

Am Ende will es keiner gewesen sein

Bei Abschiebungen kranker und selbstmordgefährdeter Asylbewerber werden zunehmend Ärzte instrumentalisiert / Von Bernd Mesovic

Mit genauen Handlungsanweisungen versuchen Behörden, Ärzte dazu zu bewegen, die "Abschiebetauglichkeit" von kranken Asylbewerbern zu bescheinigen. Dabei soll auch geprüft werden, ob bei Behandlung während des Fluges der Transport möglich ist. Das medizinisch und ethisch Gebotene bleibt dabei auf der Strecke.

Seit Jahren haben sich deutsche Ärztetage mit Versuchen deutscher Behörden zu beschäftigen, Ärzte zunehmend in die Abschiebung abgelehnter Asylbewerber einzubinden und sie anzuhalten ihre ärztlich-ethisch bedingten Bedenken zu diesem Zweck zurückzustellen. Die Resolutionen des Deutschen Ärztetages sind deutlich, vermitteln aber gleichzeitig ein Bild dessen, was Ärzten von Behörden und Ministerien zugemutet wird. So sah sich der Deutsche Ärztetag 1999 veranlasst festzustellen: "Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer ‚Reisefähigkeitsbescheinigung‘ unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebungshindernisse wie z.B. in Behandlung stehende Traumatisierungen sind mit in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar."

Dennoch kooperieren die für die zwangsweise Rückführung abgelehnter Asylsuchender zuständigen Stellen, lokale Ausländerbehörden wie zentrale Abschiebebehörden, mit Ärzten, die es mit ihrer Verantwortung weniger genau nehmen. Es gibt sie, trotz aller kaum übertriebener Kritik an ihrem Berufsverständnis, die "Fachärzte für Abschiebungen". Ärzte mit oftmals fragwürdiger fachlicher Qualifikation, die kurz vor einer bevorstehenden Abschiebung eine letzte Begutachtung Kranker vornehmen, bis dahin vorgelegt ärztliche Bescheinigungen, Stellungnahme und Gutachten vom Tisch wischen und Reisefähigkeit bescheinigen oder Hinweise geben, wie diese herzustellen sei. Eine kurze Inaugenscheinnahme, ein kurzes Gespräch genügen oftmals. Der Kranke ist plötzlich reisefähig. In der Regel geht es um die "Flugreisetauglichkeit". Trotz aller Versuche, mehr Ärzte für die Durchführung solcher verkürzten ärztlichen Untersuchungen auf Flugreisetauglichkeit zu gewinnen, gibt es offenbar nicht genug von ihnen. Kritik aus der Kollegenschaft, tatsächliche Skrupel, wenn der Versuch der Instrumentalisierung der ärztlichen Fähigkeiten deutlich wird, und Befürchtungen, der Ruf als "Abschiebungsarzt" könne die sonstige ärztliche Tätigkeit belasten, zeigen Wirkung.

Die Innenministerkonferenz hat im Jahre 2002 beschlossen, offensiv auf die Ärztekammern einzuwirken, um Ärzte dennoch vermehrt in Sachen Abschiebung einsetzen zu können. Die sogenannte Arbeitsgruppe "Rückführung" des Bundes und der Länder hatte zuvor gefordert, die Voraussetzungen für einen zentralisierten Einsatz bedarfsgerecht qualifizierter Ärzte mit einem bundeseinheitlichen Standard für die Feststellung der Flugtauglichkeit zu verbinden. Ohne dass mit der Ärzteschaft eine Einigung erzielt wäre, kursieren seitdem neue Ländererlasse, in denen die Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse im Rahmen ärztlicher Begutachtung geregelt wird. Nach der deutschen Rechtsdogmatik ist zu unterscheiden zwischen zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen, die vom Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge zu prüfen sind und sogenannten inlandsbezogenen Vollstreckungshindernissen, die die Ausländerbehörden zu klären haben. Wenn also etwa durch den Abbruch einer notwendigen medizinischen Behandlung Gefahren für Leib, Leben oder Gesundheit im Heimatland drohen, dann ist dies Sache des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. Führt die erzwungene Reise selbst zu einer erheblichen Gesundheitsgefährdung, dann müssen sich die Vollstreckungsbehörden damit auseinandersetzen.

