

Dr. med. Hans Wolfgang Gierlichs

Arzt für Innere Medizin, Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychoanalytiker DGPT/DGIP, spezielle Psychotraumathepie DeGPT
Hahner Str. 29, 52076 Aachen
Tel 02408 5585, FAX 02408 959375
hwgierlichs@t-online.de

Zusatzqualifikation "Begutachtung reaktiver psychischer Traumafolgen in aufenthalts-rechtlichen Verfahren (Deutschsprachige Ges. für Psychotraumatologie DeGPT)"
Zertifizierter Gutachter und Supervisor der Landesärztekammer Nordrhein:
"Begutachtung reaktiver psychischer Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren"

Betrifft: Amtsärztliche Stellungnahmen zur Reisefähigkeit des Gesundheitsamtes des Landkreises Cuxhaven, Dr. [REDACTED]

Mir liegen mehrere Stellungnahmen von Herrn Dr. [REDACTED] Leiter des Gesundheitsamtes des Landkreises Cuxhaven, zur Reisefähigkeit vor. Sie datieren aus der Zeit zwischen dem 1.7.14. und dem 7.4.15.

Das erste Attest vom 1.7.14 betrifft einen Mann, der wenige Wochen vor der Untersuchung wegen eines akuten Erregungszustandes mit akuter Suizidalität nach Psych KG zwangsweise in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und dort auf der geschlossenen Station behandelt worden war. In der Klinik war die Verdachtsdiagnose posttraumatische Belastungsstörung gestellt worden. Die ambulante Nachbehandlung erfolgte bei einem Psychiater mit antidepressiver Medikation.

Die Stellungnahme enthält keine Hinweise auf die Erhebung eines eigenen Befundes durch den Amtsarzt, sondern nur die lapidare Feststellung, die reaktive Depression (die zuvor nicht diagnostiziert wurde) habe sich zur Zeit etwas gebessert, eine akute Suizidalität liege nicht vor. Ein Suizidversuch im Rahmen eines neuen Erregungszustandes bei einer Abschiebung sei nicht auszuschließen, es liege aber kein akut stationär behandlungsbedürftiges schweres psychiatrisches oder körperliches Krankheitsbild vor, eine Flugreise sei zumutbar. Wegen des möglicherweise auftretenden Erregungszustands mit Suizidgefahr sei eine ärztliche Begleitung mit Übergabe an die italienischen Behörden notwendig. Ein demonstrativer Suizidversuch vor der Abschiebung sei möglich. Entsprechende Maßnahmen seien zu treffen.

Die Stellungnahme gibt keine Hinweise darauf, auf welcher Basis der Arzt zu seiner von der Vordiagnose abweichenden Diagnose kommt, auf welcher Basis er zu der Einschätzung einer Besserung und der "Reisefähigkeit" kommt. Die Begründung der Reisefähigkeit mit dem Fehlen eines akut stationär behandlungsbedürftigen schweren Krankheitsbildes ist fachlich nicht nachvollziehbar, da auch ambulant behandlungsbedürftige schwere Krankheitsbilder erhebliche Einschränkung der Belastbarkeit und krankheitsbedingte Suizidgefahr mit sich bringen können.

Der Hinweis auf einen möglichen demonstrativen Suizid verschleiert die Gefahr eines nicht demonstrativen krankheitsbedingten Suizids. Da keine Untersuchung geschildert wird, lässt sich die Gefährdung nicht nachvollziehbar einschätzen. Es ist aber Aufgabe eines Attestes, gerade bei Fragen wie Suizidgefahr, die Grundlage der Einschätzung plausibel darzustellen. Hier scheint nicht einmal eine Untersuchung stattgefunden zu haben. Depression (die der Amtsarzt diagnostiziert) erhöht krankheitsbedingt das Suizidrisiko erheblich (Schneider), vor allem bei als bedrohlich eingeschätzten Situationen (Lindner). Es ist fahrlässig, dieses Risiko zu leugnen und nur auf die Möglichkeit eines demonstrativen Suizidversuchs hinzuweisen. Die Prognose krankheitsbedingter Suizidalität unterscheidet sich fundamental von der Prognose kurzfristiger situativer krisenbedingter "Kurzschluss-Suizidalität" oder gar demonstrativer Suizidversuche. Eine differentialdiagnostische Klärung verlangt Sorgfalt und Fachkenntnis, um der Verantwortung gerecht zu werden. Krankheitsbedingte, häufig chronische Suizidalität lässt sich nicht durch vorübergehende Maßnahmen bei der Abschiebung verringern. Die Suizidgefahr wird hierdurch nur in die Zeit nach der Ankunft verschoben, sie wird durch den Stress der Abschiebung häufig zugleich erhöht.

