

# Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient\*innen – worauf ist zu achten?

Mit dieser Handreichung wollen wir eine praktische Hilfestellung geben, um die Begleitung von Patient\*innen, die in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit leben, zu erleichtern.

Unterbringung in Sammelunterkünften, Asylverfahren, Gerichtsverhandlungen, Abschiebeandrohungen und -versuche und durchgeführte Abschiebungen gehören zur Realität geflüchteter Patient\*innen und haben teils erheblichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand.

Viele Gründe führen dazu, dass diese Dimension der sozialen Determinanten vonseiten der Behandler\*innen häufig nur ansatzweise oder gar nicht adressiert wird. Ärzt\*innen haben jedoch eine besondere Wirkmächtigkeit in diesem Bereich. Im *Deutschen Ärzteblatt* hieß es 2016: »Je restriktiver die Asylge-

setzgebung ist, desto häufiger entscheiden ärztliche Stellungnahmen über den Ausgang ausländerrechtlicher Verfahren.«<sup>1</sup> Und damit können sie im besten Fall zu einer deutlichen Besserung der sozialen und gesundheitlichen Situation der Betroffenen führen. Die Verantwortung, ärztliche Bescheinigungen vorzulegen, um eine Erkrankung nachzuweisen, wird durch den Gesetzgeber vollständig auf die betroffenen Patient\*innen abgewälzt. Strukturelle Hindernisse führen dazu, dass diese Patient\*innen große Probleme haben, (Fach)-Ärzt\*innen zu finden, die die geforderten Bescheinigungen erstellen können, seien es behandelnde Ärzt\*innen oder nicht. Häufig verschärfen kurze Fristen (oft 4 Wochen) diese Situation. Es gibt keine entsprechende Vergütung, zu wenig Zeit im schon überlasteten Alltag oder auch Anweisungen von Vorgesetzten, solche Berichte nicht zu erstellen. Von Patient\*innen, ihren Anwält\*innen oder von Beratungsstellen wegen ärztlicher Bescheinigungen angefragt zu werden, führt bei Ärzt\*innen häufig zu Rat- und Hilflosigkeit und zu Überforderung. Hinzu kommt, dass vonseiten des Gesetzgebers und der Behörden sehr eindeutig Misstrauen formuliert wird, dass ärztliche Arbeit und ärztliche Bescheinigungen durch geflüchtete Patient\*innen ausgenutzt würden, um sich Vorteile zu verschaffen (s. unten). Dies schafft zusätzliche Verunsicherung unter Ärzt\*innen.

Dieses Dokument soll ärztliche Kolleg\*innen ermutigen, geflüchteten Patient\*innen auch in diesem Bereich zur Seite zu stehen.

Es existieren schon einige Handreichungen zu diesem Thema, die unterschiedliche Qualität und Tiefe aufweisen. Da es sich um ein komplexes Thema handelt, kann auch hier nicht jeder Aspekt dargestellt werden. Es lassen sich aber einige grundsätzliche Dinge festhalten, die die Erstellung ärztlicher Berichte vereinfachen sollten, damit sie zumindest nicht an unzureichendem grundlegendem Wissen scheitern. Sollte es aufgrund fehlender Kapazitäten schlicht unmöglich sein, Termine (in der geforderten Frist) zu vergeben oder eine Bescheinigung zu erstellen, kann es auch hilfreich sein, das zu dokumentieren und den Patient\*innen mitzugeben.

## Ärztliche Bescheinigungen in Zeiten der Abschottungspolitik

Ärztliche Einschätzungen sind in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und Asylverfahren für die betroffenen Patient\*innen oft von erheblicher Bedeutung. Um Erkrankungen in solchen Verfahren geltend zu machen, müssen laut Gesetz »qualifizierte ärztliche« Berichte vorgelegt werden (§60a AufenthG, Absatz 2c). Trotz deutlicher und breiter fachlicher Kritik, auch des vdää, sind seit den letzten Verschärfungen der Asyl- und Aufenthaltsgesetzgebung im Sommer 2019 (»Geordnete-Rückkehr-Gesetz«) keine

