

Stellungnahme von ÄRZTE OHNE GRENZEN

Im Rahmen der Sachverständigenanhörung vom 13. Mai 2024 zur
Frage:

„ob die Feststellung des Schutzstatus von Geflüchteten unter
Achtung der Genfer Flüchtlingskonvention und der Europäischen
Menschenrechtskonvention auch in Transit- oder Drittstaaten
erfolgen kann.“

Inhalt

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	2
3. Operative Erfahrungen mit Auslagerungsmodellen.....	4
a) Australisches Modell auf Nauru.....	4
b) UK-Ruanda-Modell.....	5
c) EU-Türkei-Modell	6
4. Schlussfolgerungen	8

1. Zusammenfassung

Angesichts der humanitären Weltlage, der historischen Verantwortung Deutschlands und seinen humanitären Verpflichtungen sollte sich die Bundesregierung für mehr humanitäre Hilfe und eine gerechte Verantwortungs- und Lastenteilung in der globalen Flüchtlingspolitik einsetzen. Im Sinne des Prüfauftrages gehört dazu auch die Schaffung von Zugang zu Schutz durch extraterritoriale Asylverfahren, die den territorialen Asylzugang ergänzen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei die Ausweitung von Resettlement, humanitärer Aufnahmeprogramme und Vergabe von humanitären Visa als sichere Einreisealternativen. In diesen Fällen ist die Feststellung des Schutzstatus von Geflüchteten unter Achtung der Genfer Flüchtlingskonvention bereits Praxis.

Die Auslagerung von Asylverfahren von Menschen, die bereits in der Europäischen Union (EU) angekommen sind oder sich unter der effektiven Kontrolle eines EU-Staates befinden, in ein Transit- oder Drittstaat, ist hingegen abzulehnen.

Vor dem Hintergrund der operativen Erfahrungen mit verschiedenen Auslagerungsmodellen warnt ÄRZTE OHNE GRENZEN die Bundesregierung vor den gravierenden gesundheitlichen Folgen dieses Ansatzes für die physische und psychische Gesundheit der betroffenen Menschen.

2. Einleitung

Eine humane europäische und deutsche Migrationspolitik muss den Wert des menschlichen Lebens und das Recht auf Gesundheit und Schutz für alle Menschen hochhalten.

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag klar zu ihrer „humanitären Verantwortung und den Verpflichtungen, die sich aus dem Grundgesetz, der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und dem Europarecht ergeben, um Geflüchtete zu schützen“ bekannt.¹

Angesichts der multiplen Krisen ist ein prinzipiengeleitetes Engagement Deutschlands notwendig, um den humanitären Herausforderungen unserer Zeit zu begegnen und Menschen in akuten und vernachlässigten humanitären Krisen zu unterstützen. Ein Blick auf Kennzahlen und Trends macht das deutlich.

Weltweit ist in den kommenden Jahren mit einer weiteren Eskalation von Krisen und Konflikten zu rechnen. Darüber hinaus birgt die Verknappung von Ressourcen und Finanzmitteln weitere Konfliktrisiken für die Zukunft. In diesem Zusammenhang werden sich der Anstieg der Menschen, die humanitäre Hilfe benötigen wahrscheinlich fortsetzen. So werden laut Amt der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten (OCHA) im Jahr 2024 fast 300 Millionen Menschen weltweit aufgrund von Konflikten, Klimakatastrophen und anderen Ursachen humanitäre Hilfe und Schutz benötigen. Um 180 Millionen Bedürftigen zu helfen, werden 48 Milliarden US-Dollar benötigt, doch gerade einmal 15,7% dieser Summe sind bisher gedeckt.²

Die akute Ernährungsunsicherheit betrifft 258 Millionen Menschen in 58 Ländern. Das Leben von 45 Millionen Kindern unter fünf Jahren – das sind 7 Prozent aller Kinder weltweit – ist durch Mangelernährung bedroht. Davon leiden bereits 13,6 Millionen an schwerer Unterernährung, die sie in unmittelbare Lebensgefahr bringt.

