachtung, aber auch die weitere Berufspraxis der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen darstellen.

<sup>66</sup>Es kann an dieser Stelle aber nicht um eine ausführliche theoretische Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Forschungsansätzen, wie bspw. der psychoanalytischen Entwicklung eines Traumbegriffs gehen, da dies den Rahmen einer historischen Einbettung des Diagnosekriteriums PTSD sprengen würde.

werden kann, seit Beginn in Verbindung stand mit der gesellschaftlichen Frage der Verantwortung des Individuums bzw. mit einer Thematisierung der Leid hervorbringenden Bezüge des Individuums. Der gesellschaftliche Umgang mit dem Leid der Opfer, seien es Unfallopfer, Erwachsene oder Kinder, die sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren, oder Soldaten, die an den Kriegseinsätzen zusammengebrochen sind, drehte sich von Anfang an um Fragen wie:

„Sollen die [...] traumatischen Geschehnisse, die ihren Mitgliedern zustoßen, zu gemeinsamen moralischen und finanziellen Verpflichtungen werden, oder sollen die Opfer verantwortlich gemacht und sich der Sorge um sich selbst überlassen werden? Haben Menschen das Recht, Unterstützung zu erwarten, wenn ihre eigenen Ressourcen nicht ausreichen, oder müssen sie mit ihrem Leid leben, ohne irgendeine Kompensation ihres Schmerzes erwarten zu dürfen? Werden Betreffende ermutigt, ihrem Schmerz Aufmerksamkeit zu schenken (und aus der Vergangenheit zu lernen) oder sollten sie die ‚steife Oberlippe‘ kultivieren und von Reflexion der Bedeutung für ihre Erfahrungen absehen?“ (McFarlane & van der Kolk 2000 S. 52)

### **3.1.1. Belastungen nach Zugunfällen und Belastungen von Soldaten. Psychisch oder organisch wirksam?**

Im späten 19. Jahrhundert entwickelte sich die Idee, dass traumatische Erlebnisse psychische Folgeerscheinungen nach sich ziehen können. So wurde in England von dem Arzt John Eric Erichsen im Jahre 1866 das Diagnosebild „railroad spine syndrome“ (van der Kolk et al. 2000c S. 72) als Folgeerkrankung von Eisenbahnunfällen beschrieben, welches sich aus „Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, belastende[n] Träume[n], Irritierbarkeit und einer Vielzahl somatischer Erscheinungen“ (Liebermann et al. 2001, S.13) zusammensetzte. Der Begriff *spine- syndrome*, also Rückenmark- Syndrom wurde deswegen gewählt, da all diese Symptome auf eine angenommene Rückenmarksschädigung durch Erschütterung aufgrund von Zugunfällen zurückgeführt wurden. Die in dieser Zeit schon diskutierte Krankheit der ‚Hysterie‘ mit ganz ähnlich beschriebenen Symptomen, wollte Erichson aufgrund der Annahme, dass Hysterie nur bei Frauen vorkomme, in Abgrenzung zu einem „railroad spine syndrome“ (van der Kolk et al. 2000c S. 72) verstanden wissen. 19 Jahre später postulierte sein Kollege Page psychologische ‚nervöse‘ Ursachen dieser Reaktionen auf Zugunfälle „und kennzeichnete diese Symptome als ‚traumatische Hysterie‘“ (Liebermann et al. 2001, S. 14). Sich auf die Diskussion in England der Zugunfallopfer beziehend, verwendete Herman Oppenheim im Jahre 1889 zum ersten Mal den Begriff der „Traumatischen Neurose“ (vgl. Liebermann et al. 2001; Langkafel 2000 oder auch van der Kolk et al. 2000c). Darin beschrieb Oppenheim „Desorientiertheit, Aphasie, Unfähigkeit zu stehen, sowie Schlafstörungen nach Eisenbahn- und Arbeitsunfällen“ (Liebermann et al. 2001, S. 14). Auch Oppenheim postulierte eine organische Ursache als Folge der Erschütterung während eines

Unfalls. Trauma bedeutet auf altgriechisch Wunde oder Verletzung, welche zunächst ausnahmslos organisch verstanden wurde (vgl. Roche Lexikon Medizin 1987). Oppenheim nahm „funktionelle Probleme [als] durch subtile molekulare Veränderungen im zentralen Nervensystem hervorgerufen“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 72) an. Das Erschrecken eines Menschen bei solch einem extremen Ereignis spiele die Hauptrolle bei der Entstehung einer solchen hirnpfysiologischen Veränderung. Allein die Behauptung, dass physiologische Veränderungen durch ein Erschrecken hervorgerufen werden könnten, stieß auf massiven Widerstand, auch weil Oppenheim eine Entschädigungspflicht gegenüber den Opfern von Zugunfällen mit einer solchen Symptomatik wissenschaftlich stützte. GegnerInnen einer Entschädigung für die Unfallopfer wiesen diese Beschwerden als ein „pathologisches Rentenbegehren“ (Liebermann et al. 2001, S. 14) zurück.

Parallel dazu fand in den USA eine Diskussion zu den Beschwerden von Soldaten des amerikanischen Bürgerkrieges statt. Hawthorne (1863) sowie Da Costa (1871) beschrieben „psychovegetative Veränderungen“ (Liebermann et al. 2001, S. 14) bei aus dem Gefecht zurückgekehrten Soldaten. Da Costa nannte dieses Phänomen „irritable heart“ ein Ergebnis von Überanstrengung durch die belastenden Bedingungen wie Fieber und Diarrhöe, denen die Soldaten unterlagen“ (Liebermann et al. 2001, S.14). Die Zuschreibung eines organischen Ursprunges für die psychischen Leiden bot „eine ehrenhafte Lösung für alle Parteien, die durch das Zusammenbrechen von Personen unter Belastung bloßgestellt werden konnten: Der Soldat bewahrte seine Selbstachtung, der Arzt brauchte nicht persönliches Versagen oder Fahnenflucht diagnostizieren, und die militärischen Autoritäten brauchten nicht den psychologischen Zusammenbruch von zuvor tapferen Soldaten erklären“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 72).

Der britische Militärpsychiater Charles Samuel Myers führte den Begriff „shell shock“ - im Deutschen als ‚Schützenneurose‘ bezeichnet- ein (vgl. van der Kolk et al. 2000c oder Lewis Herman 1994). Die Annahme, dass eine organische Ursache, hier eine durch eine molekulare Erschütterung im Gehirn, welche durch eine im Gefecht erfolgte Detonation bedingt sei, die unterschiedlichen Beschwerden der Soldaten hervorruft, wurde zunächst noch nicht aufgegeben. „Seitdem jedoch die Kriegsneurose auch bei Soldaten, die nie direkt Gewehrschüssen ausgesetzt waren, festgestellt werden konnte, wurde langsam deutlich, dass die Ursachen häufig rein emotionaler Natur waren“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 72). Diese Beobachtung bewegte Myers dazu, eine psychische Ursache für die unterschiedlichen Beschwerden der Soldaten anzunehmen. Dabei betonte er „die große Ähnlichkeit zwischen Kriegsneurose und Hysterie“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 72).

### **3.1.2. ‚Hysterische Patientinnen‘. Verführung oder Phantasie?**

Die Krankheit der Hysterie wurde schon im 18. Jahrhundert diskutiert. Der Begriff der Hysterie leitet sich von dem altgriechischen Wort Hyster ab, welches für Gebärmutter steht. Hippokrates führte den Begriff Hysterie für bestimmte

körperliche Erkrankungen bei Frauen in Abhängigkeit von der Gebärmutter ein (vgl. Roche Lexikon Medizin 1987). Lange wurde eine organische Ursache für die Symptome von an ‚Hysterie‘ erkrankten Frauen angenommen. In Frankreich wiesen als erstes die Mitarbeiter des psychiatrischen Krankenhauses Salpêtrière Charcot (1887) und Janet (1889) auf die Bedeutung eines wahren Erlebenshintergrundes für die ‚hysterischen‘ Symptome ihrer Patientinnen hin. Auch Pariser GerichtsmedizinerInnen berichteten in dieser Zeit über weit verbreitete Misshandlungen und Vergewaltigungen und thematisierten die Folgeerscheinungen. „Im Gegenzug dazu aber wurden aber Aussagen von Kindern und Frauen, missbraucht worden zu sein, als *hysterisches* Symptom, als *pseudologica phantastica* und als *kindliche Mythomanie* relativiert und abgetan“ (Langkafel 2000 S. 7). In seinen „Leçons du mardi“ (Lewis Herman 1994, S. 20) führte Charcot Hypnosen an seinen erkrankten Patientinnen vor Publikum durch. Diese theatralischen Vorlesungen entwickelten sich zu einem gesellschaftlichen Ereignis für die französische ‚gute Gesellschaft‘. Insbesondere Charcots Schüler Janet wandte sich intensiv dem „Phänomen der Dissoziation für die Bewältigung traumatischer Erfahrungen“ (Liebermann et al. 2001, S. 14) zu. Wegen seiner Annahme, dass die Leiden der ‚hysterischen‘ Patientinnen in der Salpêtrière auf real erlebten ‚traumatischen‘ Erfahrungen wie sexualisierten Gewalterfahrungen beruhten, wurde Janet in der wissenschaftlichen Community ausgegrenzt, seine wissenschaftlichen Arbeiten gerieten in Vergessenheit (vgl. Lewis Herman 1994).

Auch Sigmund Freud arbeitete für einige Zeit mit Charcot und Janet in der Salpêtrière und sammelte erste Erfahrungen in der Arbeit mit ‚hysterischen‘ Patientinnen. Zurückgekehrt nach Wien, führten Freud und Breuer zunächst die Vielfalt ‚hysterischer‘ Symptome auf eine real erlebte sexualisierte Gewalterfahrung (‚*Verführung*‘) insbesondere in der Kindheit zurück. Ähnlich wie Janet fassten sie ‚Hysterie‘ als einen Zustand auf, „der durch ein psychisches Trauma verursacht wird. Unerträgliche Gefühlsreaktionen auf traumatische Ereignisse verursachen Bewusstseinsveränderungen, die wiederum hysterische Symptome hervorrufen“ (Lewis Herman 1994, S. 23). In seinem Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“, gehalten am 21. April 1896 vor dem Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie, vertrat Freud die These der verführten Erlebnisse sexueller Natur in der Kindheit als Ursache für hysterische Symptome seiner Patientinnen (vgl. Freud 2000/ 1896). Hierin erklärte Freud:

„Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jeden Falls von Hysterie befinden sich durch die analytische Arbeit reproduzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalls- *ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrungen*, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung“ (ebd. S. 64, Herv. i. Orig.).



Durch seine ersten klinischen Erfahrungen erschien es Freud als „sicher, dass unsere Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen ausgesetzt sind, als man nach der geringen, von den Eltern hierauf verwendeten Fürsorge erwartet sollte“ (ebd. S. 68).

Der postulierte Zusammenhang zwischen verfrühten sexuellen Erfahrungen und den Symptomen seiner ‚hysterischen‘ Patientinnen wurde jedoch schon ein Jahr später, im Jahre 1897, zugunsten der Möglichkeit einer der Phantasie der Patientin entsprungene ‚Verführung‘ relativiert (vgl. Aumann 2002; Aumann 2003; Bittenbinder 1999; Lewis Herman 1994; Liebermann et al. 2001; van der Kolk et al. 2000c). „Das real existierende Trauma wurde zu Gunsten der Phantasie ignoriert“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 79). Nun waren es also nicht mehr die Erinnerungen an ein tatsächlich stattgefundenes Kindheitstrauma, „die vom Bewusstsein abgespalten sind, sondern vielmehr die inakzeptablen sexuellen und aggressiven Wünsche des Kindes, die bedrohlich auf das Ich wirken und Abwehr gegen das Bewusstwerden dieser Wünsche mobilisieren“ (ebd. S. 78). Judith Lewis Herman führte diese Relativierung auf die „drastischen sozialen Konsequenzen, die seine Hypothese nahe legt“ (Lewis Herman 1994, S. 26) zurück, die Freud „zunehmend beunruhigten“ (ebd.). „Weibliche Hysterie war weit verbreitet. Wenn seine Patientinnen die Wahrheit gesagt hatten und seine Theorie stimmte, blieb nur die Folgerung, dass das, was er ‚Perversion gegen Kinder‘ nannte, weit verbreitet war.“(ebd.). Für diese These spricht der defensive Aufbau des Vortrages Freuds, in dem er immer wieder Gegenargumenten vorgriff<sup>67</sup>. Auch, dass Freud in einem unveröffentlichten Brief an Fließ berichtete, der Vortrag habe „eisige Aufnahme gefunden“ (Freud 2000/ 1896, S. 52) spricht für diese These<sup>68</sup>.

Der erste Weltkrieg konfrontierte auch Freud mit den Folgeerscheinungen der wiederkehrenden Soldaten. So wendete er sich „Kriegszitterern“ (Liebermann et al. 2001, S. 14) zu. Soldaten des ersten Weltkrieges kamen mit vielerlei Beschwerden aus den Kriegseinsätzen zurück, die dem Symptombild der Hysterie sehr ähnelten. Er gab aber keineswegs das „Modell der unakzeptablen Wünsche“ (Langkafel 2000, S. 8) auf, sondern setzte das „Modell der unerträglichen Situation“ (ebd.) daneben. So würde eine extreme Belastung den Reizschutz einer Person überwinden und so zu der Hysterie vergleichbaren Symptomen führen (vgl. ebd.). Zu dieser Zeit waren brutale Elektrobehandlungen von Soldaten mit „Kriegsneurosen“ (van der Kolk et al.

---

<sup>67</sup>Nachdem Freud seinen Zuhörern seine These der frühen kindlichen sexuellen Erfahrungen als Ursache der Symptome seiner hysterischen Patientinnen vorstellt, stellt er direkt anschließend die Frage: „Soll ich mein aus den Analysen direkt gewonnenes Material vor Ihnen ausbreiten, oder soll ich nicht lieber vorerst der Masse von Einwänden und Zweifeln zu begegnen suchen, die jetzt von Ihrer Aufmerksamkeit Besitz ergriffen haben, wie ich wohl zu recht vermuten darf? Ich wähle das letztere“ (Freud 2000/ 1896, S. 64).

<sup>68</sup>Es wird sich an dieser Stelle darauf beschränkt, eine Debatte zum Trauma als Reaktion auf reale Erlebnisse versus Trauma als Ergebnis von Abwehr innerer Konflikte anzudeuten. Verwiesen werden soll aber auf eine Kontroverse zu dieser Frage. (Siehe dazu Lewis Herman 1994; Becker 2002 b; Aumann 2002; Aumann 2003).

2000c, S. 79) Normalität. Gesellschaftlich wurden diese Soldaten oft als „Simulanten und Drückeberger“ (Liebermann et al. 2001, S. 14), oder wenn sie nach dem Krieg Ansprüche auf eine Rente erhoben, „als Renten neurotiker abqualifiziert“ (ebd.). Die Aussicht auf Entschädigung würde die Symptomatik der ‚Kriegsneurotiker‘ hervorrufen oder verfestigen. Bonhoeffer bezeichnete 1926 das Entschädigungsgesetz als „Ursache der Unfallneurosen“ (Langkafel 2000, S. 7). Nach dem ersten Weltkrieg und seinen Folgen geriet in der Forschung die Beschäftigung mit Beschwerden nach extremen Lebensereignissen in den Hintergrund.

### **3.1.3. Zweiter Weltkrieg und die Zeit danach. Entwicklung der PTSD als psychiatrische Diagnose**

Mit dem Beginn des zweiten Weltkrieges wendeten sich amerikanische MilitärpsychiaterInnen dem Thema der durch den Kampfeinsatz induzierten Beschwerden wieder verstärkt zu. Ziel war, eine schnelle und wirksame Behandlungsmethode für jene Soldaten zu entwickeln, welche mit Stressreaktionen auf das Kampfgeschehen reagierten, damit sie schnell wieder im Krieg eingesetzt werden konnten. Dabei erwiesen sich Methoden, die Stressreaktionen der Soldaten nicht als ‚Feigheit‘ o.ä. stigmatisieren, als effektiver. „Erstmals wurde anerkannt, dass jeder Soldat zusammenbrechen konnte, psychiatrische Erkrankungen waren vorhersehbar in Relation zur Heftigkeit der Kämpfe, die ein Soldat mitgemacht hatte“ (Lewis Herman 1994, S. 40). Statt Soldaten zu stigmatisieren, fanden einerseits „differenzialdiagnostische Merkmale der Frontpsychiatrie- das Prinzip der Nähe, der Unmittelbarkeit und der Erwartung- an der Front Anwendung. Zum ersten mal wurden protektive Faktoren wie Training, Zusammenhalt der Gruppe, Führung, Motivation und Moral untersucht“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 83). Außerdem wurden Behandlungsmethoden in Form von Gruppentherapien entwickelt, die aber schon bald nicht mehr mit Kriegsveteranen, schon gar nicht mit anderen Gruppen weiter praktiziert wurden (vgl. ebd.).

Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich eine neue Richtung der ‚Trauma-Forschung‘, die sich die Überlebenden der Shoa, insbesondere Überlebende von Konzentrationslagerhaft zum Gegenstand machte. Es konnte belegt werden, dass Überlebende von Konzentrationslagerhaft gegenüber der Normalbevölkerung eine „erhöhte Mortalität und generelle somatische und psychiatrische Morbidität“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 84) aufwiesen. So wurde der Begriff des „Konzentrationslagersyndroms“ (ebd.) oder „Survivor- Syndrom“ (Mehari 2001) verwendet. Die Erkenntnisse dieser Forschungstradition stammen meist aus einer psychoanalytischen Forschungstradition, in der Realtraumata lange Zeit eine Randexistenz führten (vgl. Becker 2002b; Lewis Herman 1994). Die unterschiedlichen Forschungen zum psychischen Schaden von (meist) jüdischen Überlebenden der Shoa haben weniger Eingang in die psychiatrischen Diagnosekriterien gefunden als die Untersuchungen zu Soldaten, die unter ihrer

Beteiligung am Krieg und Mittäterschaft im Krieg zusammengebrochen sind. Als wichtige Vertreter der Erforschung der psychischen Folgeerscheinungen von Konzentrationslagerhaft und Verfolgung in der NS- Zeit sind Bettelheim, Khan, Matussek, Kadiner, Eitinger oder Keilson zu nennen. Viele in der Arbeit mit Flüchtlingen und politisch Verfolgten entwickelte Überlegungen beziehen sich auf Forschungsansätze, die im Zusammenhang mit Shoa- Überlebenden entstanden, insbesondere auf Theorien Bettelheims und Keilsons<sup>69</sup>.

Anfang der 70er Jahre entwickelte sich ein Forschungsansatz, der die psychischen Folgen von sexualisierter Gewalt thematisierte. Frauen machten zum ersten Mal systematisch die psychischen Folgen sexualisierter Gewalt zum Thema. Zentral in den Diskussionen dieser Forschungstradition war die Erforschung psychischer Folgen sowohl sexuellen Missbrauchs in der Kindheit, als auch von Vergewaltigung erwachsener Frauen. Es wurde versucht, die Leiden der Opfer sexualisierter Gewalt zu benennen und zu klassifizieren, therapeutische Behandlungsansätze zu entwickeln, als auch das Thema in die Öffentlichkeit zu tragen. Diese Diskussionen fanden parallel zu Diskussionen um Kriegsveteranen statt (vgl. Lewis Herman 1994). Die Soziologinnen Ann Burgess und Linda Holmstrom beschrieben 1974 die Ergebnisse ihrer Erhebungen im Boston City Hospital. Darin beschrieben sie die Symptome von vergewaltigten Frauen, das „rape- trauma- syndrom“ (Langkafel 2000, S.9). Sie stellten eine Ähnlichkeit fest zu den Symptomen von Kriegsveteranen, insbesondere Flashbacks und Alpträumen und brachten sie in Zusammenhang mit Ergebnissen der Gerichtsmedizin aus Frankreich Ende des 19. Jahrhunderts, der früheren Forschung zur Hysterie in der Salpêtrière sowie den frühen Arbeiten Freuds (vgl. Lewis Herman 1994; Langkafel 2000; van der Kolk et al. 2000c). 1979 beschrieb die Psychologin Leonore Walker das „Misshandlungssyndrom“ (Lewis Herman 1994, S. 50). Sarah Haley, eine der Personen, die am stärksten bei der Einführung der PTSD als diagnostische Kategorie in die dritte Ausgabe des Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM- III) beteiligt war, war sowohl die Tochter eines Veteranen des Zweiten Weltkrieges, der an schwerer ‚Kriegsneurose‘ litt, als auch selbst Inzestopfer und mit beiden Forschungsfeldern vertraut (vgl. van der Kolk et al. 2000c).

Die Einführung der Posttraumatischen Belastungsstörung als psychiatrische Diagnose entstand im engen Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Anerkennung der öffentlich thematisierten Auswirkungen der Teilnahme von US- Soldaten am Vietnamkrieg (vgl. van der Kolk et al. 2000c). Erst nach dem Vietnamkrieg kam es

---

<sup>69</sup>Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass es nicht nur viele strukturelle Gemeinsamkeiten aufgrund von Erfahrungen von Verfolgung, Lagerhaft und Folter, Vertreibung etc. gibt. M.E. erweisen sich Untersuchungen aus diesem Bereich auch als brauchbar, da Vertreibung, Exilierung und Flucht beide Gruppen betrifft. Auch soll hier angemerkt werden, dass sich einige Shoa- Überlebende im Rahmen von Entschädigungsverfahren einer Begutachtungspraxis unterziehen mussten, die strukturell mit der polizeiärztlichen Untersuchung von bosnischen Kriegsflüchtlingen vergleichbar ist (vgl. Groninger 2001).

zu systematischen und großangelegten Untersuchungen bezüglich psychischer Kriegsfolgen. „Der Anstoß dazu kam diesmal nicht von militärischen oder medizinischen Fachkreisen, sondern von dem gemeinsamen Engagement kriegsmüder Soldaten“ (Lewis Herman 1994, S. 42). Das Engagement vieler Vietnamveteranen stieß systematische psychiatrische Forschung an, welche die unterschiedlichen Befunde über den Einfluss von Kriegsteilnahme auf das (Er-)Leben der heimgekehrten Soldaten evaluierte. Die Veteranenverwaltung gab unterschiedliche Studien in Auftrag, wovon die fünfbändige Studie „Legacies of Vietnam“ von Egendorf et al. von 1981 die einflussreichste war. In dieser Studie wurde das „posttraumatische Syndrom“ (Lewis Herman 1994, S. 44) beschrieben und der „direkte Zusammenhang zu Kampferlebnissen“ (ebd.) schlüssig belegt. Zur gegenseitigen Unterstützung bildete das Komitee „Vietnam Veterans Against the War“ sogenannte ‚rap- groups‘, in denen gerade zurückgekehrte Vietnamveteranen über ihre Kriegserlebnisse sprachen. „Im weiteren Verlauf der Arbeit am DSM- III gab es viele Versammlungen des Komitees und Präsentationen auf Kongressen der American Psychiatric Association (APA), was in der Aufnahme der PTBS in das DSM- III kulminierte“ (van der Kolk et al. 2000c, S. 86). Die Erkenntnisse über die Symptome von Kriegsveteranen, aber auch von Vergewaltigungsopfern und die Symptome von Menschen, die in der Kindheit sexualisierte Gewalt erleben mussten, wurden zusammengetragen, um das Diagnosebild der PTSD zu entwickeln (vgl. ebd.). Die Einführung der PTSD als psychiatrische Diagnose initiierte eine große Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen. Es entstanden Untersuchungen zu den psychischen Folgen nach Naturkatastrophen, Banküberfällen, Schiffsunglücken, Geiselnahme, sexualisierter Gewalt, Militäreinsätzen, KZ- Haft etc.. All diese unterschiedlichen Themenbereiche sammelten sich in dem Diagnosebild einer PTSD (vgl. van der Kolk et al., 2000b).

### **3.2. Die Entwicklung der PTSD im DSM und ICD**

Die Impulse einer Entwicklung der PTSD als Diagnosekriterium gingen von *US-amerikanischen* gesellschaftlichen Entwicklungen aus. Daher schlug sich dies auch zuerst in dem US- amerikanischen Diagnostischen und Statistischen Manual (DSM) nieder und fand erst zeitverzögert im ICD Berücksichtigung<sup>70</sup>.

In den vorhergehenden klinischen Klassifikationssystemen existierten jedoch Diagnosebilder, die sich eigneten, als Reaktionen auf Erfahrungen extremen Leides

---

<sup>70</sup>Das DSM ist ein psychiatrisches statistisches Manual, herausgegeben von der *American Psychiatric Association* (APA), während das ICD ein klinisches Klassifikationssystem ist, in dem *alle* international anerkannten *medizinischen* Krankheiten definiert und klassifiziert sind. Herausgegeben ist das ICD von der Weltgesundheitsorganisation, auch wenn das Kapitel V des ICD durch psychiatrische Fachkreise entwickelt wird. Die psychiatrischen Diagnosebilder stellen nur ein Kapitel von 20 weiteren dar. So sind im ICD eher Diagnosen definiert, während im DSM über die Definition hinaus mehr Raum für Anleitungen zur Diagnoseerstellung, Prävalenzraten, Forschungsstand etc. eingeräumt wird.

angewendet zu werden. Im ICD- 6 von 1948 existierte die Kategorie der ‚akuten situativen Fehlanpassung‘ (vgl. Brett 2000). „Vorübergehende situationsunabhängige Syndrome wurden als akute Reaktionen auf überwältigende Belastungen definiert, die sich bei Menschen zeigten, die keine prämorbid oder komorbide Psychopathologie aufwiesen“ (ebd. S. 132). Im ersten diagnostischen und statistischen Manual (DSM- I), herausgegeben im Jahre 1952, existierte das Diagnosebild einer ‚Schweren Belastungsreaktion‘ (vgl. Brett 2000; Liebermann et al. 2001; Lützel 1999), welche „die Reaktionen auf Kriegserfahrung und zivile Katastrophen berücksichtigte“ (Liebermann et al. 2001, S. 15). Dies geschah nicht zuletzt durch die Folgen des zweiten Weltkrieges. Das DSM- II (1968) orientierte sich stark an den Ausführungen zu psychischen Störungen des ICD- 8 (1969), in denen eine ‚Anpassungsstörung‘ beschrieben wurde. Im DSM-II wurde das Diagnosebild einer ‚schweren Belastungsreaktion‘ revidiert, zugunsten einer „Anpassungsstörung im Erwachsenenalter“ (ebd.). Hier wurde die Ursache einer Reaktion auf schwere Belastung erheblich eingeschränkt auf „unerwartete Schwangerschaft, Angst in Kampfhandlungen und das Erwarten der Todesstrafe“ (ebd.). Im 1977 erschienenen ICD- 9 wurde das Kriterium einer ‚akuten Belastungsreaktion‘ aufgenommen (vgl. Brett 2000).

Erst mit der Ausgabe des dritten diagnostischen und statistischen Manual (DSM- III) von 1980 wurde das Diagnosebild einer PTSD im heutigen Sinne eingeführt. „Damit wurde auf die Symptome der aus dem Vietnamkrieg heimgekehrten Veteranen reagiert, die über Alpträume, Flashbacks und Übererregbarkeit klagten“ (Liebermann et al. 2001, S. 13)<sup>71</sup>. So wurde mit der PTSD ein psychiatrisches Diagnosebild geschaffen, dass das Vorhandensein eines äußeren ‚traumatisierenden Geschehens‘ als Ursache für psychische Beschwerden wie Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, emotionales Betäubtsein und Übererregbarkeit kennzeichnet (vgl. Brett 2000; Lützel 1999).

Da das Diagnosebild einer PTSD nicht ganz deckungsgleich in beiden klinischen Klassifikationssystemen definiert bzw. eingeordnet ist, wird es hier nochmals getrennt vorgestellt. Nach welchem Klassifikationssystem eine PTSD diagnostiziert wird, ist für den Kontext der Begutachtung von Flüchtlingen *rechtlich* irrelevant, um eine Aufenthaltsbefugnis nach der Weisung der IMK vom November 2000<sup>72</sup> zu erwirken. So wird im Kontext der Begutachtungspraxis potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge nach beiden klinischen Klassifikationssystemen die Diagnose PTSD gestellt.

---

<sup>71</sup>Wie bereits oben dargestellt, bereiteten gesellschaftliche Prozesse in den USA den Weg für die Einführung einer Diagnose der PTSD in das DSM- III, insbesondere durch die Lobby der Vietnamveteranen, aber auch durch die durch die Frauenbewegung thematisierten psychischen Belastungen und Schäden als Folge von sexualisierter Gewalt, bzw. sexuellen Missbrauchs in der Kindheit.

<sup>72</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

### 3.3. Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV

Im aktuell gültigen DSM- IV ist PTSD unter der Kategorie der Angststörungen aufgeführt, da davon ausgegangen wird, dass Angst ein Hauptsymptom der PTSD ausmacht<sup>73</sup>. Die PTSD ist in sechs diagnostische Kriterien (A- F) eingeteilt<sup>74</sup>. Als Hauptmerkmal der PTSD wird im DSM- IV „die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extremen traumatischen Ereignis“ als *Kriterium A* benannt (DSM- IV 1996, S. 487). Kriterium B, C, und D beschreiben die für eine PTSD „charakteristischen Symptome“ (ebd.) des Wiedererlebens, andauernder Vermeidung und Abflachung der allgemeinen Reagibilität sowie anhaltende Symptome des erhöhten Erregungsniveaus (vgl. ebd.). Es werden eine Vielzahl an traumatischen Erfahrungen, die direkt erlebt wurden, beispielartig aufgeführt:

„kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Bei Kindern sind auch ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne angedrohte oder tatsächliche Gewalt als sexuell traumatische Erfahrung zu werten“ (DSM- IV 1996, S. 487).

Als indirekte, beobachtete Ereignisse werden „die Beobachtung einer schweren Verletzung oder eines unnatürlichen Todes bei einer anderen Person durch gewalttätigen Angriff, Unfall, Krieg oder Katastrophe“ (ebd.) benannt. Auch „Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten, und von denen man erfahren hat“ (ebd.), werden aufgeführt. Dazu gehören „gewalttätige, persönliche Angriffe, schwere Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Familienmitglied oder einer nahestehenden Person zugestoßen sind, vom plötzlichen, unerwarteten Tod eines Familienmitglieds oder einer nahestehenden Person zu hören oder zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet“ (ebd.). Im „Normalverlauf“ beginnen die Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach dem extrem belastenden Lebensereignis. Die Beschwerden können aber auch um Monate oder sogar Jahre verzögert eintreten (vgl. ebd. S. 490).

Wenn der Belastungsfaktor nicht als extrem belastend einzustufen ist, wie z.B. ein Verlassenwerden vom Ehepartner oder der Verlust des Arbeitsplatzes, und eine Person mit dem Symptombild einer PTSD reagiert, ist eine Anpassungsstörung zu

---

<sup>73</sup>Es wird aktuell diskutiert, ob es nicht akkurater wäre, sie den dissoziativen Störungen zuzuordnen oder eine eigene Kategorie der Belastungsreaktionen zu schaffen, wie es im ICD- 10 erfolgt ist (vgl. Liebermann et al. 2001; van der Kolk et al. 2000c; Brett 2000; Wöller et al. 2001).

<sup>74</sup>Siehe im Anhang die diagnostischen Kriterien für eine PTSD nach DSM- IV.

diagnostizieren (vgl. ebd.). Eine Akute Belastungsstörung<sup>75</sup> unterscheidet sich von einer PTSD v.a. durch die Dauer der Beschwerden. Hier muss das Symptombild „innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auftreten“ (ebd. S. 491) und innerhalb dieser vier Wochen auch wieder remittieren. Halten die Symptome länger als vier Wochen an, „wird die Diagnose von akuter Belastungsstörung in Posttraumatische Belastungsstörung umgewandelt“ (ebd. S. 491).

### **3.4. Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD- 10**

Der Aufnahme von PTSD ins DSM- III von 1980 folgte eine Entsprechung im ICD- 10. Der im Jahre 1992 von der Welt Gesundheitsorganisation herausgegebene ICD- 10 enthält das Diagnosebild PTSD, jedoch präsentieren der ICD- 10 und das DSM- III bzw. DSM- IV „unterschiedliche Konzeptionen bezüglich der posttraumatischen Störung“ (Brett 2000, S. 132). Im DSM ist die PTSD nach wie vor den Angststörungen zugeordnet. Im ICD- 10 ist hingegen eine eigene Kategorie der „Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen“ (ICD- 10, Kap. V 1993, S. 22) erschaffen worden. Eine PTSD (F 43.1) ist nach ICD- 10 definiert 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. [...] Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.“ (ICD- 10, Kap. V 1993, S.23)

Die diagnostischen Kriterien A bis F des DSM haben eine Entsprechung im ICD- 10. Das auslösende ‚traumatische‘ Ereignis, wird hier definiert als ein „kurz oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß [...], das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (ICD- 10 nach Langkafel 2000, S. 3). Es werden Folgesymptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und des erhöhten Erregungsniveaus beschrieben. Als typisch auftretende Merkmale benannt werden Symptome des „wiederholte[n] Erleben[s] des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten“ (ICD- 10, Kap. V 1993, S. 23). Sowie „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ (ebd.). Als gehäuft wird „ein Zustand von vegetativer

---

<sup>75</sup>Akute Belastungsstörung 308.3 (F 43.0)

Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung“ (ebd.) benannt. Angst und Depressionen werden als assoziierte psychiatrische Erkrankungen angeführt, auch Suizidgedanken seien nicht selten (vgl. ebd.).

Der ICD- 10 weist eine größere Variationsbreite des Diagnosebildes der posttraumatischen Störungsbilder auf, als das DSM-IV. Diagnostiziert werden kann, wie nach DSM- IV eine *Akute Belastungsreaktion* (F.43.0)<sup>76</sup>, eine *Posttraumatische Belastungsstörung* (F43.1), darüber hinaus aber auch eine *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* (F 62.0) (vgl. ICD- 10, Kap. V. 1993). Ebenfalls sind im ICD- 10 die PTSD und die akute Belastungsreaktion gemeinsam mit einer *Anpassungsstörung* (F 43.2)<sup>77</sup>, die ähnliche Symptome beschreibt, aber kein ‚traumatisches Ereignis‘ voraussetzt, in eine *eigene Kategorie*

---

<sup>76</sup>„Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping- Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung‘, mit einer gewissen Bewußtseinseingengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden. [...]“ (ICD- 10, Kap. V, 1993, S. 22)

<sup>77</sup>„Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung , die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Mißerfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, daß das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein. Hervorstechendes Merkmal kann eine kurze oder längere depressive Reaktion oder eine Störung anderer Gefühle und des Sozialverhaltens sein“ (ICD- 10, Kap. V, 1993, S. 22).



der „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ ( ICD- 10, Kap. V, 1993 S. 22) klassifiziert worden. In der Einleitung zu dieser Kategorie wird darauf verwiesen, dass sich die „Störungen dieses Abschnittes [...] von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs [unterscheiden, K.R.], sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft“ (ebd.). Weiter wird darauf hingewiesen, dass schwere Lebensereignisse oder Situationen auch den Beginn und Verlauf „zahlreicher anderer Störungen [...] auslösen und beeinflussen können“ (ebd.), die Ursache der Entwicklung von psychiatrischen Störungen sei allgemein „nicht immer ganz klar“ (ebd.).

Abgesehen davon, dass der ICD- 10 eher in Europa angewendet wird, als der DSM-IV, stellt insbesondere das nur im ICD- 10 enthaltene Diagnosebild der „Andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung“ (ICD 10, Kap. V, 1993, S. 33) für PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen eine Möglichkeit der Betonung der Schwere der Leiden von Flüchtlingen dar. Dem gegenüber steht die praktisch einfachere Anwendbarkeit des DSM- IV in dem neben einer Definition des Krankheitsbildes PTSD eine Anleitung zur Diagnose einer PTSD enthalten ist, die eine Diagnostizierung einer PTSD u.U. erleichtert. So ist schwer zu entscheiden, welches klinische Klassifikationssystem für die Begutachtung von Flüchtlingen relevanter ist, bzw. mehr benutzt wird. Meist wird nach beiden Klassifikationssystemen diagnostiziert, bzw. alternierend. Eine Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (F62.0) wird definiert als: „Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muß extrem sein, so daß die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muß. Die Störung ist durch eine feindliche oder mißtrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein. Persönlichkeitsänderungen nach: •andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus; •andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr; •Folter; •Katastrophen; •Konzentrationslagererfahrungen [...]“ (ICD 10, Kap. V 1993 S. 33)

### **3.5. Vor- und Nachteile des psychiatrischen Diagnosebildes PTSD. Realität oder Neurose, Trauma oder Leid, Opfer oder PatientIn?**

Mit der Aufnahme der PTSD in die klinischen Klassifikationssysteme für psychiatrische Erkrankungen wird ein Symptombild beschrieben, welches den

Zusammenhang von Gewalt und menschlichem Leid anerkennt. Durch die Bestimmung eines extrem belastenden Lebensereignisses als Ursache für eine psychiatrische Erkrankung kann die PTSD als „Modell zur Korrektur der dekontextualisierten Aspekte der heutigen psychiatrischen Nomenklatur dienen, das die Aufmerksamkeit wieder auf den lebenden Menschen richtet, anstatt auf die konkretistische Definition der psychischen ‚Störungen‘ als ‚Dinge an sich‘, was uns zurückführt zu den persönlichen Erfahrungen der Menschen und zu der Bedeutung, die sie ihnen zuschreiben“ (van der Kolk et al. 2000b, S. 28). Die Einführung der PTSD als Diagnosebild eröffnet die Möglichkeit einer rechtlichen Anerkennung des Leides. Dieses beinhaltet die Möglichkeit, Versicherungsleistungen, Behandlungskosten, Rentenansprüche und Entschädigungsleistungen durchzusetzen. Mit der PTSD wurde eine psychiatrische Diagnose erschaffen, die mit dem *Kriterium A* eine ätiologische Grundvoraussetzung beinhaltet, nämlich das den Beschwerden vorangehende traumatische Ereignis (vgl. Liebermann et al. 2001; van der Kolk et al. 2000b). Darin werden alle möglichen ‚traumatisierenden‘ Lebensereignisse zu Ungunsten einer Berücksichtigung der unterschiedlichen Kontexte nebeneinandergestellt. Im DSM- IV existiert lediglich ein einführender Hinweis auf unterschiedliche ‚traumatisierende Lebensereignisse‘, die einen kleinen gemeinsamen Nenner haben. Gemeinsam ist diesen Erlebissen, dass ein traumatisches Ereignis „eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit für sich oder Andere“ (ICD- 10 1993, S. 22) darstellt. Unterschieden wird aber in beiden klinischen Klassifikationssystemen nicht, ob eine Person ein Erdbeben überlebt hat, eine lebensbedrohliche Krankheit diagnostiziert bekommt, jahrelang von einer nahestehenden Person, zu der sie in einem Abhängigkeitsverhältnis steht, sexualisierte Gewalt erfahren- oder im Kontext von Krieg Haft, Folter und Vertreibung erlebt hat.

Die im ICD- 10 und im DSM- IV formulierten Klassifikationskriterien der PTSD decken nicht das Spektrum traumainduzierter Störungen ab. Es ist auch innerhalb der klinischen Diskussion unumstritten, dass keineswegs *alle* Opfer extrem belastender bzw. lebensbedrohender Lebensereignisse die Kernsymptomatik einer PTSD entwickeln, sondern andere Symptombildungen im Vordergrund einer klinischen Diagnose stehen können. „Die Posttraumatische Belastungsstörung ist *eine* mögliche Folge­reaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse“ (Langkafel 2000, S. 3, Herv. K.R.). Es besteht keine für alle Menschen gleichermaßen geltende Reaktion auf extrem stressauslösende Lebensereignisse. Mindestens für folgende Diagnosebilder wird diskutiert, dass sie zusätzlich zu einer PTSD oder auch anstelle von einer PTSD mit einem extrem belastenden Lebensereignis in enger Verbindung stehen bzw. von solchen Ereignissen ausgelöst werden:

„Akute posttraumatische Belastungsreaktion, dissoziative Störungen, dissoziative Amnesie, dissoziative Fugue, Depersonalisierungsstörung, Dissoziative Identitätsstörung („Multiple Persönlichkeitsstörung“), Somatisierungsstörungen bzw.

Konventionsstörungen, insb. somatoforme Schmerzstörungen, posttraumatische Depression, Zwangserkrankungen, Borderline Persönlichkeitsstörung, Angsterkrankungen, Ess- Störungen, insb. Bulimia nervosa, Substanzmissbrauch“ (Wöller et al. 2001 et al. S. 25)

Dieses unbestrittene Faktum wirft insbesondere in einem Kontext, in dem durch rechtliche Bestimmungen die Diagnose einer PTSD Zentralität erhält, gravierende Probleme auf. Durch die Festlegung der Bestimmungen des IMK- Beschlusses von 2000 auf eine psychiatrische Diagnose, können BegutachterInnen vor einem ethischen Dilemma stehen, wenn sie einen Menschen begutachten, dessen Leid aufgrund erlebter extremer Gewalt und Vertreibung sich nicht in dem Symptombild einer PTSD ausdrücken lässt. Die Diagnose PTSD ist weit davon entfernt, die „ganze Komplexität dessen zu beschreiben, wie Menschen auf überwältigende Erfahrungen reagieren“ (van der Kolk et al. 2000b, S. 40). Erst recht nicht, wenn diese aus einem anderen kulturellen Kontext kommen als dem westeuropäischen (vgl. Bittenbinder 2000; Mehari 2001).

Dennoch hat das Traumakonzept stark an Attraktivität gewonnen. Eine Ursache für den gehäuften Gebrauch des Konzeptes in der psychosozialen Praxis, aber auch des Begriffes Trauma in der Alltagssprache, könnte sein, dass die Symptome sowie Ursachen für das Symptombild mitunter unspezifisch gefasst sind. Auf der anderen Seite könnte die Anziehungskraft des Traumakonzeptes darin bestehen, dass die äußeren Bedingungen als Ursache für menschliches Leiden gefasst werden und nicht die innere ‚*Verrücktheit*‘ eines Subjektes.

Die in anderen Kontexten getroffene Unterscheidung zwischen Man- Made- Disaster und bspw. Naturkatastrophen, welche die Qualität der Leiden von Personen mitbestimmen, finden keine Entsprechung im DSM- IV, auch nicht im ICD-10. Dieses erschwert die Benennung gesellschaftlicher Implikationen unterschiedlicher Ursachen für das Leiden der Menschen. Statt dessen findet eine „Abstraktion vom Tatgeschehen“ (Liebermann et al. 2001, S. 16) statt, die „das Opfer nur noch als pathologische Entität [erfasst, K.R.], damit produziert es eine Individualisierung des Opfers“ (ebd.), da „in beiden Klassifikationssystemen nicht zwischen von (evtl. nahestehenden) Menschen verursachten Traumatisierungen und ‚schicksalhaften‘ Ereignissen (Naturkatastrophen, Unfällen etc.) unterschieden wird“ (Langkafel 2000, S. 3).

So bewegt sich das PTSD- Diagnosebild in einem Spannungsfeld zwischen der Anerkennung von Leiden und einer Pathologisierung und Stigmatisierung derer, die an durchaus bestimmbar und benennbar Verhältnissen in einer Gesellschaft leiden. Die Posttraumatische Belastungsstörung wird in den aktuellen Klassifikationssystemen zu einer individualistischen Reaktion der betroffenen Person. Eine andere Umgangsweise wäre, sich mit den auslösenden äußeren Ereignissen, sowie deren Bedeutung und gesellschaftlichem Hintergrund auseinander

zu setzen und so den konkreten Bezug des Individuums zur konkreten Belastung herzustellen.

## **Kapitel Vier**

### **Traumatisierte Flüchtlinge? Trauma in der psychosozialen Berufspraxis**

In diesem Kapitel wird die Auseinandersetzung mit dem Traumakzept von Seiten derer nachverfolgt, die mit Flüchtlingen im psychosozialen Bereich in Deutschland arbeiten. Eröffnet wird mit der allgemeinen Kritik David Beckers am psychologischen Traumakzept. Hans Keilson, auf dessen Konzept der ‚sequenziellen Traumatisierung‘ immer wieder rekurriert wird, wird als Alternative zu einer PTSD vorgestellt und es erfolgt eine Verallgemeinerung auf den Kontext der bosnischen Flüchtlinge. Die Kritik Summerfields an der ‚Traumaindustrie‘ wird vorgestellt. Im Anschluss daran werden die Perspektiven und Kritiken weiterer PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen und Opfern politisch motivierter Gewalt darlegt. Bedeutend ist, dass sich so gut wie alle in diesem Kapitel zu Wort kommenden AutorInnen in der konkreten Berufspraxis der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen befinden, aus der heraus sie Themen benennen und kritisch reflektieren oder ihre Probleme und Grenzen für Außenstehende darstellen. Abschließend werden die unterschiedlichen Strategien der in diesem Kapitel zu Wort gekommenen PraktikerInnen diskutiert und problematisiert. Es wird noch einmal Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der psychologischen Berufspraxis genommen, um nachvollziehbar zu machen, dass bei aller Kritik an PTSD nach den offiziellen klinischen Klassifikationssystemen, diese gleichwohl die Bezugsgröße in der psychologischen Praxis mit Flüchtlingen aus Bosnien und Hercegovina darstellen.

#### **4.1. Reflexionen David Beckers**

David Becker arbeitete von 1982 bis 1999 beratend-therapeutisch mit Opfern politischer Verfolgung am Lateinamerikanischen Institut für Menschenrechte und psychische Gesundheit in Chile (vgl. Becker 2002b oder Kühner 2003). Mitte der 90er Jahre (Becker 1995; Becker 1997) berichtet er über die Arbeitserfahrungen mit Folteropfern und anderen Opfern politischer Verfolgung in Lateinamerika, auf die hier aber nicht weiter eingegangen wird. Ab Ende der 90er Jahre arbeitete Becker v.a. als Supervisor von psychosozialen Projekten in sog. „Krisenregionen“ (Kühner 2003, S. 93). Punktuell war er Supervisor unterschiedlicher Projekte in Zentralamerika, Angola, dem ehemaligen Jugoslawien und Palästina (vgl. Becker 2001), kontinuierlich von unterschiedlichen psychosozialen Zentren in Deutschland. Hier soll insbesondere seine Kritik am PTSD-Konzept und seine Vorschläge zu ‚Auswegen‘ aus einer Individualisierung von gesellschaftlich verursachtem Leiden vorgestellt werden.

Becker plädiert dafür, Traumatheorien danach zu unterscheiden, ob sie versuchen, die traumatische Situation zu umschreiben, oder lediglich die aus dieser Situation resultierenden Symptome (vgl. Becker 2001). In seinen kritischen Auseinandersetzungen mit dem psychiatrischen Traumakzept PTSD, welches nur

die Symptome von ‚Traumatisierten‘ beschreibe, bemängelt er die „Nutzlosigkeit des Konzeptes des Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)“ (Becker 1997a, S. 27), insbesondere in der psychotherapeutischen Arbeit mit Folteropfern, Opfern von Diktaturen und Flüchtlingen. Diese Nutzlosigkeit bestehe darin, dass die Bezüge auf die erlebte Gewalt, das ‚traumatische Ereignis‘, sehr vage ausfallen und am Kern des Problems vorbeigehen (vgl. Becker 1995, Becker 1997a, 2002a, 2002b).

„Der äußere Kontext wird unscharf definiert [...]. Auch die Reaktion des Subjekts wird ausschließlich an einer Reihe von Symptomen festgemacht. Diese mangelnde Differenzierung ist nicht nur falsch, sondern in Bezug auf verschiedene Aspekte sogar gefährlich“ (Becker 1997a, S. 30).

Gefährlich, weil Folter und Gewalt, von Menschenhand im Kontext von Herrschaft und Kriegen ausgeübt, so zu einem „beliebigen Stressor und ihres politischen Charakters entkleidet“ werden (Becker 1997a, S. 31). Durch diese Beliebigkeit des traumatischen Ereignisses in den klinischen Klassifikationssystemen erscheint die sich immer in einem konkreten Kontext abspielende erfahrene Gewalt als eine dekontextualisierte und individualisierte Krankheit. Der sehr unbestimmt definierte Stressor „erweist sich somit als ideologiebeladener Begriff, der die politische Dimension des Traumas zum Verschwinden bringt“ (ebd.). Insofern kann die Fassung der Leiden der Opfer von Diktaturen, Folter und Kriegen als Krankheit den Interessen der Unterdrückten dienen. Die Fassung der Leiden der Opfer als psychiatrische Krankheit, die es zu heilen gilt, verleugne die Täterschaft und bringe sie damit „konzeptionell zum Verschwinden“ (ebd.), insbesondere, wenn die Opfer weiterhin in der *traumatisierenden* Gesellschaft mit den TäterInnen leben (vgl. Becker 1995; Becker 1997a). Auch im Exil dient die Individualisierung des psychischen Leidens von Flüchtlingen einer Ignorierung von Täterschaft, aber auch einer Aufrechterhaltung der Ausgrenzung von Flüchtlingen (vgl. Becker 2002a; Becker 2002b). Durch das PTSD- Konzept geraten also auch die in der Einwanderungsgesellschaft entstandenen Leiden in den Hintergrund (vgl. Becker 2002). Generell verhindere ein schwammiger Bezug auf unterschiedliche traumatische Erlebnisse als Auslösefaktor einer PTSD eine Wahrnehmung „des Verhältnisses zwischen der Symptomatik und dem gesellschaftlichen Zusammenhang“ (Becker 1997a, S.31). Ohne Einbezug des konkreten gesellschaftlichen und politisch- historischen Kontextes der entstandenen psychischen (meist auch physischen) Verletzungen von Subjekten, können die Beschädigungen nicht verstanden werden. So fordert Becker die Integration von der Gesellschaftlichkeit des individuellen Leidens, den „Prozess der Traumatisierung, der erkennbaren Bestandteile eines gesellschaftlichen Prozesses [...] der Individuen als zerstörte hinterlässt“ (Becker 1997a, S.28). Damit sind auch „interpersonelle Schäden“ (ebd. S. 33) bspw. im familiären System gemeint, wie Parentifizierung, die Unfähigkeit zu trauern sowie intrafamiliäre Gewalt oder intergenerationale

Weitergabe von Leid durch Folter und andere Menschenrechtsverletzungen (vgl. Becker 2001). Der Einbezug der Gesellschaftlichkeit des Leides sei jedoch nicht ohne Anstrengungen zu erlangen.

„Es ist kaum möglich, ihm [dem Phänomen der Traumatisierung, K.R.] in seiner Totalität gerecht zu werden. Entweder stehen die Einzelschicksale im Vordergrund, was zu einer Vernachlässigung der gesellschaftlichen Zusammenhänge führt, oder wir beschäftigen uns mit den politischen Verhältnissen und verlieren die Einzelnen, die gelitten haben, aus den Augen. [...] Strukturanalysen ermöglichen kaum die Beschäftigung mit dem individuellen Leid und die Konzentration auf das Schicksal der Einzelnen lässt oft die Vermittlung mit der gesellschaftlichen Realität außen vor“ (Becker 1997a, S. 28f).

Keine Analyse der gesellschaftlichen Bedingungen allein könne das Leid eines Individuums vollständig erfassbar machen. Die Konzentration auf das individuelle Einzelschicksal berge aber die Gefahr, „dieses mit einem umfassenden Verständnis des gesellschaftlichen Prozesses zu verwechseln“ (ebd. S. 29). Auch sei es gänzlich indiskutabel, dass durch Diagnose einer PTSD der Schaden von Opfern politisch motivierter Gewalt als „Geisteskrankheit“ (ebd. S. 34) präsentiert werde. Eine Traumatisierung, verursacht durch politische Gewalt, könne nur in dem jeweils spezifischen Kontext, in dem sie stattfindet, verstanden werden. „Natürlich gibt es übergreifende Erfahrungen und ähnliche Sachverhalte, aber es handelt sich immer wieder um neu zu verstehende, spezifische Kontexte, weil wir sonst nicht davon reden können, was den Menschen wirklich passiert“ (Becker 1997b, S. 79) ist.

Als Ausweg aus dem scheinbar unlösbaren Dilemma, entweder Opfer zu pathologisieren oder in ihren individuellen Leiden zugunsten gesellschaftlicher Analysen zu ignorieren, präsentiert Becker das Konzept der *Extremtraumatisierung*, angelehnt an Überlegungen des Psychoanalytikers Bruno Bettelheim (Becker 1995; Becker 1997a; Becker 2002b). In dem bereits 1943 erschienenen Artikel „Individuelles und Massenverhalten in Extremsituationen“ (nach Becker 2002b, S. 3) stellt Bettelheim seine Erfahrungen in einem Konzentrationslager detailliert als „Extremtraumatisierung“ (Becker 1997a, S. 35) dar. Bettelheim beschreibt die traumatische Situation in einem Konzentrationslager als eine Situation der Unausweichlichkeit, der Unvorhersagbarkeit im allgemeinen, sowie über die Dauer der Situation, die alltägliche unmittelbare Bedrohung für Leib und Leben, gegen die das Subjekt nichts unternehmen kann (nach Becker 2002b, S. 4). Becker bezeichnet diese Fassung von Trauma als „revolutionär“ (ebd.). Es werde deutlich, dass es bei Trauma nicht nur um innere Zerstörung gehe, „sondern vielmehr um einen zerstörerischen Kontext, das KZ“ (ebd.). In Anlehnung an Bettelheim definiert Becker Extremtraumatisierung genereller als einen

„Prozess im Leben der Subjekte einer Gesellschaft, der definiert wird durch seine Intensität, durch die Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten und durch die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die er in der psychischen und sozialen Organisation hervorruft. Extremtraumatisierung kennzeichnet sich durch eine Art, die Macht in einer Gesellschaft auszuüben, bei der die sozialpolitische Struktur sich auf der Zerstörung und Auslöschung einiger Mitglieder dieser Gesellschaft durch andere Mitglieder derselben Gesellschaft gründet“ (Becker 1997a, S, 37).

Diese Definition stellt den Versuch dar, die eher individuellen Aspekte der traumatisierenden Prozesse einzubeziehen und gesellschaftlich zu werten. Zur selben Zeit sollen die sozialen Beziehungen und der politische Rahmen dieser Leiden einbezogen werden. Das Konzept der Extremtraumatisierung vereine so Gesellschaftlichkeit und individuelles Leiden. Einerseits impliziere das Wort, dass ein Trauma stattgefunden habe, der Zusatz ‚*extrem*‘ verweise auf den spezifischen gesellschaftlichen Kontext der extremen traumatisierenden Bedingungen in einem Konzentrationslager. Jedoch, wie Becker selbst kritisch anmerkt, überwindet auch das Konzept der Extremtraumatisierung nicht die Dichotomie zwischen Individuum und Gesellschaft (vgl. ebd.).

„Obwohl auch diese Definition die falsche Dichotomie von Individuum versus Gesellschaft konzeptionell nicht zu überwinden vermag, versucht sie dennoch nachzuweisen, dass im Falle der Extremtraumatisierung der gesellschaftliche Prozess die Pathologie bestimmt: nicht nur als auslösender Faktor, sondern als dauerhaftes Element eben dieser Pathologie“ (ebd. S.37).

Eine psychotherapeutische Behandlung von ‚Extremtraumatisierten‘ versteht Becker als einen ersten Schritt der ‚Resozialisierung (im wörtlichen Sinne) des erlittenen Leidens‘ (Becker 1995, S. 99). Es soll scheinbar privates Leiden in öffentliches Leid übersetzt werden. „Obwohl die Betroffenen deshalb nicht weniger leiden müssten, sollten sie dann doch in der Lage sein, sich nicht länger als individuell verrückt zu begreifen.“ (ebd. S. 111). Eine rein therapeutische ‚Behandlung‘ von Trauma sei in der Arbeit mit Menschen, die politisch motivierte Gewalt, Folter oder Vertreibung und Flucht erleben mussten, selten angemessen.

„Wenn das, was krank ist, nicht nur individuell, sondern immer auch gesamtgesellschaftliche Realität ist, dann kann auch Gesundung nur im Kollektiv stattfinden. Anders ausgedrückt, aus individuellem Leid muss kollektives Leid werden, und vielleicht folgt dann irgendwann einmal kollektive Gesundung“ (ebd. S. 99).



Dies kann in Form der Unterstützung und Begleitung der Rehabilitation der Opfer durch Öffentlichmachung von Menschenrechtsverletzungen und TäterInnenhaft stattfinden (vgl. Becker 2001; Kühner 2003) oder auch durch die Bereitstellung von materiellen und geistigen Räumen, „in denen Lösungen erfunden werden können“ (Kühner 2003, S. 95), jeweils für den spezifischen Kontext der Gruppe oder auch des Subjektes neu.

Becker rekurriert als theoretischen Rahmen einer psychologischen Traumatheorie, die den konkreten Kontext der Leiden mit einbezieht, immer wieder auf Keilson (so Becker 1995; Becker 1997a; Becker 2002b; Becker 2001; Kühner 2003). Er erachtet das Konzept der sequenziellen Traumatisierung Keilsons „to be the most usefull conceptual framework we have to date“ (Becker 2001, S. 1). Becker weist auf die Keilsonische Konzeption der sequenziellen Traumatisierung immer wieder hin, verarbeitet sie aber nicht im Sinne einer neuen Theoriebildung.

#### **4.2. Die Keilsonische sequentielle Traumatisierung**

Hans Keilson ist selbst ein Überlebender der Shoa, dessen Eltern in Birkenau umgebracht wurden. Im Jahr 1934 wurde gegen den Mediziner und Lehrer in Deutschland ein Praxis- und Publikationsverbot ausgesprochen. Er emigrierte 1936 in die Niederlande, wo er sich im Jahre 1943 einer Widerstandsgruppe anschloss, die ihm schon in dieser Zeit die psychologische Betreuung jüdischer Waisenkinder, die ihre Eltern aufgrund der NS- Verfolgung verloren haben, anvertraute (vgl. Vorwärts 1997 und Keilson 1979). Nach dem zweiten Weltkrieg fungierte Keilson als Berater jüdischer Kriegswaisenorganisationen in den Niederlanden, ab 1967 war er Mitarbeiter der kinderpsychiatrischen Universitätsklinik in Amsterdam.

Im Rahmen seiner psychotherapeutischen und beratenden Tätigkeit mit jüdischen Kriegswaisen führte Keilson von 1967 bis 1978 eine Längsschnittstudie über die Auswirkungen der Verfolgung des NS- Terrors auf jüdische Kinder durch. Dabei bediente er sich eines deskriptiv- klinischen und eines quantifizierend statistischen Verfahrens. In einer follow- up Untersuchung wurden die nun erwachsenen Kriegswaisen „rund 25 Jahre nach dem Ende des Krieges“ (ebd. S. 48) zusätzlich retrospektiv zu ihrer Biographie und Bewertung ihrer Verarbeitung ihrer Erlebnisse befragt. Keilson ging der Frage der altersspezifischen Traumatisierung von Kindern nach. Er untersuchte unterschiedliche Auswirkungen der belastenden Lebenssituationen dieser Kinder unter Berücksichtigung ihres Entwicklungsstandes. Die Einteilung der unterschiedlichen Entwicklungsstände erfolgt nach psychoanalytischen und bindungstheoretischen Gesichtspunkten. Dieser Frage wird hier nicht weiter nachgegangen, sondern es werden die Keilsonischen traumatischen Sequenzen als Vorbild für eine Verallgemeinerung auf den Bereich der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen dargestellt. In der Untersuchung Keilsons wird

„der Versuch unternommen, in psychologisch- psychiatrischen und psychosozialen Begriffen die Schäden und das Leid der Kinder zu beschreiben, die im Zuge der Okkupation der Niederlande in den Jahren 1940- 1945 dem antijüdischen Terror ausgesetzt waren und diese als Vollwaisen überlebten, sei es in den Verstecken, sei es in den Konzentrationslagern“ (ebd. S. 2).

Dieses Phänomen ist nicht nur als individueller Verlust der Eltern, sondern als Gruppenphänomen der planmäßigen, gezielten Vernichtung der jüdischen Gruppe als eine „traumatische Gesamtsituation“ (ebd. S. 2) zu fassen. Dabei spielte das subjektive Verhalten zu der jüdischen Bezugsgruppe eine nur untergeordnete Rolle<sup>78</sup>. Der direkte gesellschaftliche Bezug der Verfolgung der jüdischen Gruppe in einem spezifischen historisch- politischen Kontext ist für Keilson zentral. Eine individuelle Betrachtung der Einzelschicksale hieße, die Lebenslagen der Untersuchten „miß[zu]verstehen“ (ebd. S. 55). Mit der Fassung der Lebensereignisse der jüdischen Kriegswaisen als *man made disaster* wird „zugleich die psychologische und die historisch- politische Dimension des Verfolgungsgeschehens“ (ebd. S. 54) beschrieben. Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges lebten in den Niederlanden 2041 jüdische Kriegswaisen, die Krieg und Verfolgung in Europa überlebten, und 401 sog. ‚indische‘ Waisen, die aus der ehemaligen Kolonie Niederländisch- Indien aus japanischen Konzentrationslagern in die Niederlande zurückkehrten. Für all diese Kinder mussten bis zur Volljährigkeit Entscheidungen „hinsichtlich der Vormundschaft und des zukünftigen Erziehungsmilieus getroffen werden“ (ebd. S. 5). Zur Klärung dieser Fragen wurden in sog. ‚Streitfällen‘ „ausführliche psychiatrische Gutachten, meist von Child Guidance Clinics und der sozialpsychiatrischen Abteilung der jüdischen Waisenorganisation“ (ebd. S. 10) verfasst. ‚Traumatisierungen‘ erlebten die von Keilson betreuten und untersuchten Kinder in verschiedenen Situationen. Keilson betont, dass die Traumatisierung der Kinder auch nach Kriegsende weitergeht, als die Zeit der Verarbeitung anbricht und aus unterschiedlichen Bedingungen doch nicht verarbeitet werden kann. Von historisch kontextualisierten „traumatischen Situationen“ (ebd. S. 61) ausgehend, definiert er drei Sequenzen:

- Erste Sequenz

---

<sup>78</sup>„Das einzigartige Charakteristikum der damaligen Situation war, dass nicht die Selbstinterpretation dieser Gruppe oder die Interpretation des Einzelnen bezüglich seiner Zugehörigkeit letztlich dessen Verhalten in einer bestimmten- c.q. drohenden- Situation reguliert, sondern die Interpretation anderer, fremder Individuen oder Mehrheitsgruppen über das Schicksal der Angehörigen der jüdischen Gruppe entschied.“ (ebd. S. 36) Ähnliches kann über bosnische Flüchtlinge gesagt werden, nämlich dass die Selbstinterpretation über die Gruppenzugehörigkeit im Krieg oder auch als Flüchtling in der BRD eher unwesentlich ist, im Vergleich zu Fremdzuschreibungen und deren konkrete Auswirkungen.

Zeitlich umfasst die erste traumatische Sequenz die Beginnphase der Verfolgung, die deutsche Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit. „Sie enthält alle Ängste der Besetzung der mit dem Abbröckeln des Rechtsschutzes und mit dem Tragen des gelben Sternes beginnenden und sich immer schärfer anlassenden Verfolgung (kumulierend in den Razzien und den Deportationen); den Angriff der [...] Integrität der Familie, der Vernichtung der wirtschaftlichen Existenz, die Ghettoisierungen die ängstliche Erwartungshaltung der kommenden Untaten, das plötzliche Verschwinden von Angehörigen, Bekannten, Freunden, Spiel- und Schulkameraden“ (ebd. S. 56f). Zusammenfassend bezeichnet Keilson diese Sequenz als eine „panische Auflösung der eigenen vertrauten Umgebung“ (ebd. S. 57).

- Zweite Sequenz

Die zweite traumatische Sequenz beginnt mit der direkten Verfolgung, der Trennung von den Eltern und dem Verstecktsein bzw. der Konzentrationslagerhaft und endet mit der Befreiung von den Deutschen Besatzern und dem Ende des Krieges. Eltern und Kinder werden in dieser Periode deportiert. Die jüdischen Kriegswaisen halten sich in Konzentrationslagern oder im Versteck auf. Die Belastungen in dieser Zeit „enthalten neben der direkten Lebensbedrohung, der Rechtlosigkeit ihrer Situation, dem Ausgeliefertsein an eine feindliche Umgebung, die im streßorischen Sinn zu verstehenden Dauerbelastungen wie Entbehrung, Hunger, Krankheit; ferner eindeutig die psychologischen Erlebnisqualitäten der ‚generellen Bedrohlichkeit‘, wie Zermürbung, Infragestellung und Vernichtung mitmenschlicher Verhaltensweisen [...] durch die Konfrontation mit der brutalen Macht, dem Grauen und dem Tod“ (ebd. S. 57). Die Belastungen in dieser Phase setzen sich für die Kinder aus zwei Dimensionen zusammen, der aktuellen Kriegssituation sowie der Pflegekindschaft der ‚Versteckten‘.

- Dritte Sequenz

Die dritte traumatische Sequenz beginnt schließlich in der Nachkriegsperiode mit all ihren Schwierigkeiten der Wiedereingliederung. Sie ist gekennzeichnet durch „Rückkehr aus der Rechtlosigkeit in rechtlich gesicherte und bürokratisch geordnete Zustände“ (ebd. S. 58). „Maßnahmen hinsichtlich der Vormundschaft und hinsichtlich ihrer weiteren Unterbringung [...] bedeuteten neue Eingriffe in das Leben der Kinder aus der stark dezimierten jüdischen Bevölkerungsgruppe. Die Waisenschafts- und Vormundschaftsproblematik war unlösbar verbunden mit der Konfrontation mit der Modalität des Todes der Eltern“ (ebd. S. 58). „Das ‚Auftauchen‘ oder ‚Zurückkehren‘ geschah in eine andere Welt, als die, die man verlassen hatte. Das Ende der Lebensbedrohung, der Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen, der Versuch der Aufarbeitung der entstandenen Schäden und Lücken führte nur zu oft zu einer Verstärkung der Konfrontation mit den erlittenen Traumata und dadurch zu neuen Schädigungen“ (Keilson 1979, S. 58). Auch „Trauer und Schuldgefühl der Überlebenden“ (ebd. S. 78) tauchen meist erst in der dritten Sequenz auf.

Von vielen der untersuchten jüdischen Kriegswaisen wurde in der Follow- Up- Untersuchung immer wieder die *dritte traumatische Sequenz* „als die eingreifendste und schmerzlichste ihres Lebens bezeichnet, und zwar nicht nur ihrem subjektiven Ermessen nach, sondern auch aufgrund objektiv aufzeigbarer Kriterien“ (ebd. S. 58). Im Idealfall sollten die Kinder aus einem Zustand der „Passivität, Duldung, des Mit- sich- geschehen- lassens“ (ebd. S. 70) in eine Lage versetzt werden, in der „auf einmal Aktivität, ihre Initiative, ihre Entschlusskraft und an ihren Einsatz appelliert wurde“ (ebd.). Häufig dominierte insbesondere im Zusammenhang mit sorgerechts- und vormundschaftsrechtlichen Entscheidungen „das Gefühl des Ausgeliefertseins an Instanzen, die über Wohl und Wehe der Kinder gebieten“ (ebd. S. 76f). In der Nachuntersuchung wiesen die befragten Erwachsenen „die Nachkriegsperiode als die schwierigste Phase der extremen Belastungssituation an“ (ebd. S. 73). Diese sei auch die entscheidende Phase für den weiteren Werdegang der Betroffenen. Nicht die Qualität und Quantität der Erlebnisse in der ersten oder der zweiten Sequenz erwies sich als ausschlaggebend für eine erfolgreiche Verarbeitung der Erlebnisse, sondern die Lebensbedingungen in der Nachkriegsperiode.

Die von Keilson definierten Sequenzen für jüdische Kriegswaisen sind auf die Erfahrungen von Krieg, Verfolgung, politischen Repressionen und Flucht bosnischer Flüchtlinge verallgemeinerbar. Beide Gruppen- die jüdischen Kriegswaisen wie bosnische Flüchtlinge- können als sequentiell traumatisiert gefasst werden. Unter Einbezug der unterschiedlichen historischen Situationen scheint für beide Gruppen die Bestimmung unterschiedlicher belastender Sequenzen sinnvoll, um ihre Leiden und Erlebnisse konzeptionell fassbar zu machen. Insbesondere die dritte Keilsonische Sequenz der Zeit nach der unmittelbaren Verfolgung ist für die Gruppe der bosnischen Flüchtlinge strukturell ähnlich bestimmbar, wie für die von Keilson untersuchten jüdischen Kriegswaisen. Für beide Gruppen besteht nach den Erlebnissen unmittelbarer existenzieller Bedrohung die äußere und belastende Notwendigkeit der Klärung ihres rechtlichen Statuses auch mittels klinisch- fachlicher Begutachtung, wie die Aufgabe, nach ihren Erlebnissen von extremen Leid, weiter leben zu müssen. Die Keilsonische Forderung des Einbezuges der spezifischen Kontexte der jüdischen Kriegswaisen und der für eine Gruppe in einer spezifischen historischen Situation gefassten Sequenzen, kann durch den Einbezug strukturell ähnlicher Prämissen- Gründe- Zusammenhänge fruchtbar werden, die durch Prämissenspezifizierung (in und zwischen Gruppen) zu bewerkstelligen ist. Das psychische Befinden wird nicht isoliert oder abstrakt mit äußerlichen Lebensereignissen verbunden dargestellt, sondern in einem je konkreten gesellschaftlichen Kontext situiert. Das Keilsonische Konzept richtet den Blick auf den *Prozess* der Lebensbedingungen, der nicht mit *einem* konkreten ‚traumatischen Ereignis‘ erschöpfend beschrieben ist, auch nicht mit der Abfolge von ‚traumatischen Ereignissen‘ während der Verfolgungszeit. Bedeutsam ist, dass der Nachkriegszeit, dem Umgang in der Nachkriegszeit mit dem Erlebten, aber auch

dem gesellschaftlichen Umgang mit den Überlebenden Aufmerksamkeit geschenkt wird. Eine Konkretisierung der Bedingungen und Bedeutungen der traumatischen Sequenzen für die Gruppe der nach Deutschland geflohenen Menschen aus Bosnien und Hercegovina könnte wie folgt aussehen<sup>79</sup>:

- Erste Sequenz

Der Tod Titos als einheitsstiftende Figur im ehemaligen Jugoslawien und die nachfolgende politische Instabilität sowie der Beginn der wirtschaftlichen Krise in den 80er Jahren und der Beginn einer gesellschaftlichen Unzufriedenheit und Verarmung von vielen Bevölkerungsteilen im Zusammenhang mit dem Zusammenfall der Sowjetunion und sozialistischer politischer Systeme, damit Wegfall der vorteilhaften ökonomischen wie politischen Sonderstellung Jugoslawiens, welches wirtschaftliche wie politische Beziehungen zum Westen und zum Osten unterhielt.

Beginn einer ‚Ethnisierung‘ von immer mehr Bevölkerungsteilen. Verstärktes aufkommen von ‚serbischen‘ Nationalismus und Nationalismus/ Separatismus von Kroatien und Slowenien ausgehend.

