

Psychische Erkrankungen im Asylverfahren

Julia Kux

Zusammenfassung: Psychische Erkrankungen im Asylverfahren

Erkrankungen von geflüchteten Menschen haben je nach Art und Schwere sowie Behandelbarkeit im Heimatland Einfluss auf das Asylverfahren. Im Asylverfahren wird nicht nur geprüft, ob Menschen aus den in der Genfer Flüchtlingskonvention genannten Gründen geflüchtet sind, sondern auch, ob andere gewichtige Gründe, wie z. B. eine psychische Erkrankung, einer Abschiebung entgegenstehen. Als Rechtsberaterin in der Erstaufnahmestelle Traiskirchen war ich zuständig für die rechtliche Beratung von neu in Österreich ankommenden Flüchtlingen, insbesondere für Flüchtlinge im Dublin-Verfahren und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Im Folgenden werde ich darauf eingehen, welche Folgen psychische Erkrankungen für das Asylverfahren haben können, welche Krankheiten häufig vorkommen, wie sie im Asylverfahren erkannt und begutachtet werden und welche Auswirkungen das Asylverfahren auf psychisch kranke Asylwerber/innen haben kann.

Schlüsselwörter: Asylverfahren, Psychische Erkrankungen, Begutachtung

Abstract: Asylum Procedure and Mental Health Problems

Mental health problems of refugees can affect the asylum procedure depending on the degree of illness and the chances for healing in their country. On the one hand the authorities determine if the reasons for seeking asylum are based on the Geneva Convention or if there are different arguments - for example mental health problems - against homeland deportation. As a legal adviser at „Erstaufnahmestelle Traiskirchen“ I was responsible for refugees in the Dublin procedure and for unattended underage refugees. Below I will focus on the consequences of mental health problems for the asylum procedure, which kind of mental health problems occur, as far as these are identified and examined, and how the asylum procedure can affect asylum seekers with mental health problems.

Keywords: asylum procedure, mental health problems, expertise

Welche Auswirkungen haben psychische Erkrankungen im Asylverfahren?

Rechtliche Aspekte

Nach Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) (RIS – Europäische Menschenrechtskonvention, 2018) ist die Ausweisung und Abschiebung von Menschen in ein anderes Land verboten, wenn schwerwiegende und stichhaltige Gründe für die Annahme sprechen, dass für die Person in diesem Land das reale Risiko einer unmenschlichen oder herabwürdigenden Behandlung besteht. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte liegt eine solche unmenschliche Behandlung auch vor, wenn ein schwer kranker Mensch in ein Land abgeschoben wird, in dem seine Krankheit nicht oder nicht adäquat behandelt werden kann. Wenn Flüchtlinge schwer psychisch krank sind, kann dies unter Umständen dazu führen, dass eine Außerlandesbringung gemäß Artikel 3 EMRK unzulässig ist (Filzwieser & Sprung, 2014).

Die Frage nach psychischen Erkrankungen stellt sich typischerweise im Asylverfahren an zwei Stellen:

Zunächst ganz am Beginn des Asylverfahrens, („Zulassungsverfahren“, §§ 28, 29, 30 AsylG, RIS – Asylgesetz 2005, 2018), wenn es um die Frage geht, welches Europäische Land für das Asylverfahren zuständig ist. Zuständig ist im Wesentlichen - daneben gibt es viele Sonderregelungen z. B. für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Familien - jenes Land, in dem die Person erstmals die Europäische Union betreten hat bzw. in dem sie ihren ersten Asylantrag gestellt hat (EUR-Lex. Access to European Union law, 2018a)^[1]. Dies wird unter anderem durch Fragen nach dem Fluchtweg und mittels Abgleich von Fingerabdruckdaten in einem europaweit vernetzten Computersystem festgestellt (EUR-Lex. Access to European Union law, 2018b)^[2]. Ist ein anderer europäischer Staat zuständig, muss der Flüchtling wieder aus Österreich aus- und in das zuständige Land einreisen.