## 1. Abschiebeverbote (zielstaatsbezogen)

Zuständig für Prüfung: BAMF oder das eingeschaltete VG im Asylverfahren

Im Gesetz heißt es: »Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. (...) Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden.« (§60 AufenthG, Absatz 7, Satz 1 und 3)

Ein solcher Gefahr kann durch eine Erkrankung gegeben sein, die sich durch die Abschiebung in einen anderen Staat erheblich verschlechtern würde. Die Gründe dafür können u.a. sein: Abbruch der (z.B. medikamentösen, psychotherapeutischen) Behandlung, Wegfallen von Unterstützungsstrukturen, die notwendig sind, um Termine wahrzunehmen oder Medikamente einzunehmen, Retraumatisierungen im Zielstaat bzw. durch die Abschiebung selbst mit dauerhaften Folgen.

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind:

- Welche Folgen hat ein Behandlungsabbruch bzw. die Nicht-Verfügbarkeit der notwendigen Medikamente?
- Welche spezialisierten Strukturen von Diagnostik und Behandlung werden in welcher Häufigkeit und Reichweite benötigt?
- Darstellung der Alltagstauglichkeit / des individuellen Funktionsniveaus: droht z.B. Verletzung wegen Erwerbsunfähigkeit, kann die Befriedigung elementarer Bedürfnisse selbst sichergestellt werden?
- Im Falle einer PTBS: Gefahr der Retraumatisierung, Konfrontation mit Hinweisreizen?

Ärztliche Berichte beinhalten dabei **keine Aussagen über die Strukturen der Gesundheitsversorgung im Ziel-land**. Diese dazustellen und zu bewerten ist Aufgabe der Rechtsanwält\*innen, des BAMF und der Gerichte.

Berichte mehr von psychologischen Psychotherapeut\*innen zugelassen, um psychische Erkrankungen geltend zu machen. Dies ist eine konsequente Fortsetzung der auf Abschiebung fokussierten Asylpolitik der Bundesregierung und weitet die im »Asylpaket 2« im Jahr 2016 eingeführten Verschärfungen aus. In der Gesetz-

## 2. Abschiebehindernisse (inlandsbezogen)

Zuständig für Prüfung:

- Ausländerbehörde (ABH)
- bei »offensichtlich unbegründeten« (z.B. Menschen aus sogenannten »sicheren Drittstaaten«) oder »unzulässigen« (z.B. »Dublin-Verfahren«) Asylverfahren: Prüfung durch das BAMF und bei Klage durch VG (Abschiebung kann noch vor Urteil stattfinden)

Nach endgültig abgeschlossenem negativen Asylverfahren wird die zuständige ABH eine Abschiebung vorbereiten. Die Betroffenen können in diesem Fall ärztliche Bescheinigungen vorbringen, die eine Erkrankung als Abschiebungshindernisse belegen. Häufig wird dann eine Vorstellung bei durch die ABH beauftragten Ärzt\*innen stattfinden. Abschiebungshindernisse können sowohl Erkrankungen sein, die sich durch Ankündigung oder Vorbereitung der Abschiebung massiv verschlechtern (z.B. psychische Dekompensation bei PTBS), als auch solche, die sich durch den Vorgang der Abschiebung selbst verschlechtern (Reiseunfähigkeit).

Wichtige Fragen, die diesbezüglich zu beantworten sind und **konkret ausgeführt** werden sollten:

- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand wesentlich bis lebensbedrohlich durch Ankündigung, Ingewahrsamnahme, Zwangsmaßnahmen?
- Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung?