Beginn des Auseinanderfalls Jugoslawiens, Unabhängigkeit Sloweniens und Kroatiens. Beginn kriegerischer Auseinandersetzungen in Kroatien. Wachsende noch unspezifische Bedrohungssituation eines Krieges in Bosnien und Hercegovina.

- Zweite Sequenz

In Bosnien und Hercegovina Beginn von Übergriffen auf Minderheiten und einer Militarisierung, die sich ethnisch formiert. Schleichende Übernahme der jugoslawischen Volksarmee und ihrer Strukturen durch ‚Serben‘. Beginn ‚serbischer‘ und ‚kroatischer‘ Kriegshandlungen, Kämpfe, Vertreibungen, Internierung in Lager etc., Formation von ‚bosniakischer‘ Armee.

Direkte Verfolgung, Erlebnisse von extremer Gewalt, Folter oder das Beobachten von extremer Gewalt, Ermordung, Folter u.s.w., konkrete Bedrohung für Leib und Leben. Verlust von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten.

Vertreibung und/ oder Flucht in andere Orte in der Region.

Flucht nach Deutschland.

- Dritte Sequenz

Nachkriegsperiode bzw. Periode nach der Flucht.

Kampf in Deutschland um Bleiberecht und Bemühen um ein qualitativvolles Leben in Deutschland.

Die Frage der freiwilligen/ erzwungenen Rückkehr ins Nachkriegsbosnien und Hercegovina.

Nachkriegsbedingungen in Bosnien und Hercegovina.

---

<sup>79</sup>Selbstverständlich haben diese vorgeschlagenen Sequenzen je spezifische Bedeutungen für je Betroffene.

Die große Anzahl der exemplarischen Spezifizierungen der Sequenzen für eine Gruppe soll verdeutlichen, wie komplex ein Krieg und seine Auswirkungen auf je unterschiedliche Weise vermittelt sein kann. Das Keilsonsche Konzept der sequentiellen Traumatisierung verallgemeinert auf bosnische Flüchtlinge eröffnet die Thematisierung der aktuellen Lebensbedingungen ohne eine Versperrung des Blicks für vorhergehende Erlebnisse. Einerseits wird damit ermöglicht, dass die aktuelle traumatische Sequenz, also die *aktuellen Lebensbedingungen in Deutschland* als zentrale Bezugsgröße von Analysen gefasst werden, andererseits werden die vorrangigen ,Sequenzen' auch als wirkmächtig beachtet.

#### 4.3. Summerfields 'Traumaindustrie'

Derek Summerfield war Psychiater an der Medical Foundation for the Care of Victims of Torture (MFCVT) in London. Summerfield (1997) kritisiert PraktikerInnen, die seit den Kriegen in BiH und Kroatien<sup>80</sup> Mitte der 90er Jahre im Rahmen von internationalen NGOs<sup>81</sup> als psychosoziale ,Eingreiftruppe Seele' in sog. internationalen Krisengebieten operierten. Mit dem Etikett der ,Traumaarbeit' werden Projekte implantiert, um mit den angenommenen großen Massen der hilfebedürftigen ,Kriegstraumatisierten' beratend zu arbeiten. Dies nennt er polemisierend „Traumaindustrie“ (Summerfield, 1997, S. 22).

Summerfield versucht in sieben Punkten die Prämissen der psychosozialen Projekte, die in den jeweiligen Krisenregionen operieren, auf den Punkt zu bringen. Auch wenn diese Projekte eine andere Bezugsgröße darstellen, als psychosoziale Zentren, die mit Flüchtlingen in westeuropäischen Aufnahmegesellschaften arbeiten, lassen sich die von Summerfield aufgestellten Prämissen nahezu ohne zusätzliche Erläuterungen auf die psychosoziale Arbeit mit Flüchtlingen in Deutschland übertragen<sup>82</sup> (ebd. 1997, S. 11ff):

1. „Kriegserlebnisse und erlebte Greuelthaten sind so extrem, dass sie nicht nur in großem Ausmaß Leid, sondern ,Traumatisierung' erzeugen.“ (S. 11)
2. „Es gibt eine universelle menschliche Reaktion auf starken Stress auslösende Ereignisse“ (S. 12).

---

<sup>80</sup>„Stärker als jeder andere Krieg hat der Krieg in Bosnien und Kroatien eine große Anzahl psychosozialer Projekte angezogen, bei denen multilaterale Agenturen und bedeutende Hilfs- und Entwicklungsorganisationen stark vertreten sind. Das UN- Flüchtlingskommissariat (UNHCR) unterstützte annähernd 40 Projekte, einschließlich Kindergärten, Berufsschulklassen für Jugendliche, Frauenprojekte und Selbsthilfegruppen sowie psychiatrische Beratung in Gemeinschaftszentren. [...] Ebenso war man darauf bedacht, einheimisches Personal auszubilden, sei es für Erziehung, Gesundheitsdienste oder soziale Dienste“ (Summerfield, 1997, S. 10f).

<sup>81</sup>Non Governmental Organisations bzw. Nicht-Regierungs-Organisationen.

<sup>82</sup>Auch ist Summerfield selbst Praktiker der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen in der Aufnahmegesellschaft Groß Britannien.

3. „Sehr viele kriegstraumatisierte Opfer benötigen professionelle Hilfe“ (S. 14).
4. „Westliche psychologische Methoden sind weltweit für gewaltsame Konflikte relevant. Opfern kann besser geholfen werden, wenn sie ihre Gefühle zum Ausdruck bringen und über ihre Erfahrungen sprechen“ (S. 15).
5. „Es gibt vulnerable Gruppen und Einzelpersonen, die für psychologische Arbeit besonders ins Auge gefasst werden müssen“ (S. 18).
6. „Krieg stellt für die psychische Gesundheit eine Notsituation dar: schnelle Intervention kann die Entwicklung schwerwiegender psychischer Probleme verhindern, ebenso wie nachfolgender Kriege“ (S. 19).
7. „Lokale Helfer sind von den Ereignissen überfordert und möglicherweise selbst traumatisiert“ (S. 20).

All diese Prämissen weist Summerfield als nicht ausreichend untersucht bzw. nachgewiesen zurück und stellt die praktizierte ‚Traumaaarbeit‘ als solche in Frage. Die Annahme einer Traumatisierung als ein „durch Krieg verursachtes psychologisches Geschehen“ (ebd. 1997, S. 11), welches krank mache, sei eine enge, pathologisierende Verallgemeinerung. Dass Kriege „Schmerz oder Leiden“ (ebd. S. 12) verursache, bedeute nicht, dass diese Leiden auch psychiatrische Störungen bei den meisten Kriegserfahrenen auslösten. Den Blick darauf gerichtet, wer die Definitionsmacht über die Bewertung der Leiden durch Krieg und Flucht und des Umgangs mit diesen hat, stellt Summerfield fest, dass sich die internationale Traumaaarbeit in einem neokolonialen Kontext aufhält, in dem westliche ExpertInnen die Problemlagen von *Anderen* sowie deren *Behandlung* definieren. Summerfield setzt ähnlich wie Becker dagegen, Trauma solle nicht als ein „auf das Individuum konzentriertes Ereignis“ (ebd. S. 13) betrachtet werden, sondern der spezifische sozial- politische Kontext sei dafür entscheidend, welche Lösungen gefunden werden sollen (vgl. ebd. S. 17). Bezugspunkte müssten die konkreten Bedürfnisse der Betroffenen sein. Hilfe von westlichen Helfenden, auch in der Flüchtlingsarbeit im Aufnahmeland, solle- wenn überhaupt- nur im Rahmen von ‚Empowerment‘ und ‚Enabling‘ erfolgen. Die vergleichsweise ohnmächtigen Flüchtlinge sollten ermächtigt werden, selbst zu definieren, was ihnen hilft.

Auch wenn der hier referierte Artikel Summerfields nun schon acht Jahre alt ist, hat seine Kritik an der ‚Traumaindustrie‘ keineswegs an Aktualität verloren. Im Gegenteil hat sich das psychologische ‚Hilfsbusiness‘ in sog. internationalen Krisengebieten der sog. dritten Welt weiter ausgeweitet und etabliert (vgl. Becker 2002). Die von Summerfield angesprochenen Defizite in den von ihm explizierten Prämissen, sind noch nicht in Frage gestellt worden, geschweige denn behoben. Summerfield spricht von Bosnien und Hercegovina und Ruanda, als die Orte, an denen das ‚Trauma- Business‘ besonders aktiv war. Die heutige Situation sieht m.E. ähnlich aus in Kosova, Afghanistan, Irak und ganz aktuell im neuen ‚Krisengebiet‘ Südostasien. Ähnlich wie für andere ‚Krisenhilfen‘ stellt es ein zusätzliches Problem dar, dass die ‚Eingreiftruppe Seele‘ in aktuellere Krisengebiete weiterwandert und

Projekte ohne Nachhaltigkeit durchführt. Summerfield stellt fest, dass bisher nur wenige „seriöse Evaluierungen psychologischer Interventionen und sogenannter ‚Traumaaarbeit‘ veröffentlicht wurden“ (Summerfield, 1997, S. 21). Dies scheint auch heute noch zu gelten. Auf einer Evaluationsreise der gesundheitlichen Versorgung in Kosova und Serbien<sup>83</sup>, an der auch die Verfasserin dieser Arbeit teilgenommen hat, teilten lokale NGOs in Kosova der Delegation mit, sie wüssten nicht, wie viele westliche ‚Traumaprojekte‘ im Kosova seit 1999 operiert hätten. Es seien sehr viele gewesen, ihnen seien aber weder Statistiken noch sonstige Daten bekannt, die einen Überblick ermöglichen könnten. Die meisten Projekte hätte für höchstens zwei Jahre operiert, von außen sei nicht zu ersehen, welche Arbeit konkret gemacht worden sei, welche Methoden verwandt wurden und wie viele KlientInnen ‚behandelt‘ worden seien. Auch seien die meisten Projekte nicht nachhaltig gewesen. Lokale NGOs hätten so gut wie gar keine Strukturen zur Verfügung, auf die sie zurückgreifen könnten, nachdem sich die „Traumaindustrie“ (ebd. S. 22) auf andere (Nach-) Kriegsschauplätze wie Afghanistan oder Irak begeben habe. Auch gebe es keinen Beweis für die „Effektivität von Interventionen in ausländischen Kriegsgebieten, dort psychologische Hilfe in einer Notsituation als kurzfristige, technische ‚Reparatur‘ anzubieten“ (ebd. S. 22).

Im Kontext dieser Arbeit interessiert weniger die direkte Kritik von Summerfield gegen westliche Helfende, die in Krisengebiete reisen, um dort Projekte durchzuführen. Übertragungen seiner Kritik auf den Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen in den westlichen Einwanderungsländern sind jedoch m.E. lohnenswert und nötig<sup>84</sup>. Eine Pathologisierung von gesellschaftlich verursachtem Leid durch die Diagnose PTSD, sowie die Annahme, dass die Reaktionen auf starken Stress überall auf der Welt gleich zu beschreiben und zu bewerten sind, sollten kritisch hinterfragt werden. Genauso wie die ungeprüfte Annahme, dass ‚Kriegsflüchtlinge‘ in der Mehrzahl psychotherapeutische Hilfe benötigen. Die Fassung von vulnerablen Gruppen bietet zwar eine Grundlage für einen besonderen Schutz von bspw. Alten und Kindern, birgt aber auch die Gefahr, diese Gruppen per se als gefährdet und krank anzunehmen und politische Lösungsmöglichkeiten aus den Augen zu verlieren<sup>85</sup>. Die sechste und siebte Summerfieldsche These sind die einzigen, die sich nicht ohne Modifizierungen auf die Arbeit von Flüchtlingen im Aufnahmeland übertragen lassen. Die Annahme der Konfliktverhinderung durch therapeutische Intervention von Individuen ist auch im Aufnahmeland relevant,

---

<sup>83</sup>Siehe Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004c).

<sup>84</sup>Allerdings wurde und wird Summerfields Kritik durchaus von PraktikerInnen rezipiert.

<sup>85</sup>Die Fassung besonders schutzbedürftiger bzw. vulnerabler Gruppen von Flüchtlingen wird aktuell zunehmend hinsichtlich einer baldigen Umsetzung diskutiert, bspw. hat die von der Autorin mitorganisierte BAFF- Fachtagung Erweiterung Europas – Mehr Rechte für traumatisierte Flüchtlinge? vom 13.- 15.11.05 sich die Europäischen Aufnahmerichtlinien (EU-Richtlinie 2003/9/EG) zum Thema gemacht.



jedoch nicht so zentral, wie in einem Kontext, in dem westliche Hilfsprojekte in einem Land psychologische Traumaprojekte aufbauen und postulieren, dass dies Konflikte in der Nachkriegszeit verhindere. Die Annahme, dass Konflikte und zukünftige Kriege durch Psychotherapie verhindert oder eingegrenzt werden können, geht m. E. an den konkreten Problemen von Nachkriegsgesellschaften vorbei. Die Konkurrenz zwischen einheimischen Projekten und Konzepten, und westlichen Helfenden in der Aufnahmegesellschaft ist nicht groß, da Flüchtlinge gar nicht in der Machtposition sind, Gegenkonzepte gegen die therapeutische ‚Traumarbeit‘ zu vertreten. „In dieser Hinsicht sind Flüchtlinge zwangsläufig im Nachteil“ (ebd. S. 15).

Die Kritik Summerfields wird den Problematisierungen von PTSD in Rahmen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen und Folteropfern in der BRD vorangestellt, damit die nun folgenden Problematisierungen der PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen mit einem geschärften Blick nachvollzogen werden können.

#### **4.4. Problematisierungen von PTSD und ‚Traumarbeit‘ im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen**

In der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen ist das Traumakonzept nicht immer die zentrale Bezugsgröße gewesen. Bedeutender waren lange Zeit Begriffe wie *Folteropfer*, *Folterüberlebende*, *Flüchtlinge und politisch Verfolgte*, *Opfer organisierter Gewalt* etc., anstatt ‚Traumatisierte‘ für die Klientel der psychosozialen Behandlungszentren<sup>86</sup>. Die MitarbeiterInnen der Zentren<sup>87</sup> beabsichtigen psychotherapeutisch zu arbeiten, aber die Gesellschaftlichkeit der Leiden ihrer Klientel dabei nicht aus dem Blickfeld zu verlieren (siehe Bittenbinder 2000a; Becker 1997; Becker 2002a; Becker 2002b; Koch & Winter 2001; Heckl 2003). Dabei war lange „Trauma [...] ein Wort, das man benutzte, um die stattfindenden Menschenrechtsverletzungen aufzuzeigen“ (Becker 2002b). So sehen

---

<sup>86</sup>Dies spiegelt sich auch in den Namen der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge wider, wie Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, XENION Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte, REFUGIO München Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer, Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten Hamburg, Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt Frankfurt Main, REFUGIO Kiel Zentrum für Behandlung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern, BAFF Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer etc.. Die Namen der Zentren sind m.E. deshalb hervorzuheben, da auch die in den Behandlungszentren vertretenen Konzepte in der Gründungszeit bewusst ihre psychosozialen Hilfen für Flüchtlinge in dem Kontext einer historisch-politischen Dimension stellen wollten.

<sup>87</sup>Wenn von Behandlungszentren oder Zentren die Rede ist, sind hauptsächlich die in dem Dachverband der BAFF e.V. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) organisierten Psychosozialen Zentren gemeint. Die meisten Darstellungen und Praxisreflexionen, auf die sich hier bezogen wird, sind von PraktikerInnen formuliert, die in diesen Zentren arbeiten oder in deren Umfeld entstanden.

die in den psychosozialen Behandlungszentren arbeitenden PraktikerInnen die „Offenlegung von Menschenrechtsverletzungen, internationale Ächtung von Staaten, die Folter anwenden, kontinuierliche Sensibilisierung für das breite Spektrum der Menschenrechtsfrage“ (Mehari 2001, S. 16) als Teil ihrer Aufgaben in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen. Eine Abkehr von gesellschaftlichen Fragen, welche Menschenrechtsverletzungen und Folter ignorieren, würde eine ungewollte Pathologisierung der KlientInnen vorantreiben. Die Menschenrechte schüfen hingegen den politischen Rahmen für die therapeutische Behandlung und Betreuung von Folteropfern (vgl. Bittenbinder 2000b). Deswegen sei die psychosoziale Arbeit mit Flüchtlingen „immer eine Arbeit am Schnittpunkt von Gesundheit und Menschenrechten“ (Koch & Winter 2001, S. 12). Die Konzentrierung auf Folter als Ursache für psychisches Leiden der Folterüberlebenden und ihrer Angehörigen stellt eine andere Perspektive gegenüber einer eng gefassten klinisch-therapeutischen dar. Es wird nicht, wie das klinische PTSD-Konzept nahe legt, ausschließlich auf die Behandlung der Symptome eingegangen, sondern versucht, die Logik von Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen in ihrem konkreten politisch-historischen Kontext zu verstehen, da sich insbesondere die Logik der Folter auch in der Kommunikation der Foltererfahrenen wiederfindet. Der Nachvollzug dieser Logik mache einen Umgang mit- und Unterstützung von Foltererfahrenen erst möglich (vgl. Birck 2002; Sironi 1997).

In ihrer Eröffnungsrede einer BAFF-Fachtagung 2004<sup>88</sup> stellt Elise Bittenbinder, Koordinatorin des Dachverbandes der psychosozialen Zentren in Deutschland BAFF dar, dass in der Gründungszeit der psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge zu Beginn der 80er Jahre, die Gründungsmitglieder der Zentren kontrovers diskutierten, ob überhaupt der Begriff der *Behandlung* in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen angemessen sei. Sie wollten sich nicht als *Behandelnde* sehen, sondern verstanden sich als Teil einer Menschenrechtsbewegung, welche die psychosoziale Unterstützung von Flüchtlingen im Kontext eines politischen Engagements sehen wollten. PTSD wurde seit Beginn kontrovers und kritisch diskutiert. In der Auseinandersetzung mit der NS-Zeit und Überlebenden der Verfolgung während der NS-Zeit, wurde unter PraktikerInnen der Flüchtlingsarbeit von Beginn an eine starke Kritik an den klinischen Klassifikationssystemen geäußert. Insbesondere Überlebende der NS-Verfolgung wehrten sich, denn sie wollten sich nicht mit der psychiatrischen Diagnose PTSD ‚überziehen lassen‘, sondern die krankmachende Gesellschaft thematisieren.

Dies änderte sich m.E. graduell seit Mitte der 90er Jahre, in denen die Begriffe *Trauma*, *Traumatisierte* und *Traumaarbeit* immer häufiger auch Teil des

---

<sup>88</sup>Protokolliert von mir selbst auf der Fachtagung „Der Gutachtendisput. Flüchtlinge und Folteropfer im aktuellen rechtlichen Regelwerk“. Lübbenau bei Berlin 19.- 21. September 2004. Siehe BAFF & XENION 2004.

Selbstverständnisses der Zentren wurden. Trauma hat Konjunktur bekommen, auch in der Flüchtlingsarbeit. Auch wenn von Anfang an eine kritische Distanz zu einer PTSD nach den klinischen Klassifikationssystemen bestand, ist heute eine Situation entstanden, in der die Betonung der Menschenrechtsarbeit zugunsten einer klinischen Sichtweise der Klientel als ‚Traumatisierte‘ immer mehr in den Hintergrund getreten ist (vgl. BAFF & XENION 2004).

Es besteht aber auch heute noch Einigkeit, dass die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung in der Arbeit mit Flüchtlingen aus unterschiedlichen Regionen der Welt unzureichend sei. Das Diagnosebild halte einer interkulturellen Überprüfung nicht stand. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass alle Menschen auf der ganzen Welt universal in der symptomatisch gleichen Weise auf extrem belastende Lebensereignisse reagieren würden oder diese Symptome ähnlich einordneten und bewerteten (vgl. hierzu Mehari 2001; Peltzer 1995; Bittenbinder 2000b; Koch & Schulze 1998; Becker 1995; Becker 1997; Becker 2000b; Kühner 2003). Auch sei in der Arbeit im interkulturellen Feld die Bewertung der unterschiedlichen Verhaltensweisen schwierig (vgl. Mehari 2001; Bittenbinder 1999; Peltzer 1995; Koch & Schulze 1998). Wie soll z.B. im interkulturellen Feld bewertet werden, ob das Schweigen über eine erfahrene sexualisierte Gewalt eine in ihrem gesellschaftlichen Bezugsrahmen normale und angepasste Verhaltensweise ist<sup>89</sup>, oder ein *Vermeidungsverhalten* nach DSM- IV oder ICD- 10 darstellt? Oder was ist, wenn die/ der PraktikerIn die kulturell entsprechenden Umschreibungen für eine erfahrene sexualisierte Gewalt nicht lesen kann und das nicht direkte Verbalisieren als Vermeidungsverhalten deutet? Ähnliches erscheint diskutierbar bei der Annahme von Intrusionen oder Halluzinationen, die in anderen kulturellen Kontexten ‚normaler‘ sind, als in dem Kontext aus dem die Therapeutin heraus bewertet (vgl. hierzu Littlewood & Lipsedge 1985; Koch & Schulze 1998)<sup>90</sup>.

Aus der Erkenntnis heraus, dass in der Arbeit mit Flüchtlingen ein Konzept nicht passend erscheint, in dem *ein* traumatisierendes Ereignis als Ursache für die vielschichtigen psychischen Leiden der Flüchtlinge angenommen wird, wird von unterschiedlichen AutorInnen/ PraktikerInnen gefordert, nicht nur der Tatsache gerecht zu werden, dass sich das Leid der Klientel aus einer Vielzahl von belastenden Erfahrungen zusammensetzt, sondern dass die extrem belastenden Erfahrungen als ein *traumatischer Prozess* zu fassen seien. Dieser Prozessverlauf, nicht ein einziges ursächliches Erlebnis soll im Vordergrund der Aufmerksamkeit stehen. Nahezu einstimmiger Bezug dabei ist das Keilsonische Konzept der sequentiellen Traumatisierung, welches oben bereits vorgestellt wurde (vgl. bspw.

---

<sup>89</sup>Zu diskutieren wäre hierzu, ob das nicht auch für die hiesige Gesellschaft zutreffen könnte.

<sup>90</sup>Auf dieses Problem wird an unterschiedlicher Stelle durch ein Zurückgreifen auf bikulturell kompetente DolmetscherInnen als „nicht nur SprachmittlerInnen, sondern ebenso KulturmittlerInnen“ (Koch & Schulze 1998, S. 150) für zumeist monokulturell- deutsche TherapeutInnen, hingewiesen (vgl. Birck 2002a; Koch & Schulze 1998). Diese Überfrachtung der DolmetscherInnen ist m.E. hierbei nicht unproblematisch.

AGAH 2004; Becker 1997; Becker 2001; Becker 2002a; Becker 2002b; Bittenbinder 2000a; Bittenbinder 2000b; Birck 2002a; Hauser & Joachim 2003; Koch & Schulze 1998; Heckl 2003).

In der psychosozialen Arbeit werden von betroffenen Flüchtlingen nicht nur die *Erinnerungen* an schlimme *Erlebnisse* oder *Beschwerden* thematisiert, die mit Erlebnissen zusammenhängen, welche die KlientIn zur Flucht in ein anderes Land getrieben haben, sondern auch immer die aktuelle Ausgrenzung und Perspektivlosigkeit durch Sondergesetze für Flüchtlinge. Auch eine „Atmosphäre des Unerwünschtseins“ (Wirtgen 1999, S. 2) im zwischenmenschlichen Umgang mit ‚Deutschen‘, ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, eine unerträgliche Wohnsituation, Residenzpflicht, Arbeitsverbot, Ausbildungsverbot, Armut usw. werden von den Betroffenen thematisiert (vgl. Becker 2002a; Becker 2002b; Birck 2002a; Koch & Schulze 1998; Rauchfuss 2005; Rössel- Čunović 1999; Wirtgen 1999). Thematisiert wird von PraktikerInnen „dass bei uns Flüchtlinge ganz zentral und auf allen Ebenen [...] auf Ohnmacht und Nichtselbstbestimmung getrimmt werden.“ (Becker 2002, S.72).

Auch die Situation im Herkunftsland ist nicht statisch stehen geblieben, seitdem sich die KlientIn in Kontakt mit den PraktikerInnen begeben hat. Teil der Aufgabenstellung der Berufspraxis ist somit auch immer die Berücksichtigung der aktuellen Situation im Herkunftsland, seien es die großen politischen Verhältnisse, oder auch konkrete soziale Bezüge und/ oder Beziehungen zu Verwandten und/ oder Bekannten. Deren Lebenssituation spielt häufig eine große Rolle im Leben der einzelnen KlientInnen bzw. PatientInnen. Es ist schwer zu trennen, welche Beschwerden durch welche Lebensereignisse verursacht sind. Rössel- Čunović stellt fest, „die Verbesserung, Verschlechterung oder Chorinfizierung traumatisierter Flüchtlinge wurde deutlich von den sozialen und rechtlichen Lebensbedingungen im Aufnahmeland bestimmt“ (Rössel- Čunović 1999, S.143). Es erscheint naheliegend, dass eine verbesserte, gesichere und weniger marginalisierte Lebenssituation in Deutschland die Situation für eine große Anzahl von Flüchtlingen verbessern würde und viele KlientInnen in ihren Kontakten mit PraktikerInnen häufig über ihre Beschwerden durch und Probleme mit ihren schwierigen Lebenslagen in Deutschland sprechen möchten.

Die Behandlung ‚Traumatisierter‘ soll in einem sicheren Kontext stattfinden (vgl. Lewis Herman 1994; van der Kolk et al. 2000a; Koch & Schulze 1998; Rössel- Čunović 1999; Ruffer et al. 2003; AGAH 2004; Birck 2002a), der ist aber meist angesichts der Lebenssituation von Flüchtlingen nicht gegeben. So sind die PraktikerInnen andauernd mit der schwierigen insbesondere aufenthaltsrechtlichen Lage der Klientel konfrontiert und mit den vielen darüber hinaus geltenden Benachteiligungen. Deshalb stellt auch politisches und fachliches Engagement einen Teil der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen dar. Die schwierigen Lebensbedingungen von Flüchtlingen sollen öffentlich gemacht werden. Mit unterschiedlichen Strategien wird versucht, die restriktiven Bestimmungen und

Bedingungen zu umgehen, bis zum Versuch, die restriktiven Bedingungen der Flüchtlinge selbst zu ändern, durch Vernetzungsarbeit, Unterschriftenaktionen wie den Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung (2004a), Fachaustausche mit psychosozialen PraktikerInnen im Bosnien und Hercegovina, eine Evaluationsreise nach Serbien und in den Kosova u.ä.. Insbesondere wird aber Engagement über das Einbringen klinisch- fachlicher Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren gezeigt. In vielen Texten und Äußerungen wird ein stabiler Aufenthalt für die Flüchtlinge gefordert und versucht, dieses fachlich durch die Unmöglichkeit, unter diesen Bedingungen therapeutisch zu arbeiten, zu untermauern (vgl. Bittenbinder 1999; Wirtgen 1999; Koch 2001; Birck 2002a; Rössel- Čunović 1999; Hauser & Joachim 2003; Ruffer et al. 2003).

Unter den gegebenen ausgegrenzten und unsicheren Lebenssituationen der Klientel kann eine klassische Psychotherapie manchmal nicht stattfinden. Häufig wird anfangs eine Krisenintervention durch stützende Gespräche praktiziert (vgl. Rössel-Čunović 1999 oder Ruffer et al. 2003). Ein intensives Vertrauensverhältnis wird als zentral in der Arbeit mit Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt erachtet (vgl. Rauchfuss 2005; Bittenbinder 2000a; Becker 1995). Das Vertrauen in andere Menschen, insbesondere bei offiziellen Kontakten ist oft durch erlittene Folter oder extreme Gewalterfahrungen durch Menschenhand in die Brüche gegangen. Auf der anderen Seite ist der Kontakt mit offiziellen Behörden und Entscheidungstragenden in Deutschland, sei es in der Ausländerbehörde, beim Sozialamt, Arbeitsamt, im Wohnheim etc. häufig nicht wohlwollend und positiv erlebt worden. Zur Schaffung eines Vertrauensverhältnisses spielt die „öffentliche Wahrnehmung der Behandlungseinrichtung als eine parteilich im Sinne der Menschenrechtsarbeit agierende Institution“ (Rauchfuss 2005, S. 3) eine große Rolle. So soll durch eine öffentlich gemachte Parteinahme für Flüchtlinge einem Misstrauen gegen PraktikerInnen entgegen gewirkt werden. Aber auch im konkreten Kontakt ist eine „Parteinahme hinsichtlich des Verfolgungsschicksals der KlientInnen“ (ebd.) immer wieder zu bestätigen. Dies stellt PraktikerInnen, sollen sie das Vorhandensein einer PTSD *begutachten*, vor einen Widerspruch, auf den im nachfolgenden Kapitel Fünf näher eingegangen wird.

Neben Psychotherapie mit Einzelnen und in therapeutischen Gruppen, gehört nicht selten zu den Angeboten der psychosozialen Behandlungszentren, mit den Flüchtlingen Perspektiven und Strategien für die soziale und berufliche Rehabilitation aufzubauen. Die Kontaktherstellung zu anderen Menschen soll gefördert werden, bspw. durch die Veranstaltung soziokultureller Aktivitäten. Nicht zuletzt werden in aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren Unterstützung und Hilfen geleistet, wie in der Durchsetzung der Rechte auf Arbeit, Wohnung, Sozialhilfe etc.. Ziel hierbei ist, die ausgegrenzten Lebensbedingungen, in denen sich Flüchtlinge häufig befinden, zu verbessern. Ruffer et al. haben 2003 die „psychologische/ psychotherapeutische Traumabehandlung“ (ebd. S. 4) mit „traumatisierten Kriegsflüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien“ (ebd. S. 1) in

vier Hauptbereiche gegliedert, welche m.E. die Arbeit der psychosozialen Behandlungszentren insb. mit der Klientel von Flüchtlingen aus BiH, aber auch anderer Herkünfte gut zusammenfasst:

1. Aufenthaltssicherung durch Attestierung und ‚gutachterliche‘ Funktion
2. Verbesserung der Lebenssituation durch soziale und verfahrensrechtliche Unterstützung
3. Therapeutisch stützende Arbeit angesichts der restriktiven Lebensbedingungen.
4. Lobbyarbeit als Versuch, die Aufenthaltsrechtlichen- aber auch sozialrechtlichen Bedingungen der Klientel zu verbessern. (Nach ebd. S. 4f)

Auch Birck benennt insbesondere Öffentlichkeitsarbeit als eine „notwendige Ergänzung der therapeutischen Arbeit“ (Birck 2002a, S. 7), schon alleine, um therapeutische Arbeit möglich zu machen. Bei all dem ist zu beachten, dass ein Anspruch auf Psychotherapie oder Beratung außerhalb der psychosozialen Behandlungszentren häufig nicht besteht<sup>91</sup> oder aufgrund von Sprachbarrieren nicht wahrgenommen werden kann. Die Behandlungszentren sind auch deshalb überlastet, weil durch die Arbeit mit DolmetscherInnen Sprachbarrieren nur eingeschränkt zu überwinden sind. Arbeitsüberlastung, Projektfinanzierungsunsicherheiten, Selektion der KlientInnen aufgrund unzureichender Kapazitäten etc. erschweren die psychosoziale Arbeit mit Flüchtlingen.

#### **4.5. Traumatisierte Flüchtlinge? Abschließende Bewertung**

Keilsons Ansatz der sequentiellen Traumatisierung folgend, laut dem die Bedingungen *nach* der unmittelbaren Verfolgung einen nicht unerheblichen Anteil der Belastungen ‚Traumatisierter‘ ausmachen, sollte sich in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen auf die Bedingungen im Aufnahmeland konzentriert werden. Die Bedingungen im Aufnahmeland, bzw. die aktuelle Lebenssituation sind auch nach Rössel- Čunović (1999) viel entscheidender für das Befinden von Flüchtlingen und die Qualität ihrer Leiden als die Erlebnisse im Krieg. In der Flüchtlingsarbeit sollte sich darauf konzentriert werden, wie die Lebensbedingungen von Flüchtlingen aktuell sind. Dabei ist es auch relevant, ob es ein gesellschaftliches Wissen über das Erlebte im Herkunftsland und für ihre Situation im Aufnahmeland gibt. Im Aufnahmeland ist ein Unwissen über die konkreten Restriktionen und Benachteiligungen von Flüchtlingen eher der Normalfall.

Es ist eine umfassende Kenntnis des gesellschaftlichen, politischen, kulturellen und rechtlichen Kontextes der Klientel in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen erforderlich, um adäquat unterstützen zu können. Diese Kontexte sind nicht für alle Gruppen von Flüchtlingen gleich. Es ist erforderlich, sich ein anderes Kontextwissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen für kurdische Flüchtlinge aus der Türkei

---

<sup>91</sup> Siehe dazu Kapitel 2.1. Duldung.

anzueignen, als über KurdInnen aus dem Irak. Ähnliches gilt für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien. Ausgenommen von Kosova- AlbanerInnen, teilen sie einen ähnlichen sprachlichen und ‚kulturellen‘ Kontext. Auch für Flüchtlinge aus Serbien und Montenegro muss sich ein anderes rechtliches Rahmenwissen angeeignet werden, als für Flüchtlinge aus Bosnien und Hercegovina. Die Minderheit der Roma müssen rechtlich sowie ‚kulturell‘ gesondert beachtet werden. Dieses Kontextwissen spielt nicht nur eine Rolle, wenn mittels Begutachtung direkt versucht wird, in den rechtlichen Anerkennungsprozess einzugreifen. Auch in der konkreten psychosozialen Arbeit macht dieses Kontextwissen viele Beschwerden der Flüchtlinge angesichts ihrer aktuellen Lebenslagen nachvollziehbar. Die Kenntnis der Lebensbedingungen im Herkunftsland in der Abwägung der Lebensbezüge einer KlientIn kann bedeutsam sein.

Dessen ungeachtet bleibt- wie Becker es (bspw. 1997) benennt- als Problem bestehen, dass eine Individualisierung und Pathologisierung in *allen* psychologischen Traumakzepten enthalten ist. Dem ist nur durch politisches Handeln und einer Abkehr von Psychologisierung zu entkommen. Es lässt sich nicht von der Hand weisen, dass es Menschen gibt, die aufgrund *traumatischer oder traumatisierender* Erlebnisse krank werden. Innerhalb eines Rahmens, der die sozialen Ursachen der psychischen Leiden nicht ignoriert, sondern sie mit einbezieht, stellt Psychotherapie bzw. eine fachärztliche Behandlung eine konkrete Hilfe dar.

## **Kapitel Fünf**

### **Begutachtungspraxis mit (potentiell) ,traumatisierten' Flüchtlingen**

Zu Beginn dieses Kapitels wird nachverfolgt, wie es dazu gekommen ist, dass PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit Begutachtungen bei Flüchtlingen durchführen. Da sich die Fragestellungen in der Begutachtung ausdifferenziert haben, werden diese Fragestellungen für die Begutachtung von bosnischen Flüchtlingen expliziert. Nachfolgend werden jene Begutachungskriterien und Qualitätsstandards vorgestellt, auf die in der Begutachtungspraxis bei Flüchtlingen Bezug genommen wird. Eingegangen wird auf die beiden fachlich breit anerkannten Standards der Begutachtung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, die von der BAFF herausgegebenen „Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern“ (2001) sowie die von der Projektgruppe SBPM<sup>92</sup> (2003) erarbeiteten Standards. Auch wenn ein aufenthaltsrechtliches Anerkennungsverfahren nichts mit einem Strafverfahren gemein hat und somit auch keine forensische Begutachtung von RechtspsychologInnen praktiziert wird, ist dennoch die Frage der *Glaubhaftigkeit* von Aussagen der Flüchtlinge relevant. Die Kontroverse um die Prüfung der Glaubhaftigkeit innerhalb der Begutachtung wird vorgestellt. Am Ende dieses Kapitels wird eine Bewertung bzw. Problematisierung der aktuellen Begutachtungspraxis bei Flüchtlingen vorgenommen.

#### **5.1. Genese der Begutachtungspraxis in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen**

Mit der Intention, Flüchtlinge im aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu unterstützen, begannen Mitte der 90er Jahre zunehmend mehr PsychologInnen bzw. MedizinerInnen, für die sich bei ihnen in Behandlung befindenden KlientInnen gutachterliche Stellungnahmen zu verfassen. Darin wurde Stellung zu der psychischen Verfassung ihrer KlientInnen aus klinisch- fachlicher Sicht genommen. Seit dieser Zeit kamen zunehmend mehr diesbezügliche „Anfragen von Behörden, Gerichten und RechtsanwältInnen sowie von Betroffenen selbst“ (Aycha 2001a, S. 3) auf die PraktikerInnen zu. Die Fragestellungen an die PraktikerInnen umfasste insbesondere folgende Bereiche: „Einschätzung einer Traumatisierung durch Gewalt, diagnostische Einordnung der psychischen und psychosomatischen Folgen, Migration und ihre Auswirkungen auf das psychosomatische Befinden, Folgen des Asylverfahrens und Asylbewerberleistungsgesetze auf die psychosoziale Befindlichkeit, Einschätzung der akuten Suizidalität abschiebegefährdeter KlientInnen“ (Aycha 2001b, S. 89).

Es wurden zunächst klinisch fachliche Stellungnahmen *aus einem Therapieprozess* heraus verfasst. Aus dem Selbstverständnis als UnterstützerInnen ihrer Klientel

---

<sup>92</sup>Projektgruppe Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen.



„haben einzelne Zentren in der Vergangenheit immer wieder versucht, ihre Erfahrungen und Beobachtungen aus dem therapeutischen Prozess in das Asylverfahren ihrer Klientinnen und Klienten in Form von Befundberichten, Stellungnahmen und Gutachten einzubringen“ (Koch & Winter 2001, S. 12). Handlungsleitend war die Ansicht, dass es ihre „berufsethische Verpflichtung [sei, K.R.], in Form einer ärztlichen oder psychologischen Stellungnahme für das Asylverfahren Zeugnis abzulegen über das, was wir in unseren diagnostischen Sitzungen festgestellt haben“ (Wenk- Ansohn 1999, S. 30). Auch die im Kontakt mit den KlientInnen immer wieder beobachtete „destruktive Wirkung, die Bagatellisierung oder gar der amtlich beurkundete Zweifel an der Glaubhaftigkeit der vorgebrachten Gewalterfahrungen für den Betroffenen und seine psychische Gesundheit“ (Koch & Winter 2001, S. 12) spielte eine Rolle bei der Entscheidung von BehandlerInnen, Stellungnahmen für ihre KlientInnen zu verfassen. Dieses Einbringen von therapeutischen bzw. psychologischen oder medizinischen Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren war relativ erfolgreich.

„Tatsächlich konnten durch die engagierten Stellungnahmen der behandelnden Zentren negative Entscheidungen des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in einigen Fällen revidiert werden mit Informationen, die erst im therapeutischen Prozess zugänglich wurden“ (Koch & Winter 2001, S. 13).

Die BehandlerInnen hofften durch die Verfassung gutachterlicher Stellungnahmen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu bewirken, dass die besondere Belastung ihrer KlientInnen berücksichtigt würde. Auch wollten sie ihren KlientInnen helfen, die im Therapieverlauf meist erst im Detail erzählten, was sie im Herkunftsland erlebt haben, warum sie nicht zurückkehren können (vgl. Bittenbinder 2000a; Koch & Winter 2001; Koch 2001; Wenk- Ansohn 1999). Im *Asylverfahren* müssen Flüchtlinge in einer ‚Asylanhörungs‘<sup>93</sup> geltend machen, warum sie Asyl beantragen, ob sie

---

<sup>93</sup>Diese Befragung, durchgeführt vom BAFI/ BAMF, ist in vielerlei Hinsicht kritisiert worden. In einer von Weber 1998 durchgeführten quantitativen „Empirischen Analyse vom 40 Asylanhörungsprotokollen und Asylentscheiden“ (Weber 1998, S. 116) wurde nachgewiesen, dass „die Probleme und Erlebnisse von asylsuchenden Folteropfern [...] im Asylverfahren kaum wahrgenommen“ (Weber 1998, S. 147) werden. In der Praxis von Asylanörungen herrsche „mangelndes Interesse am aktuellen Gesundheitszustand“ (Weber 1998, S. 151) der Flüchtlinge, „geringes Interesse und Unprofessionalität im Umgang mit Folteropfern und –berichten“ (Weber 1998, S. 153), wie mangelnde „Sorgfalt bei [...] Übersetzungen“ (Weber 1998, S. 157). Frauen trügen in einer solchen Anhörungssituation erfahrene sexualisierte Gewalt oder Folter eher nicht vor, wenn BefragterInnen und SprachmittlerInnen männlichen Geschlechts seien (vgl. Weber 1998). Eine erst jüngst durchgeführte Studie (Gäbel et al. 2004) bestätigte nochmals, dass die Entscheidungen über das Vorliegen einer PTSD von EinzelentscheiderInnen des BAFI/ BAMF nur zufällig mit psychologischen Testverfahren und Einschätzungen von KlinikerInnen übereinstimmen. KlinikerInnen schätzten 40% der untersuchten 76 AsylersantragsstellerInnen als traumatisiert ein, der psychologische Test PDS (Posttraumatic

politischer Verfolgung ausgesetzt waren, was sie konkret erlebt haben und was sie befürchten, wenn sie abgeschoben werden oder rückkehren müssen. Es wurde Kritik geübt an der Art der Befragung von Flüchtlingen in Asylanörungen (vgl. Bittenbinder 2000a; Koch 2001; Koch & Winter 2001; Weber 1998). Genauso wurden restriktive Entscheidungen mit fachlich fragwürdigen Begründungen von- in ihren Entscheidungen weitestgehend autonomen- VerwaltungsrichterInnen getroffen (vgl. Marx et al. 2004). Auf die umstrittene Praxis der Zweituntersuchungen durch den Polizeiärztlichen Dienst (PÄD) an bosnischen Flüchtlingen wurde schon in Kapitel Zwei hingewiesen.

Argumentiert wurde von PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen, dass keine Gesprächssituation so sehr geeignet sei, Vertrauen zu den Betroffenen zu schaffen, wie eine prozessbegleitende Befragung „im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung“ (Koch 2001, S. 9). Dieses therapeutische Vertrauensverhältnis sei prädestiniert, um „Missverständnisse auszuräumen, verdrängte, belastende Erfahrungen wiederzubeleben, Erinnerungslücken deutlich zu machen und wieder zu füllen“ (Koch & Winter 2001, S. 13). So hatten diese Begutachtungen auch eine Hilfsfunktion der Exploration von aufenthaltsrechtlich relevanten Erlebnissen, da sie neben der klinischen Darstellung von Symptomen sowie einer klinischen Diagnoseerstellung auch die Verfolgungsgeschichten der Begutachteten dokumentierten. Es wurde von den PraktikerInnen angeführt, dass „der therapeutische Prozess gerade für extrem traumatisierte Menschen oft zur einzigen Chance [würde, K.R.], überlebenswichtige Selbstschutzstrategien kontrolliert zu lockern und tiefe seelische Verletzungen zur Sprache zu bringen“ (Koch 2001, S. 9). Sie versuchten zu verhindern, dass EinzelentscheiderInnen des BAFI/ BAMF<sup>94</sup>, einzelne VerwaltungsrichterInnen oder forensische PsychologInnen eine nicht fachgerechte „Diagnostik von Traumaschäden“ (Koch 2001, S. 9) übernahmen. Dieses gehöre „in die Hand von Fachleuten [...], die auch die entsprechende Sachkenntnis und Erfahrung nachweisen können“ (Koch 2001, S. 9)

<sup>95</sup>

---

Diagnostic Scale) kam auf 60%, wohingegen auf das Erkennen einer PTSD geschulte EinzelentscheiderInnen 0 bis maximal 10% der AntragstellerInnen als traumatisiert einschätzten. Diese 0- 10% stimmten auch nicht überein mit den durch den Test und Untersuchung von KlinikerInnen als traumatisiert eingestuft Menschen (vgl. Gäbel et al. 2004).

<sup>94</sup>Seit 1980 werden im BAFI/ BAMF, „Entscheidungen über Asylanträge [...] von einzelnen Bediensteten, den EinzelentscheiderInnen getroffen“ (Weber 1998, S. 62). EinzelentscheiderInnen urteilen „im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen unabhängig wie RichterInnen“ (Weber 1998, S. 63). Erlern haben sie ganz unterschiedliche Berufe, wie „Verwaltungs-, Post-, Polizei- oder VollzugsbeamtenInnen, Zeitsoldaten oder pädagogische Lehrkräfte“ (Weber 1998, S. 65).

<sup>95</sup>Auch der DSM- IV unterstützt die Einforderung einer besonderen Fachkenntnis für die Diagnostizierung von Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht: „Personen, die erst kürzlich aus Gebieten mit bedeutenden sozialen Unruhen und Konflikten emigriert sind, zeigen höhere Raten von Posttraumatischer

Zunächst wurde die Behandlung psychisch reaktiver Schäden den entsprechenden KlientInnen *attestiert*. Aber die BehandlerInnen dokumentierten auch die Geschichten der KlientInnen von Verfolgung und Vertreibung in ihrem Verlauf, wenn ihre KlientInnen ihre Verfolgungsgeschichte im aufenthaltsrechtlichen Verfahren nicht erzählt oder nur angedeutet hatten. Die Aufnahme von Beschwerden, Symptomen und psychiatrischen Diagnosen erfolgte anfangs unsystematisch und kurz (vgl. Bittenbinder 2000a; Koch & Winter 2001; Wenk-Ansohn 1999). Für das Einbringen von klinisch-fachlichen Expertisen in aufenthaltsrechtliche Anerkennungsverfahren gab es keine direkten rechtlichen Grundlagen<sup>96</sup>.

Dass zunehmend mehr Anfragen zur Begutachtung an die PraktikerInnen herangetragen wurden, hängt m.E. einerseits mit der Verschärfung des deutschen Asylrechts von 1993 zusammen, in dessen Folge eine Anerkennung politischer Verfolgung immer seltener wurde. Folge war und ist nach wie vor, dass die Geltungsmachung von *Abschiebehindernissen* eine zunehmend größere Rolle spielt<sup>97</sup>, da sie häufig die einzige Möglichkeit darstellt, eine existenziellen Bedrohung durch Abschiebung abzuwenden. Die Begutachtung hat seit den 90er Jahren immer mehr Raum in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen eingenommen. Zwar heißt es noch 2001 in der Einleitung der von der BAFF herausgegebenen Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern: „So sollte der Einsatz von Begutachtung im Asylverfahren eher die Ausnahme bleiben, als zur Regel erhoben zu werden. Die Zentren sollten sich deshalb bei ihren gutachterlichen Aktivitäten auch nur auf begründete Einzelfälle beschränken“ (Koch & Winter 2001, S. 16). Auch wurde 1999 noch von der Mitarbeiterin des BZFO<sup>98</sup> Wenk-Ansohn öffentlich gesagt „unsere Stellungnahmen haben einen Umfang von ca. 2- 3 Seiten“ (dies. S. 31). In der Berufspraxis sieht die Situation jedoch mitunter anders aus. Gutachterliche Stellungnahmen haben in Berlin nicht selten einen Umfang von 10 bis 20 Seiten, vom Verwaltungsgericht in Auftrag gegebene<sup>99</sup> Sachverständigengutachten umfassen nicht selten 40 Seiten<sup>100</sup>, auch

---

Belastungsstörung. Bei diesen Personen kann es vorkommen, dass sie sich auch aufgrund ihres politisch besonders gefährdeten Immigrantensstatus besonders damit zurückhalten, über ihre Erlebnisse mit Folter und Trauma zu berichten. Diese Menschen benötigen eine besondere Untersuchungsweise der traumatischen Erlebnisse und der damit einhergehenden Symptome“ (DSM- IV 1996, S. 489). Im ICD- 10 existiert bisher keine vergleichbare Passage.

<sup>96</sup>Dass diese Schreiben trotzdem erfolgreich waren, liegt wahrscheinlich am Kooperationswillen, vielleicht auch am Mitgefühl der einzelnen entscheidungstragenden MitarbeiterInnen des BAFI/BAMF, der Ausländerbehörden bzw. der einzelnen VerwaltungsrichterInnen für die dokumentierten Einzelschicksale der betreffenden Flüchtlinge.

<sup>97</sup> Vgl. dazu Kapitel Zwei.

<sup>98</sup> Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.

<sup>99</sup> Und vom Gericht bezahlte Sachverständigengutachten.

wenn keine offiziellen Richtlinien zum *Umfang* eines Gutachtens im aufenthaltsrechtlichen Verfahren vorliegen. Durch die zunehmende Begutachtungstätigkeit der PraktikerInnen entstand eine Situation

„in welcher immer weniger Zeit für Behandlungen bleibt, weil die Mitarbeiter damit beschäftigt sind, zu prüfen, ob Hilfesuchende denn nun traumatisiert sind oder nicht. Statt traumatisierte Patienten zu behandeln und ihnen zu helfen, sind wir zu einer relevanten Prüfinstanz eines Selektionsprozesses geworden“ (Best Practice 2004, S. 1).

## **5.2. Fragestellung in der Begutachtung bei potentiell ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlingen**

Dass für das Einbringen klinischer Begutachtungen keine verwaltungsrechtliche Grundlage existierte, änderte sich für die Gruppe der bosnischen Flüchtlinge mit dem sog. Rückführungsabkommen 1997<sup>101</sup>, wo erstmals bestimmt wurde, dass eine bestimmte Gruppe von Flüchtlingen mittels psychologischer/ fachärztlicher Bestätigungen einer laufenden Behandlung inklusive Diagnose einer PTSD eine Duldung über ein Jahr erwirken konnten. Mit der Umsetzung von IMK- Beschlüssen wurde durch dieses Abkommen die Attestierung und damit auch die Begutachtung von Flüchtlingen aus dieser Region ‚institutionalisiert‘. Der im Kapitel Zwei erörterte IMK- Beschluss vom November 2000 bzw. die Bestimmungen zu dessen Umsetzung auf Berliner Ebene bestimmen die Fragestellung der Begutachtungen von bosnischen Flüchtlingen.

Bei den Begutachtungen von bosnischen Flüchtlingen handelt es sich um klinisch-fachliche Stellungnahmen zu Fragen „ob psychisch reaktive Traumafolgen bestehen und ob diese sich im Kontext einer Rückführung tiefgreifend und lebensbedrohlich verschlechtern können“ (Gierlichs et al. 2005, S. 6). Es wird Stellung genommen zu der Frage, ob eine kriegsbedingte PTSD entsprechend DSM- IV bzw. ICD- 10 vorliegt, ob die PTSD die betroffene Person in ihren alltäglichen Funktionen einschränkt, ob diese psychiatrische Störung seit dem 01.01.2000 fachärztlich oder psychotherapeutisch behandelt wird, ob und in welcher Form weitere Behandlung vorgesehen ist. Ob die begutachtete Person Stichtage der Einreise nach Deutschland eingehalten hat, sie keine doppelte serbisch- montenegrinische und bosnisch-hercegovinische Staatsbürgerschaft besitzt, sind zwar keine genuin klinisch- fachlich zu beantwortenden Fragen, sie werden aber meist mitgeprüft, um die Aussicht einer positiven Bescheidung eines Antrages auf Aufenthaltsbefugnis einschätzbar zu machen. Angesichts beschränkter Kapazitäten kann auch solch eine Einschätzung relevant werden.

---

<sup>100</sup>Diese Zahlen beziehen sich auf eigene Erfahrungen und Einsichten in der Begutachtungspraxis in unterschiedlichen Behandlungszentren.

<sup>101</sup>Das Rückführungsabkommen wurde im Kapitel Zwei vorgestellt.

Es soll *nicht* Stellung genommen werden zur Überprüfung der Frage, ob die Person bestimmte Erlebnisse *glaubhaft* vorbringt, und die vorgebrachten Erlebnisse objektiv wahr sind und passiert sind. Implizit kann zu dieser Frage aber beigetragen werden, da in der klinischen Begutachtung geprüft werden muss, ob die berichteten und beobachteten Symptome nicht simuliert sind.

Diese Begutachtungen können in Form von Stellungnahmen der/s Behandelnden TherapeutIn eingereicht werden, wenn die BehandlerIn allerdings nicht auf der sog. BegutachterInnenliste<sup>102</sup> vertreten ist, müssen sich die betroffenen AntragstellerInnen auf Aufenthaltsbefugnis einer Begutachtung einer Person dieser Liste unterziehen, manchmal auch diese Begutachtung selbst bezahlen.

### **5.3. Richtlinien und Qualitätsstandards der Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren**

Die Richtlinien der BAFF stellen eine Handlungsanleitung für das Vorgehen einer Begutachtung dar, während sich die Arbeitsgruppe SBPM eher um eine Anleitung zur Entscheidungsfindung der Zulassung von Personen als BegutachterInnen darstellen. Mittels der Standards zu Begutachtung der Arbeitsgruppe SBPM, wurden von den Ärztekammer Berlin und Psychotherapeutenkammer Berlin Listen erstellt, die bestimmte Personen als BegutachterInnen privilegieren<sup>103</sup>. Die Standards der BAFF und der SBPM ergänzen sich durch die unterschiedlichen Fokussierungen. Beide tragen zu einer zunehmenden Ausfeilung und Professionalisierung der Begutachtungspraxis bei. Sie setzen Standards, auch aus der Motivation, die eigene Berufsgruppe und ihre Klientel vor Kritiken und Infragestellungen von außen, bzw. der restriktiven Begutachtung durch MitarbeiterInnen von Gesundheitsämtern, dem polizeiärztlichen Dienst, BAFI/ BAMF- EinzelentscheiderInnen oder VerwaltungsrichterInnen Expertisen entgegenzusetzen. Vielleicht entgegen der Intention werden dadurch auch Ansprüche an Umfang, Inhalt und Durchführung einer Begutachtung zunehmend höher. Die Folge ist eine zunehmende Einschränkung auf einen kleinen ExpertInnenkreis, welcher exklusiv befugt ist, Begutachtungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren durchzuführen.

#### **5.3.1. Richtlinien der BAFF**

Im Jahr 2000 publizierte der Dachverband der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer BAFF e.V. zum ersten Mal „Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern“ zunächst im Selbstverlag. Diese Richtlinien wurden bereits zweimal überarbeitet. Sie liegen nun in der dritten Auflage vor und finden breite Anerkennung als Richtlinien in dem Bereich der Begutachtung von Flüchtlingen. Nun werden sie vom Deutschen Psychologenverlag herausgegeben. In den

---

<sup>102</sup> Siehe Kapitel Zwei.

<sup>103</sup> Siehe zu diesen Listen Kapitel Zwei.

Richtlinien werden in unterschiedlichen Artikeln eine Vielzahl von Gegenständen der Begutachtung von unterschiedlichen MitarbeiterInnen der psychosozialen Behandlungszentren behandelt. Hier werden hauptsächlich die von Aycha (2001b) formulierten Standards zur Begutachtung vorgestellt. In den Richtlinien wird auf die Bestimmungen der Förderations deutscher Psychologen Vereinigungen von 1988 für die Erstellung eines psychologischen Gutachtens bezug genommen:

„Ein psychologisches Gutachten ist eine wissenschaftliche Leistung, die darin besteht, aufgrund wissenschaftlich anerkannter Theorien und Kriterien nach feststehenden Regeln der Gewinnung und Interpretation von Daten zu konkreten Fragestellungen Aussagen zu machen. Es handelt sich um eine Antwort eines Experten, des Diplompsychologen, [auf Fragestellungen, K.R.] zu denen er aufgrund seines Fachwissens, des aktuellen Forschungsstandes und seiner Erfahrung Stellung nimmt. Ein solches Gutachten muss umfassen: die Fragestellung, die Untersuchungsverfahren, die relevanten Daten, deren Interpretation und die Schlussfolgerungen des Gutachters“ (Nach Aycha 2001b, S. 96).

Die BAFF sieht ihre Richtlinien nicht als statische und zwingende Anweisungen zur Begutachtung, sondern als „einen ersten Schritt [...] und einen Anstoß zur Diskussion in Fachkreisen“ (Aycha 2001a, S. 4). Die Richtlinien werden eher aus der Position von BehandlerInnen heraus präsentiert, weniger von ‚unabhängigen‘ BegutachterInnen. Um einer Begriffsverwirrung entgegen zu treten, werden hier erstmals für einen breiten ExpertInnenkreis die unterschiedlichen Formen der klinisch- fachlichen Attestierungen und Begutachtungen im Rahmen aufenthaltsrechtlicher Verfahren benannt:

- „1. Eine *Bescheinigung* umfasst eine kurze Darstellung der wesentlichen Fakten (Personalien, Kontakt mit dem Zentrum, Anlass des Schreibens) und eine pointierte Darlegung einer eingegrenzten Themenstellung. Beispiele: Bescheinigungen über die Fortführung der Therapie zur Beantragung weiterer Fahrtkosten.
2. Als *psychologische Stellungnahme* wird die Stellungnahme zu einem Gutachten oder Fragestellung ohne eigene Befunderhebung bezeichnet. [...]
3. Als *Gutachterliche Stellungnahme* wird die psychologische Antwort auf eine eingeschränkte Einzelfrage bezeichnet. [...]
4. *Psychologische Gutachten* [im, K.R.] Auftrag von Gerichten [...]" (Aycha 2001b, S. 89, Herv. i. Orig.).

In den Richtlinien ist jedoch nachfolgend vermischt, welche Ausführungen sich auf welchen Kontext der Begutachtung beziehen. Eine Trennung zwischen ‚unabhängigen Sachverständigengutachten‘ bzw. ‚gutachterlichen Stellungnahmen‘ aus einem Behandlungskontext heraus wird noch wenig vollzogen. Es werden Bestimmungen zum Aufbau sowie zum Vorgehen zu einer Begutachtung vorgestellt.

Unklar bleibt aber, für welche Art der Begutachtung dieses gelten soll. Es scheint, dass diese Bestimmungen je nach Art der Begutachtung/ Bescheinigung hierarchisch steigend zu den unterschiedlichen Formen der Begutachtung gelten sollen. Dabei muss ein vom Gericht in Auftrag gegebenes klinisches Sachverständigengutachten den strengsten Anforderungen an eine Begutachtung in der Exploration wie Gutachtenerstellung genügen.

Aycha (2001b) formuliert, dass zu einer Begutachtung eine Einleitung, Verhaltensbeobachtungsinhalte, Explorationsinhalte, psychische und ggf. somatische Symptome bzw. Befunde sowie eine abschließende Einschätzung auf die Ausgangsfrage der Begutachtung bezogen, gehören. Im einer Begutachtung sollen folgende Aspekte im Rahmen einer Exploration erfasst werden:

a) „Vorgeschichte des/ der Interviewten

Zuweisung und Auftraggeber, Kontaktaufnahme, Vorinformation in Form von Akten, Bescheinigungen, Berichten etc.

b) Auslösende Situation

Ummittelbare Umstände und Rahmenbedingungen der Krankheitsentstehung, psycho- somato- soziale Gegebenheiten des bisherigen Verlaufes und der jetzigen persönlichen Situation, migrations- und flüchtlingsspezifische Aspekte, familiäre, berufliche und wirtschaftliche Situation; [...] Erhebung möglicher familiärer Vorbelastungen durch Suizid oder Psychosen, bzw. Hinweise auf frühere emotionale Krisen.

c) Traumatische Erfahrungen

Ausführliche Exploration über Fluchtgründe, Verfolgung, Festnahmen, angewandte Foltermethoden (psychische, physische und sexuelle), weitere Gewalterfahrungen, Zeugenschaft von Gewalttaten, weitere belastende Erfahrungen (Todesfälle, Hunger, Naturkatastrophen, Verlusterfahrungen, Misshandlungen u.ä.)

d) Selbsterleben und Persönlichkeit

Selbstbild, Idealbild, Schwächen und Fähigkeiten, Erleben in Beziehungen, Aufgaben und Problembewältigung, Liebes- und Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Kränkbarkeit, Bedürfnis nach Anerkennung und Geltung.

e) Psychische, körperliche und soziale Entwicklung

prägende Beziehungen und Erfahrungen, Familienhintergrund, Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im körperlichen, geistigen, seelischen, sexuellen, schulischen und Beziehungsbereich, Krankheiten, Bewältigung von Entwicklungskonflikten“ (ebd. S. 91).

Dabei sollen die Punkte d und e je nach Ausführlichkeit der Begutachtung berücksichtigt werden oder eben nicht. Die Beschwerden der Begutachteten sollen unter besonderer Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnosebilder PTSD, Anpassungsstörung, aber auch Suizidgefährdung und klinischer Beschreibungen wie Dekompensation angesichts drohender Abschiebung, Retraumatisierung exploriert

werden (vgl. ebd.). Neben einer verbalen Exploration ist ein weiteres Instrument in einer klinischen Begutachtung die Verhaltensbeobachtung, „die sorgfältige Registrierung von Verhaltensmerkmalen des/r KlientIn“ (ebd. S. 93). Dazu gehören eine Erfassung und Beschreibung des äußeren Erscheinungsbildes, der Art der Begrüßung, Sitzhaltung, Augenkontakt, Gestik und Mimik, Muskeltonus, Sprachfluss, -geschwindigkeit, und Pausen, Stimme, Reaktion auf äußere Ereignisse, sowie Affektausdrucksverhalten (vgl. ebd.). Besondere Beachtung soll die „Verhaltensbeobachtung in bezug zum Gesprächsverlauf“ (ebd. S. 94) finden, um zu registrieren, inwiefern klinisch relevante Veränderungen im Verhalten beim zur Sprache bringen besonders belastender Lebensereignisse erfolgen.

Es wird empfohlen eine solche Begutachtung im keinem Falle mittels Videoaufzeichnungen zu dokumentieren, da eine Analogie zu Verhörsituationen vermieden werden soll. Stattdessen erfolgt eine „sofortige [...] Protokollierung“ (ebd.). „Als optimale Konstellation hat es sich bewährt, wenn zwei PsychologInnen die Gespräche gemeinsam führen können“ (ebd.), damit sich eine auf die möglichst sensible Gesprächsführung konzentrieren kann und die andere auf Protokollierung sowie Verhaltensbeobachtung.

Es wird ein Vorschlag zum Aufbau eines Sachverständigengutachten bzw. einer gutachterlichen Stellungnahme vorgestellt. Je nach Art und Anlass einer Begutachtung unterschiedlich stringent verfolgt, wird empfohlen in einem jeden Gutachten/ Stellungnahme eine allgemeine Einleitung mit folgenden Inhalten zu formulieren:

„Neben den Personalien des/r KlientIn (Name, Alter, Herkunft) sollten im ersten Teil des Gutachtens alle wichtigen Fakten genannt werden. Hierzu zählen: die Erwähnung des Unersuchungsdesigns, die Nennung von Fragesteller, Untersucher und Adressaten, die Angabe der Untersuchungstermine, Kurzbeschreibung der angewandten psychodiagnostischen Instrumente (Exploration, Fragebogen, Checklisten). Die Information, in welcher Sprache das Gespräch geführt wurde, ob es durch eine/n qualifizierte/n DolmetscherIn oder muttersprachlich stattfand, sollte in der allgemeinen Einleitung auftauchen. Die Auflistung der verwendeten Datenquellen und Formulierung der Fragestellung (gegebenenfalls in psychologische Konstrukte umformuliert) gehören ebenfalls an den Anfang eines Gutachtens, sowie die Angabe, ob es sich um einen Therapieprozess handelt. Falls den Adressaten die begutachtende Institution unbekannt ist, empfiehlt sich eine kurze Beschreibung der Tätigkeitsfelder, Ziele und Klientel des jeweiligen psychosozialen Zentrums“ (ebd. S. 98).

Nachfolgend sollen Ergebnisse der Verhaltensbeobachtung beschrieben werden. „Hier sollte zusammenfassend eine Beschreibung der relevanten Aspekte des Verhaltens erfolgen.“ (ebd. S. 99). Dann wird die Vorgeschichte erhoben, „wodurch geklärt werden soll, welche Informationen in bezug auf die Fragestellung bereits



vorliegen. [...] Informationsquellen können sein: Akten von Verwaltungen oder Gerichten, Urteile aus der Heimat, Anhörungsprotokolle (hier sollte insbesondere auf suggestive Fragen, Äußerungen des/r KlientIn in Bezug auf Beschwerden oder DolmetscherInproblematik geachtet werden), medizinische Atteste, psychologische Vorgutachten“ (ebd.). Es soll sich der „prätraumatische[n] Entwicklung“ (ebd.) zugewandt werden. Aber das „Ausmaß dieses Explorationsteils hängt stark von der individuellen Fallkonstellation ab. Während bei offensichtlich unauffälliger Entwicklung vor der Flucht dieser Absatz mit einem Satz abgedeckt werden kann, sollte bei KlientInnen mit z.B. psychotischen Erleben oder mit zugrundeliegender Persönlichkeitsstörung auf diesen Lebensabschnitt ein höherer gutachterlicher Umfang verwendet werden. Möglicherweise explorierte traumatische Erfahrungen aus der Kindheit oder Jugend sollten hier erwähnt werden“ (ebd.). Nachfolgend werden „potentielle Belastungserfahrungen und Fluchtauslöser“ (ebd. S. 100) beschrieben:

„Im Kontext des Asylverfahrens liegt in diesem Bereich ein deutlicher Schwerpunkt. Wichtig ist die Klärung möglicher Widersprüche der erhaltenen Informationen und Daten aus bereits vorliegenden Quellen (z.B. Anhörungsprotokoll). Keinesfalls sollten Fakten geschönt werden, sondern Unklarheiten offen benannt und nach Möglichkeit durch profunde Exploration geklärt werden. Politische Aktivitäten, Verwandtschaft mit politisch engagierter Familie, Festnahmen, Zeugenschaft von Gewalt, Verhöre, Folter- und Fluchterfahrungen sollten soweit vorhanden möglichst detailliert aufgeführt werden“ (ebd.).

Die „aktuelle posttraumatische Situation und mögliche Belastungsfaktoren“ (ebd.) sollen ebenfalls aufgeführt werden. Dazu zählen „die asylspezifischen Lebensbedingungen und der individuelle Umgang mit ihnen ebenso wie biographisch relevante Erlebnisse (z.B. Geburt weiterer Kinder, die Situation der in der Heimat Verbliebenen, mögliche belastenden Erfahrungen nach der Flucht etc.) [...], Zukunftsperspektiven (z.B. Antizipation der Folgen einer Abschiebung)“ (ebd.). In eine jede klinische Begutachtung gehöre weiter die Darstellung des „psychische[n] und psychosomatische[n] Befund“ (ebd. S. 101). „In erster Linie geht es um die Darstellung der Auffälligkeiten im Verhalten und Erleben des/der KlientIn, die sowohl psychische, als auch somatische Symptome umfassen können. [...] Die Störungen sollten im Einzelnen ausgeführt und in ihrer Dynamik dargestellt werden“ (ebd.). Auch die Diagnose einer psychiatrischen Krankheit nach den international anerkannten klinischen Klassifikationssysteme ICD- 10 und DSM- IV sollen in diesem Abschnitt erfolgen. Abschließend erfolgt eine „psychologische Einschätzung“ (ebd.). Hier sollen die Eingangsfragen der Begutachtung aufgegriffen und aus klinisch- fachlicher Sicht beantwortet werden. Auch kann dieser Teil der Begutachtung „eine Prognose beinhalten“ (ebd.).

Als BegutachterInnen qualifizierten sich in den psychosozialen Behandlungszentren arbeitende PsychologInnen, diese sollten „Gutachten zur Einschätzung psychischer Beschwerdebilder“ (ebd. S. 90) formulieren. Bei medizinischen Fragestellungen zur Begutachtung somatischer Spuren von Folter „ist die Berufsgruppe der ÄrztInnen gefragt“ (ebd.). „Geht es um Beschreibung von Entwicklungen im therapeutischen Prozess und mögliche Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen, deren Darstellung für das Asylverfahren notwendig erscheint, so können die behandelnden PsychoterapeutInnen beider Berufsgruppen Stellungnahmen hierzu schreiben“ (ebd.). Es geht bei den Richtlinien der BAFF jedoch noch nicht darum, eine bestimmte Personengruppe als BegutachterInnen zu etablieren, sondern im Rahmen der psychosozialen Behandlungszentren interne Standards und Richtlinien zu entwickeln. Allerdings werden Erwartungen an BegutachterInnen formuliert. Erwartet werden von BegutachterInnen folgende Kenntnisse und Fähigkeiten:

- „Kenntnisse über die politische Situation, soziokulturellen Normen und Werte des/r zu Begutachtenden
- Theoretische Fachkenntnisse der Psychotraumatologie
- Diagnostische Kenntnisse und Erfahrungen [...]
- Einschätzung [...] der gesundheitlichen Gefährdung z.B. bei einer Abschiebung, Anhörungssituation
- Prognose [...] des weiteren Verlaufs der psychischen Beschwerden bzw. des klinischen Symptomkomplexes
- Auseinanderhalten der Funktion von TherapeutIn und GutachterIn
- Für eine ruhige Atmosphäre sorgen und es dem Klienten ermöglichen, sich zu öffnen, ohne invasiv vorzugehen
- Kenntnisse über Entwurzelung und damit verbundene Folgen in Form von Heimweh, Verlust und Trennung von Beruf, Verwandten, Familienmitgliedern
- Informationsgewinnung über die Lebenssituation der Betroffenen im Hinblick auf sein Asylgesuch, Unterbringung sowie seinen Lebensunterhalt, asylspezifische Kenntnisse
- Therapeutische Kompetenz in Form von profunden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen über Symptomkomplexe, Persönlichkeitsentwicklungsmodelle, Beziehungsgestaltung und Übertragungspänomene“ (Aycha & Schaeffer 2001, S. 108).

Für wichtig wird auch erachtet, dass der/ die BegutachterIn vertraut ist „in kulturspezifischen Ausdruck und Affektverhalten, da sich ansonsten im interkulturellen Setting schnell Missverständnisse und Fehlinterpretationen ergeben können. Ein angemessenes Pensum an Erfahrung mit der Herkunftskultur des/ der KlientIn sollte also vorliegen“ (Aycha 2001b, S. 95). Es zeigt sich in den Richtlinien der BAFF verschiedentlich ein „Problembewusstsein für transkulturelle Fragen und für die schwierigen Rollenposition der GutachterIn, wenn sie einen solchen Auftrag

übernimmt“ (Fischer 2001, S. 7). Es werden aber keine Kontrollinstrumente der BegutachterInnen und/ oder Begutachtungen thematisiert oder vorgeschlagen.

### 5.3.2. Richtlinien der Projektgruppe SBPM

Die Projektgruppe SBPM<sup>104</sup> setzt weniger inhaltliche und formale Richtlinien der Begutachtung. Hauptsächlich setzt sie Standards zur Entscheidungsfindung, welche Personen zur Begutachtung von Flüchtlingen berechtigt sein sollen. Diese Standards beziehen sich weniger auf *gutachterliche Stellungnahmen*, welche aus einem Behandlungskontext entstehen, sondern mehr auf klinisch- fachliche *Sachverständigengutachten*<sup>105</sup>.