Diese Verfahren zur Feststellung der Zuständigkeit finden in Österreich lediglich in zwei Zentren statt, nämlich in den Erstaufnahmestellen Traiskirchen in Niederösterreich (Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl [BFA], Erstaufnahmestelle Ost) und Thalham im Attergau in Oberösterreich (Erstaufnahmestelle West).

Von diesen Zuständigkeitsregeln gibt es Ausnahmen, eine davon kann psychisch kranke Flüchtlinge betreffen: Besteht nämlich eine - über die bloße Möglichkeit hinausgehende - ausreichend substantiierte „reale Gefahr“ einer unmenschlichen Behandlung im Sinne von Artikel 3 EMRK, so muss Österreich von seinem „Selbsteintrittsrecht“ Gebrauch machen und den/die Asylwerber/in zum Verfahren in Österreich zulassen, repräsentiert durch die „Weiße Karte“ (Filzwieser & Sprung, 2014). Im hier behandelten Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit der psychische Gesundheitszustand in Zusammenschau mit der medizinischen,

psychologischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation im Dublin-Zielstaat eine solche „unmenschliche Behandlung“ (Ammer, Kronsteiner, Schaffler, Kurz & Kremla, 2013, S. 200) darstellen kann.

Am Ende eines inhaltlichen Asylverfahrens in Österreich ist der Gesundheitszustand des Flüchtlings erneut zu prüfen und zwar bei der Frage, ob eine Abschiebung in den Heimatstaat zulässig ist laut § 8 AsylG (RIS – Asylgesetz 2005, 2018). Bei Hinweisen auf das Vorliegen von psychischen Krankheiten von entsprechender Schwere muss die Asylbehörde zwingend prüfen, ob es für diese Krankheit Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsstaat gibt und welche Folgen, insbesondere hinsichtlich des Gesundheitszustandes, eine Abschiebung dorthin hätte (Ammer et al., 2013).

Jedoch ist der Beurteilungsmaßstab nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) ein äußerst strenger: Nur bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände und lebensbedrohlicher Erkrankung mit der Gefahr unter qualvollen Umständen zu sterben, ist nach EGMR Rechtsprechung von einem Abschiebungshindernis auszugehen (Ammer et al., 2013). In der Studie, in der Ammer et al. 14 Asylfälle untersuchen, schien in den untersuchten österreichischen Entscheidungen „im Hinblick auf die Auslegung von Artikel 3 EMRK ein weniger restriktiver Maßstab als nach EGMR-Rechtsprechung angelegt worden zu sein“ (Ammer et al., 2013, S. 312); das bedeutet, dass manchmal psychisch kranke Asylwerber/innen subsidiären Schutz erhalten, obwohl das nach den strengen Kriterien des EGMR nicht unbedingt geboten wäre.

Welche psychischen Erkrankungen kommen bei Flüchtlingen häufig vor?

Einleitend ist festzuhalten, dass sich der juristische Diskurs fast ausschließlich um den Begriff der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dreht und andere psychische Erkrankungen und deren rechtliche Bedeutungen wenig Niederschlag in Literatur und Judikatur finden (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006). Auch in diesem Artikel liegt der Schwerpunkt auf der Posttraumatischen Belastungsstörung.

In bisherigen internationalen Metaanalysen in Bezug auf Opfer von Folter und Vertreibung werden Prävalenzraten von jeweils etwa 30% für die PTBS und depressive Erkrankungen berichtet, wobei die Prävalenzraten der Einzelstudien sehr stark variieren (Knaevelshud, 2016). Aufgrund der bis dato unzureichenden Datenlage kann über die Häufigkeit traumaassoziierter Störungsbilder bei Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland keine verlässliche Prognose gestellt werden. Zu erwarten sind komplexe Formen der PTBS, die komplizierte Trauerstörung

(beides Diagnosen, die aller Voraussicht nach im kommenden ICD-11 vertreten sein werden), somatoforme Störungen (unter anderem chronische Schmerzstörungen), dissoziative Störungen und Suchterkrankungen (Knaevelshud, 2016).

