

PARALLELBERICHT

ZUM 5. STAATENBERICHT
DER BUNDESREPUBLIK
DEUTSCHLAND (CAT/C/DEU/5)
NACH MASSGABE
DES ÜBEREINKOMMENS
DER VEREINTEN NATIONEN
**GEGEN FOLTER UND
ANDERE GRAUSAME,
UNMENSCHLICHE ODER
ERNIEDRIGENDE
BEHANDLUNG ODER
STRAFE**

EINGEREICHT VON:

Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (bzfo)
Turmstr. 21, 10599 Berlin, www.bzfo.de



Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges,
Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW – International Physicians for the Prevention
of Nuclear War, Physicians for Social Responsibility)
Körtestr. 10, 10967 Berlin, www.ippnw.de



Refugio München (Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer)
Mariahilfplatz 10, 81541 München, www.refugio-muenchen.de



Jesuiten-Flüchtlingsdienst Deutschland (JRS)
Witzlebenstr. 30a, 14057 Berlin, www.jesuiten-fluechtlingsdienst.de

Dieser Parallelbericht ist ein kritischer Kommentar und eine aktuelle Ergänzung zum Fünften Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Situation von Flüchtlingen und Folterüberlebenden. Dem Bericht liegen unsere wichtigsten Anliegen der Besorgnis zugrunde. Er bezieht sich auf Artikel des Übereinkommens, die damit in Zusammenhang stehen.

INHALT

1. EINFÜHRUNG	SEITE 4
2. ABSCHIEBUNGSHAFT	SEITE 4
2.1 ABSCHIEBUNGSHAFT IN MÜNCHEN	SEITE 7
2.2 ABSCHIEBUNGSHAFT IN BERLIN	SEITE 11
2.3 FLUGHAFENVERFAHREN IN FRANKFURT	SEITE 13
2.4 ALLGEMEINE BEMERKUNGEN	SEITE 16
A. FEHLENDE ERKENNUNG VON FOLTEROPFERN UND PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN	SEITE 14
B. DAUER	SEITE 16
C. MINDERJÄHRIGE	SEITE 16
3. ABSCHIEBUNG	SEITE 18
4. RÜCKFÜHRUNG IN LÄNDER, IN DENEN FOLTER PRAKTIZIERT WIRD	SEITE 20
5. DAS RECHT AUF REHABILITATION	SEITE 22

1

EINFÜHRUNG

Die einreichenden Organisationen sind Nichtregierungsorganisationen und eine kirchliche Organisation, die mit Asylsuchenden und Folterüberlebenden arbeiten und ihnen rechtliche und soziale Beratung sowie Behandlung und Rehabilitation für Folterüberlebende und traumatisierte Kriegsoffer bieten. IPPNW ist eine ärztliche Friedensorganisation, die sich mit einem breiten Spektrum von Menschenrechtsfragen beschäftigt¹. Drei der einreichenden Organisationen (bzfo, Refugio, IPPNW) sind Mitglied beim Forum Menschenrechte (Dachorganisation von Menschenrechts-NGOs), das sich für die umfassende Umsetzung der UN-Antifolterkonvention einsetzt.² Desweiteren wurden durch Interviews mit und schriftlichen Statements von BeraterInnen, freiwilligen HelferInnen, RechtsanwältInnen und Seelsorgern, die Zugang zu den Abschiebungshaftanstalten haben, Informationen zur Situation in der Abschiebungshaft gesammelt.

2

ABSCHIEBUNGSHAFT

Die Inhaftierung von Drittstaatsangehörigen ist in Deutschland weiterhin ein Thema, das große Besorgnis auslöst.

Einer Stellungnahme zu einer parlamentarischen Anfrage im Jahre 2008³ zufolge wurden von 2005 – 2007 mindestens 26.138 Menschen in den 16 Bundesländern inhaftiert, was jährlich durchschnittlich 8.712 Personen entspricht.⁴ Die Dauer der Inhaftierung lag zwischen wenigen Tagen und knapp 18 Monaten.⁵ Auch wenn in einigen Bundesländern in jüngster Zeit ein Rückgang sowohl der Häftlingszahlen als auch der Haftdauer zu verzeichnen gewesen sein mag⁶, beherbergen die Haftanstalten der Bundesländer noch immer Hunderte von Inhaftierten, darunter eine relativ hohe Zahl von sogenannten „Dublin-Fällen“.

Deutschlands geografische Lage in der Mitte Europas macht es zu einem Transitland für Flüchtlinge, die den Kontinent durchqueren. Viele von ihnen werden entweder an den Grenzen, auf Flughäfen oder unterwegs aufgegriffen. Daraufhin werden sie häufig inhaftiert, während sie darauf warten, in den Staat zurückgeführt zu werden, der nach der Dublin-II-Verordnung für ihren Asylantrag zuständig ist⁷. Zwischen Januar und August 2011 beantragte die Bundesregierung bei anderen Mitgliedsstaaten die Übernahme der Zuständigkeit für einen Asylantrag, was 743 Fällen pro Monat entspricht.⁸

Die hohe Anzahl von Dublin-Fällen in Haft weckt besondere Besorgnis, da diese Gruppe einen größeren Prozentsatz schutzbedürftiger Personen umfasst, beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder traumatisierte Flüchtlinge. Bis heute gibt es in vielen Bundesländern noch kein Verfahren zur Identifizierung schutzbedürftiger Asylsuchender. Die ärztlichen Untersuchungen, die zu Beginn der Inhaftierung durchgeführt werden, sind darauf ausgerichtet, schwere Infektionen wie HIV oder Tuberkulose festzustellen, aber nicht psychische Erkrankungen.

1 Detaillierte Informationen finden Sie auf den Homepages der jeweiligen Organisationen: <http://www.bzfo.de/>; <http://www.refugio-muenchen.de/>; <http://www.ippnw.de/>; <http://www.jesuiten-fluechtlingsdienst.de/>.

2 <http://www.forum-menschenrechte.de/1/aktuelles/aktuelles-start.html>;

3 Stellungnahme der Bundesregierung zur Großen Anfrage der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Situation in deutschen Abschiebungshaftanstalten“, BT-Drucksache 16/9142, zum Download verfügbar unter dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/113/1611384.pdf.

4 Die tatsächlichen Zahlen sind höher, da Bayern und Hamburg keine Zahlen für diese Statistik lieferten.

5 Aktuellere Anfragen sind in Arbeit, doch die Daten werden nicht vor Frühjahr 2012 vorliegen.

6 Dies kann damit zusammenhängen, dass in den vergangenen Jahren mehrere mittel- und osteuropäische Staaten der Europäischen Union beigetreten sind, was die potenzielle Rate illegaler Einwanderung reduziert hat.

7 Verordnung (EG) Nr. 343/2003 des Rates vom 18. Februar 2003 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen in einem Mitgliedstaat gestellten Asylantrags zuständig ist.

8 „Aktuelle Zahlen zu Asyl“, Ausgabe August 2011, S. 7, zum Download verfügbar unter www.bamf.de.

Eine Untersuchung zu Haftbedingungen und deren Folgen für den einzelnen Menschen, die vor kurzem vom Jesuiten-Flüchtlingsdienst Europa (JRS Europe) in 22 EU-Mitgliedsstaaten durchgeführt wurde⁹, hebt die negativen Auswirkungen verwaltungsbedingter Inhaftierung in ganz Europa, aber auch insbesondere in der Bundesrepublik, hervor. Daten, die in den Abschiebungshaftanstalten in Berlin und München erhoben wurden, zeigen, dass sich sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit der Inhaftierten während der Haft rapide verschlechtert, wobei sich schon nach einem Monat messbar nachteilige Auswirkungen bemerkbar machen¹⁰ und drei Viertel der Inhaftierten nach drei Monaten hinter Gittern eine psychische Beeinträchtigung aufweisen.¹¹ Die Inhaftierten leiden unter der Unsicherheit hinsichtlich ihrer Zukunft; der Isolierung von Freunden, Familie und der Außenwelt; dem Mangel an Informationen über ihr Verfahren; und den Bedingungen in den Abschiebungshaftanstalten.¹² Sie beschreiben Symptome wie Schlafmangel, Traurigkeit, Gefühle von Wut, Anspannung und Stress, Verwirrung und Suizidgedanken.¹³

Die Abschiebungshaft stellt somit eine Gefahr für die inhaftierte Person dar, psychisch krank und depressiv sowie suizidgefährdet zu werden. Vor allem bei Folteropfern und traumatisierten Personen nehmen traumabedingte psychische Symptome in erheblichem Maße zu. In der Haftsituation sehen sich traumatisierte Personen einer enormen Dichte von traumabezogenen Triggern ausgesetzt, die so die traumatischen Erinnerungen und damit verknüpfte Gefühle reaktualisieren. Diese vulnerablen Inhaftierten reagieren mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer akuten und sogar lang anhaltenden Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustands (Re-Traumatisierung).

2010 begingen drei Personen während der Abschiebungshaft Selbstmord¹⁴. Von 1993 bis 2010 begingen 62 Personen Selbstmord, also durchschnittlich 3-4 Personen pro Jahr¹⁵.

FALLBEISPIELE¹⁶:

Am 28. Juni 2010 wurde Slawik C., Angehöriger der armenischen Minderheit in Aserbeidschan, im niedersächsischen Winsen/Luhe festgenommen und in die Abschiebungshaftanstalt in Hannover-Langenhagen verbracht. Dort erhängte sich der 58-Jährige mit dem Kabel eines elektrischen Wasserkochers. Er hatte mit seiner Frau und seinem Sohn beinahe 11 Jahre lang in Deutschland gelebt. Slawik C. wurde festgenommen, als er die Ausländerbehörde aufsuchte, um seine Duldung verlängern zu lassen. Um seine Abschiebung vorzubereiten, hatte die Ausländerbehörde ein befristetes Reisedokument für ihn besorgt und dafür Ausweispapiere verwendet, die, wie das Bundeskriminalamt zuvor zu bedenken gegeben hatte, offensichtlich auf einen Namensvetter bezogen waren. Die Abschiebung von Slawik C. sollte getrennt von seiner Frau erfolgen, für die bis heute noch kein Reisepass vorliegt. Der Sohn hat eine Niederlassungserlaubnis und lebt mit seiner Frau und seinem Kind in Deutschland.