Die Berechtigung als BegutachterIn von Flüchtlingen im Rahmen von aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren anerkannt zu werden, setzt einerseits die Erfüllung bestimmter formaler Ausgangsvoraussetzungen voraus. Andererseits muss eine Fachkraft, die diese Ausgangsvoraussetzungen erfüllt, einen Nachweis bestimmter zusätzlicher Kenntnisse, sowie die Teilnahme an eigens für diesen Zweck von den entsprechenden Kammern eingerichteten Fortbildungen erbracht werden. Durch die umfangreiche Akzeptanz dieser Standards durch die Psychotherapeutenkammer sowie die Ärztekammer und einer Veröffentlichung dieser Standards in breiten Fachkreisen, sind diese Standards zentral für die Berechtigung zur Begutachtung potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge. Andere Personenkreise, die sich nicht nach diesen Standards fortbildeten bzw. dazu nicht

---

<sup>104</sup>Entstanden ist die Arbeitsgruppe SBPM in Folge des sog. *Aachener Appells*, welches sich formierte, als Herr Calcan, der eine fachärztlich bescheinigte PTSD vorbrachte und von einem polizeilich beauftragten Amtsarzt ein zweites mal zur ‚Reisefähigkeit‘ begutachtet wurde. Die zweite Begutachtung ergab, dass er nicht traumatisiert und außerdem ‚reisefähig‘ sei. Daraufhin wurde er in die Türkei abgeschoben. Da Herr Calcan bekannt war und den Aachener Friedenspreis erhalten hatte, löste dieser an sich alltäglich stattfindende Sachverhalt große Empörung in der Fachwelt aus. Unter Schirmherrschaft von Prominenz, wie Thea Bauriedl und Horst Eberhard Richter wurde eine Verbesserung der Standards und Qualifizierung der Begutachtung an Flüchtlingen und Folteropfern gefordert (vgl. Aachener Appell 2003). 650 PsychologInnen und medizinisch- klinische TherapeutInnen unterschrieben diesen Appell ( vgl. Schaeffer & Gierlichs 2002). An den Appell anschließend schlossen sich die sieben ExpertInnen bzw. PraktikerInnen Dr. med. H.W. Gierlichs, Dr. med. F. Haenel, Dr. Phil. Dipl. Psych. F. Hennigsen, Dr. med. H. Spranger, Dipl. Psych. E. Schaeffer, Dr. med. M. Wenk- Ansohn sowie Dr. med. W. Wirtgen zu der Arbeitsgruppe SBPM zusammen, um Standards für die Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu entwickeln (vgl. Gierlichs et al. 2005).

<sup>105</sup>Es wird aber auch auf sog. *parteiliche Begutachtungen* eingegangen, die von der ProbandIn selbst bzw. ihres Rechtsbeistandes in Auftrag gegeben werden. Die Begutachtungen, die für die Bezugsgruppe dieser Arbeit in Auftrag gegeben werden, sind solche parteilichen Begutachtungen, in denen im Falle eines Negativgutachtens, die ProbandIn potentiell die Möglichkeit hat, eine andere Fachkraft hinzuzuziehen.

berechtigt waren, finden in der Begutachtung potentiell traumatisierter bosnischer Flüchtlinge keine Berücksichtigung mehr<sup>106</sup>.

Als durch die „Standards zur Begutachtung traumatisierter Menschen“ (Gierlichs et al. 2005) qualifizierte/r BegutachterIn kommen nur „approbierte ärztliche, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten“ (ebd. S. 1) in Frage. Hinzukommend müssen „mindestens 5 Jahre [...] klinische [...] Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik in Praxis, Beratungsstelle oder Klinik“ (ebd.) nachgewiesen werden. Erfüllt eine Person diese „Eingangsvoraussetzungen“ (ebd.), und war sie bereits vor 2002<sup>107</sup> in dem Feld der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge tätig, kann sie die „gutachterliche Zertifizierung erhalten, wenn sie 5 Fachgutachten bzw. gutachterliche Stellungnahmen, davon zwei mit Hilfe von Dolmetschern erstellte Gutachten“ (ebd.) nachgewiesen hat. Für diesen Personenkreis gelten sogenannte Übergangsregelungen<sup>108</sup>. In Berlin werden Fortbildungen zur/ zum BegutachterIn in aufenthaltsrechtlichen Verfahren von den entsprechenden fachlichen Kammern, der Psychotherapeutenkammer Berlin bzw. der Ärztekammer Berlin angeboten. Durchgeführt werden die Fortbildungen von Fachkräften, die „große Erfahrung in der interkulturellen Trauma- Begutachtung“ (ebd. S. 3) haben.

Die Fortbildungsinhalte werden als aufeinander aufbauende Module ausgewiesen. Im „Grundmodul“ (ebd. S. 2) sollen allgemeine gutachterliche Kenntnisse nachgewiesen bzw. erworben werden. Als erstes Aufbaumodul werden Fortbildungen zum Thema Psychotraumatologie angeboten. Im zweiten Aufbaumodul werden „rechtliche, politische und ethische Rahmenbedingungen der Begutachtung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“ (ebd.) vermittelt. Außerdem sind in diesem Modul „Praktische Übungen, Themenzentrierte Gruppenselbsterfahrung von 20 Doppelstunden zum Thema Extremtrauma und Traumatisierung“ (ebd. S. 3) vorgeschrieben. Zusätzlich werden drei Begutachtungsprozesse supervidiert. Hat eine Person die Eingangsvoraussetzungen erfüllt und die drei Fortbildungsmodule abgeschlossen, ist sie zur Erstellung eines Gutachtens zertifiziert und wird auf die entsprechende Liste zugelassener BegutachterInnen im aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren aufgenommen.

Inhaltlich wird eine Unterscheidung zwischen einem einfachen *Attest bzw. einer Bescheinigung* aufgeführt, bei dem die Auftraggebenden die Begutachteten selbst, und die AdressatInnen ArbeitgeberInnen oder Sozialbehörden sind. In Attesten/ Bescheinigungen wird lediglich die Diagnose und eine kurze klinische Einschätzung

---

<sup>106</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei und Vier.

<sup>107</sup>Mit Einführung der Listen über zugelassene BegutachterInnen durch die Berliner Psychotherapeutenkammer und der Berliner Ärztekammer von 2002 (vgl. Psychotherapeutenkammer 2002).

<sup>108</sup>„Für die Durchführung der Übergangsregelungen [...] werden Kolleg/innen benannt, die große Erfahrung in der interkulturellen Trauma- Begutachtung haben. Sie sehen die Gutachten der Kolleg/innen durch, die unter die Übergangsregelungen fallen“ (Gierlichs et al 2005, S. 3).

vorgenommen, meist durch die/ den BehandlerIn (vgl. ebd.). Bei *Stellungnahmen* können die Auftraggebenden die Begutachteten selbst, deren Rechtsbeistand, das BAFI/ BAMF, Gerichte oder die Ausländerbehörde sein. Adressat ist das „Bundesamt, Gerichte, Ausländerbehörde“ (ebd. S. 3). Meist werden Stellungnahmen von der/ dem BehandlerIn ausgestellt. Ein *Gutachten* wird dagegen nur von „entscheidungskompetenten Behörden“ (ebd.) in Auftrag gegeben d.h. dem BAFI/ BAMF, Verwaltungsgerichte oder Mitarbeitende der Ausländerbehörde. Ein Sachverständigengutachten darf nur eine fachlich qualifizierte/r „diesen Patienten nicht behandelnder Psychotherapeut“ (ebd.) verfassen.

Zur Erstellung eines Gutachtens wird eine Gliederung vorgeschlagen. Erst sollen Ausführungen zum Gutachtauftrag erfolgen und alle verwendeten Quellen zur Begutachtung aufgelistet werden. Klinisch- fachliche Fragestellungen und Hypothesen zu der Begutachtungsfrage sollen operationalisiert werden, neben der Erfassung der „Vorgeschichte anhand der Aktenlage“ (ebd. S. 4) als auch der „Vorgeschichte nach eigenen Angaben“ (ebd.). Dazu gehören auch die vorgebrachten traumatisierenden Erlebnisse der ProbandIn. Nachfolgend werden Untersuchungsbefunde präsentiert. Es erfolgt eine fachliche Diskussion und Beurteilung und die Fragestellung der Begutachtung wird anhand der Befunde beantwortet. Auf aktuelle fachliche Diskussionen soll hier hingewiesen werden. Abschließend soll eine Zusammenfassung erfolgen und Literaturangaben nachgewiesen werden (vgl. ebd.).

Ein *Sachverständigen- Gutachtauftrag* darf nach den Standards der SBPM-Arbeitsgruppe nur angenommen werden, wenn „sich der Beauftragte nicht nur vergewissert hat, dass die Beantwortung der Fragen in seinen fachlichen Kompetenzbereich fällt, sondern auch, dass der zu Begutachtende nicht Patient von ihm ist oder sonst zu ihm oder seinen Angehörigen in irgend einer näheren Beziehung steht“ (ebd. S. 5). Allerdings werden auch sog. *parteiliche Stellungnahmen* „mit einer kürzeren Darstellung von Vorgeschichte, Beschwerdebild, Befunden und Beurteilung“ (ebd.) angeführt. Diese „kann der Behandler seinem Patienten zur Vorlage bei einer eigens benannten Behörde ausstellen. Ihr Auftraggeber ist in der Regel der Patient oder dessen Rechtsvertretung. Sie ist in der Regel als ‚Parteivortrag‘ zu werten und sollte als solcher kenntlich sein durch eine eingangs gemachte Feststellung, dass sich der Betreffende in Behandlung des Unterzeichners befindet. Ihre große Bedeutung ergibt sich aus der längerfristigen prozesshaften Beobachtung des Patienten, die Traumatisierung häufig erst erkennbar werden lässt“ (ebd.). Hingegen enthalten „*Atteste* und Bescheinigungen des Behandlers [...] meist nur die Diagnose“ (ebd.).

#### **5.4. Diskussionen zur Glaubhaftigkeitsbegutachtung**

Die Kontroverse zur Prüfung der Glaubhaftigkeit in der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge ist m.E. weniger eine innerpsychologische zwischen Forensik und klinischer Psychologie, sondern eine zwischen klinischen

PsychologInnen/ FachärztInnen, die mit Flüchtlingen zusammenarbeiten und Entscheidungstragenden, welche die Frage der Überprüfung von Glaubhaftigkeit immer wieder an die PraktikerInnen herantragen.

Entscheidungstragende erwarten in einer Begutachtung von potentiell traumatisierten Flüchtlingen Stellungnahmen zu der Frage der Glaubhaftigkeit in verschiedenen Bereichen. Bei „Aussagen zu vergangenen Ereignissen (z.B. politischer Verfolgung, Folter), Aussagen zu Beschwerden und Krankheiten (z.B. Posttraumatische Belastungsstörung, Angst), Aussagen zu Befürchtungen (z.B. vor erneuter Verfolgung nach Abschiebung, Suiziddrohung)“ (Birck 2003a, S. 19) soll Stellung dazu genommen werden, wie glaubhaft die Aussagen der Begutachteten sind. Die Begutachtung von Flüchtlingen findet selbstredend nur dann Berücksichtigung, wenn diejenigen, die im aufenthaltsrechtlichen Verfahren entscheidungsbefugt sind, dies auch berücksichtigen (müssen). Der Handlungsspielraum von PraktikerInnen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren ist so groß, wie er von den Entscheidungstragenden eingeräumt wird. Aus deren Sicht sind die Begutachtungen *Hilfsmittel* zur Entscheidungsfindung, durchgeführt von Personen, die aufgrund ihrer Qualifikation Aussagen über Sachverhalte geben können, die ohne fachliches Wissen schwer zu bescheiden sind. Thomas Wehner formuliert seine Entscheidungsfindung als Einzelentscheiders des BAFI/ BAMF: „Nun liegt [...] die Schwierigkeit darin, diejenigen herauszufinden, die unseren Schutz verdienen, und damit ist in der Tat der zentrale Punkt die Frage der Glaubhaftigkeit des Vorbringens und die der Glaubwürdigkeit des Antragstellers“ (Wehner 2003, S. 9). Der Verwaltungsrichter Ralph Riehl (2003) stellt den Sachverhalt aus seiner Sicht wie folgt dar:

„Von Seiten der Juristen aus gesehen ist Krankheit [...] nicht ein zu behandelnder Zustand, sondern ein Sachverhalt, dessen Vorliegen oder nicht Vorliegen für eine rechtliche Entscheidung von Bedeutung ist. [...] In dem Kontext des Asylrechts [...] hier also im wesentlichen bei der PTBS, kann eine Krankheit ein Sachverhalt sein, der auf ein bestimmtes Geschehen im Heimatland hinweist. Insoweit dient hier eine Krankheit zur Glaubhaftmachung anderer Tatsachen. Dabei ist die Zuordnung der Krankheit *zur Glaubhaftmachung* zu einer Ursache üblicherweise nicht eindeutig“ (ebd. S. 51).

Dass die Begutachtung einer PTSD für Entscheidungstragende relevant sein kann, liegt nicht nur daran, dass dies eine psychiatrische Erkrankung ist, welche bei Flüchtlingen häufig diagnostiziert wird, sondern auch daran, dass mit dem *Kriterium A* des Diagnosebildes PTSD<sup>109</sup> in beiden klinischen Klassifikationssystemen ICD- 10 wie DSM- IV ein Ereignis von extremem Leid als Ursache für die Beschwerden eines Flüchtlings bestehen muss.

---

<sup>109</sup> Siehe Kapitel Drei und Anhang.

„D.h. für mich, wenn es denn einen Sinn haben soll, muss die Diagnose eigentlich auch immer- so verstehe ich die Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung in der ICD- 10- das Moment haben, [...] das, was als Ursache angegeben wird, das ist tatsächlich geschehen. Es muss ein traumatisierendes Ereignis da sein, das diese Angstzustände, Depressionen usw. hervorgerufen hat. Wenn aber dieses traumatisierende Geschehen überhaupt nicht feststeht, dann heißt das aber für mich, es liegen zwar Schlafstörungen, Angstzustände usw. vor, aber sie sind nicht durch ein traumatisierendes Ereignis entstanden. Die Diagnose PTBS kann aus meiner Sicht daher eigentlich nur gestellt werden, wenn die Ursache ebenfalls überprüft feststeht“ (ebd. S. 52).

Dieses Verständnis führt dazu, dass nicht nur erwartet wird, dass das Vorliegen einer psychiatrischen Krankheit überprüft werden soll, sondern auch Aussagen darüber getroffen werden sollen, ob die vorgebrachte politische Verfolgung auch tatsächlich so stattgefunden hat. Der Oberverwaltungsrichter Wilke (2003) formuliert seine Erwartungen an eine Begutachtung wie folgt: „Wenn PTBS, dann politische Verfolgung [...]. Das T[rauma, K.R.] muss irgendwie feststellbar sein, denn ich will ja einen bestimmten Verfolgungsgehalt feststellen“ (Wilke 2003, S. 61). Die Diagnostizierung einer PTSD stellt insofern einen Grenzbereich dar, da im DSM und ICD ausdrücklich erwartet wird, dass das traumatische Ereignis exploriert wird.

Von Seiten der *BegutachterInnen* wird dem entgegen immer wieder angeführt, dass folgende Fragen zu trennen seien: „Ist die Erkrankung glaubwürdig und ist die Foltergeschichte glaubwürdig?“ (Birck 2003a, S. 29). Dies seien “völlig unterschiedliche Dinge, die von unterschiedlichen Disziplinen zu beantworten sind” (ebd.). Zur Frage, ob eine psychiatrische Krankheit besteht oder nicht, sie simuliert wird, oder nicht, seien klinische PsychologInnen/ FachärztInnen zu fragen<sup>110</sup>. Die Glaubhaftigkeit einer Aussage überprüfe aber die Aussagepsychologie (vgl. Birck 2002b; Birck 2003b; Birck 2003c). „Die forensische und die klinische Methode kann man nicht beide gleichzeitig anwenden und nicht beides fragen, ob jemand krank ist, und was er hat und ob seine Aussagen zu Erlebnissen glaubhaft sind“ (Birck 2003b, S. 37). In dem Kontext der Begutachtung potentiell traumatisierter Flüchtlinge könne man nur „sagen, ob jemand krank ist und ob diese Krankheit plausibel mit Foltererlebnissen und erklären wäre, aber auch nicht mehr“ (ebd.).

Es ist nicht nur ein Problem, dass Entscheidungstragende diese beiden unterschiedlichen psychologischen Disziplinen nicht trennen und an die klinische Begutachtung Erwartungen stellen, die sie nicht erfüllen kann. Auch wird immer wieder angeführt, dass die aussagepsychologische Untersuchung, ob die Aussage

---

<sup>110</sup>Im DSM IV gibt es eine Passage, in der ausdrücklich die Frage der Simulation einer PTSD bei dessen Diagnoseerstellung überprüft werden muss: „Simulation sollte ausgeschlossen werden, wenn finanzielle Entschädigung, versicherungsrechtliche oder forensische Entscheidungen eine Rolle spielen“ (DSM- IV 1996, S. 491).

über erfahrene Verfolgung, Folter, sexualisierte Gewalt, Flucht etc. glaubhaft sei, bei dieser Bezugsgruppe aus *fachlichen Gründen* nicht ohne weiteres Anwendung finden könne (vgl. Bittenbinder 2000a; Birck 2003a; Birck 2003c; Fischer 2001; Koch 2001; Marx et al. 2004; von Hinckeldey & Fischer 2002). Es wird von zunehmend mehr PraktikerInnen die Begründung angeführt, dass die Erfahrungen von traumatischen Situationen die *Gedächtnisleistung* der Betroffenen modifiziere. Angeführt wird, dass „traumatische Erinnerungen aus neurophysiologischen und psychodynamischen Gründen fragmentarischen Charakter besitzen, statt Kohärenz“ (Fischer 2001, S. 9). Hingewiesen wird auf eine fehlende Validierung aussagepsychologischer Forschung zur Begutachtung von Menschen, die an einer PTSD erkrankt seien. Angeführt wird, dass diese die traumatische Erfahrung im Gedächtnis anders abspeichern und erinnern, als gesunde Menschen (vgl. Bittenbinder 2000a; Birck 2002b; Birck 2003a; Birck 2003b; Birck 2003c; Fischer 2001; Marx et al. 2004; Wenk- Ansohn 1999; von Hinckeldey & Fischer 2002; van der Kolk 2000a; van der Kolk 2000b)<sup>111</sup>.

Hinzu kommt die Kritik an den *forensischen Glaubhaftigkeitskriterien*<sup>112</sup> aus einer interkulturellen Perspektive, welche die Adäquatheit von Glaubhaftigkeitskriterien im Zusammenhang mit der Bezugsgruppe von Flüchtlingen erheblich in Frage stellen. Angeführt wird, dass „für den Aufbau glaubhafter Narrative kulturvariable Regeln gelten“ (Fischer 2001, S. 9). Weiter gebe es keinerlei Forschung zur Validität der Aussagekriterien an Menschen derjenigen kulturellen Zugehörigkeit, der die jeweiligen Flüchtlinge angehören. „Orientierung und Gedächtnis orientieren sich an kulturellen Gewohnheiten“ (Birck 2003b, S. 34). Es wird angeführt, dass die angewendeten Aussagekriterien aus dem westlichen Kulturkreis kämen und auch nur dort validiert seien (vgl. Birck 2002b; Birck 2003a; Birck 2003b; Birck 2003c, Marx

---

<sup>111</sup>Die Gedächtnisforschung an Menschen, die eine PTSD diagnostiziert bekommen haben, hat sich in den letzten Jahren sehr ausdifferenziert. Ausgegangen wird von einer andersartigen Informationsverarbeitung der traumatischen Erlebnisse, bishin dazu, dass dauerhafte hirnpfysiologische Veränderungen bei an PTSD Erkrankten angenommen und untersucht werden (siehe van der Kolk 2000a; van der Kolk 2000b; von Hinckeldey & Fischer 2002). Auf diese Forschung soll hier jedoch nur hingewiesen werden.

<sup>112</sup>In der Glaubhaftigkeitsbegutachtung werden eine Fülle von „Qualitätsmerkmalen erlebnisfundierter Aussagen“ (Greuel et al. 1998, S. 91) benannt. Als wichtigste sind zu benennen: „Detailreichtum, Anschaulichkeit, Strukturgleichheit, Logische Konsistenz, Deliktspesifität, Gefühlsbeteiligung, Unstrukturiertheit, Ungesteuertheit, Schilderung von raum- zeitlichen Verknüpfungen, Interaktionen, Gesprächen, Komplikationen [...], eigenpsychisches Erleben [...] nebensächlichen Details, originellen Details [...], Wirklichkeitskontrollen [...]“ (Greuel et al. 1998 S. 91). Es wird darauf verzichtet, an diesem Ort genauen Direktiven der aussagepsychologischen Glaubhaftigkeitsbegutachtung darzustellen. Dies erfolgt insbesondere deshalb, da eine Auseinandersetzung mit der Glaubhaftigkeitsbegutachtung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde und da eben keine Glaubhaftigkeitsbegutachtung (potentiell) traumatisierter Flüchtlinge praktiziert wird. Hingewiesen werden soll aber auf Standardwerke der Glaubhaftigkeitsbegutachtung wie bspw. Greuel et al. 1998 oder Greuel 2001.



et al. 2004). „Die aussagepsychologische Methodik ist für andere Kulturen bislang nicht überprüft und validiert“ (Marx et.al. 2004, S. 5) „Aus anderen Kulturen haben wir keine Studien dazu, wie erlebnisbezogene, glaubhafte Aussagen tatsächlich ausschauen“ (Birck 2003b, S. 35). Kulturspezifisch sei bspw. die „Orientierung und [...] kulturelle [...] Gewohnheiten, die die Zeiteinteilung betreffen oder ortsübliche Bezeichnungen“ (ebd. S. 34). Insbesondere „Analphabetismus verstärkt die Orientierung an Jahreszeiten und lokalen geographischen Gegebenheiten (anstelle von Datums- und offiziellen Ortsangaben)“ (ebd.). Auch das „Zahlenverständnis ist unterschiedlich ‚exakt‘“ (ebd.). Viele der Herkunftskulturen seien eher kollektivistisch als individualistisch, was dazu führe, dass Berichte häufig in der Wir- Form seien und zwischen individuellen Leid und kollektiven Leid weniger getrennt werde. „Das Individuelle wird untrennbar verbunden mit dem Gemeinsamen gesehen und daher nicht separat beschrieben. [...] Und das ist dann natürlich schwierig, wenn solche Menschen mit solchen Vorstellungen hier auf die Anforderung treffen, individuelle eigene relevante Beiträge vorzubringen“ (ebd. S. 35). „Manche Kulturen erzählen einsilbig und wortkarg, andere umständlich und weitschweifig“ (ebd. S. 34), was Aussagen zum Detailreichtum schwierig mache. Auch das „Verhalten gegenüber Autoritäten“ (ebd.) sei sehr variabel. Fragen und Antworten würden „oft nur indirekt gestellt, Blickkontakt gilt als respektlos“ (ebd.). Auch seien kulturelle Tabus zu beachten, in vielen Fällen, gelte z.B. erfahrene sexualisierte Gewalt als Ehrverletzung, die bei Öffentlichmachung die Integrität des Opfers nochmals in Frage stelle (vgl. Birck 2002b; Birck 2003b).

Auch die Arbeit mit SprachmittlerInnen ist nicht untersucht. Da eine Glaubhaftigkeitsbegutachtung ihre Ergebnisse aus der Art und Weise der Verwendung von Grammatik und anderen sehr spezifischen Kommunikationen gewinnt, stelle die Übersetzung eine schwer kontrollierbare Größe dar (vgl. Birck 2002b; Birck 2003a, Birck 2003b)<sup>113</sup>.

Bei der Überprüfung der Glaubhaftigkeit der Aussagen potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge wird sich wegen der angesprochenen Probleme auf die Substanziierung der Aussagen der Begutachteten durch das Symptombild und die fachliche Einschätzung, inwieweit es nach fachlich- traumatologischen Kenntnissen wahrscheinlich ist, dass die ProbandIn erlebnisfundierte Erfahrungen und Beschwerden schildert, beschränkt (siehe dazu Marx et al. 2004). Zur Frage des Erlebnisbezugs der vorgetragenen Geschichten der Begutachteten wird die Position

---

<sup>113</sup>Auch die Aussagepsychologie bezieht dazu Position, dass eine Glaubhaftigkeitsbegutachtung mit DolmetscherIn schwer durchführbar sei. „Hinsichtlich des sprachlichen Auffassungs- und Ausdruckvermögens ist zweifellos dann ein Sonderfall gegeben, wenn es sich um eine *Exploration nicht deutschsprachiger Zeugen* handelt. [...] Aussagepsychologische Exploration unter Hinzuziehung eines Dolmetschers sind methodisch generell problembehaftet, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass durch den Übersetzungsprozess sowohl subtile Aspekte der Frageformulierung als auch aussagepsychologisch relevante Aspekte der Zeugenaussagen verfälscht werden können“ (Greuel et al. 1998, S. 58).

vertreten, dass die fachliche Beantwortung der Frage der Glaubhaftigkeit bei klinischen Begutachtungen nach den oben dargestellten Standards und Qualifikationen der BAFF und SBPM nicht zulässig ist. „Der Auftraggeber ist darauf hinzuweisen, dass diese Fragestellungen in den Bereich der forensischen Psychologie gehören, in welcher allerdings zur Zeit keine standardisierten und wissenschaftlich überprüften Verfahren zur Überprüfung der Glaubhaftigkeit von Angaben psychisch traumatisierter Personen zur Verfügung stehen, zumal solcher, die nicht dem hiesigen Kulturkreis angehören“ (Gierlichs et al. 2005, S. 6). Sie können nur Anhaltspunkte liefern zu relevanten Fragen, die zu einer Entscheidungsfindung der Erlebnisfundiertheit von Aussagen mit beitragen können, sowie Einschätzungen zur potentiellen krankheitsbedingten Eingeschränktheit der Aussagefähigkeit der/s ProbandIn.

### **5.5. Abschließende Bewertung**

Die Begutachtung von (potentiell) ‚traumatisierten‘ Flüchtlingen stellt sich durch die privilegierte Berücksichtigung des psychiatrischen Diagnosebildes PTSD problematisch dar. Viele der KlientInnen können dem „Modellfall eines ideal traumatisierten Patienten [nicht gerecht werden, K-R.], d.h. normale psychische Struktur bis zur traumatischen Erfahrung und erfolgreichem Zusammenbruch. Einen solchen Patienten gibt es natürlich nicht. Wenn es ihn aber nicht gibt, fangen die Probleme an“ (Becker 1995 S. 116). Auf dieses Problem wurde schon in den vorangehenden Kapiteln eingegangen, die Argumente und Problematisierungen diesbezüglich werden hier nicht noch einmal wiederholt.

Die heutige Situation hat m.E. nur noch wenig mit den Absichten der PraktikerInnen gemein. Zu Beginn der 90er Jahre nahmen sie mit der Intention, ihre KlientInnen zu unterstützen, Stellung zu deren psychischer Verfassung.

„Wie eine typische „self fulfilling prophecy“ wurde der Prozess der klinischen Begutachtung von schutzbedürftigen Patienten ad absurdum geführt: Anstatt die Möglichkeit einer qualitativen Verbesserung von Entscheidungsfindung zugunsten der am meisten Schutzbedürftigen, übernahmen die Behörden in ihrer Befürchtung, dass ein neues Schlupfloch für Flüchtlinge aufzutun würde, in der Regel ein durch Fachleute zu prüfendes und zu beweisendes aber nichtsdestotrotz extrem verkürztes Traumaverständnis.“ (Best Practice 2004, S. 1).

Wie in diesem und vorangehenden Kapiteln aufgezeigt, ist die Begutachtung von (potentiell) ‚traumatisierten‘ Flüchtlingen mit unterschiedlichen Interessenslagen verwoben. Die m.E. politisch zu lösende Frage, in welcher Form Zuwanderung geregelt werden soll, und wie mit jenen Flüchtlingen umgegangen wird, die schon in Deutschland leben, wird z.T. verlagert auf die fachliche Feststellung des Vorliegens einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung. Durch das Einbringen von klinisch-fachlichen Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren hat jedoch eine *Teilhabe* am

System der staatlichen Reglementierung von Zuwanderung und schon Zugewanderten mit sich gebracht.

„Sie werden in staatliche Selektionsstrategien mit einbezogen, indem sie zwischen den Bedürftigeren und weniger Bedürftigen mittels Diagnostik und Attestierung unterscheiden. Psychologen halten eine Türsteher- und Kontrollfunktion inne, indem sie den pathologischen Gehalt des Leidens der Flüchtlinge messen und bei Bejahung eines vorgegebenen Ausmaßes den Zugang zu ‚Entschädigung‘ öffnen. Gleichzeitig mit der Bescheinigung und der Selektion durch Auswahl Einiger, wird die Abschiebung der Anderen quasi legitimiert. Mithilfe wissenschaftlicher Begründungskonzepte werden die Entscheidungen der Behörden unangreifbar und erscheinen weniger verwerflich, außerdem werden sie durch die psychologisch-wissenschaftliche Absicherung der politischen Diskutierbarkeit enthoben“ (Knorr & Weber 2003, S. 167).

In einer Begutachtung bekommt die *Exploration des traumatischen Ereignisses* eine zentrale Stellung. Von Seiten der Entscheidungstragenden besteht m.E. nicht nur das Interesse, dass geprüft wird, ob eine PTSD vorliegt oder nicht, sondern auch *welche Art von Verfolgung* (z.B. staatlich, nichtstaatlich, geschlechtsspezifisch, kriegsbedingt) stattgefunden hat und ob diese *glaubhaft* berichtet wurde oder auch ‚objektiv‘ nachgewiesen werden kann. In die Diagnostik einer PTSD gehört immer die Erfassung der traumatischen Situation „um das Kriterium A zu überprüfen“ (Hoffmann et al., S. 74)<sup>114</sup>. Im Kontext der Diagnostizierung einer PTSD bei Flüchtlingen hat die Erfassung der traumatischen Situation aber noch einen anderen Effekt. Durch die Dokumentierung des ‚traumatischen Ereignisses‘ wird in der Begutachtung von Flüchtlingen auch der Bereich einer Befragung der Fluchtgründe übernommen, ob diese verfolgungs- oder kriegsbedingt sind. So kommt es immer wieder vor, dass zwar nicht die psychiatrische Diagnose selbst angezweifelt wird, aber die durch die Begutachtung explorierten und dokumentierten Erlebnisse als nicht anerkennungswürdig angesehen werden (vgl. bspw. Internationale Liga für Menschenrechte e.V. 2002). Die Überprüfung des *traumatischen Ereignisses* bedeutet aber nicht, dass PraktikerInnen Aussagen über die *historische Wahrheit* treffen können. Die PraktikerInnen übernehmen durch das Einlassen auf die Begutachtungspraxis subtil die Funktion einer Prüfinstanz, mittels derer entschieden werden kann, ob jemand als Flüchtling anerkannt wird und ein Bleiberecht erhält oder nicht oder eine Person nicht abgeschoben werden darf. Durch die Beschreibung des ‚traumatischen Ereignisses‘, finden Entscheidungstragende auch Anhaltspunkte

---

<sup>114</sup>Das Kriterium A im DSM- IV ist das traumatische Ereignis, siehe Kapitel Drei und Anhang, bzw. DSM- IV (1996) und ICD- 10 (1993).

für die Feststellung, ob das Ereignis selbst stattgefunden hat oder nicht<sup>115</sup>. Diese Funktion der Begutachtung war sicherlich nicht die Intention der PraktikerInnen. Von Seiten der Entscheidungstragenden wird immer wieder Druck auf die Professionalisierung und Standardisierung der Begutachtungen ausgeübt und es kommen immer mehr Anfragen zu der *Glaubhaftigkeit* der Aussagen der ProbandInnen hinzu, auch wenn, wie in diesem Kapitel dargestellt, die Überprüfung Glaubhaftigkeit von Aussagen der Flüchtlinge fachlich breit zurückgewiesen wird. Parallel dazu entsprechen von dem BAFI/ BAMF in Auftrag gegebene Begutachtungen häufig nicht diesen Anforderungen. PraktikerInnen begeben sich m.E. durch die Begutachtungspraxis in einen Interessenskonflikt. Das Interesse der Entscheidungstragenden kann wie folgt zusammengefasst werden:

„Die Aufgabe, die von vielen [...] den Richtern hier und natürlich auch dem Bundesamt zugewiesen wird, nämlich zu unterscheiden- wer verdient, wer darf den Schutz beanspruchen, wer hat Anspruch auf Schutz des Asylrechts oder auch des Abschiebeschutzes und wer hat es nicht?- diese Aufgabe ist nach meinem Verständnis nicht nur den Richtern zugewiesen, sondern [...] uns allen. Ich spreche damit insbesondere auch die Anwälte an [...]. Ich spreche damit auch die Sachverständigen an, die nach der Prozessordnung Gehilfen des Richters bei der Aufklärung des entscheidungsrelevanten Sachverhaltes sind“ (Wilke 2003, S. 61).

Flüchtlinge, die sich mit der Bitte um eine gutachterliche Stellungnahme an die behandelnden PraktikerInnen wenden, handeln aus dem Interesse heraus, eine Unterstützung im aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu erhalten. Im Falle der bosnischen Flüchtlinge hat z.T. die Ausländerbehörde selbst angewiesen, dass Antragsstellende sich einer Begutachtung einer der KlinikerInnen auf der BegutachterInnenliste unterziehen müssen. BegutachterInnen/ BehandlerInnen handeln im Falle einer parteilichen Begutachtung zwar aus dem Interesse heraus, die Lebenssituation für ihre KlientInnen zumindest nicht zu verschlechtern, um ihre Profession angemessen ausüben zu können. Ihre Möglichkeiten sind jedoch durch

---

<sup>115</sup>So ist es auch Praxis von VerwaltungsrichterInnen, des BAFI/ BAMF sowie der Ausländerbehörde die in der Begutachtung gewonnenen Informationen über vorgebrachte Verfolgung, erfahrene Folter, Lageraufenthalt, Krankenhausaufenthalte etc. in den deutschen Botschaften der jeweiligen Herkunftsländer nachprüfen zu lassen. In einem Gespräch der Delegation zur Evaluation der aktuellen gesundheitlichen Versorgungslage in Serbien und dem Kosova teilte der Deutschen Botschaftsrat von Belgrad mit, solche Anfragen träfen mehrmals wöchentlich in der in der Botschaft ein. Der Botschaftsrat bearbeite diese Anfragen und sei davon überzeugt, er könne bei jedem angegebenen Überfall, Krankenhausaufenthalt, Haft, Gewalterfahrungen etc. herausbekommen, ob diese Erlebnisse objektiv stattgefunden haben oder nicht (siehe Appell für ein Berliner Bleiberecht 2004c). Diese Informationen an die Entscheidungstragenden führen wiederum häufig dazu, dass Flüchtlinge abgeschoben werden.

das Interesse der Entscheidungstragenden von vornherein eingeschränkt. So ist es für die BegutachterInnen schwer, einer Instrumentalisierung durch die Entscheidungstragenden zu entgehen, die darin besteht, für sie Verfolgungsinhalte mit zu explorieren und zu dokumentieren, aber die Entscheidungen selbst nicht mit in der Hand zu haben. Hinzukommend wird durch diese Begutachtungspraxis gesellschaftlich der Eindruck vermittelt, dass diejenigen, *„die es wirklich verdienen“*, als Flüchtlinge in Deutschland anerkannt würden.

Um Angriffen auf die eigene Professionalität zu entgehen, wird argumentiert, eine „engagierte Position schließt ein hohes Maß an Fachlichkeit nicht aus“ (Koch & Winter 2001, S. 15). Auch wenn der Vorwurf, die PraktikerInnen erstellten sog. Gefälligkeitsgutachten implizit häufig im Raum steht, wird er selten von Seiten der Entscheidungstragenden offen formuliert. Antizipationen und Schutzargumentationen gegen diesen Vorwurf sind hingegen um so häufiger: „Wer gutachterliche Stellungnahmen schreibt, muss sich selbst zu einer gewissen Distanz und Neutralität dem Menschen gegenüber verpflichten, über dessen Schicksal er schreibt“ (Koch & Winter 2001, S. 13). Ob diese Distanz und Neutralität die einzige berufspraktische Handlungsmöglichkeit darstellt, bleibt offen.

Entsteht eine gutachterliche Stellungnahme aus dem therapeutischen Prozess heraus und wird von den KlientInnen bzw. deren AnwältInnen selbst erbeten, ist die Widersprüchlichkeit des berufspraktischen Handelns nicht so gravierend, wie im Falle eines Sachverständigengutachtens, wo ProbandIn und PraktikerIn sich nicht vorher kennen. Im ersten Falle ist die immer gegebene Möglichkeit eines Negativgutachtens nicht existentiell bedeutend, die KlientIn bzw. ihre rechtlichen StellvertreterInnen können entscheiden, ob sie die von ihnen selbst erfragte Stellungnahme der PraktikerIn in das Verfahren einbringen oder nicht. Sachverständigengutachten sind von Gericht in Auftrag gegeben und ein sog. Negativgutachten ist genauso möglich, wie eine Bestätigung einer verfolgungsbedingten PTSD. Die Verweigerung einer Behandlung oder einer Diagnose einer verfolgungsbedingten PTSD hat aber auch im ersten Falle Konsequenzen, angesichts der Wartelisten aufgrund von Arbeitsüberlastung des in Frage kommenden Personenkreis, der begutachten darf. „Die Professionalisierungsschraube schließt letztendlich die aus, die man zu befördern gedachte: Die Flüchtlinge, die nicht mehr in den Kriterienkatalog und somit in den Kreis der Begünstigten fallen, und die, die aufgrund der Überlastung [...] von den Zentren selbst selektiert werden“ (Knorr & Weber 2003, S.199). Durch die Einschränkung der Begutachtung auf eine hoch qualifizierte Gruppe von Personen, erfolgt auch eine Immunisierung gegen Kritik von außen. Daneben wird eine bestimmte Gruppe von Professionellen, nämlich DiplompsychologInnen ohne Therapieausbildung und ohne Approbation, aus einem ihrer wenigen genuinen Berufsfelder- der Diagnostik- ferngehalten.

Dadurch, dass für den Erfolg einer Therapie das Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten unabdingbar ist, kommt es durch die Doppelfunktion der PraktikerInnen

zu einer Verwirrung der Rollen als BehandlerIn und BegutachterIn, die sowohl von Seiten der PraktikerInnen als auch von Seiten der KlientInnen auf den Prozess der Behandlung zurückwirken. Häufig lastet ein hoher angenommener oder tatsächlich vorhandener Erwartungsdruck von Seiten der KlientInnen auf die PraktikerInnen. So kann es auch von beiden Seiten zu einer Überschätzung der Machtposition und des Einflusses der Begutachtenden auf den Ausgang des Verfahrens kommen.

Es ist sehr schwierig, sich im Spannungsfeld der Begutachtung als PraktikerIn ‚richtig‘ zu verhalten. Jede Entscheidung hat Vor- und Nachteile. Sich auf die Begutachtung an Flüchtlingen einzulassen bedeutet, sich auf eine Instrumentalisierung im Interesse der Begrenzung von Zuwanderung einzulassen, und bei der Selektion von Flüchtlingen mitzumachen. Sich als individuelle BehandlerIn der Begutachtungspraxis zu verwehren bedeutet allerdings, die KlientInnen mit ihren Problemen allein zu lassen.

Auch wenn, wie mit dem IMK- Beschluss vom November 2000 geschehen, die Bestimmungen für den Erhalt eines Bleiberechts klar formuliert sind, und die Begutachtung einer PTSD mit den verbundenen Stichtagsregelungen zu dem Erlangen einer Aufenthaltsbefugnis führen müssten, stehen die PraktikerInnen einer restriktiven Handhabung von Entscheidungen gegenüber. Es scheint unmöglich den Ansprüchen und Interessen der Entscheidungstragenden zu entsprechen, der eigenen Klientel zu helfen, und auch seinen eigenen berufsethischen und politischen Ansprüchen gerecht zu werden.

„Während so die ethischen Bedenken gegen unser Tun wachsen, sehen wir gleichfalls keine Möglichkeit uns aus diesem Feld einfach wieder zurückzuziehen. Wenn wir keine Stellungnahmen und Gutachten mehr schreiben, dann werden hochgefährdete Personen möglicherweise ausgewiesen. Schließlich bitten uns unsere Klienten ja selbst um diese Stellungnahmen, oft sind sie uns, vielleicht sogar zu Recht, dankbar dafür. Wir alle haben viele Fälle bearbeitet, wo es gerade unsere Stellungnahmen waren, die der einen oder anderen Familie ein Hier bleiben ermöglicht hat, ihnen möglicherweise sogar das Leben gerettet hat. Schreiben wir unsere Gutachten aber einfach weiter, dann werden dabei zwangsläufig unsere Behandlungszeiten immer knapper, handeln wir ethisch zweifelhaft und (und das ist entscheidend) beteiligen uns an einem Prozess, welcher die politische Grundproblematik immer mehr in den Hintergrund drängt. Dieser Prozess wird auch durch die Schulung neuer Gutachter nicht aufgehalten“ (Best Practice 2004, S. 2).

## TEIL ZWEI EMPIRISCHE STUDIE

### Kapitel Sechs Empirisches Vorhaben und methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird der Forschungsprozess der empirischen Studie methodologisch wie methodisch begründet. Als gewichtigster Bezugspunkt dient dabei das Werk „Das Elend der Welt“ von Pierre Bourdieu et al.. Die kommunikative Validierung stellt eine weitere in der empirischen Studie angewandte Methode dar, die in diesem Kapitel vorgestellt wird. Die Fragestellung im Rahmen empirischer Forschung wird expliziert. Außerdem wird die Interviewerin in ihrer Beziehung zu den Interviewten reflektiert. Die folgende Darstellung enthält weiter eine Begründung der Konzeptionalisierung des Gesprächsleitfadens, Erläuterungen zur Aufzeichnung und Dokumentation, zur Präsentation des Interviews und der Interviewanalyse, zum Vorgehen während der Analyse sowie zur Durchführung der kommunikativen Validierung.

#### 6.1. Bourdieu et al. „verstehen“<sup>116</sup>

In dem Band „Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft“, herausgegeben von Pierre Bourdieu und siebzehn weiteren AutorInnen<sup>117</sup> werden „Zeugnisse vor[gelegt, K.R.] die Männer und Frauen uns hinsichtlich ihrer Existenz und ihren Schwierigkeiten zu existieren anvertraut haben“ (Bourdieu 1997/2002a, S. 13). So werden in dem nahezu 850 Seiten langen Band eine Fülle von Interviews mit unterschiedlichen Menschen der französischen Gesellschaft präsentiert, neben vereinzelt theoretischen Abhandlungen. Der Gegenstand der Gespräche variiert sehr stark, zusammengenommen stellen die Interviews eine Analyse des Leidens an den Verhältnissen der aktuellen französischen Gesellschaft dar. Dabei sollen die Subjekte jedoch nicht in ihrer Position objektiviert werden, bspw. als ‚typischer Fabrikarbeiter‘, indem alle Äußerungen und Blickwinkel auf ihre Eigenschaft als ‚der Fabrikarbeiter heute‘ reduziert würden. Ziel der Präsentation dieser ‚Fallstudien‘ ist, den Lesenden einen „verständnisvollen und verstehenden Blick“ (ebd. S.13, Herv. i. Orig.) auf die Äußerungen und Lebenswelten der je unterschiedlichen Subjekte nahezulegen. Dabei soll eine wissenschaftliche Methodengeleitetheit der Gestaltung der Interviews sowie der Präsentation der Interviews keineswegs vernachlässigt werden. Diese methodologischen Voraussetzungen sind für ein richtiges Verständnis der Daten im

---

<sup>116</sup>Zum konkreten Vorgehen siehe Unterkapitel 6.5..

<sup>117</sup>Alain Accardo, Gabrielle Balazs, Stéphane Beaud, Emmanuel Bourdieu, Sylvan Broccolichi, Patrick Champagne, Rosine Christin, Jean- Pierre Faguer, Sandrine Garcia, Remi Lenoir, Françoise Œuvrard, Michel Pialoux, Louis Pinto, Denis Podalydés, Abdelmalek Sayad, Charles Soulié, Loïc J.D. Wacquant.

Gegenteil unverzichtbar. Es wird der Versuch unternommen sich Spinozas Ausspruch „*Nicht bemitleiden, nicht auslachen, nicht verabscheuen, sondern verstehen*“ (ebd. S. 13, Herv. K.R.) methodologisch als Leitlinie zu setzen. Es wurden vertrauliche Mitteilungen zwischen InterviewerIn und Interviewter/m zu ihren eigenen Existenzen aufgenommen. Gerade aufgrund eines entgegengebrachten Vertrauens seien die Interviewten in besonderem Maße zu schützen, indem ihre Daten so anonymisiert wurden, dass sie nicht identifiziert werden konnten, „doch vor allem mussten wir alles tun, um sie vor den Gefahren in Schutz zu nehmen, denen wir ihr Wort dadurch aussetzen, dass wir es ungeschützt den möglichen Sinnentstellungen überantworten“. (ebd. S. 13).

Dies geschieht insbesondere durch eine besondere Art der Präsentation der Daten. Das Interview wird präsentiert, jedoch nicht für sich stehend, auch Interviewanalysen sollen nicht für sich stehen. Die Interviews werden verbunden mit einer kontextualisierenden Analyse der verbalen Daten, welches insbesondere durch die Formulierung einer einleitenden Interviewanalyse sowie der gezielten Auswahl von Überschriften geschieht. Es wird von der Idee Abschied genommen, die erhobenen Daten ‚objektiv‘ und von jeder Analysetätigkeit als ‚reine‘ Daten getrennt zu präsentieren. „Der Anspruch auf Lesbarkeit, der sich aus der Bezugnahme auf ein mögliches Zielpublikum mit höchst unterschiedlichen Erwartungen und Kompetenzen ergibt, verbietet die Publikation einer phonetischen Transkription“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 798), wie sie in vielen anderen sozialwissenschaftlichen Methoden die Regel darstellt. Jeder Transkriptionsakt selbst stellt schon eine Übersetzung oder einen Interpretationsakt der mündlichen Rede dar.

„Paradoxerweise mussten wir uns gerade im Namen des Respekts gegenüber dem Autor manchmal dafür zu entscheiden, den Text um die einen oder anderen ausufernden Ausführungen, konfusen Sätze, verbale Füllsel oder sprachlichen Ticks (die „Hm“ und die „Äh“) zu erleichtern. Sie verleihen dem gesprochenen Diskurs zwar seine ganz besondere Färbung und erfüllen in der Kommunikation eine eminent wichtige Funktion, indem sie zum Beispiel den Fortgang einer Ausführung signalisieren, die ins Stocken geraten ist, oder an die Aufmerksamkeit des Gesprächspartners appellieren, in manchen Fällen jedoch verwickeln und verwirren sie die Transkription in einem solchen Maße, dass sie für jemanden, der die Originaldiskurse nicht gehört hat, vollkommen unlesbar machen. Außerdem haben wir uns erlaubt, die Transkription immer dann von allen rein informativen Äußerungen (über die schulische Laufbahn, die Ausbildung, den Beruf) zu befreien, wenn wir diese Information in den einführenden Text hineinnehmen konnten. Aber wir haben niemals weder ein Wort durch ein anderes ersetzt, noch die Reihenfolge der Fragen oder den Ablauf des Interviews verändert, und alle Unterbrechungen wurden vermerkt“ (ebd. S. 779).



So soll sich die Präsentation der Daten bewusst einer „Pragmatik der Niederschrift“ (ebd. S. 797) bedienen<sup>118</sup>. Es wird in die Daten allerdings aktiv eingegriffen, indem Titel für das gesamte Interview und Untertitel in das Interviewtranskript eingearbeitet werden. Alle Titel und Untertitel werden stets den Äußerungen der Interviewten entnommen. Welche Zitate ausgewählt werden und an welchen Stellen sie eingebracht werden, wird nach dem jeweiligen Hintergrundwissen über den Gegenstand der Gespräche und der Position der GesprächspartnerIn entschieden. Der dem Dialog vorangehende Text sowie die Titel und Überschriften haben die Funktion

„den Blick des Lesers auf jene relevanten Merkmale zu richten, die eine zerstreute und unzureichend gewappnete Wahrnehmung übersehen würde. Sie haben die Funktion, an die sozialen Bedingungen [...] zu erinnern, deren Produkt der Verfasser der Rede ist, seine Laufbahn, seine Ausbildung, seine Berufserfahrungen, alles, was in der transkribierten Rede sowohl verborgen wie offengelegt wird“ (Bourdieu, 1997/2002a, S. 14).

Ziel dieser *analytischen Einleitungen* ist insbesondere eine Kontextualisierung des im Interview Gesprochenen, welches die Positionen und Perspektiven der Befragten in den Kontext ihrer Lebenswelten stellen soll, um ihre Aussagen *verstehbar* zu machen. Dies sei möglich durch die „Darlegung aller zur objektiven Analyse der Stellung der befragten Person und zum Verständnis ihrer Stellungnahmen erforderlichen Elemente, ohne dabei zu ihr die objektivierende Distanz einzunehmen, die sie auf den Zustand entomologischer Neugierde reduzierte; die Übernahme eines Standpunktes, der der befragten Person so nahe wie möglich ist, ohne sich dabei ungerechterweise in jenes Alter ego, das stets noch, ob man es will oder nicht, ein Objekt bleibt, hineinzuprojizieren, um sich fälschlich zum Subjekt seiner Weltsicht zu machen“ (ebd. S. 14).

Bourdieu et al. bieten allerdings keine explizite Anleitung der angewandten Methoden der Interviewführung sowie Präsentation. Es wird lediglich versucht, die Intentionen und Prinzipien oder *Prämissen* zu explizieren, die von den unterschiedlichen MitarbeiterInnen der Forschungsarbeit angewendet wurden. Die Lesenden sollen dadurch in die Lage versetzt werden, die „Konstruktions- und Verstehensarbeit, aus der die Texte hervorgegangen sind, nachzuvollziehen“ (Bourdieu 1997/2002b, S.780). Die Methode der empirischen Arbeit habe sich nicht direkt aus theoretischen Überlegungen oder Ableitungen entwickelt, sie kristallisierte sich „in der fortwährenden Konfrontation der Erfahrung und Überlegungen der

---

<sup>118</sup>Auch subjektwissenschaftliche Praxisforschung bedient sich solch einer Pragmatik der Niederschrift, die Interviews werden hier „ohne spezielle Regeln ‚abgeschrieben‘ und- in Form von Fußnoten- mit Kommentaren, Problematisierungen und Nachfragen gemäß der Projektfragestellung versehen“ (Markard 2000b, S. 227).

einzelnen Mitarbeiter [...] in Form der Ausformulierung und fortschreitenden Kodifizierung der in der Praxis konkret durchgeführten Verfahren Schritt für Schritt immer klarer heraus“ (ebd. S. 780). Die Wahl der Gesprächsthemen und der Art der Interviewführung (offen, Leitfaden etc.) wurde in Abhängigkeit der gesellschaftlichen Positionen der jeweiligen GesprächspartnerInnen gewählt und in der Arbeitsgruppe diskutiert. Die Aufgabe der Forschenden soll darin liegen, die Interviewten sowie die *LeserInnenschaft*, bei ihrer *Reflexion* zu unterstützen „sofern er [der Forschende, K.R.] über ein fundiertes Wissen hinsichtlich der Lebensumstände, deren Produkt sie sind, sowie hinsichtlich der gesellschaftlichen Effekte, die die Befragungsbeziehung und dadurch seine Position und seine Grundeinstellungen ausüben können, verfügt“ (ebd. S. 796 f).

Die Interviewsituation selbst wird als eine soziale Beziehung gefasst, der ein *Machtunterschied* der beiden GesprächspartnerInnen immanent ist. Diesem Problem soll mit einer möglichst „*gewaltfreien Kommunikation*“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 781, Herv. K.R.) entgegengetreten werden. Dabei muss zunächst versucht werden

„die Effekte zu erkennen, die man unwillkürlich durch dieses Eindringen und Sicheinmischen ausübt, welches immer wieder ein wenig beliebig ist und den Ausgangspunkt jeden Austausches bildet (besonders durch die Art und Weise, sich und die Umfrage zu präsentieren, durch zugestandene oder verweigerte Ermutigungen usw.). Das bedeutet, man versucht herauszufinden, wie sich die Situation für den Befragten darstellt“ (ebd. S. 781).

Zweitens werden die Gründe benannt, welche die GesprächspartnerInnen dazu bewegen, in diese Austauschbeziehung einzuwilligen. Es soll drittens darauf geachtet werden, was im Gespräch gesagt werden kann und was nicht, um die „Zensur zu begreifen, die bewirkt, dass bestimmte Dinge nicht gesagt werden, und die Beweggründe dafür zu erkennen, dass andere betont werden“ (ebd. S. 781). Dabei reiche es nicht immer aus, Interviewtechniken gut zu beherrschen. „In manchen Fällen muss auch auf die eigentliche *Struktur* der Beziehung Einfluss genommen werden [...] und zwar durch die *Auswahl* der befragten Person und der Interviewer“ (ebd. S. 783). Deshalb wurden die InterviewerInnen angeregt, ihre InterviewpartnerInnen aus ihrem Bekanntenkreis oder durch Bekannte vermittelt auszuwählen. So wird von der Idee eines neutralen Forschers<sup>119</sup>, dessen persönliche Merkmale, die von einer imaginären idealen objektiv- neutralen Forschungsperson abweichen, kontrolliert werden müssen, Abschied genommen. Die in vielen sozialwissenschaftlichen Abhandlungen diskutierten Effekte durch ‚Befangenheit‘ und daraus resultierende ‚Loyalitätskonflikte‘, die einer ‚*objektiven*‘ Erhebung und Analyse der Daten entgegenstünde, wird mit dem Argument entgegengetreten, dass

---

<sup>119</sup>Die männliche Form ist hier bewusst gewählt.

„gesellschaftliche Nähe und Vertrautheit ermöglichen, dass zwei Bedingungen ‚gewaltfreier Kommunikation‘ ermöglicht werden. Erstens: Ist der Interviewer demjenigen, den er befragt, gesellschaftlich sehr nahe, kann sich der Befragte aufgrund dessen, dass er am Platz des Anderen stehen könnte, davor sicher fühlen, dass seine subjektiven Beweggründe nicht auf objektive Ursachen und seine als frei erlebten Entscheidungen nicht auf die Folge objektiver, in der Analyse offengelegter Determinismen reduziert werden. Zweitens ist in diesem Fall außerdem sichergestellt, dass ein unmittelbares und ständig neu bestätigtes Einvernehmen hinsichtlich des Vorverständnisses zu den Inhalten und Formen der Kommunikation besteht“ (ebd. S. 783).

Dieses gegenseitige Einvernehmen äußert sich in einem gegenseitigen Wissen und Einverständnis über die besprochenen Gesprächsthemen, welches einen vertrauensvollen und bedeutungsvollen Gesprächsfluss ermöglichen soll<sup>120</sup>. Abgesehen von der strategischen Auswahl der Interviewenden, die aus einer übereinstimmenden Position ihre Befragten wählen, „gibt es noch jene Befragungsbeziehungen, in denen er es zumindest teilweise selbst schafft, die soziale Distanz zu überwinden, und zwar dank eines Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und dem Befragten und dank einer sozialen Aufrichtigkeit, welche einem freien und offenen Reden förderlich und durch die Existenz diverser sekundärer Solidaritätsbindungen gewährleistet ist, die ein wohlwollendes Verstehen garantieren: Familienbeziehungen, Jugendfreundschaften oder, wie einige Interviewerinnen berichten, die Komplizinnenschaft zwischen Frauen haben es nicht selten ermöglicht, die mit den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen verknüpften Hindernisse zu überwinden“ (ebd. S. 785).

Als mit den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen verknüpfte Hindernisse führt Bourdieu Klasse oder Ethnizität an, die einer gewaltfreien Kommunikation entgegenstehen können. Wenig problematisiert wird allerdings, dass ein Interview zwischen zwei vermeintlich ‚Betroffenen‘ auch eine Homogenisierung

---

<sup>120</sup>Als Beispiel hierfür wird eingebracht „Wenn ein Physiker einen anderen jungen Physiker interviewt (oder ein Schauspieler einen anderen Schauspieler, ein Arbeitsloser einen anderen Arbeitslosen), mit dem er fast die Gesamtheit aller als Hauptklärungs-faktoren für seine Praktiken und seine Repräsentationen in Frage kommenden Eigenschaften teilt und mit dem er zutiefst vertraut ist, entspringen seine Fragen seinen Dispositionen, die objektiv mit denen des Befragten in Einklang stehen. Und selbst wenn er die Fragen stellt, die auf gröbste Weise zu objektivieren versuchen, erscheinen sie seinem Gesprächspartner doch nicht bedrohlich oder aggressiv, weil dieser ganz genau weiß, dass beide Beteiligten im Hinblick auf das, was er auf die Fragen hin preisgeben soll, wesentliche Gemeinsamkeiten aufweisen und sie somit auch die Risiken dieser Preisgabe gemeinsam tragen. Der Interviewer seinerseits wird wohl kaum vergessen, dass den Befragten zu objektivieren bedeutet, auch sich selbst zu objektivieren“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 784).

der Positionen und Perspektiven der GesprächspartnerInnen führen kann, indem die interviewte Person auf eine vermeintliche Zugehörigkeit reduziert wird. Durch die Betonung einer Zugehörigkeit können andere Zugehörigkeiten verwischt werden. Dem Problem der multiplen Gruppenzugehörigkeiten kann jedoch durch den Versuch der Explikation der unterschiedlichen Zugehörigkeiten, die im Gespräch eine Rolle spielen könnten, entgangen werden<sup>121</sup>. Auch wird nicht auf eventuelle spezifische, auf eine ähnlich gelagerte Position oder Zugehörigkeit der GesprächspartnerInnen zurückführbare, Auslassungen und Einrichtungen mit den Verhältnissen eingegangen. Allerdings wird thematisiert, dass durch die gesellschaftliche Nähe und persönliche Beziehungen einige Gespräche unbrauchbar wurden, wenn relevante Inhalte wegen einer vermeintlichen Übereinkunft zwischen den GesprächspartnerInnen gar nicht mehr ausgesprochen wurden (vgl. ebd.).

Die Konstruktionsarbeit der *analytischen Einleitung* des Interviews soll leisten, „sich gedanklich an den Ort zu versetzen, den der Befragte im Sozialraum einnimmt, um ihn von diesem Punkte aus zu fordern und von dort aus sozusagen Partei für ihn zu ergreifen“ (ebd. S. 786). Es soll ein generelles und genetisches Verständnis der Existenz des Anderen angestrebt werden, welches sich durch eine praktische und theoretische Einsicht in die soziale Bedingtheit der Subjekte ergibt. „Eine Einsicht in die Existenzbedingungen und gesellschaftlichen Mechanismen, deren Wirkung alle Mitglieder seiner Kategorie (die der Gymnasiasten, Facharbeiter, Richter usw.) betreffen, eine Einsicht in die untrennbar verwobenen psychischen und sozialen Prägungen, die mit der Position und dem biographischen Werdegang dieser Person im Sozialraum einhergeht“ (Bourdieu 1997/2002b, S.786). Diese Vorstellung einer sozialen *Bedingtheit* der Subjekte mutet deterministisch an. Auch wenn ich durchaus einen starken Einfluss der unterschiedlichen Positionen und den damit verbundenen Perspektiven der Subjekte gerecht werden möchte, soll sich aber auch den speziellen Handlungsspielräumen und subjektiven *Verhalten zu* den unterschiedlichen gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen als *Prämissen* der Subjekte zugewendet werden.

Die/ der Interviewende hat nur dann eine „Chance, seinem Gegenstand gerecht zu werden, wenn er ein enormes Wissen über ihn hat, welches er entweder im Laufe eines ganzen Forscherlebens oder, auf direkte Weise, im Laufe vorangehender Gespräche mit dem Befragten selbst oder mit Informanten angehäuft hat“ (ebd. S. 787). Diese notwendige Hintergrundinformation kann im Interview oder in der Analyse direkt oder indirekt zur Geltung kommen, bspw. dadurch, dass gewisse Vorkehrungen oder Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, die entscheidend dafür sein können, ob ein Vertrauensverhältnis während der Befragung hergestellt wird. Indirekt kann dieses Vorwissen dadurch zum Ausdruck kommen, dass unpassende

---

<sup>121</sup>Dies wird in dem Unterkapitel 6.4. zur Beziehung der Interviewerin zu den Interviewten versucht, auch in den analytischen Einleitungen der Interviews mit Lejla, Munira und Katarina.

oder gekünstelte Fragen vermieden werden, auch ermögliche ein Hintergrundwissen "ständig neue, sinnvolle Fragen zu improvisieren" (ebd. S. 787).

Eine realistische Konstruktion von verbalen Daten sei nicht durch eine *klassische* „Tonband- Soziologie“ (ebd. S. 793) zu erreichen, welche die Befragten auf ihre Vornamen reduziert sowie deren konkrete und institutionelle Bezüge nicht mit einbezieht, sondern gerade mittels *Einbezug der gesellschaftlichen Kontexte des Gesagten* in die Analyse. Dies erläutert Bourdieu an dem Beispiels eines Gesprächs von drei Gymnasiastinnen:

„So wird man bspw. das, was in dem scheinbar vollkommen banalen Gespräch zwischen drei Gymnasiastinnen gesagt wird, nur dann wirklich verstehen, wenn man [...] es schafft, aus ihren Worten die Struktur der objektiven gegenwärtigen und vergangenen Beziehungen zwischen ihrem Werdegang und der Struktur der schulischen Einrichtungen, die sie besucht haben, und damit die Struktur und Geschichte des Bildungssystems, die darin zu Ausdruck kommt, herauszulesen“ (ebd. S. 793).

Eine Interviewanalyse ohne die Einbeziehung der Struktur und Geschichte in diesem Falle der Institution Schule und des Bildungssystems sei „eine in naiver Weise personalisierte Sichtweise, die Einzigartigkeit der gesellschaftlichen Individuen glauben machen möchte“ (ebd. S. 793). Es ist hingegen notwendig, die verbalen Daten, die im Rahmen einer punktuellen Interaktion entstanden sind, im Kontext der in den Äußerungen enthaltenen Strukturen an die Oberfläche zu bringen, „um auf das Wesentliche dessen, was die Idiosynkrasie eines jeden dieser jungen Mädchen ausmacht, sowie auf die ganz einzigartige Komplexität ihres Agierens und Reagierens zurückzukommen“ (ebd. S. 793). Auch die unsichtbaren Strukturen des gesellschaftlichen Raumes, „in dem die drei jungen Mädchen von Beginn an hineingestellt waren, und die Struktur des schulischen Raumes, innerhalb dessen sie unterschiedliche Werdegänge durchlaufen haben, welche, auch wenn sie der Vergangenheit angehören, [werden, K.R.] weiterhin ihre Sichtweise ihrer schulischen Vergangenheit und Zukunft sowie ihre Sichtweise von sich selbst und dem, was ihnen in höchsten Maße eigen ist, lenken“ (ebd. S. 793).

Dass der/ die AutorIn Bezüge zwischen dem konkret Ausgesagten und gesellschaftlichen Strukturen herstellt, bedeutet nicht, dass den Befragten selbst diese Bezüge bewusst sein müssen, „sie haben nicht notwendigerweise Zugang zum Ursprung ihrer Unzufriedenheit oder ihrer Malaise, und auch die spontansten Erklärungen können, ohne jegliche Verschleierungsabsichten, etwas ganz anderes zum Ausdruck bringen als das, was sie scheinbar sagen“ (ebd. S. 796).

Zur Präsentation der Daten ist es wichtig, auch die RezipientInnen in die Daten einzuführen, da festgestellt wurde

„dass Leser, die nicht eingeführt wurden, die Berichte wie Eingeständnisse eines Freundes eines Freundes oder wie Äußerungen (oder den Klatsch) über Dritte lasen, was ihnen die Gelegenheit bot, sich zu identifizieren, aber auch, sich abzugrenzen, zu richten, zu verurteilen oder in der Bestätigung gemeinsamer Werte einen moralischen Konsens zu betonen. Der politische Akt ganz besonderer Art, der darin besteht, durch die Veröffentlichung das an die Öffentlichkeit zu bringen, was dort normalerweise keinen Zugang hat, zumindest nicht *in dieser Form*, würde dann in gewisser Weise verkehrt und vollständig seines Sinnes beraubt“ (ebd. S. 800, Herv. i. Orig.).

Eine Fehlinterpretation soll durch die Intervention der Forschenden „mit Titeln und Untertiteln und vor allem in Form des Vorwortes“ (ebd. S. 800) bei der Präsentation der Interviews vermieden werden. So wurde daran gearbeitet, insbesondere durch das Vorwort der Interviews

„dem Leser die nötigen Instrumente zu liefern, um die Äußerungen, die er lesen wird, jenen Blick entgegenbringen zu können, der dem Befragten gerecht wird, indem er ihm seine Daseinsgrundlage und seine Notwendigkeit zurückgibt; oder genauer gesagt, damit er sich an einem Punkt im gesellschaftlichen Raum situieren kann, von dem aus all die Blicke des Befragten auf diesen Raum geworfen wurden, an jenem Ort also, an dem dessen Sicht der Welt evident und notwendig, also *taken for granted* wird“ (ebd. S. 801, Herv. i. Orig.).

Die Befragten sollen in ihrer Position und Perspektive ernstgenommen werden. Mittels der analytischen Konstruktionsarbeit soll versucht werden „die Lebensschicksale gleichzeitig in ihrer Einmaligkeit und in ihrer Allgemeinheit zu verstehen“ (ebd. S. 788). Ein Interview sieht Bourdieu als gelungen an, wenn InterviewerIn der interviewten Person „Alternativen eröffnet, die ihn dazu bringen, oder es ihm erlauben, sein Unbehagen [...] zur Sprache zu bringen, die er manchmal erst durch das zur Sprache bringen entdeckt“ (ebd. S.791). Ziel ist die Anregung einer „zugleich provozierende[n] und unterstützende[n] Selbstanalyse“ (ebd. S. 792, Herv. i. Orig.), die nicht von allen Befragten bewusst wahrgenommen werde.

„Dennoch scheinen einige von ihnen, vor allem einige der Mittellosesten, diese Situation als eine ganz besondere Gelegenheit zu empfinden, um Zeugnis abzulegen, sich Gehör zu verschaffen, um ihre Erfahrungen von der privaten in die öffentliche Sphäre zu tragen; auch die Gelegenheit, *sich zu erklären*, und zwar im weitesten Sinne des Wortes, also ihre eigene Sichtweise von sich selbst und der Welt zu konstruieren, und jenen Punkt innerhalb dieser Welt festzulegen, von dem aus sie sich selbst und die Welt sehen, von dem aus ihr Handeln verständlich und gerechtfertigt ist, und zwar zuallererst für sich selbst.“ (ebd. S. 792, Herv. i. Orig.)

Diese Chance *sich zu erklären*, wird in hier weiter durch eine kommunikative Validierung der Gespräche vertieft.

## 6.2. Kommunikative Validierung<sup>122</sup>

Im Rahmen qualitativer Forschung wird die Frage der Validität verstanden als eine diskursive Frage „inwieweit die Konstruktionen des Forschers in den Konstruktionen derjenigen, die er untersucht hat, begründet sind [...] und inwieweit für andere diese Begründetheit nachvollziehbar wird“ (Flick 2000, S. 244). Dies kann durch Analyse der Interviewsituation erfolgen<sup>123</sup>, durch die Frage „ob Interviewpartner aufgrund der Interviewsituation einen Anlass hatten, bewusst oder unbewusst eine spezifische, d.h. verfälschende Version ihrer Erfahrungen zu konstruieren, die sich nicht (oder nur begrenzt) mit ihren Sichtweisen deckt“ (ebd. S. 245), sowie durch eine „Herstellung von Transparenz über den Forschungsprozess“ (ebd. S. 248f).

Ein anderer Weg ist die Einbeziehung der Interviewten in den Forschungsprozess. In einem zweiten Termin nach Abschluss des Interviews und abgeschlossener Transkription wird eine „inhaltliche Zustimmung des befragten Subjekts zu seinen Aussagen eingeholt“ (ebd. S. 245). Die Position Flicks ist bspw., dass eine kommunikative Validierung zum Transkript, jedoch nicht zur Analyse verbaler Daten sinnvoll sei. Er begründet dies mit den „bei der Konfrontation mit Interpretationen auftretenden ethischen Problemen“ (ebd.). So habe sich eine Validierung der Interviewanalyse in der Forschungsgemeinde nicht durchsetzen können. Den Grundgedanken der kommunikativen Validierung formuliert Mayring hingegen offener als eine Methode, „eine Einigung bzw. Übereinstimmung über die Ergebnisse der Analyse zwischen Forschern und Beforschten diskursiv herzustellen“ (Mayring 1993, S. 106). Die kommunikative Validierung soll auch „zur Selbstverständigung der Menschen über ihre Alltagspraxis“ (ebd.) beitragen.

Kritisch zum Konzept der kommunikativen Validierung merkt Flick treffend (2000) an, dass nicht befriedigend beantwortet sei, „wie das methodische Vorgehen bei der kommunikativen Validierung zu gestalten“ (ebd. S. 245) sei. Auf der Suche nach einer für den Kontext dieses Themenfeldes anwendbare Vorgehensweise, schien mir auch das von subjektwissenschaftlicher Praxisforschung vorgeschlagene Vorgehen (vgl. Fahl & Markard 1993; Markard 2000b), für den Kontext der Validierung der Gespräche mit Lejla, Munira und Katarina eher wenig praktikabel. Vorgeschlagen wird hier, das niedergeschriebene Interviewtranskript der/dem Interviewten zum Lesen zu geben, mit der Aufforderung, es so zu überarbeiten, „dass der von ihnen gemeinte Text aus seiner Sicht optimal enthalten war“ (Markard 2000b, S. 227). Kommentare, Problematisierungen und Nachfragen sollen von Seiten der InterviewerIn und Interviewten in Form von Fußnoten erfolgen. Die von der/dem

---

<sup>122</sup>Zum konkreten Vorgehen in dieser Arbeit siehe Unterkapitel 6.5.

<sup>123</sup>Wie es auch in dieser Arbeit erfolgte, siehe analytische Einleitung der Interviews mit Lejla, Munira und Katarina.

Interviewten „autorisierte Fassung des Interviews“ (ebd.) bildet eine Grundlage der Gruppendiskussion im Ausbildungsprojekt subjektwissenschaftliche Praxisforschung (ASB), die ebenfalls transkribiert und kommentiert wird. Diese subjektwissenschaftliche Vorgehensweise bot Anregung zur Durchführung einer kommunikativen Validierung der Gespräche. Allerdings wurde eine abgewandelte Vorgehensweise der kommunikativen Validierung entwickelt, denn die wenig *kommunikative* Autorisierung durch das zunächst schriftliche Kommentieren in Form der Fußnoten erfolgt in Form einer *gesprochenen* Kommunikation.

