

# **PROTECT**

Process of Recognition and Orientation of  
Torture Victims in European Countries  
to Facilitate Care and Treatment

## Koordination:

Jérôme Boillat  
Bertrand Chamouton

## Autor/innen:

Mimoza Dimitrova Kristina Gologanova	ACET 7-9 Zvanika Str. Belite Brezi 1680 Sofia Bulgarien
Boris Friele Joachim Rüfer	bzfo-zfm Turmstraße 21, Haus K 10559 Berlin Deutschland
Adrienn Kroó Szilvia Káplány Lilla Hárđi	Cordelia Foundation Balzac u. 37 1136 Budapest Ungarn
Radoslaw Ficek Véronique Lay Melissa Paintoux	FTDA 24, rue Marc Seguin 75018 Paris Frankreich
Hélène de Rengervé Joost den Otter	IRCT Borgergade 13 P.O. Box 9049 1022 Kopenhagen K Dänemark
Jérôme Boillat Pierre Duterte	12, rue de la Fontaine au Roi 75011 Paris Frankreich
Erick Vloeberghs Evert Bloemen	PHAROS Herenstraat 53 352 KB Utrecht Niederlande
unter Beteiligung von Laurence De Bauche (Odysseus Academic Network)	

<b>Vorwort</b>	4
<b>Fragebogen</b>	6
<b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b>	7
Bewertung der Europäischen Rechtsvorschriften bezüglich 'schutzbedürftiger' Asylantragsteller und Flüchtlinge	8
Die Asylverfahrensrichtlinie	8
Die Aufnahme richtlinie	11
Die Dublinverordnung	11
Die Qualifizierungsrichtlinie	11
Vorschläge für die zweite Generation von rechtlichen Instrumenten	12
Schlussfolgerung	23
<b>Identifikation von allgemeinen Hindernissen und Herausforderungen für die Einführung des PROTECT-Instruments</b>	
Rechtliche und prozedurale Hindernisse	25
Hindernisse für die praktische Anwendung	26
Finanzielle Hindernisse	27
<b>Wissenschaftlicher Hintergrund</b>	
Empfehlungen zur Anwendung des Instruments	29
Allgemeine Charakteristika des PROTECT-Instruments	29
Forschung zu Vulnerabilität und den psychischen Folgen von Trauma	29
Einschätzung posttraumatischer seelischer Gesundheit	29
Bewertung psychologischer Vulnerabilität durch das PROTECT-Instrument	32
Diagnosekriterien	36
<b>Hinweise für die Anwendung des PROTECT-Fragebogens</b>	
Kontext: Früherkennung von Traumatisierung	35
Der beste Zeitpunkt, den PROTECT-Fragebogen anzuwenden	35
Wer kann das Instrument verwenden?	36
Praktische Empfehlungen für das Interview	36
„mittlere“ oder „hohe“ Wahrscheinlichkeit: Wann soll weitervermittelt werden?	36
„niedrige“ Wahrscheinlichkeit: Risiken	37

<b>Anhang 1: Referenzen</b>	
Internationale Rechtsgebung	38
Wissenschaftliche Literatur	38
<b>Anhang 2: Häufig gestellte Fragen</b>	
Ziele	42
Vorsichtsmaßnahmen	42
Anwendungsbedingungen	43
Befindlichkeit des Asylsuchenden	45
Befindlichkeit des Interviewers	47
Nutzen des Projekts	48

Gemäß der EU-Richtlinie 2003/9/EC vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindeststandards für die Aufnahme von Asylbewerbern in der EU müssen die Mitgliedstaaten die spezifische Situation schutzbedürftiger (vulnerabler) Personen berücksichtigen. Dies sind unter anderem Asylsuchende, die Opfer von Folter, Vergewaltigung oder anderen Formen schwerer psychischer, physischer oder sexueller Gewalt geworden sind. Diese Auflage gilt ausdrücklich für Antragsteller, deren spezifischen Bedürfnisse nach einer individuellen Prüfung ihrer Situation anerkannt werden. Angesichts dessen, dass die meisten Mitgliedstaaten diese Auflage nicht erfüllen oder nicht erfüllen können, haben sich sechs Nichtregierungsorganisationen aus Bulgarien, Frankreich, Deutschland, Ungarn und den Niederlanden gemeinsam mit einer internationalen NRO zusammengeschlossen, um ein Verfahren der Früherkennung und Weitervermittlung von Asylbewerbern dieser Gruppe zu etablieren.

Das Verfahren zielt darauf ab, sowohl die für die Aufnahme von Asylbewerbern verantwortlichen Stellen wie auch die für die Statusfeststellung zuständigen Behörden zu unterstützen, schutzbedürftige Personen, die traumatische Erlebnisse zu verkraften haben, zu identifizieren. Die Betroffenen sollen dann von folgenden Leistungen profitieren:

- angepasste materielle Aufnahmebedingungen
- angemessene medizinische und psychologische Gesundheitsversorgung
- angemessene Unterstützung während des Asylverfahrens.

Alle Partnerorganisationen, die das Projekt entwickelt haben, sind in der Behandlung und Rehabilitation von Folteropfern tätig. Das Projekt wurde mit realisiert mit den Beiträgen der unmittelbar Begünstigten (Flüchtlinge, Folteropfer und Organisationen, die im Bereich Asyl auf lokaler, nationaler oder europäischer Ebene tätig sind) und der finanziellen Unterstützung der Europäischen Kommission.

Es wurde ein Fragebogen zu Identifikation entwickelt, in allen europäischen Staaten eingesetzt werden sollte. Er basiert auf aktuellem wissenschaftlichen Wissen und wurde für die Verwendung von medizinischem wie auch nicht-medizinischem Personal, Freiwilligen und anderen Personen zum Zweck eines ersten Screenings von gefährdeten Personen konzipiert. Er konzentriert sich auf die Symptome der verbreitetsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen traumatisierter Asylbewerber, nämlich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Depressionen.

Der 10-Item-Fragebogen ist nach der Maßgabe konzipiert worden, so einfach und praktikabel wie möglich zu sein. Das gesamte PROTECT-Handbuch umfasst außerdem eine Liste der am häufigsten gestellten Fragen, um Unklarheiten für die Anwendung auszuräumen. Die Liste enthält Informationen dazu, wie die Fragen gestellt werden sollten, klärt deren Bedeutung und gibt Hinweise, wie mit unerwartetem Verhalten der interviewten Personen umgegangen werden kann.

Der Fragebogen ist hier im Anschluss dokumentiert.