9 „Becoming Vulnerable in Detention“, Civil Society Report on the Detention of Vulnerable Asylum Seekers and Irregular Migrants in the European Union (The DEVAS Project), Jesuit Refugee Service Europe, Brüssel 2010, zum Download verfügbar unter www.jrseurope.org; im Folgenden als „DEVAS 2010“ benannt.

10 DEVAS 2010, S. 200.

11 DEVAS 2010, S. 201.

12 DEVAS 2010, S. 199 f.

13 DEVAS 2010, S. 197.

14 Kai Weber „Suizid in Abschiebungshaft“, in Pro Asyl e.V. Magazin: „Europas Außengrenzen, Mauern verletzen Flüchtlingsrechte“ Tag des Flüchtlings 2011, S. 36.

15 Ibid.; siehe auch Antirassistische Initiative e.V., 17. Dokumentation vom 17.03.2010.

16 Kai Weber, Erstveröffentlichung Grundrechtreport 2011 und Broschüre Tag des Flüchtlings 2011, Pro Asyl, S. 36-37.

Am 7. März 2010 erhängte sich der 25-jährige David M. aus Georgien im zentralen Hamburger Gefängnis Krankenhaus, von wo aus er nach Polen überstellt werden sollte. Obwohl seine Zelle ununterbrochen durch eine Videokamera überwacht wurde, beobachtete niemand seinen Tod oder bemerkte seinen Selbsttötungsversuch rechtzeitig, um eingreifen zu können. Die psychologische MitarbeiterIn der Abschiebungshaftanstalt hatte nach einem Gespräch mit ihm darauf hingewiesen, dass er möglicherweise zu Suizid neigen könnte.

Am 16. April 2010 erhängte sich die 34-jährige indonesische Staatsangehörige Yeni P. nach achtwöchiger Abschiebungshaft im Frauengefängnis Hahnöfersand in Hamburg. Sie hatte seit 1994 mit Unterbrechungen in Deutschland gelebt.

Am 8. Februar 2011 nahm sich ein iranischer Mann in seiner Zelle auf der Etage für Abschiebungshäftlinge in der Justizvollzugsanstalt München-Stadelheim das Leben. Zwei Monate nach seiner Festnahme sollte er zurück nach Bulgarien gebracht werden, wo er als Asylsuchender bereits abgelehnt worden war.

Während diese Todesfälle die besonders negativen Auswirkungen der Abschiebungshaft kennzeichnen mögen, sind die allgemeinen nachteiligen Folgen wie oben erwähnt weit verbreitet. Davon sind insbesondere Angehörige schutzbedürftiger Gruppen betroffen, zu denen an erster Stelle jene Menschen gehören, die schon vor der Inhaftnahme an psychischen Erkrankungen leiden.

Nach Ansicht der einreichenden Organisationen kommen die aufgeführten Missstände in der Abschiebungshaft einem Verstoß gegen Artikel 16 des Übereinkommens gleich.

Auch wenn die Unterzeichnenden unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Einrichtung der Abschiebungshaft haben, teilen sie doch die einhellige Meinung, dass dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit in vielerlei Hinsicht keine Rechnung getragen wird.¹⁷

Die Bedingungen in den Abschiebungshaftanstalten unterscheiden sich kaum von denen in normalen Gefängnissen. Dabei hat die Abschiebungshaft weder einen strafrechtlichen noch einen Vollzugscharakter, sondern ist vielmehr eine Maßnahme zur Sicherung eines administrativen Akts. Deshalb sollten die Haftbedingungen diesen Hintergrund widerspiegeln und bessere Bedingungen als in Strafhaft und Untersuchungshaft ermöglichen.

Da die Abschiebungshaft eine mögliche Gesundheitsgefährdung für Inhaftierte darstellen kann, muss in allen Bundesländern ein Verfahren eingeführt werden, um sicherzustellen, dass psychische Störungen gleich zu Beginn der Inhaftierung festgestellt werden.

In Deutschland obliegt der Vollzug von Abschiebungshaft den Bundesländern. Folglich können die Bedingungen in Abschiebungshaftanstalten erheblich variieren. In manchen Bundesländern, wie beispielsweise Berlin oder Rheinland-Pfalz, werden gesonderte Abschiebungshaftanstalten betrieben, während in anderen, wie in Bayern, die Abschiebungsgefangenen in regulären Justizvollzugsanstalten untergebracht werden, dabei in den meisten Fällen, jedoch nicht immer getrennt, von den normalen Gefangenen. Missstände können jedoch in allen genannten Abschiebungshaftanstalten festgestellt werden, vor allem bezüglich des Gesundheitszustands der Inhaftierten.

17 Statistiken des JRS (Jesuiten-Flüchtlingsdienst) zufolge unterstreicht eine Entlassungsrate von etwa einem Drittel der betroffenen Personen die Frage der Verhältnismäßigkeit.

IN DIESEM BERICHT GEHT ES INSBESONDERE UM DIE SITUATION DER ABSCHIEBUNGSHAFT

- 1 im Bundesland Bayern,
- 2 im Bundesland Berlin,
- 3 im Rahmen des Flughafenverfahrens in Frankfurt am Main im Bundesland Hessen
- 4 mit anschließenden allgemeinen Bemerkungen.

ABSCHIEBUNGSHAFT IN DER JVA MÜNCHEN-STADELHEIM

2.1

INHAFTIERUNG UND DAUER DER HAFT

Gemäß der Richtlinie 2008/115/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger sollte die Abschiebungshaft als letztes Mittel eingesetzt werden. Aktuell ist dies jedoch fast nie der Fall, wenn es um die Rückführung in andere EU-Staaten im Rahmen von Dublin-Verfahren¹⁸ geht. In Fällen, in denen die Zuständigkeit eines anderen Mitgliedsstaats angenommen wird, werden Asylsuchende in der Mehrheit der Fälle sofort für die Dauer des Dublin-Verfahrens inhaftiert. Die Grenzpolizei nimmt regelmäßig Frauen, Minderjährige oder andere schutzbedürftige Flüchtlinge in Haft, ohne die Verhältnismäßigkeit der Inhaftierung zu überprüfen, wodurch auch die Gelegenheit ungenutzt bleibt Alternativen zur Haft zu prüfen.

Abschiebungshaft in Dublin-Fällen dauert durchschnittlich 51 Tage, wie eine JRS-Statistik zeigt, die bei einer Anhörung im Bayerischen Landtag vorgelegt wurde.¹⁹ Der Bundesgerichtshof hat in mehreren Entscheidungen seit 2009 kritisiert, dass Ausländerbehörde und das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge die Rückführungsverfahren nicht in einem angemessenen Zeitrahmen abgewickelt haben, so dass sich die Haft unnötig hinauszog.

Inhaftierungen vor der Abschiebung in das Heimatland, dauerten der JRS-Statistik zufolge durchschnittlich 69 Tage. In jedem Fall wäre ein schnelleres Handeln seitens der Behörden wünschenswert. Den zuständigen Behörden fehlt oft ein Bewusstsein dafür, dass jeder Tag Haft einen massiven Eingriff in die Grundrechte bedeutet und für ihr Handeln das Beschleunigungsgebot gilt.

FALLBEISPIELE:

Das Amtsgericht München befand, dass eine Person in Abschiebungshaft 62 Tage unrechtmäßig in Haft verbrachte. Die Person wurde inhaftiert, um sie unter dem Dublin-Verfahren nach Österreich zu überstellen. Obwohl Österreich seine Zuständigkeit schon nach wenigen Tagen anerkannte, blieb die Person von Januar bis April 2010 in Haft. Der Gerichtsentscheidung zufolge hätte die Rückführung nach Österreich bereits nach dreiwöchiger Haft erfolgen können, so dass die Haft ab Februar 2010 rechtswidrig war.²⁰

18 Vgl. die Kriterien der sog. „Dublin II-Verordnung“. Verordnung (EG) Nr. 343/2003 des Rates vom 18. Februar 2003 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedsstaates, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen in einem Mitgliedsstaat gestellten Asylantrag zuständig ist.

19 Vgl. die Kriterien der sog. „Dublin II-Verordnung“ Anhörung im Bayerischen Landtag vom 24.3.2011 bezüglich der EU-Rückführungsrichtlinie: „Konsequenzen der EU-Rückführungsrichtlinie auf die Rückkehrpolitik in Bayern“ (Vollzug Drs. 16/6373).

20 Amtsgericht (AG) München; Entscheidung vom 31.5.2010, Aktenzeichen: 8710 XIV B 28/10.

Im Januar 2011 wurden zwei 15 und 16 Jahre alte **Minderjährige** im Rahmen eines Dublin-II-Verfahrens inhaftiert²¹. Die Bundespolizei hielt es nicht für notwendig, einen gesetzlichen Vormund zu bestellen, was bedeutete, dass die/der 15-jährige Inhaftierte keinen Asylantrag stellen konnte. Die Bundespolizei reagierte erst nachdem ein Rechtsanwalt eingeschaltet wurde.

Die Behörden stellen den Inhaftierten nicht genügend **Informationen bezüglich der Gründe** der Inhaftierung und der Dauer der Haft zur Verfügung. Oft verstehen die Inhaftierten nicht, warum sie festgehalten werden.

