

Gliederung ärztliche/psychologische Stellungnahme¹

I. Einleitung

In Behandlung seit...; wie viele Untersuchungstermine/regelmäßige Behandlung? (d.h. auch Längsschnittbeobachtung?); letzter Untersuchungstermin; Sprachmittlung?
(im Vgl. zu Gutachten weitgehend Verzicht auf Quellenangaben und Vorgeschichte nach Aktenlage)

II. Zur Vorgeschichte anhand eigener Angaben (Konjunktiv!)

1. Biographische Anamnese (Überblick); aktuelle Lebenssituation; Krankheitsanamnese (kurz) - familiäre und eigene Vorerkrankungen? andere Traumata? Störungen der psychischen Entwicklung? Verlauf der evtl. posttraumatischen o.a. Erkrankung, ärztliche Behandlungen, evtl. Medikation. Evtl. Hinweis auf Vorbefunde/Atteste (in Anlage).

2. Spezielle Vorgeschichte (ggf. Trauma/traumatische Sequenz; kurz zu individueller politischer Situation/Engagement und Verfolgungssituation, Fluchtauslöser?)

- wenn Frage nur Abschiebehindernis/Traumatisierung kürzer aber ausreichend (s. Mindestnormen)

- für Asylverfahren detaillierter, nachvollziehbar!

III. Beschwerden bei Aufnahme (subjektive Angaben des Pat., Konjunktiv, keine Fachausdrücke)

konkret erfragen: Inhalte Alpträume, Trigger für Flash-Backs; Entwicklung der Beschwerden.

IV. Psychischer Befund

(allgemeiner psychischer Befund plus Beobachtungen zu: ggf. PTSD-Symptomen, Reaktionen/Verhalten/evtl. interkurrente Symptomatik inklusive Abspaltungsphänomene, Vermeidungsreaktionen, Schamreaktionen etc., Übertragungspänomenen während Fokussierung traumatischer/belastender Erlebnisse
evtl. IVb: Ergebnisse psychologischer Testverfahren (beachten: passen diese zur Klinik?)

V. Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung (evtl.) – ggf. Verletzungsspuren, möglichst

Fotodokumentation, evtl. passend zu anamnestischen Angaben?

VI. Beurteilung (Diagnose/Differentialdiagnose/Begründung/Prognose)

Erkrankung? psychisch reaktive Traumafolge o.a. Erkrankung? - Ausschluss vorgetäushtes PTSD und Aggravation. Differentialdiagnosen anderer eigenständiger Erkrankungen oder evtl. anderes symptomauslösendes Trauma? Krankheitswertigkeit; mit verzögertem Beginn, phasischer Verlauf, chronisch? Nachvollziehbare Begründung der Diagnose!

- Ergibt die Symptomatik/Befunde ggf. Hinweise auf auslösendes Trauma? Was sprach aus ärztlicher/psychologischer klinischer Sicht für die Authentizität des Berichtes zur traumatischen Vorgeschichte? Gibt es spezielle Hinweise auf eine Art von auslösendem Trauma im Bereich der Symptomatik? evtl.: auch körperliche Spuren, die von Folter herrühren können?->keine Beurteilung der „Glaubhaftigkeit von Aussagen“ oder gar „Glaubwürdigkeit einer Person“!
- Eventuelle Einschränkungen des allgemeinen oder situativen Aussagevermögens infolge der Traumatisierung?
- Voraussetzung für Besserung: Sichere, stabile Umgebung/Möglichkeit zum Aufbau von Bewältigungsstrategien, z.B. Ausbildung, berufliche Tätigkeit; Therapiemöglichkeit? – Welche Form von Behandlung ist indiziert? Voraussichtliche Dauer der Therapie.
- Prognose allgemein u.: Welche gesundheitliche Konsequenz könnte Abschiebung (wahrscheinlich/höchstwahrscheinlich) aus ärztlicher/therapeutischer Sicht haben? Gefahr erheblicher Verschlechterung? (Retraumatisierungsgefahr?) - Gefahr für Leib und Leben? - Vulnerabilität in Belastungssituationen? Konkretisierend auf das individuelle klinische Bild bezogen! Differenzieren: vor/während Abschiebung/nach Ankunft. Auch bedenken: Verlust von stützender Umgebung, Abbruch von therapeutischer Vertrauensbeziehung. Evtl. auch zu fehlender Behandlungsmöglichkeit im Heimatland (ist eigentliche Sache BAMF/Auswärtiges Amt)?

¹ Bitte auch beachten die sog. Mindestnormen –s.: Deutscher Anwalt Verein Arbeitsgemeinschaft Ausländer- und Asylrecht (2008). Traumatisierung: Wann muss aufgeklärt werden? In: ANA-ZAR, Heft 1, 2008, S. 6.