Es handelt sich dabei um eine Konstruktion, die bereits problematisch ist vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit und des Ineinanderübergehens verschiedener Aspekte der in Frage stehenden Krankheitsbilder. Erlasse der Länder erläutern insbesondere, wie (Flug)Reiseuntauglichkeit als inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis zu beurteilen oder zu beseitigen ist.

So hat das rheinland-pfälzische Innenministerium mit Erlass vom 11. März 2002 die Ausländerbehörden darauf hingewiesen, dass zu jedem Zeitpunkt eines Abschiebungsvollzugs allen Indizien für eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Betroffenen nachzugehen ist. Gleichzeitig wurde jedoch ein von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe in Umsetzung eines Auftrages der Innenministerkonferenz erarbeiteter Informations- und Kriterienkatalog beigelegt, der den eingesetzten Gutachtern übermittelt werden soll. Die darin enthaltenen Ausführungen zur (Flug)Reiseuntauglichkeit sind eindeutig in der Zielsetzung: Flugreisetauglichkeit ist mit allen denkbaren Mitteln herzustellen oder zu unterstellen. So soll etwa folgenden Fragen nachgegangen werden:

"Kann die Flugreisetauglichkeit mit begleitenden Vorsorgemaßnahmen bejaht werden, ggf. durch welche? (z.B. Fortführung einer erforderlichen Therapie während des Fluges; ärztliche, pflegerische, allgemeine Begleitung)."

Ist die Flugtauglichkeit selbst durch solche Maßnahmen nicht herzustellen, hat der Gutachter die Aufgabe festzustellen, mit welcher Behandlung sie später herzustellen wäre und eine Prognose abzugeben, wie lange dies dauern würde.

Auch für Menschen, denen zuvor eine Traumaerkrankung attestiert worden ist und die suizidgefährdet sind, sollen ähnliche Fragen beantwortet werden. Die Richtung der Antwort wird im Katalog gleich mitgeliefert:

"In aller Regel wird Flugtauglichkeit durch Auflagen/Zusatzmaßnahmen sicherzustellen sein. Dabei ist im Bedarfsfall an eine ärztliche oder pflegerische Begleitung zu denken. Auch können entsprechend angezeigte Medikamente/Geräte mitgeführt werden, die bei Bedarf und mit Einwilligung des Betroffenen verabreicht/genutzt werden können. Ggf. sind auch die notwendigen äußeren Bedingungen einer Flugrückführung genau zu benennen. Bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung können zumeist besondere Maßnahmen empfohlen werden, die z.B. vom Beginn der Abschiebung bis zur Übergabe in eine Therapieeinrichtung im Heimatland und eine permanente Überwachung z.B. durch einen Arzt vorsehen. Der Vortrag ‚Suizidalität‘ ist jedenfalls im Grundsatz nicht geeignet, ohne weitere Prüfung Flugreiseuntauglichkeit anzunehmen. Schließlich ist der Gutachter gebeten, seine Erkenntnisse zu Gefährdungen, die von dem Probanden bei einer Flugrückführung für Dritte ausgehen könnten, zu bezeichnen."

Nach diesen Kriterien wäre praktisch jeder Kranke flugreisetauglich, nämlich mit einem Ambulanzflug in ärztlicher und grenzschutzpolizeilicher Begleitung transportierbar. Zynisch formuliert: Überlebt der Betroffene den Flug, ist den Interessen der Innenministerkonferenz Rechnung getragen.

Viele Gutachter sind nicht bereit, ihren Blickwinkel derart zu verengen und neigen dazu, über die Abarbeitung der vorgegebenen Fragen hinaus zu Gesundheitsgefahren für die Betroffenen Stellung zu nehmen. Dies wird nach den Vorstellungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zum Privatvergnügen des beauftragten Arztes herabgestuft: "Der Gutachtauftrag erstreckt sich damit in vielen Fällen auf die Feststellung der Flugreisetauglichkeit. Fragen mit Zielstaatsbezug, also z.B. die Frage der medizinischen Versorgungslage im Zielstaat, haben in diesem Rahmen keine Entscheidungsrelevanz. Soweit der Gutachter im Rahmen der Exploration dessen ungeachtet Veranlassung sieht, außerhalb des ihm erteilten Auftrages der Prüfung der Reisetauglichkeit eine persönliche Einschätzung zu eventuellen zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen abzugeben, ist dies in einer gesonderten Stellungnahme möglich."