Zu den Umständen, die zu **mangelhafter Information und Kommunikation** führen, gehören:

- Mangel an ÜbersetzerInnen (gewisse Verbesserung seit dem „Coming Home“-Programm²²)
- keine Möglichkeit, mit Verwandten, Freunden oder NGOs in Kontakt zu treten, da Mobiltelefone einbehalten werden; Inhaftierte müssen Telefonate beantragen; Telefonate sind nur eingeschränkt möglich
- geringere Chance, telefonisch eine gute rechtliche Beratung und Vertretung zu erhalten
- eingeschränkte Besuchszeiten: 4 Stunden im Monat (seit 2011, davor betrug die Besuchszeit nur 1 Stunde im Monat)

Auch die **materiellen Bedingungen** sind entwürdigend:

- alle persönlichen Gegenstände werden eingezogen, einschließlich persönlicher Kleidung (außer der/die Inhaftierte hat die Möglichkeit, diese außerhalb der Haftanstalt waschen zu lassen)
- BesucherInnen ist es nicht gestattet, private oder andere Gegenstände zur Freizeitgestaltung wie Bücher oder Zeitschriften etc. mitzubringen (seit Januar 2011 dürfen jedoch kirchliche und NGO-MitarbeiterInnen, die Zugang zur Haftanstalt haben, Bücher, Zeitschriften und andere kleine Gegenstände des täglichen Bedarfs mitbringen.)

Abschiebungsgefangene werden **nicht streng getrennt von Untersuchungshäftlingen untergebracht**.²³ Diese Praxis entspricht nicht der EU-Rückführungsrichtlinie, wie die Europäische Kommission in einem Brief vom 11. Mai 2011 an den Jesuiten-Flüchtlingsdienst (JRS) unter Bezugnahme auf die „20 Leitlinien zur Frage der erzwungenen Rückkehr“ des Europäischen Rates deutlich machte.

Einer Stellungnahme der Bayerischen Landesregierung auf eine Plenaranfrage vom 29.3.2011 zufolge müssen Abschiebungsgefangene in Bayern seit Dezember 2010 getrennt von verurteilten Straftätern untergebracht werden, außer der jeweilige Gefangene wünscht dies, um mit seinen Landsleuten zusammen zu sein.

21 Artikel 37 (b) der UN-Kinderrechtskonvention bestimmt, dass die Inhaftierung von Kindern nur als letztes Mittel angewendet werden darf.

22 Coming Home ist ein Projekt der Stadt München, welches die freiwillige Rückkehr von MigrantInnen und abgelehnten Asylsuchenden durch Beratung und Finanzierung unterstützt. Es bietet außerdem soziale Unterstützung für Personen in Abschiebungshaft durch die Finanzierung von DolmetscherInnen für NGOs bei ihren Besuchen in den Haftanstalten.

23 Männliche Inhaftierte sind auf einer separaten Etage innerhalb des Gefängnisses untergebracht. Diese ist jedoch nicht völlig vom Rest des Hauses getrennt, da Untersuchungshäftlinge sie mehrmals am Tag passieren. Minderjährige, die abgeschoben werden sollen, werden üblicherweise im Jugendtrakt des Gefängnisses inhaftiert. In der Jugendabteilung gibt es ein größeres Angebot an Aktivitäten. Allerdings haben die Minderjährigen ständig Kontakt mit jungen Untersuchungshäftlingen. Dies entspricht nicht der Leitlinie Nr. 10 der „20 Leitlinien zur Frage der erzwungenen Rückkehr“ des Europäischen Rates, in der es heißt: „Personen, die vor ihrer Abschiebung aus dem Staatsgebiet inhaftiert werden, sollten üblicherweise nicht zusammen mit gewöhnlichen Häftlingen – verurteilten Straftätern oder Untersuchungshäftlingen – untergebracht werden.“ Die Leitlinien werden unter Punkt 3 der EU-Rückführungsrichtlinie genannt und können daher als Maßstab für Abschiebungshaft in allen EU-Mitgliedsstaaten betrachtet werden.

DIE SITUATION VON FRAUEN IM MÜNCHNER GEFÄNGNIS

Aufgrund der begrenzten Anzahl von Frauen, die ihre Abschiebung erwarten, gibt es keine separaten Einrichtungen für Frauen in Abschiebungshaft. Die Frauen werden daher in gemeinsamen Räumlichkeiten mit weiblichen Untersuchungshäftlingen untergebracht. Für die inhaftierten Frauen stellt die Situation in der Abschiebungshaft in München somit eine besondere Notlage dar.

Infolge von regelmäßigen Treffen mit dem zuständigen Gefängnispersonal und gemeinsamen Anstrengungen zur Verbesserung der Bedingungen, konnten seit Juni 2011 einige **Verbesserungen** erreicht werden:

- Freiwilligen HelferInnen, die offiziell Zugang haben (jedoch keinen „regulären“ Besucher), ist es nun gestattet, den inhaftierten Frauen Zeitungen/Zeitschriften, Wörterbücher und manchmal Süßigkeiten mitzubringen.
- Der Sozialdienst arbeitet eng mit den Freiwilligendiensten zusammen, um die Kommunikation und Information zwischen Flüchtlingen und ihren Familien sowie zwischen Flüchtlingen und freiwilligen HelferInnen zu erleichtern; der Sozialdienst leitet auf Anfrage auch wichtige Informationen, die für die Gewährung von Asyl oder die Abschiebung etc. von Belang sind, an die betreffende Behörde oder den Dienst weiter.

Nichtsdestoweniger besteht weiterhin die dringende Notwendigkeit, die **folgenden Missstände für Frauen in Abschiebungshaft** zu beheben:

Kommunikation und Information:

- a. Weiterhin gibt es keine (rechtzeitige) fremdsprachliche Information, über die Gründe und die voraussichtliche Dauer der Abschiebungshaft, und auch nicht bezüglich der üblichen Verfahren, die mit der Inhaftierung einhergehen (z.B. verpflichtende Tests auf ansteckende Krankheiten, Anhörung durch den Haftrichter; ausgenommen die Informationen, die unmittelbar im Gerichtsverfahren weitergegeben werden), noch bezüglich der Rechte während der Haft (z.B. zeitnahe Information von Familienangehörigen über die Inhaftierung oder das Recht, die Mitwirkung an einer vorzeitigen Beantragung eines vorläufigen Reisepasses noch im laufenden Asylverfahren zu verweigern). Die Stadtverwaltung München sollte mehrsprachige Informationen bereitstellen, doch bis dato ist dies noch nicht einmal in Vorbereitung.
- b. Üblicherweise stehen keine DolmetscherInnen zur Verfügung (außer bei der Anhörung zum Asylantrag oder polizeilichen Vernehmungen sowie bei der gerichtlichen Anhörung), was die Frauen in Abschiebungshaft einem enormen Stress aussetzt und die freiwilligen HelferInnen damit belastet, DolmetscherInnen zu organisieren und zu finanzieren, um innerhalb der kurzen Besuchszeiten (inzwischen maximal 4 Stunden/Monat) relevante Informationen zu bekommen.
- c. Mobiltelefone werden von der Polizei einbehalten und sind oft nicht rechtzeitig oder gar nicht zugänglich, um die wichtigsten Telefonnummern von Familienangehörigen oder anderen Dritten zu bekommen. Zugang zu einem Telefon ist nur während der Sprechzeiten einer in Teilzeit beschäftigten Sozialarbeiterin im Sozialbüro möglich, und es dauert oft mehrere Tage oder sogar Wochen, um dies zu organisieren. Das setzt die meisten Frauen stark unter Stress, da sie sich Sorgen um ihre Situation und um ihre Familienangehörigen machen. Um ihr Mobiltelefon nach der polizeilichen Untersuchung zurückzubekommen, sind die Frauen stark auf die Unterstützung freiwilliger HelferInnen angewiesen (Übersetzung des Antrages, das Mobiltelefon zurückzuerhalten etc.).

Unterbringung:

- d. Es gibt keine separate Etage/Abteilung wie es die in der EU-Rückführungsrichtlinie definierten Haftbedingungen vorschreiben. Auch wenn das Gefängnispersonal die Rechte der inhaftierten Frauen zu wahren sucht und auch sensibel mit den sozialen/psychischen Bedürfnissen der Frauen umgeht, lässt das überfüllte Gefängnis keine angemessene Anwendung der Rückführungsrichtlinie zu.

FALLBEISPIEL:

Ende Juli 2011 wurden fünf Frauen in einer Zelle untergebracht, die mit vier Betten ausgestattet war. Eine der Frauen musste auf einer Matratze auf dem Boden schlafen – was enormen Stress bedeutete, zumal eine der fünf Frauen zu der Zeit von der Polizei als Betroffene von Menschenhandel vernommen wurde. Die einzige Alternative hätte bedeutet, eine der Frauen in einer Einzelzelle unterzubringen, was für die betroffene Frau als nicht vertretbar erschien (mögliches Risiko eines Suizidversuchs);

- e. Frauen in Abschiebungshaft werden unter denselben Haftbedingungen wie weibliche Untersuchungshäftlinge untergebracht, außer es steht eine angemessene Zelle zur Verfügung. Die Zuweisung der Frauen ist abhängig von solchen Kriterien wie ob sie Raucherin oder Nichtraucherin sind, ob sie medizinische oder psychologische Unterstützung brauchen, ob sie berechtigt sind zu arbeiten (was jungen Frauen manchmal gestattet ist). Es gibt nur eine Etage, wo die Frauen in Abschiebungshaft bessere Bedingungen haben, wie die Möglichkeit, sich vormittags frei auf dem Flur zu bewegen und ihre eigene Kleidung statt Gefängniskluft zu tragen.

ABSCHIEBUNGSHAFT IN BERLIN-KÖPENICK:

Nach der Festnahme wird jedeR Betroffene zunächst zu einer zentralen **Gefangenensammelstelle** am Tempelhofer Damm gebracht, wo ansonsten Personen zur Gefahrenabwehr oder strafrechtlichen Verfolgung festgehalten werden. Den Berichten einiger Inhaftierter zufolge, insbesondere solcher, die unter Traumatisierung etc. leiden, gleicht die erste Nacht dort einem Alptraum. Die einzelnen Zellen sind sehr eng und vor allem für Frauen, beispielsweise mit einem muslimischen Hintergrund, ist die Isolation die reinste Tortur. In den Zellen gibt es keine sanitären Anlagen, sodass die Inhaftierten die Polizeibeamten oder das Wachpersonal rufen müssen, um auf die Toilette gehen zu können.