Die Intensität und Wahrscheinlichkeit vermeidbarer Krankheitsausbrüchen, auch bei neuen und neu auftretenden Krankheiten, nehmen zu. Um nur einige zu nennen: Cholera, Ebola, Malaria, Dengue-Fieber, Masern, Diphtherie, Meningitis oder Hepatitis.

Laut dem Uppsala Conflict Data Program (UCDP) stieg 2022 die Anzahl an Konflikten mit staatlicher Beteiligung auf 55, von denen acht die Intensitätsstufe eines Krieges erreicht haben. Die Zahl der in Kriegen und Konflikten getöteten Menschen hat sich 2022 im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt.³

Nach Angaben des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR) lag die Zahl der Vertriebenen 2022 zum ersten Mal in der Geschichte bei 110 Millionen Menschen.⁴ Drei Viertel der weltweiten Flüchtlinge werden von armen oder einkommensschwachen Ländern aufgenommen. Die meisten Flüchtlinge bleiben in den Nachbarländern ihres Herkunftslandes. Ein besonders eindruckliches Beispiel ist der Tschad, der mit einer Bevölkerung von 18 Millionen Menschen in kurzer

¹ Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. [Koalitionsvertrag](#) 2021–2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP.

² OCHA: "[Global Humanitarian Overview 2024](#)", 25.05.2024.

³ Uppsala Conflict Data Program (UCDP), 2023: [Summary 2022](#).

⁴ UNHCR, Juni 2023: [Mid-Year Trends](#): Key displacement and solutions trends in the first half of 2023.

Zeit rund 600.000 Flüchtlinge aus dem Bürgerkriegsland Sudan aufgenommen hat.⁵ Dabei gehört der Tschad zu den ärmsten Ländern der Welt.

Angesichts dieser Herausforderungen ist es dringend erforderlich, den Fokus auf die verstärkte internationale Zusammenarbeit und die Bereitstellung ausreichender Mittel zu legen, um Menschen in Not wirksam zu helfen. Die Auslagerung von Asylverfahren zum Zweck der Abschreckung wird weder Flucht reduzieren noch das Sterben im Mittelmeer beenden.

Im Gegenteil: ÄRZTE OHNE GRENZEN befürchtet, dass die Politik der Abschottung, Abschreckung und Auslagerung die humanitäre Krise an der EU-Außengrenzen und darüber hinaus verschärfen wird. Erst im Februar 2024 hat ÄRZTE OHNE GRENZEN den Bericht „Tod, Verzweiflung und Elend: die gesundheitlichen Folgen der EU-Migrationspolitik“ veröffentlicht.⁶ Für den Bericht haben Teams aus zwölf Ländern in Europa und Afrika sowie der Seenotrettungsmission Daten und Aussagen von Patient*innen zusammengetragen, die eines deutlich machen: Ob in Niger, Tunesien, Libyen, an den EU-Außengrenzen oder auf dem Territorium der Mitgliedstaaten – die Normalisierung von Gewalt und die Entmenslichung von Schutzsuchenden, schreiten voran. Das Spektrum der migrationspolitischen Kooperationsformen, um Menschen abzuschrecken, festzuhalten oder zu blockieren, wird ständig erweitert und reicht von informellen Absprachen bis hin zu umfassenden Partnerschaften – mit variierendem Grad an Verantwortungsverlagerung, Transparenz und Rechenschaftspflicht. Sie alle haben jedoch schwerwiegende Folgen für die Gesundheit, das Wohlergehen und die Würde der Menschen.

ÄRZTE OHNE GRENZEN sieht in der Idee der Auslagerung von Asylverfahren in Drittstaaten mit dem Ziel der Abschreckung von Schutzsuchenden eine weitere Eskalationsstufe, die den oben beschriebenen Trend der Entmenslichung weiter befeuern könnte.

Vor dem Hintergrund der operativen Erfahrungen mit den Auslagerungsmodellen warnt ÄRZTE OHNE GRENZEN die Bundesregierung vor den gravierenden gesundheitlichen Folgen dieses Ansatzes für die physische und psychische Gesundheit der betroffenen Menschen. In dieser Stellungnahme konzentrieren wir uns daher auf die medizinischen Daten, die wir aus den Projekten in Nauru (Australisches Modell), Großbritannien (UK-Ruanda-Modell) und Griechenland (EU-Türkei-Modell) sammeln konnten.