Beispiele von Erkrankungen, die eine Reiseunfähigkeit bedingen können:

- akute Infektionskrankheiten
- schwere/akute Herz-Kreislaufkrankungen
- andere schwere Erkrankungen, z.B. Respirationssystem
- andere akute/schwere Erkrankungen, z. B. HNO, Gastroenterologie
- Schwangerschaft und Geburt
  - Zeitraum analog Mutterschutzgesetz
  - bei Risikoschwangerschaft unabhängig von Schwangerschaftsdauer
  - keine Flugabschiebung ab Beginn des 7. Monats
- psychische Erkrankung, besonders posttraumatische Belastungsstörung
- = Reiseunfähigkeit im engeren Sinne, sofern während Abschiebung oder unmittelbar danach Suizidgefahr

## 3. Lebensbedingungen in Deutschland

Beispiele:

- Wohnsituation: Hygiene, Ruhe, Nähe zu Angehörigen
- besondere Bedarfe: Ernährung, Heil- und Hilfsmittel
- Erreichbarkeit medizinischer Versorgung
- Bezugspersonen und Strukturen

zesbegründung werden diese u.a. damit begründet, dass diagnostizierte psychische Erkrankungen (explizit genannt ist die Posttraumatische Belastungsstörung) zu »deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung« führen. Auch dagegen gab es massive professionelle Kritik. Die Regierungsparteien sind sich jedoch darin einig, die medizinische Realität (z.B. verbreitete Traumafolgestörungen unter Geflüchteten, Überlastung der Versorgungsstrukturen) der Abschottungspolitik unterzuordnen und dabei die verfassungsmäßigen und europarechtlichen Grundrechte der Betroffenen zu ignorieren und stattdessen die Verschlechterung der Gesundheit bei einer großen Zahl von Menschen in Kauf zu nehmen. Ohne ärztliche Bescheinigungen wird per Gesetz davon ausgegangen, dass keine relevanten Erkrankungen vorliegen. Die Pflicht, etwaige Erkrankungen nachzuweisen liegt bei der betroffenen Person selbst.

»Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen.«

(§60a AufenthG, Absatz 2c, Satz 1 und 2)

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und die bei Klagen gegen einen Asylbescheid zuständigen *Verwaltungsgerichte* (VG) sowie die für Abschiebungen zuständigen Ausländerbehörden werden auf vorgebrachte Erkrankungen nur eingehen, wenn von den Asylsuchenden bzw. Kläger\*innen ärztliche Berichte eingebracht werden. Häufig werden trotz anderslautender Formulierung im Gesetz fachärztliche Atteste verlangt.

Für geflüchtete Patient\*innen können ärztliche Bescheinigungen (Atteste, Stellungnahmen, Gutachten, Entlassungsbriefe etc.) in verschiedenen Fällen eine Rolle spielen. **s. Kästen 1-4**

Im Folgenden sind die grundlegenden gesetzlichen Anforderungen genannt, die sowohl für kürzere ärztliche Atteste, Entlassungsberichte o.ä. als auch für ausführlichere Stellungnahmen gelten. Wenn diese nicht erfüllt sind, werden die Berichte meist schon deshalb nicht beachtet.

## Gesetzliche Anforderungen

### § 60a AufenthG, Absatz 2c

»Es wird vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Der Ausländer muss eine Erkrankung, die die Abschiebung beeinträchtigen kann, durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft machen. Diese ärztliche Bescheinigung soll insbesondere die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung, den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten. Zur Behandlung der Erkrankung erforderliche Medikamente müssen mit der Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung aufgeführt sein.«

1. »Umstände, auf deren Grundlage fachliche Beurteilung erfolgt«
  - wann, wo, wie oft, wie lange, in welcher Sprache erfolgten ärztliche Gespräche, unter welchen Bedingungen wurde untersucht
2. »Methode der Tatsachenerhebung«
  - Objektivierung und ggf. Bestätigung der Beschwerden durch erhobene Befunde: z.B. Diagnostik, spezielle Tests (ggf. Literaturverweise), Verhaltensbeobachtung, non-suggestive Exploration
3. **Diagnosen mit ICD-10-Code und ggf. Schweregrad**
4. **Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit und der Behandlung – bei medikamentöser Therapie mit Wirkstoffangaben – der jetzt und zukünftig erforderlichen Diagnostik und Betreuung**
  - Genaue Darstellung der auch perspektivisch notwendigen Behandlung und Diagnostik: Frequenz, Spezialisierung der Strukturen, Rahmenbedingungen wie Erreichbarkeit, familiäre, soziale, rechtliche Bedingungen
5. »Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben«