Zur Teilnahme an der Anhörung beim Amtsgericht, wo entschieden wird, ob die Haft verlängert wird, werden die Inhaftierten wieder zur Gefangenensammelstelle zurückgebracht, da sich das Amtsgericht dort befindet. Selbst für kürzere Termine werden Inhaftierte dort üblicherweise einen ganzen Tag lang in Einzelhaft und unter den besagten erschwerten Bedingungen festgehalten (kein Essen, unfreundliche Behandlung, Isolation).

Frauen bedürfen häufig des besonderen Schutzes, insbesondere dann, wenn Sie Opfer von Menschenhandel oder anderen Formen von Gewalt geworden sind. Es ist wahrscheinlich, dass die Inhaftierung eine Retraumatisierung auslöst²⁴, da die Betroffenen Angst erleben und das Gefühl haben, nicht als Opfer, sondern wie Kriminelle behandelt zu werden. Außerdem leiden Frauen tendenziell stärker unter **Isolation**, da sie zahlenmäßig wenige sind und sprachliche Hürden die Kommunikation mit anderen Frauen erschweren.

Transporte zum Gericht, Arzt usw. werden in kleinen Gefangenentransportern mit sehr kleinen Zellen durchgeführt, die die Gefangenen einzwängen und manchmal zu Platzangst führen.

Es gibt fast keine Möglichkeit zu arbeiten und **zu wenige Aktivitäten** in der Abschiebungshaftanstalt. Hin und wieder bieten NGOs, ein örtlicher Sportverein oder Einzelpersonen Aktivitäten an; die SeelsorgerInnen bieten regelmäßig Gottesdienste an. Fehlende Betätigung und die Unsicherheit bezüglich der Zukunft sind oft eine schwere psychische Last.

Die Inhaftierten bekommen **keine Pflichtverteidiger**. In vielen Fällen, in denen Inhaftierte jedoch die Unterstützung eines Rechtsbeistandes hatten, wurden sie letztendlich aus der Abschiebungshaft entlassen oder erhielten sogar eine Aufenthaltserlaubnis für die Bundesrepublik (z.B. aus humanitären Gründen aufgrund von Verfolgung, Menschenhandel, Minderjährigkeit usw.). Der Jesuiten-Flüchtlingsdienst bietet finanzielle Unterstützung für rechtlichen Beistand. Von den Inhaftierten, deren Verfahren finanzielle Unterstützung erhielten, sind in den letzten fünf Jahren durchschnittlich zwei Drittel entlassen worden.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Es besteht keine Pflicht zu einer **medizinischen Untersuchung bei Ankunft in der Haftanstalt**, abgesehen von einem Tuberkulosestest (der manchmal verspätet durchgeführt wird). Es gibt keine systematischen Untersuchungen auf psychische Erkrankungen oder Traumatisierung. Daher entgehen der Einrichtung manchmal wichtige Informationen, die anzeigen würden, ob die betroffene Person tatsächlich in der psychischen und körperlichen Verfassung ist, inhaftiert und abgeschoben werden zu können.

Während der Inhaftierung bietet der Polizeiarztliche Dienst Inhaftierten unter der Woche tagsüber Zugang zu ÄrztInnen sowie einmal wöchentlich zu einem psychiatrischen Arzt. Zu allen anderen Zeiten kann ein Arzt gerufen werden (Bereitschaftsdienst). Eine Untersuchung durch

²⁴ Wenk-Ansohn, M. & Schock, K. (2008). Verlauf chronischer Traumafolgen – zum Begriff „Retraumatisierung“, ZPPM, 6.Jg. Heft 4. 59-72.

einen unabhängigen Psychiater/Psychologen wird normalerweise jedoch nicht gestattet. Die SeelsorgerInnen haben die Erfahrung gemacht, dass der Polizeipsychiater zwar Untersuchungen durchführt, den Inhaftierten jedoch nicht offenbart, worauf seine Diagnose basiert. Seine Untersuchungsergebnisse, die begründen, warum eine Person hafttauglich ist oder mit dem Flugzeug reisen kann, sind manchmal sogar vom Gericht infrage gestellt worden. Inhaftierte berichten häufig, dass sie den Ärzten des Polizeiärztlichen Dienstes nicht trauen und ihnen ihre psychischen Beschwerden und ihre persönliche Anamnese nicht darlegen wollen.

In Fällen, in denen Inhaftierte von **einem/einer unabhängigen Arzt/Ärztin** untersucht werden wollen, muss der Polizeiärztliche Dienst seine Zustimmung geben und ist bei der ärztlichen Untersuchung anwesend, so dass unabhängige ÄrztInnen die Inhaftierten nicht allein untersuchen können. Außerdem müssen Inhaftierte die Kosten für eine unabhängige Untersuchung selbst tragen, ebenso die Kosten für eine/n unabhängige/n DolmetscherIn. In der Praxis gibt es daher keine freie Arztwahl und es ist nahezu unmöglich, in der Abschiebungshaftanstalt unabhängige ärztliche/psychologische Untersuchungen durchzuführen.

FALLBEISPIELE:

Im August 2011 wurde das Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) von einem Anwalt gebeten, seinen Klienten zu untersuchen, der zu der Zeit inhaftiert war. Der Inhaftierte berichtete von psychischen Problemen, die auf mögliche traumatische Erfahrungen in seiner Vergangenheit schließen ließen. In einem vorliegenden Krankenbericht (von einem Amtsarzt) war bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung beschrieben worden. Der Antrag auf einen Termin für eine unabhängige, vertrauliche, unbeaufsichtigte Anamnese und ärztliche Untersuchung des Inhaftierten durch PsychotherapeutInnen des bzfo wurde von der Verwaltung der Abschiebungshaftanstalt abgelehnt. Die Gewahrsamsordnung Berlin gestattet die ärztliche Untersuchung durch einen unabhängigen Experten nur dann, wenn die Untersuchung in Anwesenheit des vom Polizeiärztlichen Dienst gestellten Arztes stattfindet. Auf diese Bedingung wollten sich die MitarbeiterInnen des bzfo nicht einlassen, da eine psychologische Untersuchung in einem vertraulichen Rahmen stattfinden muss²⁵.

In einem anderen aktuellen Fall aus 2011 stellte ein Richter am Amtsgericht die Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes eines Inhaftierten durch den Polizeiärztlichen Dienst in Frage. Der Richter wies darauf hin, dass es nicht ausreicht, einfach zu behaupten, eine Person sei „haft- und flugtauglich“, wenn es Anzeichen für körperliche und psychische Probleme gebe. Stattdessen sei es erforderlich, detailliert darzulegen, warum die betroffene Person trotzdem inhaftiert und abgeschoben werden könne.

In der Abschiebungshaft fallen psychische Probleme häufig erst dann auf, wenn ein Selbstmordversuch unternommen wurde. Abschiebungsgefangene werden dann in eine bestimmte psychiatrische Klinik eingewiesen. Jedes Jahr erhält das Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) von dieser Klinik mehrere Anfragen für eine Weiterbehandlung von PatientInnen, die aufgrund von Folter oder Kriegsgewalt in ihren Heimatländern mit einer schweren traumabedingten Symptomatik diagnostiziert wurden und deren psychischer Zustand sich nun nach einer Inhaftierung und drohenden Abschiebung erheblich verschlechtert hat.

Die **Kommunikation** mit PatientInnen **zu medizinischen Untersuchungsergebnissen** ist unzureichend. Im Allgemeinen werden keine Kopien der Untersuchungsergebnisse herausgegeben. Diagnosen werden nur mündlich übermittelt, wobei es keine oder keine angemessene

25 Zur Notwendigkeit von Vertraulichkeit für ärztliche/psychologische Untersuchungen siehe z.B. die Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften („Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW“). Unter Richtlinie 10 heißt es in Bezug auf Vertraulichkeit: Die ärztliche Schweigepflicht muss in jedem Fall nach den gleichen rechtlichen Vorschriften gewahrt werden, welche für Personen in Freiheit gelten.

Übersetzung gibt und die Bedeutung der Ergebnisse nicht erklärt wird.

Die **Verabreichung von Medikamenten** wird den PatientInnen oft nicht transparent gemacht – sie wissen nicht, welche Medikamente sie zu welchem Zweck erhalten. Der Beipackzettel wird Inhaftierten nur manchmal auf Anfrage ausgehändigt, meist ist er in einer Sprache verfasst, die für die/den Inhaftierte/n nicht verständlich ist.

Inhaftierte erhalten nie einen **medizinischen Bericht** zu Ergebnissen von Untersuchungen, die während der Zeit in Abschiebungshaft gemacht wurden. Selbst wenn sie Polizeiärzte ermächtigen, ihren Rechtsanwältinnen/-innen oder SeelsorgerInnen vertrauliche Informationen weiterzugeben, weigern sich die Ärzten, dies zu tun. Zurzeit gibt es eine anhaltende Debatte darüber, ob Anwälte/Anwältinnen oder SeelsorgerInnen Zugang zu den Akten und medizinischen Berichten von Inhaftierten bekommen können.

FLUGHAFENVERFAHREN IN FRANKFURT A. M.²⁶

2.3

Bis jetzt ist die Situation von möglicherweise traumatisierten Asylsuchenden, die nur das Flughafenverfahren durchlaufen, besonders mangelhaft. Im Flughafenverfahren wird kein Screening auf psychische Gesundheitsprobleme durchgeführt.

Asylsuchende, die am Internationalen Flughafen in Frankfurt ankommen und dort an der Grenzkontrolle einen Asylantrag stellen, jedoch ohne gültigen oder mit einem gefälschten Reisedokument gereist sind, oder die über ein sicheres Drittland nach Deutschland eingereist sind, werden in die Flüchtlingsunterkunft innerhalb des Transitbereichs des Flughafens gebracht (Verfahren im Falle der Einreise auf dem Luftweg, § 18a des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG)). Diese Asylsuchenden müssen in der Flüchtlingsunterkunft bleiben, bis ihnen die Einreise nach Deutschland gestattet wird, oder – im Falle eines negativen Asylbescheids – bis sie in das Land zurückgeschickt werden, aus dem sie gekommen sind (Zurückweisung). Die Flüchtlingsunterkunft in Frankfurt ist eine geschlossene Einrichtung. Das Gebäude wird von außen von der Bundespolizei bewacht und im Inneren von einer vom Land Hessen beauftragten privaten Sicherheitsfirma.