Traumatische Situationen schaffen Bewältigungsversuche, die später als Symptome einer Traumafolgeerkrankung auftreten können (Ammer et al., 2013). Diagnostische Kriterien für eine PTBS sind u. a.: Intrusionen (Flashbacks), wiederkehrende Alpträume, Vermeidungsverhalten, Abspaltung, Unfähigkeit, sich zu erinnern, Schlafstörungen, erhöhte Erregbarkeit, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Schreckhaftigkeit, Suizidalität, Zeitgitterstörungen (Ammer et al., 2013). Gerade diese Symptome machen es traumatisierten Flüchtlingen schwer, im Asylverfahren ihre Asylgründe glaubhaft dazulegen und das Verfahren nicht als weitere traumatische Sequenz zu erleben. Im Asylverfahren wird die Glaubwürdigkeit der Fluchtgründe anhand korrekter zeitlicher Einordnung und emotional authentischen und kohärenten Erzählens beurteilt (Ammer et al., 2013). Störungen der Gedächtnisfunktion gehören aber zu den Kardinalsymptomen posttraumatischer Störungen: „Daher müssen auch Aussagen zu traumatischen Erlebnissen von Aussagen zu nicht-traumatischen Erlebnissen voneinander differenziert werden, diese Unterscheidung hat in der Frage der Begutachtung von Glaubhaftigkeit bisher noch nicht die nötige Aufmerksamkeit gefunden“ (Birck, 2006, S. 42).

„Die Fähigkeit, über das traumatische Erleben zu sprechen, wird dadurch behindert, dass traumatische Erinnerung (im Gegensatz zu Alltagserinnerung oder Erinnerungen an Stress-Situationen) zunächst keine symbolische (z. B. sprachliche) Komponente beinhalten“ (Birck, 2006, S. 44). Erst durch eine bewusste Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erleben nimmt die Fähigkeit zu, das Erlebte in Worte zu fassen (Birck, 2006). Diese bewusste Auseinandersetzung ist aber erst möglich, wenn sich die traumatisierten Flüchtlinge sicher fühlen und zwar auch dadurch, dass ihr Aufenthaltsstatus sicher ist und sie keine Abschiebung mehr befürchten müssen (Ammer et al., 2013).

Das Trauma ist kein klar abgrenzbares Ereignis, sondern hat ein „Vorher“ und ein „Nachher“, sodass auch von einem traumatischen Prozess (Fischer & Riedesser, 2009) gesprochen wird. Die Leidenszustände und Krankheitsbilder der Betroffenen sind abhängig von den Sequenzen vor und nach der Traumatisierung, insbesondere können die Flucht aus dem Heimatland und die Behandlung im Aufnahmestaat weitere Sequenzen der Traumatisierung darstellen (Ammer et al., 2013).

Strukturell ist das Asylverfahren vor österreichischen Behörden, solange die Flüchtlinge in Angst vor einer negativen Entscheidung leben müssen, dazu angetan, eine weitere Sequenz des Traumas darzustellen (Ammer et al., 2013).

Wie werden psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen erkannt? Identifizierung von psychisch kranken Flüchtlingen

Im Österreichischen Asylverfahren ist kein Mechanismus implementiert, um vulnerable Asylsuchende, worunter psychisch erkrankte Personen fallen, zu identifizieren (Ammer et al., 2013). „Es wird zum Teil erwartet, dass Asylsuchende selbst explizit vorbringen, Opfer von Gewalt zu sein bzw. an Traumafolgeerkrankungen zu leiden“ (Ammer et al., 2013, S. 215). Der Identifizierung von psychisch Kranken ist auch nicht förderlich, dass die Asylbehörden meist darauf warten, dass Asylwerber/innen ihre psychische Erkrankung selbst vorbringen, weil sie das oft -zumindest anfangs- aus Scham, Angst oder Unwissenheit nicht tun (Ammer et al., 2013).