Weitere wichtige Aspekte, insbesondere bei Traumafolgestörungen:

- Diskussion von Simulation und Aggravierung – Hinweise auf Erlebnisfundiertheit der geschilderten Anamnese und Symptome benennen
  - Verhaltensbeobachtung während der Erlebnisberichte der Patient\*innen (z.B. Zunahme an Symptomatik, psychomotorische Unruhe, Vermeidungssymptomatik, Dissoziationen)
- Differentialdiagnosen benennen und darstellen, welche Erkrankungen nicht vorliegen
- Fachliche Begründung, falls die Vorgeschichte/Erkrankung nicht bei vorherigem Behördenkontakt (z.B. Anhörung beim BAMF, Erstantrag) vorgetragen wurde/werden konnte, z.B. im Falle sexualisierter Gewalt, sexueller Orientierung oder anderer tabuisierter/schambehafteter Themen: Geschlecht der BAMF-Anhörer\*in und der Dolmetscher\*in; Retraumatisierung oder Reaktualisierung durch Verhörsituation oder andere Umgebungsfaktoren im Gericht oder beim BAMF
- Ebenso sollte bei bleibenden Unklarheiten oder Lücken in der berichteten Lebensgeschichte erklärt werden, was das aus medizinischer Sicht erklären könnte bzw. inwiefern das Störungsbild dafür verantwortlich sein kann

## Allgemeine Hinweise

- Es gehört zur ärztlichen Pflicht des Nicht-Schadens, dass Berichte nur auf Grundlage fachlicher Einschätzungen verfasst werden. Es hilft den Betroffenen nicht, wenn der Wunsch, in einer Notlage zu helfen, dazu führt, dass Dinge geschrieben werden, von denen wir nicht überzeugt sind. Dieser Grundsatz wird oft genug durch Ärzt\*innen gebrochen, die dabei mitwirken kranke Menschen abzuschieben (siehe Artikel HH-Gruppe und Artikel Girth)
- Aussagen der Patient\*innen im **Konjunktiv** formulieren
- **Unparteiliche** und für Laien verständliche Sprache verwenden

## 4. Zuerkennung von Asyl nach Artikel 16 Grundgesetz oder von Flüchtlingsschutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention

Ärztliche Betreuung bietet einen besonderen Raum, in dem körperliche aber auch psychische Beschwerden manchmal zum ersten Mal geäußert werden. Deshalb können ärztliche Bescheinigungen in der Anamnese oder in den Untersuchungsbefunden Informationen über Erlebnisse enthalten, die durch die Betroffenen zuvor nicht erzählbar waren oder aus anderen Gründen nicht berichtet wurden, die aber einen Schutzstatus bedingen können. Dies können insbesondere Folgen von Folter, sexualisierter oder anderer schwerer Gewalt und Menschenrechtsverletzungen sein (körperlich und psychisch). Dazu ist folgendes zu beachten:

- Sorgfalt und ein genaues Verstehen ist bei der Anamneseerhebung essentiell, da im Rahmen der Asylverfahren, auch bei schwer traumatisierten Menschen, selbst kleinere sich widersprechende Angaben (z.B. hinsichtlich Uhrzeiten, Reihenfolge von Aufenthaltsorten oder Ereignissen auf der Flucht etc.) in unterschiedlichen Verfahrensdokumenten (Anhörungsprotokoll, andere Atteste) im Regelfall von den Behörden herangezogen werden, um zu behaupten, dass die Aussagen unglaubwürdig seien. *Berichtete Ereignisse sollten deswegen erst dann genau dargestellt werden, wenn Kontakt über einen längeren Zeitraum bestand und verlässliche Sprachmittlung gegeben war!* Falls keine gesicherte Anamnese möglich bzw. Unstimmigkeiten nicht geklärt werden können: besser *Anamnese knapp halten*, stattdessen die klinische Einschätzung in den Vordergrund stellen.
- Dokumentation von psychischen und physischen Folterfolgen nach den Standards der Vereinten Nationen (Istanbul-Protokoll, s. **Kasten 5**) in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Bei Bedarf Überweisung zu anderen Fachdisziplinen (häufig: Orthopädie, Urologie, Proktologie, Gynäkologie) oder eine entsprechende Empfehlung
- Bei längeren Stellungnahmen, die auch eine ausführlichere Beschreibung der Fluchtgründe und -umstände und ggf. Aussagen zu traumatisierenden Ereignissen enthalten, sollten die *Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)* zu Rate gezogen werden: [www.sbpm.de](http://www.sbpm.de)