⁵ UNHCR, 24.05.2024: [Emergency Situation in Chad](#): Update on arrivals from Sudan.

⁶ Ärzte ohne Grenzen, Februar 2024: [Death, despair and destitution](#): The human costs of the EU's migration policies.

3. Operative Erfahrungen mit Auslagerungsmodellen

a) Australisches Modell auf Nauru

Im Jahr 2001 führte Australien die sogenannte „Pazifische Lösung“ ein: Asylsuchende, die das Land über den Seeweg erreichen, wurden auf pazifische Inseln⁷ gebracht, um dort ihre Asylverfahren durchzuführen. 2007 wurde das Auslagerungsmodell beendet und die Lager geschlossen, jedoch 2012 in einer verschärften Variante wieder eingeführt. Menschen, die ohne Genehmigung mit dem Boot nach Australien kommen, haben seitdem keine Möglichkeit nach Australien umgesiedelt zu werden.⁸

Ein Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN arbeitete von November 2017 bis Oktober 2018 elf Monate lang im Lager auf Nauru im Pazifischen Ozean und leistete psychologische Hilfe für die dort lebenden Menschen. Im Oktober 2018 teilten uns die nauruischen Behörden ohne Vorwarnung mit, dass unsere Aktivitäten innerhalb von 24 Stunden beendet werden müssten. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich mehr als 200 Patient*innen in Behandlung.

Die Auswertung der medizinischen Daten aus Nauru zeigen die gravierenden gesundheitlichen Folgen der australischen Grenzschutzpolitik und der Offshore-Inhaftierung sowie den dortigen Verfahren.⁹

Unser Team vor Ort beobachtete einen alarmierenden Anstieg psychischer Erkrankungen bei erwachsenen und minderjährigen geflüchteten Menschen. Sechzig Prozent der Patient*innen hatten Selbstmordgedanken und dreißig Prozent hatten einen Selbstmordversuch unternommen. Neben den Fluchterfahrungen haben die erzwungene Umsiedlung, das Fehlen von Schutzmöglichkeiten, die Trennung von Familienangehörigen und der unbefristete Charakter der Offshore-Politik maßgeblich zu den psychischen Problemen geführt.

Besonders alarmierend waren die psychischen Schäden bei Kindern. Unsere Teams beobachteten einen beunruhigenden Zusammenbruch der psychischen Gesundheit von Kindern. Bei Kindern im Alter von neun Jahren wurden Selbstverletzungen, Selbstmordgedanken oder Selbstmordversuche festgestellt. Bei zehn Kindern und zwei erwachsenen Patient*innen wurde das Resignationssyndrom diagnostiziert – ein lebensbedrohlicher psychiatrischer Zustand, bei dem die Patient*innen als Reaktion auf eine unerträgliche Realität in einen komatösen Zustand fallen. Diese Erkrankung ist so schwerwiegend, dass sie normalerweise stationär behandelt werden muss.

Auch bereits vorhandene Traumata wurden durch die Internierung auf Nauru verschlimmert. 75 Prozent der von ÄRzte ohne Grenzen behandelten Asylsuchenden und Flüchtlinge (einschließlich Kinder) berichteten von traumatischen Erlebnissen in ihrem Herkunftsland und/oder während ihrer Flucht, einschließlich Kampfhandlungen, Bedrohung durch Verletzung oder Tod, sexueller Gewalt, Folter und Inhaftierung. Insgesamt berichteten 92 Prozent der Patient*innen, dass sie in Nauru mit Situationen konfrontiert waren, die ihre psychische Verfasstheit verschlimmerten.

⁷ Kooperationen fanden in verschiedenen Zeiträumen zwischen Australien und den Inselstaaten Papua-Neuguinea und Nauru.