In meiner Tätigkeit als Rechtsberaterin im Flüchtlingslager Traiskirchen habe ich die Erfahrung gemacht, dass das Erkennen psychischer Erkrankungen in der Praxis vor allem den helfenden Personen im Umfeld von Flüchtlingen zufällt: Sozialarbeiter/innen, Wohnbetreuer/innen, Unterstützer/innen, Rechtsberater/innen u. a. Auch habe ich den Eindruck gewonnen, dass eine Rechtsberatung, die die Interessen der Flüchtlinge im Blickfeld hat (wie z. B. die Berücksichtigung psychischer Erkrankungen), manchmal auch im Spannungsfeld mit dem Interesse des Innenministeriums auf rasche und effiziente Asylverfahren steht.^[3]

So habe ich selbst als Rechtsberaterin im Zulassungsverfahren während der Beratung versucht, ein wohlwollendes Klima herzustellen; ich habe personen- und situationsbezogene Informationen zum Asylverfahren gegeben und den eventuellen Einfluss physischer und psychischer Erkrankungen dargelegt. Dies war für manche Flüchtlinge hilfreich, schwierige Themen anzusprechen, so auch traumatische Situationen oder psychische Auffälligkeiten. Bei der darauf folgenden Einvernahme konnte ich dann als Rechtsberaterin z. B. Anträge auf eine ärztliche und/oder psychologische Begutachtung stellen. Diese Art der Beratung trug mir (und anderen Rechtsberatern/Rechtsberaterinnen) den Vorwurf seitens der Behörde ein, dass Asylwerber/innen, die bei der (ersten) Einvernahme noch gesund gewesen seien, nach der Beratung plötzlich „schwerst traumatisiert“ gewesen seien und „verschiedenste Krankheiten aufgetaucht“ wären (Bundes-Gleichbehandlungskommission, 2012).

Um Opfer von Gewalt besser identifizieren zu können, empfehlen Ammer et al. (2013) aus psychotherapeutischer und rechtlicher Perspektive folgende Maßnahmen:

- Es sollte eine wohlwollende Haltung der Behördenvertreter/innen und eine vertrauensvolle Atmosphäre bei den Einvernahmen herrschen.
- Spezielle Schulungen, insbesondere zur Gesprächsführung und Identifizierung von Opfern von Gewalt sollten für Entscheidende im Asylverfahren verpflichtend sein.
- Die Gesprächsführung sollte sich am Istanbul-Protokoll^[4] orientieren.

- Es sollte ein Kriterienkatalog geschaffen werden, der den entscheidenden Personen als Gedächtnisstütze oder Leitfaden dient, der aber nicht abschließend sein soll.
- Die Beziehung von Experten-/Expertinnenmeinungen sollte verpflichtend sein: Behördenvertreter/innen müssen Asylwerbern/Asylwerberinnen bei Anzeichen von Folter an Experten/Expertinnen für entsprechende Untersuchungen weiter verweisen.
- Behördlich beauftragte Sachverständige müssen den fachlichen Qualitätskriterien und ethischen Verpflichtungen der Gesundheitsberufe entsprechen.

Wie stellt man psychische Erkrankungen im Asylverfahren fest?

Begutachtungen

Zu diesem Punkt stütze ich mich hauptsächlich auf Literatur aus Deutschland, wo seit einigen Jahren eine breitere Diskussion zum Thema Begutachtungen traumatisierter Flüchtlinge geführt wird als in Österreich. Das hat unter anderem dazu geführt, dass in Deutschland die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren bereits seit 1999 Richtlinien für Untersuchungen von Flüchtlingen herausgibt. 2001 wurden Qualitätsstandards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen entwickelt (Hausotter & Schouler-Ocak, 2007). So sollen nur entsprechend qualifizierte Psychiater/innen wie Psychotherapeut/innen eingesetzt werden, die auch Erfahrung mit dem kulturellen Hintergrund der zu Begutachtenden haben und auch Belastungsgrenzen besser erkennen (Hausotter & Schouler-Ocak, 2007).