Mancherorts wird die Begutachtung der Reisetauglichkeit den Gesundheitsämtern überlassen. Bringt dies nicht den gewünschten Erfolg, nämlich die Bescheinigung der Reisefähigkeit, werden die Gesundheitsämter oft umgangen. Als Gutachter eingesetzt werden dann niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte, die bereit sind, solche Begutachtungsaufträge gegen Honorar zu übernehmen. Manche Gesundheitsämter jedoch handeln selbst im Geiste der Erlassregelungen, die Ärzte zu Handlangern und Vollstreckungsgehilfen machen wollen.

Ein Beispiel zeigt, wie prompt die rheinland-pfälzische Erlassregelung umgesetzt wird. Der Kosovo-Albaner D. war als abgelehnter Asylbewerber seit längerem zur Ausreise verpflichtet. Seine für den April 2002 vorgesehene Abschiebung musste zunächst storniert werden, da das Gesundheitsamt Ahrweiler akute Suizidalität festgestellt hatte. Am 18. März 2003 schreibt die Ausländerbehörde das Gesundheitsamt im Hause an und bittet um eine amtsärztliche Untersuchung des in ambulanter ärztlicher Behandlung befindlichen D. Das Gesundheitsamt soll Stellung beziehen, ob D. reisefähig ist, oder aufgrund einer Erkrankung der dauerhafte Aufenthalt in der Bundesrepublik zwingend erforderlich ist. Süssfisant wird in dem Schreiben darauf hingewiesen, dass Herr D. nach einer Bescheinigung seines Arbeitgebers selbst mit den besonderen Belastungen der Schichtarbeit gut zurecht kommt. Dies ist zwar bei Menschen mit psychischen Störungen, selbst bei Menschen mit Traumaerkrankungen, kein Indiz für die Behandlungsbedürftigkeit, die Schwere der Erkrankung oder ein Hinweis zur Frage der Suizidalität. Viele der Betroffenen bewältigen ihren Alltag. Arbeit kann eine stabilisierende Wirkung haben. Aber, so ist das Ansinnen der Ausländerbehörde Ahrweiler zu verstehen: Wer Schicht arbeitet, müsste doch eigentlich abschiebungsfähig sein. Am 13. Mai 2003 legt das Gesundheitsamt des Kreises Ahrweiler das Ergebnis der amtsärztlichen Untersuchung zur Frage der Reisefähigkeit vor. Bei D. wird eine depressive Erkrankung diagnostiziert, akute Suizidalität sei aktuell nicht festzustellen. Es gebe allerdings Hinweise, dass der Untersuchte bereits in seiner Jugend unter psychischen Störungen mit latent suizidalen Phasen gelitten habe. Dann heißt es: "Bei einer erneut drohenden Abschiebung rechnen wir mit einer erneuten akuten Suizidalität auf dem Boden einer langjährigen psychisch stabilen Persönlichkeit." Der begutachtende Facharzt des Gesundheitsamtes hält es für "vernünftig, zunächst einmal eine weitere Stabilisierung durch entsprechende fachärztliche Behandlung" abzuwarten. Dann aber unterwirft er sich im folgenden den Vorgaben des rheinland-pfälzischen Innenministeriums: "Gemäß dem Ihnen bekannten Schreiben des rheinland-pfälzischen Innenministeriums vom 12.3.2003 soll aber nach Möglichkeit die Reisefähigkeit hergestellt werden. Um dies bei Herrn D. zu erreichen, bedürfte es eines erheblichen Aufwandes:

1. Herr D. müsste während dieses Abschiebungsvorgangs lückenlos von einer psychiatrischen Fachkraft überwacht werden, um akute Suizidhandlungen zu verhindern .
2. Herr D. müsste bei Übergabe an die entsprechende Behörde in seinem Herkunftsland gleichzeitig an einen Facharzt der Psychiatrie übergeben werden, der vor Ort die Suizidalität von Herrn D. zu überprüfen hätte .
3. Die Eltern und Geschwister von Herrn D. müssten von seiner Rückkehr unterrichtet werden. Es müsste geprüft werden, ob diese bereit sind, Herrn D. sozial einzubinden."