- Bei Fragen zur aufenthaltsrechtlichen Situation der Patient\*in und zur Fragestellung der benötigten ärztlichen Bescheinigung im konkreten Fall **Kontakt zu Beratungsstelle oder Rechtsanwält\*in** der Patient\*in aufnehmen

**Beispiel für eine Bescheinigung in einem fiktiven Fall, der auf realen Fällen beruht, in der die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt sind.**

»Herr A befand sich von ..... bis ..... in stationärer psychiatrischer Behandlung auf Station ..... (ambulant: fanden XY Termine statt, Dauer: ....., Sprachmittlung: .....)

Diagnostisch handelt es sich um ..... (ICD-10: .....) **(in diesem Beispiel PTBS)**

Differentialdiagnostisch ausgeschlossen wurden .....

Diese Diagnose beruht auf der ärztlichen Untersuchung, dem psychischen Befund, der Verhaltensbeobachtung des Patienten während seines Aufenthaltes, sowie einer testpsychologischen Untersuchung am ..... . Eine Fremdanamnese konnte nicht hinzugezogen werden. Weitere objektivierende Befunde: Labor, EEG .....

Zentrale Symptome: ..... Psychischer Befund: ....., aktueller Schweregrad der Erkrankung: ..... Aktuelle Medikation: .....

**Anamnese (wichtig: im Konjunktiv verfassen):**

Herr A gibt an, er sei am ..... in ..... geboren. Er berichtete von massiven Gewalterfahrungen während seiner Inhaftierung. Er habe bisher nicht hierüber berichten können, da er im Interview beim Bundesamt einen Dolmetscher einer fremden ethnischen Zugehörigkeit gehabt habe; diesem habe er nicht vertraut. Außerdem wolle er nicht daran denken, die Erinnerungen seien schmerzhaft. Dieses Vermeidungsverhalten ist ein typisches klinisches Symptom, das zu den Kardinalsymptomen des vorliegenden Störungsbildes zählt.

Einschränkend ist zu sagen, dass bei der vorliegenden Symptomatik mit psychosenahen (DD. dissoziativ bedingten) Veränderungen der Realitätswahrnehmung nicht alle Explorationsinhalte mit den Erlebnissen gleichgesetzt werden können. Es wiederholen sich allerdings Kerninhalte zu verschiedenen Zeitpunkten bei unterschiedlichen Interaktionspartnern (Oberärztin, Ergotherapeutin, Bezugspflegerin), so dass nach unserem aktu-

## 5. Besondere Hinweise zur Dokumentation von Folterfolgen

Ärzt\*innen kommt bei der Bekämpfung von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen eine besondere Verantwortung zu, da sie in der Betreuung ihrer Patient\*innen häufig zu Zeugen der physischen und psychischen Folgen solcher Verbrechen werden. Folterfolgen chronifizieren oft in Symptomkomplexen – erst eine ausführliche, behutsame Anamnese deckt die erlebte massive Gewalt auf und ermöglicht konkrete Interventionen um physische und psychische Folterfolgen zu lindern. Neben der medizinischen Behandlung ist auch der Kampf gegen Straflosigkeit ein wichtiger Grund für eine sachgerechte Dokumentation. Das *Istanbul-Protokoll*<sup>2</sup> ist der UN-Standard zur Begutachtung bei Überlebenden von Folter und anderer schwerer Gewalt und sollte Ärzt\*innen weltweit bekannt sein, da Folter global verbreitet ist und die Überlebenden häufig fliehen und sich im Ausland aufhalten. In Deutschland sind insbesondere die *Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende*, bundesweit organisiert in der *BAfF*<sup>3</sup>, verfügen über diesbezügliche Erfahrung und Expertise und sind ansprechbar für kollegiale Kooperation und Beratung.