Solche Richtlinien zur Qualitätssicherung gibt es in Österreich nur in rudimentären Ansätzen, z. B. Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirates vom 23.02.2012 (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

Eine Schwierigkeit liegt darin, dass sich Begutachtungen psychischer Erkrankungen im Spannungsfeld von rechtlichen Verfahren auf der „Wahrheitssuche“ und ärztlich/psychologischen Untersuchungen, die nach einem Zusammenhang zwischen der subjektiven Realität und den Beschwerden des Untersuchten forschen, bewegen (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006).

Aus der psychologischen und noch vielmehr der psychotherapeutischen Arbeit weiß man, dass man nicht davon ausgehen kann, dass es irgendwo „da draußen“ eine objektive Realität gibt, die entdeckt werden kann. Im Gegenteil man weiß, dass der eigenen Fähigkeit, zwischen „wahr“ und „unwahr“, zwischen Tatsachen und Fiktion zu unterscheiden, Grenzen gesetzt sind, da die Erinnerung an Fakten immer auch eine Konstruktion ist, die von vielen Faktoren getragen wird. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006, S. 18)

Eine weitere Schwierigkeit bei Begutachtungen von Menschen, die ein Trauma erlebt haben, liegt darin, dass es unterschiedliche Traumadefinitionen gibt, die einander teilweise widersprechen, aber nicht unbedingt ausschließen. Demgegenüber stehen Behörden und Gerichte, die den Wunsch nach einem klar abgrenzbarem Begriff haben, eine überzeugende und messbare Krankheitsdefinition, damit sie eine Grundlage haben, eindeutig und klar entscheiden zu können (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006). Tatsächlich ist es aber so, dass

KlientInnen uns ihre Wahrheiten (erzählen), weil sie uns vertrauen. ... Wir sind Fachleute, die auf Grund ihrer Tätigkeit helfen können, bestimmte Sachverhalte aufzuklären, deren Untersuchung wenn überhaupt, dann nur unter empathischen Bedingungen einigermaßen verantwortbar ist. Eine „neutrale“ Prüfposition würde nicht nur eine schwere Verletzung unserer professionellen Ethik bedeuten, sondern auch unsere Arbeit unmöglich machen. Wir nehmen für uns in Anspruch als Fachleute anerkannt zu werden, die aufgrund ihrer professionellen spezifischen empathischen Beziehungsgestaltung Zugang zu Erleben erhalten. Dies ermöglicht es uns, in bestimmten Fällen, wenn es wirklich notwendig ist, fachliche Aussagen an Dritte weiterzugeben. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006, S. 35)

Zusatz: selbstverständlich nur, wenn die Betroffenen dies von uns wünschen.

Mehrere Autoren (Ammer et al., 2013; Brick, 2001; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006; Hausotter & Schouler-Ocak, 2007) weisen darauf hin, dass auch in der Begutachtungssituation die Gefahr der sekundären Traumatisierung besteht.

Betonen Hausotter und Schouler-Ocak (2007) die Wichtigkeit von sachlicher Objektivität bei Begutachtungen psychischer und physischer Erkrankungen auch in dem Sinne, dass die ansonsten verständnisvolle Haltung des/der behandelnden Arztes/Ärztin gegenüber seinen/ihren Patienten/Patientinnen nicht angebracht ist, gehen sie von dieser Haltung im Zusammenhang mit der Begutachtung von Traumafolgestörungen ab: Empathie, Einfühlungsvermögen und professionelle Beziehungsgestaltung mit dem zu Begutachtenden sind die Voraussetzung, „um Zugang zum Betroffenen zu erhalten“ (Hausotter & Schouler-Ocak, 2007, S. 153).

Im Rahmen einer Begutachtung wird etwas praktiziert, was für traumatisierte Patienten/Patientinnen eine große Belastung bedeutet, weil der/die Patient/in in einer oft als Zwang erlebten Situation über seine/ihre intimsten Verletzungen berichten muss.