Im Rahmen dieser empirischen Studie wird die kommunikative Validierung neben einer Autorisierung des Transkriptes und der Analyseinhalte als Raum begriffen, in dem die interviewte Person selbst in den Analyseprozess eingreifen kann. Das zweite Gespräch wird als Chance zu einer vertiefenden Selbstreflexion verstanden. Die kommunikative Validierung muss hier auch in Richtung Intervention<sup>124</sup> gehen, in der aufgefundene Widersprüche differenziert, geklärt und verdeutlicht werden können. Dies erfolgt in Abwägung der Zumutbarkeit der Thematisierung der Widersprüche. Es wird eine Einschätzung zu der Frage getroffen, ob der Interviewten in der kommunikativen Validierung die Interpretation der Widersprüche einfach ‚*vor den Kopf geknallt*‘ werden kann, wenn sie u.U. für sie existentiell sind. Sie zielt auf eine vertiefende Verständigung zwischen Interviewerin und Interviewter, die ergebnisoffen gestaltet sein soll. Durch Hinzuziehung der kommunikativen Validierung bzw. eines Nachgesprächs zur Validierung des Transkriptes wird eine Möglichkeit zur Verständigung über nicht Verstandenes und ein nochmaliges Einsteigen in Themenbereiche, die eher implizit verhandelt wurden, eröffnet. Die kommunikative Validierung bietet Nachfrage- Vertiefungs- sowie Problematisierungsmöglichkeiten v.a. für die Interviewerin, außerdem bietet sie Korrekturmöglichkeiten des Gesagten sowie der Analyse insbesondere für die Interviewte. Es wird die Form eines auf der Interviewanalyse beruhenden vorformulierten Nachfrageleitfadens gewählt, in dem bestimmte Gesprächsinhalte und Aussagen der Interviewten durch Nachfragen problematisiert werden sollen; wie genau vorgegangen wird, wird weiter unten im Unterkapitel 6.6.6. erläutert.

Zu dem Problem der Validität von qualitativ- empirischen Daten stellt allerdings auch die kommunikative Validierung keine Lösung dar, sondern eher eine pragmatische Bewährung. Sie soll hier gesehen werden als eine Überprüfung, ob die je Interviewte sich richtig widergegeben sieht und ob die erfolgten Explizierungen, Kontextualisierungen und Problematisierungen in der Interviewanalyse sich mit der Lebenswelt der Interviewten treffen, oder daran vorbeigehen und die Interviewte eine ganz andere plausible Verbindung und Erklärung für das Angesprochene nennt

---

<sup>124</sup>Diese Intervention wird aber insofern nicht systematisch verfolgt, als aktiv gemeinsam nach Lösungen (etwa durch das Herausarbeiten von lösungsorientierten Handlungsalternativen) gesucht wird. Das Bewusstmachen von Widersprüchen und eine Verunsicherung von vermeintlich zwingenden Begründungsmustern soll erzielt werden.



oder ganz andere Teile des Gespräches thematisiert. Erzielt wird, dass die Gesprächspartnerin ihre Problematiken durch die Formulierungen und Bezugsetzungen der Interviewerin so auf den Begriff gebracht sehen, dass sie sich darunter *subsumieren* können (vgl. Markard 1993). Auch bietet die kommunikative Validierung die Einschränkung einer Interpretation „*über die Köpfe der Betroffenen hinweg*“ (Markard 2000b, S. 233, Herv. K.R.). Weiter eröffnet die kommunikative Validierung einen Weg, in der Analyse der verbalen Daten nicht nur beim Text des Transkriptes zu bleiben, sondern eine Kommunikation zwischen Menschen zu eröffnen. Idealerweise unterstützt sie eine Eigenreflexion, die neue Sichtweisen eröffnet. Idealerweise leistet sie dies für beide Gesprächspartnerinnen.

### **6.3. Fragestellung im Rahmen qualitativ- empirischer Forschung**

Die drei geführten Interviews mit begutachtungserfahrenen bosnischen ‚traumatisierten‘ Frauen<sup>125</sup> streben ein *Verstehen* der interviewten Frauen an. Deren *Positionen und Perspektiven* zu den Themen Trauma und Begutachtung sollen präsentiert werden. Eine vorweg ausgearbeitete Hypothesenformulierung wird nicht entwickelt, da nicht vorab verfasste Annahmen geprüft werden. Ziel ist es, einen Raum zu schaffen, in dem nicht *über* ‚Anderer‘ geredet wird, sondern diese selbst zu Wort kommen, indem sie Gelegenheit haben „*sich zu erklären*“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 792, Herv. i. Orig.). Daneben zielen die Interviews auf eine Selbst- und Verhältnisreflexion, angeregt durch das Interview, sowie durch die kommunikative Validierung. Die in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellten Gespräche und deren Analysen dienen als *Beispiele und Konkretisierungen* aus der Perspektive von *jeweils* Lejla, Munira und Katarina zu den im theoretischen Teil verhandelten Themenkomplexen. Deren subjektive Mensch- Welt- Beziehung soll veranschaulicht werden. Nomothetisch- statistische Verallgemeinerungen aufgrund einzelner Interviews mit einer kleinen Anzahl von Subjekten sind weder Ziel der empirischen Studie, noch lägen sie in deren Möglichkeit. Genauso wenig wie Häufigkeitsverallgemeinerungen über die Verbreitung von Merkmalen bzw. über deren Häufigkeiten. Über die quantitative Relevanz der untersuchten Phänomene, also „wo und wie häufig das der Fall ist, kann auf Grund der Daten keine Auskunft getroffen werden“ (Markard 1993, S. 36). Aber in qualitativen Interviews sind, soweit Begründungsmuster expliziert werden, strukturelle Verallgemeinerungsaspekte in den Daten mit enthalten (vgl. ebd.). Mit dem Leitfadenterview und in der kommunikativen Validierung soll die „praktische Vermittlung zwischen gesellschaftlicher und individueller Reproduktion je konkret, fallbezogen, theoretisch gefasst werden“ (Markard 1993, S. 44).

### **6.4. Die Interviewerin und die Interviewten**

---

<sup>125</sup>Von denen, wie schon oben angemerkt, drei Interviews ausgewertet wurden.

Hier wird die Beziehung der Interviewerin- also mir- zu den Interviewten- also zu Lejla, Munira und Katarina- allgemein reflektiert. Da diese Beziehung nur eingeschränkt auf alle Gesprächspartnerinnen verallgemeinerbar ist, erfolgt eine Positionierung zu jeder Interviewten gesondert in der analytischen Einleitung der jeweiligen Interviews.

Die Interviewpartnerinnen habe ich ausgewählt, da sie als zugehörig zu der Gruppe ‚traumatisierter bosnischer Flüchtlinge‘ wahrgenommen werden. Alle drei Kategorien legen die Homogenität einer Gruppe nahe, die so nicht gegeben ist. Es einen sie aber ähnlich gelagerte Erfahrungen der Herkunft, Flucht, Erfahrungen von Vertreibung und Gewalt, sowie nicht zuletzt des Lebens als bosnische Flüchtlinge in Deutschland mit all seinen Implikationen. Damit verbunden ist, wie Bourdieu et al. (1997/2002) es ausdrücken würden, eine je spezifische ‚Position und Perspektive‘ (Bourdieu 1997/2002 c, S. 17, Herv. K.R.), der in den Interviews nachgegangen wird. Auch habe ich die Interviewpartnerinnen ausgewählt, da ich sie für verhältnismäßig belastbar hielt und sie schon über mindestens zwei Jahre einen gesicherten Aufenthaltsstatus inne haben. Zwar wird damit in Kauf genommen, dass die Begutachtung und akute Krisen länger zurückliegen und damit die Erinnerung an diese Zeit verändert ist, ex post vielleicht auch anders wahrgenommen und anders bewertet wird. Der zeitliche Abstand bietet m. E. jedoch den Vorteil, dass ein Gespräch über die Begutachtung, ihr aufenthaltsrechtliches Anerkennungsverfahren und ihre Gefühle und Bewertungen sie nicht ‚aus der Bahn wirft‘ auch wenn die Gesprächsthemen ebenfalls alle drei Interviewten belasteten. Jedoch soll auch erwähnt werden, dass alle Interviewten mehr oder weniger ‚erfolgreiche Fälle‘ darstellen. Sie leben zwar im Vergleich zu den meisten in Deutschland Lebenden- wie auch der Interviewerin- in einer objektiven Benachteiligung. Dessen ungeachtet haben sie im Vergleich zu vielen anderen bosnischen Flüchtlinge die deutsche Sprache gut gelernt, was ihnen eine andere Teilhabe und Mündigkeit in der Gesellschaft ermöglicht. Auch haben sie eine Aufenthaltsbefugnis nach IMK-Beschluss vom November 2000<sup>126</sup> bekommen, und das zeitlich recht früh, im Gegensatz zu vielen Anderen, die bereits abgeschoben wurden oder immer noch auf eine Entscheidung ihres Antrages auf Aufenthaltsbefugnis warten. Ganz abgesehen von Flüchtlingen anderer Herkunft, denen die Möglichkeit nicht offen steht, mittels einer fachlich- psychologischen bzw. fachärztlichen Begutachtung einen relativ gesicherten Aufenthaltsstatus zu erlangen.

Meine Position zu den Interviewten ist, wie alle sozialen Beziehungen, komplex. Nach meiner Einschätzung scheint insbesondere das Vorhandensein einer privaten Beziehung der Gesprächspartnerinnen zueinander, eine wichtige Rolle zu spielen. Die implizierte soziale Nähe zu den Interviewten erlebte ich im Vorfeld der Durchführung und nach den Gesprächen als einen Vorteil in der Kommunikation. Dieses kann zweifelsohne auch zu nachteiligen Effekten führen, insbesondere wenn

---

<sup>126</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

beide Gesprächspartnerinnen vor der Anderen gut dastehen möchten. Es kann ein Leistungsdruck entstehen, der bei einer unbekanntem Person als Interviewerin vielleicht nicht so präsent wäre. Dass beide Gesprächspartnerinnen um die privaten Umstände der anderen wissen, trägt möglicherweise zu einer Relativierung der ungleichen Positionen als Interviewerin und Interviewte bzw. als stärker Privilegierte und weniger Privilegierte im gesellschaftlichen Raum bei. Das Kennen der Positionen und Lebenskontexte der jeweils Anderen ermöglicht eine Relativierung einer *gewaltvollen Kommunikation*<sup>127</sup>. Ein Interview ist immer eine ungleiche Kommunikation, insbesondere, wenn Gesprächsinhalte persönlich sind, in der die Interviewerin ihren persönlichen Lebenskontext nicht preisgibt und die Andere befragt.

Alle Interviewten kenne ich aus dem gleichen Verein, in dem psychosoziale Hilfen angeboten bzw. weitervermittelt werden. Zwei der vier Interviewten habe ich im Kontext einer Selbsthilfegruppe für serbisch- kroatisch- bosnisch sprechende Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien kennengelernt, welche ich 2001 bis 2004 mit anleitete. Die anderen beiden Frauen habe in Zusammenarbeit in unterschiedlichen Projekten dieses Vereins kennengelernt. Ich war zu keinem Zeitpunkt Teil eines Begutachtungsprozesses der Interviewten, was für ein reflexives Gespräch m.E. wichtig ist. Der Kontakt mit allen vier Interviewten, ist eher ein privater, als ein professioneller.

Dass ich mich in der Ausbildung zu einer Psychologin befinde und in unterschiedlichen Vereinen der psychosozialen Hilfen für Flüchtlinge Praktika absolvierte bzw. mitarbeitete, wissen alle Interviewten. Sie haben z.T. konkrete Vorstellungen davon, was das Wissen einer PsychologIn ausmache, die sich nicht unbedingt mit der Realität decken. So zeigt sich in Gesprächen die Annahme, dass Psychologie mit Psychotherapie gleichzusetzen ist, mit der sie schon ausgiebig Erfahrung gesammelt haben. In vielen Bereichen nehmen sie aufgrund dessen ein fachliches Wissen an, was ich nicht immer einlösen kann, bspw. über Medikamente und deren Wirkung. Aber ich nehme mich auch selbst wahr als künftige Psychologin, die deshalb Perspektiven von PraktikerInnen nachvollziehen kann und auch einnimmt. In Bereichen, in denen ich über ein fachliches Kontextwissen verfüge, über das die Interviewten nicht verfügen, kommt es vor, dass ich die Interviewten berate oder sie unterstütze. Allerdings gibt es andere Bereiche, insbesondere den eines Kontextwissens über das ehemalige Jugoslawien bzw. der serbisch- kroatisch- bosnischen Sprache, in denen die Interviewten mir überlegen sind und mich beraten bzw. mir Hilfe anbieten.

Meine gebrochene Zugehörigkeit der zur deutschen Mehrheitsgesellschaft einerseits und zur serbischen Gruppe andererseits spielt auch eine Rolle in der Kommunikation. Mich treffen keine der restriktiven Lebensbedingungen der Flüchtlinge, auch nicht meine Familienmitglieder, da diese als ArbeitsmigrantInnen

---

<sup>127</sup>Wie unter 6.1.mit Bourdieu diskutiert.

nach Deutschland gekommen sind und über einen gesicherten Aufenthaltsstatus verfügen. Den Krieg habe ich selbst nicht erleben müssen, kann also aus eigener Erfahrung nicht wissen, wie sich diese Situation konkret ausgewirkt hat. Meine Familienangehörigen im ehemaligen Jugoslawien haben z.T. im Krieg extremes Leid erfahren, aber sie gehören zur ‚anderen Seite‘. Sie sind ‚SerbInnen‘, während keine der Interviewten ‚Serbin‘ ist, sondern ‚Bosniakin‘, ‚Muslimische Serbin‘ oder ‚Kroatin‘. Dieser familiäre Bezug der Interviewerin spielt in den sozialen Kontakten insofern eine Rolle, als verallgemeinerte Kritik an der serbischen Ethnie wahrscheinlich vorsichtiger formuliert wird, als im Gespräch mit einer anderen Deutschen, die keinen familiären Bezug zur serbischen Gruppe hat. Auch prüfe ich selbst in ihren Kontakten zu Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien, ob diese eine einseitige oder pauschalisierende Schuldzuweisung der jeweils anderen Seite vornehmen oder Hass gegenüber SerbInnen verspüren und reagiert mit Distanzierung, wenn dies der Fall ist.

In den konkreten Beziehungen zueinander reden die Interviewten eher gelegentlich, allgemein und eher in Andeutungen über ihre Erlebnisse im Krieg mit mir und Anderen außerhalb einer Behandlung oder Begutachtung. Es ist nach meiner Einschätzung nicht selten, dass in privaten Kontakten wenig über Kriegserlebnisse gesprochen wird. Um so mehr wird über die Lebensbedingungen in Deutschland geredet, was freilich nicht gleichzusetzen ist mit einer absenten Relevanz der Kriegserlebnisse. Dieses Aussparen der Kriegserlebnisse findet sich auch in den Interviews mit Lejla und Munira wieder.

Alle Interviews finden in deutscher Sprache aus eher selbstbezogenen Gründen von mir statt. In der deutschen Sprache bin ich im Vorteil, in der serbisch-kroatisch-bosnischen Sprache die Interviewten, da sie sich in ihrer Muttersprache differenzierter und exakter ausdrücken können und ich es besser in der Deutschen Sprache kann. M.E. geht eine Übersetzung des Gespräches auch auf Kosten der Intensität in der Dokumentation und Präsentation der Interviews, da diese Arbeit in deutscher Sprache geschrieben ist und Originaldiskurse potentiell durchdringender sind.

Aufgrund der benannten unterschiedlichen Bezüge der Gesprächspartnerinnen zueinander verfügen jeweils beide über ein geteiltes Kontextwissen, welches im Gespräch nicht näher expliziert werden muss. Dies kann auch dazu führen, dass bestimmte Gesprächsteile beiden Gesprächspartnerinnen so naheliegend sind, dass wir auf potentiell diskutierbare Themen und Widersprüche nicht eingehen, da wir diese als selbstverständlich voraussetzen. Dies soll, soweit es vorkommt bzw. von mir bemerkt wird, in der analytischen Einleitung der Interviews angemerkt werden. Die Gesprächspartnerinnen verfügen zu unterschiedlichen Graden über ein Kontextwissen über ‚jugoslawische‘ kulturelle Bedeutungen und Umgangsweisen, über die rechtlichen Bestimmungen und ihre Auswirkungen, unter denen bosnische Flüchtlinge in Deutschland leben, über die damit einhergehenden Lebenslagen, über

die psychosozialen Einrichtungen, in denen die Interviewten behandelt oder begutachtet wurden etc..

### **6.5. Konzeptionalisierung und methodisches Vorgehen**

Ziel dieses Abschnitts ist das Transparentmachen des Interviewplanungs- Interviewdurchführungs- sowie Auswertungsprozesses. Präsentiert werden die Ergebnisse dieses Arbeitsprozesses in den nachfolgenden Kapiteln Sieben bis Neun in denen die Gespräche mit Lejla, Munira und Katarina und deren Analysen vorgestellt werden.

#### **6.5.1. Bezug theoretischer Teil zum empirischen Teil**

Durch die ähnlich gelagerten Bezugspunkte in den Gesprächen, findet eine Kontextualisierung und Explikation bzw. Problematisierung der Gesprächsinhalte bereits durch den theoretischen Teil der Arbeit statt. Die Kapitel Zwei bis Fünf dieser Arbeit dienen *auch* dazu, den RezipientInnen ein Hintergrundwissen zur Verfügung zu stellen, mit dem sie die verbalen Daten, ebenso wie die Analyse und das Nachgespräch besser *verstehen* können. Die in theoretischen Teil der Arbeit verhandelten Felder stellen gemeinsame Bezugspunkte der Gespräche dar. Wie wir uns darauf beziehen und in welchen *spezifischen* Kontexten, bzw. auf welche Weise wir das tun, ist jeweils unterschiedlich. Auf diese feinen Unterschiede bzw. Positionen und Perspektiven der Interviewten wird in den einleitenden Analysen in Anlehnung an Bourdieu et al. (1997/ 2002) sowie Witzel (1982) eingegangen, bzw. in den Präsentationen der Interviews selbst, bzw. in der kommunikativen Validierung. Hauptsächlich dient der theoretische Teil aber einer theoretischen Aufarbeitung des Feldes. Wechselseitig dienen indessen auch die empirischen Daten einer Konkretisierung der angesprochenen Themenkomplexe aus der Position und Perspektive der Begutachtungserfahrenen.

#### **6.5.2. Leitfadeninterview nach Witzel**

Die Planung sowie Durchführung des Interviews erfolgt in Anlehnung an Witzels (1982) *problemzentriertem Leitfadeninterview*. Vor Führung der Interviews wird ein Leitfaden entwickelt, der nach meinem Hintergrundwissen zentrale Dimensionen des Feldes der Begutachtung ‚traumatisierter‘ bosnischer Flüchtlinge enthält. Sowohl eine Auseinandersetzung mit Konzepten, Praxen und Rahmenbedingungen, als auch die Erfahrungen und Diskussionen in Praxiszusammenhängen und persönliche Verbindungen mit dem ehemaligen Jugoslawien bilden dieses Hintergrundwissen, auf dessen Grundlage versucht wird, das Problemfeld mittels der Entwicklung eines Leitfadens zu durchdringen und zu systematisieren. Witzel formuliert in seinen Ausführungen zum problemzentrierten Interview keine Anleitung im engeren Sinne, sondern „Anforderungen an eine gegenstandsorientierte Methodologie, die sowohl die sozialstrukturelle Einbettung des infragestehenden Untersuchungsbereiches als

auch die jeweiligen Formen der Sinnkonstruktionen der Befragten einbezieht“ (Witzel 1982, S. 8).

Darüber hinaus stellt Witzel neben einem Leitfaden die Methode eines Kurzfragebogens vor, in dem Eckdaten über die Interviewte Person erfragt werden sollen. Ich halte dieses diesem Kontext für überflüssig, da ich über die mittels Kurzfragebogen erhebbaren Informationen bereits verfüge. Alternativ dazu erfrage ich vor Interviewbeginn einige Eckdaten, wie Alter, Beruf, wann die Interviewten nach Berlin gekommen sind und mit wem, und wann sie eine Begutachtung und Aufenthaltsbefugnis bekommen haben etc. verbal im Vorfeld des Interviews ab, verbunden mit der Mitteilung der Anonymisierung der vorkommenden Namen und Orte. Es hat sich als konstruktiv herausgestellt, die Interviewten aufzufordern, sich selbst einen Namen zu geben, da das die Gesprächsatmosphäre lockerte.

Das Leitfadenterview nach Witzel bietet konkrete Anregungen die „dem Befragten Gelegenheit zur Selbst- und Verhältnisreflexion [darbietet, K.R.], nämlich durch thematisch interessiertes Fragen des Interviewers- und diesem die Möglichkeit, schrittweise ein adäquates Verständnis über die Problemsicht des Befragten zu entwickeln“ (ebd. S. 8). Der Leitfaden ermöglicht eine themenbezogene Flexibilität während der Gesprächsführung. Er wird formuliert als „Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze“ (ebd. S. 90) für die Interviewerin und dient der „Unterstützung und Ausdifferenzierung von Erzählsequenzen des Interviews. In ihm ist der gesamte Problembereich in Form von einzelnen, thematischen Feldern formuliert, unter dem die in Stichpunkte oder in Frageform gefasste Inhalte des jeweiligen Feldes subsumiert sind.“ (ebd. S. 90) Ergibt sich aus dem Gesprächsleitfaden kein problemzentriertes Gespräch, bzw. kommt das Gespräch bspw. ins Stocken, kann die Interviewerin ihre Fragen bzw. Aussagen modifizieren. Auch ist ein spontanes Nachfragen, Problematisierungen oder Vertiefungen der einzelnen angesprochenen Themenfelder möglich und erwünscht.

„Das bedeutet, dass der Forscher/Interviewer auf der einen Seite den vom Befragten selbst entwickelten Erzählstrang und dessen immanente Nachfragen verfolgen muss, und andererseits gleichzeitig Entscheidungen darüber zu treffen hat, an welchen Stellen des Interviewablaufs er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemorientiertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen sollte.“ (ebd. S. 90)

Der Interviewleitfaden wird in dieser Arbeit flexibel als ein Forschungsinstrument benutzt, mit Hilfe dessen die vier Gespräche zu gleichen Themenkomplexen der Behandlung, Trauma und Begutachtung geführt werden. Neben einem allgemeinen Hintergrundwissen ist ein Wissen über die Art, wie bestimmte Themen eingeführt und verhandelt werden, bedeutsam. Es wird einerseits verfolgt, die unterschiedlichen Themenbereiche in allen Gesprächen anzusprechen, auf der anderen Seite auch auf Besonderheiten, Zwischentöne- soweit wahrgenommen- einsteigen zu können. So

sind die Fokusse der Gespräche und Interviewfragen im Gesprächsverlauf nicht identisch, sondern ich wäge ab zwischen einer Besprechung aller von mir als wichtig erachteten Themenfelder und den von der Interviewten eingebrachten Strukturierungen und Bezügen der unterschiedlichen angesprochenen Themen.

### **6.5.3. Aufzeichnung und Dokumentation**

Alle Gespräche habe ich mittels eines digitalen Aufnahmeegerätes aufgezeichnet. Diese verwahre ich als Sprachdateien und setze sie neben den Transkripten im Prozess der Interviewanalyse ein. Neben den digitalen Aufzeichnungen aller verbalen Daten verfasse ich zu jedem Gespräch ein Postskriptum in dem die „Ahnungen, Zweifel, Vermutungen, Situationseinschätzungen, Beobachtungen von besonderen Rahmenbedingungen des Interviews und von nonverbalen Elementen“ (Witzel 1982, S. 92) niedergeschrieben werden, auch erste Interpretationsgedanken erfolgen.

Die Dokumentation der Interviews erfolgt Wort für Wort in Form eines Transkriptes. Dabei verfolge ich, wie in Unterkapitel 6.1. mit Bourdieu dargestellt, das Primat der Leserlichkeit. Der Übergang vom Gesprochenen zum Geschriebenen erzwingt „Ungenauigkeiten, die zweifellos die Voraussetzungen für Genauigkeiten sind“ (Bourdieu 1997/2002b, S. 798f). Sprachliche und Glättungen nehme ich in Abwägung der Bedeutungen dieser vor. Z.T. werden Interviewteile ausgelassen, wenn die darin enthaltenen Informationen auch in der Einleitung wiedergegeben werden können. Dies betrifft insbesondere biographische Informationen. Aber niemals wurde der Inhalt oder die Reihenfolge des Gespräches verändert. Auslassungen sind mit Auslassungszeichen [...] gekennzeichnet. Alle vorkommenden Namen, Orte und Institutionen werden anonymisiert. Während des Transkribierens werden erste Interpretationsgedanken notiert. Der Text wird zunächst ohne Hinzuziehung von Kontextinformationen nachvollzogen. Das Gespräch wird auf logische Brüche, Widersprüchlichkeiten und Auslassungen überprüft.

Die kommunikative Validierung entsteht erst nach Abschluss des Analyseprozesses. Auch diese habe ich mittels Tonaufnahme aufgezeichnet. Dokumentiert wird das zweite Gespräch mit den Interviewten ohne Transkribierung, wiedergegeben in meinen Worten. Originalzitate transkribiere ich selektiv und webe sie wie im Analyseteil der Interviews mit in die Dokumentation des zweiten Gesprächs ein. Dies geschieht insbesondere aus zeitlichen Gründen, welche einer Transkribierung des ganzen Gesprächs und einer ausgiebigen Analyse entgegenstanden.

### **6.5.4. Präsentation und Analyse der Interviews angelehnt an Bourdieu et al.<sup>128</sup>**

Nach der Transkription gestalte ich das Transkript in das an einen Zeitungsartikel ähnelnde Layout um, welches Bourdieu et al. (1997/2002) zur Präsentation ihrer

---

<sup>128</sup>Zu den methodologischen Grundlagen dieser Vorgehensweise siehe Unterkapitel 6.1..

Interviews entwickelt haben. Während dessen vermerke ich nochmals Notizen zu den Interviews. Das wiederholte Lesen des Textes während Dokumentation und die Formgestaltung des Textes ermöglicht ein kreisendes, immer intensiveres Kennenlernen des Textes. Das Interview selbst präsentiere ich im Textfluss und nicht erst im Anhang. Dies erachte ich als sinnvoll, da die Präsentation des Gespräches ermöglicht, den Originaldiskurs zu verfolgen, auch eröffnet es die Möglichkeit einer Nachprüfung der Analyse.

Nachstehend wähle ich Überschriften im Interview aus, soweit ich sie nicht im Transkriptionsprozess bereits vermerkt habe. Diese Überschriften setzen sich aus Zitaten der Interviewten zusammen. Insbesondere werden dabei aussagekräftigen Zitate ausgewählt, oder Zitate, die ohne Hervorhebung und Explikation in der einleitenden Interviewanalyse überlesen werden könnten. Dies geschieht, „um die Aufmerksamkeit des Lesers auf [...] wichtige Aspekte zu lenken, die einer nicht entsprechend ausgerüsteten oder oberflächlichen Wahrnehmung entgehen würden“ (Bourdieu et al. 1997/2002b, S. 797). Es wird davon ausgegangen, dass die Prägnanz von einigen Zitaten erst durch ihre Kontextualisierung hervorsticht. Auswahlkriterium ist mein eigenes Hintergrundwissen der Interviewerin über die im Gespräch verhandelten Themen und deren Kontexte bzw. der Positionen und Perspektiven der Interviewten.

Einen Hauptteil der Analysetätigkeit stellt jedoch die Erstellung des analytischen Vorwortes dar. In der Interviewanalyse expliziere ich Kontextinformationen zur Biographie, zur aktuellen Lebenssituation und zu den institutionellen Kontexten der Interviewten, um deren Perspektive realistisch zu rekonstruieren (vgl. Bourdieu 1997/2002b). Diese waren z.T. nicht direkt Interviewinhalt, sie gehören zu dem geteilten Wissen der Gesprächspartnerinnen. Insbesondere gilt es einer Explikation der Bedeutungen unterschiedlicher institutioneller bzw. juristischer Kontexte des Gesagten (vgl. dazu Bourdieu 1997/2002b). In allen Interviews expliziere ich die Gesprächsatmosphäre des Ortes und des Zeitpunktes, sowie die Beziehung der Gesprächspartnerinnen zueinander. Um dem oben mit Bourdieu vorgestellten Prinzip der *gewaltfreien Kommunikation* gerecht zu werden, versuche ich herauszufinden, wie sich die Interviewsituation für die Befragte darstellt. Kommunikationsregeln in dieser Beziehung bzw. im Gespräch werden soweit als möglich expliziert. Es wird davon ausgegangen, dass Gewalt und Macht in einer jeden Kommunikation enthalten sind, dass die Frage nur sein kann, wie diese zu reflektieren und zu reduzieren sind. In einem Spannungsfeld bewege ich mich allerdings, da auch eine erwünschte Problemzentrierung und Selbstreflexion der Gesprächspartnerinnen Ziel der Gespräche ist. Diskutierbar ist die Frage, ob nicht gerade darin auch ein gewaltvolles Moment enthalten ist.

Den erfolgten Explikationen, Kontextualisierungen und Problematisierungen stelle ich dazu passende Originalzitate in Klammern oder im Textfluss an, bzw. verwende ich möglichst viele Originalzitate in der Analyse. Zu deren Kennzeichnung wähle ich neben Anführungsstrichen die *Kursivschrift*.



Weiter fasst die Analyse einerseits die unterschiedlichen Themen des Gesprächs zusammen, dies findet aber immer in Bezug zur Gesellschaftlichkeit des Gesagten und der Position und Perspektive der Sprechenden statt. Auf der anderen Seite arbeite ich Widersprüchlichkeiten heraus, die ich in Abwägung der Belastbarkeit der Interviewpartnerin im Nachgespräch aufgreife und diskutiere. Durch Explikation, insbesondere durch das in Bezug setzen von Aussagen zu den institutionellen Bedingungen soll eine Datenmehrdeutigkeit reduziert werden. Bedeutungen von Bedingungen werden rekonstruiert.

Es ist kritisch anzumerken, dass Bourdieu et al. *keine* Vorgehensweise zur Analyse des Interviewmaterials explizieren. Auch sind die im „*Elend der Welt*“ (1997/2002) erschienenen Interviewpräsentationen sehr unterschiedlich im Schreibstil, sie sind auch in der Länge ungleich. Es eint sie die unterschiedliche Präsentation, die äußere Form und hier und in 6.1. diskutierten methodologischen Grundsätze, die Positionen und Perspektiven der Interviewten mit ihren gesellschaftlichen und institutionellen Hintergründen zu verstehen und den RezipientInnen verständlich zu machen. Bourdieu et al. (1997/2002) bieten eher methodologische Grundsätze der empirischen Forschung, als eine konkrete Unterweisung in die Vorgehensweise. Wie und in welchen Arbeitsschritten die Interviewanalysen entstanden sind, ist leider zu einer exemplarischen Orientierung kaum transparent.

#### **6.5.5. Vorgehen bei der Interviewanalyse**

Aufgrund der mangelnden Transparenz der Analyseschritte nehme ich neben Bourdieu et al. (1997/2002) auf Witzels (1982) Auswertungsanleitungen Bezug. Die Analysen der Interviews haben einen kreisenden Charakter. Um eine Nähe zum Material zu gewährleisten, beginne ich die Interpretation möglichst rasch nach Interviewführung, zumindest in ihren ersten Schritten. Phasen der Interpretation folgen Phasen der Überprüfung: Bereits während des Prozesses des Transkribierens notiere ich die ersten Gedanken und Interpretationen der Interviewerin notiert. Es wird auch notiert, was von mir im nachhinein nicht verstanden wurde oder welche Gesprächsinhalte ich in der kommunikativen Validierung noch einmal aufnehmen möchte. Auch achte ich auf Missverständnisse, Suggestivfragen oder Unaufmerksamkeiten von meiner Seite. Dem kann Rechnung getragen werden, indem ich Interpretationen in diesem Umfeld entweder relativiere, gänzlich weglasse, oder im zweiten Termin mit der Interviewten noch einmal nachfrage. Der erste Schritt des Interpretationsprozesses liegt darin „die verschiedenen zentralen, im Interviewleitfaden festgehaltenen Problemfelder sowie die vom Befragten darüber hinaus explizierten Themen zu identifizieren“ (Witzel 1982, S. 110). Parallel dazu Kommentare notiere ich zur *Art und Weise* des Gesagten. Insbesondere achte ich darauf, in welchen Teile des Gesprächs welche Themen *implizit* verhandelt werden. Diese implizierten Verhandlungen werden expliziert und kontextualisiert. In einem zweiten Schritt erfolgen Überlegungen zu der Frage, welche Bedeutungen und

Funktionen bestimmte Perspektiven und Thematisierungen für die Interviewerin haben könnten.

Diese Interpretationsschritte erfolgen in mehreren Durchgängen. Dabei greife ich sowohl auf das Material in Form des Transkriptes, als auch auf die Tonaufnahme zurück. Für die Explizierungen, Kontextualisierungen sowie Problematisierungen suche ich Textstellen.

Nach dieser Analysearbeit, im vorliegenden Falle der Ausarbeitung einer Einleitung, folgt nach Witzel (1982) eine kritische Diskussion im Forschungsteam. Auch Bourdieu et al. (1997/2002) arbeiten in einer Forschungsgruppe, welche mir so nicht zur Verfügung stand. Aber gerade weil ich eine Freundin der Interviewten und mit vielen Gesprächsinhalten auf verschiedene Weise vertraut bin, z.B. mit den institutionellen Kontexten der rechtlichen Grundlagen, der Traumatheorie, der Begutachtung und den konkreten Institutionen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen, erwies es sich als wichtig, mit dem Interviewmaterial sowie den vorläufigen Interpretationen nach außen zu gehen. Dies erfolgte durch die Präsentation des Interviewmaterials im Ausbildungsprojekt Subjektwissenschaftliche Berufspraxis (ASB), in Diskussionen mit dem Betreuer der Diplomarbeit Morus Markard und durch das Einbinden von Mitstudierenden bzw. Außenstehenden in die Interpretation. Ich bat in mehreren Stadien der Interpretation Außenstehende, das Transkript sowie Analyseteile zu lesen und Kommentare dazu abzugeben bzw. zu diskutieren, was ihnen bei den verbalen Daten auffällig erscheint, welche Gesprächsteile sie ohne Zusatzinformationen nicht verstehen, und ob sie die erfolgten Explizierungen, Kontextualisierungen sowie Problematisierungen nachvollziehbar und plausibel sind und welche Gesprächsteile ihnen widersprüchlich oder sonst wie prägnant erscheinen. Nach dieser Überprüfung der Analyse mit Außenstehenden wird mit neuen Impulsen von außen vertiefend analysiert, um die Analyse anschließend wieder einer Außenstehenden zu zeigen. Dieses kreisende Vorgehen stellt eine eingeschränkte Kontrolle und *Validierung* im Interpretationsprozess dar, die mit der *kommunikativen Validierung* weiter vertieft werden soll. Durch die Hinzuziehung des Forschungsinstrumentes der kommunikativen Validierung eröffnet sich mir die Möglichkeit einer Verständigung über Gespräch und Analyse, sowie einem nochmaligen Einsteigen in Themenbereiche, die im ersten Gespräch eher implizit im Raum standen.

#### **6.6.6. Kommunikative Validierung mit den Interviewten<sup>129</sup>**

In der kommunikativen Validierung wird in dieser Arbeit den Interviewten das Transkript zum Lesen gegeben, aber nicht die Analyse der Interviews. Die direkte Thematisierung der analysierten Widersprüche der Interviewpartnerinnen wird aus ethischen Gründen der Zumutbarkeit abgewogen. Noch mehr bewog der (sich auch in der Durchführung der kommunikativen Validierung bestätigende) Gedanke, dass

---

<sup>129</sup>Theoretische Besprechung der kommunikativen Validierung erfolgt oben im Unterkapitel 6.2..

schon das Lesen des Interviews eine Anforderung für die Interviewten bedeutet, die hinreichend ist. Daher wird das in Fahl & Markard (1993) und Markard (2000b) vorgeschlagene Vorgehen der kommunikativen Validierung nicht gewählt.

Eine *Autorisierung* des Interviewtranskriptes wird angestrebt. Ich fordere die Interviewten auf, im Gespräch mitzuteilen, ob sie mit dem Transkript einverstanden sind, ob sie etwas dazu diskutieren oder anmerken möchten oder ob sie Teile ändern möchten. Damit möchte ich den Interviewten die Chance einräumen, das von ihnen Gesagte ggf. zu revidieren und zu diskutieren. Auch dient das nochmalige Lesen des Transkriptes einer Präsentmachung des Gespräches, an das ich mit vertiefenden bzw. verständigenden Nachfragen anknüpfen kann.

Da die Interviewanalyse in einer Sprache verfasst ist, welche die Verfasserin nicht mit den Interviewten teilt<sup>130</sup>, wird ein anderer Weg der kommunikativen Validierung des Analyseteils gewählt. Auch wähle ich den indirekteren Weg der Mitteilung der Analyseinhalte zum Schutz der Interviewten, damit gesichert ist, dass der Interviewten die Interpretation nicht unvermittelt ‚*vor den Kopf geknallt*‘ wird. Abgewägt wird die ethische Frage, was es den Interviewten konkret helfen würde, sich bspw. selbst als ‚Traumatisierte‘ in Frage zu stellen, die Gerechtigkeit und Rechtmäßigkeit der ‚Traumatisiertenregelung‘<sup>131</sup> in Frage zu stellen etc.. Ich entwickle zu jedem Interview auf den Inhalt des Interviews sowie die Analyse abgestimmte Nachfragen und Problematisierungen zu bestimmten Themenkomplexen. In unterschiedlichem Vorgehen der kommunikativen Validierung wird unter Berücksichtigung der jeweiligen Interviewpartnerinnen und der ersten Interviews mit der Prämisse an die Interviewten herangetreten, dass es die aktuelle Lebenssituation ist, die belastet, drängt und schon viele der Probleme der InterviewpartnerInnen erklärt und dass die Situation, in der sie als ‚Traumatisierte‘ ein Bleiberecht erhalten können, wenn sie sich behandeln und begutachten lassen, eine Situation ist, in der Ungerechtigkeiten strukturell mit enthalten sind. Angezielt wird dabei eine ‚Selbstsubsumtion‘, d.h.[...], dass das betreffende Individuum seine Problematik in dem betreffenden Begründungsmuster so auf den Punkt gebracht sieht, dass es sich darunter subsumieren kann“ (Markard 1993, S. 46). Meine Nachfrage werden offen formuliert, damit den Gesprächspartnerinnen die Möglichkeit offen steht, auch andere Verbindungen und Erklärungen für ihre Aussagen und Annahmen zu benennen und zu diskutieren. Ähnlich einem Interviewleitfaden stellen diese hypothetischen Prämissen in Form von Feststellungen und Nachfragen die Grundlage für ein zweites Gespräch dar. In der

---

<sup>130</sup>Damit ist die Verwendung von Fachsprache in der Argumentation gemeint, wie ein ‚akademisches‘ Deutsch, welches den Interviewpartnerinnen (auch weil Deutsch nicht ihre Muttersprache ist) eher fern ist. Dies drückt sich z.B. auch in der Schwierigkeit aus, die Sprache der gutachterlichen Stellungnahmen und Gutachten oder amtlichen Briefe zu verstehen. Ich werde von den Interviewten und Anderen häufig gebeten, solche Inhalte für sie in einer Alltagssprache zu erklären.

<sup>131</sup>Nach IMK Beschluss vom November 2000, siehe hierzu Kapitel Zwei.

kommunikativen Validierung werden sowohl die Perspektive als auch die Prämissen der Interviewerin direkt formuliert und in einem verständigenden Gespräch mit der Interviewten diskutiert.

So sind zweite Gespräche mit den Interviewten entstanden, die möglicherweise eher zweiten Interviews gleichen als einer kommunikativen Validierung im engeren Sinne, in der eher weniger neue Themen aufgegriffen werden. Dessen ungeachtet stellen sie sich als eine sinnvolle Ergänzung zu dem Leitfadeninterviews heraus. Insbesondere den Zwischentönen in den Interviews bezüglich Zweifeln oder Brüchen kann hier noch einmal eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies erfolgt in Abwägung einer Angemessenheit, damit gewährleistet ist, dass den Interviewten nicht ihre Widersprüche von außen ‚*vor den Latz geknallt*‘ werden. So scheint insbesondere die kommunikative Validierung als ein geeignetes Instrument der Selbstverständigung der Gesprächspartnerinnen, in denen Widersprüche differenziert, geklärt und verdeutlicht werden können. Idealerweise werden Gewissheiten und Prämissen *beider* Gesprächspartnerinnen sowie der LeserInnen der Arbeit hinterfragt bzw. Prämissen auf den Punkt gebracht, um Lösungen aufzeigen zu können. In den nachfolgenden Kapiteln Sieben, Acht und Neun werden die Ergebnisse des in diesem Kapitel methodologisch wie methodisch begründeten empirischen Forschungsprozesses präsentiert.

## Kapitel Sieben- Lejla

### 7.1. Lejla: „Wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma“

Lejla Baktić<sup>132</sup> ist 41 Jahre alt. Sie ist 1993 gemeinsam mit ihrem nun 16jährigen Sohn nach Berlin geflohen. Lejla kommt aus einer kleinen Stadt Bosnien und Hercegovinas. Sie ist muslimischer Konfession. Lejlas Ehemann ist im Krieg umgekommen, seitdem ist sie alleinerziehend und hat auch keinen anderen Partner als ihren Mann gehabt. In Bosnien und Hercegovina hat Lejla den Beruf der Landschaftsplanerin erlernt. Auch hat sie dort Jugendgruppen geleitet. In Deutschland wurde ihr Abschluss nicht anerkannt und ihre Arbeitserfahrungen in der Jugendarbeit hat sie sich beruflich nicht zu Nutzen machen können. Lejla ist eine der wenigen Personen, die ihre Aufenthaltsbefugnis schon im Februar 2000 bekommen hat. Direkt einen Monat nach Geltung des IMK- Beschlusses von 2000<sup>133</sup> hat sie eine Einladung von der Ausländerbehörde zur Bewilligung einer Aufenthaltsbefugnis nach IMK- Beschluss bekommen, sie hat keinen Antrag auf Aufenthaltsbefugnis stellen müssen. Begutachtet wurde Lejla von ihrer damaligen Gruppentherapeutin. Wir kennen uns seit circa vier Jahren durch Zusammenarbeit in einem Berliner Verein. Lejla ist auch heute noch dort tätig und ich habe dort gearbeitet. Lejla ist eine sehr zurückhaltende Person. Bis wir uns auch privat ausgetauscht haben und außerhalb der Arbeit getroffen haben, ist einige Zeit vergangen. Mittlerweile sind wir befreundet. Ich habe u.a. Lejlas Herkunftsort in BiH besucht.

Auf die Frage, ob sie bereit sei mit mir in einem Gespräch für meine Forschungsarbeit über ihre Erfahrungen und Perspektive auf ihr aufenthaltsrechtliches Anerkennungsverfahren und ihre Begutachtung und Behandlung zu sprechen, antwortet sie, sie sei unsicher, ob sie die Fragen auch ‚gut‘ beantwortet, aber sie willigt ein. Beide Gesprächspartnerinnen kennen ihre Positionen und Blickwinkel auf die verhandelten Gesprächsinhalte. Über die Gesprächsinhalte und auch über die Erlebnisse von Lejla im Krieg haben wir uns unterhalten. In den vorangehenden Wochen des Interviews ging es Lejla nicht gut, sie willigte trotzdem in das Gespräch ein. In den vorangehenden Wochen wirkte Lejla belastet, empfindlich und weinte schnell. Die Sorgen von Lejla sind, dass ihr Arbeitsvertrag zwei Monate zuvor ausgelaufen ist und sie für sich keine berufliche Perspektive sieht. Es scheint auch kein Weg offen. Lejla hat sich in viele Richtungen bemüht, Weiterbildungen gemacht, Volkshochschulkurse, es erscheint jedoch aussichtslos. Dies ist nicht direkter Gesprächsinhalt, scheint allerdings indirekt durch Äußerungen wie („Wenn man beschäftigt ist, dann geht man los, man hat ein Ziel“; „Und ich wollte wirklich so eine Befugnis haben, um einen Job zu finden, dass ich dann von niemanden abhängig bin“) durch. Auch war Lejla wegen starken

---

<sup>132</sup>Namen, Institutionen und Orte wurden anonymisiert.

<sup>133</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

Schmerzen im Unterleib mehrmals beim Arzt, der aber keine physische Ursache feststellen konnte; sie hat Angst, dass sie einen bösartigen Tumor haben könnte.

Das Interview findet an einem Donnerstag nachmittag auf der Arbeitsstelle von Lejla statt. Obwohl Lejlas Arbeitsvertrag ausgelaufen ist, hat sie dort noch ein Arbeitszimmer. Anwesend während des Gesprächs sind lediglich Lejla und ich. Draußen ist es hektisch und laut. Zweimal wird das Gespräch von Kolleginnen gestört. Eine Kollegin kommt herein, um sich zu verabschieden, und einmal bittet die Geschäftsführerin der Einrichtung Lejla um ein Gespräch. Um nicht mehr gestört zu werden, schließen wir schließlich die Tür ab und legen den Telefonhörer zur Seite. Die Atmosphäre an dem Gesprächsort ist nervös und nicht entspannt. Auch ich bin an dem Gesprächstag angespannt und müde. Das Interviewgespräch beginnt später als verabredet, da Lejla bei Ankunft von mir noch in einer Besprechung ist. Das Interview findet in deutscher Sprache statt. Im Vorfeld des Interviews teile ich Lejla mit, dass all ihre Angaben im Interview anonymisiert werden. Sie sucht sich den Interviewnamen Lejla aus, da sie schon immer habe Lejla heißen wollen.

Lejla ist so angespannt im Vorfeld des Interviews, dass wir überlegen, einen neuen Termin auszumachen. Wir entscheiden, das Interview zu beginnen und u.U. zu einem späteren Termin fortzuführen. Lejla möchte versuchen, das Interview trotz ihrer belasteten Verfassung durchzuführen, auch damit sie es hinter sich habe. Dass sie die Wahl hat, über ihre Erlebnisse im Krieg zu sprechen, wenn sie es will, scheint gerade für Lejla sehr wichtig. Sie äußert immer wieder, dass sie lange brauche, um Vertrauen in ihre Mitmenschen zu fassen. Wenn Lejla mir von ihren Erfahrungen im Krieg erzählt hat, tat sie es immer auf eine differenzierende, wenig ‚ethnisierende‘ Weise. Leid ist ihr und ihren Angehörigen von ‚serbischer‘ Seite angetan worden, trotzdem vermeidet sie globale Verurteilungen. Dass sie ihre Urteile moderat und differenziert äußert, könnte auch mit mir als Gesprächspartnerin zu tun haben. Dabei könnte weniger meine gebrochene Zugehörigkeit zu der ‚serbischen‘ Gruppe eine Rolle spielen, als dass ich mit einigen ‚SerbInnen‘ aus dem Herkunftsort von Lejla befreundet bin.. Individuelle Personen als Täter oder die Enttäuschung, dass alte Bekannte und Freunde ihr nicht geholfen haben, spricht Lejla nicht direkt an.

Seitdem ihr Ehemann im Krieg verschleppt wurde, hat Lejla keinen neuen Partner kennengelernt. Später erfährt sie, dass er gewaltvoll ums Leben gekommen ist. Sein Leichnam war lange verschwunden. 1998 wurde seine Leiche gefunden und beerdigt.

Lejla ist privat eine zurückhaltende Person, zur gleichen Zeit beruflich sehr engagiert und aktiv. Sie war lange Zeit in unterschiedlichen Projekten in dem o.g. Berliner Verein tätig. In diesem Verein hat sie sich für unterschiedliche Projekte ‚unentbehrlich‘ gemacht, indem sie sehr viel und engagiert gearbeitet hat. Für zwei Jahre hat sie eine Anstellung über eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme in dieser Einrichtung bekommen. Diese wird in der Regel für nur ein Jahr bewilligt. Nach zwei Jahren konnte ihre Stelle nicht mehr verlängert werden. Während dieser zwei Jahre hat Lejla tragend unter anderem in unterschiedlichen Teilprojekten

mitgearbeitet. Eine Möglichkeit bezahlt länger in der Einrichtung weiterzuarbeiten, hat sich aufgrund der angespannten finanziellen Lage des Vereins noch nicht ergeben. Lejla hat sich entschieden, für zwei Tage in der Woche zunächst unbezahlt in der Einrichtung weiter zu arbeiten, um ‚dabei zu bleiben‘. Diese unsichere berufliche Situation belastet Lejla. Sie macht sich Sorgen, ist niedergeschlagen und äußert häufig Zukunftsängste. Die ehrenamtliche Weiterarbeit hält Lejla zwar beschäftigt, jedoch bedeutete ihr die Bezahlung ihrer Arbeit, wenn sie auch nicht viel war, viel.

Lejla wohnt zusammen mit ihrem Sohn in einem Stadtteil von Westberlin in einer 1 ½ Zimmerwohnung. Sie selbst wohnt und schläft im Wohn- und Esszimmer der Wohnung.

Die Stimme von Lejla wird schon nach fünf Minuten des Gespräches brüchig, als sie erzählt, wie sie 1993 nach Berlin eingereist ist. Ihre Eltern, Schwiegereltern und Schwägerin waren schon vor ihr nach Berlin geflüchtet. Die Zwillingsschwester von Lejla ist zwei Monate später mit ihrer Familie nach Berlin geflüchtet, die zweite Schwester ist neun Monate später gekommen. Alle haben sie bis zur Flucht in dem selben Ort gelebt. Auch der Ehemann der Schwägerin ist während des Krieges umgekommen.

In ihrem Herkunftsort haben vor den kriegerischen Ereignissen zu ungefähr gleichen Teilen ‚KroatInnen‘, ‚BosniakInnen‘ und ‚SerbInnen‘ gelebt. Nun liegt ihr Herkunftsort in der Republika Srpska, in der nach dem Krieg vorwiegend ‚SerbInnen‘ leben. Einige ‚Muslime‘ sind zurückgekehrt, aber viele auch nicht. ‚KroatInnen‘ leben so gut wie gar keine mehr in dem Herkunftsort von Lejla. Stattdessen leben dort viele ‚serbische‘ Binnenflüchtlinge, die aus anderen Teilen Bosnien und Hercegovinas- der in manchen Gebieten mehrheitlich ‚Bosniakischen‘, in manchen Gebieten mehrheitlich ‚Kroatischen‘ Föderation- in die Orte der Republika Srpska geflohen sind. Der Zustand der Heimatstadt von Lejla könnte für viele andere Städte und Orte im Nachkriegsbosnien und Hercegovina stehen. Lejlas Eltern, Schwiegereltern und eine Schwester sind 1998 wieder in diese Stadt zurückgekehrt, in der sie nun als ‚ethnische‘ Minderheit und ‚RückkehrerInnen‘ leben. Die Lage in dem Herkunftsort ist für RückkehrerInnen einer nun ‚ethnischen Minderheit‘ nicht ungefährlich. So wurden noch im Juni 1999 ‚muslimische‘ RückkehrerInnen von bosnischen ‚Serben‘ mit Steinen und selbstgebastelten Handgranaten beworfen, wobei acht RückkehrerInnen verletzt wurden. Lejlas Familie ist von direkten gewalttätigen Übergriffen verschont geblieben.

Lediglich Lejla und ihre Zwillingsschwester sind nicht nach Bosnien und Hercegovina zurückgegangen. Beide leben bis heute in Berlin. Seitdem Lejla eine Aufenthaltsbefugnis hat, fährt sie wieder regelmäßig im Sommer in ihren Herkunftsort, auch weil ihr Vater krank geworden ist. Im Alltag redet Lejla nicht gerne über Dinge, die mit ihren Erlebnissen im Krieg und ihrer Flucht nach

Deutschland zusammenhängen. Insbesondere über den Tod ihres Mannes redet sie ungern; wenn sie es tut, kommen ihr auch heute noch die Tränen.

Bereits einen Monat nachdem Lejla nach Deutschland gekommen ist, hat sie einen „Nervenzusammenbruch“ bekommen. („*Ich hab soviel Blut verloren, und mein ganzes Innenleben hat es gezeigt, dass ich im Koma war und so und dann ist dieser Zustand gekommen, dass ich einen Nervenzusammenbruch hatte*“). Lejla führt ihre Schwierigkeiten auf ihre „psychische Situation“ zurück, spricht aber an dieser Stelle nicht von Trauma oder einer ‚Traumatisierung‘. „Schwierigkeiten in meinem Körper“ sind noch hinzugekommen. Lejla scheint hier Körper und Psyche zu trennen. Eine PsychiaterIn oder PsychologIn aufzusuchen, lag Lejla zunächst fern. Sie ist zu einem Hausarzt wegen ihrer ‚körperlichen‘ Beschwerden und Belastungen gegangen. („*Ich kannte niemanden, mit wem ich mich unterhalten konnte. Ich habe nicht gewusst, dass man so eine Therapie machen kann oder so irgendwas.*“)

Nach einem Jahr in Deutschland ist Lejla mit ihren Schwiegereltern und ihrer Schwägerin zusammengezogen. Diese Zeit schildert Lejla als sehr belastend („*Das war immer so traurig.*“). Das enge Zusammenleben mit ihren Schwiegereltern und ihrer Schwägerin scheint ihr nicht gut getan zu haben. Lejla erzählt, dass sie in dieser Zeit Suizidgedanken gehabt habe. („*Ich wollte mich umbringen.*“). Die Schwägerin habe auch ihren Ehemann verloren, die Stimmung sei immer traurig und gedrückt gewesen. Es bleibt jedoch unklar, was genau zu der problematischen Situation geführt hat („*Diese schwierige Situation*“) und welche Situation Lejla damit meint, ihre aktuelle Lebenssituation als Flüchtling in Deutschland, ihre Kriegserlebnisse, den Verlust des Ehemanns oder alles zusammen.

Nachdem Lejla erzählt, dass sie sich mehrmals umbringen wollte, reagiert sie belastet, weint, so dass ich schließlich das Aufnahmegerät abstelle und entscheide, das Interview abubrechen. Lejla beruhigt sich wieder, beide überlegen, einen neuen Termin auszumachen, als Lejla entscheidet, das Interview weiterzuführen. Dafür ausschlaggebend könnte sein, dass sie ‚jetzt schon dabei ist‘ und das Interview ‚hinter sich bringen‘ möchte.

Lejla thematisiert, dass sie „stark“ sein muss, um „darüber“ zu reden. („*An manchen Tagen kann ich darüber reden und an anderen bin ich nicht so stark.*“) Ich möchte die Themen trennen, den Rahmen, wie eine Begutachtung abgelaufen ist, wie sie die Begutachtungssituation empfindet, wie sie es empfindet, zur Psychotherapie zu gehen und wie sie ihren Aufenthalt in Berlin mittels einer Begutachtung erlangen konnte von ihren Belastungen und Erlebnissen. Lejla weist diese Trennung zurück. („*Aber das sind alles Sachen, die mich dazu gebracht haben, dass ich dann zu einem Therapeuten gegangen bin.*“) Das Wort Trauma und Traumatisierung spricht Lejla in dem Gespräch zunächst nicht selbst an. Sie umschreibt ihre „Situation“ oder ihre „Erlebnisse“ oder spricht auch von einem „Nervenzusammenbruch“ und „traurig sein“. Im Kontext des Vereins, in dem Lejla auch heute noch engagiert ist, habe sie



1996 das erste mal gehört, dass es „um Traumatisierung geht“ , „dass man da Therapie machen kann und dass es das gibt“.

Der Begriff Trauma ist für Lejla auf der einen Seite schwammig. („Was das für mich ist, ich weiß es nicht, ob ich das ganz gut verstehe.“) Auf der anderen Seite hat sie eine detaillierte Vorstellung darüber, was Trauma und Traumatisierung für sie selbst umfasst. Trauma und Psychotherapie gehören für Lejla zusammen, „weil das ist ja irgendwie die Sache, wo man über Probleme Reden kann, einfach aus sich ausspucken, also loslassen“. Eine Gleichsetzung zwischen ihren Beschwerden durch das Trauma und ihren (traumatischen) Erlebnissen nimmt Lejla zunächst nicht vor. Erst als ich Frage wiederhole sagt sie, „Trauma, Trauma, das sind alle meine Erlebnisse, alles, was ich im Krieg erlebt habe, dass die Erlebnisse irgendwo in meinem Kopf sind. [...] Wenn ich darüber nachdenke, dann machen die mich sehr traurig, sehr depressiv“. Hinzukommend ist für Lejla ihr Trauma, was sie „tragen kann“. („Wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma“) Zu dem Verständnis von Trauma gehören für Lejla also dreierlei Sachen, die Erlebnisse im Krieg, die sie heute noch belasten, ihre aktuellen Möglichkeiten, wie sie mit diesen Erlebnissen umgehen kann, sowie professionelle Hilfe in Form von Therapie, die insbesondere durch das ‚darüber reden‘ erfolgt.

Es liegt einerseits ein emanzipatives Moment in Sätzen wie: „wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma“ oder „das hängt davon ab, was ich für eine Person bin, wie ich das tragen kann, egal, wie schlimm es war, sondern von meinem Zustand oder meiner Stärke“, weil Lejla damit den Fokus auf die aktuelle Zeit in Deutschland außerhalb ihrer Erlebnisse im Krieg legt. Andererseits weisen diese Aussagen auf Persönlichkeitsdimensionen hin. Lejla thematisiert hier nicht, welche äußeren oder situativen Bedingungen dazu beitragen könnten, dass man ‚das Trauma‘ (er-)tragen kann. Es werden auch Behinderungen nicht thematisiert, die es schwieriger machen, ein qualitativvolles Leben nach ‚dem Trauma‘ zu führen. Das Leben als Flüchtling in Deutschland mit all seinen Implikationen kommt in dem Gespräch zwar vor, jedoch formuliert sie diese eher indirekt. Lejla spricht zum Beispiel nicht davon, dass es sie belastet hat, dass sie nicht arbeiten durfte, als sie eine Duldung hatte, aber sie formuliert, dass die Arbeitserlaubnis ein Grund dafür war, sich um eine Aufenthaltsbefugnis zu bemühen. (Bspw.: „Wenn du immer zum Sozialamt gehst, wie die Leute dich- ehm, das ist ja so unangenehm. Und ich wollte wirklich so eine Befugnis haben, um einen Job zu finden, dass ich dann von niemandem abhängig bin.“)

In der Begutachtung einer Traumatisierung kann eine Diagnose stark oder weniger stark sein. Der Grad einer Traumatisierung scheint besonders im Rahmen ihrer Gruppentherapie eine Rolle zu spielen. Hier äußert Lejla, dass sie sich auch mit anderen aus der Gruppe verglichen habe. („Manchmal dachte ich so, ja, was diese Frau erlebt hatte, meins ist nichts, weil da waren Frauen aus Srebrenica, die vier, fünf Jahre so jede Stunde was erlebt haben, also, weil ich habe nie Hunger gehabt

oder so was. Weil ich war ganz kurz, paar Monate im Krieg, aber trotzdem.“) Hier schwingt eine Relativierung des eigenen Leidens mit. Weil Lejla nur „ganz kurz“ im Krieg war, rechtfertigt sie sich. Aber Lejla macht das „Trauma“ nicht nur an den Erlebnissen einer Person fest, sondern an ihrem aktuellen Leiden, welches sie weder mit anderen messen noch vergleichen möchte. Die Teilnahme an der Gruppe bewertet Lejla als positiv, den Gruppenprozess als differenziert. („Ich war in einer großen Gruppe. Dann siehst du, dass die anderen Leute auch Probleme haben, die reden darüber und manchmal denkst du, dass du selber nichts erlebt hast, und dann in einer halben Stunde siehst du, dass du deine eigenen Probleme hast, dein eigenes Trauma.“)

Lejla spricht an, dass es für „Bosnier“ nicht selbstverständlich ist, ‚psychische Probleme‘ zu haben. Psychische Schwierigkeiten zu haben oder eine Therapie zu machen, ist in der jugoslawischen Kultur<sup>134</sup> nicht positiv konnotiert. („Wenn du sagst, dass du eine Therapie machst, dass du zum Beispiel bei einem Psychologen bist, dann heißt das, dass du dumm bist.“) Angenähert hat Lejla sich an die Idee eine Psychotherapie zu machen über amerikanische Filme im Fernsehen über Selbsthilfegruppen von anonymen AlkoholikerInnen. Sie konnte sich vorstellen, dass es helfen könnte, mit anderen Menschen zusammenzukommen, die ähnliches erlebt haben und darüber zu reden. Dies tat sie zunächst heimlich vor der Familie, erst nach einem Jahr hat sie offen erzählt, wo sie hinget. ‚Traumatisiert‘ zu sein, thematisiert Lejla als einerseits stigmatisierend, weil es eine psychische Krankheit ist. Auf der anderen Seite stellt die ‚Traumatisierung‘ auch eine sozial ‚erlaubte‘ Krankheit dar, wenn die Beschwerden auf die Erlebnisse im Krieg zurückgeführt werden.

Es scheint in dem Gespräch mit Lejla durch, dass eine von einer Psychologin oder Psychiaterin diagnostizierte Traumatisierung ihr in ihrem Ziel, eine Befugnis zu erlangen, hilft. Die Diagnose in der von ihrer Therapeutin verfassten psychologischen Stellungnahme ist in einer Sprache geschrieben, die Lejla nicht versteht. („Und dann diese Diagnose, das versteh ich nie, was da steht.“) Jedoch versteht Lejla deren Konsequenz. („Nachdem hab ich so ein Jahr, ein Duldung für ein Jahr bekommen. Das heißt, dass dann die Diagnose ziemlich stark war.“) Lejla setzt eine Verbindung zwischen Attest, Stärke der Diagnose und Verlängerung des Aufenthalts. Damit nimmt sie eine weitreichende Macht der Gutachterin an. Ob diese Macht wirklich so weitreichend ist, oder Lejla sie überschätzt, ist an dieser Stelle nicht vertieft worden.

Lejla trennt wenig zwischen der Begutachtung einer Traumatisierung und der Therapie. Eine Therapie und die Attestierung dieser Therapie sind für Lejla verzahnt.

---

<sup>134</sup>Auch wenn die ‚jugoslawische Kultur‘ als solche keine staatliche Grundlage mehr hat, es Jugoslawien gar nicht mehr gibt, wird dieser Begriff hier verwendet, um auf in Gebiet des ehemaligen Jugoslawien geteilten Bedeutungen hinzuweisen. Auch weist Lejla im Gespräch indirekt auf diese geteilten Bedeutungen hin („unsere Mentalität ist ja so, weißt du ja“).

Dies ist verständlich, da ihre Begutachtung innerhalb einer Gruppentherapie von ihrer Therapeutin erfolgt ist. Die psychologische Stellungnahme selbst beinhaltet eine Bescheinigung der Teilnahme an der Gruppentherapie sowie eine Diagnose und eine Anamnese. Auch der Zeitpunkt des gutachterlichen Gesprächs spielt für Lejla eine Rolle. Sie fühlte sich nicht genötigt, ihre Geschichte vor einer Person, die sie nicht kennt, oder der sie kein Vertrauen schenkt, auszubreiten. Die Begutachtung erfolgte nicht auf äußerlichen zeitlichen Druck der Ausländerbehörde, sondern genau dann, als Lejla bereit war, sich mehr zu öffnen und etwas in der Gruppe über ihre Erlebnisse zu erzählen. Lejla empfindet die Gutachterin als unterstützend und achtet sie. Sie sieht die Begutachtung selbst als Teil der Therapie, die für sie hauptsächlich darin besteht, zu reden. Die Therapeutin hat es ihr angeboten, ein Attest zu schreiben, als sie sich das erste Mal in der Gruppe öffnet. In der gleichen Situation hat die Therapeutin ihr eine Einzeltherapie empfohlen und Einzelgespräche angeboten. Lejla hatte gerade die Beerdigung ihres zuvor ‚verschwundenen‘ Ehemannes in ihrem Herkunftsort in ihrer Heimatstadt in BiH besucht. Dies war das erste Mal, dass sie wieder dort war. Auch musste sie die Hoffnung aufgeben, dass ihr Mann doch noch am Leben sein könnte. In der Diagnose erläuterte die Psychologin das Ereignis als „Retraumatisierung“. (*„Und dann mein zweites Attest war fast drei Seiten. Und das hat, also, ich bin 1998 zur Beerdigung von meinem Mann gegangen. Nachdem, da hatte ich eine Retrau- Retraumatisierung gekriegt, da ging’s mir sehr schlecht.“*) Es wäre naheliegender gewesen, wenn Lejla in der Alltagssprache umschrieben hätte, dass es ihr schlecht ging.

Die Begutachtungssituation hat Lejla trotz der angesprochenen positiven Beziehung zur Therapeutin und Dolmetscherin alles andere als unterstützend wahrgenommen. Sie sollte ihre gesamte Biographie, alles aufschreiben, hat es vor sich hergeschoben, war dadurch belastet. Lejla hat auch körperlich auf diese belastende Situation reagiert, indem sie starke Kopfschmerzen bekam und wieder „Tabletten“ genommen hat. (*„Das war so schwer, das war so, dass ich so eine Migräne, starke Migräne gekriegt habe“ ; „so stark, dass ich mich immer zwei, drei Tage im Bett hinlegen musste und so im Dunkeln und so. Und dann hab ich wieder mit Medikamenten angefangen.“*)

Besonders habe sie das Medium des Aufschreibens belastet. Das Aufschreiben ist für die Erstellerin eines Gutachtens praktisch, da so eine detailreiche Information als Text vorhanden ist, die in ein schriftliches Gutachten eingearbeitet werden kann. Missverständnisse sind eher kontrollierbar im Vergleich zu den Notizen während eines Gesprächs. Es ist auch für die Gutachterin zeiteffektiver. (*„Weil sie wollte das bis zum nächsten Termin bei der Ausländerbehörde haben.“*) Dies sind alles Vorteile, die nicht das Befinden der begutachteten Person im Mittelpunkt haben, sondern eine ‚Arbeitserleichterung‘ für die Praktikerin darstellen. Lejla favorisiert auf Nachfrage ein mündliches Berichten dem Aufschreiben ihrer Biographie, ihrer Erfahrungen während des Krieges, ihrer Flucht und ihrer Lebensumstände in Berlin und ihres Befindens. (*„Wenn du schreibst, dann erinnerst du dich ganz genau. Also,*

*du hast ein Bild vor dir. Und dann, also, das geht so langsam und das ist ja so sehr schwer. Wenn du mich fragst, dann rede ich etwas. Aber, wenn ich etwas schreibe, habe ich selbst mehr Zeit, darüber nachzudenken. Über jedes Detail.“*). Begutachtung erscheint als notwendiges Übel auf dem Weg zu einem gesicherten Aufenthalt.

Zeugnis ablegen scheint eine wichtige Funktion während der Begutachtung und Therapie gewesen zu sein, die Lejla auch positiv bewertet. (*„Wenn wir schon reden, wir wollten jemanden haben, der wirklich zuhört.“*) Hier benutzt Lejla eine Allgemeinform, das Wir der BosnierInnen, die im Krieg ‚schreckliche Dinge‘ erlebt haben. Lejla weist den Begriff des ‚Flüchtlings‘ für sich selbst und auch für andere in ihrer Lage ab, stattdessen benutzt sie den Begriff „Leute“ (*„was die Leute reden“, „dass die anderen Leute auch Probleme habe.“*). *„Dass ich dann irgendwie losgelassen habe. Meine Geschichte hab ich irgendwie rausgelassen“* war für Lejla in der im Nachhinein erfolgten Bewertung der Begutachtung auch positiv.

Lejla thematisiert an einem anderen Ort des Gesprächs eine Willkür in den Entscheidungen der Ausländerbehörde. Sie versteht nicht, wie Entscheidungen für die Erteilung oder Verlängerung einer Duldung zustande kommen. Sie ist für Lejla undurchsichtig. (*„Ich glaube, die lesen auch nicht so viel. Einfach, wenn du Glück hast, kriegst du so eine Duldung oder so.“*) Durch diese Position schränkt Lejla selbst die Macht der Begutachtung und der Gutachterin ein, welche sie an einem anderen Ort des Gesprächs thematisiert.

Die Weisung der Innenministerkonferenz von 2000<sup>135</sup> ist für Lejla berechenbarer, das ist ein Gesetz, das ihr Rechte und Sicherheit verschafft. Lejla musste auch ihr Recht nicht einfordern, wie viele andere BosnierInnen, die unter die Weisung fallen, geschweige denn Andere, die aus formalen Gründen nicht unter die Weisung fallen. Sie musste keinen Antrag auf Aufenthaltsbefugnis stellen, keine AnwältIn beauftragen, sich keiner polizeiärztlichen Untersuchung unterziehen, auch keine Zweitbegutachtung durch eine/n PsychiaterIn bzw. PsychologIn vornehmen lassen. Auch hat sie keine Probleme gehabt mit irgendeiner Bestimmung in der Weisung. Lejla hat sich selbst um einen Therapieplatz in einer Gruppe bemüht, hat vor der Weisung Atteste mit der Diagnose PTSD eingereicht und ist vor dem Dezember 1995 nach Deutschland eingereist. Lejla hat schon im Februar 2000, einem Monat nach Geltungszeitpunkt der Weisung, eine *„Einladung“* auf die Ausländerbehörde bekommen. Alles sei sehr schnell gegangen. (*„Nachdem dieses Gesetz für die Leute, die traumatisiert sind, die werden das kriegen und dann bin ich nicht zu einem Anwalt gegangen. Ich habe das nur durch diese Trauma- also durch diese Atteste, die ich immer hingebraht habe.“*) Da sie selbst relativ positive Erfahrungen mit der Weisung und der Verlängerung ihrer Duldung gemacht hat, problematisiert Lejla die Weisung kaum. Auch wenn die Willkür auf der Ausländerbehörde angesprochen wird, *„wenn du Glück hast, kriegst du so eine Duldung“*. Lejla hat Glück gehabt.

---

<sup>135</sup> Siehe Kapitel Zwei.

Die Attestierung einer Traumatisierung hilft und unterstützt Lejla objektiv und langfristig in dem Ziel, einen gesicherten Aufenthalt in Deutschland zu erlangen und damit zur Ruhe kommen zu können, das ist ihr klar. Die gutachterliche Situation hat im Rahmen eines Vertrauensverhältnisses stattgefunden und ist nicht ohne das Ziel dieser Begutachtung, eine Verbesserung ihrer aufenthaltsrechtlichen Lage zu bewerten. Eine Verbesserung der aufenthaltsrechtlichen Situation in Deutschland oder das Erlangen einer Arbeitserlaubnis hilft u.U. mehr, als therapeutische Gespräche oder das Verbalisieren der schlimmen Erlebnisse, die Lejla durchlebt hat. Lejla thematisiert, dass es ihr besser geht, wenn sie beschäftigt ist. (*„Ich kann das nicht vergessen, was ich erlebt habe und wie ich die Zeit danach gelebt habe. Was für ein Gefühl, was für ein Leben ich hatte. So, das ist ja schrecklich. Aber nur, wenn man beschäftigt ist, dann geht man los, man hat ein Ziel.“*) Hier weist Lejla auf die Situation in Deutschland hin, die ‚Zeit danach‘, im selben Atemzug mit den belastenden Erlebnissen in Bosnien und Hercegovina genannt. *„Was für ein Gefühl, was für ein Leben ich hier hatte, das ist ja schrecklich“*. Lejlas Strategie sich zu beschäftigen durch Arbeit, ist strukturell erschwert durch Lejlas Position als Flüchtling. In der Zeit, in der sie eine Duldung<sup>136</sup> besaß, durfte sie nicht arbeiten. Die Schwierigkeit, sich angesichts der mit dem Status eines Flüchtlings verbundenen Benachteiligungen und Ausgrenzungen *„ein Ziel“* zu setzen, sind auch nicht mit dem Erlangen einer Aufenthaltsbefugnis aufgehoben. Die Aussicht, eine bezahlte Arbeit zu finden, ist nach wie vor schlecht.