Der vorliegende Abschlussbericht umfasst außerdem:

- eine Bewertung der wichtigsten Instrumente des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems: Die Aunahmerichtlinie, die Asylverfahrensrichtlinie, die Qualifizierungsrichtlinie und die Dublin-Regelung (in Bezug auf die geltenden Fassungen wie auch auf die vorliegenden Entwürfe für Neufassungen),
- eine Zusammenfassung der wichtigsten Hindernisse und Herausforderungen für die praktische Einführung des PROTECT-Instruments,
- eine detaillierte Darstellung des wissenschaftlichen Hintergrunds, der Bedeutung und der Unparteilichkeit des Instruments,
- Anleitungen für den Einsatz des Instruments
- als Anhänge:
  - Referenzen/Literaturangaben zur internationalen Rechtsgebung und der wissenschaftlichen Literatur
  - Die Liste der am häufigsten gestellten Fragen, die Teil des PROTECT-Handbuchs ist.

Alle Dokumente sind in sieben europäischen Sprachen erhältlich (Englisch, Französisch, Deutsch, Ungarisch, Bulgarisch, Spanisch). Der Fragebogen ist darüber hinaus in zahlreichen anderen Sprachen, die häufig von Asylsuchenden gesprochen werden, verfügbar.

Anmerkung: Sofern nicht explizit anders vermerkt, wird die männliche Form durchgehend für männlich und weibliche Personen verwendet.

## Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Dieser Fragebogen eignet sich nicht, den rechtlichen Status des Asylsuchenden zu bestimmen oder Ansprüche und Rechte der Person in weiteren Verfahren zu beschränken.

### Was ist das Ziel dieses Fragebogens?

Dieser Fragebogen wurde zur Erleichterung der Aufnahme von Asylsuchenden gemäß der Richtlinien des Europäischen Rates\* entwickelt.

Der Fragebogen hilft bei der Früherkennung von Personen mit traumatischen Erlebnissen - z.B. Opfern von Folter oder anderer psychologischer, physischer oder sexueller Gewalt.

Asylsuchende mit traumatischen Erlebnissen sollten bereits in einem frühen Stadium des Asylverfahrens an entsprechendes Fachpersonal des Gesundheitssystems verwiesen werden, um eine Verschlechterung und Chronifizierung der gesundheitlichen Probleme zu verhindern und die Anpassung der Aufnahmebedingungen und des Asylverfahrens zu ermöglichen.

### Wann soll der Fragebogen angewendet werden?

Nach der Ankunft im Aufnahmeland sollten zunächst Erste Hilfe und Unterkunft bereitgestellt werden. Erst nach einer Ruhephase (etwa 7-10 Tage) kann der Fragebogen sachgemäß eingesetzt werden.

Im Zweifelsfall ist es jedoch besser, den Fragebogen auch unter ungünstigen Voraussetzungen zu verwenden, als keine Befragung durchzuführen.

Psychische Probleme, die durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen werden, können u.U. auch erst später auftreten. In solchen Fällen sollte der Fragebogen nochmals verwendet und die Einschätzung ggf. korrigiert werden.

\* Vor allem mit Bezug auf Artikel 17 und auf die Artikel 15 und 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (Council Directive laying down minimum standards for the reception of Asylum Seekers - 2003/9/EC of 27th January 2003) sowie mit Bezug auf die Artikel 12, 3 und 13, 3, Buchstabe a) der Verfahrensrichtlinie (Council Directive on minimum standards on procedures in Member States for granting and withdrawing international protection - 2005/85/CE of 1st December 2005).

### Wie soll der Fragebogen angewendet werden?

Bitte lesen Sie dem Asylsuchenden die folgende kurze Einführung vor der Befragung vor. Sie dient dazu, den Asylsuchenden über den Zweck der Fragen aufzuklären und die Situation vertrauensvoll zu gestalten.

Der Fragebogen erlaubt eine erste Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Traumatisierung vorliegt, indem die Anzahl der bestätigten Symptome den Kategorien „geringe Wahrscheinlichkeit“, „mittlere W'keit“ und „hohe W'keit“ zugeordnet wird.

Nach dem Ausfüllen des Fragebogens soll eine Kopie an den Asylsuchenden gegeben werden. Er soll darauf hingewiesen werden, den Fragebogen bei der Konsultation von Personen des Gesundheitssystems, eines Anwalts oder Behördenmitarbeitern vorzulegen.

### Text, der vor der Befragung vorgelesen werden soll:

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Europäische Union hat Richtlinien herausgegeben um die Situation einzelner Asylsuchender zu berücksichtigen, die besondere Unterstützung benötigen.

Die Fragen, die ich Ihnen stellen will, wurden von Spezialisten entwickelt. Es handelt sich um Fragen zu Ihrer Gesundheit. Der Zweck der Fragen ist es, Ihre speziellen Bedürfnisse zu klären, damit Ihnen die entsprechende Hilfe angeboten werden kann. Sie sind nicht verpflichtet, diese Fragen zu beantworten.

Das heißt, es gibt keine guten oder schlechten Antworten zu den Fragen. Es ist wichtig, dass Sie so frei und natürlich wie möglich zu antworten.

Bitte beantworten Sie die Fragen mit „ja“ oder „nein“ Bei der Beantwortung der Fragen denken Sie bitte daran, wie es Ihnen in den vergangenen zwei Wochen ging.

## Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Fragen		Ja	Nein
„häufig“ meint: mehr als gewöhnlich und als leidvoll empfunden			
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Alpträume?		
3.	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?		
4.	Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?		
5.	Werden Sie schnell wütend?		
6.	Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse?		
7.	Haben Sie häufig Angst?		
8.	Vergessen Sie häufig Dinge im Alltag?		
9.	Haben Sie das Interesse an ihrer Umwelt verloren?		
10.	Haben Sie häufig Probleme sich zu konzentrieren?		
Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen →			

**Einstufung:**  
Bitte markieren Sie die entsprechende Kategorie, um die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung anzugeben.

0-3	4-7	8-10
geringe Wahrscheinlichkeit	mittlere Wahrscheinlichkeit	hohe Wahrscheinlichkeit

**Bitte überweisen Sie die/den Asylsuchende/n im Falle einer „mittleren“ oder „hohen“ Wahrscheinlichkeit zur weiteren Untersuchung an eine psychologische oder medizinische Fachstelle!**  
Eine „geringe W'keit“ schließt nicht aus, dass der/die Asylsuchende traumatische Erfahrungen gemacht hat. Die Symptome können später auftreten. Eine weitere Befragung sollte durchgeführt werden.