Seit Oktober 2009 diskutieren der Kirchliche Flüchtlingsdienst und andere NGOs die Situation der Flüchtlinge am Flughafen Frankfurt mit der verantwortlichen Verwaltung der Flüchtlingsunterkunft. Die Diskussionen haben zu einer Verbesserung bestimmter Bedingungen in der Flüchtlingsunterkunft geführt. Für bestimmte problematische Fälle suchen die NGOs mit der verantwortlichen Verwaltung nach einer angemessenen Lösung.

Einige der Asylsuchenden sind besonders schutzbedürftig. Für Traumatisierte oder unbegleitete Minderjährige ist das Flughafenverfahren besonders hart und aufreibend.

Traumatisierte Flüchtlinge

Insbesondere traumatisierten Flüchtlingen macht das komplizierte Flughafenverfahren zu schaffen. Nach ihrer Ankunft werden die Flüchtlinge mehrmals befragt und müssen sich auf die Vernehmungen vorbereiten. Traumatisierte Asylsuchende sind jedoch oft nicht in der Lage, ihre Gründe für das Asylgesuch darzulegen, da sie durch das Trauma emotional und mental belastet sind. Sie bräuchten mehr Zeit, um sich auf die Befragungen vorzubereiten. Darüber hinaus gibt es noch immer kein systematisches Verfahren, um festzustellen, ob ein Asylsuchender traumatisiert ist. Diese Asylsuchenden brauchen professionelle Unterstützung, um über die Ereignisse sprechen zu können, die das Trauma ausgelöst haben. Innerhalb des eng gesteckten Zeitrahmens des Flughafenverfahrens ist dies jedoch nicht möglich. Asylsuchende, die Anzeichen einer Traumatisierung zeigen, sollten daher sofort nach Deutschland einreisen dürfen, nachdem sie

²⁶ Kirchlicher Flüchtlingsdienst am Flughafen Frankfurt a. M..

durch die Bundespolizei vernommen wurden, damit sie die entsprechende Unterstützung bekommen und dann mit der Anhörung für das Asylverfahren fortfahren zu können.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden während des Flughafenverfahrens ebenfalls in der Flüchtlingsunterkunft am Flughafen Frankfurt untergebracht, obwohl die Richtlinie des Europäischen Rates 2003/9/EG besagt, dass unbegleitete Minderjährige unter 16 Jahren nicht in einer Flüchtlingsunterkunft untergebracht sein sollen, in der auch Erwachsene einquartiert sind. Sie sollten stattdessen in einem Kinderheim oder einer Pflegefamilie untergebracht werden. Hinzu kommt, dass sie zusammen mit Abschiebungsgefangenen untergebracht sind. Die negative Atmosphäre, die dieses Umfeld erzeugt, wirkt sich beeinträchtigend auf die unbegleiteten Minderjährigen aus.

Internetzugang für Asylsuchende

In der Flüchtlingsunterkunft am Flughafen Frankfurt haben Asylsuchende keinen Zugang zum Internet. Daher ist es den Flüchtlingen nicht möglich, Informationen über die Situation in ihrem Heimatland zu erhalten und an Dokumente sowie Beweismittel heranzukommen, die ihren Asylanspruch untermauern könnten. Es besteht z.Zt. für Asylsuchende die Möglichkeit, an eine bestimmte E-Mail-Adresse Unterlagen senden zu lassen. Es ist aber nicht ausreichend. Bestimmte Berichte in den Medien und Zeitungen über Ereignisse im Heimatland der Asylsuchenden können zur Glaubhaftmachung der Angaben sehr hilfreich sein.

Familien mit Kindern

Flüchtlinge, die ihre Abschiebung erwarten, müssen in der Flüchtlingsunterkunft am Flughafen Frankfurt bleiben. In manchen Fällen müssen Flüchtlinge einige Monate warten, bevor sie zurückgeführt werden. Diese Situation wirkt sich negativ auf die allgemeine Stimmung in der Flüchtlingsunterkunft aus. Für die Asylsuchenden ist dies eine psychische Belastungssituation, vor allem für Familien mit kleinen Kindern. Außerdem ist die Flüchtlingsunterkunft als geschlossene Einrichtung kein angemessener Aufenthaltsort für Kinder. Daher sollten Kinder und ihre Eltern nicht über einen längeren Zeitraum dort untergebracht sein.

2.4

ALLGEMEINE BEMERKUNGEN

(A) GRUNDPROBLEM DER FEHLENDEN ERKENNUNG VON FOLTEROPFERN UND PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Unter den abgelehnten Asylsuchenden, die abgeschoben werden sollen, sind auch traumatisierte und kranke Personen, die jedoch nicht als besonders hilfebedürftige Personen nach Artikel 17 Abs. 2 der EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten²⁷ erkannt wurden und deren Asylanträge abgelehnt wurden. Bis jetzt hat die Bundesrepublik nicht in allen Bundesländern ein Verfahren zur Identifizierung von besonders hilfebedürftigen Asylsuchenden eingeführt.²⁸

Bei ihrer Ankunft haben Asylsuchende häufig nicht die Möglichkeit, von einem/r PsychiaterIn oder einer/m PsychotherapeutIn untersucht zu werden, der/die auf traumabedingte Probleme und interkulturelle Diagnostik spezialisiert ist. Der Zugang zu spezialisierten PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen ist begrenzt, da es im regulären Gesundheitssystem nur eine begrenzte

²⁷ Richtlinie des Rates 2003/9/EC vom 27. Januar 2003.

²⁸ Bericht der Kommission an den Europäischen Rat und das EU-Parlament zur Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern. Brüssel, 26.11.2007. KOM (2007) 745. Endfassung.

Anzahl ausgebildeter ExpertInnen gibt und außerdem nur wenige und zu wenig finanziell ausgestattete Zentren zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen zur Verfügung stehen.

Auch wenn Asylsuchende die Möglichkeit haben untersucht und behandelt zu werden, werden die ärztlichen/psychologischen Berichte/Stellungnahmen von GesundheitsexpertInnen in vielen Fällen von den Asylverfahrensbehörden oder Richtern nicht als ausreichend aussagekräftig anerkannt.

Eine psychologische Studie²⁹ zeigte, dass Entscheidungsträger in den Asylverfahren des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) selbst nach einigem Training nicht in der Lage sind, eine Traumatisierung zu erkennen. Bei jeglichen Anzeichen von Folter oder Traumatisierung haben Entscheidungsträger des BAMF die Möglichkeit, ein Expertengutachten anzufordern – entweder vom behandelnden Therapeuten/der Therapeutin des Asylsuchenden oder von unabhängigen medizinischen/psychologischen ExpertInnen, die entsprechend des Istanbul-Protokolls und den „Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen“ (SBPM-Standards)³⁰ ausgebildet sind. Nach dem Kenntnisstand der Behandlungszentren, werden Expertengutachten sehr selten angefordert. Von dieser Möglichkeit, traumatisierte Personen zu erkennen und somit das Asylverfahren zu verbessern, wird nicht in genügendem Maße Gebrauch gemacht. In Berlin hat es seit 2007 eine Verbesserung gegeben: die Außenstelle des BAMF richtet manchmal zusätzliche Fragen an den Psychotherapeuten des bzfo, wenn ein Bericht eingereicht worden ist.

Es kommt daher nicht selten vor, dass ein/e Asylsuchende/r, der/die durch Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung im Heimatland traumatisiert ist, nach Ablehnung seines/ihrer Asylantrags in Abschiebungshaft genommen wird. Auch von den Personen, die aufgrund einer illegalen Einreise in Abschiebungshaft genommen werden ohne die Möglichkeit zu haben vorher ein Asylgesuch einzureichen, sind manche möglicherweise Folteropfer oder leiden an psychischen Erkrankungen.

FALLBEISPIEL³¹:

Der Asylantrag eines Asylsuchenden wurde nach einer Anhörung im Flughafenverfahren in Düsseldorf abgelehnt. Nach der Ablehnung seines Asylantrags erlitt er einen Nervenzusammenbruch und war suizidgefährdet. Im Oktober wurde er in einem geschlossenen Teil eines Krankenhauses in der Nähe des Flughafens ärztlich/psychologisch untersucht. Der Asylsuchende vermittelte glaubhaft, dass er jahrelang in seinem Heimatland gefoltert wurde. Diese Tatsache konnte er bei der Asylvernehmung nicht darlegen, da er damals zu nervös und verängstigt war. Bei der Untersuchung durch den Arzt wurden durch Folterung beigebrachte Narben sowie eine schwere Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Nach der Untersuchung wurde der Person Asyl nach Artikel 16 des Grundgesetzes gewährt.

29 „Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis“, Gaebel, Ulrike; Ruf, Martina; Schauer, Maggie; Odenwald, Michael; Neuner, Frank. – in: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 2006. S. 12-20.

30 Mitglieder der SBPM-Arbeitsgruppe: H. W. Gierlichs, F. Haenel, F. Hennigsen, E. v. Keuck, H. Spranger, M. Wenk-Ansohn, W. Wirtgen. Literatur: „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren“, Haenel, F. / Wenk-Ansohn, M. (Hrsg.), 2004; siehe auch www.sbp.de.

31 Der Fall wurde vorgestellt von Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs, Facharzt für innere Medizin, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, zertifizierter medizinisch-psychologischer Experte und zuständig für Gutachten in Asylverfahren bei der Ärztekammer NRW. Bemerkung: In einigen Bundesländern gibt es Listen speziell ausgebildeter ExpertInnen (SBPM/Istanbul-Protokoll) bei den Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern.

EMPFEHLUNGEN:

Die Bundesregierung muss sicherstellen, dass **Asylsuchende mit speziellen medizinischen Bedarfen oder einem vorangegangenen Trauma bereits in einem frühen Stadium** ihres Aufenthalts in Deutschland **identifiziert werden**. Die frühzeitige Identifizierung sollte in allen Bundesländern von unabhängigen, speziell dafür ausgebildeten GesundheitsexpertInnen durchgeführt werden.