---

<sup>136</sup>Zu den Bestimmungen und Implikationen einer Duldung, siehe Kapitel Zwei.

## Kapitel Sieben- Lejla

### 7.2. Gespräch mit Lejla

[...]

**Lejla-** Ich bin nur mit meinem Sohn hierher gekommen. *(Stimme wird brüchig)* [...]

- *Schwiegereltern waren schon hier. Und deine Schwester?*

**Lejla-** Meine Schwester ist erst nach zwei Monaten hierher gekommen. Und meine Schwägerin war auch da.

- *Wer von deiner Familie ist noch hier in Berlin?*

**Lejla-** Damals waren noch meine Eltern hier, aber sie sind dann neun Monate später nach mir gekommen und meine zweite Schwester, also das heißt, ich hatte zwei Schwestern aus Bosnien und meine Eltern, meine Schwiegereltern und meine Schwägerin und dann 1998 sind meine Schwiegereltern, meine Eltern und meine Schwester mit ihrer Familie zurück nach Bosnien gegangen. Aber meine Zwillingsschwester ist noch da geblieben mit ihrer Familie.

- *Und wann bist du nach Deutschland gekommen?*

**Lejla-** 1993 im April.

- *Befugnis hast du.*

**Lejla-** Im Februar 2000 hab ich meine Befugnis bekommen.

*(Es kommt eine Kollegin herein und unterbricht, verabschiedet sich)*

**„Im Februar 2000 hab ich meine Befugnis bekommen.“**

- *Also Februar 2000. Also was mich erst einmal interessiert, ist der Grund, als du das erste Mal in Deutschland zum Arzt gegangen bist oder zum Therapeuten.*

**Lejla-** Zum Arzt war ich schon in Bosnien gegangen, aber zum Psychiater oder so, das war meine erste Erfahrung, dass ich zu dem gehe.

- *Wann bist du denn zum ersten mal in Deutschland zum Arzt gegangen, aus welchem Grund? Also, als du in Deutschland warst.*

**Lejla-** Ja, das war 1996, glaub ich.

- *Zum Arzt, vorher warst du nie hier beim Arzt.*

**Lejla-** Doch, ich war bei meinem Internisten oder so. Aber meinst du jetzt bei einem Psychologen oder überhaupt?

- *Erst mal schon überhaupt.*

**Lejla-** Das erste Mal beim Arzt war ich schon. Ich war im April 93 hierher gekommen und ich glaube das war im

Mai, da hatte ich so einen Zusammenbruch gehabt. Ich hab soviel Blut verloren und mein ganzes Innenleben hat das gezeigt, dass ich im Koma war und so und dann wussten die nicht, was mit mir los ist und die haben mich untersucht und dann ist dieser Zustand gekommen, dass ich einen Nervenzusammenbruch hatte.

**„Ich glaube das war im Mai, da hatte ich so einen Zusammenbruch gehabt.“**

*(Kollegin kommt rein und bittet Lejla um ein Gespräch. Wir beschließen nun, die Tür abzuschließen, dass uns niemand mehr stört während des Gespräches)*

- *Und dann hast du einen Nervenzusammenbruch bekommen.*

**Lejla-** Die haben gesehen, dass meine psychische Situation nicht in Ordnung gewesen ist und dazu kamen alle Schwierigkeiten in meinem Körper. Dann habe ich meine erste Beruhigungstablette bekommen. Ich kann dir jetzt nicht den Namen sagen, aber das war 75 Milligramm pro Tag, die war sehr schwer, ich war auch bewusstlos, wenn ich die drei mal am Tag genommen habe. Das hat zwei Wochen gedauert. Dann bin ich wieder zum Arzt gegangen. Dann hab ich so, weil mein Blut war nicht so stark, dass es alles tragen konnte. Dann war ich die ganze Zeit müde, ich bin so schnell eingeschlafen und weil ich ein Kind habe, musste ich ja auch eine Mutter sein, weißt du? Dann bin ich wieder zum Arzt gegangen. Ich habe die Tabletten nur morgens genommen. Ich kann dir gar nicht sagen, wie lange ich diese Tablette genommen habe. Ein Jahr oder zwei Jahre. Dann hab ich eine Pause gemacht, aber in der Zwischenzeit war mir so schwer und dann wusste ich nicht. Ich kannte niemanden, mit wem ich mich unterhalten konnte. Ich hab nicht gewusst, dass man so eine Therapie machen kann oder irgendwas. Ich war immer unter der Familie. Meine Schwiegereltern, meine Schwägerin, die hat auch einen Ehemann im Krieg verloren. Und da war immer so eine traurige Situation. Besonders als ich

1994 mit meinen Schwiegereltern zusammen gezogen bin. Da waren meine Schwägerin, Schwiegereltern, ich und mein Sohn. Das war immer so traurig und- na ja, ich wusste es nicht damals, diese schwierige Situation. Ich wollte mich umbringen. Ich bin ein paar mal zur U-Bahn gegangen, weil ich mir das Leben nehmen wollte.

*(Sie beginnt zu weinen)*

Und- na ja. *(Weint)* Ich glaub, ich bin heute nicht bereit über so was zu sprechen.

- Sollen wir aufhören?

**Lejla-** *(weint uns schweigt)*

- Sollen wir aufhören?

*(Ich schalte das Aufnahmegerät ab. Lejla weint. Schließlich beruhigt sie sich und entscheidet, das Interview weiter zu führen, dass das Aufnahmegerät wird wieder eingeschaltet.)*

**„Ich hab nicht gewusst, dass man so eine Therapie machen kann oder irgendwas. Ich war immer unter der Familie.“**

**Lejla-** An manchen Tagen kann ich darüber reden und an anderen bin ich nicht so stark.

- *Das was ich dich fragen möchte, ist eher nicht so über das, was du erlebt hast, sondern über...*

**Lejla-**...Aber das sind alles Sachen, die mich dazu gebracht haben, dass ich dann zu einem Therapeuten gegangen bin. Dass ich mit ihm so was finden kann, damit er mir helfen kann. Das gehört alles zusammen. Meine Therapie, erst bei Einrichtung A. Wir hatten diese Gruppentherapie gehabt. Ich hatte von jemandem gehört, dass ich da hingehen kann und so. Und dann hab ich erst monatelang so zugehört, was die Leute reden. Bis ich dann erst Mut bekommen habe über mich selbst zu reden und so hab ich mit einer Therapie angefangen.

- *Weißt du noch, wann du das erste mal das Wort Trauma gehört hast?*

**Lejla-** Das war dann 1996. Januar, Februar, oder so was. Da hab ich von Einrichtung A gehört, dass man da diese Therapie machen kann und dass es das gibt. Und dass das dann so überhaupt um Traumatisierung geht. *(Pause)*

- *Und da hast du das erste mal das Wort gehört.*

**Lejla-** Da<sup>137</sup>.

- *Und kannst du mir sagen, was du darunter verstehst, unter Trauma, was das für dich ist?*

**Lejla-** Was das für mich ist, ich weiß nicht, ob ich das ganz gut verstehe. Weil das ist ja irgendwie die Sache, wo man über Probleme reden kann, einfach aus sich spucken, also loslassen. Und für mich war das so, dass es am Anfang nicht so viel geholfen hat. Es wurde immer schwerer und schwerer und ich wollte mit der Therapie aufhören. Und dann ging es mir gut, also ich habe mich besser gefühlt, wenn ich rede, dass ich immer weniger weine, wegen dem Reden und so.

**„Das ist ja irgendwie die Sache, wo man über Probleme reden kann, einfach aus sich spucken.“**

- *Trauma, das Wort, was ist das für dich?*

**Lejla-** Trauma. Trauma, das sind alle meine Erlebnisse, alles, was ich im Krieg erlebt habe, dass die Erlebnisse irgendwo in meinem Kopf sind. Und das, wenn ich mich, wenn ich darüber nachdenke, dann machen die mich sehr traurig, sehr depressiv und *(Pause)*. Ja, so.

*(Lejla kommen die Tränen)*

- *Möchtest du das Interview abbrechen, oder möchtest du noch weiter machen?*

**Lejla-** Noch weiter.

- *Ist OK?*

**Lejla-** Ja.

- *Sag mir aber bescheid, wenn du nicht mehr möchtest. (Pause)*

*Und weißt du noch, wann dir das erste Mal ein Psychologe oder ein Arzt so ein Attest für die Ausländerbehörde geschrieben hat? Wann das das erste Mal war?*

**Lejla-** Das war dann im- ich hab das zuhause, aber mein erstes Attest war bei A, eine Therapeutin, die diese Gruppentherapie bei Einrichtung A gemacht hatte, da. Ne, mein erstes war bei B, weil wir diese Gruppe, als ich das erste mal meine Geschichte erzählt habe, da hat C mir eine Einzeltherapie vorgeschlagen und dann bin ich zu B. Das war Ende 1997. So ungefähr.

**„Trauma. Trauma, das sind alle meine Erlebnisse, alles, was ich im Krieg erlebt habe, dass die Erlebnisse irgendwo in meinem Kopf sind.“**

<sup>137</sup>Auf serbisch- kroatisch- bosnisch ja.

- Und du hattest vorher schon erzählt, du bist vorher zu Ärzten gegangen und dann irgendwann zu einer Psychologin.

**Lejla-** Zur Psychologin bin ich dann erst Anfang 1997 zu der Einrichtung A gegangen.

- Der Grund dafür, dass du dann zur Psychologin gegangen bist war welcher?

**Lejla-** Ich hatte diese amerikanischen Filme gesehen. Und die Leute saßen da so, über Alkoholiker war das meistens oder so, wo die über Probleme reden und alles. Und dann als man gesagt hatte, dass so was da ist, dann hatte ich irgendwie im Kopf, ja so ist das. Weil, für mich war klar, was für eine Therapie das ist. Aber ich durfte darüber nicht so laut reden, zum Beispiel zuhause, dass ich zu einer Therapie gehe. Unsere Mentalität ist ja so, weißt du ja. Wenn du sagst, dass du eine Therapie machst, dass du zum Beispiel bei einem Psychologen bist, dann heißt das, dass du dumm bist. Weißt du ja. Aber mir war es klar. Und dann, also, ich war immer unter meiner Familie, ich hatte keine Erfahrungen, dass man- zum Beispiel mein Arzt hat mich nie zu einem Psychologen geschickt. Die haben mir immer gleich- das war ein Internist in B und er hat mir diese Beruhigungstabletten gegeben. Der hat mich zu niemandem geschickt. Und dann hab ich von Einrichtung A gehört, diese Freitagsgruppe und so. Da hab ich erst von Therapie gehört, aber ich wusste schon durch die Filme, dass so was möglich ist. Das heißt, für mich war das nicht fremd, aber es dauerte fast fünf Monate, bis ich zuhause sagen durfte, wo ich hingeh.

**„Wenn du sagst, dass du eine Therapie machst, dass du zum Beispiel bei einem Psychologen bist, dann heißt das, dass du dumm bist.“**

- Das hattest du von selbst entschieden, dass du das probieren möchtest?

**Lejla-** Ja. Das war meine erste Erfahrung. Ich war in einer großen Gruppe. Dann siehst du, dass die anderen Leute auch Probleme haben, die reden darüber und manchmal denkst, du dass du selbst nichts erlebt hast, und dann in einer halben Stunde siehst du, dass du deine eigenen Probleme hast, dein eigenes Trauma hast. Das tut weh. Das hängt ab davon, was ich für eine Person bin, wie ich das tragen kann,

egal, wie schlimm es war, sondern von meinem Zustand oder von meiner Stärke oder ich weiß nicht genau, wie ich das ausdrücken kann. Wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma. Meine Schmerzen, meine Erlebnisse und ich kann das nicht mit anderen vergleichen. Manchmal dachte ich so, ja, was diese Frau erlebt hatte, meins ist nichts, weil da waren die Frauen aus Srebrenica, die vier, fünf Jahre so jede Stunde was erlebt haben, also weil, ich habe nie Hunger gehabt oder so was. Weil ich war ganz kurz, paar Monate im Krieg, aber trotzdem. (Pause)

**„Wie ich das tragen kann, das ist mein Trauma.“**

- Und dann hattest du erzählt, 97 hast du das erste Mal eine Stellungnahme für die Ausländerbehörde auch abgegeben.

**Lejla-** Ja.

- Von B.

**Lejla-** Ja.

- Weißt du noch, was da so ungefähr drin stand, was sie dir da geschrieben hat?

**Lejla-** Ne, ungefähr, dass sie mir diese, dass ich so eine Teilnehmerin von der Therapie bin und dann diese Diagnose, das versteh ich nie, was da steht, also. Aber ich kann dir das zeigen.

- War das kurz oder lang?

**Lejla-** Das war kurz, nicht so lang. Und dann mein zweites Attest war fast drei Seiten. Und das hat, also ich bin 1998 zur Beerdigung von meinem Mann gegangen. Nachdem, da hatte ich eine Retrau- Retraumatisierung gekriegt, da ging's mir sehr schlecht. Ich hab wieder in der Gruppe geredet, dann hat A, also, sie ist schon auch auf dieser Liste<sup>138</sup>. Die hatte gesagt, dass ich zu ihr kommen sollte, dass sie für mich so ein Attest machen würde. Und dann haben wir uns lange unterhalten, alles, wie das so, in dem Moment, wie ich mich fühle, wie ich das-

- Das war 98 jetzt?

**Lejla-** Das war 98. Weil jede sechs Monate damals mussten wir zur Ausländerbehörde gehen.

- Und weißt du noch, wie oft die dich getroffen hat, damit sie dir etwas schreibt?

**Lejla-** Alleine war ich nur einmal bei ihr, aber wir waren jeden Freitag da in

---

<sup>138</sup>Liste der ÄrztInnen und TherapeutInnen, die von der Ausländerbehörde als Traumabegutachtende anerkannt sind. Siehe dazu Kapitel Zwei und Fünf.



der Gruppe und das hat fünf oder sechs mal hat sie mitgehört, sie hat zugehört, was ich rede und so.

- *Da gab's auch eine Dolmetscherin in der Gruppe?*

**Lejla-** Ja, C war in dieser Gruppe.

- *Die Frau, die dir das jetzt geschrieben hat, das war zur gleichen Zeit deine Gruppentherapeutin?*

**Lejla-** Ja.

- *Hat sie dann schon viel von dir gewusst und erfahren, was du in der Gruppe erzählt hast und sich auch notiert?*

**Lejla-** Ja.

- *Und dann hat sich dich noch einmal alleine getroffen?*

**Lejla-** Alleine getroffen und ich habe- Ich selbst musste auch so meine Geschichte aufschreiben.

- *Das hast du selber aufgeschrieben.*

**Lejla-** Ja.

- *Auf Bosnisch?*

**Lejla-** Auf Bosnisch, von Anfang an, wie es gewesen ist.

- *Also auch das, was vor dem Krieg war?*

**Lejla-** Ja und die ganzen Erlebnisse dazu und nach dem Moment wo die Beerdigung war und so. Alles zusammen.

- *Wie war das für dich, das zu schreiben?*

**Lejla-** (Holt Luft) Das war so schwer. Das hat erst länger gedauert, und dann, als ich das mit der Zeit gesehen habe, dass ich das jetzt abgeben muss, weil sie wollte das bis zum nächsten Termin bei der Ausländerbehörde haben. Das war so schwer, das war so, dass ich so eine Migräne, starke Migräne gekriegt habe, und in dem Moment hatte ich das jeden Monat zwei mal bis drei mal. Aber so stark, dass ich mich immer zwei, drei Tage im Bett hinlegen musste und so im Dunkeln und so. Und dann hab ich wieder mit Medikamenten angefangen. Mit einem starken, also, mit Namen kann ich dir nicht sagen, aber.

- *Ich kenn die Namen meistens auch nicht.*

**Lejla-** Na ja, und das hab ich wieder ein Jahr fast genommen und dann bin ich zu meiner allgemeinen Ärztin gegangen, die hat mir so Johanniskraut gegeben. Das hab ich auch lange genommen und jetzt ab und zu nehme ich das auch.

**„Das [Aufschreiben] war so schwer, das war so, dass ich so eine Migräne, starke Migräne gekriegt habe“**

- *Können wir noch einmal wieder zurückgehen zu dem, wie das für dich war, als du alles aufgeschrieben hast. Meinst du, das wäre leichter für dich gewesen, wenn sie dich gefragt hätte und du das nicht aufgeschrieben hättest?*

**Lejla-** Ja, Ja. Du schreibst und dann erinnerst du dich ganz genau. Also, du hast ein Bild vor dir. Und dann, also das geht so langsam und das ist ja so sehr schwer. Wenn du mich fragst, dann rede ich etwas. Aber, wenn ich etwas schreibe, habe ich selbst mehr Zeit, darüber nachzudenken. Über jedes Detail, das war für mich sehr schwer. Und dann besonders, wenn du das noch einmal durchliest und dann steht da was. Wenn ich das lasse und dann morgen wiedernehme, dann sehe ich später, wie viel Fehler ich gemacht habe und so was. Dann musst du korrigieren und dann liest du das wieder, dann hast du was vergessen, dann fügst du noch was dazu, das ist ja- (Pause).

- *Wie war das für dich, das noch mal alles aufzuschreiben? Wie bewertest du das jetzt?*

**Lejla-** Ehm. Nach der langen Zeit. Also, in dem Moment würde ich sagen, nein, es ist nicht so gut. Es fällt mir immer viel leichter, wenn ich das, aber, wenn das einen so Effekt hatte, dass ich dann irgendwie losgelassen habe. Meine Geschichte hab ich irgendwie rausgelassen. Das war dann für mich auch gut. Aber wenn ich so im Moment, so wie jetzt. Jetzt bin ich ein bisschen depressiver und dann, wenn ich mehr darüber nachdenke, dann ist mir auch schwer. Ich kann das nicht vergessen, was ich erlebt habe und wie ich die Zeit danach gelebt habe. Was für ein Gefühl, was für ein Leben ich hatte. So, das ist ja schrecklich. Aber nur, wenn man beschäftigt ist, dann geht man los, man hat ein Ziel. Dann hat man nicht so viel Zeit nachzudenken (Pause).

**„Ich kann das nicht vergessen, was ich erlebt habe und wie ich die Zeit danach gelebt habe. Was für ein Gefühl, was für ein Leben ich hatte. So, das ist ja schrecklich. Aber nur, wenn man beschäftigt ist, dann geht man los, man hat ein Ziel.“**

- *Und dann hat die Gutachterin diese Information schon gehabt, einmal von der Gruppe, was du erzählt hattest, dann hat sie die Übersetzung von deiner*

*Lebensgeschichte bekommen und dann hat sie sich noch einmal mit dir getroffen, um noch einmal alles durchzusprechen.*

**Lejla-** Ja, ich glaube, dann hat sie auch selbst so ein komplettes Bild von mir bekommen. Ja, weil, wenn du etwas redest, einfach so redest, weil nachdem hab ich so ein Jahr, ein Duldung für ein Jahr bekommen. Das heißt, dass dann die Diagnose ziemlich stark war, aber dann, durch die Gefühle, die ich dann, was ich gesprochen habe, oder so, was sie als Ärztin bemerkt hatte, das war dann was.

*- Weißt du noch, wie das war, als ihr diesen einen Termin gehabt hattet. War da auch eine Dolmetscherin anwesend oder warst nur du und sie da?*

**Lejla-** Es war eine Dolmetscherin da immer.

*- Auch bei den Einzelterminen?*

**Lejla-** Einzeltermin, aber Dolmetscherin war da. Damals konnte ich nicht so gut deutsch.

*- C war die Dolmetscherin?*

**Lejla-** Ja.

*- Und dann habt ihr zu dritt im Raum gesessen?*

**Lejla-** Ja, haben wir.

*- Und eine Stunde, oder?*

**Lejla-** Das war zwei, drei Stunden ungefähr ist das gewesen.

*- Weißt du noch, wie das für dich war?*

**Lejla-** Das war sehr schwer, das war auch so, ich glaube, deshalb hat das auch so lange gedauert, weil dazwischen hab ich viel geweint und dann haben die mir immer Zeit gelassen, dass ich zum mir komme, dass ich mich ein bisschen erhole und dann haben wir weiter, weiter und so. Und ich glaube, vielleicht hatte sie nur eine Stunde für mich oder so, wie das immer geht. Aber, das hat wirklich lange gedauert, fast drei Stunden ist das gewesen.

*- Wie war das für dich mit der Dolmetscherin?*

**Lejla- (Holt Luft)** Also, es war, mit C war das wirklich nicht so schwer, weil sie schon damit Erfahrungen hatte und dann musste ich nicht so eine Pause machen, wenn ich was rede. Ich hab was erzählt und sie hat das gleichzeitig übersetzt. Und immer, wenn ich etwas anfangen konnte, konnte ich das bis zuende erzählen. Aber, wenn du eine Pause machst, zwischen zwei Sätzen und so das ist ja dann nicht so schön. Das stört, dann sagst du immer etwas anderes, dann fällt dir immer was neues ein. (Pause)

**„Nachdem hab ich so ein Jahr, ein Duldung für ein Jahr bekommen. Das heißt, dass dann die Diagnose ziemlich stark war.“**

*- Und wie war das mit der Therapeutin, also, wie hast du dich mit ihr gefühlt?*

**Lejla-** (Schweigt)

*- Mit der, wie heißt sie, D-*

**Lejla-** A. Ehm, also, das war erst einmal für mich eine ganz positive Person. Sie hatte ein so, sie hatte mich sehr beeindruckt in der Gruppe und dann war ich so sicher, wenn ich in die Therapie komme, da hab ich was schönes. Das war die einzige Person, der ich vertrauen konnte. Durch den Krieg, durch alles, was dort passiert ist, hab ich mein Vertrauen verloren, in Menschen. Und dann war irgendwie sie die Person, die mir geholfen hatte. Ich glaube, ich war so still<sup>139</sup> einige Monate, weil ich ihr nicht vertraut hatte. Und erst als ich dieses Gefühl gehabt hatte, dann konnte ich was erzählen. Ich glaub, das war genau in dem Moment, wo ich noch mehr Vertrauen in sie hatte. Da, wo wir alleine waren, da hab ich noch mehr erzählt.

**„Wenn ich in die Therapie komme, da hab ich was schönes.“**

*- Wie hast du die Situation empfunden, als sie dir Fragen gestellt hat in diesen drei Stunden?*

**Lejla-** Ehm. Ich glaube, das war alles so, wenn wir schon reden, wir wollten jemanden haben, der wirklich zuhört. Und ich hab das bei ihr wirklich bemerkt, weil, wenn ich geweint habe, hat sie auch- . Da hab ich so ein Gefühl gehabt.

*- Hat sie auch geweint, oder?*

**Lejla-** Ja. Dass sie wirklich hört, was ich rede. Dass sie es mitgekriegt hat. Und, das war sehr wichtig für mich.

*- Noch etwas anderes, wie das alles für dich war, das zu erzählen?*

**Lejla-** Das war so sehr traurig, muss ich sagen. Also, wenn man weint und was redet und dann hast du eine Möglichkeit. Hast du jemanden, der dir zuhört, wem du was sagen kannst, jemanden, dem du was sagen willst, also das war ja auch für mich wichtig, dass ich auch so viel erzählen konnte, dass ist wirklich so.

---

<sup>139</sup> In der Therapiegruppe

**„Wenn wir schon reden, wir wollten jemanden haben, der wirklich zuhört.“**

*- Dieser Kontakt, diese Stellungnahme im Vergleich zu anderen Stellen, wie zum Beispiel in der Ausländerbehörde, zum Beispiel, wenn man dort hingehet und seine Geschichte erzählen muss, ist da ein Unterschied? Bei der Therapeutin oder bei-*

**Lejla-** Also bei der Ausländerbehörde, da musste ich nichts erzählen. Weil, keiner fragt dich was. Das ist ja wichtig, wenn du was schriftliches mitbringst. Obwohl, ich glaube, die lesen auch nicht so viel. Einfach, wenn du Glück hast, kriegst du so eine Duldung, oder so was. Aber für mich war die Therapie sehr wichtig und sehr nützlich und noch dazu, dass ich dann diese Möglichkeit hatte, zu zeigen und ein Visum zu bekommen. Aber das war für mich, wenn ich zur Ausländerbehörde gehe, so eine Formalität. Wie, wenn man zur Apotheke geht und ein Rezept bringt. Also, ehm-

*- Du hast keine Angst gehabt?*

**Lejla-** Keine Angst. Wirklich, weil. Obwohl ich immer gewusst habe, dass ich eine Aufenthaltsbefugnis kriege, dass ich so- Es geht immer, dann hab ich mir einfach so einen Rat gesucht. Dann hab ich was gefunden, aber ich konnte nicht arbeiten, weil ich eine Duldung hatte und so weiter und immer, wenn du zum Sozialamt gehst, wie die Leute dich, ehm, also, das ist ja so unangenehm. Und ich wollte wirklich so eine Befugnis haben, um einen Job zu finden, dass ich dann von niemandem abhängig bin.

**„Ich wollte wirklich so eine Befugnis haben, um einen Job zu finden, dass ich dann von niemandem abhängig bin.“**

*- Und du hast deine Befugnis 2000 bekommen, hattest du schon gesagt, gab's da irgendwelche Probleme mit der Anerkennung oder wie ist es gelaufen, als du die bekommen hast?*

**Lejla-** Einfach, ich habe schon bevor ich eine Aufenthaltsbefugnis gekriegt hab, hab ich schon drei mal immer ein Jahr gekriegt, so Duldung für ein Jahr und dann war ich irgendwann im September bei der Ausländerbehörde, ich hab wieder ein Jahr bekommen und dann im Februar 2000 hab ich schon eine Einladung bekommen, dass ich hinkommen sollte. Und es stand

nirgendwo warum, und zu einem Gespräch, in dieses Zimmer und so weiter, um wie viel Uhr stand da. Nur, für mich war es so, da unten, wenn ich vom Sozialamt komme, dass ich da so eine Bescheinigung mitbringe oder 20 Mark für mich und für meinen Sohn bezahlen muss. Und dann irgendwie, das heißt, dass ich dann eine Aufenthaltsbefugnis kriegen würde. Und da bin ich hingegangen und-

*- Und hast du den Antrag auch gestellt gehabt?*

**Lejla-** Nein, wir haben das nicht. Weil, es war, nachdem dieses Gesetz für die Leute, die traumatisiert sind, die werden das kriegen und dann bin ich nicht zu einem Anwalt gegangen. Ich hab das nur durch diese Trauma- also durch diese Atteste, die ich immer hinggebracht habe, das waren vier oder drei Atteste und dann war das so.

*- Und diese vier oder drei Atteste, die waren immer von dieser A?*

**Lejla-** Ne, mein erstes, das war von B und nachdem waren dann die drei von A.

*- Und jetzt bei der Verlängerung von der Befugnis-*

**Lejla-** Ne, also, ich brauchte nichts. Ich habe nichts mitgenommen, weil dann bin ich später zu einer Gruppentherapie gegangen, bei B und D, die haben zusammen, die haben sich aufgeteilt, sechs, sechs Frauen, für die sie Atteste geschrieben haben und das war so, dass ich dann von dieser Gruppe, dann von A waren zwei, die letzten zwei hatte ich von dieser Gruppe gehabt. Von B und D, das war der Stempel von beiden. Aber die alle waren auf dieser Liste von den Ärzten. Aber, ich hab das nicht beantragt, ich hab das nach dem Gesetz bekommen.

*- Bei der Verlängerung, da-*

**Lejla-** Da hatte ich nichts. Die hat mich nur gefragt, ob ich immer noch Therapie mache. Ich hab gesagt, ich mach das noch, soll ich dann eine Bescheinigung nachreichen. Sie sagte, nein, nein, ich frage nur. Weil ich gezeigt habe, dass ich arbeite, also damals habe ich schon gearbeitet und dann, ich weiß nicht, warum sie mich das gefragt hat, aber sie hat das mich gefragt. Ich hab gesagt, ja, ja mach ich Therapie und ich hab auch meine Einzeltherapie und im Juni habe ich mit der Gruppe aufgehört, weil das schon drei Jahre war, aber Einzeltherapie mach ich immer noch. In Einrichtung B oder so was, das ist in C. Dann hatte ich, also als ich bei A dieses

Attest gemacht hatte, nachdem ich zurück war aus Bosnien<sup>140</sup>, da hatte sie auch gesagt, es wäre gut, dass mein Sohn auch eine Therapie macht. Dann hat sie uns diese Adresse gegeben, wo ich meine Einzeltherapie machen kann und mein Sohn auch. Und dann waren wir beide da. Ich gehe noch, aber mein Sohn hat letztes Jahr aufgehört.

**- OK, dann sind wir fertig.**

---

<sup>140</sup>Nach der Beerdigung ihres Ehemannes in Bosnien und Hercegovina.

### 7.3. Kommunikative Validierung mit Lejla

Im Vorfeld des zweiten Gesprächs habe ich Lejla das Transkript des ersten Gespräches zum Lesen gegeben mit der Bitte, wenn sie etwas anders sieht oder etwas anmerken möchte, dieses zu kennzeichnen oder es mündlich bei dem Nachgespräch mitzuteilen oder zu diskutieren. Die Gesprächspartnerinnen haben sich zwischen den beiden Gesprächen nicht privat getroffen, nur zweimal telefoniert. Die Gesprächsatmosphäre ist entspannt, das Gespräch findet wieder auf der Arbeitsstelle von Lejla statt. Es ist aber später Nachmittag, so dass kaum noch jemand dort ist. Eingestiegen in das Gespräch bin ich mit der Frage, ob Lejla etwas am Transkript geändert hat oder mit mir über das Transkript reden möchte. Lejla hat es gelesen, aber nichts verändert, es sei so in Ordnung. Sie habe es belastend und merkwürdig gefunden es zu lesen, wollte das Transkript aber aufbewahren. Aus der Therapie habe sie auch einige Aufzeichnungen, die sie aufbewahrt habe. Auch auf Nachfrage zeigt Lejla kein Interesse, das Transkript in irgendeinem Punkt abzuändern oder darüber zu diskutieren.

Lejla erzählt, im Dezember sei es ihr noch schlechter gegangen, als im November, als das erstes Interview stattfand. Ihre Hausärztin habe sie in die Psychiatrie überweisen wollen. Aber sie hätten sich darauf einigen können, dass sie statt Krankenhausaufenthalt eine ambulante Traumatherapie mache, die „was Neues“ sei. Auch habe sie durch die Umstellung des Arbeitslosengeldes im Januar zunächst kein Geld bekommen, was sie sehr belastet habe.

Im Nachgespräch des Interviews wollte ich insbesondere ihre Hypothese zur Diskussion stellen, dass ich den Eindruck habe, dass es Lejla dann schlecht gehe, wenn sie beruflich keine Perspektive sehe und dass das nicht unbedingt mit ihren Erfahrungen im Krieg zu tun habe, sondern mit den schwierigen Lebensbedingungen in Berlin, in denen sie stecke und ihr daher auch die selbstständige Suche nach Beschäftigung möglicherweise mehr helfe als Psychotherapie.

Lejla antwortet auf diese Feststellung ausführlich und differenziert. Auf der einen Seite helfe ihr die Psychotherapie. Insbesondere das exklusive Vertrauensverhältnis zu der Therapeutin unterstütze sie sehr, auf einer anderen Ebene als die „Beschäftigung“. Nach dem Krieg vertraue Lejla nur noch sehr wenigen Menschen. „Zur Zeit ist die einzige Person meine Therapeutin“. Die Therapeutin scheint diese privilegierte Rolle einzunehmen, gerade, weil es ihr ‚Beruf‘ ist, sich Lejlas Geschichte und Erlebnisse anzuhören, ohne dass Lejla das Gefühl haben muss, sie zu belasten. Mit der Familie und einigen Freundinnen habe sie auch ein enges Verhältnis, insbesondere zu ihrer Zwillingschwester, die noch in Berlin lebt. „Aber nicht so, dass ich darüber reden kann“, auch weil die ganze Familie selbst „Schreckliches erlebt“ habe. Lejla sagt, dass sie seit dem Krieg so enttäuscht von Menschen sei, dass sie ganz schwer Vertrauen fasse. „Ich habe Vertrauen verloren, das ist innerlich“, insbesondere, weil ihre engen Freunde gewusst hätten, dass sie und ihre Angehörigen unschuldig waren und weder etwas geplant noch getan haben und die Freunde sich trotzdem abgewandt hätten oder noch schlimmer zu TäterInnen oder DulderInnen von Täterschaft wurden. Durch die Therapie habe sie einen Ort gefunden, an dem sie offen reden könne, ohne weinend zusammenzubrechen.

Ich frage Lejla, ob sie glaube, dass es ihr auch so schlecht gehen würde, wenn sie einen gesicherten Job und eine berufliche Perspektive hätte. Sie sagt, dass die Erinnerungen und ihre „Probleme wegen dem Krieg“ auch vorhanden sein würden, wenn es ihre Lebensbedingungen in Berlin besser seien.

Lejla besteht bei direkten Nachfragen auf ihr „Trauma“ als Ursache für ihr Leiden. Wenn sie aber weniger direkt gefragt wird, führt sie immer wieder die Dimension ihrer aktuellen Lebensbedingungen an. Es gehe ihr schlecht, wenn sie keine berufliche Perspektive sehe. Eine Beschäftigung- im doppelten Sinne- lenke sie auch von den Erinnerungen an den Krieg ab. „Wenn ich beschäftigt bin, dann denke ich nicht daran. Dann tust du was, hast neue Pläne, neue Ideen. Deshalb versuch ich, immer was zu tun“. Im Winter gehe es ihr immer schlechter, weil es dunkel werde und sie weniger aktiv sein könne. Auch könne sie es nicht ertragen, wenn sie zuhause allein sei und Nachrichten sehe. Kriegsberichte, besonders Bilder von durch Krieg und andere ‚Katastrophen‘ leidenden Menschen, machen ihr „Angst und Schlafprobleme“. Zuletzt habe sie vier Tage nicht schlafen können, als sie Bilder von der aktuellen Flutkatastrophe in Südostasien gesehen habe. Die Situation in dem Verein habe sich auch verschlechtert, deshalb würde auch nicht mehr so viel Unruhe da sein. Der Verein

biere nun *Ein- Eurojobs* an, aber für einen Euro wolle niemand arbeiten. Lejla zieht es in Erwägung, für neun Monate einen *Ein- Eurojob* anzunehmen. Sie darf nicht nach Bosnien und Hercegovina fahren, wenn sie arbeitslos gemeldet ist. Ihr Vater ist schwer krank, so dass sie versucht, regelmäßig nach BiH zu fahren, auch findet sie es für sich wichtig, häufig dort zu sein. Außerdem bekommt sie mit Annahme eines *Ein- Eurojobs* die Berechtigung, an einer Trainingsmaßnahme vom Arbeitsamt teilzunehmen. Lejla würde gerne eine Weiterbildung zur Bürokauffrau oder Buchhaltung machen, aber *„die haben gesagt, dass ich dafür zu alt bin“*. Sie plant mit dem *Ein- Eurojob* drei Stunden am Tag zu arbeiten, *„das wären dann 250 zusätzlich im Monat“*<sup>141</sup>.

Lejla möchte ihre Lebenssituation in Berlin nicht getrennt sehen von dem Lebensbedingungen in Bosnien und Hercegovina, speziell in ihrer Herkunftsstadt. Sie sieht ihre Lebenssituation eng verknüpft mit ihren Lebensbedingungen und -Perspektiven in Berlin und den Lebensbedingungen ihrer Familie und Angehörigen in ihrer Herkunftsstadt, die sie potenziell als ihren eigenen Lebensort ansieht. Auf der einen Seite relativiert Lejla durch den Vergleich ihrer Lebensbedingungen in Berlin mit denen in BiH, ihre Schwierigkeiten in Berlin. Auf der anderen Seite gehört ihr Herkunftsort auch konkret zu ihren eigenen Lebensbedingungen. Seit sie ihre Befugnis hat, reist sie regelmäßig nach Bosnien und Hercegovina, im Schnitt alle zwei bis drei Monate. Im Januar sei sie für sieben Tage dort gewesen. Die Lebensbedingungen in Bosnien und Hercegovina belasten sie immer sehr. In diesen sieben Tagen habe sich ein *„27 jähriger Moslem“* aus dem Ort erhängt, ihre Schulfreundin sei im Alter von 42 Jahren an einem Tumor im Kopf gestorben. Weitere der *„Moslems“* aus ihrem Bekanntenkreis seien *„am Herzen gestorben“*. *„Alle unter 50 Jahren.“* Alle seien nach dem Krieg verarmt, auch von der *„serbischen Seite“* seien in dieser Woche viele gestorben. Ein Junge von 15 Jahre, sei gestorben, *„da es keine Medikamente für ihn gab“*. *„Die Leute gehen überhaupt nicht zum Arzt, weil sie es sich nicht leisten können.“* Die Schwiegertochter einer ‚serbischen‘ Schulfreundin, mit der sie noch im Kontakt sei, sei im Alter von 28 Jahren an Asthma gestorben. *„Früher hat es wenigstens eine Sozialversicherung gegeben, heute überhaupt nichts.“*

Auch fühle sie sich dort ambivalent, sie habe immer rückerkehren wollen. Inzwischen erlebe sie sich aber fremd in ihrem Herkunftsort. *„Ich weiß nicht ob ich mich verändert habe, oder die Leute sich verändert haben.“* Vor zwei Jahren hätten sie den Ort wieder aufgebaut, *„aber alles so neu, nicht schön“* und auf der Straße erkenne sie kaum noch Leute *„15.000 serbische Binnenflüchtlinge sind jetzt dort, auch alte ‚Serben‘ nicht mehr da, ich erkenne niemanden mehr auf der Straße. Die kennen sich auch untereinander gar nicht“*. Die Stimmung sei dort auf der Oberfläche ruhig, aber *„es gibt viele dieser Kleinigkeiten. Darüber wird nicht geredet“*. In der Straße, in der Lejlas Familie heute wieder wohnt, sind alle BewohnerInnen, nach dem Krieg ab 1998 zurückgekehrte ‚Moslems‘. Im November sei es das letzte mal passiert, dass *„sie Steine und Gasflaschen geworfen haben“*. Gegen zwölf Uhr nachts hätten ‚Serben‘ selbstgebastelte Gasflaschen und Steine in ihre Fenster geworfen. Wer das namentlich gewesen ist, habe sie *„keine Ahnung“*. Bei Fußballspielen sei *„es besonders schlimm“*. Die Spiele seien gegen ‚muslimische‘ Teams immer unentschieden, oder ihre Herkunftsort gewinne. Die Spieler hätten Angst und die Häuser in ihrer Straße würden immer mit Steinen beworfen. Die Straße, in der ihre Familie und andere ‚muslimische‘ RückkehrerInnen leben, befindet sich genau auf dem Weg zum Stadion. Alle ‚Moslems‘ blieben während der Spiele zuhause und verbarrikadierten ihre Fenster als Vorsichtsmaßnahme und kein ‚Moslem‘ würde sich ins Stadion als Zuschauer wagen würde. *„Moslems gehen nicht ins Stadion, dürfen sie auch nicht.“* Dass die Situation in Lejlas Herkunftsort einen so großen Raum im Nachgespräch einnimmt, liegt auch daran, dass die Interviewerin Lejla dort im vorangehenden Sommer besucht hat und den Ort kennt.

Ich versuche abschließend mit Lejla zu diskutieren, was sie über die Weisung für Traumatisierte der IMK<sup>142</sup> denkt. Dass einige Menschen aus formalen Gründen aus der Weisung fallen oder dass die Begutachtungspraxis eine Belastung darstellt, thematisiert Lejla nicht. Sie sagt insgesamt nicht sehr viel dazu, außer, dass sich ihre Hoffnungen auf Veränderung ihrer Lebenssituation nicht erfüllt haben, dass diese genau so sei, wie vor Erhalt der Befugnis. *„Ehrlich gesagt, hat mir die Befugnis nicht so viel geholfen. Ich hab mir von Anfang an gewünscht, dass ich eine Arbeit bekomme. Aber ich hab*

---

<sup>141</sup>250 , da in Berlin statt einen Euro pro Stunde ein Euro und fünfzig Cent bezahlt werden.

<sup>142</sup>Siehe Kapitel Zwei.

*nichts mehr geschafft, als mit der Duldung.*“ Auf den Aspekt der größeren Sicherheit, in Deutschland bleiben zu dürfen weise ich sie hin. Das sei das Einzige, was sich wirklich geändert habe.

## **Kapitel Acht- Munira**

### **8.1. Munira: „Wenn ein Mensch traumatisiert ist, egal woher der Mensch kommt, das sollte eigentlich keine Rolle spielen“**

Munira Avdić<sup>143</sup> ist Mitte 20 und hat in Deutschland die Realschule und eine Ausbildung abgeschlossen. Als Jugendliche ist Munira gemeinsam mit ihren Eltern und ihrem Bruder aus dem südserbischen Sandžak nach Berlin geflohen. Munira lebt in Berlin als Flüchtling der 1½ Generation. Auf der einen Seite ist sie konfrontiert mit den Verhältnissen als Tochter ihrer Eltern, welche die deutsche Sprache nur wenig erlernt haben, so musste sie als Mittlerin zwischen den Eltern und Schwiegereltern und den deutschen Behörden und ÄrztInnen fungieren. Auf der anderen Seite ist Munira selbst als Jugendliche nach Deutschland geflüchtet, musste lernen, in der deutschen Gesellschaft zu leben, mit allen sich daraus ergebenden Schwierigkeiten. Munira ist muslimischer Konfession, verheiratet und hat eine vierjährige Tochter. Sie kommt aus einer mittelgroßen Stadt im Sandžak an der heutigen Grenze zu BiH (Republika Srpska). Von dort sind viele ‚Muslime‘ Mitte der `90er Jahre geflohen. Der Ehemann von Munira ist ein ‚Moslem‘ aus Zentralbosnien, der Mitte der `90er Jahre gemeinsam mit seinen Eltern und seinem Bruder nach Berlin geflohen ist. Familie Avdić hat durch die ‚traumatisierte‘ Mutter von Muniras Ehemann ein Bleiberecht erhalten. Dass der Ehemann von Munira bosnischer Staatsbürger ist und Munira serbisch-montenegrinische Staatsbürgerin, ist hier bedeutsam. Die Staatsbürgerschaft konstituiert, welcher Status als Flüchtling aus dem ehemaligen Jugoslawien in Deutschland eingenommen wird. Die Weisung der IMK vom November 2000<sup>144</sup> ermöglicht es lediglich Flüchtlingen bosnischer Staatsbürgerschaft, durch eine attestierte Traumatisierung eine Aufenthaltsbefugnis in Deutschland zu erlangen<sup>145</sup>.

Munira und ich kennen uns seit 2001. Munira ist gemeinsam mit ihrer Mutter in eine therapeutische Gruppe für ‚traumatisierte‘ Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien gegangen, in der ich engagiert war. Mit der Zeit freundeten wir uns an. Die im Interview verhandelten Gegenstände waren in vorherigen privaten Gesprächen immer wieder Thema. Im Vorfeld des Interviews äußert Munira Bedenken, die ‚richtigen‘ Antworten zu geben, welche ich brauche. Hauptmotivation, in das Interview einzuwilligen, scheint der Wunsch zu sein, mir behilflich zu sein. Munira ist im Vorfeld des Interviews angespannt.

Es scheint wichtig zu sein, dass ich im Vorfeld versichere, dass Munira jederzeit aus dem Gespräch aussteigen könne. Munira äußert, dass sie in ein Gespräch mit einer ihr fremden Person nicht eingewillt hätte. Nach Gesprächsende sagt Munira, dass sie sich wohl gefühlt habe in der Gesprächssituation und mit einer anderen Person nicht so offen geredet hätte. Was Munira und ihre Familie im Krieg genau erlebt haben, teilte sie mir nur in Teilen mit. Dieses Nicht- Reden über die konkreten Erlebnisse während der Kriege im ehemaligen Jugoslawien ist eine der wichtigsten unausgesprochenen Kommunikationsregeln im Gespräch. Der Gesprächsfokus liegt auf der Begutachtung und dem damit verbundene aufenthaltsrechtliche Anerkennungsverfahren. Deshalb nehmen ihre Belastungen durch die Krankheit ihrer Schwiegermutter und Mutter sowie der ungesicherte Aufenthaltstatus ihrer Familie einen großen Raum in dem Gespräch ein.

Das Interview findet an einem Samstag in der Wohnung von Munira statt. Die vierjährige Tochter von Munira beschäftigt sich meist nicht alleine und beansprucht viel Aufmerksamkeit. Aus der Befürchtung heraus, dass die Tochter das Gespräch unterbricht, geht der Ehemann für die Zeit des Gesprächs mit der Tochter zu den Schwiegereltern. Die Tochter geht seit ein paar Monaten in den Kindergarten, ist aber ungerne ohne ihre Mutter. Munira fühlt sich belastet durch die Tochter. Während des Interviews erwähnt sie ihre Tochter jedoch nicht. Das Interviewgespräch wird in deutscher Sprache geführt. Die Gesprächsatmosphäre ist entspannt und informell, auch wenn das bevorstehende Interview Munira nervös macht. Das Aufnahmegerät irritiert Munira anfangs etwas, später jedoch weniger. Während des Gesprächs läuft der

---

<sup>143</sup>Namen, Institutionen und Orte wurden anonymisiert.

<sup>144</sup>Dargestellt und diskutiert in Kapitel Zwei.

<sup>145</sup>Siehe hierzu Kapitel Zwei.

Fernseher, auf den beide ab und an schauen. Munira stellt Kaffee und Kuchen auf den Tisch, den beide während des Gesprächs jedoch nicht anrühren, sondern erst nach dem Gespräch.

Auf die Information, dass ihr Name, alle vorkommenden Personen, Institutionen und Orte anonymisiert würden, reagiert Munira mit gleichgültigem Schulterzucken. Sie vertraue der Interviewerin und habe nichts zu verheimlichen. Den Interviewnamen suchen beide Gesprächspartnerinnen gemeinsam aus. Den verwendeten Interviewleitfaden<sup>146</sup> zur Unterstützung der Befragung liest Munira im Vorfeld des Gesprächs aufmerksam durch. Der Leitfaden liegt während des Interviews zwischen beiden Gesprächspartnerinnen.

Nach der Flucht nach Berlin lebte Munira mit ihrer Familie bis 2000 in einem Wohnheim für Flüchtlinge, lernte schnell Deutsch und besuchte die Realschule. In diesem Wohnheim lernte sie auch ihren späteren Mann kennen. Munira heiratete 1998. Nach dem Realschulabschluss begann Munira eine Ausbildung. In ihrem Beruf hat sie trotz mehrfacher Bemühungen keine Anstellung gefunden. Zunächst konnte sie das auch gar nicht, da sie bis 2001 eine Duldung und keine Arbeitserlaubnis hatte<sup>147</sup>. Munira absolvierte während ihrer Ausbildung ein Praktikum in einer Berliner Anwaltskanzlei, deren Klientel u.a. Flüchtlinge in aufenthaltsrechtlichen Verfahren sind. Aus den genannten Gründen konnte Munira nicht übernommen werden. Mit der Aufenthaltsbefugnis, die Munira mit Hilfe einer psychologischen Begutachtung bekam, erhielt sie auch eine Arbeitserlaubnis. Trotz eines deutschen Schulabschlusses und abgeschlossener Ausbildung findet Munira keine ‚offizielle‘ Arbeitsstelle. Aus Angst, ihren Aufenthaltstatus zu verlieren, nimmt sie auch keine ‚inoffiziellen‘ Stellen an. Munira wohnt gemeinsam mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter. Ihre Schwiegereltern wohnen im selben Block. Ihre Eltern und ihr Bruder mit seiner Frau und einem zweijährigen Sohn wohnen in der gleichen Straße. Munira ist familienorientiert. Ihre sozialen Kontakte bestehen vorwiegend aus ihrer Tochter, dem Ehemann, den Schwiegereltern, Eltern, Bruder und Schwägerin. Sie besuchen sich gegenseitig und organisieren den Alltag gemeinsam Insbesondere für die Schwiegermutter und Mutter fühlt Munira sich verantwortlich. Auch wenn das Gespräch darauf fokussiert ist, dass Munira von sich selbst spricht, zieht es Munira immer wieder vor, von Anderen (ihrer Schwiegermutter, Mutter, Schwägerin, Bekannten etc.) zu erzählen.

Der Begriff Trauma hat für Munira im Zusammenhang mit aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren an Bedeutung gewonnen. („*Das hab ich schon 98 gehört. Vom Januar bis April hab ich in der Kanzlei gearbeitet und da kamen ja viele Leute mit den Attesten, in denen es stand, Trauma.*“) Trauma taucht in dem Gespräch als relevante Kategorie immer in dem rechtlichen Kontext einer attestierten Traumatisierung und der damit verbundenen Erlangung (bei Munira, ihr Ehemann und Tochter, Schwiegereltern, Schwägerin) oder Nichterlangung (bei den Eltern und dem Bruder) einer Aufenthaltsbefugnis auf. Der Begriff selbst bleibt für Munira jedoch schwammig. („*Da gibt es eigentlich, äh, viele, viele Symptome. Schlaflosigkeit, Hilflosigkeit, Weinen, Anfälle.*“) Es ist ziemlich schwierig, von Munira freimütig direkte Aussagen außerhalb des nahegelegten Erklärungsmodells der Ursache von Beschwerden von Flüchtlingen durch ‚das Trauma‘ zu erhalten. In ihren konkreten Ausführungen kommen Kriegserlebnisse als Ursachen für Beschwerden entweder bei Anderen ( der Schwiegermutter „*Ja, das hängt alles damit zusammen, sie hat ja auch so viele Familienangehörige verloren*“) oder nur in Andeutungen vor („*Ich habe mich nie getraut, zum Psychologen zu gehen. Weil ich das nicht zugeben wollte. Dass ich Probleme damit habe*“). Dass die Schwiegermutter „*fast durchgedreht hat*“, führt Munira auf ‚das Trauma‘ zurück. („*Das hängt alles damit zusammen*“) Diese Verbindung ist nicht zwingend. Die Kategorie Trauma ermöglicht hier ferner eine Abgabe von eigener Ohnmächtigkeit und Verantwortung in der Situation, auf der anderen Seite ist sie auch beunruhigend. Das ‚Durchdrehen‘ der Schwiegermutter auf ihr ‚Trauma‘ zurückzuführen, ermöglicht Munira auch, nicht über die belastende Lebenssituation hier und eigenes Verhalten nachzudenken. Munira schildert ihre eigenen Beschwerden und Schwierigkeiten weniger in Verbindung mit ihrer

---

<sup>146</sup>Siehe Anhang.

<sup>147</sup>Zu den Implikationen und Auswirkungen einer Duldung, siehe Kapitel Zwei.



Lebenssituation in Deutschland, obwohl sie immer wieder von belastenden Situationen berichtet, die vorrangig mit ihrer heutigen Lebenssituation in Deutschland zusammenhängen. So schildert sie lange und ausführlich die Einlieferung ihrer Schwiegermutter in die Psychiatrie, erzählt von ihrer Mutter, die auch in die Psychiatrie gekommen ist, als sie keine Verlängerung ihrer Duldung bekommen hat, von dem frustrierenden Umgang mit der Ausländerbehörde etc..

Die Verknüpfung zwischen der psychologischen Diagnose einer Traumatisierung und dem Erlangen einer Aufenthaltsbefugnis ist für Munira deutlich. Dies bringt sie jedoch nicht dazu, in Frage zu stellen, dass eine Befugnis aufgrund einer nachgewiesenen psychischen Erkrankung (PTSD) erteilt wird und so eine politische Entscheidung auf eine psychologisch- fachliche verlagert wird. Die Grenze, auf die Munira mit dieser Regelung stößt, ist eine andere. Da Munira und ihre Herkunftsfamilie nicht im heutigen Bosnien und Hercegovina gelebt haben, gilt für sie diese Regelung nicht. Munira versucht dies so zu lösen, indem sie die Logik der Traumaregelung nicht insgesamt in Frage stellt, sondern deren Ungerechtigkeit betont. („*Das finde ich irgendwie doof, wenn ein Mensch traumatisiert ist, egal woher der Mensch kommt, das, das sollte eigentlich keine Rolle spielen.*“) Durch die Heirat mit einem bosnischen Staatsbürger ist Munira selbst in die Kategorie von Familienangehörigen traumatisierter BosnierInnen gefallen. Im Ausnahmefall kann eine Aufenthaltsbefugnis für Familienangehörige von schwer Traumatisierten erteilt werden, wenn diese als Betreuungsperson fungieren. Dies gilt insbesondere für Kinder von jenen Flüchtlingen, die ohne Hilfe Anderer im Alltag nicht zurecht kommen. Bei Beantragung der Aufenthaltsbefugnis führte die Familie einen gemeinsamen Haushalt im Wohnheim. Wäre dies nicht so gewesen, hätten Munira und ihr Ehemann keine Aufenthaltsbefugnis als Betreuungspersonen bzw. Familienangehörige erhalten können<sup>148</sup>.

Dass Munira als ‚Betreuerin‘ ihrer Schwiegermutter fungiert, hat ihr eine Psychologin in einem Gutachten bescheinigt, auch dass Munira selbst ‚traumatisiert‘ ist. („*Und die Ärztin, äh Psychologin hat es mir auch bestätigt, dass es bei mir auch diese Symptome gegeben habt, die auch für ein Trauma deuten.*“) Sie selbst ist so der- aus ihrer Sicht ungerechtfertigten- Ungleichbehandlung von StaatsbürgerInnen Bosnien und Hercegovinas und StaatsbürgerInnen Serbiens und Montenegros, bzw. sog. DoppelstaatlerInnen entgangen. Jedoch befinden sich ihre Eltern und ihr Bruder in der unmittelbaren Gefahr der Abschiebung. Die Regelung erscheint Munira und ihrer Herkunftsfamilie willkürlich. Munira thematisiert die rechtliche Benachteiligung der Flüchtlinge aus dem Sandžak.

Der Sandžak ist eine von den modernen Zentren des ehemaligen Jugoslawien weitgehend abgeschnittene und verarmte Region. Der Sandžak ist gebirgig, zwar nur 300 Kilometer entfernt von der Hauptstadt Belgrad, die Straßen sind jedoch sehr schlecht. Es dauert fast eine Tagesreise, von Belgrad aus in den Sandžak zu gelangen. Dem entsprechend abgeschnitten von den Metropolen findet das Leben im Sandžak statt. Aus dem Sandžak zu kommen, bedeutet auf der einen Seite eine diskriminierte Position innerhalb von JugoslawInnen<sup>149</sup> einzunehmen. Im ehemaligen Jugoslawien bestanden und bestehen heute noch starke Vorurteile gegen Menschen aus dieser Region. Auf der anderen Seite bedeutet, aus dem Sandžak zu kommen, in Deutschland eine benachteiligte rechtliche Position unter den Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien einzunehmen. Die Weisung der Innenministerkonferenz von 2000, die ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlingen eine Aufenthaltsbefugnis ermöglicht, wenn sie bestimmte formale Kriterien einhalten und eine Traumatisierung mittels eines Gutachtens nachweisen können, gilt nicht für Menschen aus dem Sandžak<sup>150</sup>, auch wenn nicht angezweifelt wird, dass kriegerische Ereignisse im Sandžak während des Krieges in Bosnien und Hercegovina stattgefunden haben.

Munira geht nicht so weit, das gesamte Traumakonzept oder die Regelung des IMK-Beschlusses insgesamt in Frage zu stellen. Die Anbindung von einem gesicherten Aufenthalt an eine fachlich diagnostizierte Traumatisierung wird nicht in Frage gestellt. So scheint es auch selbstverständlich, sich einer psychologischen Begutachtung zu

---

<sup>148</sup>Siehe Ausführungen zur IMK- Weisung vom November 2000, erläutert im Kapitel Zwei.

<sup>149</sup>Hiermit sind all jene gemeint, die BürgerInnen von Jugoslawien gewesen sind, auch wenn der Begriff heute keine faktische Grundlage mehr hat, soll mit dem Begriff JugoslawIn die gesellschaftlich geteilten Bedeutungen benannt werden.

<sup>150</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

unterziehen. Munira sagt einerseits, sie habe Angst, „zum Psychologen“ zu gehen. Zu der Begutachtung im Anerkennungsverfahren, in dem bescheinigt werden soll, dass Munira als Betreuungsperson für ihre Schwiegermutter fungiert, hat Munira sich andererseits ohne geäußerten Widerstand begeben. Dass die begutachtende Psychologin ihr eine zusätzlich Traumatisierung attestierte, ist nach rechtlicher Ausgangslage nicht erforderlich, da Munira als eine ‚Betreuungsperson‘ einer ‚traumatisierten‘ Familienangehörigen eine Aufenthaltsbefugnis erlangen kann. Dass die Psychologin es trotzdem getan hat, scheint für Munira eine zugleich belastende als auch entlastende Funktion zu haben. Dass sie auch diese „Symptome“ attestiert bekommt, gibt ihr ein sicheres Gefühl, eine Berechtigung zu haben, in Deutschland bleiben zu dürfen.

Munira bezeichnet die Begutachtungssituation aber auch als „erschütternd“ („Ja, ich war hin und hergerissen, da musste ich alles von meiner Geburt an, von Anfang an, alles erzählen, wie es in meiner Kindheit war, wie es hier in Deutschland war, alles, das war für mich erschütternd“). Es mutet ungewöhnlich an, dass Munira über die Begutachtung spricht und zur gleichen Zeit den zentralen Aspekt einer Begutachtungssituation, die besprochenen Inhalte während der Begutachtungsgespräche, auslöst. Sie erzählt nur allgemein, was besprochen wurde und wie es ihr dabei ergangen ist. Auf Nachfragen schildert Munira die Begutachtungssituation nicht genau, sie reißt sie an und wechselt schnell zu anderen Personen oder Themen ( Bspw.: „Ja, die Ärztin war auch ganz gut. Die war so gefühlsvoll, sie hat gesehen, wenn es mir schlecht ging, dann hat sie Aufgehört, dann hat sie halt eine kleine Pause eingelegt, ja. (Pause) Ja, von manchen Menschen hab ich ja gehört, dass es so `ne Psychologen gibt, die so gefühlskalt sind...“). Ein freundlicher Umgang von deutscher, offizieller Seite, auch von ÄrztInnen und PsychologInnen ist für Munira nicht selbstverständlich. Das Überprüfen, ob jemand mit ihr und ihren Angehörigen korrekt umgeht, gehört zu Muniras Realität. („Ja, die ist gut mit mir umgegangen“ ; „ Zum Glück habe ich eine gute Psychologin gehabt“).

Ein naheliegendes geplantes Verhalten und das Einordnen der Begutachtung des Vorliegens einer Traumatisierung als strategisch, ist in dem Interview nicht sichtbar. Dies könnte daran liegen, dass die vollkommene Infragestellung des Konzeptes Trauma, an dem eine Gerechtigkeit ausgemacht werden und gemessen werden kann, für Munira negative Konsequenzen haben könnte. Dass traumatisierte Flüchtlinge, „egal woher sie kommen“, in Deutschland bleiben dürfen sollen, ist ein ‚gerechter‘ Maßstab an dem unterschiedliche Erlebnisse gemessen werden können. Wenn die Traumaregelung insgesamt als willkürlich in Frage gestellt werden würde, würde das Gefühl von einer Gerechtigkeit und Gerechtigkeit verschwinden, welches für Munira wichtig zu sein scheint. Als Tochter von Flüchtlingen aus dem Sandžak ist Munira die aus ihrer Sicht bestehenden Beliebigkeit, für wen die Traumaregelung gelte, immer bewusst. Munira sieht das im Zusammenhang mit einer politischen Entscheidung: „weil die, die Regierung<sup>151</sup> unterschrieben hat, dass es da unten Möglichkeiten der Behandlung gibt, obwohl das nicht stimmt“. Flüchtlinge aus dem Sandžak haben in letzter Zeit noch größere Schwierigkeiten, einer Abschiebung aus Deutschland zu entgehen, unabhängig davon, wie krank sie sind und was sie während der Kriege erlebt haben. So auch die Eltern von Munira und ihr Bruder. („Meine Mutter hat ja seit Anfang des Jahres (Pause) einfach keine Duldung mehr verlängert gekriegt gehabt, seit Januar, , es ging auch um meinen Bruder, obwohl seine Frau auch die Befugnis hat, und er ein Kind mit ihr hat.“) Es wird auch von Seiten der mit Flüchtlingen zusammenarbeitenden Organisationen gefordert, die für BosnierInnen geltende Traumaregelung auch auf diese Gruppe auszuweiten. Es wurde ein Bündnis für die Ausweitung der Traumaregelung auf Menschen mit einer serbisch- montenegrinischen Staatsbürgerschaft geschlossen<sup>152</sup> sowie eine Evaluationsreise von PsychologInnen über die aktuelle gesundheitliche Versorgung in Serbien und im Kosova unternommen<sup>153</sup>. Alle Bemühungen blieben jedoch bisher ohne nennenswerte Erfolge. Auch Munira ist über diese Bemühungen informiert und setzt Hoffnungen in sie, jedoch sieht sie die Situation pessimistisch. („Und die Ärzte versuchen es ja auch, das beste draus zu

<sup>151</sup>Von Serbien und Montenegro.

<sup>152</sup>Siehe Kapitel Zwei insb. Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004a).

<sup>153</sup>Siehe Kapitel Zwei insb. Vorläufiger Reisebericht einer Evaluationsreise nach Serbien (Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien 2004c).

*machen. Auch mit den Attesten und Stellungnahmen, alles, aber inwieweit das hilft, momentan nicht viel.“)*

Bei der Mutter ist Munira im Kontrast zur Schwiegermutter eher geneigt, deren Aufenthalt in der Psychiatrie mit den aktuellen äußeren Bedingungen in Verbindung zu sehen. („*Meine Mutter hat ja seit Anfang des Jahres (Pause) einfach keine Duldung mehr verlängert gekriegt gehabt*“ ; „*ihr ging`s auch so schlecht, im April, da musste sie auch stationär behandelt werden, einen Monat lang.*“) Durch diese stationäre Behandlung haben die Eltern von Munira weiterhin Duldungen erhalten, „*auf einen Monat, auf drei Monate, aber ist immer wieder Duldung und es steht noch offen, wie es noch mal weitergeht*“. Die Verknüpfung einer Verschlimmerung der Beschwerden der Mutter, die selbst durch die drohende Abschiebung erst ausgelöst wurde, mit einer Verbesserung der aufenthaltsrechtlichen Situation gerade durch den verschlechterten Gesundheitszustand ist eigentlich unlösbar. Für Munira steht es nebeneinander. Es bleiben aber auch wenige andere Handlungsperspektiven offen.

## Kapitel Acht- Munira

### 8.2. Gespräch mit Munira

**Munira-** Ich bin hier Ende `93 dann im Dezember nach Deutschland gekommen, da war ich gerade mal 14 Jahre alt, und da ich kein deutsch konnte, [...] und da musste ich zum Arzt gehen. Und da ich kein deutsch konnte, da musste ich meine Nachbarin mitnehmen, die da in der Nachbarschaft gewohnt hat, die ist auch aus Bosnien, aber die ist früher nach Deutschland gekommen und da hat sie in Zwischenzeit auch deutsch gelernt, dann hat sie mich zum Arzt mitgenommen [...].

- *Aber das war nicht wegen irgendwelchen Beschwerden wegen Krieg oder so was?*

**Munira-** Nee. Zu den Zeitpunkt nicht mehr, nicht mehr.

- *Und dann, bist du dann wegen Beschwerden, die für dich mit diesen Erlebnissen zusammen hängen...*

**Munira-** (zustimmend) Mhmm. Anfang 99 bin ich dann zum Arzt gegangen, weil ich da oft Probleme mit dem Magen gehabt habe, (holt Luft) und dann, 2000 wurden da bei mir Gallensteine äh festgestellt, da musst' ich auch operiert werden, im September 2000.

- *Das siehst du im Zusammenhang mit...*

**Munira-** ... ja, die Ärztin hat gesagt, dass die Beschwerden, die auch an dem Magen gewesen sind und auch Gallensteine, dass das alles (holt Luft) von der Psyche gekommen ist. Ich habe mich nie getraut, zum Psychologen zu gehen. Weil ich das einfach nicht zugeben wollte. Dass ich Probleme damit habe. (Pause)

- *Weißt du noch, wann hast du das erste mal das Wort Trauma gehört?*

**Munira-** Hmmm, ich hab, ich hab in einer Rechtsanwaltskanzlei gearbeitet, das hab ich schon 98 gehört. Vom Januar bis April hab ich in der Kanzlei gearbeitet und da kamen ja viele Leute mit den Attesten, in den es stand, Trauma.

- *Du hast es nicht in der Familie oder vom Arzt gehört, sondern wirklich das erste mal in der Kanzlei?*

**Munira-** Ja, das erste mal da. `n bisschen später hab ich es von meiner Mutter erfahren, dass sie auch am Trauma leidet. Und als ich im August 98 geheiratet habe, da ging es auch bei meiner Schwiegermutter los. (Pause, Räuspern) Und dann hat sie sich auch, eh, in die Therapie begeben, bei Herr Doktor A, was es nicht so viel geholfen hat und Anfang 99 hat sie zu Frau Doktor B gewechselt, da hat sie auch Medikamente gekriegt, die ihr geholfen haben und seitdem befindet sie sich da in Behandlung.

- *Beides sind Psychiater?*

**Munira-** Ja. Bei der Frau Doktor B.

- *Was verstehst du selbst unter Trauma?*

**Munira-** Da gibt es eigentlich, äh, viele, viele Symptome. Schlaflosigkeit, Hilflosigkeit, Weinen, Anfälle, hmmm. (längere Pause)

**„Und da kamen ja viele Leute mit den Attesten, in denen es stand, Trauma.“**

- *Und du selbst, hast kein Attest oder Stellungnahme?*

**Munira-** Ich hatte eine Stellungnahme gemacht. Das ging eigentlich, wegen meiner äh, Svekrva<sup>154</sup>, wegen der Aufenthaltsbefugnis. Da sollte meine Schwiegermutter die Aufenthaltsbefugnis kriegen und wir drei nicht<sup>155</sup>. Und da ich die Betreuungsperson<sup>156</sup> von ihr war, da musste die Ärztin eine Stellungnahme über mich machen, inwieweit ich für meine Schwiegermutter da sein sollte und die Ärztin, äh, die Psychologin hat es auch bestätigt, dass es bei mir auch diese Symptome, gegeben hat, die auch für ein Trauma deuten.

- *Hast du mit der länger gesprochen, mit der Psychologin?*

**Munira-** Ja, ich hab sechs mal eine Stunde mit ihr gesprochen, dann sechs Stunden insgesamt.

- *Wann war das?*

**Munira-** Ja, das war, hmmm 2000. (Pause). Ich hab ja auch eine Stellungnahme da, schriftliche, wenn du die brauchst.

(Munira holt die Stellungnahme unter dem Wohnzimmertisch hervor, die Interviewerin sieht sie, guckt sie aber nicht genauer an.)

---

<sup>154</sup>Schwiegermutter

<sup>155</sup>Munira, Ihr Ehemann und die gemeinsame Tochter.

<sup>156</sup>Familienangehörigen kann, wenn sie in einem gemeinsamen Haushalt mit einer als im Alltag nicht ohne Hilfe zurechtkommenden anerkannten ‚Traumatisierten‘ zusammenleben als Betreuungsperson der Aufenthalt in Deutschland ermöglicht werden. Im Normalfall erfolgt Abschiebung von nicht mehr minderjährigen Kindern bzw. anderen Verwandten, die als ‚Traumatisiert‘ anerkannten Person eine Bewältigung des Alltags ermöglichen. Siehe dazu Kapitel Zwei.

- Ja, und wie war das für dich, als, als sie mit dir gesprochen hat, für die Stellungnahme, weißt du das noch?

**Munira-** Ja, ich war hin und hergerissen, da musste ich alles von meiner Geburt an, von Anfang an alles erzählen, wie es in meiner Kindheit war, wie es hier in Deutschland war, alles, das war für mich erschütternd. (Pause)

- Mit Dolmetscherin, oder...

**Munira-** Ich hab's mit Dolmetscherin gemacht, aber die Ärztin meinte, dass ich ja so gut deutsch rede, ich könnte ja das auch alleine machen, aber die Dolmetscherin hat mir dargelegt, dass es besser wäre, wenn sie dabei wäre, dann hab ich ja auch sie angenommen, dass sie da ist.

- Wie war das für dich, war das angenehm, dass sie dabei ist?

**Munira-** Ja, (Pause) ja, das war für mich angenehm, dann hat, die Dolmetscherin hat ja gesehen, dass ich so aufgeregt war. Dann hat sie gesagt, ist besser, wenn ich dabei bin. Ich hab mich irgendwie sicherer gefühlt, dass sie dabei war.

- Warum?

**Munira-** Ich weiß es nicht, dass wenigstens einer bei mir ist. Nicht nur die Psychologin, dass einer an meiner Seite ist. Nicht, dass ich da allein sitze.

- Und sie konnte das auch- du kanntest sie vorher<sup>157</sup>?

**Munira-** Ehhhh, ich hab eh sie vorher paar mal gesehen. Die arbeitet auch bei dem Verwaltungsgericht und die ist ja befreundet mit der Rechtsanwältin A und so sind wir ins Gespräch gekommen. [...]

**„Ja, ich war hin und hergerissen, da musste ich alles von meiner Geburt an, von Anfang an alles erzählen, wie es in meiner Kindheit war, wie es hier in Deutschland war, alles, das war für mich erschütternd.“**

- Noch mal zu den, als du diese sechs Gespräche hattest, mit Psychiaterin B war das auch?

**Munira-** Ne, das war eh, Psychiaterin C, diese Psychoanalytikerin in A.

- Da hattest du sechs Gespräche mit ihr und sonst warst du nicht bei ihr, sondern nur für diese sechs Gespräche?

**Munira-** Ja, nur für diese sechs Gespräche....

- Deine Schwiegermutter war da länger oder auch nur für diese Stellungnahme?

**Munira-** Ne, sie war eigentlich nie da. Die war an dem B, eh wie heißt das noch mal, an dem C war sie, da hat sie ihre Stellungnahme gemacht.

- Verein C?

**Munira-** Ja, beim Verein C glaub ich. Und da hat sie ihre Stellungnahme gemacht und eh, als das bei dem Gericht vorlag, dann wollten die noch mal eine Stellungnahme von mir und von meinem Mann haben.

- Und dann seid ihr zu jemanden anderen...

**Munira-** ...Ja, da sind wir einfach da zugeordnet worden, da zu Frau C, an die Frau.

- Ach so. Und die kannte deine Schwiegermutter gar nicht.