Unter diesen Voraussetzungen hält der Gutachter des Gesundheitsamtes das Vernünftige, die fachärztliche Behandlung zur Stabilisierung in Deutschland, nicht für zwingend erforderlich.

Die Ausländerbehörde Ahrweiler macht sich an die Arbeit und schreibt das deutsche Verbindungsbüro Kosovo in Pristina am 2. Juli 2003 an. Es wird um Mitteilung gebeten, ob die deutsche Ersatzauslandsvertretung im Kosovo gegen Kostenübernahme durch den Kreis Ahrweiler einen entsprechenden Facharzt beauftragen könne. Bereits am 9. Juli 2003 antwortet das deutsche Verbindungsbüro in Person von Herrn Wellna, einem abgeordneten Bediensteten des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge und so mit den Ansinnen deutscher Ausländerbehörden bestens vertraut. Die Beauftragung eines Facharztes zwecks Empfangnahme von Herrn D. sei nicht möglich. Am Flughafen Pristina befinde sich aber eine Flughafenambulanz. Die Kreisverwaltung Ahrweiler kündigt am 31. Juli 2003 der Clearingstelle Rheinland-Pfalz für Passbeschaffung und Flugabschiebungen in Trier die Abschiebung der Familie D. "nun in medizinischer Begleitung" an. Man werde sich mit der Flughafenambulanz in Pristina in Verbindung setzen, damit Herr D. dort in Empfang genommen werden könne.

10. September 2003: Die Ausländerbehörde Ahrweiler bittet die zuständige Polizeibehörde, Herrn D. zum Zweck der Abschiebung festzunehmen, da ein Flug gebucht sei. Vorgeschlagen wird eine überraschende Festnahme am Morgen des Abschiebungstages. Die Polizei erhält den Hinweis, dass Herr D. in ärztlicher Begleitung abgeschoben werden solle. Es wird gebeten, ihn ab der Festnahme bis zur Übergabe an die Bereitschaftspolizei ständig zu beobachten. Ein Begleitarzt ist bereits von der Clearingstelle über das Problem der Suizidalität informiert worden. D. soll der Flughafenambulanz übergeben werden. Inzwischen wird vor dem Verwaltungsgericht Koblenz um die Abschiebung gestritten. Die Kreisverwaltung Ahrweiler teilt dem Gericht am 18. September 2003 ihre organisatorischen Vorbereitungen mit: Ein Begleitarzt sei organisiert. Nach der Landung werde der Genannte direkt der Flughafenambulanz übergeben. Herr D. habe angegeben, einen guten Kontakt zu Eltern und Geschwistern im Kosovo zu haben. Es sei deshalb von einer Wiedereingliederungsmöglichkeit in die Familie auszugehen. Bei der Behandlung des anhängigen Eilantrages erteilt der Richter die Auflage, dass Herr D. in Pristina die Möglichkeit eingeräumt werden muss, sich durch seine Familienangehörigen aus der Flughafenambulanz abholen zu lassen.