**Weitere Beobachtungen (z.B. die Person weint, reagiert nicht, zeigt keine Aufmerksamkeit; Schwierigkeiten, die Fragen zu verstehen; spezielle Umstände des Interviews):**

Diese Eintragungen müssen mit dem/der Befragten abgestimmt werden

**Name des Asylsuchenden:**

**Geburtsdatum:**

**Herkunftsland:**

**Datum:**

Ich bin einverstanden, dass die Organisation des Interviewers eine Kopie dieses Dokuments behält und für statistische Zwecke verwendet (Unterschrift)

Organisation (Stempel)

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an die/den Asylsuchende/n mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/Innen vorzulegen.

## 1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Das PROTECT Instrument ("Tool") ist ein kurzer und pragmatischer Fragebogen, der zur Früherkennung von Asylbewerber/innen entwickelt wurde, die traumatische Erfahrungen gemacht haben und um internationalen Schutz innerhalb des europäischen Rechtssystems nachsuchen.

Das Gemeinschaftsrecht fordert von den Mitgliedstaaten, nationale Verfahren zu entwickeln und umzusetzen, mit denen schutzbedürftige Asylantragsteller mit speziellen Bedürfnissen identifiziert werden können. Dies beinhaltet auch die Identifikation von Folteropfern. Jedoch haben nur einige wenige Mitgliedstaaten ein solches Verfahren eingeführt, auf rechtlicher wie auch auf praktischer Ebene. Die Ausarbeitung dieser vereinzelt identifizationsverfahren unterscheidet sich je nach Mitgliedsstaat.

Als solches wäre die Einführung des PROTECT Tools in den nationalen Asylsystemen eine Innovation: es handelte sich um eine proaktive Maßnahme. Das Tool bietet eine Musterlösung auf europäischer Ebene, die die essenziellen medizinischen und psychologischen Anforderungen für den Umgang mit besonders schutzbedürftigen Asylbewerber/innen auf die EU-rechtlichen Vorgaben hin zuschneidet.

Somit ist das PROTECT Tool ein erster Schritt zur Unterstützung der Mitgliedstaaten, ihren Verpflichtungen aus der EU-Aufnahmerichtlinie, der Asylverfahrensrichtlinie und, soweit Flüchtlinge betroffen sind, der Qualifikationsrichtlinie nachzukommen.

Bevor das PROTECT-Tool eingeführt wird, müssen einige Beurteilungen vorgenommen werden. Zunächst muß eine Studie zur europäischen Gesetzgebung im Bezug auf Asyl durchgeführt werden, im Speziellen bezüglich der Regelungen, die sich auf 'schutzbedürftige' Personen beziehen (geltende Gesetze und Vorschläge der Europäischen Kommission im Rahmen des Gemeinsamen Europäischen Flüchtlingssystems). Weiterhin können nationale rechtliche Regelungen und Verfahren Herausforderungen bei der Umsetzung darstellen. Diese Herausforderungen müssen ebenfalls identifiziert werden.

# 1. Bewertung der Europäischen Rechtsvorschriften bezüglich 'schutzbedürftiger' Asylantragsteller und Flüchtlinge<sup>1</sup>

Mit dem Stockholm Programm<sup>2</sup> des Europarats, welches schutzbedürftige Personen und Gruppen berücksichtigt und deren Schutz verbessert, unabhängig davon ob sie EU-Angehörige oder Drittstaatsangehörige sind, wurde einer der wichtigsten politischen Schwerpunkte der Europäischen Union bewahrt. Immigration und Flüchtlingspolitik sind ein integraler Bestandteil von dieser Priorität.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist im Gemeinschaftsrecht im Bereich Asyl die Aufnahmerichtlinie<sup>3</sup> das einzige rechtliche Instrumentarium der ersten Generation, welches sich der Situation besonders schutzbedürftiger Asylantragsteller und ihren speziellen Bedürfnissen substantiell widmet. Tatsächlich adressiert die Asylverfahrensrichtlinie<sup>4</sup> das Thema der möglichen Schutzbedürftigkeit von Asylantragstellern äußerst knapp. Die derzeit anwendbare Dublinverordnung<sup>5</sup> erwähnt diesen Themenbereich noch nicht einmal.<sup>6</sup> Die Situation des Kreises von Begünstigten im internationalen Schutzsystem ist ziemlich unterschiedlich, da teilweise Bestimmungen identisch mit denen aus der Aufnahmerichtlinie auch in der Qualifikationsrichtlinie<sup>7</sup> zu finden sind.

Instrumente der zweiten Generation wie die Entwürfe der Asylverfahrensrichtlinie<sup>8</sup> und der Vorschlag zur Änderung der Dublin Verordnung<sup>9</sup> bereinigen dieses Problem. In diesen Entwürfen werden schutzbedürftige Asylantragsteller vollständig berücksichtigt. Unter anderem sind darin auch neue spezifische Bestimmungen zu Folteropfern und Opfern von Menschenhandel wie auch Asylantragstellern mit psychischen Problemen enthalten.

## 1.1 Die Aufnahmerichtlinie

Die Vorschriften der derzeit gültigen Aufnahmerichtlinie, die sich speziell besonders schutzbedürftigen Asylantragstellern und ihren besonderen Bedürfnissen widmen, zielen

<sup>1</sup> Im hier zur Verfügung stehenden limitierten Rahmen dieser Studie wird nicht die Europäische Gesetzgebung, die sich 'schutzbedürftigen' Asylantragstellern und Flüchtlingen widmet, vertieft analysiert. Das Ziel dieser rechtlichen Analyse ist es, einen generellen Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften, die sich mit schutzbedürftigen Asylantragstellern und Flüchtlingen beschäftigen, zu verschaffen. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die 'Zielgruppe' des PROTECT Projekts gesetzt, d.h. traumatisierte Personen.

<sup>2</sup> The Stockholm Programme, "An open and secure Europe serving and protecting citizens", European Council, 2010/C115/01.

<sup>3</sup> Richtlinie 2003/9/EG DES RATES vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten.

<sup>4</sup> Richtlinie 2005/85/EG des Rates vom 1. Dezember 2005 über Mindestnormen für Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Zuerkennung und Aberkennung der Flüchtlingseigenschaft

<sup>5</sup> Verordnung (EG) Nr. 343/2003 des Rates vom 18. Februar 2003 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaats, der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen in einem Mitgliedstaat gestellten Asylantrags zuständig ist

<sup>6</sup> Artikel 6, Satz 1 und Artikel 15, Absatz 3 erwähnen lediglich die Interessen von unbegleiteten Minderjährigen um zu bestimmen welcher Staat für die Prüfung des Asylstatus zuständig ist.