Ein zentraler Wirkfaktor der Linderung oder Besserung des Leidens eines Traumatisierten ist ein vertrauensvolles Gegenüber, das Zeuge des Erlittenen wird. ... Bei einer Untersuchung und Begutachtung für eher skeptische Behörden oder Gerichte, kann eine Beziehung

entstehen, in der der Überlebende beweisen soll, was ihm oder seinem Nächsten angetan wurde. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006, S. 25)

So kann eine Situation entstehen, die vom Prinzip und vom Setting her hochproblematisch ist.

Die gemeinsame Auseinandersetzung mit extremen Ereignissen menschlicher aggressiver Destruktivität führt bei beiden Beteiligten zu Angst, Grauen und existentieller Bedrohung. Gemeinsam werden Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit abgewehrt, wobei häufige Folgen beim Gutachter Überidentifikation oder Distanz und mangelhafte Empathie sind. Letztere beruht häufig auf einer Mischung aus mangelhaften Kenntnissen von Traumastörungen und politischen Verhältnissen in den Herkunftsländern und Festhalten am eigenen heilen Weltbild. Ein solches Verhalten führt selbstverständlich im Asylsuchenden zu dem Gefühl einer Person gegenüberzustehen, die Täteraspekte hat. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006, S. 28)

Von Gutachtern/Gutachterinnen traumatisierter Flüchtlinge ist daher eine besondere Reflexionsfähigkeit gefordert, Gutachter/innen benötigen nicht nur besonders gute Fachkenntnisse, sondern auch ausreichende Selbsterfahrung, um bei den sich schnell einstellenden extremen Übertragungsphänomenen eine mittlere Position größtmöglicher Empathie im Verbund mit größtmöglicher Distanz einzunehmen. Ein Weg, um mit den Beziehungsproblemen, die durch die Gutachtertätigkeit entstehen, umzugehen, ist, Widersprüche und Ambivalenzen bewusst wahrzunehmen und verantwortlich und vorsichtig Übertragungsprozesse zu reflektieren (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006).

Was hat das Asylverfahren für Auswirkungen auf die psychisch Erkrankten?

Das Asylverfahren wird häufig als große Belastung erlebt, insbesondere die Art der Befragung, das Verhalten der Dolmetscher/innen und Entscheider/innen, und wenn das Gesagte nicht geglaubt wird (Ammer et al., 2013). Auch sind die Erwartungen an das Asylverfahren hoch: als Opfer anerkannt und gehört zu werden, Schutz vor Verfolgung zu finden, Mitgefühl und Entsetzen in Bezug auf das Erlebte und Erzählte, Benennung der Täter/innen und mögliche Bestrafung derselben, aber vor allem soziale Rehabilitation und Wiedergutmachung (Ammer et al., 2013). Diese Erwartungen erfüllen sich oftmals nicht, besonders schmerzhaft ist es für die Betroffenen, wenn ihre Verfolgungsgeschichte von der Asylbehörde als unglaubwürdig qualifiziert wird: Wird einem Opfer von Gewalt nicht geglaubt, hat dies auch symbolischen Charakter: Das Unrecht,

das ihnen angetan wurde, wird nicht anerkannt und die Täter bleiben auch im symbolischen Sinne straflos (Ammer et al., 2013).

Gefahr der Retraumatisierung

Nach einer extremen Grenzverletzung ist das Einhalten von Grenzen für die Betroffenen sehr wichtig, so auch die Entscheidung für das Erinnern oder dagegen: Genau das Gegenteil geschieht aber während einer Einvernahme, in der die Menschen gezwungen sind, Aussagen zu machen und sich zu erinnern. Dabei droht die Überflutung, die Kontrolle geht verloren, sodass letztlich ihre Ohnmachts- und Gewalterfahrungen wiederbelebt werden können (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006). Dies wird noch verstärkt dadurch, dass meist keine vertrauensvolle Atmosphäre während der Interviews gegeben ist und es oft auch an der wohlwollenden Haltung der Einvernehmenden mangelt (Ammer et al., 2013). In manchen Einvernahmen wurden die Betroffenen „unter Druck gesetzt, entwertet und durch die Konstruktion von Widersprüchen, durch Mutmaßungen und Unterstellungen diskreditiert“ (Ammer et al., 2013, S. 345). Auch wurden Folterüberlebende dazu gedrängt, Details der Umstände der Folter oder anderer traumatisierender Ereignisse zu erzählen, obwohl sie bereits klargemacht hatten, dass sie das nicht können (Ammer et al., 2013).