Am 18. September 2003 segnet das VG Koblenz in einem Eilbeschluss die Abschiebungsvorbereitungen ab. Das Ergebnis der ärztlichen Atteste und der amtsärztlichen Stellungnahme, die eine depressive Erkrankung attestieren und akute Suizidalität auf dem Boden einer langjährigen psychisch instabilen Persönlichkeit bescheinigen, wird nicht in Zweifel gezogen. Es gebe aber keine rechtliche Unmöglichkeit für die Abschiebung. Der Antragsteller könne sich nicht darauf berufen, er sei wegen seiner Erkrankung reiseunfähig und seine Abschiebung mit Blick auf Artikel 1 Abs. 1 und Satz 2 Absatz 2 Grundgesetz rechtlich unmöglich sei. Die Kreisverwaltung Ahrweiler sei den amtsärztlichen Forderungen nachgekommen. Es sei sichergestellt, dass Herr D., wenn nicht unmittelbar bei Ankunft, so doch zumindest in unmittelbarer Folge einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung in seinem Heimatland zugeführt werden könne. Letzteres ist schlichtes Wunschdenken des Gerichtes. Fachärztliche Behandlungen solcher Krankheitsbilder sind im Kosovo mangels einer ausreichenden Zahl ausgebildeter Ärzte kaum zu erlangen. Eine Beschwerde beim Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz bleibt erfolglos. Herr D. und seine Familienangehörigen werden nach Pristina abgeschoben.

Die amtsärztliche Untersuchung hat dazu beigetragen, dass das Vernünftige, die auch ethisch gebotene Behandlung, nicht getan wird. Stattdessen wurden Hinweise geliefert, wie eine lückenlose Begleitstaffette zur Abwendung des Suizidrisikos zu organisieren wäre, bei der das Wohl des Begutachteten aus dem Blick gerät. Die Verantwortung, so könnte man mit Tucholsky sagen, wurde in viele Teile geteilt, am Ende ist es keiner gewesen.

Versuche, Krankheit als Abschiebungshindernis nicht durch eine adäquate ärztliche Behandlung, sondern durch eine Verschiebung der ethischen Grenzen zu beseitigen, gibt es seit Jahren. Zwar wird einerseits auch von Seiten des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge eine Diskussion über konsensfähige Qualitätsstandards im Rahmen des Asylverfahrens geführt. Ärzteorganisationen bemühen sich ohnehin seit

langem, neuere Erkenntnisse insbesondere der Traumaforschung in Begutachtungsrichtlinien umzusetzen und auch die großteils wenig vorgebildeten niedergelassenen Ärzte fachlich zu qualifizieren. Dennoch sind Vulgärtheorien sowohl beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge als auch bei Ausländerbehörden und Gerichten populär. So behauptet der holländische Jurist Professor Peter van Krieken in einem häufig zitierten Aufsatz im Informationsbrief Ausländerrecht Nummer 11-12/2000, fast alle traumatischen Störungen hätten im Herkunftsland die größten Heilungschancen. Wer das in Frage stelle, leide unter eurozentrischer Megalomanie. Der fachlich in keiner Weise ausgewiesene van Krieken wird mit seiner dürren Behauptung bis heute auch in der obergerichtlichen Rechtsprechung rezipiert. So heißt es in einem Beschluss des OVG Hamburg vom 2. April 2003 (3Bs 439/02-), dass es Stimmen gebe, denen zufolge posttraumatische Belastungsstörungen meist im Herkunftsland die größten Heilungschancen hätten. Selbst wenn die Behandlungschancen des Erkrankten im Abschiebungszielstaat Serbien/Montenegro qualitativ schlechter wären als im Bundesgebiet, sei dies kein Abschiebungshindernis, "solange dort ärztliche Bemühungen stattfinden, die den Namen Therapie verdienen". Es gebe in den Balkanstaaten viele traumatisierte Menschen, deren psychische Befindlichkeit sich durch das Verlassen ihrer Heimat nicht bessern würde. Es leuchte nicht ein, weshalb dem Kranken hinsichtlich seiner Traumatisierung nicht zugemutet werden dürfe, das Schicksal seiner in der Heimat verbliebenen, ebenfalls traumatisierten Landsleute zu teilen. Sofern der Betroffene durch den Vorgang der Abschiebung retraumatisiert werde, werde dies den Heilungsprozess verzögern, aber letztlich nicht in Frage stellen. Das Gericht vermöge nicht die Auffassung zu teilen, dass die Abschiebung den Ausländer nicht kränker machen darf und dass der Ausländer sich nicht darauf verweisen lassen müsse, eine durch die Abschiebung herbeigeführte wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes durch eine therapeutische Behandlung im Zielstaat der Abschiebung beheben zu lassen. Der verfassungsrechtliche Schutz der Gesundheit gelte nur für den Fall, dass durch die Abschiebung irreparable gesundheitliche Schäden entstehen würden.