<sup>7</sup> Richtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29. April 2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtling oder als Personen, die anderweitig internationalen Schutz benötigen, und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes.

<sup>8</sup> Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Mindestnormen für Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzstatus" (recast) (Neufassung) COM (2009) 554 final sowie geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einführung gemeinsamer Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzstatus (Neufassung)" KOM(2011) 319 endg.

<sup>9</sup> KOM(2008) 820 endgültig 2008/0243 (COD) Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES 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 (Recast) (Neufassung)



darauf ab, Aufnahmebedingungen entsprechend den Bedürfnissen der Betroffenen zu schaffen. In anderen Worten, die Mindeststandards, die in der Richtlinie enthalten sind, sollten sich an den Personen, die besonders schwach oder gefährdet sind, orientieren. Derzeit betrifft dies zwei Bereiche der Aufnahmeleitlinie: Materielle Aufnahmebedingungen (wie Unterkunft, Nahrung, Kleidung und Tagesgeldsätze) und medizinische Versorgung.

Die genauen Bestimmungen finden sich hauptsächlich in Kapitel IV der Richtlinie (Artikel 17 bis 20) wieder und sind mit "*Bestimmungen betreffend besonders bedürftiger Personen*" betitelt. Artikel 17, Absatz 2 ist ebenso relevant, da er die spezielle medizinische Versorgung von besonders schutzbedürftigen Personen mit speziellen Bedürfnissen berücksichtigt.

Artikel 17 hat eine herausragende Bedeutung: er benennt zwei Grundsatzregeln bezüglich der Berücksichtigung der Situation von schutzbedürftigen Asylbewerbern mit besonderen Bedürfnissen, wie auch deren Identifikation durch die Mitgliedstaaten. Er besagt:  
(1) Rechtsvorschriften zur Durchführung des Kapitels II betreffend die materiellen Aufnahmebedingungen sowie die medizinische Versorgung, die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.  
(2) Absatz 1 gilt ausschließlich für Personen, die nach einer Einzelprüfung ihrer Situation als besonders hilfebedürftig anerkannt werden.

Im Jahr 2007 hat das 'Odysseus Academic Network' eine Studie zur Umsetzung der Aufnahmeleitlinie durchgeführt.<sup>10</sup> Diese Studie unterstreicht, dass eine große Anzahl von Mitgliedstaaten keine Verfahren zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern und ihren besonderen Bedürfnissen trotz Artikel 17 der Richtlinie eingeführt haben. Dieser Mangel beraubt offensichtlich die Personen der speziellen Aufnahmebedingungen, die ihnen normalerweise zustehen, und lässt ihre Bedürfnisse unbefriedigt.

Die Identifikation von schutzbedürftigen Asylbewerbern ist tatsächlich von größter Bedeutung. In manchen Fällen ist die Situation hilfsbedürftiger Personen offensichtlicher als in anderen, wie zum Beispiel in Fällen in denen eine Traumatisierung schwer festzustellen ist. Die ist besonders so in Fällen von Traumatisierungen, um die es beim PROTECT Projekt geht, bei denen Bezüge zu Folter, Vergewaltigung oder anderer Formen von schwerwiegender physischer, psychischer oder sexueller Gewalt wie auch unmenschlicher und erniedrigender Behandlung bestehen. Diese Taten oder Erfahrungen hinterlassen nicht unbedingt sichtbare Spuren aber halten die Opfer oft davon ab, über das Erfahrene zu berichten.

Der Mangel an Identifikationsmechanismen in vielen Mitgliedstaaten rührt teilweise daher, dass Artikel 17 der Aufnahmeleitlinie die Mitgliedstaaten nicht spezifisch dazu auffordert, solche Verfahren für die Antragsteller einzuführen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Artikel 17 solche Verfahren implizit fordert, da die Europäische Kommission die Bedeutung ausdrücklich in ihrem Bericht vom 26. November 2007 hervorhebt<sup>11</sup>: "*Iden-*

<sup>10</sup> Odysseus Academic Network, "*Study on the conformity checking of the transposition by member States of 10 EC directives in the sector of asylum and immigration*" done for DG JIS of the European Commission, End 2007.

<sup>11</sup> Europäische Kommission, *Report from the Commission to the Council and the European Parliament on the application of Directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers*, 26

*tification of vulnerable asylum seekers is a core element without which the provisions of the Directive aimed at special treatment of these persons will lose any meaning”.*

Unserer Auffassung nach stammt die rechtliche Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Einführung von Verfahren zur Identifikation auch vom Wortlaut des 2. Absatzes von Artikel 17, welcher implizit auferlegt “eine individuelle Prüfung” der Situation jedes Asylbewerbers vorzunehmen.

Außerdem legen Artikel 17 und 15 der Richtlinie eine Verpflichtung der Mitgliedstaaten fest, nicht nur “*sicherzustellen, dass Antragsteller die notwendige medizinische Versorgung erhalten, welche zumindest Notfälle und Grundversorgung bei Krankheit betrifft,*” (Absatz 1) sondern darüber hinaus “*notwendige medizinische Versorgung oder andere Hilfe Personen mit besonderen Bedürfnissen*” zu gewährleisten (Absatz 2). Diese Absatz 2 stellt eine bevorzugte und generellere Norm dar als Absatz 1. Die günstigere Norm findet nur Anwendung auf schutzbedürftige Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen und fordert von den Mitgliedstaaten “*die notwendige medizinische oder andere Hilfe*” nicht nur in “*Notfällen oder essentieller Behandlung von Krankheiten*” sicherzustellen. (Die letztgenannte Norm findet dagegen auf alle Asylbewerber Anwendung, auch auf solche, die nicht als besonders schutzbedürftig mit speziellen Bedürfnissen identifiziert wurden).

Da im Besonderen Folteropfer, Opfer von Vergewaltigung oder anderen schwerwiegenden Gewalttaten betroffen sind, sollten diese Antragsteller als besonders schutzbedürftig im Sinne des Artikel 17 angesehen werden. Somit würde ihre spezielle Situation berücksichtigt, sollten besondere Bedürfnisse festgestellt werden. Sie würden möglicherweise außerdem von der Verpflichtung nach Artikel 15 Absatz 2 profitieren, wonach Zugang “*zu notwendiger medizinischer Versorgung oder anderer Hilfe*” zur Verfügung stehen soll. Zudem ist Artikel 20 speziell zum Schutz von ‘*Folter- und Gewaltopfern*’ entworfen und verpflichtet die Mitgliedstaaten dass “[...] *Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist*”. Ähnlich bezieht sich Artikel 18, Absatz 2 auf minderjährige Gewaltopfer und gewährt ihnen Zugang zu Rehabilitierungsmaßnahmen wie auch im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung<sup>12</sup>. Grundsätzlich sollte ein Minderjähriger bzw. eine Minderjährige, wenn besondere Bedürfnisse festgestellt werden, auch von der Verpflichtungen aus Artikel 17 profitieren, da Minderjährige dort ausdrücklich als Beispiel “schutzbedürftiger” Personen, angeführt sind. Dasselbe gilt für Artikel 15 Absatz 2.