⁸ Personen, die in ein von der australischen Regierung finanziertes Internierungslager geschickt werden, können vor Ort ihren Asylanträge bei den nationalen Behörden stellen. Wenn ihnen internationaler Schutz gewährt wird, haben sie drei Möglichkeiten: Sie können sich auf Nauru (bis 2021 auch in Papua-Neuguinea) niederlassen, wo sie ein 20-Jahres-Visum erhalten; sie können auf einen Resettlementplatz in einem Drittland warten; oder sie können gemäß den Gesetzen ihres Herkunftslandes freiwillig und mit wirtschaftlicher Unterstützung zurückkehren.

⁹ ÄRzte ohne Grenzen, Dezember 2018: [Indefinite Despair](#): The tragic mental health consequences of offshore processing on Nauru.

Die Trennung von der Familie trug ebenfalls zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit bei. 37 Prozent der Patient*innen von Ärzte ohne Grenzen waren von einem Partner, einem Kind oder einem engen Familienmitglied getrennt. Fast ein Viertel der Patient*innen berichtete zudem, dass sie auf der Insel Nauru in irgendeiner Form Gewalt erlebt haben, und 11 Prozent waren psychischer und/oder physischer Gewalt durch die örtlichen Behörden, einschließlich der Einwanderungsbehörden und der Australian Border Force, ausgesetzt.

b) UK-Ruanda-Modell

ÄRZTE OHNE GRENZEN hat den geplante UK-Ruanda-Deal bereits mehrfach aus medizinischen, ethischen und humanitären Gründen als unverantwortlich verurteilt.¹⁰ Laut Hohem Kommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge untergräbt das Modell die internationale Zusammenarbeit und schafft einen besorgniserregenden globalen Präzedenzfall.¹¹

Es besteht die reale Gefahr, dass schutzbedürftige Menschen im Vereinigten Königreich, die vor gefährlichen Situationen wie Folter und Menschenhandel geflüchtet sind, einem Umfeld ausgesetzt werden, in dem sie erneut traumatisiert werden und keinen Zugang zu der dringend benötigten medizinischen Versorgung erhalten.

Bereits 2022 hat die Organisation Medical Justice festgestellt, dass die Aussicht auf Abschiebung nach Ruanda zu Angst, Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit führt und sich psychische Erkrankungen bei den von Abschiebung bedrohten Männern, Frauen und Kindern verschlimmern, was zu einem erhöhten Risiko von Selbstverletzungen und Selbstmord führt.¹² Eine Befürchtung, die unsere Ärzteteams in Großbritannien in einem Ende Mai 2024 veröffentlichten Bericht teilen.¹³

ÄRZTE OHNE GRENZEN betreut Patienten, die in der Mass Containment Site Wethersfield in Essex festgehalten werden. In dieser Massenunterkunft sind derzeit 580 Männer im Alter von 18 bis 65 Jahren untergebracht. Dort betreibt ÄRZTE OHNE GRENZEN seit November 2023 in Zusammenarbeit mit Ärzten der Welt eine mobile Klinik, um die Männer vor dem Lager medizinisch zu versorgen.

Das ehemalige Militärgelände liegt abgelegen, wird mit Videokameras und Sicherheitspersonal streng überwacht und ist von Zäunen und Stacheldraht umgeben. Die von einem privaten Dienstleister betriebene Einrichtung wird von den dort untergebrachten Menschen als Gefängnis wahrgenommen.

Unsere medizinischen Daten zeigen, dass die meisten, der von uns betreuten Patienten mehrfach traumatisiert sind und Gewalt oder Missbrauch erlebt haben (68 Prozent), darunter Verfolgung und Folter. Sie weisen Anzeichen schwerer psychischer Probleme auf: 39 Prozent der Patienten leiden

¹⁰ Ärzte ohne Grenzen April 2024: [MSF UK statement](#) on the passing of the Safety of Rwanda (Asylum and Immigration) bill; Ärzte ohne Grenzen, April 2023: [Open letter](#) from health professionals in the UK on the health consequences of the forced expulsion to Rwanda policy.

¹¹ United Nations High Commissioner for Human Rights, 24 April: [UK-Rwanda asylum law](#): UN leaders warn of harmful consequences.

¹² Medical Justice, September 2022: [Who's Paying the Price?](#) The Human Cost of the Rwanda Removals.