Wenn Anzeichen von Folterung oder Traumatisierung zu irgendeinem Zeitpunkt während des Asylverfahrens festgestellt werden, sollte zusätzlich zu der persönlichen Anhörung seitens der Asylbehörden eine ärztliche/psychologische Untersuchung und ein Bericht (Begutachtung) durch eine/n speziell ausgebildete/n GesundheitsexpertIn gewährt werden.

(B) DAUER DER ABSCHIEBUNGSHAFT

Gemäß § 62 des Aufenthaltsgesetzes ist die Abschiebungshaft bis zu einer Dauer von 18 Monaten möglich. Auch der Entwurf der Bundesregierung zur Umsetzung der EU-Richtlinie über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger (Richtlinie 2008/115/EG) gestattet die Inhaftnahme bis zu 18 Monaten.³²

Aus menschenrechtlicher Sicht ist diese Dauer jedoch nicht verhältnismäßig. Die Freiheit eines Menschen ist ein hohes Rechtsgut und die Intervention des Staates ist nur aus wichtigen Gründen gerechtfertigt. Abschiebungshaft ist keine strafrechtliche Haft, sondern ermöglicht lediglich dem Staat, die Abschiebung umzusetzen; sie ist daher nur als Instrument der **Ultima Ratio** anzuwenden, wenn weniger einschneidende Maßnahmen (z.B. Meldepflicht oder Kaution) nicht ausreichen. Die 18-monatige Inhaftierung einer Person zum Zwecke der Abschiebung lässt sich angesichts des für alle beteiligten Behörden geltenden Beschleunigungsgrundsatzes, der aus dem Verhältnismäßigkeitsprinzip folgt, nicht rechtfertigen.³³

Ein Vergleich mit der Strafprozessordnung zeigt, dass die Untersuchungshaft grundsätzlich bis zu einer Dauer von 6 Monaten erlaubt ist. Eine längere Haftdauer muss von einem höheren Gericht wie dem Oberlandesgericht (OLG) oder dem Bundesgerichtshof (BGH) angeordnet werden. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit muss sowohl von der EU als auch vom deutschen Gesetzgeber aufrechterhalten werden. Eine 18 Monate andauernde Abschiebungshaft ist unverhältnismäßig.

(C) INHAFTIERUNG UNBEGLEITETER MINDERJÄHRIGER

Die Praxis der Inhaftierung unbegleiteter Minderjähriger in Abschiebungshaftanstalten ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Manche Länder handhaben die Inhaftierung sehr streng, manche inhaftieren Minderjährige über 14, andere solche über 16 Jahren.³⁴ In Berlin sind beispielsweise in den vergangenen Monaten keine Minderjährigen in Abschiebungshaft genommen worden.

In ihrem Entwurf der Umsetzung der EU-Richtlinie zur Rückführung Drittstaatenangehöriger schließt die Bundesregierung die Abschiebung unbegleiteter Minderjähriger nicht aus. Auch die EU-Richtlinie schließt die Abschiebungshaft von unbegleiteten Minderjährigen nicht grundsätzlich aus. Seit Juni 2010 ist in der Bundesrepublik Deutschland jedoch die UN-Kinderrechtskonvention un-

³² Siehe Artikel 15 Abs. 5 und 6.

³³ Deutsches Institut für Menschenrechte, Policy Paper, Hendrik Cremer, „Abschiebungshaft und Menschenrechte“, S. 5, 6.

³⁴ Deutsches Institut für Menschenrechte, Policy Paper, Hendrik Cremer, „Abschiebungshaft und Menschenrechte“, S. 7.

eingeschränkt gültig. Der Definition (aus Art. 1 des Übereinkommens) zufolge ist ein Kind jeder Mensch unter 18 Jahren, unabhängig von Nationalität und Aufenthaltsstatus. In mehreren Artikeln verpflichtet das Übereinkommen die Unterzeichnerstaaten dazu, zum Wohle des Kindes zu handeln, ein Leitgedanke, der dem Übereinkommen zugrunde liegt (u.a. Art. 3 Abs. 1). Daher muss das Kriterium des Kindeswohls bei innerstaatlichen Gesetzesentwürfen berücksichtigt werden.³⁵

In Situationen, in denen das Kind von seinem familiären Umfeld getrennt ist, hat es Anspruch auf den besonderen Schutz und Beistand des Staates entsprechend der nationalen Gesetze (Art. 20). Die Kinderrechtskonvention sieht ausdrücklich vor, dass diese Pflicht auch gegenüber Minderjährigen in Asylverfahren gilt (Art. 22). Daher ist die Kinder- und Jugendhilfe nach dem Sozialgesetzbuch VIII anzuwenden, welche die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen im Falle der Abwesenheit elterlicher Fürsorge regelt. Nach den Richtlinien der Kinderrechtskonvention ist die Inhaftierung eines unbegleiteten Minderjährigen zum Zwecke der Abschiebung nicht erlaubt, da dieser Zweck nicht vom Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und dem dabei zu berücksichtigendem Kindeswohl getragen wird. Vielmehr muss das Kind entsprechend den Vorschriften der Kinder- und Jugendhilfe untergebracht werden.³⁶ Gemäß dem zugrundeliegenden Konzept des „Kindeswohls“ und Artikel 20 des Übereinkommens ist die Ingewahrsamnahme unbegleiteter Minderjähriger in Abschiebungshaft ein klarer Verstoß gegen die Verpflichtung des Staates zur Wahrung des Kindeswohls und letztlich gegen die Kinderrechtskonvention.³⁷

EMPFEHLUNGEN:

Die Bundesregierung sollte aufgefordert werden:

(Haftentscheidung)

- **Folteropfer, unbegleitete Minderjährige und andere schutzbedürftige Gruppen und traumatisierte Personen nicht** in Abschiebungsgefängnissen **zu inhaftieren**, auch nicht für kurze Zeit, da für sie ein hohes Risiko der Re-Traumatisierung / ernsthaften Verschlimmerung ihrer psychischen Symptomatik besteht;
- Für nicht oben benannte Personen sicherzustellen, dass die Abschiebungshaft ausschließlich als **Ausnahme und als letztes Mittel** eingesetzt wird;

(Grundsätzliche Schutzmaßnahmen)

- Die Inhaftierten über die Gründe für die Abschiebungshaft, die Dauer ihrer Inhaftierung und die Abläufe in der Haft sowie ihre Rechte zu informieren;
- Für einen kostenlosen **DolmetscherInnenendienst** zu sorgen – zur Übermittlung aller verfahrensrelevanten Informationen sowie für alle Fragen der medizinischen Versorgung;
- Gleich nach der Inhaftierung Zugang zu einer **Rechtsberatung** sicherzustellen;
- **Unverzüglich** nachdem eine Person in die Abschiebungshaft gebracht wird, eine **ärztliche Untersuchung mit einer sorgfältigen psychologischen Untersuchung** zu gewährleisten, um abzuklären, ob der Gesundheitszustand eine Haft zulässt, um eine Re-Traumatisierung und eine Verschlimmerung der Depressionen, Ängste und Suizidversuche in der Haft zu vermeiden. Die Untersuchung muss von GesundheitsexpertInnen durchgeführt werden, die auf traumabedingte psychische Symptomatiken und interkulturelle Diagnostik spezialisiert sind.
- Das **Recht** des/der Inhaftierten **auf Kommunikation** mit Familie, Verwandten, FreundInnen und NGOs sicherzustellen.

35 Ibid. S 8.

36 Ibid. S. 9.

37 Ibid. S. 9-10.

(Haftbedingungen)

- für **Haftbedingungen** zu sorgen, die den Verwaltungscharakter der Abschiebungshaft widerspiegeln und die Gesundheit der Inhaftierten, insbesondere schutzbedürftiger Gruppen, gewährleisten (z.B. Kleidung, Aktivitäten);
- die **maximale Dauer** der Abschiebungshaft von 18 Monaten **erheblich zu reduzieren**;
- sicherzustellen, dass in allen Bundesländern Abschiebungsgefangene **getrennt** von regulären Gefangenen – ob verurteilte Straftäter oder Untersuchungshäftlinge – **untergebracht** werden;
- Inhaftierten Zugang zu einem/r **unabhängigen Arzt/Ärztin, PsychologIn** oder einem spezialisierten Zentrum zur Behandlung von Folteropfern zu gewähren, damit sie adäquate Diagnostik und Behandlung erhalten – ohne die Anwesenheit von MitarbeiterInnen der Abschiebungshaftanstalt oder des Polizeiarztlichen Dienstes.

(Fortbildung)

- **regelmäßige Fortbildungen** von GefängnisbeamtenInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen zur angemessenen Betreuung von und zum Umgang mit Abschiebungsgefangenen und Menschen mit psychischen Problemen oder traumabedingten Syndromen sicherzustellen, um die Realisierung des Übereinkommens gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe zu fördern.

(Monitoring)

- die **nationalen Präventionsmechanismen** durch die Bundesstelle zur Verhütung von Folter und die Länderkommission zur Verhütung von Folter sicherzustellen, indem sie die nötigen finanziellen Mittel bereitstellt, um flächendeckende und regelmäßige Inspektionen von Abschiebungshaftanstalten sowie der Flüchtlingsunterkünfte an Flughäfen zu ermöglichen³⁸.

3

ABSCHIEBUNG

EINFÜHRUNG

Die Art der Maßnahmen zur zwangsweisen Durchsetzung der Abschiebung sind oft unverhältnismäßig und geeignet eine (Re-) Traumatisierung und Verschlechterung der psychischen Gesundheit herbeizuführen, insbesondere dann, wenn abgelehnte Asylsuchende in einer schlechten psychischen Verfassung und dadurch besonders vulnerabel sind.