Schließlich muß hervorgehoben werden dass die Aufnahmerichtlinie grundsätzlich in allen Einrichtungen Anwendung findet, in denen Asylbewerber sich aufhalten. Gemeint sind damit offene wie auch geschlossene Aufnahmezentren. Folglich müssen auch inhaftierte Asylbewerber von den oben genannten Schutznormen, die sich auf besonders bedürftige Personen beziehen, profitieren können.<sup>13</sup>

---

November 2007, COM(2007) 745 endg., Punkt 3.5.1. Im Folgenden ‘Bericht der Kommission zur Aufnahmerichtlinie’

<sup>12</sup> Artikel 18 Absatz 2 bestimmt: Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen können und dass im Bedarfsfall eine geeignete psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung angeboten wird. Diese Vorschrift ist nicht im Vorschlag des Entwurfes der Kommission zu den Aufnahmebedingungen vom 3. Dezember 2008 und 1. Juni 2011 modifiziert.

<sup>13</sup> Hervorzuheben sind auch die Empfehlung des Europarats Rec (2006) 2 zur Neufassung der Mindestgrundsätze für die Behandlung der Gefangenen, die am 11. Januar 2006 vom Ministerkomitee auf dem 952. ten Treffen der Vertreter der Minister verabschiedet wurden. Die folgenden Punkte sind besonders relevant:

“40.4 Der amtsärztliche Dienst soll körperliche oder geistige Krankheiten oder Beschwerden, an denen Gefangene möglicherweise leiden, aufdecken und behandeln.

42.1 Dem ärztlichen oder dem diesem zugeordneten ausgebildeten pflegerischen Personal sind alle

Auch wenn die Europäische Kommission in ihrem Bericht behauptet *“Da die Richtlinie keine Ausnahmen bezüglich der Gültigkeit für bestimmte Aufnahmezentren für Asylbewerber erlaubt, finden die Vorschriften auf alle Arten von Einrichtungen, inklusive Haftzentren, Anwendung.”* (Punkt 3. 1.), wenden mindestens 10 Mitgliedstaaten die Aufnahme richtlinie auf inhaftierte Asylbewerber nicht an. Dies stellt einen klaren Verstoß gegen die Richtlinie dar.

## 1.2 Die Asylverfahrensrichtlinie

Die derzeit gültige Asylverfahrensrichtlinie erwähnt die mögliche Schutzbedürftigkeit von Asylbewerbern sehr oberflächlich. Tatsächlich bezieht sich Artikel 13 Absatz 3 Buchstabe a) auf die Schutzbedürftigkeit von Asylbewerbern als eines der Elemente, die von der Person, die die Anhörung zur Statusbestimmung durchführt, berücksichtigt werden sollte. Die Vorschrift besagt, dass die Mitgliedstaaten gewährleisten, dass *„die anhörende Person ausreichend befähigt ist, um die persönlichen oder allgemeinen Umstände des Antrags einschließlich der kulturellen Herkunft oder der Verletzlichkeit des Antragstellers zu berücksichtigen, soweit dies möglich ist“*.

Somit soll die bestimmende Behörde Anhörer wählen, die Fachwissen, Training und Erfahrung im Bezug auf die Schutzbedürftigkeit der Antragsteller und besondere Bedürfnisse besitzen. Dennoch ist diese Verpflichtung eine *“obligation de moyen”* wie durch die Wortwahl *“soweit dies möglich ist”* unterstrichen wird. Abgesehen von dieser Vorschrift ist die einzige andere Vorschrift die sich mit Schutzbedürftigen Personen auseinandersetzt Artikel 17, der spezielle Garantien für unbegleitete Minderjährige konstatiert.

## 1.3 Die Dublinverordnung

Die derzeit gültige Fassung der Dublinverordnung enthält keine grundsätzlichen Regelungen, die sich auf schutzbedürftige Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen beziehen.<sup>14</sup> Dennoch enthält der Vorschlag der Kommission zur Änderung der Dublinverordnung neue Vorschriften, die schutzbedürftige Asylbewerber, die unter die Dublinregulierung fallen, schützen.

## 1.4 Die Qualifizierungsrichtlinie

Sinn der Qualifikationsrichtlinie ist es, Mindeststandards zur Feststellung von Personen, denen der Flüchtlingsstatus oder subsidiärer Schutz zusteht, festzulegen, aber auch die Mindestkriterien der Rechte und Vorteile, die den genannten Personen zustehen. Kapitel VII der Qualifikationsrichtlinie mit der Überschrift *“Inhalt des internationalen Schutzes”* enthält eine Vorschrift (Artikel 20, Absatz 3 und 4) *“gleichwertig”* mit Artikel 17 der Aufnahme richtlinie bezüglich des Zwecks. Insbesondere der Zweck von Artikel 20 Absatz 3 und 4 der Qualifikationsrichtlinie ist es, die Mitgliedstaaten zu verpflichten, schutzbedürftigen Personen mit besonderen Bedürfnissen besondere Behandlung zukommen zu lassen, unter anderem im Bereich der Gesundheitsversorgung. Dies resultiert aus der Tatsache dass diese Personen Flüchtlinge oder Personen mit subsidiärem Schutzstatus sind, wohingegen in Artikel 17 der Aufnahme richtlinie Asylbewerber die Zielgruppe sind.

---

Gefangenen so bald wie möglich nach der Aufnahme vorzustellen. Es erfolgt eine Untersuchung, sofern dies nicht offensichtlich unnötig ist.

*46.1* Kranke Gefangene, die fachärztlicher Behandlung bedürfen, sind in entsprechend spezialisierte Vollzugseinrichtungen oder in öffentliche Krankenhäuser zu verlegen, soweit die Behandlung im Vollzug nicht möglich ist.

*46.2* Verfügt eine Anstalt über eigene Krankenstationen, müssen diese personell und sachlich so ausgestattet sein, dass die dorthin verlegten Gefangenen angemessen ärztlich versorgt und behandelt werden können.”