¹³ Ärzte ohne Grenzen und Ärzte der Welt, Mai 2024: [Like A Prison: "No Control, No Sleep"](#) – Mental Health Crisis at Wethersfield Containment Site. Auch andere Berichte warnen einer sich verschlechternden psychischen Lage der Männer im dem Lager, siehe Kamena Dorling und Maddie Harris, Dezember 2023: [Ghettoised and traumatised](#): the experiences of men held in quasi-detention in Wethersfield, Helen Bamber Foundation; Jesuit Refugee Service UK, März 2023: [Napier Barracks](#): the inhumane reality. An in-depth report of the experiences of men held in quasi-detention at Napier Barracks.

unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)¹⁴ und 29 Prozent unter Depressionen und Angstzuständen. Die Menschen sprechen häufig über ein tiefes Gefühl der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.

Alarmierend ist, dass 41 Prozent der Patienten, über die uns Daten vorliegen, Suizidgedanken oder -pläne hatten, wobei viele uns mitteilen, dass das Internierungslager zu ihrer schlechten psychischen Gesundheit beiträgt.

Unsere Teams vor Ort gehen davon aus, dass sich der psychische Zustand der Männer im Laufe der Zeit verschlechtern wird, da ihre Asylanträge seit Inkrafttreten des sogenannten Gesetzes über illegale Einwanderung (*Illegal Migration Act*) in der Schwebe sind und die Zahl der in der Kaserne untergebrachten Männer stetig zunimmt. Es ist außerdem davon auszugehen, dass die Abschiebungen nach Ruanda – wenn sie überhaupt stattfinden – schleppend anlaufen und es zu einem Rückstau in den Internierungs- und Abschiebelagern kommen wird, was die psychische Verfassung der Betroffenen weiter verschlimmern könnte.

Sollten tatsächliche Abschiebeflüge nach Ruanda durchgeführt werden, besteht die Gefahr, dass die Menschen sich erneut auf den Weg machen: Eine der wichtigsten Migrationsrouten von Ostafrika nach Großbritannien führt durch die Sahara, Libyen, das zentrale Mittelmeer, Italien und dann weiter in nordeuropäische Länder wie Deutschland, Frankreich und Belgien. Entlang dieser Route sind Migrant*innen und Geflüchtete erheblichen Risiken ausgesetzt, die Ärzte ohne Grenzen ausführlich dokumentiert hat.¹⁵

c) EU-Türkei-Modell

Vor acht Jahren markierte der EU-Türkei-Deal einen Wendepunkt in der europäischen Migrationspolitik, hin zu einer verstärkten Externalisierung von Verantwortung an Drittstaaten und zu einer Normalisierung struktureller Gewalt an den EU-Außengrenzen. Sinnbild davon sind die Hotspots und ihre Nachfolger, die sogenannten geschlossenen Zentren mit kontrolliertem Zugang (Closed Controlled Access Centre – CCAC). Aus Sicht von ÄRZTE OHNE GRENZEN hat der EU-Türkei-Deal mit dazu geführt, dass tausende Geflüchtete und Migrant*innen in den Lagern auf den griechischen Inseln Chios, Kos, Leros, Lesbos und Samos unter menschenunwürdigen, teils unter haftähnlichen Bedingungen festsitzen. Denn der Auslagerungsmechanismus in die Türkei hat nie wirklich funktioniert und schuf damit auf den ägäischen Inseln Freiluftgefängnisse, die man durchaus als „griechisches Nauru“ bezeichnen kann.¹⁶

¹⁴ Bei PTBS handelt es sich um eine psychische Störung, die durch das Erleben oder Miterleben eines schwerwiegenden traumatischen Ereignisses verursacht wird, z. B. durch schwere Gewalt oder Gewaltandrohung, Krieg, eine Naturkatastrophe oder eine schwere Verletzung. Zu den Symptomen einer PTBS gehören häufig Flashbacks, Alpträume, Reizbarkeit und Hypervigilanz, die sich negativ auf die Konzentration, das Gedächtnis und das tägliche Funktionieren auswirken können.