**Munira-** Ne, ne. Nur durch die Atteste. Durch die Akte, die sie vom Verwaltungsgericht übersandt gekriegt hat. Hat sie aus den Akten entnommen da.

- Es ist zwar jetzt länger her, aber weißt du jetzt noch, wie, wie die Situation war, so ganz konkret, als ihr im Raum saßt, du, die Psychologin oder Gutachterin und die Dolmetscherin wie das für dich war, also wie die zu dir waren, diese Psychologin.

**Munira-** Ach, die war ganz nett, die hat mir auch dargelegt, falls ich Pausen haben will, dass ich es ihr sage. Falls es mir zu viel wird. (Pause) Ja, die ist ganz gut mit mir umgegangen.

**„Ja, da sind wir einfach da zugeordnet worden, da zu Frau C, an die Frau.“**

- Und weißt du noch, wie es weitergegangen ist, als die Frau das Attest abgegeben hat, wie das im Verfahren weiter...?

**Munira-** Ja, sie hat eigentlich bescheinigt, dass ich für meine äh, Schwiegermutter als äh, Begl- äh Betreuungsperson in Betracht käme und dann hat sie das weiter, dieses Gutachten ans Verwaltungsgericht geschickt und dann hat das Verwaltungsgericht sofort entschieden, dass ich, mein Mann und meine Tochter die Befugnisse kriegen.

- Das ging dann ziemlich schnell?

**Munira-** Ja, das ging dann ziemlich schnell.

- War dann noch 2000 oder 2001?

**Munira-** Hmmm... Jetzt haben wir 2004, das war schon 2001. Die drei

---

<sup>157</sup>Die Dolmetscherin

Jahre sind dann, ne, zwei Jahre, 2003, jetzt ist 2004, nächstes Jahr müssen wir noch zum Verlängern, das war 2001. Meine Mutter 2001 auch gekriegt, aber im Februar, das hat, äh, das hat auch, das ganze hat sechs Monate gedauert, bis die Psychologin dieses Gutachten erstellt hat und noch mal das Verwaltungsgericht entschieden hat.

- *Wie war das bei deiner Mutter? Also, wann hat sie das erste Mal diese Stellungnahmen bekommen?*

**Munira-** Oh, bei ihr hat es bisschen länger gedauert, sie musste auf diese schriftliche Stellungnahme ein Jahr lang warten.

- *Wo war sie?*

**Munira-** Meine Mutter, Schwiegermutter meinst du?

- *[...] Von wem hast du jetzt geredet?*

**Munira-** Ich rede immer noch von meiner Schwiegermutter. Meine Schwiegermutter hatte bei dem Beratungsstelle C gemacht und da musste sie fast ein Jahr lang warten, bis das Schriftliche gekommen ist, zum Verwaltungsgericht. Das Ganze hat lange gedauert, aber es wurde positiv entschieden.

- *Also habt ihr zuerst Befugnis bekommen und dann erst sie?*

**Munira-** Nee, sie hat zuerst gekriegt.

- *Sie hat zuerst und dann seid ihr...*

**Munira-** ... Ja, das Verwaltungsgericht hat dann entschieden, positiv für die, dass sie kriegen, aber da wir auch eigene Familie sind, mein Mann, ich und die Tochter, dann musste es noch mal entschieden werden. Musste noch mal 'ne Stellungnahme gemacht werden, inwieweit äh, meine Schwiegermutter von mir betreut werden sollte oder muss oder was auch immer.

- *Als du bei den anderen Ärzten warst, das mit den Gallensteinen und so was, hast du da auch diese Atteste vorgelegt, der Ausländerbehörde oder hast du...*

**Munira-** ... ne, gar keine.

- *Hast du nicht.*

**Munira-** Ne, eigentlich, meine Schwiegermutter hatte immer wieder die Atteste vorgelegt.

- *Erinnerst du dich noch, wann du das erste mal davon gehört hast, ähm, dass es diese Möglichkeit gibt, mit Attesten Aufenthalt zu kriegen?*

**Munira-** Ja, als ich da in der Kanzlei gearbeitet habe, 98, dann hat die Anwältin auch gleich den Antrag gestellt für meine Schwiegermutter gleich 98 oder Anfang 99. Für Aufenthaltsbefugnis.

- *Und vorher war deine Schwiegermutter auch gar nicht beim Arzt.*

**Munira-** Ne, wegen Trauma nicht. Wegen Beschwerden ja, aber sie wusste da natürlich nicht, dass es mit dem Trauma zusammenhängt und was das überhaupt ist. Sie hat sich einfach nicht gut gefühlt, sie hat nicht gegessen, sie hat viel abgenommen gehabt, sie hat sich zurückgezogen, sie wollte einfach nicht rausgehen und alle diese Symptome. (Pause) Und 99 ist es richtig schlimm gewesen. (Pause)

**„Sie wusste da natürlich nicht, dass es mit dem Trauma zusammenhängt und was das überhaupt ist.“**

- *Kannst du dazu mehr sagen?*

**Munira-** (Pause) Ja, es ist ausgebrochen (holt Luft). Und 2002 musste sie auch stationär behandelt werden, einen Monat lang (Pause), weil sie fast durchgedreht hat. (Pause)

- *Kannst du dazu ein bisschen mehr erzählen?*

**Munira-** Na ja s... (Pause, tiefes Luftholen) Sie hat am Anfang Wein- äh Weinanfälle gekriegt, aber wir, wir dachten, dass das normal ist, dass sie ab und zu mal weinen muss, dann auf einmal wollte sie keine Medikamente mehr einnehmen, (Pause) und zwei, drei Tage ging es so und auf einmal wollte sie uns schlagen, sie hat uns mit den Händen bedroht, mit den Fäusten, (holt tief Luft), und sie wolle sich ja, sie hat uns erzählt, dass sie sich auch umbringen wollte und dann hab ich ja sofort die, ihre behandelnde Ärztin angerufen und sie hat mir, äh, die Sekretärin war am Telefon, sie hatte mal Patienten drinne und nach 15 Minuten hat sie mich zurückgerufen und dann hat sie gesagt, dass sie sofort das Sozialpsychiatrische Dienst vorbeischieken werde, dass die sich das mal angucken und falls meine Schwiegermutter nicht freiwillig in das Krankenhaus geht, dann muss noch mal die Polizei kommen und sie mal mitnehmen, weil sie nicht freiwillig gehen wollte. Und nach einer Stunden waren dann mal die zwei Ärztinnen da, von Sozialpsychiatrischen Dienst, und die hatten sie mal angeguckt und ein paar Fragen mal gestellt, aber sie hat es nicht beantwortet oder wusste nicht oder was auch immer, und dann ham die sie gefragt, ob sie freiwillig in das Krankenhaus gehen will, und sie hat

geantwortet, sie will nicht, sie braucht keinen Hilfe, sie fühlt sich gut, *(Pause)* und dann hat sie uns gefragt, die Ärztin hat mich gefragt, ob sie uns auch bedroht hat. Da hab ich gesagt ja, und da hab ich es auch beschrieben, wie sie das gemacht hat, und dann hat sie einfach die Polizei angerufen und das Krankenwagen, den Krankenwagen, dass sie abgeholt wird und dann wurde sie auch mit der Hilfe von Polizei in das Krankenhaus gebracht, weil sie nicht freiwillig gehen wollte und da blieb sie auch einen Monat lang. Erst mal auf der geschlossenen Abteilung und dann wurde sie verlegt, auf die Offene.

- *Und in der Zeit haben schon andere davon geredet, dass das mit den Kriegserlebnissen zusammenhängt, oder war das...*

**Munira-** ... Ja, ja, das war, da hatte sie ja auch schon Befugnis gehabt. Ja, das hängt alles damit zusammen, sie hat ja auch viele Familienangehörige verloren *(Pause, holt Luft)*. Ihren Bruder, die Schwester, die Söhne von der Schwester, ganz viele und sie ist ja auch eine sensible Person, die steckt das alles nicht so leicht weg.

- *Ihr habt jetzt Befugnis seit 2001. Wie du gesagt hast, habt ihr sie auch ziemlich schnell bekommen, wie war es denn bei deiner Familie, jetzt nicht deine Schwiegereltern...*

**Munira-** *(lacht)* Meine richtige Familie.

- *Kannst du da ein bisschen erzählen?*

**Munira-** Ja, da meine Eltern aus Sandžak kommen, haben die Probleme jetzt momentan mit, mit ihrem Visum, weil die, die Regierung<sup>158</sup> unterschrieben hat, dass es da unten Möglichkeiten der Behandlung gibt, obwohl das nicht stimmt, und äh, meine Mutter hat ja seit Anfang des Jahres *(Pause)* einfach keine Duldung mehr verlängert gekriegt gehabt, seit Januar, [...] es ging auch um meinen Bruder, obwohl seine Frau auch die Befugnis hat, und er ein Kind mit ihr hat.

- *Die auch Bosnierin ist.*

**Munira-** Ja, die auch Bosnierin ist, die auch aus C kommt, die ist 95 nach Berlin gekommen, die hat alles durchgelebt, durchgemacht *(holt Luft)*. Die war noch kleines Kind da, aber die hat noch alles gut in Erinnerung. Aber die Ausländerbehörde wollte einfach keine Befugnis für meinen Bruder

rausrücken, obwohl die das Kind auch zusammen haben. Und meine Mutter, die ist in der Behandlung bei der Psychiaterin B, seit 98 noch, und äh, ihr ging's auch so schlecht, im April, da musste sie auch stationär behandelt werden, einen Monat lang.

- *Im April jetzt.*

**Munira-** D. jetzt, dieses Jahres und seitdem hat sie auch Duldung erhalten, aber nur für einen Monat erst mal und dann jetzt momentan hat sie für drei Monate verlängert gekriegt. Aber in Zwischenzeit ham wa sehr negative Erfahrungen mit der Ausländerbehörde gemacht, als meine Mutter im Krankenhaus war, da bin ich einfach mit meinem Vater hin zur Verlängerung und da kam eine Dame raus, und sie hatte ein Blatt Papier mitgehabt und dann hat sie mich gefragt, wer ich bin, dann hab ich gesagt einfach, ich bin die Dolmetscherin und da hat sie mir gesagt, geben Sie mir ihren Ausweis her, dann hab ich meinen Pass gegeben und sie hat meinen Namen und mein Geburtsdatum notiert. Und dann hat mich gefragt, ja, wann reist Herr A. aus? Dann hab ich gesagt, wie Sie gut wissen, in der Akte steht, dass die Frau doch krank ist und momentan liegt sie im Krankenhaus. Ach die kommen ja aus Sandžak, die haben ja da unten Behandlungsmöglichkeiten. *(Pause)* Dann hab ich ja gesagt, das wurde nur unterschrieben, aber das stimmt ja nicht, na ja, wenn die Frau A. nicht bis zum D ausreist, dann wird sie mal, doch mal noch mal abgeschoben, wird sie, wenn es hier noch mal, wenn sie noch mal freiwillig *[betont]* in das Krankenhaus geht, dann wir sie von da abgeschoben. Da hab ich gesagt, ja ich hab die Schnauze voll, wenn sie noch mal irgendwelche Fragen haben, dann rufen Sie noch mal die Rechtsanwältin an, und klären Sie das mit ihr, aber der reist nicht freiwillig aus. Und seitdem kriegen die immer wieder Duldung. Auf einen Monat, auf drei Monate, aber ist immer wieder Duldung und es steht noch offen, wie es noch mal weitergeht. Die ham erst mal bis zum D. dieses Jahres diese Duldung und *(Pause)* wissen wa noch nicht. Die haben auch das Verfahren beim Verwaltungsgericht auch noch offen, da tut sich momentan nichts, wie es weitergeht, müssen wa mal sehen.

- *Und deine Eltern und dein Bruder haben die auch noch Atteste oder Stellungnahmen?*

---

<sup>158</sup>Von Serbien und Montenegro

**Munira-** Meine Mutter hat ja nur, die Stellungnahme und die ist ja nur in der Therapie bei der Psychiaterin B.

- Und von ihr hat sie auch eine Stellungnahme bekommen?

**Munira-** Ja, von ihr, sie nimmt auch an zwei, drei Gruppen Teil, diese Selbsthilfegruppen, in der Einrichtung B und bei D.

- Weißt du, wie das für sie ist, wenn sie zur Psychiaterin geht? Ob ihr das angenehm ist oder unangenehm?

**Munira-** Es ist ihr angenehm. Ja, sie glaubt immer wieder, dass die ihr helfen werden, auch mit den Medikamenten und auch die Gespräche, da fühlt sie sich sicherer, wenn sie dahin geht. Und die Ärzte versuchen es ja auch, das beste draus zu machen. Auch mit den Attesten und mit den Stellungnahmen, alles, aber inwieweit das hilft, momentan nicht viel.

**„Und die Ärzte versuchen es ja auch, das beste draus zu machen.“**

- Wie findest du das, dass auf der einen Seite Bosnier mit diesen Traumaattesten auch Befugnis bekommen können und Leute aus dem Sandžak nicht?

**Munira-** Das find ich irgendwie doof, wenn ein Mensch traumatisiert ist, egal woher der Mensch kommt, das, das sollte eigentlich keine Rolle spielen (Pause) meiner Meinung nach, aber die Behörde entscheidet das anders. (Pause) Wenn vielleicht die Regierung anders unterschrieben hätte, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten gebe, würde es ganz anders aussehen, würde es ganz genau wie für Bosnier aussehen, nehm ich mal an, aber momentan sieht's schlecht aus. (Pause)

- Deine Mutter spricht keine Deutsch?

**Munira-** Die spricht kein Deutsch, genau.

- Braucht sie immer einen Dolmetscher?

**Munira-** Zum Glück spricht Psychiaterin B Serbokroatisch, aber wenn sie woanders zum Arzt muss, dann muss immer einer mit.

[...]

**„Wenn ein Mensch traumatisiert ist, egal woher der Mensch kommt, das, das sollte eigentlich keine Rolle spielen.“**

- Mich interessiert, wie es für einen konkret ist, in der Begutachtung, du hattest mit schon gesagt, dass du diese sechs Termine hattest und sie dann

etwas für dich geschrieben haben. Wie das genau für dich war, ob du die Stellungnahme lesen konntest, was sie, also als sie es geschrieben hat, bevor sie es zum Gericht gegeben hat, ob du das noch mal gelesen hast oder wie überhaupt sie dich gefragt hat und so weiter. Wenn du dich da noch dran Erinnerst?

**Munira-** Ne, ich konnte es eigentlich nicht lesen, vorher, was sie geschrieben hat. Aber sie hatte vorher mir die Frage gestellt, dann hab ich es beantwortet und sie hat es immer wieder aufgeschrieben. Ich kann mich gut erinnern, dass sie so einen Stapel aufgeschrieben hatte, alles, was ich gesagt habe, hat sie notiert und als, am Ende kam es bloß acht Seiten, da war nicht so viel, aber sie hatte alles mitnotiert gehabt.

- Und das hast du auch bekommen?

**Munira-** Ne, das hab ich nicht bekommen, das muss, das Gericht bekommen hat oder sie das für ihre Akte behalten hat. Aber eigentlich nicht viel, das was zum Gericht gegangen ist, diese Stellungnahme, was ich auch bekommen habe.

**„Ich kann mich gut erinnern, dass sie so einen Stapel aufgeschrieben hatte, alles, was ich gesagt habe, hat sie notiert und als, am Ende kam es bloß acht Seiten,“**

- Wie war das für dich mit ihr? Du hattest schon gesagt, die Dolmetscherin...

**Munira-** Ganz gut, ja die Ärztin war auch ganz gut. Die war so gefühlsvoll, sie hat gesehen, wenn's mir schlecht ging, dann hat sie aufgehört, dann hat sie auch halt eine kleine Pause eingelegt, ja. (Pause). Ja, von manchen Leuten hab ich ja gehört, dass es so `ne Psychologen gibt, die so gefühlkalt sind, die so ne dummen Fragen stellen und dann wissen die Menschen nicht, wie sie antworten sollen. Aber zum Glück hatte ich eine gute Psychologin gehabt.

- Kannst du davon noch ein bisschen erzählen?

**Munira-** (lacht) Ist mir peinlich. Kennst du doch diese Frau C, die auch in der Gruppe B teilnimmt und ihr Mann ist acht, ne 96 gestorben hier in Deutschland, und dann kam sie zur Begutachtung und dann hat sie alles angegeben, dass sie keinen Lebensgefährten hat oder so was, dann



hat die Ärztin sie gefragt, (*lacht*) wie ist es beim Sex, wie oft hat sie denn in der Woche Sex. Dann ging es der Frau so schlecht, ihr Sohn saß neben ihr. Und kannst du dir mal vorstellen, wenn dein Sohn daneben sitzt und ...

- *Der Sohn hat gedolmetscht?*

**Munira-** Ja, der hat gedolmetscht. Und die Frau ist aufgestanden und hat mit den Fäusten (*lacht*) auf, auf den Tisch geschlagen, was soll das und dann hat sie die Sitzung abgebrochen gehabt. Aber das ist, das finde ich ja auch eine Unverschämtheit, wenn der Sohn daneben sitzt und dann soll sie doch diese Fragen nicht stellen und wenn sie mal sagt, dass sie keinen Mann hat. Wat soll sie noch mal, diese Fragen.

- *Das war keine Psychologin, die....*

**Munira-** Doch!

- *... die in einer Beratungsstelle arbeitet?*

**Munira-** Ne, in keiner Beratungsstelle. Die steht auch auf der Liste.<sup>159</sup>

- *Die steht auch auf der Liste? (lacht)*

**Munira-** Ja, die steht auch auf der Liste. Ich hab mich auch gewundert, dass die auf der Liste ist. Und der Sohn saß daneben. Zum Glück, so `ne Fragen hab ich nicht gestellt gekriegt. So `ne sinnlosen Fragen.

- *A und dein Bruder haben auch Atteste gehabt?*

**Munira-** Ne.

- *Beide nicht.*

**Munira-** Beide nicht. B hat durch ihre Mutter Befugnis gekriegt gehabt. Aber sie war eigentlich zu faul zum Arzt zu gehen, obwohl sie diese Symptome auch hatte, die hat alles durchgele-durchgemacht, da, und alles miterlebt und- (*Pause*). Ende 95 kam sie erst hierher, als C erobert wurde.

- *Nach Dayton.<sup>160</sup>*

**Munira-** Ja, nach Dayton. Aber trotzdem hat sie Befugnis gekriegt, ihre Mutter war auch im Krankenhaus (*Pause*) einen Monat lang. (*längere Pause*)

- *Gut, dann bin ich zuende mit meinen Fragen, das war's, danke Munira.*

**Munira-** Wie viel haben wa gequatscht?

---

<sup>159</sup>Auf der Liste der TherapeutInnen und PsychiaterInnen, die im aufenthaltsrechtlichen Verfahren Gutachten zur Traumatisierung von bosnischen erstellen dürfen. Siehe dazu Kapitel Zwei und Fünf.

<sup>160</sup>Eine Befugnis kann im Rahmen des IMK-Beschlusses 2000 nur erteilt werden, wenn Flüchtlinge aus BiH vor dem Daytoner Friedensabkommen nach Deutschland eingereist sind. Siehe dazu IMK- Beschluss vom November 2000, erläutert in Kapitel Zwei.

### 8.3. Kommunikative Validierung mit Munira

Es ist nicht einfach einen Termin mit Munira zur kommunikativen Validierung zu vereinbaren. Sie sagt, sie habe derzeit sehr viel zu erledigen und wisse schon nicht, wie sie alles auf die Reihe bekommen solle. Als die Zeit für mich enger wird, dränge ich Munira, sich baldigst zu einem Nachgespräch zu treffen. Ich teile ihr mit, es werde nur eine Stunde dauern, um noch einmal einige Themen des Interviews nachzufragen und zu diskutieren. Insgesamt dauert der Termin jedoch über drei Stunden. Als Muniras Tochter krank ist und Munira deshalb mit der Tochter zuhause bleiben muss, ruft sie an und teilt mir mit, dass in den folgenden Tagen das Nachgespräch stattfinden könne. Da der Termin kurzfristig zustande kommt, konnte ich Munira das Interviewtranskript im Vorfeld nicht geben. Das Gespräch findet wieder im Wohnzimmer der Wohnung von Munira statt. Das Transkript bringe ich zum Gesprächstermin ausgedruckt mit und bitte Munira, es in meiner Anwesenheit im Vorfeld des Gesprächs zu lesen. So kann Munira sich während des Lesens nicht zurückziehen, auch keinen günstigeren Moment abwarten, an dem sie z.B. allein in der Wohnung wäre. So sind Tochter und Ehemann in der kleinen Wohnung anwesend, die Tochter während des Lesens und auch an Teilen des Gesprächs im selben Raum. Während Munira das Transkript liest, klingelt es an der Haustür, ihr Bruder kommt zu Besuch und unterbricht auch einmal das Gespräch. Allgemein ist die Atmosphäre am Gesprächsort unruhig und nervös.

Munira liest das Transkript aufmerksam und gründlich durch. Sie braucht sehr lange – ungefähr 1½ Stunden – und ist vertieft in den Text. Ihr kommen an einigen Stellen die Tränen, Munira wirkt allgemein angespannt. Ich bekomme ein schlechtes Gewissen, Munira zu belasten, spüre den Impuls, das Lesen zu unterbrechen, tue es aber nicht.

Ich steige ein in das Gespräch mit der Frage, wie es für Munira war, das Transkript zu lesen und äußere den Eindruck, dass Munira während und nach dem Lesen des Transkriptes bedrückt wirkt. Munira sagt dazu, *„was soll ich sagen. Es ist mir alles irgendwie auf einmal hochgekommen, von Anfang an, seit dem ich hier in Deutschland bin“*. Gedanken, die sie lieber im Alltag wegdrücken möchte. Auf die Frage, ob sie etwas anders gesagt hat, als es geschrieben steht oder sie etwas erklären oder hinzufügen möchte, sagt sie, *„nein, es ist so, wie ich es gesagt habe“*. Sie möchte auch die gewählten Überschriften im Transkript nicht diskutieren, ebenso nicht erläutern, was genau sie während des Lesens belastet. Auf die Nachfrage, ob sie etwas allgemein sagen, diskutieren oder ergänzen möchte, antwortet sie *„eigentlich nicht.“*, außer dass es nicht angenehm war, es zu lesen. Sie freut sich aber, als ich ihr anbiete, das Interviewtranskript zu behalten.

Auf die Verständnisfrage, unter welchen Umständen Munira eine Aufenthaltsbefugnis als Familienangehörige bzw. Betreuungsperson ihrer ‚traumatisierten‘ Schwiegermutter bekommen hat, wo sie doch nicht in einem gemeinsamen Haushalt leben, erklärt Munira wie es dazu gekommen ist. Zum Zeitpunkt des Antrages auf Aufenthaltsbefugnis haben sie, ihr Ehemann und die Tochter in einem gemeinsamen Haushalt mit den Schwiegereltern gelebt. Nach Erhalt der Aufenthaltsbefugnis sind die Familien erst aus dem Wohnheim in separate Privatwohnungen gezogen, allerdings leben sie immer noch im selben Wohnblock, auch, um weiterhin nachweisen zu können, dass Munira sich weiter um die Schwiegermutter kümmert (*„Das spielt ja auch eine Rolle, dass wir in der Nähe sind.“*). An dieser Stelle kommt der Bruder in das Wohnzimmer. Das Gespräch wird unterbrochen, bis er wieder geht.

Auf die Frage, ob es einen äußeren Anlass gab, als die Schwiegermutter in die Psychiatrie gekommen ist, sagt Munira, *„das ist einfach so passiert“*. Sie habe keine aufenthaltsrechtlichen Probleme mehr gehabt, schon eine Aufenthaltsbefugnis besessen. Es habe damit begonnen, dass sie viel geweint habe. Die Familie habe sich anfangs nichts dabei gedacht habe, aber dann sei es schleichend immer schlimmer geworden. Ich merke zum Vergleich an, dass Munira bei ihrer Mutter die androhende Abschiebung als äußere Ursache für deren Psychiatrieaufenthalt annimmt. Munira führt diese Diskrepanz auf die unterschiedlichen äußeren Kontexte zurück, der Schwiegermutter, die sehr extremes Leid im Krieg erlebt habe und deshalb *„krank wurde“* und der Mutter, die wegen der Abschiebung extrem krank geworden ist.

Im Falle ihrer Mutter ist Munira wütend. Ich frage sie, was sie dazu denkt, dass ihre Mutter bei Androhung von Abschiebung krank wurde und dass diese Krankheit sie und den Vater vorerst vor Abschiebung schützt. Beide wären schon längst abgeschoben, wäre die Mutter nicht in die Psychiatrie eingeliefert worden. Munira äußert aufgebracht: *„Daran ist die Ausländerbehörde schuld. Die wissen ja ganz genau, dass sie seit `98*

*schon in der Behandlung ist und dass sie nicht seit 2003 und 2004 in Behandlung ist. Kein Wunder, dass sie im Krankenhaus landet, wenn sie eine Abschiebung bekommt“.* Ich merke an, dass sie so auch gar nicht gesund werden könnte. „*Eigentlich nicht*“ sagt Munira dazu zustimmend. Dass ihre Mutter wegen ihrer serbisch-montenegrinischen Staatsbürgerschaft und nicht wegen des späten Behandlungsbeginns nicht in die Weisung der IMK vom November 2000<sup>161</sup> fällt und deswegen keine Befugnis bekommen kann, merkt Munira nicht an. Bezugspunkt ist Behandlungsbeginn der Mutter.

Auf die Frage, ob Munira bestimmen kann, was die Ursache für die Beschwerden ihrer Schwiegermutter, Mutter und ihrer eigenen ist, sagt Munira „*Was soll ich sagen, das kommt ja alles zusammen, wa? Von dem Krieg auch und diese ganzen Erlebnisse und man ist ja hier zwölf Jahre. Zum Beispiel meine Mutter, die hat ja immer noch keine Befugnis erhalten, sie muss ja immer wieder mit der Angst leben, dass sie abgeschoben wird. Die machen ja auch hier Druck auf die Psyche, na kein Wunder, dass man da krank wird. Das kann man ja alles nicht aushalten. Das kommt ja alles zusammen, von dem Krieg und hier*“.

Ich merke dazu an, mir sei aufgefallen, dass Munira das Erklärungsmodell Trauma als Ursache für die Leiden immer wieder anführt, aber im konkreten vorwiegend über aktuelle Erlebnisse und Bedingungen in Deutschland erzählt. Munira besteht darauf, dass die Beschwerden ebenso von den Erlebnissen im Krieg kommen. Auf nochmaliges Nachfragen, was es denn sei, was sie so belaste, trifft Munira eine Unterscheidung zwischen sich, ihrer Mutter und ihrer Schwiegermutter. Auffallend ist, dass die Männer in der Familie als belastet bzw. krank gar nicht vorkommen. Munira äußert, bei der Schwiegermutter kämen die Beschwerden vom Krieg, bei der Mutter 50 /50 und bei sich selbst wisse sie es nicht genau. („*Bei meiner Schwiegermutter glaub ich schon, dass das vom Krieg ist, weil sie hat ja so viele Familienangehörige verloren, das steckt man einfach nicht so leicht weg. Bei meiner Mutter denke ich, dass die zur Hälfte, dass dieses Trauma und die Beschwerden zur Hälfte auch von der ausländerrechtlichen Situation kommen. Dass sie ständig in Angst leben muss, dass sie von den Kindern, bzw. von den Enkelkindern getrennt wird, an denen sie sehr hängt.*“) Munira muss noch einmal ausdrücklich aufgefordert werden, eine Aussage zu sich selbst zu treffen. Bei sich selbst „*weiß ich nicht. Es nimmt mich alles mit, zum Beispiel wenn ich meine Mutter sehe, dass sie so krank ist, oder meine Schwiegermutter. Ich weiß nicht, vielleicht bin ich ja noch zu jung, um diese Erlebnisse zu verarbeiten oder dass das Trauma bei mir ausbricht, weiß ich nicht. Ich fühl mich einfach auch nicht gut. Aber wovon das kommt. Ich geht ja nicht so gern zum Arzt.*“ Ich frage nach, ob Munira sich dazu Gedanken macht, woher ihre eigene Niedergeschlagenheit und Beschwerden kommen. Munira bejaht, sie denke häufig darüber nach, aber sie wisse einfach nicht, woher die Beschwerden kommen.

Daran anknüpfend äußere ich, mir sei aufgefallen, dass Munira im Interview sehr viel von ihrer Schwiegermutter und ihrer Mutter erzählt, weniger von sich selbst. Es sei mir nicht klar geworden, woran das läge. Ob dies so sei, weil die Themen Trauma und Begutachtung Munira eher sekundär betreffen oder weil das Thema selbst für Munira nicht angenehm sei. Munira sagt dazu: „*Das ist eine schwere Frage. Ich will einfach nicht zugeben, dass ich krank bin, dass ich zum Arzt gehen muss.*“ Sie äußert, sie „*müsste*“ zum Arzt gehen, als ich in Frage stelle, dass sie müsste, besteht sie darauf. Munira erzählt, sie habe eine Therapie begonnen, die habe ihr auch geholfen insbesondere die Medikamente, aber sie habe es abgebrochen. Auf Nachfrage, was sie dazu gebracht habe, sagt Munira „*ich weiß es nicht, ich bin einfach zu faul, ich gehe ja nicht so gerne zum Arzt*“. Ich weise darauf hin, dass sie Faulheit auch bei ihrer Schwägerin angeführt hat, dass sie sich nicht begutachten lassen hat und sich nicht in Behandlung befindet und stelle zur Diskussion, dass es ja auch nachvollziehbare Gründe geben könnte, nicht zum Arzt zu gehen. Munira sagt dazu, dass sie nicht daran denken möchte, krank zu sein, sondern versuche es wegzudrücken, sie denke dann „*ach, das dauert nur ein paar Tage und dann geht das schon vorbei.*“ Sie leide unter „*Schlaflosigkeit, Alpträume, dass man so leicht nervös wird, dass man so ausrastet bei jeder Kleinigkeit*“. Auf die Nachfrage, ob das mit speziellen Erlebnissen zusammen auftrete, sagt sie, sie habe Erinnerungen, aber sie sei erst zwölf Jahre alt gewesen, als der Krieg ausgebrochen sei und „*man ist jung, man verarbeitet das so schnell und so*

---

<sup>161</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

*gut, dass man dann nachher keine Probleme mehr hat, aber-“.* Sie träume sehr oft von Verfolgung und sieht diese Beschwerden eher im Zusammenhang mit ihren Erfahrungen im ehemaligen Jugoslawien als ihrer aktuellen Lebenslage. Ihre Beschwerden deutet Munira als auf ein Trauma hindeutend, welches aber noch nicht ausgebrochen ist.

Daraufhin frage ich Munira nach der Bedeutung, dass ihre Gutachterin ihr eine Traumatisierung attestiert hat, obwohl es vom rechtlichen Kontext her nicht notwendig gewesen wäre. Ich äußere, es scheine mir, dass das wichtig oder erleichternd für Munira war. Munira sagt dazu, es sei ihr wichtig gewesen, dass die Psychologin ihr betätigt hat, dass sie ihre Schwiegermutter betreut, die Diagnose einer Traumatisierung sei aber von keiner Bedeutung. (*„Ich glaube, das könnte auch nicht da stehen, das hat keinen Einfluss auf die Stellungnahme gemacht, sie hat einfach nur bescheinigt, dass meine Schwiegermutter auf meine Hilfe angewiesen ist“*). Es spiele keine Rolle, ob die Psychologin eine PTSD diagnostiziert habe oder nicht, weil es keine gesetzliche Grundlage dafür gebe. Die Diagnose einer PTSD sei *„nicht wichtig“* für sie gewesen. Dass Munira ihre Schwiegermutter betreute, *„war ganz entscheidend für die Ausländerbehörde und das Verwaltungsgericht“*, weil das *„Gericht nicht verlangt hat, dass sie mein Trauma prüft“*. Die Diagnose einer PTSD hat für Munira trotz zuvoriger Verneinung auf die direkte Frage die Bedeutung der Absicherung. Nach Ausführungen, warum die Diagnose einer PTSD bedeutungslos sei, äußert Munira, dass es aber *„vielleicht irgendwann man später“* helfen könne, *„wenn man irgendwas braucht, dass man auf diese Empfehlung aufbauen kann, dass sie zu dem Zeitpunkt bei mir auch ein Traumas festgestellt hat“*. Auf die Nachfrage in welchem Zusammenhang das sein könnte, führt sie an *„wenn ich zum Beispiel später mal mein eigenes Attest brauche.“* Munira fühlt sich auch mit einer Aufenthaltsbefugnis nicht sicher. Sie traut der Ausländerbehörde nicht: *„na, wie du siehst, die Ausländerbehörde wechselt ja ständig die Gesetze, die Weisungen und die Regelungen, da darf man nie sicher sein, dass es so bleibt, wie es jetzt ist.“*

Daran ansetzend stelle ich die Frage, ob es nicht denkbar sei, dass die Traumaregelung nicht gerecht ist, dass es beabsichtigt ist, dass Menschen mit ähnlich gelagerten Erfahrungen, Problemen und Beschwerden unterschiedlich behandelt werden. Munira äußert dazu: *„Wer jetzt daran Schuld hat, das kann man nicht so leicht feststellen, ob es die Ausländerbehörde ist oder ob das die Regierung ist oder- Aber das spielt eigentlich keine Rolle, wenn man krank ist, spielt das keine Rolle, woher man kommt, aus dem Sandžak oder aus Bosnien, sollte das keine Rolle spielen.“* Munira macht insbesondere die Regierung von Serbien und Montenegro für die Ungleichbehandlung verantwortlich. Weil diese Regierung ein Rücknahmeabkommen unterschrieben habe und immer wieder bekunde, dass alle ‚Traumatisierten‘ und andere Kranke in Serbien und Montenegro behandelt werden könnten. (*„Die haben ja nur das Geld genommen und die Leute im Regen gelassen.“*) Munira unterstellt politische Interessen: *„dahinter steckt eine politische Situation, glaube ich, von der serbischen Regierung aus“*. Deutsche Verantwortlichkeiten sieht Munira eingeschränkter, hier unterstellt sie weniger politischen Interessen, eher Unvermögen. (*„Die haben ja auch noch nicht geregelt, was die serbisch- montenegrischen Staatsangehörigen angeht. Die haben ja auch eigentlich schuld daran. Die sollen eine klare Regel schaffen.“*) Auf die Frage, wie eine gerechte Regelung aussehen könnte, bewegt sich Munira nach wie vor im Geist der aktuellen Regelung für traumatisierte BosnierInnen. *„Wenn die Ausländerbehörde feststellt, oder bzw. das Verwaltungsgericht, dass einer traumatisiert ist, dann soll der hier bleiben, egal woher der kommt.“* Die Regelung soll für alle Menschen- nicht nur aus der Balkanregion- gelten. Die Begutachtung und das Primat einer PTSD, die es nachzuweisen gilt, stellt Munira nicht in Frage, problematisiert es auch nicht. Auf die Nachfrage, was dann mit Gesunden sei, sagt Munira *„Ich glaub nicht, dass es so viele gesunde Menschen gibt. Wenn jemand auch gesund ist, wird er hier krank. Die Ausländerbehörde macht ja hier krank. Wenn jemand ständig zwölf Jahre hier in Ungewissheit lebt, dann wird der hier krank, egal, wie stark der ist. Auch wenn der unten nichts durchgemacht hat, dann wird der hier krank, mit den Behörden und allem drum und dran. Egal, wohin man geht, wird Stress gemacht.“*

Die Lage ihrer Eltern und ihres Bruders sieht Munira nach wie vor nicht positiv, sie hatte Hoffnungen, dass sich mit dem Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes neue Wege eröffnen. Aber *„nach dem neuen Zuwanderungsgesetz weiß die Ausländerbehörde auch nicht, was sie zu tun hat.“* Immerhin hat der Bruder von Munira nach monatelanger unmittelbarer Bedrohung der Abschiebung durch die

Härtefallkommission<sup>162</sup> eine Aufenthaltserlaubnis bekommen. Die Eltern sind wegen des gesundheitlich kritischen Zustandes ihrer Mutter nur über drei Monate geduldet.

---

<sup>162</sup>Die Härtefallkommission wird in Kapitel Zwei vorgestellt.

## Kapitel Neun- Katarina

### 9.1. Katarina: „*Er hat mein Trauma bestätigt*“

Katarina Hadžirović<sup>163</sup> ist 46 Jahre alt. Sie ist 1993 gemeinsam mit ihrem Ehemann Džemil und ihrem damals zweijährigen Sohn aus Bosnien und Hercegovina nach Berlin geflüchtet, wo ihr Bruder bereits seit den 70er Jahren als Arbeitsmigrant lebte. Katarina ist katholischer Konfession und ihr Ehemann ist ‚Moslem‘. Im sich heute durchgesetzten Sprachgebrauch<sup>164</sup> werden BosnierInnen katholischer Konfession ‚KroatInnen‘ genannt, so wie BosnierInnen orthodoxer Konfession ‚SerbInnen‘ und BosnierInnen muslimischer Konfession ‚BosniakInnen‘ oder ‚Moslems‘. Katarina besteht in der Vorstellung ihrer Person jedoch auf die Unterscheidung von katholischen BosnierInnen und KroatInnen aus Kroatien („*ich bin (längere Pause) katholisch, auch aus Bosnien, also von der Religion katholisch.*“ ; „*Man sagt immer Kroate, aber ich bin nicht Kroate*“). Ich bemerke leider erst bei der Transkribierung und Analyse des Gespräches, dass ich trotz kritischer Anmerkungen Katarinas im Gespräch weiterhin das Wort ‚KroatInnen‘ verwendet. Katarina widerspricht mir dennoch nicht und lässt sich auf meine Sprache ein, wenn nicht sie selbst als ‚KroatIn‘ angesprochen wird, sondern von anderen die Rede ist. Auffällig ist außerdem, dass sie diese Differenzierung für ihre eigene Gruppe der ‚katholischen BosnierInnen‘ vornimmt, jedoch nicht für ‚SerbInnen‘. ‚SerbInnen‘ aus Bosnien und Hercegovina nennt sie ‚SerbInnen‘ und nicht etwa ‚orthodoxe BosnierInnen‘. Dennoch setzt Katarinas Kritik eine Gegenpositionierung zu national(istisch)en Fassungen der Ethnien, die viele Andere auch als Eigenbeschreibung übernommen haben.

Das Ehepaar kommt aus einer bosnischen Kleinstadt, wo sie als „*gemischte*“ Eheleute von „*Katholischen*“ vertrieben wurden. Katarina hat ihren zwölf Jahre älteren Ehemann ‚aus Liebe‘ geheiratet, auch wenn beide Familien aufgrund des Altersunterschiedes, nicht jedoch wegen ihrer ethnischen Zugehörigkeiten, keineswegs begeistert waren. Geboren ist Katarina in einer anderen Stadt, in der ihre Herkunftsfamilie weiterhin lebte<sup>165</sup>. Sie hat im Hotelfachgewerbe gearbeitet. Eine formale Ausbildung hat Katarina nicht gemacht. Sie hatte aber bis der Krieg einsetzte, eine erfolgreiche berufliche Laufbahn hinter sich. Katarina stand kurz davor, die Leitung eines Hotels zu übernehmen, als der Krieg ‚ihr dazwischen kam‘. Heute sagt sie, dass eine abgeschlossene Ausbildung, Abitur oder ein Studium ihr auch nicht weiter geholfen hätten, da sich ihre studierte Freundin in einer ähnlichen Position wie sie als Flüchtling in Deutschland befindet. Katarina arbeitet nicht. Sie ist auf der Suche nach einer Stelle als Putzhilfe, findet aber keine. Der Ehemann von Katarina war vor dem Krieg Lastkraftfahrer und arbeitet nun als Hilfsarbeiter in einer Getränkefabrik. Der nun 16jährige Sohn geht auf das Gymnasium und möchte gerne Architektur studieren.

Katarina war Mitglied in einer Selbsthilfegruppe für ‚bosnische‘ Frauen eines Berliner Vereins, in dem ich von 2001 bis 2004 engagiert war. Der persönliche Kontakt ist sehr schnell zustande gekommen, da Katarina in Diskussionen in der Gruppe immer wieder aus meiner Perspektive sehr mutige differenzierte Äußerungen auf den Krieg und die stattgefundenen ‚Ethnisierungen‘ der jugoslawischen bzw. der bosnischen Community einnahm. Diese Argumente vertrat sie immer offen auch gegen andere Mitglieder der Gruppe, wo viele andere eher zurückhaltend sind, um Ausgrenzungen zu entgehen. Katarina kam schon seit 2002 nicht mehr in die Gruppe, da sie ihr ‚Kopfschmerzen mache‘. Seitdem lädt Katarina mich regelmäßig zu sich nach Hause ein, manchmal mit anderen Frauen, manchmal alleine. Bei den Treffen redet Katarina viel über ihre Schwierigkeiten. Eine solche Einladung zum privaten Treffen habe ich zum Anlass genommen, Katarina zu interviewen. Katarina spricht häufig, gern und offen über sich, ihre Erlebnisse und ihre Schwierigkeiten. Einem Interview für eine Forschungsarbeit steht sie aber distanzierter und besorgt gegenüber, vermutlich weil ein ‚offizielles Gespräch‘ sie unter Leistungsdruck setzt.

Katarina ist es wichtig, dass ihre Daten anonymisiert werden. Sie sucht sich den Namen Katarina aus, da ihre Mutter Katarina heiße und sie den Namen sehr möge. Katarina liest den Interviewleitfaden im Vorfeld des Interviews aufmerksam durch und beginnt

---

<sup>163</sup>Namen, Institutionen und Orte wurden anonymisiert.

<sup>164</sup>In der deutschen, sowie der serbisch- bosnisch- kroatischen Sprache.

<sup>165</sup>Nach dem Krieg leben sie allerdings nicht mehr dort. Ihre Mutter lebt in Kroatien mit einer Schwester und einem Bruder. Sie und ihr Bruder leben in Berlin.

schon vor Interviewbeginn auf die einzelnen Fragen zu antworten. Das Tonband irritiert Katarina sehr, ist ihr bis zum Schluss präsent. Immer wieder schaut sie nervös während des Interviews auf das Aufnahmegerät. Im Allgemeinen ist das Gespräch eher ein Monolog von Katarina. Das Gespräch mit ihr dauert im Vergleich zu den drei anderen Interviews fast doppelt so lange. Das Interview wird in deutscher Sprache geführt.

Die Erzählungen von Katarina müssen nur kurz angestoßen werden. Wenn ich versuche, auf ein neues Thema zu lenken, ist Katarina in ihrem Monolog irritiert, da sie in die Situationen hineingeht und alles chronologisch und detailliert wiedergeben möchte. Katarina ärgert sich richtig, wenn sie ein Detail vergisst. Sie scheint aber keine Grenzfällen zu setzen im Gespräch, ist bereit über alle Themen zu sprechen. Katarina vermittelt den Eindruck, dass von ihrer Seite aus weder ich, noch sie selbst in irgendeiner Weise strategisch reden müssen. Auch Fragen zum Krieg und ihren Erlebnissen müssen nicht sensibel behandelt bzw. umgangen werden.

Das Gespräch findet in der Wohnung von Katarina statt. Katarina und ich haben uns seit einigen Monaten nicht gesehen. Vor dem Interview tauschen wir uns über Neues aus und essen mit dem Ehemann, der schließlich zum Interview aus dem Raum geschickt wird. Der Sohn ist nicht da. Der Ehemann kommt während des Gesprächs immer wieder in den Raum, der für das Interview geschlossen wurde. Er unterbricht das Gespräch mehrmals; zweimal um Wasser zu holen bzw. anzubieten, einmal, weil er die Fernbedienung sucht. Er ist neugierig, was geredet wird, schließlich vermittelt Katarina ihm aber, dass er die Unterbrechungen lassen soll („*Nerv uns nicht!*“).

Katarinas Bruder lebte mit seiner ‚serbischen‘ Ehefrau und seinen zwei Kindern bereits seit den 70er Jahren als Arbeitsmigrant in Berlin. Er und seine Familie haben Katarina mit ihrem Ehemann und dem Sohn 1993 nach der Flucht zunächst bei sich aufgenommen, wo die Familie beengt in einem Raum für „*fast ein Jahr*“ lebte. Katarina hatte sich vorher ein Wohnheim angesehen und wollte dort nicht leben. Deshalb hat ihre Familie zunächst aber auch kein Geld für das Wohnen außerhalb des Wohnheims bekommen. Der Bruder und seine Familie sorgten für den Unterhalt. Später haben sie eine kleine Wohnung gefunden, die sie aus der eigenen Tasche bzw. aus jener des Bruders bezahlten, da Katarina und ihr Ehemann aufgrund des aufenthaltsrechtlichen Status der Duldung nicht arbeiten durften. Später haben sie Wohngeld für eine eigene Wohnung vom Sozialamt bewilligt bekommen und leben seitdem in ihrer zweiten Wohnung.

Seit 2001 hat die Familie den Aufenthaltsstatus einer Aufenthaltsbefugnis, die sie durch die attestierte ‚Traumatisierung‘ von Katarina erhalten hat. Nach Erhalt der Aufenthaltsbefugnis hat der Ehemann Džemil durch die Hilfe einer bekannten deutschen Familie einen Job in einer Zeitfirma bekommen. Nun arbeitet er schon seit mehr als drei Jahren an Fließband bzw. als Packer in immer der gleichen Fabrik in Berlin. Durch seinen Arbeitsvertrag mit einer Zeitarbeitsfirma hat Džemil keinen Kündigungsschutz oder sonstige vergleichbare Rechte. Die Firma unterbricht den Vertrag zwischendurch immer wieder, so dass keine Ansprüche auf eine unbefristete Stelle oder Weihnachtsgeld entstehen. Als Flüchtling und im Alter von nun schon 58 Jahren ist Džemil froh, überhaupt einen Arbeitsplatz zu haben. So arbeitet er immer fleißig, damit sie ihn weiter einstellen. Džemil hat so gut wie kein Deutsch gelernt, schlägt sich ohne aktive Deutschkenntnisse durch. Er erzählt allgemein gerne von seiner Arbeit und fühlt sich wohl dort. Er ist der einzige Bosnier in der Fabrik, es gibt aber andere ‚Ausländer‘. Džemil erzählt, dass es in der Fabrik Duschen für ‚Ausländer‘ und Deutsche getrennt gibt, dies fände er aber in Ordnung. Trotz allem reicht sein Lohn nicht für den Lebensunterhalt der Familie.

Die Familie bekommt ein wenig Mietszuschuss und geringe Sozialhilfe. Katarina wünscht sich sehr, endlich von der Sozialhilfe unabhängig zu werden, damit sie sich nicht mehr wegen jeder finanziellen Entscheidung an das Sozialamt wenden muss und damit sie einen unbefristeten Aufenthalt beantragen können. Katarina war sehr erfreut, eine Dreizimmerwohnung gefunden zu haben, die in der Preislage des Ermessensraums des Sozialamtes lag und sich in einem besser situierten Stadtteil von Berlin befindet. Im ersten Winter in der Wohnung stellten sie aber fest, dass die Wohnung erhebliche Mängel hatte. Das Heizen war fast unmöglich, und in der Wohnung war ein Geruch von Fäule, der ihnen im Sommer bei offenen Fenstern nicht aufgefallen war. Auch bekamen Eheleute und Sohn Atembeschwerden und Allergien, was, wie sich herausstellte, mit einem Schimmelbefall in der Wohnung zusammenhing. In den Ecken nästeten die frischen Tapeten schwarz durch. Der Vermieter war nur bereit, die schwarzen Flecken überzustreichen und das Sozialamt war nicht bereit, einen Umzug, auch nicht auf eigene

Kosten, zu bewilligen. So lebt die Familie bis heute in dieser Wohnung und versucht, sich einzurichten.

Katarina erzählt im Gespräch ihre Krankheitsgeschichte sehr ausführlich und detailliert. So nimmt nach Katarinas Gesprächsleitfaden, den sie sich nahezu selbst setzt, die Rekonstruktion der Behandlungskontexte ihrer Beschwerden den größten Raum im Interview ein. Auf die sehr allgemeine Frage, wann sie das erste mal zum Arzt gegangen ist, steigt Katarina sogleich in eine ausführliche Erzählung ein. Sie habe sich „einfach schlecht gefühlt“, Schlafstörungen gehabt, stark abgenommen, sich unwohl gefühlt. Erst sei sie „zu einem Internist“ gegangen. Die Internistin konnte aber nichts körperliches feststellen. Diese habe sie zu einem Urologen verwiesen, der eine Nierenentzündung feststellte und diese behandelte. Auch danach sei es ihr aber nicht besser gegangen. Katarina äußert eine Ferne zur- und ein Unbehagen gegenüber der Vorstellung, dass psychische Leiden körperliche Leiden hervorbringen können. („Ich dachte, mir ist schlecht, irgendwas, aber ich wusste nicht, dass das, diese, diese, dass das alles von den Nerven ist.“; „Ich habe mich nie damit beschäftigt, dass das wenn man Schmerzen hat oder wenn man Herzrasen hat oder so was, dass das auch von den Nerven kommen kann.“) Sie mochte damals ihre Beschwerden auch nicht so deuten. Heute hat sie mit ihrer Akzeptanz, sich selbst als ‚traumatisiert‘ zu sehen, auch diese Vorstellung angenommen. Da auch der Urologe keine organische Ursache für ihre Beschwerden fand, schickte er sie in ein Krankenhaus. Dort habe jeder gesagt, „das ist seelisch“. Das habe sie beunruhigt, verwirrt und ihr Angst gemacht, da sie mit „seelisch“ Geisteskrankheit und Verrücktheit in Verbindung brachte („Hat mir dann wirklich noch mehr Angst gemacht vor diesem Wort seelisch, Trauma.“; „Ich habe gedacht, Nerven, man ist nicht so, (macht eine Handbewegung vor dem Kopf hin und her), nicht so richtig im Kopf“) Zwei bis drei mal danach habe sie sich nachts wegen „überall Schmerzen“ ins Krankenhaus begeben müssen.

Es schien allen ÄrztInnen schnell klar zu sein, dass ihre Beschwerden vom Krieg verursacht sind. Katarina wollte sich aufgrund ihrer (körperlichen) Beschwerden behandeln lassen. Sie erfuhr aber immer wieder Zurückweisungen („Sie sind nicht für uns“; „Sagte sie, sie kann nichts machen“; „Bei ihnen steht nichts organisch fest“). Ihre Beschwerden werden von den Professionellen regelmäßig auf ihre Kriegserfahrung zurückgeführt, sobald sie oder ihre Schwägerin ausdrücken, dass sie aus BiH kommt. („Immer wenn ich bei einem Arzt gewesen bin, hat jeder gesagt, das ist seelisch.“; „Die fragen immer, woher komme ich, aus welchem Land und dann immer, wenn ich gesagt habe aus Bosnien, dann ham die immer gesagt, ja, das ist Krieg, Trauma, so seelisch, aber ich hatte früher nie, nie mit dieser Sache, also, ich weiß nicht.“) So blieb ihr bei ‚normalen‘ ÄrztInnen eine Behandlung verschlossen, aber sie wollte auch zunächst noch keine NeurologIn oder PsychologIn aufsuchen. Erst später habe sie „das erste mal einen Neuropsychiater aufgesucht“. Auch er führte ihre Beschwerden ohne lange Gespräche auf „Trauma“ zurück („dann sagte er, das ist Trauma vom Krieg“). Dieser Neurologe wies sie aber nicht ab, sondern verschrieb ihr Medikamente („Insol-Insolfin oder so“). Dass sie sich den Namen des Medikamentes nicht merken kann, ärgert sie („Gott oh Gott, jetzt hab ich das irgendwo in meinem Attest, jetzt weiß ich nicht mehr.“). Diese Psychopharmaka haben ihr für drei Monate geholfen („Ich hab mich wirklich gut gefühlt wieder. Also, ich war ein anderer Mensch“). Sie hat sie nach drei Monaten ohne Absprache abgesetzt, „weil ich wollte ohne Medikamente und dann bin ich in ein tiefes Loch gefallen“. In Absprache mit einer zweiten Neurologin, habe sie weitere Medikamente ausprobiert. Einmal habe sie Infusionen bekommen, bis sie „Panik gekriegt“ habe. „Ich weiß nicht, ob das ob das noch dazu von diesen Medikamenten, oder das war meine, meine, meine Psyche.“ Bis heute befindet Katarina sich in Behandlung bei dieser Neurologin. Diese habe aber keine Gespräche angeboten, sondern medikamentös behandelt. Die Kommunikation mit der Neurologin scheint eingeschränkt. Es bestehe wenig Zeit zum Reden, Sprachbarrieren existierten und Katarina habe „immer geweint“.

Zu einer Krisenzeit schlug die Neurologin ihr eine Psychotherapie vor („Dann hat sie gesagt, vielleicht hilft ein Therapeut“). In eine psychiatrische Klinik wollte Katarina nicht. („Ich wollte nicht, ich hatte einfach, ich weiß nicht, meine Schwägerin war auch im Krankenhaus, in der Neuropsychiatrie, ich hab sie oft besucht und da hab ich auch gesehen wie- Ob es mir hilft oder nicht, keine Ahnung, aber auf jeden Fall hatte ich Angst.“). Sie hat schließlich einen von der Neurologin empfohlenen Psychotherapeuten aufgesucht, der mit ihr „vier Gespräche alleine geführt“ hat. Dabei wurde sie „nach



dem Krieg und alles, was ich erlebt habe“ gefragt. Daraufhin habe der Therapeut sie in eine Psychotherapiegruppe geschickt. Dort fühlte sie sich aber fehl am Platze, weil die anderen „ganz andere Probleme“ hatten und weil „mein Problem war Krieg“. („Da hab ich, gemerkt, ich gehöre überhaupt nicht in diese Gruppe. Weil da war keiner aus Bosnien und dann hat mich auch keiner verstanden.“) Außerdem hatte keine andere TeilnehmerIn einen Krieg erlebt. Aber sie ist ein Jahr dorthin gegangen, bis sie es abbrach. Die Neurologin regte an, dass sich Katarina selbst etwas passendes suchen sollte („Sie sagte, es gibt viele Hilfsorganisationen“).

So hat sie sich in einen Berliner Verein begeben, in dem psychosoziale Hilfen für Flüchtlinge aus der Region angeboten werden. In diesem Verein haben sich auch die Gesprächspartnerinnen kennengelernt. Die Zuwendung zu diesem Verein stellt einen Wendepunkt in ihren Erfahrungen in der Behandlung ihrer Beschwerden dar. („Und als ich von der Einrichtung A gehört habe, danach hat sich vieles verändert, da konnte man über alles reden, über den Krieg und die Probleme, welche man hier hat.“) Der Austausch mit anderen Flüchtlingen aus Bosnien und Hercegovina hat Katarinas Lebenssituation verändert. Katarina verwendet das Wort Flüchtling nur in diesem Kontext, um ähnliche Problemlagen zu beschreiben, sonst benutzt sie für die Umschreibung von sich selbst und Anderen, die als ‚Flüchtlinge‘ bezeichnet werden könnten, Begriffe wie Leute, Frau, BosnierIn, ‚Katholische‘ ‚Serbin‘ etc. In der Einrichtung A fühlt Katarina sich verstanden. Der gemeinsame Kontext mit ihrer Familie oder anderen ArbeitsmigrantInnen aus ihrer Geburtsstadt und Herkunftsstadt ist für Katarina nicht so zentral, weil diese nicht die direkten Erfahrungen von Krieg teilen und nicht Flüchtling (mit all ihren Implikationen) sind. Durch die Einrichtung angeregt macht Katarina zusätzliche eine Einzeltherapie, die bis heute andauert.

Das Wort Trauma hört Katarina das erste Mal im Kontakt mit ÄrztInnen, die sie abgewiesen haben, als sie hörten, dass Katarina aus Bosnien und Hercegovina kommt. Ohne, dass ihre Beschwerden näher überprüft wurden, schien schnell klar, dass die jeweiligen ÄrztInnen sich nicht zuständig fühlten. („Die fragen immer, woher komme ich, aus welchem Land und dann immer, wenn ich gesagt habe aus Bosnien, dann ham die immer gesagt, ja, das ist Krieg, Trauma, so seelisch, aber ich hatte früher nie, nie mit dieser Sache, also, ich weiß nicht.“) Ihr macht das Wort Trauma zunächst eher Angst, als das sie es als eine hilfreiche und konstruktive Erklärung versteht. („Hat mir dann wirklich noch mehr Angst gemacht vor diesem Wort seelisch, Trauma.“) Katarina stellt dar, dass sie zunächst unwissend gewesen sei und sich aufgrund von physischen Symptomen an ÄrztInnen gewandt habe. („In dem Moment wusste ich nicht, dass das so Angstzustände waren.“) Erst später habe sie dann verstanden, dass sie traumatisiert sei.

Auch heute noch präsentiert Katarina eine Ferne zu dem psychiatrischen Diagnosebild PTSD. („Versteh ich gar nichts“). An mehreren Stellen des Gespräches macht Katarina deutlich, dass sie es nicht genau einordnen kann, auch wenn sie durchaus ein eigenes Verständnis darüber entwickelt hat, was ‚ihr‘ Trauma bedeutet. Eine Verbindung mit dem Diagnosebild PTSD erfolgt erst später im Gesprächsverlauf, als sie über die Begutachtung und entstandene Stellungnahmen erzählt. Bei jeder Frage die Begutachtung betreffend, springt Katarina schon fast auf zu ihrem Schrank, in dem der Ordner steht, wo alle Papiere zu ihrem Anerkennungsverfahren stehen. Schließlich holt sie ihren Ordner auch hervor und schaut während des Gespräches immer wieder in die Stellungnahmen und Atteste, um ihre Angaben zu überprüfen. Katarina liest mehrmals aus eigener Initiative aus ihren Stellungnahmen vor, mitunter die erstellten Diagnosen. Sie macht dabei deutlich, dass sie diese aber nicht versteht. Immer wieder fragt sie „Ist das Trauma?“, auch als die Interviewerin ihr vorliest „*Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung und posttraumatische Belastungsstörung*“, fragt sie auch „Ist das Traumatisierung?“ Auch als sie das in einer Stellungnahme vorkommende Wort „*psychosomatisch*“ vorliest, fragt sie „*psychosomatisch, ist das auch Trauma?*“ In diesem Zusammenhang äußert sie, dass ihr die der Psychosomatik zugrundeliegende Vorstellung fremd war. Dass sie ihr nicht Verstehen so thematisiert, kann auch damit zusammenhängen, dass Katarina die Chance ergreifen möchte, im Gespräch mit einer Sachverständigen die Attestsprache erklärt zu bekommen.

Katarina setzt ihre konkreten Erlebnisse im Krieg mit ‚ihrem‘ Trauma gleich. Sie sagt, ihr Trauma seien ihre Träume vom Krieg und ihren konkreten Erlebnissen im Krieg („Ich weiß nur, ich hab oft geträumt, Krieg“). Katarina belässt es nicht dabei, die Erlebnisse abstrakt zu beschreiben, sondern füllt sie mit einem konkreten Inhalt. Dass

ihr Vater „verschleppt“ worden sei, Männer gesucht und in Lager gebracht wurden, ihre Schwiegereltern verfolgt wurden als ‚Moslems‘ von ‚Katholischen‘. („*Ich hab oft geträumt, Krieg, und ich habe oft geträumt, weil der Vater von meinem Mann bestimmt, also, na ja- ums Leben gekommen ist*“ ; „*ich hab dann gesehen, wie alles verbrannt und die sind aus dem Haus ohne Schuhe gelaufen.*“ ; „*Als bei uns auch einmal Soldaten gekommen sind, haben die auch mir hier in (zeigt auf den Rücken) mit einer Waffe*“ ; „*Dann haben sie immer Männer gesucht und die Männer alle in ein Lager gebracht*“, „*Dann kamen Granaten*“ ; „*Da kam einer, also das waren drei Männer, so mit pištola, also mit Waffe, so mit Gewähr in der Hand und dann haben die gefragt, habt ihr Waffen, gibt’s hier Männer und einer hat mir so in die Rippen- und dann hab ich gleich in meine Hose gepinkelt*“ etc. ) Neben den Erlebnissen beschreibt sie auch ihre „Symptome“ wie Alpträume und Hilflosigkeit, aber auch ihre aktuelle Lebenssituation („*Man träumt oft und man fühlt sich so hilflos, erst mal und diese Beswerden, die man hat und hier sowieso in einem fremden Land. Man hat keine Rechte.*“).

Katarina sieht ihre Belastetheit auch in Verbindung mit den Ereignissen in Bosnien und Hercegovina, von denen sie erfahren hat, als sie schon in Deutschland lebte. Sie hielt den Kontakt zu ihrer Familie und der Familie ihres Mannes, die sich noch weiterhin in BiH befanden. Das Erfahren der Lebensbedingungen der Familien in BiH von Berlin aus, beschreibt Katarina als sehr bedrückend. Die Kriege wurden immer schlimmer. Damit verbindet sie auch die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bzw. ihres Leidensdrucks, wenn sie wieder etwas schlimmes gehört hat. So führt sie nun ihre Beschwerden auf ihre psychische Belastung zurück. Dabei soll besonders hervorgehoben werden, wie Katarina den Schlaganfall ihres Bruders mit dem Krieg in BiH Zusammenhang bringt. Dieser lebt schon seit den 70er Jahren als Arbeitsmigrant in Berlin und war während des Krieges nie vor Ort. Seit dem Krieg gehe es ihm schlecht, er mache sich Sorgen um die Familie, leide unter Unwissen der konkreten Ereignisse. Auch dass sie Katarina und ihre Familie aufgenommen haben und unterstützen, schildert Katarina als Belastung. („*Meine Familie ist noch in A geblieben, in Bosnien, die Familie von meinem Mann und dann war der Krieg immer schlimmer und schlimmer und dann immer- dadurch ging es mir vielleicht auch schlimmer. Dann hat mein Bruder einen Schlaganfall gekriegt.*“)

Katarinas Sicht auf die Kriege ist differenziert, wenig nationalistisch, dies lässt sich angesichts ihrer Position als in einer ethnisch- gemischten Ehe lebend verstehen. In ihrer ‚katholischen‘ Herkunftsfamilie haben viele ‚Moslems‘ und ‚Serben‘ geheiratet. Noch nachvollziehbarer wird es wenn man gemeinsam mit Katarina vergleicht, dass in ihrem letzten Wohnort in BiH ‚Katholische‘ ‚Moslems‘ und ‚SerbInnen‘ vertrieben haben, in ihrem Geburtsort ‚Moslems‘ und ‚Katholische‘ unter serbischer Unterdrückung und Vertreibung litten. Katarina nimmt den Krieg wahr als ‚Mehrheiten vertreiben Minderheiten‘. („*Wenn es in B zwischen Moslems und Katholiken war, war es in einer anderen Stadt zwischen Serben und Moslems und zwischen Serben und Katholischen.*“) In allen Städten stelle der Krieg einen eigenen Sachverhalt dar. („*Weil in Bosnien war Krieg in jeder Stadt, jede Stadt hat eine Geschichte für sich.*“) Sie urteilt, Milošević habe den Krieg angefangen, Tuđman habe mitgemacht, dann auch „*Moslems*“. Diese hätten keine andere Wahl gehabt, seien aber auch „*am schlimmsten*“ zum Schluss gewesen. Katarina schildert direkte Betroffenheit von Ressentiments durch „*Moslems*“ und „*Katholische*“. Sie drückt ihren Schmerz darüber aus, dass der Krieg für sie eine Verletzung, speziell ihrer Familie darstellt, weil diese (wie manch andere) gemischtethnisch ist. Ihre Schwiegermutter hasste alle ‚KroatInnen‘, vielleicht auch Katarina. Katarina äußert eine Mischung von Verständnis und Ohnmacht. („*Weil die haben mich in dem Moment auch gehasst. Meine Schwiegermutter hat auch zu mir gesagt, deine Ustaša<sup>166</sup> haben mein Haus verbrannt*“ ; „*Vielleicht hat sie mich nicht gehasst, aber in dem Moment, aber in dem Moment, in dem Moment hat sie alle gehasst, weil sie hat alles verloren.*“) Auch ist Katarina verletzt, dass ihr im Krieg von ‚Katholischen‘ vermittelt wurde, dass sie minderwertiger sei, als andere, nur weil sie einen Moslem geheiratet habe („*Und das ist immer so diese Erniedrigung*“). Ihre Probleme sind genau in dem Kontext zu verorten, welchen sie beschreibt als Kriegerlebnisse in Bosnien und Hercegovina sowie Flucht, aber auch das Leben als Flüchtling in Berlin.

<sup>166</sup>Kroatische faschistische Vereinigung aus dem zweiten Weltkrieg. Schimpfwort für ‚KroatInnen‘ oder katholische BosnierInnen.

Kriegserfahrungen und Probleme in Deutschland benennt Katarina häufig gemeinsam als Ursachen für ihre aktuell schwierigen Lebenslagen. (*„Hier sowieso in einem fremden Land. Man hatte keine Rechte auf Arbeit, keine Rechte. Wir hatten alle Duldung und das sind alles Probleme, du musst ständig zum Sozialamt. Das sind alles Probleme, die noch dazu, noch mehr, also so. Man wird so nicht gesund.“*) Im Vergleich ihres Befindens in Bosnien und Hercegovina zu dem in Berlin, äußert Katarina, dass es hier schlimmer geworden sei. Sie führt es darauf zurück, dass sie zwar in BiH immer unter Anspannung stand und Angst hatte, aber auch, dass sie hier krank geblieben ist, weil sie keine Perspektive hier hatte. (*„Und wie ich mich fühle, ich weiß nicht, vielleicht wenn ich hier eine andere Zukunft hätte, von Anfang an, dass ich zum Beispiel ein Visum gekriegt hätte und Arbeit gefunden hätte und dann könnt ich sagen, ja, ich lebe jetzt hier, ich versuche das zu vergessen, den Krieg. Vergessen kann man einfach nicht, aber danach war hier Kampf.“*)

Katarina stellt ohne Zutun der Interviewerin eine Verknüpfung zwischen einer Behandlung ihrer Beschwerden und einer Attestierung ihrer Traumatisierung her. Dies sei schon mit dem sog. Rückführungsabkommen von 1997<sup>167</sup> für sie relevant geworden. Katarina ist gut informiert über die Implikationen dieses Abkommens, (*„Aber 1997, da haben sie schon die ersten Flüchtlinge, langsam wollten die die abschieben. Ich glaube, es ist so gewesen, erst einmal alleinstehende ohne Familie, ohne Kinder, und dann mit Familie und Kindern und die dritten waren die älteren Leute und kranke Leute.“*) So hat ihr die Lehrerin aus der *„bosnischen Schule“* ihres Sohnes den Tipp gegeben, sich ein Attest ausstellen zu lassen, welches ihr eine Traumatisierung bestätigt. (*„Habe ich gehört, wenn man in Behandlung ist, soll man ein Attest mitbringen.“*) Katarina wusste auch, dass nicht alle Atteste gleich viel nützen, es sollte von einer behandelnden PsychiaterIn oder NeurologIn sein, so das Gerücht. Katarina rechtfertigt in diesem Zusammenhang, dass sie sich nicht in Behandlung begeben habe, um mittels Atteste einen gesicherten Aufenthaltsstatus zu erlangen, sondern wegen ihrer Krankheitsbeschwerden (*„Brauchte ich damals nicht, wusste ich auch nicht“*).

Wie oben schon angemerkt, versteht Katarina den Inhalt der Diagnosen nicht, aber sie weiß, dass sie ihr Trauma bestätigen und anerkennen und dass dies ihr im aufenthaltsrechtlichen Verfahren hilft. (*„Duldung hatten die mir gegeben wegen Trauma, [...], es ist anerkannt und bestätigt.“*).

Katarina hat die Bitte um eine Attestierung ihrer Behandlung inklusive Diagnose an unterschiedliche BehandlerInnen herangetragen. Da die behandelnde Neurologin im Urlaub war, erbat Katarina ein Attest von der Internistin. Später bat sie auch die Neurologin um ein Attest. (*„Ich hab auch gesagt, ich brauch ein Attest und sie sagte warum, weil ich Angst vor einer Abschiebung habe und dann hat sie alles aufgeschrieben.“*) Die Neurologin habe aufgeschrieben, was Katarina passiert sei, *„dass ich eine gemischte Ehe habe“*, *„und dann hat sie meine Symptome aufgeschrieben“*. Das erste Attest *„war nicht lang“* eine Seite, in der auch stand *„dass ich so depressiv bin, und traurig bin und suzidi- suizi-, wie sagt man?“*.

Katarina beschreibt die Begutachtungssituation bei der Neurologin als belastend, sie habe immer wieder geweint. Der Krieg allgemein sei für sie nicht so belastend, eher was sie persönlich, ihre Familie und insbesondere die Familie ihres Ehemannes erlebt haben. Statt die Situation äußerlich zu umschreiben, wie es für sie war, es zu erzählen, geht Katarina schnell auf die inhaltliche Ebene. (*„Überall verbrannte Häuser“ etc.*).

Zur Qualität der Stellungnahmen weiß Katarina vieles zu sagen. Sie äußert, niemand habe zu Beginn genau gewusst, was in solch einem Schreiben stehen müssen, um anerkannt zu werden. (*„Keiner wusste es genau, manche sagten, es muss länger sein, Kriegserlebnisse, alles muss beschrieben sein, aber meine Ärztin hat das nicht alles so gemacht.“*) Im Vergleich zu anderen, habe ihre Neurologin auch keine lange gutachterliche Stellungnahme geschrieben. Katarina habe immer Stellungnahmen von der Neurologin, mit der sie nicht viel geredet habe, vorgelegt, von den behandelnden PsychotherapeutInnen nie. Katarina äußert, die Neurologin habe ihre Stellungnahme *„falsch“* geschrieben, es musste korrigiert werden. (*„Sie hat auch nicht verstanden, was sie jetzt schreiben muss.“*) Sie habe in der ersten Stellungnahme nicht PTSD diagnostiziert. Katarina ist der Kontext klar und sie lehrte die Ärztin, sich dazu *„richtig“* zu verhalten. Die Neurologin habe *„alles richtig geschrieben, aber sie hatte nicht diese,*

---

<sup>167</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

*diese Worte*“. Es geht dabei nicht um die Kompetenz als Ärztin, sondern um das Wissen der Verbindung zwischen Recht und Attestierung. So legt Katarina aktiv der Neurologin nach dem ‚falschen‘ Gutachten ein Schreiben über die erforderlichen Kriterien einer Begutachtung durch ein von der Ausländerbeauftragten Berlin herausgegebenes Informationsschreiben vor<sup>168</sup>, welches sie ihrer Ärztin gibt. Damit die Neurologin weiß, welchen Kriterien das Attest entsprechen muss, um Katarina hilfreich zu sein. Katarina vergleicht das unterschiedliche Wissen der MedizinerInnen und TherapeutInnen um diesen Zusammenhang. („*Na ja für Ärzte und Psychotherapeuten aus Einrichtung A, die wussten schon alles, wie man das schreiben muss, aber meine Ärztin, die wusste das gar nicht.*“)

Nach der ersten vorgelegten Stellungnahme der Neurologin, in der nun eine PTSD diagnostiziert wurde, hat sie eine Duldung über zwei Monate bekommen. Nach 15 Tagen erhielt sie eine Einladung zu einer Nachprüfung der vorgebrachten Beschwerden vom Polizeiarztlichen Dienst (PÄD). („*Habe ich einen Brief von der Ausländerbehörde gekriegt, ich soll zu einem Gutachter von der Ausländerbehörde gehen.*“) Sie sollte alle Bescheinigungen und Unterlagen, die sie hatte, mitnehmen. Eine SprachmittlerIn wurde nicht gestellt. Obwohl Katarina zu diesem Zeitpunkt noch nicht gut deutsch konnte, ist sie alleine dort hin gegangen. Sie wollte auch der Familie ihres Bruders nicht noch mehr zur Last fallen. Diese Untersuchung schildert Katarina als nicht sehr unangenehm, sie sei kurz gewesen und der Begutachter habe ihr alles bestätigt.