In einer weiteren Stellungnahme vom 19.2.15 kommt der Untersucher zu der Diagnose, es läge "mit Sicherheit" eine Anpassungsstörung vor, ohne dass ein Befund beschrieben wird. Bei dem Untersuchten wurde offensichtlich vom behandelnden Psychologen die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Der Amtsarzt, dessen Attest nicht nachvollziehbar ist, stellt die Diagnose des Psychologen als behauptet, aber nicht ausreichend belegt dar und fügt das juristische Argument, das Bundesamt habe die Angaben (den "Sachvortrag") als unglaubhaft beurteilt, hinzu. Die Frage, ob eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt, lässt sich nur durch eigene Diagnostik des Amtsarztes (sofern er entsprechende Kompetenzen besitzt) klären. Eine solche findet nicht statt. Der Amtsarzt empfiehlt wegen "leichter Erregbarkeit" eine Abschiebung ohne Anmeldung sowie

Sicherheitsbegleitung. Überraschende Abschiebungen stellen immer Situationen stark erhöhten Stresses dar, die sowohl bei Anpassungsstörungen wie bei PTBS zu deutlichen Verschlechterungen der Krankheitsbilder führen. Die Empfehlung widerspricht daher der beeideten ärztlichen Verpflichtung, nicht zu schaden.

In weiteren Stellungnahmen aus den Monaten März und April 2015, in denen die Diagnosen

- schwere Depression mit chronischer Suizidalität, psychomotorischer Unruhe und chronischen Kopfschmerzen,
- Anpassungsstörung mit depressiven und psychosomatischen Beschwerden,
- Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung mit chronischen psychosomatischen Beschwerden

aufgeführt werden, findet sich keinerlei eigene Diagnostik.

Auch im Fall eines Mannes mit der Diagnose depressives Syndrom mit erheblichen psychosomatischen Beschwerden (psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Panikattacken), der wegen wahnhafter Symptomatik drei Wochen lang stationär psychiatrisch behandelt worden war, findet keine eigene Diagnostik statt.

In allen Fällen wird Reisefähigkeit bescheinigt, mehrfach wird ohne Begründung satzbausteinartig aufgeführt, dass die vorübergehende Nichteinnahme der Tabletten nicht zu einem lebensbedrohlichen Zustand führe. Meist wird eine ärztliche Begleitung empfohlen.

Suizidgefahren werden ohne Begründung geleugnet oder auf die Möglichkeit eines demonstrativen Suizids reduziert.

Alle Stellungnahmen erfüllen nicht die allgemeinen Mindestanforderungen an medizinische Atteste: neben der Anamnese muss eine eigener Befund erhoben und beschrieben werden, aus dem sich die Diagnose des Amtsarztes nachvollziehbar ableiten lässt. Aus der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung müssen sich die Schlussfolgerungen des Arztes bei der Beantwortung der Fragestellungen, die in dem Attest berührt sind, ableiten lassen.

Stellungnahmen über Krankheitsbilder, deren Einschätzung besondere fachärztliche Kenntnisse voraussetzt, müssen in NRW von entsprechenden Fachärzten gefertigt werden.

Es handelt sich bei den mir vorliegenden Stellungnahmen um psychiatrische Krankheitsbilder, bei denen die Diagnostik entsprechende Kenntnisse erfordert, auch und vor allem bezüglich der Einschätzung der Prognose und der Belastbarkeit.

Keine der Stellungnahmen zeigt Hinweise auf die notwendige Sorgfalt bei der Beurteilung der aufgeführten schweren psychiatrischen Krankheitsbilder. Ob der Untersucher entsprechende fachärztliche Kenntnisse aufweist, weiß ich nicht. Sollte dies nicht der Fall sein, so wäre die Einschaltung entsprechender Fachärzte unbedingt notwendig. Dies ist im "Informations- und Kriterienkatalog", den die Bundesärztekammer mit dem Innenministerium NRW im Jahre 2004 vereinbart hat, zwingend vorgesehen. Unabhängig davon, ob andere Bundesländer diese Vereinbarung als bindend übernommen haben, ist Einschaltung entsprechender Fachärzte fachlich gesehen unabdingbar. Dem Amtsarzt kommt infolge des "Amtsarztbonus" gegenüber andern Attesten und Bescheinigungen eine besondere Verantwortung zu. Dieser Verantwortung werden die Bescheinigungen nicht gerecht.

Die Stellungnahmen des Amtsarztes sind nach meiner Überzeugung mit den Grundlagen der beruflichen Ethik nicht vereinbar.



Dr. Gierlich

Aachen, 28.07.2015

Literatur:

Lindner et al. 2003: Diagnostik der Suizidalität, D. Ärzteblatt

Schneider, B. 2003: Risikofaktoren für Suizid, Roderer