ellen Kenntnisstand zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgegangen werden kann, dass mit ernst zu nehmender Wahrscheinlichkeit eigene Erfahrungen oder in direkter Zeugenschaft. vorliegen.

Durch den 24-stündigen Beobachtungszeitraum und die Vielzahl an Fachpersonal, das für den Patienten zuständig war, kann eine Simulation des vorliegenden Störungsbildes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Beispielsweise führten die Alpträume des Patienten und seine damit verbundenen Schreie nachts regelhaft zu Konflikten mit Mitpatienten und konnten erst durch eine deutliche Erhöhung der Schlafmedikation gemindert werden.

Das vorliegende Störungsbild ist dringend behandlungsbedürftig (**ausführliche Darstellung der notwendigen Behandlung**): Zudem benötigt Herr A eine Tagesstruktur, beispielsweise durch einen Sprachkurs. Von zentraler Bedeutung ist die familiäre Unterstützung durch seine Schwester, zu der ein enges Vertrauensverhältnis besteht. Bei einer kontinuierlichen Behandlung und unter den geschilderten Lebensbedingungen kann von einer guten Prognose ausgegangen werden. Sollten hingegen weitere Belastungsfaktoren auftreten (Trennung von der Schwester, Abbruch der Behandlung, drohende Abschiebung, Inhaftierung weiterer Familienmitglieder in der Heimat) kann eine völlige Dekompensation nicht ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes, ist in diesem Fall mit einer Zunahme der Angstsymptome zu rechnen, sowie mit einem vermehrten Rückzugs- und Vermeidungsverhalten. Sollte die Krise andauern, werden erneut Halluzinationen auftreten, wie sie auch jetzt zur stationären Aufnahme geführt haben. In diesem Fall ist die Steuerungsfähigkeit des Patienten erheblich eingeschränkt und es besteht ein sehr hohes Risiko erneuter suizidaler Handlungen. Da Herr A bereits suizidale Handlungen vorgenommen hat und hierbei impulsiv reagierte, ist mit einem erhöhten Risiko in diesem Einzelfall zu rechnen. Aus fachärztlicher Sicht ist daher in diesem Einzelfall von einer Reiseunfähigkeit auszugehen, wenn nicht eine konkrete, wie dargelegt lebensbedrohliche Krise ausgelöst werden soll.«

## Zusätzlich im Falle von erheblichen Funktionseinschränkungen bei unfreiwilliger Rückkehr:

»Zudem besteht nach WHODAS 2.0. eine erhebliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit im Alltag. Ohne die kontinuierliche Behandlung und psychosoziale Unterstützung ist davon auszugehen, dass Herr A nicht in der Lage sein wird, sich selbständig zu versorgen bzw. sich um eine angemessene Behandlung eigenständig zu kümmern.«

### Quellen und Literatur:

- Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren), überarbeitete Fassung 2012
- Jentsch, Oda: Krankheit als Abschiebungshindernis – Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht, Herausgegeben vom Deutschen Roten Kreuz und dem Informationsverbund Asyl und Migration, Dezember 2017
- Nitschke, Heidrun: Medizinische Bescheinigungen im Kontext Flucht und Asyl – Versuch einer Systematik; Vortrag an der Universität Jena vom 30.10.2019
- <https://www.asyl.net/>
- <http://www.baff-zentren.org/>

### Anmerkungen:

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175428/Gesundheitsbedingte-Abschiebungshindernisse-Asylpaket-II-schafft-hoehere-Huerden>
- <https://www.vr-elibrary.de/isbn/9783847100300>
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folterüberlebende