Beispiele solcher Maßnahmen sind:

- Am frühen Morgen von mehreren PolizistInnen abgeführt zu werden, manchmal von maskierten Beamten;
- In Handschellen gelegt zu werden;
- Kinder, die manchmal eine gewalttätige Festnahme ihrer Eltern miterleben, wodurch sie Gefühlen von Hilflosigkeit und Panik und dem Risiko einer Traumatisierung ausgesetzt sind;
- Nur 30 Minuten Zeit zu bekommen, um persönliche Sachen zu packen; nicht die Erlaubnis zu bekommen, sich für den Transport umzuziehen;
- Verweigerung der Unterstützung durch den begleitenden Arzt/die Ärztin.

Die oben genannten unverhältnismäßig gewaltvollen oder erniedrigenden Maßnahmen setzen insbesondere traumatisierte Opfer von Folter oder Kriegsgewalt sowie Kinder einem hohen Risiko der (Re-) Traumatisierung aus. Doch auch für jeden anderen Menschen bedeuten die

³⁸ Gemäß den allgemeinen Grundsätzen von Artikel 1 und Artikeln 17 und 18 zu den nationalen Präventionsmechanismen des ratifizierten Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.

Bedingungen, unter denen die Abschiebungspraxis stattfindet, eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung. Die Bundesrepublik ist durch die EU-Rückführungsrichtlinie dazu verpflichtet, die Würde und körperliche Unversehrtheit eines Menschen sicherzustellen. Artikel 8, Abs. 4 der Richtlinie besagt:

„Machen die Mitgliedstaaten – als letztes Mittel – von Zwangsmaßnahmen zur Durchführung der Abschiebung von Widerstand leistenden Drittstaatsangehörigen Gebrauch, so müssen diese Maßnahmen verhältnismäßig sein und dürfen nicht über die Grenzen des Vertretbaren hinausgehen. Sie müssen nach dem einzelstaatlichen Recht im Einklang mit den Grundrechten und unter gebührender Berücksichtigung der Menschenwürde und körperlichen Unversehrtheit des betreffenden Drittstaatsangehörigen angewandt werden.“

KEINE AUSREICHENDE ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG VOR DER RÜCKFÜHRUNG AUF DEM LUFTWEG

Wie bereits in den abschließenden Bemerkungen des UN-Ausschusses gegen Folter (CAT/C/CR/32/7, 11.06.2004) zum Dritten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland unter Punkt D. Empfehlungen 5 (g) erklärt wird, sollte Deutschland „vor jeder Abschiebung auf dem Luftweg und, soweit sie scheitert, danach routinemäßig eine ärztliche Untersuchung an[zu]bieten“. Allerdings wird bis heute noch immer **keine qualifizierte psychologische, psychiatrische Untersuchung** vor der Abschiebung durchgeführt.³⁹

Selbst wenn die/der Betroffene in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung war oder eine psychische Erkrankung ärztlich bescheinigt wurde, überprüfen die ÄrztInnen nur die Flugreisetauglichkeit im Sinne einer körperlichen Untersuchung zur Reisefähigkeit. Die ÄrztInnen, die für die Beurteilung der Reisefähigkeit zuständig sind, sind nicht dazu ausgebildet, psychische Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. So wird die Gefahr einer massiven Verschlimmerung psychischer Krankheiten riskiert.

Die einreichenden Organisationen und die Bundesärztekammer fordern dagegen eine professionelle Beurteilung durch unabhängige PsychotherapeutInnen oder PsychiaterInnen, die für die interkulturelle Diagnostik von traumabedingten Erkrankungen und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen ausgebildet sind.

Ein „Informations- und Kriterienkatalog“ zur Beteiligung von ÄrztInnen bei Abschiebungen wurde 2004 von Mitgliedern der Innenministerien der Länder und einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer ausgearbeitet. Die Bestimmungen über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg (BestRückLuft) legen u.a. die Kriterien für die Untersuchung kranker Asylsuchender fest, die ausreisen müssen. Die Vorschriften besagen, dass bei der Untersuchung eine umfangreiche und detaillierte Begutachtung des Gesundheitszustandes unter Einbeziehung der vorhandenen Krankenberichte gemacht werden muss. Die ÄrztInnen / PsychologInnen müssen insbesondere die Gefahr der Re-Traumatisierung berücksichtigen. Der Katalog sieht eine spezielle Fortbildung der PsychotherapeutInnen gemäß den Standards der SBPM / des Istanbul-Protokolls vor.

Aufgrund von Entscheidungen der Innenministerien der Länder wurde dieser Katalog von 2004 leider nicht umgesetzt. Die Ärztekammern in verschiedenen Bundesländern bieten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen jedoch die erforderliche Spezialausbildung an.

³⁹ In ihrem fünften Staatenbericht nimmt die Bundesrepublik Deutschland wie folgt dazu Stellung: (Randnummer 159, Seite 27): „Aus Sicht der Bundesregierung entspricht die derzeitige Regelung in der internen Dienstanweisung der Bundespolizei über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg weitgehend den Wünschen des Ausschusses. Danach wird von den eine Rückführungsmaßnahme veranlassenden Landesbehörden bundesseitig erwartet, dass diese vor der Überstellung eines Rückzuführenden an die Bundespolizei eine aktuelle ärztliche Untersuchung im Hinblick auf dessen Flugreisetauglichkeit in den Fällen durchführen, in denen tatsächliche Anhaltspunkte für gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. Risiken bestehen, die Einfluss auf den Erfolg der Rückführung haben können.“

Eine weitere wichtige Frage ist die Überwachung von Zwangsrückführungen in allen Bundesländern. Ein Monitoring-System wurde an den Flughäfen Düsseldorf, Frankfurt und Hamburg eingeführt. Die bisherigen Erfahrungen der Monitoring-Stellen führten zu fruchtbaren Diskussionen zwischen staatlichen Institutionen und Nichtregierungsorganisationen.⁴⁰ Zur Sicherstellung der Grundrechte von Menschen, denen die Abschiebung droht, ist es notwendig, ein bundesweites Monitoring-System einzurichten. Nach Artikel 8 Abs.6 der EU-Rückführungsrichtlinie ist die Bundesrepublik verpflichtet, ein Beobachtungssystem bei der Durchführung von Abschiebungen einzurichten.

EMPFEHLUNGEN:

Die Bundesregierung muss sicherstellen:

- dass Flüchtlinge vor und während der Abschiebung eine verantwortungsvolle Behandlung erfahren und die Unantastbarkeit der Menschenwürde, wie sie im deutschen Grundgesetz (Artikel 1 und 2) und der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (Artikel 5) garantiert wird, erhalten bleibt.
- dass eine qualifizierte ärztliche / psychologische Untersuchung vor der Abschiebung durch eine/n unabhängige/n PsychotherapeutIn oder PsychiaterIn mit einer Ausbildung in der interkulturellen Diagnostik von traumabedingten Syndromen und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen durchgeführt wird. Bei der ärztlichen Beurteilung muss die besondere Hilfsbedürftigkeit von traumatisierten Menschen, vor allem die Gefahr der Re-Traumatisierung durch die Zwangsmaßnahmen oder die unfreiwillige Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen und Situationen während der Abschiebung oder bei Ankunft im Heimatland berücksichtigt werden.
- dass ein effektives Beobachtungssystem bei Abschiebungen in jedem Bundesland und an Flughäfen eingesetzt wird.

4

RÜCKFÜHRUNG IN LÄNDER, IN DENEN FOLTER PRAKTIZIERT WIRD

Die Bundesrepublik hat etwa 30 bilaterale Rückübernahmeabkommen abgeschlossen, um Personen zurückzuführen, bei denen eine Ausreisepflicht festgestellt wurde⁴¹.

2008 schloss die Bundesrepublik ein Rückübernahmeabkommen mit Syrien ab, das seit Januar 2009 in Kraft ist. Trotz politischer Spannungen und der schwierigen Menschenrechtssituation in Syrien gab das Bundesministerium des Innern erst im April 2011 eine Erklärung zur Aussetzung der Abschiebung nach Syrien ab. Allerdings hatte das Bundesaußenministerium bereits am 28.12.2009 explizit auf die Situation von zurückgeführten Personen und die drohende Gefahr der Inhaftierung und Folterung in Syrien hingewiesen. Zwischen Januar und März 2011 wurden 19 syrische StaatsbürgerInnen nach Syrien abgeschoben.⁴² Die Praxis der Rückübernahme nach Syrien stellt daher einen Verstoß gegen Artikel 3 des Übereinkommens dar.

40 Für eine Beschreibung bereits existierender Monitoring-Systeme und ihrer Arbeit siehe „Gemeinsames Positionspapier der Kirchen zur Abschiebungsbeobachtung“ vom April 2010.

41 http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/MigrationIntegration/Recht_EU/EU_III_Migration/Bekaempfung_der_illegalen_migration.html

42 Tageszeitung vom 29.04.2011 „Pakt mit den Unrechtsstaat“, www.taz.de/!69906/

FALLBEISPIEL⁴³:

Ein Kurde aus Syrien wurde im Februar 2006 nach einem erfolglosen Asylverfahren und einer Verhaftung wegen illegaler Einreise nach Syrien abgeschoben. Bei seiner Ankunft in Damaskus wurde er von der Flughafenpolizei festgehalten und am nächsten Tag zur Generaldirektion für Immigration und Pässe gebracht. Da das Amt geschlossen hatte, wurde er zu einem Gefängnis in Bab Musalla gebracht und zwei Tage lang dort inhaftiert. Nach zwei Tagen wurde er erneut zur Generaldirektion für Immigration und Pässe gebracht, wo seine persönlichen Daten festgehalten und er nach seinen Aktivitäten in Deutschland befragt wurde. Danach wurde er von der Direktion für Politische Sicherheit (Idarat al-Amn al-Siyasi) abgeführt und verhört.

Er wurde beschuldigt, Asyl beantragt zu haben und somit „die Regierung schlecht zu machen“ und das Syrische Regime im Ausland zu verunglimpfen. Er wurde auch beschuldigt, im Ausland an Demonstrationen und Protesten gegen das Regime teilgenommen zu haben. Er berichtete, dass die folgenden Folter- und Verhörmethoden angewendet wurden: verbale Erniedrigung und Verhöhnung, Verpflichtung sich zu Füßen des Vernehmenden zu knien, völlige Entkleidung, Schläge mit Elektrokabeln auf die Fußsohlen (Falanga) und andere Körperteile, Waterboarding (simuliertes Ertränken), Anlegen einer Augenbinde über lange Zeiträume, was zu massiver Desorientierung führte; simulierte menschliche Schreie im Hintergrund, Schläge auf den Kopf mit einem Bambus-Rohrstock.