Die Begutachtungssituation schildert Katarina auch nach Nachfragen nur sehr allgemein („*Und er war ganz, ich fand in so ganz- ja, ja nett ist übertrieben*“). Aber sie vergleicht ihre Begutachtung mit anderen Zweitbegutachtungen beim PÄD von vielen Anderen. Sie habe später von vielen gehört, es gab „*Provokationen*“. Der Vergleich mit Schlimmerem relativiert ihre Erfahrungen, vielleicht trägt auch dazu bei, dass das Ergebnis dieser Untersuchung für sie positiv war. Nach der Untersuchung beim PÄD sieht sich Katarina als anerkannt (im doppelten Sinne), er hat „*mein Trauma bestätigt*“. Die Anerkennung ihrer Traumatisierung durch den Polizeiarzt führt Katarina auch auf die Sondersituation zurück, die durch ihre gemischte Ehe gegeben war („*das war das schlimmste noch für mich*“). Auch verteidigt sie, dass sie dort gesagt habe, dass sie auf jeden Fall nach Bosnien und Hercegovina rückkehren wollte, um dem Vorwurf einer Simulation zu entgehen. Dies habe sich mittlerweile verändert. Am Anfang wollte sie immer zurück, trotz Krieg. Aber jetzt ist Wunsch ist nicht mehr so, wie am Anfang. („*Aber jetzt, wo mehr Zeit vergangen ist, irgendwo hat sich alles verändert. Es ist nicht mehr, wie es war, es ist alles fremd geworden. Die Leute sind ganz Andere.*“)

Katarina scheint alle Gänge und Schritte zu einem Bleiberecht in Deutschland ohne Widerstand gemacht zu haben, alles wie selbstverständlich so, wie die Ausländerbehörde oder andere Behörden es verlangten. Katarina äußert oder zeigt im ganzen Gespräch keine Wut oder Widerstand in ihren konkreten Kontakten mit offiziellen Stellen, es sind eher die rechtlichen Bestimmungen, an denen sie sich reibt, wie bspw. die Regelungen, die ihr einen gesicherten Aufenthaltsstatus unerreichbar machen.

Katarina stellt sich als aktive Akteurin ihrer Lebenslagen dar. Trotz der erschwerten Ausgangslage, ist sie mit ihren Strategien relativ erfolgreich. Katarina erkundigt sich ständig, nicht nur über die Bestimmungen, sondern auch über die Praxis, die nicht gleichzusetzen ist mit den gesetzlichen Regelungen. So fragt sie immer in der bosnischen Community, wie es bei anderen war. Unsicher macht sie momentan das neue Zuwanderungsgesetz angesichts der bevorstehenden dritten Verlängerung ihrer Aufenthaltsbefugnis und dass sie niemanden in der Community fragen kann der oder die bereits das dritte mal verlängert hat.

Das Dilemma, dass geduldete ‚traumatisierte‘ Flüchtlinge nicht gesund werden dürfen und können, weil sie bei Gesundung oder Abbruch von Behandlung abgeschoben werden können, hat sich für Katarina nicht gelöst. Seit der Anerkennung ihrer Traumatisierung durch den PÄD brachte Katarina jedes Jahr gutachterliche Stellungnahmen, um wieder ein Jahr Duldung für sich und ihre Familie zu bekommen. Dies bot ihr eine gewisse Sicherheit, aber sie war genötigt, immer wieder Stellungnahmen vorzulegen. Sofort nach Weisungsgeltung hat Katarina einen Antrag auf Aufenthaltsbefugnis gestellt, ohne Hilfe einer RechtsanwältIn. Nach Antragstellung

---

<sup>168</sup>Vgl. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (2001).

habe sie zwei Mal eine Jahresduldung bekommen. Daraufhin ist Katarina aktiv geworden, ist direkt nach der zweiten Verlängerung zu einem Rechtsanwalt gegangen. Jener konnte Beschwerde bei der Ausländerbehörde einlegen. Nach nur zwei Wochen erhielt Katarina einen Brief, sie solle zur Ausländerbehörde kommen, da einer Aufenthaltsbefugnis stattgegeben werde. Auf Nachfrage äußert Katarina Skepsis, ob sie ihr Recht ohne Hilfe des Anwalts bekommen hätte. Katarina hatte zur Verlängerung ihrer Aufenthaltsbefugnis erneut gutachterliche Stellungnahmen und Behandlungsbestätigungen mitgebracht. (*„Als ich zur Verlängerung der Befugnis gegangen bin, habe ich wieder Atteste von meiner Ärztin gekriegt, obwohl ich gehört habe, muss man nicht.“*) Katarina hat dies möglicherweise vorsorglich aus Angst vor Abschiebung getan, vielleicht allerdings auch aus Gewohnheit, Bescheinigungen bei der Ausländerbehörde vorzulegen. Die zuständige Mitarbeiterin hat diese Atteste von Katarina auch angenommen, obwohl es keinerlei rechtliche oder behördliche Grundlage für dieses Vorgehen gibt.

Katarina belastet die Tatsache, dass auch eine Aufenthaltsbefugnis kein unbefristeter Aufenthaltsstatus ist und dass ihr das Erlangen eines unbefristeten Aufenthalts verschlossen bleibt. Nur wenn gar nicht mehr auf staatliche Hilfen angewiesen wäre und keine Sozialhilfe mehr bekäme, könnte sie den beantragen. Aber auch dann- so die Sachbearbeiterin, mit der Katarina sprach- habe sie kein Anrecht. Katarina könne einen Antrag stellen, wenn sie feste Arbeit habe und keine Leistungen mehr vom Staat mehr beanspruche. Aber das heiße nicht, *„dass ich es bewilligt kriege“*. Die Sachbearbeiterin sagte, es gebe viele Punkte, an denen ein solcher Antrag scheitern könne und sie wäre nicht in der Position dies allein zu entscheiden. Katarina deutet eine Intransparenz der Entscheidungen und Entscheidungsinstanzen an, die auch auf andere Behörden ausgeweitet werden kann. Ihre Unsicherheit und ihr Kampf um einen gesicherten Aufenthalt geht auch nach Erhalt der Befugnis weiter.

## Kapitel Neun- Katarina

### 9.2. Gespräch mit Katarina

**Katarina-** Ich bin 46 Jahre alt. Ich komme aus Bosnien, ich bin in A geboren und ich habe in B gelebt.

- *Das ist ungefähr in Zentralbosnien, also so in der Mitte, oder?*

**Katarina-** Ja, also, Nähe Mostar, also X Kilometer von Mostar ungefähr. Ja, ich bin verheiratet mit einem Moslem, ich bin (*längere Pause*) Katholisch, auch aus Bosnien, also von der Religion katholisch. Man sagt immer Kroat, aber ich bin nicht Kroat, also, ja. Und ich hab einen Sohn, (*Pause*) Weiter?

- *Der ist 16?*

**Katarina-** Er wird jetzt 17.

- *Wann seid ihr nach Deutschland gekommen?*

**Katarina-** 93.

- *93 schon.*

**Katarina-** Ja.

- *Und wann hast du Befugnis bekommen, in welchem Jahr?*

**Katarina-** Also, Befugnis ham wir (*Pause*) Dezember 2001. (*Pause*)

- *Also schon relativ früh.*

[...]

**„Man sagt immer Kroat, aber ich bin nicht Kroat“**

**Katarina-** Also, ich bin das erste Mal 94 zum Arzt gegangen, so April war das glaube ich. Ich hab mich einfach schlecht gefühlt, ich konnte nicht essen und ich konnte nicht schlafen, ich hab schlecht geschlafen, ich habe abgenommen und, ich weiß nicht. Ich hab mich einfach so unwohl gefühlt und geschwächt und dann bin ich zu einem Internist gegangen und er hat mich untersucht und, also, die hat nichts festgestellt, die hat nur festgestellt, dass ich irgendwelche Entzündung hab, also habe, immer noch. Und dann hat sie noch mal eine Blutuntersuchung und Urin auch gemacht und dann hat sie mich zu einem Urologen geschickt, die sagte, also vermutete, dass da was mit den Nieren, also hatte ich Nierenentzündung.

- (*zustimmend*) Hm.

**Katarina-** Dann bin ich zu dem Urologen gegangen, und der hat mich untersucht, alles, röntgen, alles, was dazu gehört und dann musste ich Antibiotika nehmen und danach, nach 10 Tagen wieder noch mal Untersuchung und er sagte es ist alles, nichts mehr, also (*Pause*).

- *Alles in Ordnung?*

**Katarina-** Ja, aber ich hatte immer so, danach wieder immer Schmerzen im Rücken und mein Puls war auch so na ja und dann, ich weiß nicht, also ich war einfach so geschwächt und keine Ahnung und dann ein paar mal hab ich so, so wie, in dem Moment wusste ich nicht, dass das so Angstzustände waren, also, ich hab so Panik gekriegt, aber ich dachte, mir ist schlecht, irgendwas, aber ich wusste nicht, dass das, diese, diese, dass das alles von den Nerven ist, diese Panik, also, keine Ahnung. (*Pause*)

- *Wann hast du das damit in Zusammenhang gebracht?*

**„In dem Moment wusste ich nicht, dass das so Angstzustände waren.“**

**Katarina-** Und dann bin ich noch mal zum Internist gegangen und ein paar mal schon, sagte sie, sie kann nichts machen, weil, sie hat nichts festgestellt. Es ist nichts organisch und dann hat sie, ich konnte auch damals deutsch kaum sprechen und sie sagte, das einzige, sie kann mich in ein Krankenhaus schicken, wenn ich mich wirklich so schlecht fühle, weil sie weiß nicht, was sie machen kann. Und sie hat mir eine Überweisung gegeben für das Krankenhaus, dann bin ich in das Krankenhaus gegangen, hier in C, und die haben mich untersucht, und dann haben die gesagt, also, Sie sind nicht für uns, also bei Ihnen steht nichts organisch fest und immer wenn ich bei einem Arzt gewesen bin, hat jeder gesagt, das ist seelisch. Ich wusste nicht genau, was seelisch, was das ist, aber ich hab von der Frau, sie hat mir übersetzt immer so, dass das äh, so so so Nerven, so.

**„Immer wenn ich bei einem Arzt gewesen bin, hat jeder gesagt, das ist seelisch.“**

- *Und du bist mit jemandem gegangen, die besser deutsch konnte?*

**Katarina-** Ja, meine Schwägerin.

- *Die Schwägerin.*

**Katarina-** Ja, meine Schwägerin. Und, na ja und dann zwei, drei mal nachts, mir war auch so so, ich hatte (*längere Pause*), so ein Schwindelgefühl, also und Schmerzen, überall Schmerzen hatte ich. Und sie hat mich glaub ich drei oder vier mal. Ich hab immer noch diese Papiere von der Aufnahme vom Krankenhaus. Alles

untersucht, einmal war um 12 nachts, einmal um zwei, sind wir immer gegangen, also. Und die haben alles untersucht und jedes mal hat jeder gesagt, es ist seelisch und die fragen immer, woher komme ich, aus welchem Land und dann immer, wenn ich gesagt habe aus Bosnien, dann ham die immer gesagt, ja, das ist Krieg, Trauma, so seelisch, aber ich hatte früher nie, nie mit dieser Sache, also, ich weiß nicht. Wusste ich überhaupt nicht, ich hab mich früher nie beschäftigt, dass das wenn man Schmerzen hat oder wenn man Herzrasen hat oder irgendwas, dass das auch von den Nerven kommen kann. (Pause)

**„Die fragen immer, woher komme ich, aus welchem Land und dann immer, wenn ich gesagt habe aus Bosnien, dann ham die immer gesagt, ja, das ist Krieg, Trauma, so seelisch.“**

- *Weißt du noch, wann du das erste Mal das Wort Trauma gehört hast?*

**Katarina-** Und dann hat sie, hat meine Schwägerin zu mir gesagt, also, hat jeder gesagt, ich soll einen, so einen Nervenarzt oder Psiholog aussuchen und zu ihm gehen. Na ja wollt ich nicht anfangs, ich wollte es einfach nicht wahr haben, weil ich gedacht habe, mir fehlt das nicht, also, weil ich habe gedacht, Nerven, man ist nicht so, (*macht eine Handbewegung vor dem Kopf hin und her*) so, richtig im Kopf. So hatte ich die Vorstellung, ich weiß nicht, hat mir dann wirklich noch mehr Angst gemacht vor diesem Wort seelisch, Trauma. Ich weiß nicht warum, aber es kam immer so, so in mir, so mehr Angst vor diesem Wort. Werd ich wieder gesund, was wird mit mir und.

- (*zustimmend*) Hm.

**Katarina-** Na ja und dann im Mai 94, also es hat vielleicht zwei Monate gedauert, ich weiß nicht, also Anfang April hab ich einen neuen Arzt aufgesucht und im Mai hab ich das erste Mal einen Neuropsychiater besucht. Und da war ein, die Praxis war von Frau Dr. A, aber sie hatte keine Sprechstunde, sondern sie hatte einen anderen Arzt in der Praxis und er hat mich untersucht, so so, ja mit diesem so (*macht die Handbewegung einer Reflexprüfung an den Knien*).

- *Reflexhammer.*

**Katarina-** Ja, Reflexe und so und Augen zu und laufen, und so Arme so nach vorne und so so...

- ... *Koordination ?*

**Katarina-** Ja, ja. Und er hat auch mit meiner Schwägerin gesprochen, er hat

mich immer gefragt und sie hat dann mit ihm gesprochen, weil ich konnte nicht, also paar Worte konnte ich deutsch, aber nicht viel und dann sagte er, das ist Trauma vom Krieg.

**„Hat mir dann wirklich noch mehr Angst gemacht vor diesem Wort seelisch, Trauma.“**

- *Der war auch Psychiater?*

**Katarina-** Ja, Neuropsychiater und dann hat der mir, der hat mir ein Medikament verschrieben, Insol- Insoltin oder so (*Pause*) mit I irgendwie so, Insorfin, ne, Iso, Isozi-, ne. (*Lacht*) Und irgendwelche Tropfen noch, aber. Gott oh Gott, jetzt hab ich das irgendwo in meinem Attest, jetzt weiß ich nicht mehr. Und er sagte, ich soll diese Tropfen nehmen und dann eine Tablette pro Tag. Ich habe diese Tablette genommen und ich hab mich wirklich gut gefühlt wieder. Also ich war ein anderer Mensch und, dann, ich hab auch dann wieder zugenommen und dann konnt ich auch besser schlafen und so einfach war ich- nur was ich gemerkt habe, auf der Straße, manchmal hatte ich Angst und einmal hatte ich so was, wie einen Schwindelgefühl, ich weiß nicht, ob das vom Medikament war. Es war etwas, was ich nicht kannte von mir, also diese Symptome. Ich hab dieses Medikament glaube ich drei Monate genommen und ich dachte, ach, mir geht es besser, es geht mir gut und ohne mit dem Arzt sich abzusprechen, habe ich meine Medikamente langsam, aber gelassen. Weil, ich wollte ohne Medikamente und dann bin ich in ein tiefes Loch gefallen. Dann war ich so krank, ich hatte Unruhe, ich konnte überhaupt nichts, nicht schlafen, vier Tage hatte ich so eine Unruhe, ich glaube, jedes Organ, Herz, alles hat so gezittert in mir. Das war wirklich, also schlimm. Dann bin ich wieder zum Arzt gegangen und dieser Arzt war schon, ich glaube der hat als Arzt, weiß nicht, war erst ein Jahr da, vielleicht nur dieses, dieses, so ein Anfänger, keine Ahnung, so ein Jahr gemacht und dann. Dann war die Frau Doktor A und dann hab ich auch alles gesagt und dann hat sie mir Sarotin wieder gegeben. Ne, erst mal hat sie ein anderes Medikament, ich glaube Aponal und dann war es noch schlimmer. Und sie sagte, ich muss erst mal zwei Tage und dann wirkt dieses Medikament, äh zwei Wochen und dann wirkt dieses Medikament. Aber ich hatte da so eine Unruhe, ich konnte mich nicht beruhigen, also ich war also,

unglaublich war das, ich konnte nichts, also wirklich nichts machen. Und dann hat sie mir eine Spritze gegeben, ich glaube, jede Woche eine, und dann war besser. Und dann hat sie mir jede Woche eine Infusion gegeben und dann hab ich eine gekriegt und eine Panik gekriegt, ich hab alles aufgerissen, auf einmal, ich war so, so- . Ich weiß nicht, ob das noch dazu von diesen Medikamenten, oder das war meine, meine, meine Psyche. Meine Nerven waren so, ich weiß nicht. Das ist auch in der Praxis passiert, die ham ja auch für den Kopf diese, diese Untersuchung gemacht, ich weiß nicht. Nicht EKG, das ist ja für das Herz, aber so was ähnliches für den Kopf.

- EEG?

**Katarina-** Ja, so was. Und sie hat mir dann überall diese, diese, diese...

- ... Elektroden.

**Katarina-** Elektroden, ja und sie ist nur in ein Zimmer gegangen. Ich hab so eine Panik gekriegt. Ich hab so laut gerufen, Schwester, Schwester und sie kam und, mir geht's schlecht! Ich dachte, also, ich hatte so ein Gefühl, so als wenn mich jemand, ich weiß nicht, ich kann das nicht beschreiben, wie es war. Ich hab laut geschrieen, so einfach. Und danach hat sie mehrere Medikamente so versucht, und keins hat richtig gewirkt und dann mit Sarotin hat es dann gewirkt. Und da ging's mir nach vielleicht einem Monat schon ein bisschen besser und dann hab ich fast zwei Jahre Sarotin genommen. Aber, das einzige, was mir geholfen hat, ich konnte nicht weinen, ich war auch ruhiger, schlafen, ja, ich war ständig müde, mit dem Schlaf war es unterschiedlich, mal besser, mal schlimmer, mal so, ich weiß nicht. Und nach zwei Jahren dachte ich, ich wollte es auch wieder ohne Medikamente versuchen. Und dann hatte ich immer Angst, das dann abzusetzen. Aber ich bin regelmäßig zur Behandlung gegangen und immer zu Gesprächen und dann hat sie gesagt, vielleicht hilft ein Therapeut und dann hat sie mich-

- Weil sie selbst Gespräche nicht anbietet?

**Katarina-** Ne, sie macht keine Gesprächstherapie. Sie wollte mich auch ins Krankenhaus schicken, in die Neuropsychiatrie, damals, als es mir ganz schlecht ging. Aber ich wollte nicht, ich hatte einfach, ich weiß nicht, meine Schwägerin war auch im Krankenhaus, in der Neuropsychiatrie, ich hab sie auch oft besucht und da hab ich auch gesehen, wie- . Ob es mir hilft oder nicht, keine Ahnung, aber auf jeden Fall hatte ich Angst, ich wollte zuhause bleiben. Ja, und dann war

das in dieser Zeit noch schlimmer, meine Familie ist noch in A geblieben, in Bosnien, die Familie von meinem Mann und dann war der Krieg immer schlimmer und schlimmer und dann immer- dadurch ging es mir vielleicht auch schlimmer. Dann hat mein Bruder einen Schlaganfall gekriegt (*Pause*).

- *Der auch in Deutschland gelebt hat, schon sehr lange.*

**Katarina-** Ja, der lebt hier schon seit 30 Jahren.

- *Der hat den Krieg also nicht direkt mitbekommen.*

**Katarina-** Ne, ne, aber er hat sich immer Sorgen gemacht um unsere Familie. Und er hat mir auch geholfen.

- *Ihr hattet auch bei ihm gelebt?*

**Katarina-** Ja, fast ein Jahr.

[...]

**„Dann war der Krieg immer schlimmer und schlimmer und dann immerdadurch ging es mir vielleicht auch schlimmer. Dann hat mein Bruder einen Schlaganfall gekriegt“**

- *Könntest du versuchen zu sagen, was du selbst unter Trauma verstehst. Also nicht diese offizielle Form von Psychologen, sondern was du dir selbst unter Trauma vorstellst?*

**Katarina-** Also, ich weiß nicht, ich weiß nur, ich hab oft geträumt, Krieg, und ich hab oft geträumt, weil der Vater von meinem Mann bestimmt also, na ja- ums Leben gekommen ist, die haben den verschleppt und der ist nie wiedergekommen. Aber als das Haus von meinem Schwiegervater nachts in Brand gesteckt wurde, und ich hab dann gesehen, wie alles verbrannt und die sind aus dem Haus ohne Schuhe gelaufen und danach, als bei uns auch einmal Soldaten gekommen sind, haben sie auch mir hier in (*zeigt auf den eigenen Rücken*) mit einer Waffe. Die sind gekommen und dann haben sie immer Männer gesucht und die Männer alle in ein Lager gebracht und mein Mann war, also, weil es war Nacht, so die ganze Nacht, dann kamen Granaten und so da waren über all so...

**„Ich weiß nur, ich hab oft geträumt, Krieg“**

- *Kroaten?*

**Katarina-** Kroaten und Moslems, also zwischen Kroaten und Moslems. Das waren Kroaten. Sie haben auch meine Stadt übernommen. Und da kam einer,



also, das waren drei Männer, so mit pištola, also mit Waffe, so mit Gewähr in der Hand und dann haben die gefragt, habt ihr Waffen, gibt's hier Männer und einer hat mir so in meine Rippen- und dann hab ich gleich in meine Hose gepinkelt, es war alles nass, so vor Schock. Na ja und in dem Moment, als Krieg- als ich noch in Bosnien gelebt habe, wollte ich nur einfach raus, und vielleicht hat man alles nur, ich weiß nicht, diese Angst, alles. In dem Moment war es Angst, aber man hatte nicht so diese Beschwerden, wie danach.

**„Als ich noch in Bosnien gelebt habe, wollte ich nur einfach raus, und vielleicht hat man alles nur, ich weiß nicht, diese Angst, alles. In dem Moment war es Angst, aber man hatte nicht so diese Beschwerden, wie danach.“**

- Und das ist für dich Trauma.

**Katarina-** Ja, dieses, dieses, man träumt oft und man fühlt sich so hilflos...

*(Ehemann kommt in den Raum und holt sich ein Glas Wasser)*

... erst mal und diese Beschwerden, die man hat und hier sowieso in einem fremden Land. Man hatte keine Rechte auf Arbeit, keine Rechte. Wir hatten alle Duldung und das sind alles Probleme, du musst ständig zum Sozialamt. Das sind alles Probleme, die noch dazu, noch mehr, also so. Man wird so nicht gesund.

- *Weißt du noch, wann, also, du hattest erzählt, du warst immer bei ...*

*(Ehemann kommt wieder herein mit einem Glas Wasser für die Interviewerin. Sie sagt zu ihrem Mann auf bosnisch, nerv uns nicht)*

**„Hier sowieso in einem fremden Land. Man hatte keine Rechte auf Arbeit, keine Rechte. Wir hatten alle Duldung und das sind alles Probleme, du musst ständig zum Sozialamt. Das sind alles Probleme, die noch dazu, noch mehr, also so. Man wird so nicht gesund.“**

- *Also, du hast erzählt, du warst die ganze Zeit immer zuerst bei der Psychiaterin, bei einem Therapeut und bei anderen Ärzten. Kannst du dich noch erinnern, als du das erste mal ein Attest für die Ausländerbehörde erstellt bekommen hast, in welchem Jahr das war oder wann ungefähr oder von wem?*

**Katarina-** Also in dem Moment, als ich zum Arzt gegangen bin, bin ich nicht wegen dem Attest gegangen, weil man brauchte damals kein Attest. Ich hab auch nicht daran gedacht, aber als, 97 glaube ich, also 95 war der Krieg schon zuende glaube ich, also da war Dayton<sup>169</sup> unterschrieben.

- *Ja.*

**Katarina-** Obwohl noch 96 gab es immer noch so viele Probleme. 97 auch. Aber 97, da haben sie schon die ersten Flüchtlinge, langsam wollten die die abschieben. Ich glaube, es ist so gewesen, erst einmal alleinstehende ohne Familie, ohne Kinder, und dann mit Familien und Kindern und die dritten waren die Älteren Leute und kranke Leute. Da hab ich, ich weiß nicht, ich hatte Angst, wir mussten zu der, das war 97, ich glaube im Sommer, Juli war. Da bin ich hingegangen<sup>170</sup> mit meinem Mann. Ne, vorher habe ich gehört, wenn man in Behandlung ist, soll man ein Attest mitbringen.

- *Von wem? Weißt du das noch?*

**Katarina-** Von wem ich gehört habe? Ich hab von einer Frau aus Bosnien gehört. Sie ist Lehrerin in der bosnischen Schule.

- *Die Sprachschule für deinen Sohn?*

**„Habe ich gehört, wenn man in Behandlung ist, soll man ein Attest mitbringen.“**

**Katarina-** Ja, ja. Und ich wollte von meinem Neurolog ein Attest haben. Ich hab gehört, man soll von seinem Psychiater oder von einem Psychotherapeut. Aber sie war in dem Moment im Urlaub. Dann hab ich mit meinem Internisten gesprochen. Er wusste auch alles, ich bin auch bei ihm im Behandlung gewesen und der sagte, er schreibt ein Attest und alles, da schreibt er alles, wie es war und so, aber er hat auch geschrieben, es soll noch ein Attest vom Neuropsychiater ausgestellt werden. Und da habe ich dieses Attest von meinem Internist vorgelegt bei der Ausländerbehörde und da hab ich zwei Monate Duldung bekommen, das erste mal, und sie sagte, ich bekomme einen Brief, die wollen das jetzt alles prüfen und dann nach nur 14 Tagen habe ich einen Brief von der Ausländerbehörde gekriegt, ich soll zu einem Gutachter von der Ausländerbehörde gehen.

<sup>169</sup>Der Friedensvertrag von Dayton vom 10. Dezember 1995, der offiziell als Kriegsende in Bosnien gilt.

<sup>170</sup>Zur Ausländerbehörde.

- Vom Polizeiärztlichen Dienst?

**Katarina-** Ja.

- Das war schon 97?

**Katarina-** Ja. 97, fast als erste. Vielleicht waren noch ein paar Leute vorher da. Und, dann bin ich hingegangen, also, das ist, das war in Spandau, da, die Adresse genau weiß ich nicht. Da ist die ganze Polizei, ganz viele Gebäude. In einem Gebäude ist die Ausländerbehörde, diese Gutachten. Ich bin alleine gegangen, obwohl da stand, ich soll, wenn ich deutsch nicht verstehe, jemanden für die Übersetzung mir selber besorgen.

- Die hatten niemanden?

**„Habe ich einen Brief von der Ausländerbehörde gekriegt, ich soll zu einem Gutachter von der Ausländerbehörde gehen.“**

**Katarina-** Die hatten niemanden, ne. Aber, weil, ich konnte schon ein bisschen deutsch. Und dann bin ich auch oft alleine zum Arzt gegangen und da dachte ich, vielleicht schaffe ich es alleine. Und dann hat der geschrieben, ich soll ein Attest von meinem Neuropsychiater mitbringen und alle Unterlagen, die ich hatte. Und dann hab ich alles mitgebracht, alles von der Notaufnahme, vom Krankenhaus, hatte ich vier oder fünf gehabt und das Attest von meinem Neuropsychiater. Ich hab auch gesagt, ich brauch ein Attest und sie sagte warum, weil ich Angst vor einer Abschiebung habe und dann hat sie alles aufgeschrieben.

- Weißt du noch, was da drin stand?

**Katarina-** Die hat geschrieben, dass ich aus Bosnien komme, also aus B, dass ich eine gemischte Ehe habe, und dann hat sie aufgeschrieben, was ich genau erlebt habe und das mit der Familie von meinem Mann und dann hat sie meine Symptome aufgeschrieben. Ich hatte auch sooft ein Taubgefühl, so ein Kribbeln.

- Das hast du ja jetzt auch im Arm.

**Katarina-** Ne, jetzt ist es etwas anderes, hier von diesem Gelenk schmerzt es. Damals war es anders, das hab ich jetzt im Moment nicht mehr.

**„Ich hab auch gesagt, ich brauch ein Attest und sie sagte warum, weil ich Angst vor einer Abschiebung habe und dann hat sie alles aufgeschrieben.“**

*(Ehemann kommt wieder herein und sucht die Fernbedienung, sie bittet ihn auf Bosnisch, „ich bitte, dich, stör uns nicht.“ Alle suchen die Fernbedienung zusammen.*

*Nach zehn Minuten wird das Gespräch wieder aufgenommen.)*

- Gut, dann fang ich noch mal an. Was ich gefragt hatte, war, was da drin stand in dem Attest genau.

**Katarina-** Ja und dann hat sie die Diagnose aufgeschrieben. Sie hat es aufgeschrieben, dass das eh- *(Pause)*

- Sie hat also nicht nur die Symptome, du hattest auch gesagt, sie hat aufgeschrieben, was dir passiert ist...

**Katarina-** ...ja und dann hat sie auch Symptome aufgeschrieben, dass ich so depressiv bin, und traurig bin und suizid-suizi-, wie sagt man?

- Suizidal?

**Katarina-** Ja, das hat sie auch aufgeschrieben.

- Und Trauma, hat sie das auch aufgeschrieben als Diagnose?

**Katarina-** Ich weiß es nicht mehr genau. *(Sie geht an ihren Schrank und holt einen mittelmäßig dicken, gefüllten Ordner mit ihren Attesten hervor.)*

- Das brauchst du eigentlich nicht herausholen.

**Katarina-** *(hat den Ordner schon in der Hand und sucht ihr erstes Attest)*

- Das war jetzt 97?

**Katarina-** Ja, weil im ersten Attest hat sie, ja Verschreibungen, so was wie... *(blättert)*

**„Psychosomatisch, ist das auch Trauma?“**

- Wie ausführlich war das Attest denn?

**Katarina-** *(blättert)* Eine Seite nur, das war nicht lang das erste Attest. *(Findet das Attest und liest)* Sie hat aufgeschrieben erst einmal, dass alles erst mal *(liest)*, Allergien hatte ich auch, Angstzustände, Depression *(liest)*, es besteht eine akute Suizidgefährdung, bei einer schweren Depression mit psychosomatischen und vegetativer Begleitsymptomatik. Psychosomatisch, ist das auch Trauma?

- Das ist nicht Trauma. Das heißt, wenn etwas von der Psyche kommt, aber sich körperlich zeigt, also so wie du erzählt hast, dass du körperliche Beschwerden hattest. Psychosomatisch ist, wenn sich etwas körperlich ausdrückt, aber die Ursache ist von der Psyche.

**Katarina-** Ach so. Na ja, in den, beim Neuropsychiater ist es so, sie hat nicht so viel Zeit mit mir zu reden, sie redet nicht viel und das war sowieso schwer, ich konnte auch nicht alles sagen, weil ich nicht so richtig deutsch konnte und sie

hatte auch nicht die Zeit, sich mit mir, ich hab auch immer so oft geweint- (Pause)

- Kannst du mir noch einmal sagen, wann du das erste Mal Kontakt mit so Beratungsstellen oder mit diesen Psychologen oder Ärzten zu tun hattest, die sich so auf Trauma spezialisiert haben? Also, so wie Einrichtung A oder so was?

**Katarina-** Soll ich dir noch mehr sagen, was mit diesem Gutachter war?

- Machen wir gleich noch einmal.

**Katarina-** Wann ich das erste Mal in diese Gruppe gegangen bin, meinst du?

- Ja, oder wann du das erste mal von diesen Unterschiedlichen Vereinen, die mit Leuten aus Bosnien zusammenarbeiten, wann du von denen gehört hast.

**Katarina-** Na ja, meine Ärztin, sie meinte, das ist vom Krieg und ich brauche psychologische Gespräche und Behandlung und sie hat mich zu einem Psycholog geschickt, Doktor B, dann bin ich zu ihm gegangen, und er hat mit mir vier Gespräche alleine geführt und dann hat der gefragt, also nach dem Krieg und alles, was ich erlebt habe, und dann hat der mich in eine Gruppe geschickt. Er hatte noch Psychotherapeuten in der Gruppe, da bin ich...

(im oberen Geschoss laufen Handwerker, es irritiert sie, die Interviewerin lacht, Katarina ärgert sich und erzählt darüber)

...und dann bin ich immer jeden Donnerstag in diese Gruppe gegangen und da hab ich, gemerkt, ich gehöre überhaupt nicht in diese Gruppe. Weil da war keiner aus Bosnien und dann hat mich auch keiner verstanden.

- Da waren nur Deutsche in der Gruppe?

**Katarina-** Ja und ganz andere Probleme. Das war, jeder war unterschiedlich, jeder hatte unterschiedliche Probleme und das war für mich, dachte ich, ich gehöre nicht hierher. Mein Problem war Krieg, was ich erlebt habe und nicht- ich meine, ich habe alles verstanden, jeder hat seine Probleme, aber das war nicht- ich hab mich einfach unwohl gefühlt. Nach einem Jahr hab ich aufgehört, ich hab gesagt, ich möchte nicht mehr, ich fühle mich auch nicht wohl da in der Gruppe. Und dann hat meine Nervenärztin gesagt, ich soll mir selber irgendwo, sie sagte, es gibt viele Hilfsorganisationen, dass ich vielleicht alleine irgendwo einen Psychiater oder einen Therapeuten finde, es ist besser für mich. Und dann bin ich in Einrichtung A gegangen.

**„Da hab ich, gemerkt, ich gehöre überhaupt nicht in diese Gruppe. Weil da war keiner aus Bosnien und dann hat mich auch keiner verstanden.“**

- Wie hast du von dieser Einrichtung gehört?

**Katarina-** Auch von Leuten aus Bosnien.

- Mit denen du schon vorher Kontakt hattest.

**Katarina-** Ja, Einrichtung A gab's schon von Anfang an, aber in dem Moment hab ich- Wir hatten eine kleine Einzimmerwohnung, aber wir hatten nicht so viel Kontakt mit Flüchtlingen. Mit wem ich Kontakt hatte, die wussten nichts von Einrichtung A. Ich hatte mehr Kontakt so zu Leuten aus der Stadt, in der wir gewohnt hatten, da waren vier, fünf Familien und dann waren auch aus meiner Heimatstadt von früher Leute hier und- (Pause).

-Leute, die schon früher hier lebten, die schon in den 70er Jahren nach Deutschland gekommen sind.

**Katarina-** Ja. Und das war der einzige Kontakt, den ich hatte. Und als ich von Einrichtung A gehört habe, danach hat sich viel geändert, da konnte man über alles reden, über den Krieg und die Probleme, welche Probleme man hier hat. (Pause)

**„Und als ich von Einrichtung A gehört habe, danach hat sich viel geändert, da konnte man über alles reden, über den Krieg und die Probleme, welche Probleme man hier hat.“**

- Als du Deine Befugnis bekommen hast, das war 2001 hast du gesagt.

**Katarina-** Ja. Vorher hat mir mein- weil es dieses Gesetz von der Ausländerbehörde gab. Man musste ein Attest, bei wem Traumatisierung und Krieg und als ich zu diesem Gutachter gegangen bin von der Ausländerbehörde, hat der auch bestätigt, ich hatte mein Attest und alles. Dieses Attest, das erste, da hat er reingeguckt, was da drin steht und dann hat er mit mir gesprochen. Was ich alles erlebt habe.

- Das war 97?

**Katarina-** 97, ja. Gutachter von der Ausländerbehörde. Was ich alles erlebt habe und dann hab ich glaub ich erzählt, dass ich eine gemischte Ehe habe und dass Katholische uns vertrieben haben, meine Religion, das war noch das Schlimmste für mich. Na ja und für meine Familie, die waren in A, mein Bruder war auch im Lager und meine Familie, die waren von

den Serben betroffen. Und er war ganz, ich fand ihn so ganz- ja, ja nett ist übertrieben, aber (*Pause*) wie ich später von vielen gehört habe, gab es Provokationen oder, ne, also das war bei mir wirklich- Er sagte, ich bekomme Bescheid und dann nachher ist alles in meine Unterlagen, was er aufgeschrieben hat, das schickt er dann zur Ausländerbehörde. Nach zwei Monaten musste ich wieder mein Visum verlängern.

- *Weißt du noch, wie lange das Gespräch mit diesem Mann war?*

**Katarina-** Mehr als eine Stunde.

- *Aber nicht zwei Stunden.*

**Katarina-** Ne zwei Stunden nicht. Ja, eine Stunde und zehn Minuten, so ungefähr.

- *Und da war niemand da, nur Du und er?*

**Katarina-** Ja, nur wir zwei.

- *Dolmetscherin nicht.*

**Katarina-** Ne. Und dann hat der mir auch so Blutdruck gemessen, meine Blutwerte waren auch in dem Moment, also mein Blutdruck war hoch, Puls. Und dann hatte ich auch so, das war auch von den Nerven, überall so rote Flecken. Das hat der auch gesehen. Und dann hat der auch, er hat mich gefragt, was mir hilft, wenn ich hier bleibe und dann hab ich auch meinen Wunsch geäußert, nach Bosnien zu gehen. In dem Moment, im ersten Jahr hatte ich immer den großen Wunsch nach Bosnien zurück zu gehen. Ich hatte immer nur geträumt, trotz des Krieges, aber ich wollte. Aber jetzt, wo mehr Zeit vergangen ist, irgendwo hat sich alles verändert. Es ist nicht mehr, wie es war, es ist alles fremd geworden. Die Leute sind ganz Andere<sup>171</sup>, es ist einfach nicht mehr so dieser Wunsch da, wie am Anfang. Ich hab es auch betont. In meinem ersten Attest steht, ich will zurück.

- *Dann hast du aber noch nicht Befugnis bekommen.*

**Katarina-** Ne.

**„Aber jetzt, wo mehr Zeit vergangen ist, irgendwo hat sich alles verändert. Es ist nicht mehr, wie es war, es ist alles fremd geworden. Die Leute sind ganz Andere.“**

- *Du hattest für zwei Monate Duldung.*

**Katarina-** Ja, und dann nach zwei Monaten bin ich wieder gegangen und

dann ham die<sup>172</sup> gesagt, die ham noch nichts gekriegt, dann wieder zwei Monate. Nach diesen zwei Monaten bin ich wieder gegangen und dann, ich glaube, es war wirklich so. Ich weiß nicht genau, ob das nur für einem Monat oder für zwei Monate war das zweite mal. Und da haben sie wieder nichts gekriegt und dann haben wir wieder einen Monat bekommen und dann hat sie<sup>173</sup> gesagt, ich bekomme schriftlich bescheid und nach einer Woche, nach diesem dritten mal Verlängerung, habe ich einem Brief gekriegt, ich soll kommen...

- *Zur Ausländerbehörde.*

**Katarina-** Ja, zur Ausländerbehörde, und dann hab ich ein Jahr gekriegt. Dann haben die erst mal ein Jahr immer.

- *Duldung.*

**Katarina-** Duldung hatten die mir gegeben wegen Trauma, aber es ist. Sie sagte, es ist anerkannt und bestätigt. Er hat mein Trauma bestätigt. Und dann bis dieses Gesetz für Traumatisierte, also für Befugnis kam, so lange hab ich immer nur ein Jahr bekommen, immer Verlängerung, ein Jahr.

- *Und du hast immer Atteste vorgelegt, jedes Jahr?*

**Katarina-** Jedes Jahr Atteste und ich hatte auch gleich Paragraph 2, glaube ich. Also, wer Paragraph zwei, glaube ich hatte, das waren so die mehr anerkannten Flüchtlinge.

- *Diese Atteste hast du immer von Ärzten gebracht, bei denen du sowieso in Behandlung warst?*

**Katarina-** Ja.

- *Du warst bei dieser Psychiaterin.*

**Katarina-** Neuropsychiaterin, also immer noch heute.

- *Immer noch bei der gleichen.*

**Katarina-** Immer bei der gleichen, ja.

**„Duldung hatten die mir gegeben wegen Trauma, aber es ist. Sie sagte, es ist anerkannt und bestätigt. Er hat mein Trauma bestätigt.“**

- *Und dann warst du noch bei diesem Psychotherapeut?*

**Katarina-** Ja und dann bin ich in diese Gruppe von Doktor B und dann bin ich von Einrichtung A, da hab ich mich angemeldet für Psychotherapie, wie da gab's Psychotherapeuten und dann hab ich in der Einrichtung B, kennst du die?

- *Ja.*

---

<sup>171</sup>Bezug auf den massiven Bevölkerungsaustausch in den unterschiedlichen Orten von Bosnien und Hercegovina.

---

<sup>172</sup>Ausländerbehörde

<sup>173</sup>Zuständige Sachbearbeiterin.

**Katarina-** Da haben die mir auch eine Telefonnummer gegeben. Ich sollte da anrufen und einen Termin machen und dann hab ich angerufen und Frau Doktor Psiholog C. Und da bin ich mehr als ein Jahr hingegangen ohne eine Überweisung, das war umsonst, jede Woche. Und dann hat sie zu mir gesagt, dass sie da aufhört, aber ich kann in die Praxis kommen mit einer Überweisung und da war ich noch beim Sozialamt. Dann hab ich von meinem Neurolog eine Überweisung gekriegt und bin wieder hingegangen und ich bin immer noch heute bei ihr.

- *Machst du das mit Dolmetscher, oder?*

**Katarina-** Ne, ohne.

- *Immer ohne.*

**Katarina-** Ohne. Und da hab ich immer noch heute Einzeltherapie, nur jetzt gehe ich jede vierzehn Tage.

- *Und dann hattest du immer diese Duldung verlängert gekriegt und dann gab es diese Traumagesetzgebung 2000?*

**Katarina-** Ja.

- *Du hast dann den Antrag gestellt auf Befugnis?*

**Katarina-** Ich hab den Antrag gestellt, da musste ich Attest vorlegen.

- *Wann war das?*

**Katarina-** Puh...

- *Ungefähr. Anfang 2000 wahrscheinlich.*

**Katarina-** Ja. (*Guckt in ihren Aktenordner*)

- *Brauchst du nicht.*

**Katarina-** Vielleicht 99. (*sucht ihren Antrag auf Befugnis, findet ihn*). Ja, Januar 2000.

- *Dann hast du diesen Antrag gestellt auf Befugnis.*

**Katarina-** Ja, und dann musste ich ein Attest auch machen lassen von meiner- (*Pause*)

- *Also ein richtig langes Attest?*

**Katarina-** Also lange muss nicht, die haben mir gesagt es, na ja keiner wusste es genau, manche sagten, es muss länger sein, Kriegserlebnisse, alles muss beschrieben sein, aber meine Ärztin hat das nicht alles so gemacht.

- *Hat sie dir Trauma attestiert?*

**Katarina-** Ja.

- *Das war diese Neuropsychiaterin?*

**Katarina-** Ja, also mein Psychotherapeut hat mir nie ein Attest ausgestellt. Doktor B hat mir nur einmal etwas kurzes geschrieben, das hab ich zusammen mir dem anderen Attest vorgelegt, dass ich bei ihm in Behandlung bin und auch die Diagnose, diese. (*Hat das Attest von der Psychiaterin A in der Hand und liest*) Da steht die Posttraumatische Belastungssituation PTSD wird als

Entwicklung charakteristischer Symptome in Folge eines psychologischen traumatischen Ereignisses, das im allgemeinen außerhalb der ethischen menschlichen Erfahrung liegt, definiert es werde...

- *... Verstehst du, was du da liest?*

**Katarina-** Ne.

(*Beide lachen*)

Versteh ich gar nichts.

- *Dieses Attest ist drei Seiten lang?*

**Katarina-** Ja, ich glaub, sie hat das von einem Doktor zitiert, was der über Traumatisierung gesagt hat.

- (*Ich schaue das Attest nun selbst an.*) *Ja, das war ein Zitat. Aber hier hat sie dir Trauma diagnostiziert. Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und Posttraumatische Belastungsstörung.*

**Katarina-** Ist das Traumatisierung?

- *Ja.*

**Katarina-** Sie hat mir zwei Atteste geschrieben damals. Erst einmal hat sie mir eins geschrieben, das war keine, diese, diese Diagnose. Also, es gab eine Diagnose, aber nicht-. Sie hat auch nicht verstanden, was sie jetzt schreiben muss. Und dann das zweite mal hat sie- Weil, als ich dieses Attest vorgelegt habe<sup>174</sup>, dann haben die mir wieder einem Monat gegeben und dann haben die gesagt, ich soll noch ein Attest bringen.

- *Das war alles 2000?*

**Katarina-** Ja, da hatte sie mir noch mal ein neues Attest gemacht und dann hab ich wieder ein Jahr Duldung bekommen.

**„Sie hat auch nicht verstanden, was sie jetzt schreiben muss.“**

- *Könntest du mir noch ein bisschen darüber erzählen, du weißt ja, dass es jetzt, ich glaube seit 2002- 2003, ich weiß es auch gerade nicht mehr so genau, anders läuft, dass die Leute zu diesen Ärzten auf der Liste gehen...*

**Katarina-** ... Ja, das musste ich nicht.

- *Und jetzt schreiben die Ärzte oder Therapeuten so eine Begutachtung, so wie das der Polizeiärztliche Dienst vorher gemacht hatte und mit den Leuten sprechen und dann schreiben sie, jemand ist Traumatisiert oder nicht. Und dann gibt es die Möglichkeit, so wie du das jetzt gemacht hast, dass man von Ärzten oder Psychologen, wo man sowieso in Behandlung ist, eine Traumatisierung attestiert kriegt und dann, wie es früher*

---

<sup>174</sup>Bei der Ausländerbehörde.

*immer war, dass da noch einmal jemand von der Ausländerbehörde beauftragt, das noch einmal überprüft hat.*

**Katarina-** Ne, da bin ich nicht hingegangen. Da haben die mich nicht hingeschickt, weil das steht in, in diesem Brief die wollen überprüfen, wo es vielleicht...

*- ...Widersprüche?*

**Katarina-** Es gibt viele, die waren bei mehreren Ärzten, die wollen überprüfen, wo man in Behandlung war. Aber ich musste es nicht. Ich hab wie gesagt wieder ein Jahr Duldung gekriegt und sie haben gesagt, ich soll warten, ich bekomme bescheid. Aber nie habe ich etwas gekriegt. Wieder musste ich zur Verlängerung, wieder ein Jahr und als ich dann das zweite mal ein Jahr gekriegt habe, da bin ich zu einem Anwalt gegangen, und habe es ihm erzählt. Ich habe gesagt, ich habe einen Antrag gemacht und meine Atteste, alles, wie lange ich in Behandlung bin und so alles, gemischte Ehe und dann hat der meine Atteste alle angeguckt und er sagte, er denkt, ich muss Befugnis bekommen. Also ich hab Rechte, alles ist bei mir also. Und dann hat der einem Brief geschrieben zu der Ausländerbehörde und nach nur 14 Tagen habe ich einen Brief gekriegt, ich soll kommen, ich bekomme Befugnis.

*- Ohne, dass du noch eine Untersuchung hattest?*

**Katarina-** Ja. Das heißt, der Rechtsanwalt hat es vielleicht ein bisschen beschleunigt, oder keine Ahnung, ohne ihn wäre es vielleicht auch eine Möglichkeit, aber ich weiß nicht. Auf jeden Fall. Ich dachte, na ja, ist wieder Duldung und danach hab ich, jetzt wieder, als ich zur Verlängerung der Befugnis gegangen bin, habe ich wieder Atteste von meiner Ärztin gekriegt, obwohl ich gehört habe, muss man nicht.

*- Haben die das auch angenommen, das Attest?*

**Katarina-** Ja.

*- Ich hatte gerade mit jemandem anderen gesprochen und sie erzählte, dass sie das Attest mitgebracht hat und die haben zu ihr gesagt, das brauchen wir nicht.*

**Katarina-** Ja, doch, bei mir haben die das genommen, sie hat selber von sich gesagt, also unbefristet können Sie nicht bekommen, solange Sie Sozialhilfe kriegen. Ich hab dann gesagt, mein Mann, ich hab es ja vorgelegt, er arbeitet, hat sie auch alles kopiert, sie sagte, ja, aber egal, ob man einem Euro vom Staat bekommt, dann hat sie auch gesagt, wenn man keine Sozialhilfe bekommt und wenn man feste Arbeit hat, dann kann ich es beantragen.

Aber sie sagte auch, aber das heißt nicht, dass ich es bewilligt kriege. Sie sagt, es gibt viele, die diese Punkte erfüllen, ich kann das nicht alleine entscheiden. Jetzt höre ich, das hat sich auch geändert, es gibt nicht mehr Befugnis, sondern Erlaubnis?

*- Ach so, das weiß ich auch nicht wie das alles wird mit dem neuen Zuwanderungsgesetz.*

**„Als ich zur Verlängerung der Befugnis gegangen bin, habe ich wieder Atteste von meiner Ärztin gekriegt, obwohl ich gehört habe, muss man nicht.“**

**Katarina-** Also, ich weiß nicht, Ich kenne niemanden, der drittes Mal Verlängerung hatte.

*- Weil die alle so spät erst Befugnis bekommen haben.*

**Katarina-** Ja, ja, deswegen. Ich weiß nicht wie, also, ich hab gehört, dass ein Mann drei Jahre gekriegt hat unbefr- äh. Äh, Erlaubnis. Was das für ein Visum ist, keine Ahnung.

*- Was mich interessiert, ist eigentlich also jetzt bei den Leuten, die das jetzt machen, bei den Psychologen, weil ich da mit drin sitze, wenn die Psychologin diese Stellungnahmen macht. Bei dir hat da niemand so eine Stellungnahme geschrieben, sondern, wie du erzählt hast, hat da deine behandelnde Ärztin. Als die mit dir wegen der Stellungnahme gesprochen hat, was dir passiert ist und so weiter, wie die Situation für dich war. Weißt du das noch?*

**Katarina-** Ich hab das nicht verstanden.

*- Als dir deine Psychiaterin etwas geschrieben hat, dieses Attest.*

**Katarina-** Attest ja.

*- Da hat sie dich ja gefragt, was du erlebt hast und so weiter.*

**Katarina-** Ja.

*- Und was du für Beschwerden hast und so weiter.*

**Katarina-** Ja.

*- Und was du denkst, was dir passiert, wenn du zurück nach Bosnien musst.*

**Katarina-** Ja.

*- Und wie die Situation für dich war, als sie dich das alles gefragt hatte.*

**Katarina-** Also, ich hatte immer wieder geweint. Manchmal konnte sie nicht mit mir sprechen. Weil, immer, wenn ich so, nicht so direkt von Krieg nur rede, sondern was wir erlebt haben. Das kam immer hoch so. Sowie so die Familie von meinem Mann. Wir haben selber gelitten. Ich hab selber auch, wie gesagt. Abends haben wir nie in unserem Haus

geschlafen. Nur am Tag sind wir ein bisschen gekommen, um etwas Kleidung oder etwas anderes mitzunehmen und dann haben wir immer bei einer Familie geschlafen, die waren auch Katholisch und überall verbrannte Häuser. Da hab ich mir auch als ich noch Unten<sup>175</sup> gewesen bin, immer gedacht, mein Gott, wie kann ich hier leben. Weil, wenn es nicht weiter Krieg gegeben hätte, wenn es in dem Moment gestoppt hätte und wenn alles ruhig wäre, alles. Ich hab mich auch in dem Moment gefragt, wie kann ich in meinem Haus schlafen, und meine Schwiegermutter und alle haben nichts. Weil, die haben mich in dem Moment auch gehasst. Meine Schwiegermutter hat auch zu mir gesagt, deine Ustaša<sup>176</sup> haben mein Haus verbrannt. Das war auch nicht nur Krieg, es war auch Verletzung von Familie, weil es eine gemischte Ehe ist. Vielleicht hat sie mich nicht gehasst, aber in dem Moment, in dem Moment hat sie alle gehasst, weil sie hat alles verloren und in dem Moment hat noch mein Schwiegervater gelebt, aber danach war es immer schlimmer und schlimmer. Und dann waren wir vertrieben. In dem Moment, wir waren noch zuhause, leider, die haben gesagt, wir dürfen noch bleiben und so. Aber danach immer mehr und mehr, immer vertrieben und zum Schluss durfte keiner bleiben von den Moslems. Und das ist immer so diese Erniedrigung, immer dieses Gefühl, du hast kein Recht, weil du nur mit einem Moslem verheiratet bist. In einer anderen Stadt ist es umgekehrt. Weil in Bosnien war Krieg in jeder Stadt, jede Stadt hat eine Geschichte für sich. Wenn es in B zwischen Moslems und Katholiken war, war es in einer andere Stadt zwischen Serben und Moslems und zwischen Serben und Katholischen. Und zum Beispiel in welchen Teilen nach dem Krieg in ganz Bosnien- in manchen Teilen waren mehr Katholen oder Moslems, da haben die auch Serben vertrieben. Ich meine, jede Stadt und jedes Dorf hat eine Geschichte für sich. Man kann nicht alle vergleichen. Wenn ich zum Beispiel aus A, mit meiner Mutter spreche über den Krieg, hat sie gar keine schlechten Erfahrungen mit Moslems gemacht und da hassen die Katholischen keins Moslems, weil die sich so gut verstanden haben im Krieg. Sie

haben sich gegenseitig geholfen, weil die beide betroffen waren von den Serben und in B hassen sich Moslems und Katholische immer noch. Deswegen kann man nicht sagen, es ist nur eine Seite, weil, ich meine, wie ich weiß, ich weiß, dass Milosevic und Tuđman, Milošević an der ersten Stelle, so denke ich immer noch heute, hat den Krieg angefangen. Aber dann Tuđman auch, Kroatien wollte auch einen Teil von Bosnien. Und dann zum Ende haben die Moslems auch Waffen gekriegt, von, von, keine Ahnung und die, weil die hatten auch keine andere Wahl. So denke ich.. Aber jetzt sind die<sup>177</sup> schlimmer als alle anderen. Ich meine, alle sind jetzt für mich schlimm. Es ist jetzt ruhiger geworden. Keiner verträgt sich, aber trotzdem denke ich, dass das nicht so einfach- dass viele vergessen haben, was war, das glaub ich auch nicht. Viele tun jetzt so, aber ich hab von meiner Familie nie diesen Hass gekriegt, dass ich eine andere Religion hasse, hab ich auch nie gehabt. Ich hasse keine Leute. Weil meine Familie, meine Schwester ist mit einem Serben verheiratet.

- Heute auch noch?

**„Weil in Bosnien war Krieg in jeder Stadt, jede Stadt hat eine Geschichte für sich.“**

**Katarina-** Auch noch. Sie lebt mit ihm noch, zwei Kinder haben die. Meine Schwägerin ist auch- mein Bruder ist mit einer Serbin verheiratet. Sie musste auch A verlassen, wegen Serben und sie hat nur eine einzige Mutter und die Mutter ist alleine geblieben, die ist alt und kann kaum laufen, sie ist jetzt so alt. Die Mutter hat niemanden, nur diese eine Tochter und sie musste sie auch verlassen und weggehen. Mir kann keiner sagen, dass nur eine Religion leidet. Und wie ich mich fühle, ich weiß nicht, vielleicht wenn ich hier eine andere Zukunft hätte, von Anfang an, dass ich zum Beispiel ein Visum gekriegt hätte und Arbeit gefunden hätte und dann könnt ich sagen, ja, ich lebe jetzt hier, ich versuche das zu vergessen, den Krieg. Vergessen kann man einfach nicht, aber danach war hier Kampf. (Pause)

**„Und wie ich mich fühle, ich weiß nicht, vielleicht wenn ich hier eine andere Zukunft hätte, von Anfang an, dass ich zum Beispiel ein Visum gekriegt hätte**

<sup>175</sup>In Bosnien und Hercegovina.

<sup>176</sup>Kroatische faschistische Vereinigung aus dem 2. Weltkrieg. Schimpfwort für ‚KroatInnen‘ oder katholische BosnierInnen.

<sup>177</sup> ‚Moslems‘

**und Arbeit gefunden hätte und dann könnt ich sagen, ja, ich lebe jetzt hier, ich versuche das zu vergessen, den Krieg. Vergessen kann man einfach nicht, aber danach war hier Kampf.“**

*- Jetzt läuft es noch, aber dann können wir jetzt auch Kaffee trinken. Fertig.*

**Katarina-Fertig.**

*- Kann ich dich noch einmal fragen mit dieser Stellungnahme. Du hattest gewusst, dass sie dieses Trauma für dich bestätigen soll?*

**Katarina-** Ja.

*- Du hattest Antrag auf Befugnis gestellt?*

**Katarina-** Ja.

*- War das dann so, dass sie dann extra für dich Gespräche gemacht hat, um das Attest zu schreiben?*

**Katarina-** Sie hat mit mir einen Termin gemacht. Ja, weil, ich bin lange in Behandlung bei ihr gewesen.

*- Bei diesem Termin, worum ging es da, was hat sie dich gefragt? Weißt du das noch?*

**Katarina-** Sie hat nur noch mal, also ich hab diese, diese Vorgelegt<sup>178</sup>.

*- Das kannte sie auch gar nicht selber?*

**Katarina-** Ne, ne, weil, sie hatte auch keinen Kontakte mit Hilfsorganisationen. Sie hatte nur ein paar mal in der Zeitung gelesen. Sie hat mir auch ein paar mal so diese Zeitungsartikel ausgeschnitten und mit der Post zu mir nach hause geschickt. Also ich hatte hier irgendwo auch... (*sucht in ihrem Ordner*) Hier ist mein Antrag für Befugnis. 2000 ist das. Und 2001 im Dezember hab ich Befugnis gekriegt.

*- (guckt auch auf den Antrag) Ende Mai 2000 und dann ein Jahr später hast du's bekommen.*

**Katarina-** Ja, (*Pause*), mehr als ein Jahr, ein einhalb Jahre. Weil Mai und ich hab es im Dezember gekriegt. Da hab ich meiner Ärztin dieses Informationspapier gegeben. Na ja für Ärzte und Psychotherapeuten aus Einrichtung A, die wussten schon alles, wie man das schreiben muss, aber meine Ärztin, sie wusste das gar nicht. Deswegen das erste Attest hat sie falsch geschrieben.

*- In dem Sinne falsch, weil die nicht geschrieben hatte, Trauma, PTSD.*

**Katarina-** Ja. Sie hat alles richtig geschrieben, aber sie hatte nicht diese, diese Worte. (*längere Pause*)

*- Gut.*

**Katarina-** Lläuft es<sup>179</sup> noch?

---

<sup>178</sup>Informationsschreiben der Ausländerbeauftragten Berlins zu den Anforderungen an psychologische Stellungnahmen (vgl. Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen 2001).

<sup>179</sup>Das Aufnahmegerät.



### 9.3. Kommunikative Validierung mit Katarina

Katarina erklärte sich sofort zu einem zweiten Gespräch bereit, als ich es ihr vorschlage. Die kommunikative Validierung findet im Rahmen eines informellen Treffens der Gesprächspartnerinnen statt. Bevor wir mit dem Gespräch beginnen, essen wir gemeinsam und tauschen uns über Neuigkeiten aus. Am Morgen ist Katarina im Rahmen einer europäischen Studie drei Stunden lang zu ihren Beschwerden und ihrer Behandlung mittels standardisierter Fragebögen befragt worden. Sie ist per Zufallsauswahl für diese Untersuchung ausgewählt worden, es kam ihr dabei nicht in den Sinn, abzulehnen. Über diese Befragung erzählt Katarina im Vorfeld der kommunikativen Validierung und stellt immer wieder Vergleiche zu beiden Befragungssettings her. Mit mir zu reden, falle ihr leicht und sei ihr angenehm, da beide sich kennen, die Befragung mit einer ihr fremden Person sei belastend und ‚komisch‘. Die Fragebogenfragen seien zu viele gewesen und immer wieder ähnlich, irgendwann habe sie sich *„benommen gefühlt und ein Piepen in meinem Ohr“* bekommen. Aber Teil einer großangelegten Studie zu sein, gebe ihr auch ein Gefühl von Wichtigkeit.

Im Vorfeld des Interviews ist die Atmosphäre entspannt, dies ändert sich allerdings mit dem Beginn der kommunikativen Validierung. Ich bitte Katarina, das Transkript des Gespräches zu lesen und darauf zu achten, ob sie sich richtig wiedergegeben fühlt oder ob sie etwas ergänzen, erläutern oder diskutieren möchte. Katarina ist überrascht, wie viele Seiten das Transkript umfasst. Ihr sei nicht klar gewesen, dass alles, was sie gesagt habe, niedergeschrieben wurde. Katarina beginnt, das Transkript akribisch zu lesen. Beim Lesen guckt sie immer wieder auf, erzählt etwas, fragt etwas oder merkt etwas an, um sich wieder in das Transkript zu vertiefen. Katarina ist bemüht, alle Gesprächsinhalte in all ihren Details korrekt wiederzugeben und fügt immer wieder erläuternde Details an. Sie setzt sich unter Leistungsdruck, bspw. fragt sie, ob die Interviewpartnerin grammatikalische Fehler geglättet habe, da es ihr unangenehm sei, wenn ihr deutsch nicht korrekt sei. Sie spricht es mehrmals an, etwas wie: *„jetzt, wo ich es lese, merke ich, wie sich alles wiederholt und das ich alles durcheinandergesagt habe“*. Auch das Argument, dass das Gespräch anonymisiert sei und es nicht durcheinander sei, beschwichtigt Katarina wenig. Ich sage, dass es kein richtig oder falsch gebe und dass Katarina sich nicht unter Druck setzen müsse. Daraufhin lachen wir beide, aber Katarina entgegnet, sie könne eben nicht aus ihrer Haut. Nach 1 ½ Stunden unterbreche ich das Transkriptlesen, Katarina ist erst auf Seite drei, sie sagt *„ich könnte ein bisschen schneller lesen, aber wenn ich langsamer lese, dann kann ich nicht alles merken“*. Wir einigen uns, dass Katarina auf den nachfolgenden Seiten nur noch die Überschriften liest und nicht mehr das gesamte Transkript, dass sie aber das Transkript behalten kann und wenn sie das Bedürfnis hat, später ihre Ergänzungen und Kommentare mitteilen kann.

Es ist Katarina sehr wichtig, die vorbereiteten Fragen zur kommunikativen Validierung vor dem Gespräch zu lesen. Sie liest den Leitfaden und beginnt wieder während des Lesens zu antworten und ist dabei schwer zu bremsen. Es ist ihr sehr wichtig zu kontrollieren, wann das Aufnahmegerät eingeschaltet ist. Als das Gerät noch nicht läuft, redet Katarina offener und unüberlegter als später, wenn das Gerät eingeschaltet wird,

auch wenn ich den Eindruck habe, dass sich diese Nervosität gegenüber der Aufnahme nach einer kurzen Zeit legt.

Ich eröffne die kommunikative Validierung mit der Frage, wie es für Katarina gewesen ist, das Gespräch noch einmal zu lesen, auch wenn sie es noch nicht bis zum Ende durchgelesen habe. Katarina sagt, es war *„erleichternd, dass ich das so erzählt habe, ich meine mir hilft es doch, wenn ich erzähle“*. Ich merke an, dass es interessant sei, dass sie sage, es sei erleichternd. Katarina führt weiter aus: *„Mir hilft es, wenn alles aus mir heraus kommt“*. Aber es hänge auch von ihrer Stimmung ab, *„manchmal fühle ich mich nicht so wohl, dass ich es nicht erzählen kann. Manchmal kann ich weinen, wenn ich erzähle, aber nicht immer“*. Auf die Frage, ob Katarina mit der Art der Dokumentation des Gesprächs einverstanden sei, bejaht Katarina. Das Manuskript diskutieren wolle sie aber nicht. Im Vorfeld thematisiert Katarina, dass es ihr lieber gewesen wäre, wenn sie sich nicht wiederholt hätte und das Gespräch streng chronologisch verlaufen wäre.

Ich stelle Katarina die Frage, ob sie sich noch erinnere, was sie erwartet habe, als sie das letzte mal gesprochen hätten. Katarina verteidigt sich, sie habe das Konzept des Interviews *„falsch verstanden“*. Sie habe gedacht, dass nicht jedes Wort von ihr vermerkt werden würde. Zu diesem Missverständnis ist es gekommen, da ich ihr im ersten Gespräch mitteilte, dass ich die Aufnahme brauche um sich später erinnern zu können, was gesprochen wurde. Ich habe nicht detailliert erklärt, wie sie mit den verbalen Daten weiter umgehe. *„Deswegen hab ich mich mehr konzentriert auf meine Krankheit, wie es mir gegangen ist, '94 und '95, als ich schlimm krank war. Weil, es betrifft mich auch Krieg, aber diese Krankheit, die bei mir ausgebrochen ist, war etwas, was ich nicht kannte“* Diese Phase war für sie wichtig, da sie für sie die *„schlimmste Zeit“* in Deutschland gewesen sei. Katarina äußert, *„vielleicht hab ich viele genervt, aber ich habe oft über diese Zeit gesprochen, mehr als vielleicht über Krieg“*. In dieser Zeit habe sie auch Selbstmordgedanken gehabt und das habe ihr Angst gemacht. *„Ich hatte keine Zukunft vor meinen Augen, ich hatte keine Perspektive gesehen, gar nichts und das war für mich so wie Ende.“* Ich frage nach, womit diese Lebenssicht zusammenhing. Darauf antwortet Katarina, dass sie *„vertrieben sind, alles verloren haben und hier, keine Zukunft. Du lebst nur von heute auf morgen. Keine Rechte, kein Visum, keine Arbeit, gar nichts und das war für mich, wie dass der Krieg sich verlängert hat. Am Anfang dachte ich auch, vielleicht geht das vorbei. Und dann kam noch diese Krankheit“*. Das alles zusammen sei unerträglich für sie gewesen. Ich greife noch einmal auf, dass Katarina vorher gesagt habe, dass sie vielleicht Andere mit ihrem darüber Reden genervt habe und frage Katarina, welche Funktion das darüber Reden für sie gehabt haben könnte. Katarina antwortet darauf, das Zuhören ändere nichts an der Situation, *„aber irgendwie hilft es mir doch für mich“*. Auf die Frage, ob sie das genauer erklären könnte, sagt sie *„irgendwie ist es dann raus aus mir“*. Sie erzähle es auch, um herauszubekommen, ob sie die einzige mit diesen Problemen sei. *„Wenn ich höre, dass jemand anderes ähnliche Probleme hat, dann bin ich ein bisschen erleichtert. dann bin ich nicht alleine“*. Am Anfang hätten die Leute aus BiH nur über Krieg gesprochen, und jetzt wolle *„man nach vorne gucken“*, vielleicht rede man deshalb heute mehr über Krankheiten und Beschwerden.

Ich stelle zur Diskussion, dass Katarina in dem Gespräch viel und ausführlich ihre Arztbesuche und Krankheiten thematisiere. Ich frage Katarina, ob sie sich darüber Gedanken gemacht hätte, warum das für sie so wichtig sei. Katarina erzählt dazu, dass die erste Zeit in Deutschland für sie die belastenste Zeit gewesen sei, neben dem Krieg und der Flucht und dass sie deshalb den Drang habe, über diese Zeit zu reden. Sie denke aber, dass sie damit auch anderen auf die Nerven gehen könne. Katarina bejaht die Frage, ob das die Funktion einer Problembewältigung haben könnte, auch wenn sie Unsicherheit darüber äußert, ob es denn nun wirklich helfe.

Ich merke an, dass es mir aufgefallen sei, dass Katarina im Interview erzählt habe, dass sie die klinisch- fachlichen Stellungnahmen für die Ausländerbehörde immer von der Neurologin vorgelegt habe und ein Unbehagen gegenüber der Neurologin äußerte. Ich habe mich gefragt, warum Katarina nicht zu jemandem anderen gegangen sei, die/ der sich besser mit der Verknüpfung zwischen Aufenthalt und klinisch- fachlichen Expertisen auskenne und mit der Katarina besser reden könne. Katarina sagt, ihr Problem sei gewesen, dass sie „oft geweint“ habe und oft unkonzentriert gewesen sei, so dass sie annimmt, die Neurologin habe „manchmal überhaupt nicht verstanden, worum es geht“. Die Neurologin habe selbst geschrieben, dass Katarina oft unkonzentriert sei. In diesem Zusammenhang frage ich mehrmals, warum Katarina nicht in Betracht zog, die Ärztin zu wechseln. Katarina überlegt daraufhin und sagt „ehrlich gesagt, ich weiß es auch nicht“. Das Thema habe sich aber nun erledigt, da diese Neurologin vor kurzem in Rente gegangen sei und nun eine neue Neurologin die Praxis übernommen habe. Sie sei froh, da sie die neue Neurologin netter fände. Ich äußere meinen Eindruck, dass es Katarina schwer falle, wenn sie einmal etwas angefangen habe, es wieder abubrechen. Katarina bejaht, sie habe sich selbst auch häufig gefragt, warum sie nicht jemanden anderen zur Attestierung /Begutachtung gefragt habe, sie hätte auch jedes mal wieder Angst gehabt, ob die Neurologin sich wieder bereit erklären würde, nochmals eine Stellungnahme für die Ausländerbehörde zu verfassen, aber sie sei trotzdem bei dieser Neurologin geblieben.

Ich stelle fest, dass Katarina im ersten Gespräch erzählte, dass es ihr zunächst Angst gemacht habe, als sie immer wieder von ÄrztInnen gehört habe, dass ihre Beschwerden keine organische Ursache hätten, sondern seelisch seien. Ich frage, ob sich das nun verändert habe, ob es für Katarina nun auch eine positive Erklärung darstelle, dass ihre Beschwerden durch ihre Erlebnisse erklärbar seien. Katarina antwortet, Angst mache ihr die Erklärung, dass das seelisch sei, nicht mehr. Nur die Beschwerden manchmal. „Solange ich nicht verrückt bin, finde ich das OK“. Am Anfang habe sie gedacht, vielleicht werde sie verrückt. Die ÄrztInnen hätten am Anfang nur seelische Ursachen „vermutet, aber so richtig konnte mir auch keiner sagen, dass das posttraumatisch oder Traumatisierung vom Krieg ist“. Häufig habe sie nur das Wort „seelisch“ gehört. Daraufhin frage ich, ob das für sie heute eine hilfreiche Erklärung sei, dass sie wisse, wenn man bestimmte schlimme Sachen erlebt habe, reagiere man mit bestimmten Symptomen. Durch die Psychotherapie sei ihr schon vieles klarer geworden, „der Körper reagiert auf Nerven, diese Beschwerden“. Aber „so 100% kann mir keiner sagen, dass die Beschwerden wirklich daher kommen“. Ich frage noch einmal, ob es Katarina helfe, zu denken, dass ihre Beschwerden von ihren Erlebnissen kämen. Dazu

sagt sie, wenn die Beschwerden stark seien, wünsche sie sich eine organische Ursache, „weil, dann weiß man, was man behandelt“. Aber wenn sie schwächer seien, dann „stört es mich nicht“. Ich formuliere die Frage, ob es immer noch so sei, dass es Katarina lieber sei, wenn eine organische Ursache gefunden werde. Katarina bejaht dies.