<sup>14</sup> Artikel 6, Satz 1 und Artikel 15 Absatz 3 spricht nur von *“sofern dies im Interesse des Minderjährigen liegt”* um die Zuständigkeit des Mitgliedsstaats zu bestimmen.

Der Wortlaut des Artikel 20 Absatz 3 und 4 ist ähnlich zum Wortlaut des Artikel 17 Absatz 1 und 2 der Aufnahmerichtlinie. Folglich treten die selben prozessualen Probleme auf: keine explizite Anforderung, ein Verfahren zur Identifikation besonders schutzbedürftiger Personen mit besonderen Bedürfnissen einzurichten. Dennoch erwächst unserer Meinung nach eine Verpflichtung daraus, wie oben bereits im Titel der derzeit gültigen Aufnahmerichtlinie aus dem Wortlaut "*Personen, die nach einer Einzelprüfung ihrer Situation*" hervorgeht und der in beiden Vorschriften verwendet wird.

Für die Aufnahmerichtlinie ist der PROTECT Fragebogen ein sehr wertvolles und praktisches Instrument, dass dazu beitragen kann die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung der Artikel 20, Absatz 3 und 4 der Qualifikationsrichtlinie zu unterstützen, soweit es die Identifikation von Personen betrifft, die traumatische Erfahrungen gemacht haben.

## **1.5 Vorschläge für Instrumente der zweiten Generation im Rahmen des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems**

Die Aufnahmerichtlinie

Der Kommissionsvorschlag zur Aufnahmerichtlinie vom 3. Dezember 2008<sup>15</sup>

Am 3. Dezember 2008 hat die Kommission einen Vorschlag zur Neufassung der Aufnahmerichtlinie veröffentlicht. Dieser Vorschlag berücksichtigt die Situation schutzbedürftiger Asylbewerber an verschiedenen Stellen.

Eine erste Modifikation enthält Artikel 21 (jetziger Artikel 17) bezüglich der 'Anwendungsbereiche' der Richtlinie, denn die Mitgliedstaaten müssen die spezielle Situation schutzbedürftiger Asylbewerber mit speziellen Bedürfnissen berücksichtigen. Der Anwendungsbereich ist nicht mehr auf materielle Aufnahmebedingungen und medizinische Versorgung beschränkt, sondern umfasst nun auch den ganzen Inhalt der Richtlinie.

Schließlich verpflichtet Absatz 2 des neuen Artikel 21 ausdrücklich die Mitgliedstaaten, "*Verfahren in der nationalen Gesetzgebung zu etablieren um zu identifizieren (...), ob ein Antragsteller spezielle Bedürfnisse hat und die Natur dieser anzuzeigen.*" In diesem Sinne löst der Kommissionsvorschlag das verfahrensrechtliche Problem von Artikel 17 der derzeit gültigen Aufnahmerichtlinie<sup>16</sup>.

Absatz 2 spezifiziert, dass diese Verfahren ebenso aktiviert werden sollen "*sobald ein Antragsteller einen Antrag auf internationalen Schutz stellt*". Ferner ist die Bestimmung des Zeitpunktes, wann die Situation eines Asylbewerbers beurteilt wird, von zentraler Bedeutung. Es ist wichtig, eine individuelle Einschätzung der Situation jedes einzelnen Antragstellers sobald wie möglich nach Einreichung des Gesuchs nach internationalem Schutz vorzunehmen. Gleichzeitig kann in manchen Fällen eine einzige Beurteilung nicht ausreichend sein.

Im PROTECT Projekt zielt der Fragebogen auf die *Vereinfachung* der Früherkennung von Personen, die traumatische Erfahrung erlebt haben, ab. Es wird geraten, den Fragebogen

---

<sup>15</sup> Vorschlag für eine RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten (Neufassung) KOM(2008) 815 endgültig.

<sup>16</sup> Wenn Artikel 21 des Kommissionsentwurfs das Problem des derzeit gültigen Artikel 17 der Aufnahmerichtlinie löst - damit ist der Mangel an einem spezifischen Erfordernis für Mitgliedstaaten ein besonderes Verfahren zur Identifikation von schutzbedürftigen Asylbewerbern mit speziellen Bedürfnissen gemeint - so wirft die neue Vorschrift dennoch begriffliche Probleme auf. Dies wird jedoch nicht im Rahmen des PROTECT Projekts adressiert werden. Für eine Entwicklung diesbezüglich, siehe unter: *Setting up a Common European Asylum System, Report on the Application of Existing Instruments and Proposals for the New System*, Study of the European Parliament, Directorate General for Internal Policies, Policy Department C: Citizens' Rights And Constitutional Affairs, Civil Liberties, Justice And Home Affairs, EP 425.622, Chapter 3, Section II, Sub Section I, point 2. Hereafter: EP Study 425.622.

während eines Interviews zu einem frühen Zeitpunkt im Asylverfahren mit dem Antragsteller durchzugehen, vorzugsweise nach einer Pause (z.B. von 7 bis 10 Tagen), nach Ankunft im Aufnahmestaat und nachdem erste Hilfe und Unterkunft zur Verfügung gestellt wurden.

Psychische Probleme, die durch die traumatischen Erfahrungen verursacht wurden, können verspätet auftreten. Daher sollten andere Untersuchungen (inklusive Fragebogen) erst später durchgeführt werden.

Im Vergleich zum Inhalt von Artikel 21 des Kommissionsentwurfes ist es daher wichtig, die Identifikation nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt zu beschränken. Im Gegenteil sollte sie als ein dauerhafter Prozess angesehen werden, der solange angewandt wird, solange der Antragsteller berechtigt ist, sich in dem Aufnahmestaat aufzuhalten. Daher sollte Artikel 21 die Verpflichtung des Staates enthalten, seine Beurteilung in regelmäßigen Abständen zu überdenken und gegebenenfalls zu erneuern, da zu bedenken ist, dass eine erste individuelle Einschätzung (oder eine spätere) nicht notwendigerweise eine existierende Schutzbedürftigkeit erkennt.<sup>17</sup>

Artikel 19 Absatz 2 (derzeit Artikel 15, Absatz 2) des Kommissionsvorschlages vom 3. Dezember 2008 lautet: Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen zu denselben Bedingungen wie eigenen Staatsangehörigen die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.<sup>18</sup>

Der Verweis auf *“denselben Bedingungen wie eigenen Staatsangehörigen”* stellt ein sehr fortschrittliches Mittel zugunsten von schutzbedürftigen Antragstellern, inklusive derer, die traumatische Erfahrungen erlebt haben, dar.

Ohne eine genaue Beschreibung zu liefern, scheint der Zusatz der Wörter *“einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung”* irrelevant.