Er wurde gefoltert, bis er ein Protokoll unterschrieb. Dann wurde er in ein Militärgefängnis überstellt, wo er auf richterliche Anordnung hin in Untersuchungshaft kam. Er verbrachte 10 Tage im Adra Gefängnis in Damaskus. Mithilfe eines Anwalts wurde er aus der Haft entlassen und wurde von einem Zivilgericht zu 3 Monaten Gefängnis wegen Diffamierung und Verleumdung der Regierung verurteilt. Daraufhin flüchtete er 2006 zurück in die Bundesrepublik und beantragte beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erneut Asyl. Sein Asylantrag wurde im März 2009 aufgrund von mangelnder Glaubwürdigkeit abgelehnt. Schließlich wurde ihm vor dem Verwaltungsgericht Freiburg im April 2011 Asyl als politischer Flüchtling gewährt.

Seit Juni 2009 ist er aufgrund einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Folgeerkrankungen in psychologischer Behandlung.

Weitere Fälle von Inhaftierungen und Folter nach der Abschiebung nach Syrien finden sich im Urteil des Verwaltungsgerichts Köln 20 K 6194/10.A vom 21. Juni 2011.

Um die Reichweite von Artikel 3 der Anti-Folter Konvention sicherzustellen, muss die Bundesrepublik Deutschland davon absehen, Menschen in Staaten abzuschicken, in denen Folter de facto nicht abgeschafft ist – auch wenn sie durch das nationale Recht verboten ist⁴⁴ – oder Rückübernahmeabkommen mit solchen Staaten abzuschließen.

43 Der Fall wurde von Refugio in Villingen-Schwenningen, einem Behandlungszentrum für Folteropfer vorgestellt. Das Fallbeispiel ist eine anonymisierte Dokumentation des Anamnesegesprächs.

44 Ein Beispiel für ein Land, in dem Folter gesetzlich verboten, doch de facto immer noch praktiziert wird, ist die Türkei. Zur weiterhin bestehenden Gefahr von Inhaftierung, Folter oder Misshandlung in der Türkei siehe z.B. Falldokumentationen von Amnesty International: Mehmet Desde (ehemaliger Arbeitsmigrant, Festnahme in der Türkei 2002, Verweigerung der Ausreise bis 10/2008) und Dogan Akhanli (ehemaliger politischer Flüchtling), die sogar deutsche Staatsbürger waren und verhaftet wurden, als sie zu einem Besuch in die Türkei zurückkehrten.

EMPFEHLUNGEN:

Die Bundesregierung ist aufgefordert:

- Personen nicht in Länder abzuschicken, in denen Folter per Gesetz oder de facto nicht abgeschafft ist oder wo der Staat Einzelpersonen nicht davor schützen kann, von Beamten gefoltert/misshandelt zu werden sowie keine Rückübernahmeabkommen mit solchen Staaten abzuschließen.
- Mechanismen einzuführen, um sicherzustellen, dass Rückübernahmeabkommen sofort beendet werden, wenn aufgrund von veränderten politischen Umständen die Gefahr von Folter oder Misshandlung von Rückkehrern gegeben ist.

5**DAS RECHT AUF REHABILITATION**

Gemäß Artikel 14 der Anti-Folterkonvention soll jeder Vertragsstaat in seiner Rechtsordnung sicherstellen, dass ein Folteropfer eine Wiedergutmachung erhält und ein einklagbares Recht auf gerechte und angemessene Entschädigung einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation hat.

Für minderjährige Flüchtlinge, die Folter, unmenschliche, erniedrigende Behandlung oder jegliche andere Form von Gewalt erfahren haben, sieht auch Artikel 18 Abs. 2 der EU-Aufnahmerrichtlinie (2003/9/EG) ausdrücklich das Recht auf Rehabilitation im Aufnahmeland vor.⁴⁵

Viele Folteropfer müssen das Land, in dem sie gefoltert wurden, verlassen, weil ihnen dort weiterhin Verfolgung droht. Das macht es so gut wie unmöglich für sie, im Täterstaat Wiedergutmachung und Rehabilitation zu bekommen. Das Recht auf Wiedergutmachung ist jedoch mit dem Status eines Menschen als Opfer verknüpft, und nicht mit seinem geografischen Aufenthaltsort. Daher sollte das Recht auf Wiedergutmachung und Rehabilitation als freistehendes Recht interpretiert werden, verbunden mit der universellen Pflicht eines jeden Staates, den Anspruch auf Rehabilitation für jedes Opfer von Folter sicherzustellen, unabhängig davon, ob der jeweilige Staat für die Folterung verantwortlich ist oder nicht. Diese Sichtweise wird auch vom UN-Ausschuss im Arbeitspapier zu Artikel 14 vorgestellt.⁴⁶

Folteropfer weisen eine hohe Prävalenz komplexer psychologischer und psychosomatischer traumareaktiver Symptomatiken auf⁴⁷ und brauchen komplexe multidisziplinäre Diagnostiken und angemessene Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich der Kommunikation mithilfe von DolmetscherInnen. Zu den geeigneten Rehabilitationsleistungen für die Opfer und ihre Angehörigen gehört eine ganze Bandbreite notwendiger Hilfestellung, wie beispielsweise medizinische und psychotherapeutische Behandlung, soziale Unterstützung, Rechtsbeistand

45 „Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung angeboten wird.“

46 Committee Against Torture, Forty-sixth session, 9 May- 3 June 2011, “Working Document on Article 14 for comments”, S. 5.

47 Epidemiologische Studien haben eine Erkrankungsrate von 40 – 70 % mit Posttraumatischer Belastungsstörung unter Asylsuchenden gezeigt. Siehe z.B. Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Association with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357; Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 12–20; Kessler, J.L., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. & Breslau, N., (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060; Gurrus, N.F. & Wenk-Ansohn, M. (2009, 3. Aufl.). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker, A. (Hrsg.), *Posttraumatischen Belastungsstörungen*, S. 477-499.

und Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten. Die Rehabilitationsleistungen müssen zugänglich und angemessen sein und in einem sicheren und stabilen Rahmen stattfinden.

Auch Folteropfer, bei denen sich bislang keine posttraumatischen psychischen Syndrome herausgebildet haben, brauchen eine spezialisierte Diagnostik sowie Beratung und haben spezielle Bedürfnisse in Bezug auf ihre sozialen und materiellen Lebensbedingungen. Sie laufen Gefahr, posttraumatische Syndrome zu entwickeln; insbesondere ungünstige Lebensumstände können eine Verschlechterung des psychischen Zustands fördern.⁴⁸

In der Bundesrepublik wird das Recht auf Rehabilitation bisher nicht für alle Folteropfer umgesetzt, die sich behandeln lassen wollen. Wie oben beschrieben gibt es während des Asylverfahrens kein routinemäßiges Verfahren zur Identifikation hilfsbedürftiger vulnerabler Personen. Sehr häufig haben diese Personen nicht die Möglichkeit, zu einem frühen Zeitpunkt ihres Exilaufenthalts von speziell ausgebildeten GesundheitsexpertInnen untersucht und identifiziert zu werden. Je länger sie nicht die entsprechende Behandlung bekommen, desto höher ist das Risiko einer Chronifizierung der posttraumatischen Syndrome. Nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes beschränkt sich die medizinische Behandlung von Asylsuchenden nur auf akute oder schmerzhafte Erkrankungen. Nach § 6 kann eine weitergehende Behandlung nach Ermessen erfolgen. Die Vorschrift wird von den Behörden allerdings grundsätzlich dahingehend interpretiert, dass sie nur für die Erhaltung der Gesundheit unerlässliche Leistungen beinhaltet.

Die Ausgaben für die notwendigen Behandlungen werden nur teilweise vom regulären Gesundheitssystem getragen. Außerdem sind spezialisierte psychosoziale, medizinische, psychologische Beratungs- und Behandlungsangebote sehr selten, vor allem in ländlichen Gebieten im Osten Deutschlands. In manchen deutschen Großstädten gibt es von NGOs geführte spezielle Behandlungszentren für Folteropfer und traumatisierte Kriegsoffer. Allerdings sind ihre finanziellen und daher auch die personellen Kapazitäten zu gering, viele sind in ihrer Arbeit in hohem Maße von finanziellen Mitteln der EU abhängig (insbesondere vom EIDHR-Programm, das zurzeit ausläuft). Bisher gibt es keine ausreichende Finanzierung durch eines der Bundesministerien. Aktuell besteht die Gefahr, dass manche der wenigen Zentren ihre Angebote weiter reduzieren oder ganz schließen müssen.

Selbst für deutsche Opfer der Repressionen der Staatssicherheit der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik gibt es keine ausreichenden spezialisierten Kapazitäten zur Behandlung und Rehabilitation. 2010 fragten dreizehn Angehörige dieser Gruppe beim bzfo nach einer Behandlung an, doch aufgrund des Mangels an Kapazitäten konnte ihnen keine Behandlung angeboten werden. Es war ihnen nicht möglich gewesen, bei PsychologInnen und PsychiaterInnen innerhalb des regulären Gesundheitssystems oder mithilfe der Beratungsstelle Gegenwind (für politisch Traumatisierte der SED-Diktatur) eine angemessene Behandlung zu finden.

EMPFEHLUNG:

- Die Bundesregierung ist aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Folteropfer und Asylsuchende die nötige Rehabilitation einschließlich medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung erhalten einschließlich DolmetscherInnen und soziale Unterstützung durch qualifiziertes Personal.

⁴⁸ Siehe Keilson, H., *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke, 1979, 58-60 und Laban, C.J., Gernaat, H., Komproe, I., Schreuders, B. & De Jong, J., *Impact of a long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands*, *Journal of Mental Disease*, 2004, 192 (12), 843-851.