Traumadynamik im Asylverfahren

Typisch für die Opfer von Gewalt ist die Abwehr angstmachender Gefühle. Diese Abwehr kann sich auch auf Behördenvertreter/innen übertragen. Es kommt vor, dass traumatisierte Menschen die Täterperspektive übernehmen und sich das Trauma auf der psychischen Ebene wiederholt. Manchmal wirken die Einvernahmen vor den Asylbehörden wie Re-Inszenierungen des Konflikts der traumatisierten Person, die z. B. nichts mehr fürchtet als die Entwertung und dann abgewertet wird (Ammer et al., 2013).

In der Studie von Ammer et al. (2013) zeigen sich weitere Abwehrmechanismen, wie Intellektualisierung (z. B. wenn das Opfer geringes Bildungsniveau hat), Verkehrung ins Gegenteil (das Opfer wird zum/zur Täter/in gemacht), Distanzierung. Auch Ottomeyer (2011) beschreibt mögliche Abwehrmechanismen, unter anderem benennt er Verleugnung (um sich vor der Ungeheuerlichkeit des Erzählten zu schützen, wird das Erzählte als unglaubwürdig abgetan), Neid (ein paradoxer Neid auf die soziale Zuwendung und Aufmerksamkeit, die traumatisierte Menschen erhalten (können) und Wegschauen (das Gesicht des Opfers löst im Gegenüber Mitleid und Empathie aus und appelliert an das Gewissen; auch Kinder lösen solche Gefühle aus).

Die Beziehungsgestaltung zwischen den Beteiligten ist von unbewussten Übertragungen und Gegenübertragungen, sowie von Abwehr geprägt. Ammer et al. (2013) empfehlen daher, dass Behördenvertreter/innen, ebenso wie Therapeut/innen, Dolmetscher/innen, Rechtsvertreter/innen eine „Sicht von außen“ bekommen und Supervision in Anspruch nehmen, eine Empfehlung, die sich auch im Istanbul-Protokoll^[4] wiederfindet.

Ausblick

Die von Ammer et al. (2013) erarbeiteten Empfehlungen vor allem im Hinblick auf die Entscheider/innen kann ich nach meinen Erfahrungen als Rechtsberaterin für Flüchtlinge nur unterstützen und unterstreichen: Es wäre sehr wünschenswert, wenn es eine vertrauensvollere Atmosphäre bei den Einvernahmen gäbe und wohlwollender mit psychisch kranken Asylwerbern/Asylwerberinnen umgegangen würde; dazu wären meiner Meinung nach unter anderem verpflichtende Schulungen zu Trauma und häufigen Folgeerkrankungen wie PTBS, die verpflichtende Beziehung von Experten/Expertinnen bei Verdacht auf psychische Erkrankungen und regelmäßige Supervision für Behördenvertreter/innen und Dolmetscher/innen notwendig (die Rechtsberater/innen des Diakonie Flüchtlingsdienstes nehmen regelmäßige Supervision in Anspruch). Wünschenswert wäre auch, dass Richtlinien und Qualitätsstandards für die Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge in Österreich ausgearbeitet werden, sowie ein Mechanismus im Asylverfahren implementiert wird, um traumatisierte und psychisch kranke Flüchtlinge zu identifizieren.