Der Zusatz könnte den Eindruck erwecken, dass psychologische Betreuung nicht unter den derzeitigen Artikel 15 fällt, was unserer Meinung nicht der Fall ist, auch nicht bei Asylbewerberinnen die nicht als besonders schutzbedürftig identifiziert wurden. Tatsächlich besagt Artikel 15 Absatz 1 *“die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten”* ohne die *“Notversorgung”* auf **physische** *“Notversorgung”*, die *“unbedingt erforderliche Behandlung”* auf **physische** *“unbedingt erforderliche”* und die *“Krankheit”* auf **physische** *“Krankheit”* zu beschränken. Absatz 2 von Artikel 15 – der nur auf besonders schutzbedürftige Asylbewerber mit speziellen Bedürfnissen anwendbar ist – besagt *“erforderliche medizinische Hilfe”* ohne sie auf **physische** *“erforderliche medizinische Hilfe”* und *“sonstige Hilfe”* zu beschränken. Dies erlaubt die Einbeziehung nicht nur der **physischen und psychischen medizinischen** Hilfe, sondern auch der **nicht medizinischen** Hilfe.

---

<sup>17</sup> Diese Erneuerung der Beurteilung der Situation eines jeden einzelnen Asylbewerbers, die bei der (n) ersten (oder zweiten) Einschätzung (en) nicht als schutzbedürftig mit besonderen Bedürfnissen eingeschätzt werden, und die nicht in dem neuen Artikel 21 des Kommissionsvorschlages enthalten ist, darf nicht verwechselt werden mit der Unterstützung die jeder Mitgliedstaat während des gesamten Asylverfahrens gegenüber Asylbewerberinnen die als besonders schutzbedürftig mit besonderen Bedürfnissen identifiziert wurden, durch entsprechende Beobachtung der Situation des Einzelnen gewährleisten muß, zwei Verpflichtungen, die in Artikel 21 enthalten sind.

<sup>18</sup> Die Fett gedruckten Wörter in Artikel 19 Absatz 2 sind neu in dem Kommissionsentwurf verglichen mit dem derzeit gültigen Artikel 15 Absatz 2 der Richtlinie.

Artikel 15 selbst ist betitelt mit "*Medizinische Versorgung*" (engl. Fassung: Health Care). Derzeit stellen einige Mitgliedstaaten keine psychologische medizinische Versorgung im Sinne des Artikel 15 bereit. Die von der Kommission vorgeschlagene Modifikation erlaubt daher keine restriktive Auslegung des Artikel 15 mehr.

Artikel 24 (derzeit Artikel 20) des Kommissionsentwurfes ist wie folgt modifiziert:

*"1. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, die Behandlung - **insbesondere Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen, die eine medizinische und psychologische Behandlung umfassen sollten** - erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist.*

2. Das Betreuungspersonal für Folteropfer muss im Hinblick auf die Bedürfnisse von Folteropfern adäquat ausgebildet sein und sich regelmäßig fortbilden; es unterliegt in **Bezug auf die Informationen, die es durch seine Arbeit erhält, der Schweigepflicht, wie sie im einzelstaatlichen Recht definiert ist.**"<sup>19</sup>

Die Bestimmtheit, die dem 1. Absatz und dem neuen 2. Absatz hinzugefügt wurde, gewährt mehr Schutz für Folteropfer, Opfer von Vergewaltigung oder anderer Formen von Gewalt. Die Wichtigkeit des Zugangs zu geeigneter und adäquater medizinischer Versorgung ist deutlich hervorgehoben<sup>20</sup>. Das Erfordernis von ausgebildetem Personal ist wesentlich. Es ist ein Schlüsselement dass zur Identifikation von traumatisierten Flüchtlingen beitragen kann.

Es sollte hervorgehoben werden dass die Kommission eine bestimmte Regelung geschaffen hat (neuer Artikel 11 Absatz 5, Satz 1) die auf den Schutz von inhaftierten Personen abzielt, deren physische oder psychische Gesundheit schwerwiegend durch den Freiheitsentzug beeinträchtigt werden könnte. Der neue Artikel 11 Absatz 5 Satz 1 verlangt eine persönliche Untersuchung jedes Einzelnen, um festzustellen zu welchem Grad die Gesundheit des Asylbewerbers schwerwiegend durch die Inhaftierung beeinträchtigt sein könnte. Durch die pathogene Natur der Haft ist diese gesetzliche Neuerung als ein wirklicher Fortschritt anzusehen.

Satz 2 des neuen Absatz 5 von Artikel 11 erwähnt, dass Mitgliedstaaten regelmäßige Beobachtung und adäquate Unterstützung von inhaftierten Asylbewerbern sicherstellen müssen.

### *Der geänderte Vorschlag zur Neufassung der Aufnahmebedingungen vom 1. Juni 2011*<sup>21</sup>

Der geänderte Vorschlag der Kommission vom 3. Dezember 2008 wurde kaum kritisiert vom Europarat. Folglich verkündete die Kommissarin Cecilia Malmström, zuständig für Inneres, im November 2010 die Absicht der Kommission, dem Parlament und dem Rat einen neuen Text der Aufnahmerichtlinie zukommen zu lassen. Dieses Dokument ist bekannt als der geänderte Kommissionsvorschlag vom 1. Juni 2011.

<sup>19</sup> Die Fett gedruckten Wörter in Artikel 24 sind neu in dem Kommissionsentwurf verglichen mit dem derzeit gültigen Artikel 20 der Richtlinie

<sup>20</sup> Die Verfeinerung in Artikel 24 Absatz 1 ruft keinen Widerspruch hervor, da der Zusatz in Artikel 19 Absatz 2 die Wörter "**insbesondere**" in Artikel 24 Absatz impliziert, dass "**Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen, die eine medizinische und psychologische Behandlung umfassen sollten**" als Teil der "*notwendigen Behandlung von Schäden*" anzusehen ist.

<sup>21</sup> Geänderter Vorschlag vom 01.06.2011 für eine RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Asylbewerbern (Neufassung), KOM(2011) 320 endgültig

Artikel 21 und 22 des geänderten Kommissionsvorschlags vom 1. Juni 2011 (Artikel 17 und Artikel 21 des Kommissionsvorschlages vom 3. Dezember 2008) beinhalten den Grundsatz die Situation schutzbedürftiger Asylbewerber mit speziellen Bedürfnissen zu berücksichtigen.