Darauf drücke ich aus, mir sei das nicht so klar gewesen, ich habe den Eindruck gehabt, dass es auch erleichternd und wichtig für Katarina sei, als anerkannt Traumatisierte eine Erklärung für ihre Beschwerden zu haben. Katarina verneint, „es ist nicht Erleichterung, weil ich oft, wenn ich starke Beschwerden habe, zum Arzt gehe und die immer sagen, es ist alles OK“. Niemand könne ihr helfen, ihre Beschwerden loszuwerden. Katarina wünscht sich nach wie vor eine organische Ursache für ihre Leiden. Immer noch begeben sie sich immer wieder zu unterschiedlichen ÄrztInnen wegen ihren Beschwerden. Sie habe auch das Gefühl, dass ihr viele ÄrztInnen „nicht glauben“. Die behandelnde Neurologin nehme sie ernst. Ihr früherer Hausarzt habe sie auch ernst genommen, aber der sei nach Brandenburg gezogen und mir seiner Nachfolgerin fühle sie sich nicht wohl. Das letzte Mal habe diese Ärztin zu ihr gesagt, dass es kein Wunder sei, dass man begänne, sich einzubilden unterschiedliche Beschwerden zu haben, wenn man immer zuhause säße. Katarina fühlte sich der Simulation ihrer Beschwerden verdächtig. („Da hatte ich schon das Gefühl, ob sie mir glaubt, oder vielleicht denkt sie, ich habe mir die Beschwerden nur eingebildet“) Als Strategie für diese Situation geht Katarina nun gar nicht mehr zur Hausärztin. Auch hier kommt sie nicht auf die Idee, die Ärztin zu wechseln. Auf den Vorschlag, jemand anderen aufzusuchen, entgegnet Katarina, sie kenne aber keinen anderen Arzt.

Auf die Frage, ob sich etwas an ihrer Lebenssituation geändert habe, seitdem sie eine Aufenthaltsbefugnis habe, antwortet Katarina, dass sich nur geändert habe, dass ihr Mann arbeite. Durch den Job des Ehemannes sei es „zuhause ein bisschen ruhiger“. Es sei vorher schwer zu ertragen gewesen, als sie beide immer zuhause gewesen seien und nichts zu tun gehabt hätten. Beide seien unzufrieden und gereizt gewesen. Ich sage, mein Gedanke sei dazu gewesen, dass es auch eine Verbesserung darstelle, dass sie nun nicht mehr immer nachweisen müssten, dass Katarina sich in Behandlung befinde und auch nicht immer wieder Atteste vorbringen müsse. Katarina sagt dazu „ja, zwei Jahre, das ist ja schon besser“. Ich sage weiter, dass ich nicht so überrascht gewesen sei, dass Katarina ein Attest zur Verlängerung mitgebracht habe. Aber mich habe überrascht, dass die Mitarbeiterin der Ausländerbehörde das angenommen habe. Nach der Regelung soll eine Befugnis auch verlängert werden, wenn man nicht mehr in Behandlung ist. Diese Frage verunsichert Katarina, weil sie befürchtet, dass ich es deshalb problematisiere, weil etwas nicht richtig gelaufen ist. Katarina befürchtet Nachteile. („Meinst du, das ist negativ für mich, dass sie das Attest genommen hat?“) Ich spezifiziere, dass ich nicht meine, dass Katarina Nachteile durch die Annahme der Atteste befürchten müsse, aber dass sich dadurch an der Situation wenig ändere, da Katarina weiterhin nachweisen müsse, dass sie krank sei und sich so immer noch nicht frei entscheiden könne, ob ihr die Behandlung bei einer NeurologIn oder Psychotherapeutin helfe. Katarina versucht sich daraufhin genau zu erinnern, ob die Sachbearbeiterin die Atteste und die Stellungnahme einbehält oder nicht und kommt zu

dem Ergebnis, dass die Mitarbeiterin alle Papiere einbehalten hat. Der Problematisierung, dass sie so immer noch krank bleiben muss und immer wieder eine laufende Behandlung bestätigt, steht Katarina beinahe indifferent gegenüber. Ich frage Katarina, ob sie zur nächsten Verlängerung wieder eine Stellungnahme abgeben werde oder nicht. Katarina bejaht, sie fürchte negative Konsequenzen, wenn sie es nicht täte.

Daran anschließend fragt Katarina mich nach dem Zuwanderungsgesetz und den neuen Direktiven der Aufenthaltsstatuse, die sie verwirren. Auch verwirre sie, dass manche eine Aufenthaltsbefugnis nach § 30 AuslG, manche nach § 32 AuslG und manche nach gar keinem Paragraph eine Befugnis bewilligt bekommen hätten<sup>180</sup>. Katarina vermutet, dass das Eine besser oder schlechter sei, als das Andere. Daraufhin begründe ich ihr, warum das keinen Unterschied mache.

Abschließend zum Gespräch äußere ich, dass ich Katarina als selbstbewusst und aktiv wahrnehme, dass sie sich z.B. immer rechtzeitig erkundige, welche Erfahrungen Andere gemacht haben, z.B. mit einer dritten Verlängerung der Aufenthaltsbefugnis. Katarina sagt, sie sei aktiv, weil *„ich muss das machen“*, wenn sie es nicht mache, mache es niemand. In der Hinsicht, sei ihr Mann nicht aktiv. Das heiße aber nicht, dass es ihr leicht falle, sie müsse sich immer wieder selbst überwinden, *„aber ich gehe einfach und frage“*. Katarina sagt weiter, dass sie mit dem Gedanken spiele, eine AnwältIn aufzusuchen, um sich zu erkundigen, ob und unter welchen Bestimmungen sie einen unbefristeten Aufenthalt beantragen könnten. Ihr Mann arbeite schon drei Jahre, aber sie bekämen noch ein wenig Geld vom Jobcenter. Ich bekräftige Katarina in ihrem Vorhaben. Sie wünsche sich, dass sie in Deutschland bleiben könnten, *„weil unten haben wir wirklich keine Zukunft“*. Aber in ihren Gedanken träume sie oft von Bosnien, aber dann *„sage ich wach auf! Es ist nicht mehr wie früher und es wird nicht mehr wie früher“*. Wenn sie das Leben ihrer Mutter betrachte, die immer eine *„starke Frau“* gewesen sei, täte es ihr weh. Diese lebe als Flüchtling in Kroatien, gemeinsam mit einem Bruder von Katarina, der Schwägerin und zwei Kindern von 150 Mark (75 ) Rente *„und die Preise sind wie hier“*. *„Diesen Winter, es war schlimmer als Krieg, sie hatten oft kein Geld für Brot“*.

---

<sup>180</sup>Siehe dazu Kapitel Zwei.

## **Kapitel 10**

### **Resümee**

---

In diesem Kapitel wird die Arbeit in ihren wesentlichen Ergebnissen zusammengestellt und diskutiert. Dabei wird wie folgt vorgegangen: Es wird den in der Einleitung formulierten Forschungsfragen nachgegangen. Der erste und zweite Teil werden getrennt beantwortet. Dabei gehe ich chronologisch vor. Erst werden die in der Einleitung explizierten Forschungsfragen des ersten Teils einzeln beantwortet. Nachfolgend wird die empirische Studie in Hinblick auf die in der Einleitung formulierten Forschungsfragen zusammenfassend dargestellt. Zum Abschluss dieses Kapitels wird ein Ausblick formuliert.

#### **10.1. Mögliche Schlussfolgerungen für berufspraktisches Handeln**

Teil Eins wurde zur Darstellung und kritischen Analyse der psychologisch- fachlichen, der politisch- gesellschaftlichen, juristischen und institutionellen Kontexte der Begutachtung potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge aus BiH aus Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen entwickelt. Eine detaillierte Diskussion der Kapitel des ersten Teils erfolgte bereits zum Ende der jeweiligen Kapitel. Den in der Einleitung formulierten Forschungsfragen folgend, werden die Schlussfolgerungen für berufspraktisches Handeln zusammengefasst:

- **Wie stellt sich das Spannungsfeld der Begutachtungspraxis (potentiell) ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge aus Aufgabenstellung und Perspektive der PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen dar? Wie ist dieses fachlich und juristisch- institutionell- gesellschaftlich vermittelt?**

Durch Teil Eins wird nachvollzogen, in welcher Form das Problemfeld der Begutachtung von potentiell ‚traumatisierten‘ Flüchtlingen von gesetzlichen Bestimmungen (vor)geformt ist. Mit Umsetzung aufenthaltsrechtlicher Sonderregelungen für ‚traumatisierte‘ bosnische Flüchtlinge entwickelten sich zunehmend Anforderungen an die Begutachtung und sie bekam einen zunehmend ausgefeilten fachlichen, institutionellen und rechtlichen Rahmen. Dass klinisch- fachliche Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren eingebracht werden und Berücksichtigung finden, ist im Kontext einer politisch- rechtlichen Situation zu verstehen, in der eine Anerkennung politischer Verfolgung immer seltener geworden ist. Angesichts restriktiver Entscheidungen und Anhörungen seitens der Ausländerbehörde des BAFL/ BAMF oder der Verwaltungsgerichte, verfassten zunächst einzelne PraktikerInnen Atteste über die psychische Verfassung ihrer KlientInnen oder sie dokumentierten die berichteten Erfahrungen von Folter, Lagerhaft, sexualisierter oder anderer Gewalt, um ihre KlientInnen im Vorbringen ihrer politischen Verfolgung im aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu unterstützen. PraktikerInnen kommen in ihren Bemühungen um eine gute Praxis nicht nur den Interessen der Klientel der Flüchtlinge nach. Sie handeln auch aus dem Selbstverständnis psychosozialer ExpertInnen, welche über die fachliche Kompetenz verfügen, eine PTSD zu erkennen und zu behandeln. Diese Beteiligung der PraktikerInnen wird von

gesetzgebenden und entscheidungstragenden Instanzen aufgegriffen, welche in aufenthaltsrechtlichen Fragen bestimmend sind, dabei wachsen die Anforderungen an die Professionalisierung und Standardisierung dieser Stellungnahmen.

Die Berücksichtigung klinisch- fachlicher Expertisen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bietet auch eine Grundlage für die Handlungserweiterung von PsychologInnen bzw. MedizinerInnen. Haben sie vorher in der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen wenig an der unsicheren Lebenssituation ihrer Klientel ändern können und konnten sie lediglich ‚psychologisierend‘ mit den Auswirkungen der aktuellen belastenden und ausgegrenzten Lebenssituation als BehandlerInnen umgehen, eröffnet sich nun die Möglichkeit eines Eingreifens in die belastenden Lebensbedingungen von Flüchtlingen, da auf diese Weise aus einem geduldeten Aufenthaltsstatus ein Bleiberecht erwirkt werden kann bzw. eine Abschiebung abgewendet werden kann.

Die Diagnose PTSD kann als Korrektiv zu dekontextualisierten Vorstellungen und Klassifizierungen von psychiatrischen Erkrankungen und als Anerkennung von psychischen Leiden als Folge von extremer Gewalt verstanden werden. Die Einführung der PTSD in die klinischen Klassifikationssysteme DSM und ICD eröffnet eine rechtliche und gesellschaftliche Anerkennung, der eine Übernahme von Behandlungskosten, Versicherungsleistungen und Renten, sowie andere Entschädigungen folgen oder eine rechtliche Anerkennung als Flüchtling bzw. der Schutz vor Abschiebung. Die PTSD stellt ein Erklärungsmodell für die Leiden- und eine Grundlage für die therapeutische Behandlung von Flüchtlingen dar, die sich aufgrund von psychischen Beschwerden an PraktikerInnen wenden. Häufig berichten Flüchtlinge PraktikerInnen von unterschiedlichen Formen des *Wiedererlebens* bestimmter Erlebnisse im Herkunftsland, von *Vermeidungsverhalten*, einer Abflachung der allgemeinen Reagibilität sowie einem anhaltenden erhöhten *Erregungsniveau*. Auch wenn unterschiedliche Einschätzungen zur Prävalenzrate der PTSD bei Flüchtlingen existieren, so sind sich doch fast alle ExpertInnen einig, dass sie bei Erfahrungen von Folter, Gefängnis, Haft, Lageraufenthalt, politischer und geschlechtsspezifischer Verfolgung, Verlust oder Trennung von Familienmitgliedern und FreundInnen, Krieg und Flucht etc. signifikant höher ist, als in der ‚Normalbevölkerung‘. Wenn die klinischen Klassifikationssysteme angewendet werden, ist die häufige Diagnostizierung der PTSD von Flüchtlingen die sich in einer Behandlung befinden daher nicht verwunderlich.

Aber die PraktikerInnen üben starke Kritik an der Unzulänglichkeit der Konzeptionalisierung einer Traumatisierung nach den klinischen Klassifikationssystemen. Die von Flüchtlingen ebenso häufig berichteten Schuldgefühle, Trauer, Perspektivlosigkeit und die Belastung durch aktuell drängende Probleme in Deutschland sind nur schwer innerhalb einer PTSD konzeptionalisierbar. PraktikerInnen müssen sich dann in der Behandlung und fachlichen Diskussionen anderen psychologischen Traumakzepten zuwenden, welche ermöglichen, die Problemlagen ihrer Klientel konzeptionell besser fassen zu können. Sobald sie sich als ExpertInnen nach außen etwas bewirken möchten, wie es im aufenthaltsrechtlichen Verfahren der Fall ist, haben sie allerdings in Rechnung zu stellen, dass die klinischen

Klassifikationssysteme im Gegensatz zu anderen Konzepten und Überlegungen breite Anerkennung finden.

• **Vor welchen Widersprüchen stehen die PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen?**

Das sich Einlassen auf die Begutachtung von Flüchtlingen stellt PraktikerInnen vor mehrere Widersprüche, die insbesondere dadurch entstehen, dass nicht alle erkrankten Flüchtlinge eine PTSD entwickeln, Arbeitskapazitäten begrenzt sind und dass die Sonderregelung für ‚traumatisierte‘ bosnische Flüchtlinge, der IMK- Beschluss vom November 2000 ohnehin nur auf eine ganz bestimmte Gruppe von Menschen Anwendung findet.

Neben den oben bereits angesprochenen Widersprüchen, stellt die Privilegierung einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung, der PTSD, die für eine bestimmte Gruppe zu einem Bleiberecht führt, PraktikerInnen vor einen Widerspruch, wenn sie Menschen begutachten müssen, die politisch verfolgt wurden und extreme Gewalt erfahren haben. Denn es ist fachlich unumstritten, dass PTSD nicht die einzige psychiatrische Erkrankung ist, die auf Erfahrungen von extremer Gewalt folgen kann. Dem wird hier rechtlich allerdings nicht Rechnung getragen.

Bezüglich der Kapazitäten psychosozialer Behandlungszentren oder anderer PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen lässt sich neben der ohnehin meist schwierigen Finanzierungssituationen feststellen, dass die Begutachtung zunehmend mehr Raum einnimmt und die ursprünglichen Aufgaben der Behandlung und psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen zu verdrängen beginnt. Die Überbelastung der PraktikerInnen bedeutet, dass nicht alle, die es wollen, behandelt und begutachtet werden können. Auch dies produziert strukturell Ungerechtigkeiten.

Eine Sonderregelung impliziert eine Sonderbehandlung von unterschiedlichen Gruppen, mittels derer selektiert wird. Sichtbar wird dies in den rechtlichen Bestimmungen für bosnische Flüchtlinge bei fachlich willkürlichen Stichtagsregelungen der Einreise und des Behandlungsbeginns, wie dem politischen Unwillen, Regelungen für andere Gruppen ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge zu treffen. Besonders evident ist es für Flüchtlinge die unabhängig von ihren Erlebnissen und Erkrankungen von dem Beschluss ausgenommen sind, bspw. Menschen aus dem südserbischen Sandžak, bzw. Menschen mit einer doppelten bosnisch- hercegovinischen und serbisch-montenegrinischen Staatsbürgerschaft. Für Flüchtlinge anderer Herkünfte besteht keine rechtliche Grundlage, aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung ein Bleiberecht zu erwirken<sup>181</sup>.

Diese Widersprüche führen zu dem scheinbaren Praxiszwang der Unterstützung einiger Weniger in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, wohingegen Ungerechtigkeiten gegenüber anderen Flüchtlingen in Kauf genommen werden müssen.

---

<sup>181</sup>Allerdings sind rechtliche Regelungen bezüglich ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge aus Kosova getroffen worden. Flüchtlinge aus Kosova können als ‚Traumatisierte‘ eine Aufenthaltsbefugnis erlangen. Jedoch nicht so weitreichend. Darauf ist in dieser Arbeit nicht eingegangen worden (vgl. Beschlussniederschrift IMK vom 24./24.11.2000).



Auch führt die Begutachtungspraxis selbst zu widersprüchlichem berufspraktischem Handeln. Die Berücksichtigung von Begutachtungen bezieht sich auf die Diagnose einer PTSD *und* die rechtlich relevante Frage, ob die angegebene Ursache im Zusammenhang mit Krieg, Verfolgung und Flucht geschehen ist, da nur dann ein Aufenthalt gewährt werden kann. Fachlich ist nicht zu beantworten, ob genau das in der gutachterlichen Exploration angegebene Ereignis eine objektive Ursache für die psychischen Leiden der jeweiligen Begutachteten darstellt und ob die angegebenen Erlebnisse der Begutachteten einer *historischen Wahrheit* entsprechen. Entscheidungstragende drängen zunehmend auf die Beantwortung dieser Frage im Zusammenhang der Forderung nach Überprüfung der Glaubhaftigkeit der Aussagen von Flüchtlingen. Aber eine objektive historische Wahrheit ist an sich schwierig zu bestimmen und zu überprüfen. Mit dem IMK- Beschluss ist eine Situation entstanden, in der ein äußerer Nachweis von bspw. Lagerhaft und Folter ohne eine diagnostizierte und behandelte PTSD nicht zu einem Bleiberecht führt. Hier muss beides möglichst gesichert vorliegen.

Die Praxis der Begutachtung bedeutet eine Teilnahme am System der staatlichen Reglementierung von Zuwanderung. Auch hat sie den Nebeneffekt, Entscheidungen der Behörden der Diskutierbarkeit zu entheben und sie weniger ungerecht erscheinen zu lassen, da mittels des Einbezugs klinisch- fachlicher Expertisen gesellschaftlich vermittelt wird, dass ‚wirklich‘ Kranke bzw. ‚wirklich‘ politisch Verfolgte ein Bleiberecht erhalten können und andere Flüchtlinge berechtigterweise ausgewiesen werden. Wie in dieser Arbeit herausgearbeitet, ist dies mitnichten der Fall.

Allerdings dürfen die positiven Auswirkungen einer Begutachtung nicht außer Acht gelassen werden. Wenn diese erfolgreich ist und ein Bleiberecht ermöglicht bzw. eine Abschiebung abwenden kann, passt das berufspraktische Handeln in die Zielsetzung der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen, deren aktuelle Lebenssituation zu stabilisieren bzw. Leiden zu lindern. So können PraktikerInnen ihren Einflussmöglichkeit entsprechend dazu beitragen, gesicherte Lebensumstände für die Klientel herbeizuführen und eine Behandlung im engen therapeutischen Sinne erst möglich machen.

• **Lässt sich ausmachen, auf welche Weise und in welchem Ausmaß institutionelle Widersprüche sich auf theoretische Diskussionen und berufspraktisches Handeln auswirken?**

Die politisch zu lösende Frage in welcher Form Zuwanderung geregelt werden soll, wird durch Sonderregelungen für ‚Traumatisierte‘ auf die klinisch- fachliche Frage verlagert, ob eine bestimmte psychiatrische Erkrankung vorliegt und eine Person deshalb von einer Rückführung auszunehmen ist bzw. ihr ein Bleiberecht gewährt wird. Die zunehmende Standardisierung und Professionalisierung der Begutachtung ist durch die erörterten institutionellen Widersprüche entstanden. Allerdings hat sie nicht den Effekt gehabt, den die PraktikerInnen sich erhofften. Die Begutachtung stellt nur eine Entscheidungshilfe für Entscheidungstragende dar, die meist dennoch restriktiv bezüglich der Gewährung eines Aufenthalts entscheiden. Trotz der Immunisierung einer kleinen Gruppe von PraktikerInnen durch die von der Psychotherapeutenkammer Berlin

und Ärztekammer Berlin erstellte und gepflegte BegutachterInnenlisten, wird die Sachlichkeit und Unparteilichkeit der BegutachterInnen in Frage gestellt, die Qualität des Gutachtens bzw. der Stellungnahme angezweifelt, und es werden Forderungen nach höheren Standards zur Begutachtung gestellt sowie Zweifel bezüglich der Glaubhaftigkeit der Aussagen der Flüchtlinge geäußert. Nach wie vor wird die Forderung nach Prüfung der Glaubhaftigkeit von PraktikerInnen mit den fachlichen Argumenten zurückgewiesen, dass die Glaubhaftigkeitsbegutachtung weder an psychisch erkrankten bzw. ‚traumatisierten‘ Menschen, noch im interkulturellen Feld validiert ist. Doch der Druck durch Ablehnungen von Begutachtungen, welche auf die Frage der Glaubhaftigkeit nicht eingehen, wächst. Das Einlassen auf die Glaubhaftigkeitsbegutachtung einzelner PraktikerInnen würde Auswirkungen auf die Gruppe der PraktikerInnen haben, da andere BegutachterInnen in den Rechtfertigungsdruck gerieten, zu begründen warum sie diese nicht vornehmen. Folge wäre ein noch stärkerer Druck auf eine ‚Professionalisierung‘ der Begutachtungen, die noch mehr Kapazitäten der PraktikerInnen in Anspruch nähme und noch mehr Flüchtlinge ausschliesse.

• **Inwieweit verselbstständigt sich eine einmal formulierte Zielsetzung; inwieweit fangen PraktikerInnen an, ihre eigenen *taktischen* Formulierungen für bare Münze zu nehmen?**<sup>182</sup>

Die heutige Situation hat mit den Intentionen der PraktikerInnen nur noch wenig gemein. Die einmal formulierte Zielsetzung, Flüchtlingen durch das Einbringen psychologischer bzw. medizinischer Expertisen in aufenthaltsrechtlichen Anerkennungsverfahren zu unterstützen, hat sich verselbstständigt. Es ist eine Situation entstanden, in der ein Rückzug aus der Begutachtungspraxis schwierig wird. Beide Entscheidungen des/ der PraktikerIn, jene für die Begutachtung von Flüchtlingen oder jene dagegen, hat negative Konsequenzen. Verweigert sich heute ein/e PraktikerIn der Begutachtung oder der Bestätigung einer erfolgten Behandlung, kann das die negative Konsequenz haben, dass der jeweilige Flüchtling in eine nachteilige Position gegenüber anderen Flüchtlingen gerät und in der letzten Konsequenz abgeschoben wird. Die Weigerung eines Flüchtlings, sich einer Begutachtung kooperativ zu unterziehen, hat selbstschädigende Konsequenzen. Ganz egal ob die Ablehnung einer Begutachtung von Seiten des Flüchtlings oder von Seiten der PraktikerInnen erfolgt, der erheblichere Nachteil liegt immer bei der/ dem KlientIn bzw. ProbandIn.

Entscheidet sich die/ der PraktikerIn aber für eine Teilnahme an der Begutachtungspraxis, handelt sie/ er sich jedoch die oben erörterten Widersprüche ein, die diese mit sich bringt. Eine Handlungserweiterung der PraktikerInnen durch die Begutachtungspraxis, mittels derer eine Psychologisierung der Probleme von Flüchtlingen und deren Bewältigungsstrategien entgegengesetzt wird, ist möglicherweise eine Illusion, da nicht die/ der PraktikerIn die Entscheidungsmacht hat, wer ein Bleiberecht erhält, sondern schlussendlich andere Instanzen.

Durch die Situation, in der PraktikerInnen im konkreten Kontakt mit Menschen begutachten müssen, ob eine PTSD vorliegt, und gleichzeitig dem Generalverdacht

---

<sup>182</sup>Vergleich zu dieser Forschungsfrage Markard & Holzkamp 1989, S. 23.

entgegnet werden muss, dass allen Flüchtlingen aus einer politischen Motivation heraus eine PTSD attestiert wird, entsteht eine „*Ermäßigung von kritischem theoretischen Denken* gegenüber der eigenen Praxis durch Praxisdruck“ (Markard und Holzkamp 1989, S. 35, Herv. i. Orig.). Dementsprechend ist nicht mehr klar, inwieweit eigene taktische Formulierungen für „bare Münze“ (ebd. S. 23) genommen werden, da das psychiatrische Diagnosebild PTSD bei aller Kritik der Begrenztheit dieses Konzeptes angewendet wird. Außerdem haben sich die Begutachtungspraxis und die Diagnostik insofern verselbstständigt, als durch die Profilierung und Immunisierung nach außen, einst zum Schutz der Klientel erdacht, sich PraktikerInnen selbst als ExpertInnen zu sehen beginnen, die erkennen können, ob ein Mensch an einer PTSD leidet oder nicht, auch wenn die Praxiswidersprüche mit einer Übernahme eines Selbstkonzeptes als ‚TraumaexpertIn‘ nicht aus der Welt geschafft sind. Im Praxisfeld tritt langfristig eine Verwirrung der Rollen für beide Seiten auf: BehandlerIn vs. BegutachterIn, therapeutische Parteilichkeit vs. gutachterliche ‚Unparteilichkeit‘, therapeutisches Vertrauensverhältnis vs. Misstrauen und ergebnisoffene gutachterliche Bewertung.

Die im Rahmen dieser Arbeit analysierten Strategien berufspraktischen Handelns eröffnen keine Lösungen für die Frage, ob und in welcher Form Flüchtlingen in Deutschland ein Bleiberecht gewährt werden soll und sie gleichberechtigt in Deutschland leben sollen oder nicht. Welche Möglichkeiten berufspraktischen Handelns sich aus dem hier verhandelten Spannungsfeld ergeben, sind in erster Linie politisch zu klärende Fragen. Dabei stellt die Position der PraktikerInnen eine wirkmächtigere dar, als die der Flüchtlinge, angesichts der machtloseren gesellschaftlichen Position, in der sie sich befinden. PraktikerInnen haben andere Möglichkeiten des Handelns und des Austauschs. Für Flüchtlinge haben die Entscheidungen bezüglich des Aufenthalts, der Befragung und des Einbringens von psychologisch- fachlichen Expertisen eine einschneidendere Bedeutung und Konsequenz.

## **10.2. Die empirische Studie**

In der empirischen Studie werden mögliche Auswirkungen des Problemfeldes exemplarisch dargestellt. Die Positionen und Perspektiven von drei ‚traumatisierten bosnischen Flüchtlingen‘ wurden in jeweils zwei Gesprächen aufgespürt und diskutiert. Dabei handelt es sich nicht um klinische Fallstudien von Menschen mit der Diagnose PTSD und die Explizierung und Konkretisierung ihrer Symptome und Erkrankung, welche die befragten Subjekte als psychisch Kranke darstellt, sondern um die Explikation und Problematisierung der Positionen und Perspektiven der mündigen Subjekte in dem dargestellten Spannungsfeld. Die subjektiven Mensch- Welt- Beziehungen von ‚Lejla‘, ‚Munira‘ und ‚Katarina‘ werden veranschaulicht. Auch wenn statistische Verallgemeinerungen wie Häufigkeiten bzw. Häufigkeitsverteilungen der verbreiteten Merkmale mit einer qualitativen Studie nicht bestimmt werden können, sind, soweit Begründungsmuster expliziert werden, strukturelle Verallgemeinerungsaspekte in den Daten enthalten. Die praktische Vermittlung zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und dem individuellen Verhalten zu diesen

wird konkret, fallbezogen und theoretisch gefasst. Lejla, Munira und Katarina setzen sich im Rahmen der Gespräche aktiv in Beziehung zu den relevanten Größen des Spannungsfeldes. In den Interviews werden konkrete Auswirkungen des Problemfeldes auf betroffene Flüchtlinge thematisiert, z.B. die Frage, was es bedeuten kann ‚psychisch krank‘ bzw. ‚traumatisiert‘ zu sein. Das Konzept ‚Trauma‘ und Psychotherapie waren den Interviewpartnerinnen als Erklärungsmodelle und Bewältigungsstrategien anfangs fremd. Heute nehmen sie sich zu unterschiedlichen Graden als ‚Traumatisierte‘ wahr. Innerhalb der Interviews wird die Verbindung zwischen Aufenthaltsrecht und Psychologie bzw. Medizin deutlich. Thematisiert werden das aufenthaltsrechtliche Anerkennungsverfahren, der Behandlungskontext bei ÄrztInnen, PsychologInnen und anderen PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit sowie die Begutachtungen. Die drei Interviews und die kommunikativen Validierungen mit Lejla, Munira und Katarina werden nun in Hinblick auf die in der Einleitung explizierten Ausgangsfragen zusammengefasst und pointiert dargestellt. Durch die Zusammenfassung der Interviews und deren Analysen werden sich ergänzend gemeinsame Aspekte betont und Unterschiede, Besonderheiten, sowie die Einzigartigkeit hervorgehoben.

Die 41jährige *Lejla* ist bereits im Februar 2000 als ‚Traumatisierte‘ offiziell anerkannt worden und hat eine Aufenthaltsbefugnis bekommen. Lejla sieht sich selbst als ‚Traumatisierte‘. Sie beschreibt durchgehende psychische und körperliche Beschwerden. Aber der Gang zu einer Psychotherapie bzw. neurologischen oder psychiatrischen Behandlung schreckt sie anfangs ab, aufgrund der Stigmatisierung psychisch krank zu sein. Durch einen Berliner Verein für psychosoziale Hilfen begibt sie sich in eine Gruppentherapie mit anderen kriegserfahrenen bosnischen Frauen, wo ihr der Begriff ‚Trauma‘ erstmals begegnet. Lejla äußert, sie verstehe das Diagnosebild PTSD nicht, aber sie hat für sich *ihr* Trauma konzeptionalisiert. Für Lejla gehören Psychotherapie und Trauma zusammen. Durch das Reden über ihre Erlebnisse im- und Erinnerungen an den Krieg, kann Lejla ihre Erinnerungen und Trauer loslassen und ihr Trauma (er)tragen. Diese Erlebnisse und ihre aktuellen Reaktionen, Belastungen und Beschwerden im Zusammenhang mit ihren Erinnerungen sieht Lejla auch zu ihrem Trauma zugehörig. In Lejlas Fall war die Begutachterin ihrer ‚Traumatisierung‘ zur gleichen Zeit ihre Gruppentherapeutin, die Lejla in einem Moment, in dem sie Vertrauen fasst, anbietet eine Begutachtung durchzuführen. Die Rollen der Behandlerin und Begutachterin sind nicht abgegrenzt. Lejla beschreibt die Begutachtungssituation selbst als belastend, auf die sie körperlich und psychisch stark reagierte. Dabei thematisiert sie das Medium des Aufschreibens ihrer Biographie und Erfahrungen im Krieg als erschwerend, auch wenn sie den Aspekt des Zeugnisablegens in Therapie und Begutachtung als positiv hervorhebt. Die aufenthaltsrechtliche Situation thematisiert Lejla wenig und problematisiert auch nicht die ‚Traumatisiertenregelung‘, auch wenn sie die Entscheidungen der Ausländerbehörde als willkürlich empfindet.

*Munira* ist aus dem südserbischen Sandžak als 14jährige nach Berlin geflüchtet. Trotz Realschulabschlusses und abgeschlossener Berufsausbildung zur Bürokauffrau in Berlin, durfte die heute 25jährige Munira aufgrund ihres damaligen geduldeten Aufenthalts nicht arbeiten. Sie erhielt später eine Aufenthaltsbefugnis durch die

anerkannte ‚Traumatisierung‘ ihrer bosnischen Schwiegermutter. Auch mit der nun vorhandenen Arbeitserlaubnis konnte sie bisher keine Arbeit finden. Auf den Begriff Trauma wurde Munira erstmals in einer Anwaltskanzlei aufmerksam, in der sie im Rahmen ihrer Ausbildung als Praktikantin beschäftigt war. Die Verbindung zwischen Trauma und aufenthaltsrechtlichen Verfahren tritt in den Gesprächen mit Munira im Kontrast zu Lejla immer wieder auf. Auch für Munira bleibt die Erkrankung PTSD schwammig, aber sie übernimmt- wenn auch gebrochen- die gängige Vorstellung, dass ‚Traumatisierungen‘ durch Erlebnisse im Krieg die Beschwerden von ihr, ihrer Schwiegermutter und ihrer Mutter erklären. Bei der Begutachtung von Munira und ihrem Ehemann wurde nicht die eigene ‚Traumatisierung‘ geprüft, sondern die Frage geklärt, ob ihre ‚traumatisierte‘ Schwiegermutter ohne ihre Hilfe im Alltag zurechtkommt oder nicht und deshalb ein Aufenthalt von Munira und ihrem Ehemann zu rechtfertigen ist. Dennoch ist diese Begutachtung strukturell ähnlich der Überprüfung einer PTSD abgelaufen. In diesem Rahmen ist auch Munira eine PTSD diagnostiziert worden. Wie Lejla beschreibt Munira die Begutachtungssituation als emotional belastend. Sie problematisiert, dass der IMK- Beschluss von 2000 ungerecht sei, da Menschen aus dem südserbischen Sandžak nicht einbezogen sind. Die damit verbundene Geschichte ihrer Herkunftsfamilie, die seit Jahren von der Abschiebung bedroht ist, unterstützt Muniras Haltung, dass alle Flüchtlinge, die krank sind, ein Bleiberecht in Deutschland erhalten sollten.

Die 46jährige *Katarina* thematisiert in dem Gespräch ihre Außenseiterinposition als katholische Bosnierin unter mehrheitlich ‚muslimischen‘ bosnischen Flüchtlingen. Außerdem räumt sie ihrer Krankheitsgeschichte in den Gesprächen viel Raum ein. Sie berichtet von unterschiedlichen sich körperlich ausdrückenden Schmerzen sowie Angst, Niedergeschlagenheit und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit. Katarina erhält auf der Suche nach Linderung ihrer somatischen Beschwerden von ärztlicher Seite Zurückweisung. Da sie ähnlich wie Lejla und Munira mit Trauma die unangenehmen Begriffe der Geisteskrankheit und des Verrücktseins verbindet, begibt sie sich erst später in neurologische und psychotherapeutische Behandlung. Noch heute äußert Katarina ein Unbehagen gegenüber dem Begründungsmuster, dass ihre sich körperlich ausdrückenden Beschwerden durch ein ‚psychisches‘ Trauma verursacht sind. Katarina versucht das Diagnosebild PTSD zu begreifen, aber macht deutlich, dass sie es nicht versteht. Jedoch benennt sie- ähnlich wie Lejla- *ihr* Trauma. Ihr Trauma beinhaltet ihre konkreten Erfahrungen im Krieg, ihre Träume vom Krieg und ein Gefühl von Hilflosigkeit, aber auch, dass sie in Deutschland kein Bleiberecht, keine Rechte auf Arbeit und Teilhabe in der Gesellschaft hatte. Damit bezieht sie Aspekte ein, die bspw. Lejla ausklammert. Sie formuliert, ähnlich wie Munira und Lejla, dass man in der Position als Flüchtling in Deutschland nicht gesund werde, angesichts der mangelnden Perspektiven und der Ausgrenzungen. Die konkrete Begutachtungssituation bewertet Katarina wie Lejla und Munira als belastend. Den Behandlungskontext beschreibt Katarina als frustrierend, bis sie sich an einen Berliner Verein für Flüchtlinge aus der Region wendet. Den Kontakt und das Gespräch mit anderen Flüchtlingen, die Krieg und Flucht erlebt haben, sich aber auch in einer strukturell ähnlichen Position als Flüchtlinge in Berlin befinden, bewertet Katarina als positiv. Sie thematisiert das

Dilemma, eine kontinuierliche fachärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung ihrer PTSD nachweisen zu müssen, und somit nicht gesund werden zu dürfen. Dass auch eine Aufenthaltsbefugnis keinen Aufenthalt auf Dauer darstellt, ist Katarina wie Lejla und Munira bewusst. Sie versucht aktiv etwas an dieser Situation zu ändern, aber auch hier stößt sie auf Regelungen, die sie ausschließen.

### **10.3. Ausblick**

Die Tatsache, dass klinisch- fachliche Begutachtungen für die Gruppe der ‚traumatisierten‘ bosnischen Flüchtlinge durch spezifische rechtliche Sonderregelungen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren eine zentrale Wichtigkeit für die Entscheidungsfindung der Gewährung eines Bleiberechts darstellt, ergibt sich aus einer bestimmten gesellschaftlich- historischen Situation. Ein Ende des Einbringens klinisch- fachlicher Expertisen im Rahmen dieser Sonderregelungen ist abzusehen. Ein großer Anteil der 350.000 im Zuge der Kriege im ehemaligen Jugoslawien nach Deutschland geflohenen Menschen, hat das Land wieder verlassen. Diejenigen, die noch heute in Deutschland leben, haben häufig einen langjährigen Kampf um ein Bleiberecht hinter sich und zum Teil noch nicht abgeschlossen. Viele Kinder dieser ‚traumatisierten‘ Flüchtlinge sind mittlerweile in Deutschland geboren und aufgewachsen. Für diese Personen hat es weiterhin eine mitunter existenzielle Bedeutung, in welcher Form mit Flüchtlingen politisch umgegangen wird. Heute besteht kein politischer Wille, durch vergleichbare Sonderregelungen ‚Traumatisierungen‘ bei andere Gruppen von Flüchtlingen in einer ähnlichen Form zu berücksichtigen. Im Gegenteil wird von Politik und Recht eine Eingrenzung des Einbringens klinisch- fachlicher Expertisen in aufenthaltsrechtliche Verfahren verfolgt. Allerdings werden solche Begutachtungen weiterhin in aufenthaltsrechtliche Verfahren eingebracht und finden Berücksichtigung, etwa vor Härtefallkommissionen oder im Rahmen der Geltendmachung von Abschiebehindernissen. Insbesondere in Widerspruchsverfahren vor VerwaltungsrichterInnen wird das Einbringen von klinisch- fachlichen Begutachtungen voraussichtlich weiterhin eine Rolle spielen. Für PraktikerInnen, die sich zu BegutachterInnen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren weitergebildet haben, stellen vom Gericht in Auftrag gegebene Sachverständigengutachten ein neues Tätigkeitsfeld dar. Allerdings stellt die Verfertigung dieser Sachverständigengutachten PraktikerInnen vor neue Widersprüche, da solch ein Gutachtenauftrag nicht ohne weiteres abgelehnt werden darf, so dass sie in bestimmten Fällen ein sog. Negativgutachten vorbringen müssen. was für den entsprechenden Flüchtling negative Konsequenzen hat.

Die hier diskutierten Ergebnisse dieser Arbeit haben den Zusammenhang zwischen dem Kontext der Begutachtung und konkreten Auswirkungen auf PraktikerInnen und ‚Betroffene‘ verdeutlicht. Widersprüche berufspraktischen Handelns sowie die Explizierung der Positionen und Perspektiven der ‚Objekte‘ dieses berufspraktischen Handelns wurden herausgearbeitet. Selbstverständlich wäre es möglich, das Themenfeld anders gewichtet zu untersuchen. Aus zeitökonomischen Gründen und weil explizite Analysen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, wurde nicht systematisch auf folgende wichtige Dimensionen eingegangen:

Eine Beschäftigung mit dem Kontext der Kriege im ehemaligen Jugoslawien wäre einem tieferen Verständnis der Positionen und Perspektiven bosnischer Flüchtlinge zuträglich gewesen, insbesondere der Nachvollzug, warum ethnische Kategorien- die so vorher nicht existierten- durch die Kriege eine Bedeutung gewonnen haben. So könnte dem deutlicher Rechnung getragen werden, dass sie auf der einen Seite insbesondere in der empirischen Studie ein wichtiges Thema ist, ohne das dabei das Missverständnis entsteht, dass diese ethnischen Kategorisierungen in Form vom ‚ewigen Hass der Ethnien auf dem Balkan‘ immer schon von Bedeutung wären. Diese Arbeit hätte ebenso an Tiefe gewonnen, wäre eine Auseinandersetzung mit Rassismus systematisch einbezogen worden. Dieses wäre doppelt sinnvoll, zur kritischen Klärung der Frage der ‚Ethnisierung des Sozialen‘ innerhalb der Kriege im ehemaligen Jugoslawien, zu einem systematischen Nachvollzug von institutionellen Ausgrenzungsmechanismen im Umgang mit Flüchtlingen und anderen MigrantInnen und von Alltagsrassismen, sowie zu einer kritischen Reflexion des Behandlungs- und Begutachtungskontextes. Eine systematische Analyse der geschlechtsspezifischen Bedeutungen und Perspektiven im Problemfeld, sowohl auf theoretischer Ebene, als auch im Konkreten, wäre einem tieferen Verständnis der Thematik zuträglich. Allerdings sind eine Vielzahl an geschlechtsspezifischen Aspekten in dieser Arbeit implizit enthalten. Hätte ich in der empirischen Studie Männer interviewt, wären möglicherweise ganz andere Aspekte betont worden, die in der vorliegenden empirischen Studie wenig Thema waren. Es liegt nahe, dass Männer in Kriegen ganz andere Positionen und Perspektiven einnehmen (müssen), wie bspw. eine aktive Teilnahme am Krieg, in der andere Verstrickungen zwischen Opferschaft und Täterschaft nahe liegen. Auch kann die Position und Perspektive von Männern auf die Lebenssituation in Deutschland als Flüchtling andere Implikationen haben. Allerdings würde sich die Frage stellen, ob ich als Frau eine geeignete Gesprächspartnerin für diese Themen mit männlichen Flüchtlingen darstellen würde. Ebenso würde die Erhebung von ExpertInneninterviews oder Gruppendiskussionen mit PraktikerInnen zu einer kritischen Reflexion des hier explizierten und analysierten Problemfeld ein tieferes Verständnis der Begutachtungspraxis potentiell ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge ermöglichen. Das In-Beziehung- Setzen der Positionen und Perspektiven der PraktikerInnen der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen steht durch die vorliegende Arbeit eher implizit im Raum, als dass es systematisch nachverfolgt wurde. Es wäre aufschlussreich und wünschenswert, wenn die benannten Dimensionen im Rahmen anderer weiterführender Arbeiten untersucht würden.

## LITERATURNACHWEIS UND ANHÄNGE

### Literatur

AGAH (2004): Trauma und Abschiebung. Eine Positionsbestimmung. Hrsg.: Landesausländerbeirat Hessen, Amnesty International, AWO Hessen, Caritas Hessen, Paritätischer Wohlfahrtsverband Hessen, Diakonie Hessen, Fatra (Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil), Hessischer Flüchtlingsrat, Initiationsausschuss Ausländische Mitbürger in Hessen. Eigenverlag, Frankfurt/ M..

Anthoff, Marion (1999): Einführung in die Aussagepsychologie und in die Praxis der Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Opfern sexueller Gewalt im Auftrag von Straferichtern in der BRD. In: Projekt Rechtliche Hilfe für Frauen, die von staatlichen Sicherheitskräften vergewaltigt oder auf andere Weise sexuell misshandelt wurden (Hrsg.). Texte zum internationalen Seminar in Istanbul: Staatlich verübte sexuelle Gewalt an Frauen. Verlag Doz Basim Yayin Ltd., Istanbul.

Aumann, Gerlinde (2002): Psychoanalyse und Kritische Psychologie. Analyse und Reinterpretation psychoanalytischer Begriffe zum Geschlechterverhältnis unter besonderer Berücksichtigung der Hysterie. Unveröffentlichte Dissertation, abgelegt am FB Erziehungswissenschaften und Psychologie der Freien Universität Berlin.

Aumann, Gerlinde (2003): Kritische Psychologie und Psychoanalyse. Historisch Subjekt- wissenschaftliche Analyse zum Geschlechterverhältnis. Argumentverlag, Reihe Psychologie 9, Hamburg.

Aycha, Abduljawad (2001a): Vorwort. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.

Aycha, Abduljawad (2001b): Erstellung von Psychologischen Gutachten/ Stellungnahmen bei Flüchtlingen. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.

Aycha, Abduljawad & Schaeffer, Eva (2001): Psychologische Begutachtung im therapeutischen Prozess: Zur Funktion TherapeutIn versus DiagnostikerIn. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische



Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.

Becker, David (1995): Psychotherapie bei Extremtraumatisierten. In: Peltzer, Karl, Aycha, Abduljawad, Bittenbinder, Elise (Hrsg.): Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. IKO- Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/ M.

Becker, David (1997a): Prüfstempel PTSD- Einwände gegen das herrschende „Trauma“- Konzept. In medico international e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“. Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma- Arbeit“. medico report 20. medico international e.V., Frankfurt/ M.

Becker, David (1997 b): Die Schwierigkeit zu trauern. Erfahrungen in Angola. In medico international e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe „Seele“. Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma- Arbeit“. medico report 20. medico international e.V., Frankfurt/ M.

Becker, David (2001): Dealing with the Consequences of Organized Violence in Trauma Work. Berghof Handbook for Conflict Transformation. Verlag Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, Berlin.

Becker, David (2002a): Flüchtlinge und Trauma. Interview mit David Becker. In: Projektstudium Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin & Behörden und Migration (Hrsg.): Verwaltet, entrechtet, abgestempelt- wo bleiben die Menschen?. Einblicke in das Leben von Flüchtlingen. Internetressource: [www.userpage.fu-berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/htm](http://www.userpage.fu-berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/htm), Zugriff am 22.02.2005

Becker, David (2002b): Migration, Flucht und Trauma. Der Traumadiskurs und seine politischen und gesellschaftlichen Bedeutungen. Vortrag am 24.5.2002 in Salzburg, Österreich. (Unveröffentlicht)

Bittenbinder, Elise (1999): Herrschaft und Gewalt. Psychotherapie mit vergewaltigten und gefolterten Frauen. In: Zeitschrift für politische Psychologie, Jg. 7, Nummer 1+2, S. 41- 58.

Bittenbinder, Elise (2000a): Erkrankte Flüchtlinge- Duldung oder Abschiebung?. Referat zur Tagung am 05.04.2000 in Köln. Schwerstraumatisierte Flüchtlinge- Bedeutung des Traumas und Folgen. Unveröffentlicht

Bittenbinder, Elise (2000b): Trauma und extreme Gewalt- Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung „innerer Bilder“. In: Zeitschrift Psychotherapie im Dialog, Nummer 1/2000, S. 38- 44.

Birck, Angelika (2002a): Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. Gesellschaftliche Bedingungen und therapeutische Konsequenzen. Thieme Connect. Internetressource: [www.Thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2002-35](http://www.Thieme-connect.com/ejournals/html/psychotrauma/doi/10.1055/s-2002-35), Zugriff 11.10. 2004

Birck, Angelika (2002b): Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Asanger Verlag, Heidelberg.

Birck, Angelika (2003a): Zusammenhang zwischen Trauma, Aussageverhalten und Gedächtnisleistung. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Birck, Angelika (2003b): Geeignete und ungeeignete Kriterien für die Glaubhaftigkeit von Aussagen. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Birck, Angelika (2003c): Krankheit, Glaubwürdigkeit und Missbrauch im klinischen vs. Juristischen Kontext. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Birck, Angelika (2004): PTBS. Internetressource: [www.angelika-birck.info/PTBS.html](http://www.angelika-birck.info/PTBS.html), Zugriff 13.02.2005

Bourdieu, Pierre (1997/ 2002 a): An den Leser. In Bourdieu, Pierre et al.: Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. édition discours Band 9. Universitätsverlag Konstanz (UVK), Konstanz.

Bourdieu, Pierre (1997/ 2002 b): Verstehen. In Bourdieu, Pierre et al.: Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. édition discours Band 9. Universitätsverlag Konstanz (UVK), Konstanz.

Bourdieu, Pierre (1997/ 2002 c): Position und Perspektive. In Bourdieu, Pierre et al.: Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. édition discours Band 9. Universitätsverlag Konstanz (UVK), Konstanz.

Brett, Elisabeth A. (2000) Die Klassifikation der posttraumatischen Belastungsstörung. In van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

Breuer, Joseph & Freud, Sigmund (1896/1971) Zur Ätiologie der Hysterie. In Sigmund Freud. Studienausgabe. Bd. VI. Fischer Verlag, Frankfurt/ M.

Brune, Michael (2005): Das Trauma. Internetressource: [www.proasyl.de/texte/mappe/1999/12/iptrauma.htm](http://www.proasyl.de/texte/mappe/1999/12/iptrauma.htm), Zugriff am 13.02.2005

Deutsches Ausländerrecht (2001): Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis. 14., völlig neubearbeitete Auflage 2001. Beck- Texte im DTV. Deutscher Taschenbuchverlag, München.

DSM-IV (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, American Psychiatric Association, 1994. Deutsche Bearbeitung und Einführung: Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M.: Hogrefe, Verlag für Psychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Ebert, Dieter & Kindt, Hilburg (2004) Die Posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren. In: Verwaltungsblätter für Baden- Württemberg. Zeitschrift für öffentliches Recht und öffentliche Verwaltung (2/ 2004), Freiburg.

Fahl, Renke & Markard, Morus (1993): das Projekt ‚Analyse der psychologischen Praxis‘ oder: der Versuch der Verbindung von Praxisforschung und Psychologiekritik. In Forum Kritische Psychologie 32, Argument Verlag, Hamburg.

Fischer, Gottfried (2001a): Geleitwort. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.).. Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.

Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. (2001 a): Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF- Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Galley, Niels; Liebermann, Peter (2001 b): Ätiopathologische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF- Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Flatten, Guido; Wöller, Wolfgang; Hofmann, Arne; (2001 c): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF- Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Flick, Uwe (2000): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 5. Auflage. Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Freud, Sigmund (2000/ 1896): Zur Ätiologie der Hysterie. In: Mitscherlich, Alexander; Richards, Angela; Strachey, James (Hrsg.): Sigmund Freud Studienausgabe, Band VI: Hysterie und Angst. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/ M..

Gäbel, Ulrike; Ruf, Martina; Schauer, Margarete; Odenwald, Michael; Neuner, Frank (2004): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Asylbewerbern in Deutschland und Versuch der Erfassung der Störung im Rahmen der Asylverfahrenspraxis. Bisher unveröffentlichtes Manuskript der Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge Konstanz, Universität Konstanz und vivo, Konstanz.

Gierlichs, Hans Wolfgang; Haenel, F.; Hennigsen, F.; Spranger, H.; Schaeffer, Eva; Wenk- Ansohn, Mechthild; Wirtgen, Waltraut (2005): SBPM. Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in Aufenthaltsrechtlichen Verfahren) Internetressource: [www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995](http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=995). Zugriff am 22.02.2005

Greuel, Luise; Offe, Susanne; Fabian, Agnes; Wetzels, Peter; Fabian, Thomas; Offe, Heinz; Stadler, Michael (1998): Glaubhaftigkeit der Zeugenaussagen. Theorie und Praxis der forensisch- psychologischen Begutachtung. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Greuel, Luise (2001): Wirklichkeit- Erinnerung- Aussage. Beltz Psychologie Verlagsunion Weinheim.

Groninger, Katrin (2001): Zur Konstituierung traumatisierter Subjekte: Verfolgt- Begutachtet- Anerkannt?. Die Bedeutung polizeiärztlicher Untersuchungen für bosnische Kriegsflüchtlinge. Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit, Vorgelegt an der Freien Universität Berlin.

Hall, Stuart (1999): Kulturelle Identität und Rassismus. Gespräch mit Stuart Hall. In: Christoph Burgmer (Hrsg.). Rassismus in der Diskussion. Gespräche mit Robert Miles, Edward W. Said, Albert Memmi, Günter Grass, Wolfgang Benz, Wolfgang Wippermann, Birgit Rommelspacher, Teun A. Van Dijk, Stuart Hall. Elefant Press, Berlin.

Hahn, Annefried (1998): Grundsätzliche Überlegungen zu einem ganzheitlichen Verständnis von Trauma. In: Zeitschrift der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie e.V. (DVG) 1/98, S. 38- 54. Edition humanistische Psychologie, Köln.

Hauser, Monika & Joachim, Ingeborg (2003) Sind die Folgen sexualisierter Kriegsgewalt zu behandeln? Über die Arbeit mit kriegstraumatisierten Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten. In: Zielke, Manfred; Meermann, Rolf; Hackhausen, Winfried (Hrsg.). Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen. Lengerich Verlag, Köln.

Heckl, Ulrike (2003): Trauma und Traumatisierung. Einige Überlegungen zu der Tauglichkeit dieses Begriffs für die psychosoziale Arbeit mit Kriegsgeschädigten Menschen und Flüchtlingen. In: Zeitschrift Report Psychologie, Jg. 28, 1/03, S. 1-5.

Hemmerling, Ulrike (2002): Von der Schwierigkeit mit dem Begriff „Flüchtling zu operieren. In: Projektatorium Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin & Behörden und Migration (Hrsg.): Verwaltet, entrechtet, abgestempelt- wo bleiben die Menschen?. Einblicke in das Leben von Flüchtlingen. Internetressource: [www.userpage.fu-berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/htm](http://www.userpage.fu-berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/htm), Zugriff am 22.02.2005

Lewis Herman, Judith Lewis (1994): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler Verlag, München.

Hoffmann, Arne; Liebermann, Peter; Flatten, Guido (2001) Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

ICD-10 (1993): Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinie/ Weltgesundheitsorganisation. Übersetzt und herausgegeben Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. World health Organization: The ICD-10

Classification of Mental and Behavioural disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.

Internationale Liga für Menschenrechte e.V. (2002) Fluchtpunkt. Menschenrechtsverletzungen in der Berliner Behördenpraxis gegenüber Flüchtlingen, Asylsuchenden und MigrantInnen. Sonderausgabe Mai 2002. Skandalöser Behördenumgang mit kriegstraumatisierten Flüchtlingen unter Rot- Rot. Internationale Liga für Menschenrechte e.V. (Eigenverlag), Berlin.

Jensen, Inke (2003): Frauen in Asyl und Flüchtlingsrecht. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden- Baden.

Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv- klinische und quantifizierend- statistische follow- up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Forum der Psychiatrie. Neue Folge 5. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Knorr, Stefanie & Weber, Kathrin (2003): Psychologische Berufspraxis im Spannungsfeld zwischen Psychologie und Ausländerrecht/ Flüchtlingspolitik. Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit, Vorgelegt an der Freien Universität Berlin.

Koch, Dietrich, F. (2001): Stand des Wissens über Traumatisierungen bei Flüchtlingen. In: Tagungsreader zur Fachtagung „Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen“ vom 14.02.2001. Flüchtlingsrat Schleswig Holstein, Innenministerium Schleswig Holstein, Refugio Kiel (Hrsg.), Kiel.

Koch, Dietrich, F. & Schulze, Sylvia (1998): Diagnostik in interkultureller Therapie und Beratung. In: del Mar Castro Varela, María, Schulze, Sylvia, Vogelmann, Silvia, Weiß, Anja (Hrsg.). Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.

Koch, Dietrich & Winter, Deirdre (2001): Einleitung. In: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.). Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.

Kühner, Angela (2003) Kollektive Traumata. Annahmen, Argumente, Konzepte. Eine Bestandsaufnahme nach dem 11. September. Berghof Forschungszentrum für Konstruktive Konfliktbearbeitung, Berlin.

Langkafel, Mathias (2000) Die Posttraumatische Belastungsstörung. Psychotherapie im Dialog (PID) 1/ 2000

Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; (2001): Einleitung. In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. (2001b): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF- Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Littlewood, Roland & Lipsedge, Maurice (1993): Aliens and Alienists. Ethnic Minorities and Psychiatry. Second Edition. Routledge, London & New York.

Lützel, Anette (1999): Posttraumatische Belastungsstörung: Analyse eines diagnostischen Konzepts und dessen gesellschaftspolitische Implikationen. Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit, Vorgelegt an der Freien Universität Berlin.

Markard, Morus & Holzkamp, Klaus (1989): Praxis- Portrait. Ein Leitfaden zur Analyse psychologischer Berufstätigkeit. In Forum Kritische Psychologie 23, Argument Verlag, Hamburg.

Markard, Morus (1993): Kann es im Rahmen einer Psychologie vom Standpunkt des Subjekts verallgemeinerbare Aussagen geben? In Forum Kritische Psychologie 31, Argument Verlag, Hamburg.

Markard (2000a): Praxisausbildung im Studium oder die Frage nach den Umständen, unter denen man aus Erfahrung klug werden kann. In Markard, Morus & Ausbildungsprojekt Subjektwissenschaftliche Berufspraxis (Hrsg.): Kritische Psychologie und studentische Praxisforschung. Wider Mainstream und Psychoboom. Konzepte und Erfahrungen des Ausbildungsprojekts Subjektwissenschaftliche Berufspraxis an der FU Berlin. Reihe Psychologie. Argument Verlag, Hamburg.

Markard, Morus (2000b): Verbale Daten, Entwicklungsfigur, Begründungsmuster, Theorieprüfung: Methodische Probleme und Entwicklungen in der Projektarbeit. In Markard, Morus & Ausbildungsprojekt Subjektwissenschaftliche Berufspraxis (Hrsg.): Kritische Psychologie und studentische Praxisforschung. Wider Mainstream und Psychoboom. Konzepte und Erfahrungen des Ausbildungsprojekts Subjektwissenschaftliche Berufspraxis an der FU Berlin. Reihe Psychologie. Argument Verlag, Hamburg.

Marx, Reinhard; Wenk- Ansohn, Mechthild; Gierlich, Hans Wolfgang; Becker, David; Bittenbinder, Elise; Kammerländer, Anni; Koch, Dietrich, Rössel- Čunović, Marie; Wirtgen, Waltraut (2004): Aufgabe und Bedeutung von Gutachten und Stellungnahmen bei möglicherweise traumatisierten Asylsuchenden. (bisher unveröffentlichtes Manuskript)

Materialien für einen neuen Antiimperialismus (1999): Die Ethnisierung des Sozialen. Die Transformation der jugoslawischen Gesellschaft im Medium des Krieges. Mit aktuellem Anhang. Trotzdem Verlag, Grafenau. Nachdruck bei Schwarze Risse, Berlin.

Mayring, Philipp (1993): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 4. erweiterte Auflage. Deutscher Studienverlag, Weinheim.

McFarlane, Alexander C. & van der Kolk, Bessel A. (2000): Trauma und seine Herausforderung an die Gesellschaft. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

Mehari, Fetsum (2001): Trauma im interkulturellen Kontext. In: BAFl., Dr. Roland Koch (Hrsg.) Traumatisierte Flüchtlinge. Dokumentation der Fachtagung vom 26.04.2001 im Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl.). Schriftenreihe des BAFl.. Band 9, Nürnberg.

Münchener Flüchtlingsrat (2005): „Erlaubt“, „Gestattet“, „Geduldet“. Aufenthaltstitel für Flüchtlinge in Deutschland. Internetressource: [www.muenchener-fluechtlingsrat.de/titel.html](http://www.muenchener-fluechtlingsrat.de/titel.html), Zugriff am 02.03.2005

Ognjenović, Vesna & Škorc, Bojana (2003): Evaluacija. Zdravo da ste programa. Akademska Štampa, Beograd, Serbien und Montenegro.

Peltzer, Karl (1995): Ethnokulturelle Aspekte von Trauma und deren Behandlung. In: Peltzer, Karl, Aycha, Abduljawad, Bittenbinder, Elise (Hrsg.): Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. IKO- Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/ M.

Powell, Steve; Rosner, Rita & Butollo, Willi (2000): Fluchtwege. Rückkehrer in das ehemalige Jugoslawien, landesintern vertriebene Personen und 'Daheimgebliebene' in Sarajevo und Banja Luka 1999. Eine Untersuchung über Kriegserfahrungen, Fluchtgeschichten, gegenwärtige Unterkunft und die psychosoziale Anpassung von Erwachsenen. Ein Bericht für das Amt des Bundesbeauftragten für die Rückführung von Flüchtlingen, Wiedereingliederung und dem damit verbundenen Wiederaufbau in Bosnien und Herzegovina, Hans Koschnik. Im Auftrag und Verlag der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (gtz), München.

Pro Asyl (2004a). Das Zuwanderungsgesetz (Gesetz zur Steuerung und Begrenzung von Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern). Überblick über die wichtigsten Neuerungen im



Zuwanderungsgesetz. Pro Asyl, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge, Frankfurt/ M..

Pro Asyl (2004b) Hier geblieben! Recht auf Bleiberecht. Fakten- Hintergründe- Forderungen. Pro Asyl, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge, Frankfurt/ M..

Rauchfuss, Knut (2005): Anforderungen an die Traumatherapie. Zum Bedarf für ein Therapiezentrum für Folteropfer in Bochum. Internetressource: [www.remedio.de/downloads/auftra.pdf](http://www.remedio.de/downloads/auftra.pdf), Zugriff am 13.02.2005

REFUGIO. Zentrum für Behandlung, Beratung und Psychotherapie von Folter-, Flucht- und Gewaltopfern in Schleswig- Holsteil e.V. (2003) Gute Praxis der Rehabilitation von Opfern von Folter und politisch organisierter Gewalt. Leitlinie und Entwicklungen in Schleswig- Holstein. Selbstverlag REFUGIO Kiel, Kiel

Riehl, Ralph (2003): Allgemeiner Diskussionsbeitrag. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Roche Lexikon Medizin (1987): 2. neubearbeitete Auflage. Hoffmann- La Roche AG und Urban & Schwarzenberg, München.

Rössel- Čunović, Marie (1999): Kurz- Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen. In: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 7, 1999, Nummer 1+2, S. 143- 150.

Rüffer, Joachim; Petzoldova, Irena; Würflinger, Wiebke; Groninger, Kathrin (2003): Traumabehandlung unter restriktiven Bedingungen: angepasster therapeutischer Anspruch und reduzierte therapeutische Zielsetzung- Grenzen und Möglichkeiten der Anpassung. Papier zum Workshop Trauma- Arbeit mit Flüchtlingen: Rahmen, Professionen, Perspektiven. (Unveröffentlicht), Stattgefunden in Berlin vom 11.- 13.02.2003

Sironi, Françoise (1997): Kann man sich aus dem Griff des Folterers befreien? In medico international e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe “Seele”. Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma- Arbeit“. medico report 20. medico international e.V., Frankfurt/ M.

Summerfield, Derek (1997): Das Hilfsbusiness mit dem „Trauma“. In medico international e.V. (Hrsg.): Schnelle Eingreiftruppe “Seele”. Auf dem Weg in die

therapeutische Weltgesellschaft. Texte für eine kritische „Trauma- Arbeit“. medico report 20. medico international e.V., Frankfurt/ M.

südost Europa Kultur e.V. (1998): Kriegsflucht und Friedensbewegung. Der Krieg im ehemaligen Jugoslawien, die Flüchtlinge in Deutschland und die Friedensbewegung in Abwesenheit. Eine Stellungnahme des südost Europa Kultur e.V. zur aktuellen Situation der Flüchtlinge. Hrsg. Südost Europa Kultur e.V., Berlin.

UNHCR (2001): Das Gesundheitswesen in Bosnien und Herzegowina im Kontext der Rückkehr von Flüchtlingen und Vertriebenen (inoffizielle Übersetzung aus dem Englischen des UNHCR Büros in Berlin). Eigenverlag, Berlin

van der Kolk, Bessel A (2000a): Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

van der Kolk, Bessel A (2000b): Trauma und Gedächtnis. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

van der Kolk, Bessel A.; McFarlane, Alexander C.; Weisaeth, Lars (2000a): Vorwort der Originalausgabe. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C. (2000b): Trauma- Ein schwarzes Loch. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

van der Kolk, Bessel A., Weisaeth, Lars, van der Hart, Onno (2000c): Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In: van der Kolk, Bessel A., McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.

von Hinckeldey, Sabine & Fischer, Gottfried (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. UTB, Ernst Reinhard Verlag, München.

Vorwärts Verlagsgenossenschaft (Hrsg.) (1997): Gewalt und die psychischen Folgen. Internetressource: [www.pda.ch/vorwärts/1997/47gesellschaft.html](http://www.pda.ch/vorwärts/1997/47gesellschaft.html), Zugriff am 13.02.2005

Weber, Ralf (1998): Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. Asylrecht und Asylverfahren. Campus Verlag, Frankfurt/ M..

Wehner, Thomas (2003): Glaubwürdigkeitsfragen in der Praxis des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Wenk- Ansohn, Mechthild (1999): Psychische Folterfolgen und deren Begutachtung- unter spezieller Berücksichtigung von durch sexuelle Folter traumatisierte Frauen. In: Projekt Rechtliche Hilfe für Frauen, die von staatlichen Sicherheitskräften vergewaltigt oder auf andere Weise sexuell misshandelt wurden (Hrsg.). Texte zum internationalen Seminar in Istanbul: Staatlich verübte sexuelle Gewalt an Frauen. Verlag Doz Basim Yayin Ltd., Istanbul.

Wilke, Reinhard (2003): Fachgerechte Möglichkeiten und Grenzen der kooperativen Überwindung von traumabedingten Fragen der Glaubwürdigkeit und Glaubhaftigkeit. Plenardiskussion. In Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.

Wirtgen, Waltraut (1999): Flüchtlinge und Traumatisierung. Eine Annäherung. Die Asyl- und Ausländergesetzgebung setzt den traumatisierenden Prozess für Überlebende von Folter und Gewalt fort. Eine Informatio der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. IPPNW akzente, Berlin.

Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus Verlag, Frankfurt/ M..

Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Liebermann, Peter (2001): Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD In: Flatten, Guido; Hofmann, Arne; Liebermann, Peter; Wöller, Wolfgang; Siol, Torsten; Petzold, Ernst R. Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinienentwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF- Fachgesellschaften, DGPM, DGPT, DKPM, AÄGP und mit der DeGPT. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Zenker, Hans- Jochen (2001): Psychotherapie und Medizin im Rahmen des Ausländerrechts. In: BAFl., Dr. Roland Koch (Hrsg.) Traumatisierte Flüchtlinge. Dokumentation der Fachtagung vom 26.04.2001 im Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl.). Schriftenreihe des BAFl.. Band 9, Nürnberg.

Zuwanderungsgesetz (2004): Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern Vom 30. Juli 2004. In Bundesgesetzblatt Jahrgang 2004 Teil I Nr. 41, S. 1950- 2011, ausgegeben zu Bonn am 05. August 2004.

### **Verwendete Schriftstücke und Beschlussniederschriften**

Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004a): Appell. In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien vom 26. November 2004.

Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004b): (Traumatisierte) Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien in Berlin. In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien vom 26. November 2004.

Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (2004c):Vorläufiger Reisebericht. In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien vom 26. November 2004.

BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) & XENION, Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte (2004). Tagungsprogramm. Der Gutachtendisput: Folteropfer und Flüchtlinge im rechtlichen Regelwerk. Fachtagung, 19.- 21.09. 2004 in Lübbenau bei Berlin.

Berliner Weisung E.Bos.1. (2003). Stand 16.10.2003. Hrsg. Landeseinwohneramt Berlin In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien vom 26. November 2004.

Beschlussniederschrift der Innenministerkonferenz vom 23./24.11.2000. Regelungen für Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien- Herzegowina und Kosova insbesondere für Traumatisierte aus Bosnien- Herzegowina. In: Pressemappe zum Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung für Kriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien vom 26. November 2004.

Deutscher Ärztetag (2004): Begutachtung und Rückführungsfähigkeit von Ausländern. Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.- 21. Mai 2004 in Bremen. (unveröffentlicht)

Flüchtlingsrat Berlin (2005): Härtefallkommission in Berlin- Merkblatt für Antragsteller. Zusammengestellt vom Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstraße 69-70, 10249 Berlin. Stand 04.03.2005. Internetressource: [www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de), Zugriff am 11.03.2005

Mesović, Bernd (2004) Am Ende will es keiner gewesen sein: Bei Abschiebungen kranker und selbstmordgefährdeter Asylbewerber werden zunehmend Ärzte instrumentalisiert. Frankfurter Rundschau Online. Erscheinungsdatum in der FR 18.2.2004. Internetressource [www.fr-aktuell.de/uebersicht/alle\\_dossiers/politik\\_inland/welche\\_auslaender\\_wollen\\_die\\_deutschen?cnt=389785](http://www.fr-aktuell.de/uebersicht/alle_dossiers/politik_inland/welche_auslaender_wollen_die_deutschen?cnt=389785), Zugriff 11.03.2005

Psychotherapeutenkammer Berlin (2002): Mitgliederrundbrief Oktober 2002. Internetressource: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/2-10-02rundbrief23-10-02.pdf](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/2-10-02rundbrief23-10-02.pdf), Zugriff 05.04.2005

Rückführungsabkommen (1997): Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung von Bosnien und Herzegowina über die Rückführung und Rückübernahme von Personen. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 1997 Teil II Nr. 12, S. 742- 745, ausgegeben zu Bonn am 02. April 1997.

Schaeffer, Eva & Gierlichs, Hans Wolfgang (2002): Begleitbrief zu SBPM Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in Aufenthaltsrechtlichen Verfahren) Internetressource: [www.traumanez.drk.de/d/infos/kampagnen/begleitbrief\\_standards.pdf](http://www.traumanez.drk.de/d/infos/kampagnen/begleitbrief_standards.pdf) Zugriff 05.04.2005

Schily, Otto (2000): Brief an die InnenministerInnen und -SenatorInnen vom Mai 2000 betreffend der „Aufenthaltsrechtlichen Behandlung traumatisierter Flüchtlinge aus Bosnien und Herzegowina sowie dem Kosova.“ (Unveröffentlicht)

Senatsverwaltung für Inneres Berlin (2001): Brief vom 05.01 2001 an das Landeseinwohneramt Berlin betreffend der Umsetzung des IMK- Beschlusses vom, 24./25.11.2000. Hrsg. Rose, Dr.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen (2001): Die Ausländerbeauftragte des Senats von Berlin Barbara John: Brief an die behandelnden Fachärzte für Neurologie/ Psychiatrie oder ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten/ Psychoanalytiker von Kriegsflüchtlingen aus Bosnien- Herzegowina

Anhang

Tabelle: Diagnostische Kriterien für eine PTSD nach DSM- IV

## **Diagnostische Kriterien für 309.81 (F 43.1) Posttraumatische Belastungsstörung**

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen beinhalten.

(2) Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

**Beachte:** Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

(1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

**Beachte:** Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen und Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

(2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

**Beachte:** Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.

(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Ilusionen, Halluzinationen oder dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten).

(4) Intensive psychische Belastungen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

(5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

(2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

(3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von Anderen,

(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht Karriere, Ehe, Kinder oder normales, langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden) Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Schwierigkeiten ein oder durchzuschlafen,

(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,

(3) Konzentrationsschwierigkeiten,

(4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)

(5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

*Bestimme, ob:*

**Akut:** Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern

**Chronisch:** Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

*Bestimme, ob:*

**Mit Verzögertem Beginn:** Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor vorliegt.