Anmerkungen

[1] VERORDNUNG (EU) Nr. 604/2013 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (Neufassung)

[2] VERORDNUNG (EU) Nr. 603/2013 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 26. Juni 2013 über die Einrichtung von Eurodac für den Abgleich von Fingerabdruckdaten zum Zwecke der effektiven Anwendung der Verordnung (EU) Nr. 604/2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist und über der Gefahrenabwehr und Strafverfolgung dienende Anträge der Gefahrenabwehr- und Strafverfolgungsbehörden der Mitgliedstaaten und Eurodacs auf den Abgleich mit Eurodac-Daten sowie zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1077/2011 zur Errichtung einer Europäischen Agentur für das Betriebsmanagement von IT-Großsystemen im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts (Neufassung)

[3] Presseerklärung vom 27.12.2013 „Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl nimmt am 1. Jänner 2014 Arbeit auf“. Das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl ist eine dem Innenministerium untergeordnete, weisungs-

gebundene Behörde. Zugriff am 18.12.2017. Verfügbar unter <http://www.bfa.gv.at/presse/thema/detail.aspx?nwid=4B6C4B6556626144526B453D&ctrl=796C386F347944696937796A68352F47503437326B513D3D&nwo=1>

[4] Istanbul-Protokoll: Dokument der Vereinten Nationen, 2001 als Handbuch zur effektiven Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe herausgegeben; definiert Mindeststandards zur Identifizierung und Verifizierung von Foltervorwürfen und legt praxisbezogene Richtlinien für die umgehende, unparteiliche, unabhängige und umfassende Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderen Misshandlungen fest.

Literatur

Ammer, M., Kronsteiner, R., Schaffler, Y., Kurz, B. & Kremla, M. (2013). *Krieg und Folter im Asylverfahren. Eine psychotherapeutische und juristische Studie*. Wien: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016). *Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Birck, A. (2006). *Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind Ihre Aussagen?* Heidelberg: Asanger Verlag GmbH.

Bundes-Gleichbehandlungskommission. (2012). *Die Gleichbehandlungskommission des Bundes. Senat I*. Zugriff am 18.12.2017. Verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/0/2/CH1600/CMS1468235204262/bgbk_senat_i_ga_108_25966.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *Richtlinie für die Erstellung von klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Befunden und Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychologenbeirates vom 23.02.2012*. Zugriff am 01.01.2018. Verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/2/3/CH1002/CMS1415711027410/rl_erstellung_klin-psych_u_gesundheitspsych_befunden_u_gutachten.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. (Hrsg.). (2006). *Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

EUR-Lex. Access to European Union law. (2018a). *Amtsblatt der Europäischen Union. L 180/31* Zugriff am 25.01.2018. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/ALL/?uri=CELEX%3A32013R0604>

EUR- Access to European Union law. (2018b). *Amtsblatt der Europäischen Union. L 180/1*. Zugriff am 25.01.2018. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0603>

Filzwieser, C. & Sprung, A. (2014). *Dublin III-Verordnung. Das Europäische Asylzuständigkeitssystem. Kommentar*. Wien: NWV-Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.

Hausotter, W. & Schouler-Ocak, M. (2007). *Begutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund unter medizinischen und psychologischen Aspekten*. München: Urban & Fischer.

Knaevelshud, C. (2016). Psychische Störungen bei Flüchtlingen. Interview. *Verhaltenstherapie* 26(4), 291-294. Zugriff am 18.12.2017. Verfügbar unter: <https://www.karger.com/Article/Pdf/452922>

Ottomeyer, K. (2011). *Die Behandlung der Opfer*. Stuttgart: Klett-Cotta

RIS – Asylgesetz 2005. (2018). *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Asylgesetz 2005, Fassung vom 25.01.2018*. Zugriff am 25.01.2018. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004240>

RIS – Europäische Menschenrechtskonvention. (2018). *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Europäische Menschenrechtskonvention, Fassung vom 01.01.2018*. Zugriff am 01.01.2018. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000308>

Angaben zu der Autorin

Julia Kux, Mag. iur., Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie), Rechtsberaterin für Flüchtlinge in Traiskirchen in Niederösterreich (Diakonie Flüchtlingsdienst)

Kontakt: juliakux@yahoo.de

Web-Adresse: <https://www.praxis-stumpergasse.at/praxis-julia-kux/>

Zitationsempfehlung

Kux, J. (2018). Psychische Erkrankungen im Asylverfahren. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 5(2), 44-55. Zugriff am 15.11.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzenjournal.org>