¹⁵ Ärzte ohne Grenzen, Juni 2022, [Out of Libya](#): Opening safe pathways for migrants stuck in Libya; Ärzte ohne Grenzen, November 2023: [“No one came to our rescue”](#): The human costs of European migration policies in the Central Mediterranean; Ärzte ohne Grenzen, Dezember 2023: [You're going to die here](#) – Abuse in Abu Salim and Ain Zara detention centres; Ärzte ohne Grenzen, Februar 2024: [Death, despair and destitution](#): The human costs of the EU's migration policies.

¹⁶ Hinzu kommt, dass die migrationsreduzierende Wirkung der Erklärung überschätzt wird. Vielmehr steht die Erklärung am Ende einer Kette von Maßnahmen, Ereignissen und Trends, die zu einem Sinken der Ankunftsahlen geführt hat. Siehe dazu Katie Kuschminder et al, 2019: [Decision making on the Balkan Route and the EU-Turkey Statement](#). Maastricht University/ UNU-MERIT.

Als humanitäre Organisation leistet ÄRZTE OHNE GRENZEN seit 2016 auf den griechischen Inseln Samos und Lesbos medizinische Nothilfe und behandelt seither die physischen und psychischen Verletzungen und Krankheiten. ÄRZTE OHNE GRENZEN hat wiederholt mit detaillierten Berichten über die menschenwürdige Situation der Menschen in den Lagern auf Samos und Lesbos hingewiesen¹⁷, insbesondere auf die unhaltbare medizinische Versorgung, unzureichende Hygiene, auch aufgrund von aussetzender Wasserversorgung und damit verbundenen Ausbrüchen ansteckender Hautkrankheiten. Außerdem wird in den geschlossenen Lagern deutlich, dass selbst auf EU-Territorium gebotene Schutzmaßnahmen und Garantien faktisch nicht gewährleistet werden können und folglich die Chancen sinken, schutzbedürftige Menschen oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen zu identifizieren.

Dabei berichten uns die Menschen, dass sie Menschenhandel, sexuelle Gewalt, Folter und körperliche Angriffe er- bzw. überlebt haben. Einige wurden bei Pushbacks von ihren Familienangehörigen getrennt oder mussten mit ansehen, wie ihre Angehörigen bei Schiffsunglücken ums Leben kamen. Zwischen August 2021 und August 2023 führten unsere Teams auf Samos 2.900 Konsultationen zur psychischen Gesundheit durch, bei denen 34 Prozent der Patient*innen, Trauma- und 28 Prozent Angstsymptome aufwiesen. Auf Lesbos betreute ein Team von ÄRZTE OHNE GRENZEN zwischen August 2021 und Juli 2023 614 Patient*innen (515 Erwachsene, 99 Kinder) in 5.829 Einzelgesprächen. Depressive Störungen, PTBS und Angstzustände waren in allen Gruppen, auch bei Kindern, weit verbreitet. Bei den Patient*innen waren tägliche Stressfaktoren wie schlechte Lebensbedingungen im Lager, komplizierte Asylverfahren, Angst vor Abschiebung und Unsicherheit Faktoren, die sich auf ihre psychische Gesundheit auswirkten.

Hinzu kommt die gefängnisähnliche Umgebung der CCACs, die für die Heilung vergangener Traumata völlig ungeeignet ist. Die geografisch abgelegenen Lager mit ihrem doppelten militärischen Stacheldrahtzaun, einem Zugangs- und Ausgangssystem mit Einweg-Drehkreuzen, Metalldetektoren und ständiger invasiver Videoüberwachung widersprechen den Empfehlungen der EU-Agentur für Grundrechte zur Vermeidung von Retraumatisierung.¹⁸ In den Beratungsgesprächen berichten uns die Menschen, dass sie aufgrund der gefängnisartigen Umgebung das Gefühl haben, dafür bestraft zu werden, dass sie Schutz suchten. Aus unserer Sicht zeigt das eindeutig, dass die strukturelle Gewalt innerhalb der geschlossenen Lager zu zusätzlichen Stressfaktoren führt und die Menschen weiter ihrer Würde und der Möglichkeit zur Heilung beraubt.