Was PRO ASYL bereits nach einem Urteil des VGH Baden-Württemberg vom 2. Mai 2000 (AZ.: 11S 1963/99) als bedrohliches Szenario dargestellt hat, ist inzwischen vielerorts Wirklichkeit geworden: die Abwendung drohender Suizidalität durch ärztliche Begleitung, Medikamentierung und technische Vorkehrungen, sowie die Reduktion der verfassungsrechtlichen Verantwortung auf die Pflicht des Begleitungspersonals, den Übergang in irgendeine Art von ärztlicher Minimalversorgung möglich zu machen. Dabei ist mancher fragwürdige Sonderservice möglich. So zitiert das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge eine Auskunft des deutschen Generalkonsulats Istanbul an die Stadt München vom 26. September 2000 mit der Empfehlung, den Abzuschiebenden einen Arztbrief in der Landessprache nebst einem Vorrat verordneter Medikamente mitzugeben. Da das Handeln deutscher Behörden immer noch kritische Rückfragen auslösen kann, wird auf die Möglichkeit verwiesen, das Ganze outsource zu lassen. Es bestehe die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Firma, die für verschiedene private Krankenversicherungen tätig sei. Diese biete an, Betroffene sogar in Deutschland abzuholen, sie in der Türkei in ein entsprechendes Krankenhaus zu transportieren und die notwendigen Absprachen mit den türkischen Gesundheitsbehörden zu treffen.

Aus Sicht der Innenministerien, vieler Richter und des Bundesamtes werden insbesondere Traumatisierungen als Abschiebungshindernis zu häufig vorgetragen. Dabei würden oft Gefälligkeitsgutachten vorgelegt. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen jedoch davon aus, dass zwischen 20 und 70 % der Flüchtlinge, die vor kriegerischen Auseinandersetzungen geflohen sind, unter Traumastörungen leiden. Die Ausgestaltung des Asylverfahrens ist kaum geeignet, die entsprechenden Fälle frühzeitig herauszufiltern, die besonderen Schwierigkeiten der betroffenen Menschen zu einer umfassenden klaren Darstellung ihrer Fluchtgründe zu würdigen. Werden fachlich unqualifizierte ärztliche Stellungnahmen vorgelegt, so hat dies oft wenig mit der Problematik der Gefälligkeitsgutachten zu tun, sondern verdankt sich der Tatsache, dass viele der Betroffenen weder Behandlungsplätze in spezialisierten Einrichtungen noch die Chance einer Begutachtung durch qualifizierte Fachärzte haben. Die von Seiten der Gerichte an die Qualität der Gutachten gestellten Anforderungen wachsen ins Unermessliche, während die Ressourcen stagnieren. Auch abseits der zunehmend restriktiver werdenden Rechtsprechung neigen einzelne Richter dazu, selbst qualifizierte ärztliche Stellungnahmen mit grob geschnitzten Plausibilitätserwägungen vom Tisch zu wischen und an die Stelle der ärztlichen Fachkunde den richterlichen Sachverstand zu setzen. Dass der sich oftmals aus den trüben Quellen der Vulgärtheorie speist, bleibt nicht selten zu Lasten der Betroffenen außer acht.

Der Autor

Bernd Mesovic, Jahrgang 1954, ist seit mehr als zehn Jahren rechtspolitischer Referent und stellvertretender Geschäftsführer der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge Pro Asyl. Als Sozialarbeiter war er zuvor zehn Jahre lang Leiter einer Flüchtlingsberatungsstelle in Frankfurt am Main.

Veröffentlichungen u. a. im "Grundrechte-Report" (Rowohlt-Verlag 2003) und im "Handbuch der sozialen Arbeit mit Kinderflüchtlingen" (Votum-Verlag 1999). Der vorliegende Artikel wird im Juni 2004 im "Grundrechtebericht 2004 - Zur Lage der Bürger- und Menschenrechte" (Hrsg.: Till Müller-Heidelberg u. a.) im Fischer-Verlag erscheinen.