¹⁷ Ärzte ohne Grenzen, Februar 2024: [Death, despair and destitution](#): The human costs of the EU's migration policies; Ärzte ohne Grenzen, September 2023: [Griechenland: Große Lücken bei medizinischer Versorgung auf Lesbos](#); Ärzte ohne Grenzen, Ärzte ohne Grenzen, 27. März 2023: [Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems](#). Stellungnahme im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Inneres und Heimat; 2021: [Krise mit Vorsatz](#): Die medizinischen Auswirkungen des EU-Hotspot-Modells auf den griechischen Inseln.

¹⁸ In einem Bericht heißt es, dass die Einrichtungen „nicht wie ein Gefängnis mit Stacheldraht und gefängnisähnlichen Zäunen aussehen sollten. Dies trägt dazu bei, das Risiko einer erneuten Traumatisierung von Menschen, die Gewalt und Verfolgung erlebt haben, zu vermeiden. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, März 2021: [Initial-reception facilities at external borders](#): fundamental rights issues to consider.

4. Schlussfolgerungen

Deutschland muss seiner humanitären Verantwortung und Verpflichtung im globalen Flüchtlingsschutz gerecht werden und auf die Einhaltung des Völker- und Europarechts drängen. Die humanitären Herausforderungen sind gewaltig und Menschen in akuten und vernachlässigten humanitären Krisen brauchen dringend Hilfe. Im Sinne des Prüfauftrags gehört dazu auch die Schaffung von Zugang zu Schutz durch extraterritoriale Asylverfahren, die den territorialen Asylzugang ergänzen. Eine wichtige Rolle spielen hierbei die Ausweitung von Resettlement, humanitärer Aufnahmeprogramme und Vergabe von humanitären Visa als sichere Einreisealternativen. In diesen Fällen ist die Feststellung des Schutzstatus von Geflüchteten unter Achtung der Genfer Flüchtlingskonvention bereits Praxis.¹⁹ Die Auslagerung von Asylverfahren von Menschen, die bereits in der Europäischen Union (EU) angekommen sind oder sich unter der effektiven Kontrolle eines EU-Staates befinden, in einen Transit- oder Drittstaat, ist hingegen abzulehnen.

Die politische Fixierung auf die Reduzierung der Zahl von flüchtenden Menschen auf europäischem Boden hat die EU in eine Abschreckungsspirale geführt, mit verheerenden Folgen für die psychische Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit der Menschen, die Schutz und Sicherheit suchen.

Aus unserer Erfahrung in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten weltweit wissen wir, dass sich die psychische Gesundheit der Menschen verschlechtert, je mehr sie sich isoliert, eingesperrt und hoffnungslos fühlen. In den Projekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Internierungs- und Auffanglagern, unter anderem auf den griechischen Inseln und auf der Insel Nauru sowie im Vereinigten Königreich, wurden hohe Raten von Selbstmordgedanken und -versuchen festgestellt. Zudem ist der Zugang zu den Menschen in den meist geschlossenen Lagern für humanitäre Organisationen und unabhängige Beobachter*innen häufig nur eingeschränkt möglich, was vermutlich damit zu tun hat, dass Missstände und unmenschliche Lebensbedingungen nicht an die Öffentlichkeit gelangen sollen.

Auslagerungsmodelle sind keine humane und nachhaltige Lösung im Umgang mit Fluchtbewegungen – sie sind Scheinlösungen, widersprechen dem Geist der Genfer Flüchtlingskonvention und untergraben die Menschenrechte. Stattdessen sollte sich die Bundesregierung für eine faire Verantwortungsteilung im Flüchtlingsschutz einsetzen und dafür sorgen, dass Menschen auf der Flucht menschenwürdig behandelt werden. Verantwortung übernehmen, statt auslagern – das sollte das handlungsleitende Prinzip sein.

Ansprechperson:

Felix Braunsdorf
Humanitarian Advocacy Officer
felix.braunsdorf@berlin.msf.org
+49 1737508136

¹⁹ Siehe hierzu Pauline Endres de Oliveira und Nikolas Feith Tan, Februar 2023: [External Processing](#): A Tool to Expand Protection or Further Restrict Territorial Asylum? Migration Policy Institute.