Ein erster positiver Punkt ist, dass der neue Artikel 21 das konzeptionelle Problem des Artikel 21 des Kommissionsentwurfes vom 3. Dezember 2009 löst, auch wenn die neue Definition der Zielgruppe nicht kritikfrei zu sehen ist.<sup>22</sup>

Bezüglich des Verfahrensproblems ist der neue Artikel 22 sehr ähnlich dem Artikel 21 Absatz 2 des Kommissionsentwurfes vom 3. Dezember 2008. Dennoch wird in Artikel 22 des neuen Textes die Formulierung *“Die Mitgliedstaaten legen Mechanismen fest, mit denen sich ermitteln lässt, ob es sich beim Antragsteller um eine schutzbedürftige Person handelt,”* ersetzt durch die Formulierung *“Die Mitgliedstaaten legen in ihrem einzelstaatlichen Recht fest (...)”* des Artikel 21 Absatz 2. Diesbezüglich konkretisiert der geänderte Vorschlag<sup>23</sup>, dass *“die Identifikation von besonderen Aufnahmebedingungen nicht automatisch die Einrichtung eines neuen getrennten Verwaltungsverfahrens benötigt, aber dass es in die existierenden nationalen Methoden integriert werden könnte [z.B. medizinisches Screening] (...).”* Manche Parteien sind der Meinung dass eine Modifikation die Rechte der Asylbewerber schwächen würde, indem es den Mitgliedstaaten ein Ermessen bezüglich der Identifikation von Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen läßt und dass die Kommission wirkliche Fortschritte die sie in ihrem Entwurf von 2008 noch hatte, nun aufgegeben hat.<sup>24</sup>

Ersens war die Bezugnahme zu nationaler Gesetzgebung im Kommissionsentwurf vom 3. Dezember 2008, die nun in der geänderten Version vom 1. Juni 2011 fehlt, möglicherweise unbrauchbar. Per Definition müssen Vorschriften einer Richtlinie in nationales Recht umgesetzt werden. Beachtet man den Begriff **“festlegen”** anstatt **“kann festlegen”** so ist der besagte Artikel 22 verpflichtend und noch optional. Folglich bewirkt die Aufhebung der Referenz zu *“nationaler Gesetzgebung”* nicht besondere Probleme wie Rechtsunsicherheit. In jedem Fall hat jeder Mitgliedstaat rechtliche Vorschriften zu erlassen, die einen effektiven Weg zur Identifikation von schutzbedürftigen Antragstellern und ihren besonderen Bedürfnissen sicherstellt. (Entweder existieren diese schon in der nationalen Gesetzgebung oder sie müssen nun eingeführt werden).

Zweitens ist der Austausch des Wortes *“Verfahren”* mit dem Wort *“Mechanismen”* vielleicht nicht so wichtig. Der Begriff *“Mechanismen”* scheint weniger formal und weiter gefasst. Dennoch befreit er die Staaten nicht von dem Erfordernis *‘Mittel’* und *‘Methoden’* der Identifikation in die nationale Gesetzgebung einzubeziehen. Daher müssen Staaten immer noch eine Entscheidung über die Qualifizierung eines Antragstellers als schutzbedürftige Person mit besonderen Bedürfnissen treffen. Abgesehen davon umfasst das Wort *‘Mecha-*

<sup>22</sup> Im begrenzten Rahmen dieser Studie wird nicht weiter auf diese konzeptionelle Problematik eingegangen, bis auf die Kritik an der neuen Definition der Zielgruppe. Für vertiefende Details bezüglich des konzeptionellen Problems siehe EP Study 425.622, Chapter 3, Section II, Sub Section I, point 2 sowie Odysseus Academic Network, Study done for the European Refugees Fund on the *“Identification of Vulnerable asylum seekers with special needs”*. Diese Studie wurde der Kommission im Februar 2010 übergeben und wird gerade aktualisiert. Grundsätzlich sollte sie bis Ende des Jahres 2011 veröffentlicht werden. Ein Teil der Überarbeitung widmet sich der Analyse der neuen Definition der Zielgruppe im Einklang mit Artikeln 21, 22 und 2 Satz k) des Kommissionsentwurfes vom 1. Juni 2011.

<sup>23</sup> Genaue Erläuterungen zum geänderten Vorschlag vom 1. Juni 2011 sind dem *Geänderten Vorschlag vom 01.06.2011 für eine RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Asylbewerbern COM (2011) 320 ANNEX, Artikel 22* angehängt.

<sup>24</sup> Presseerklärung vom 1. Juni 2011, Hélène Flautre, Europe Ecologie/Les Verts, erhältlich unter <http://europeecologie.eu/Directives-UE-sur-Asile-Paquet>. Text nur in französisch erhältlich, freie Übersetzung.



nismen' auch bereits existierende Vorgehensweisen in manchen Staaten, wie zum Beispiel die Beobachtung von Asylbewerber und/oder die Organisation von Lehr- und Erholungsaktivitäten sowie andere Aktivitäten.<sup>25</sup> Zum Beispiel könnte die nationale Gesetzgebung festlegen, dass Mitarbeiter die in Kontakt mit Asylbewerbern kommen die Verpflichtung haben, diese zu beobachten um festzustellen, ob diese schutzbedürftig sind und spezielle Bedürfnisse haben.

Darüber hinaus ist wirklich ausschlaggebend, dass der Staat angemessene Verfahren auf nationaler Ebene einzuführen hat, theoretisch wie auch praktisch. Dies ermöglicht es dem Staat, den Anforderungen des Artikel 22 zu genügen, d.h. schutzbedürftige Personen mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen der Aufnahme richtlinie zu identifizieren. Dies wird möglicherweise auch vom Justizsystem überprüft werden.

Bezüglich des Zeitpunktes der Identifikation von schutzbedürftigen Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen ersetzt der geänderte Kommissionsentwurf von Juni 2011 (Artikel 22) die Anforderung "*Diese Mechanismen gelangen innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang eines Antrags auf internationalen Schutz zur Anwendung*" mit der Anforderung "*unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf internationalen Schutz zu ermitteln ist, ob der Antragsteller besondere Bedürfnisse hat*" (Artikel 21 Absatz 2 des Kommissionsentwurfs vom 3. Dezember 2008). Diese Modifikation steht im Einklang mit unserer Empfehlung dem Asylbewerber einen Moment der Ruhe zu gewähren (z.B. 7-10 Tage), bevor er den PROTECT Fragebogen ausfüllt.

Der neue Artikel 22 beinhaltet auch dass '*die Mitgliedstaaten nach Maßgabe dieser Richtlinie dafür sorgen, dass den besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme auch dann Rechnung getragen wird, wenn sie erst in einer späteren Phase des Asylverfahrens zutage treten*'. Diese zusätzliche Verfeinerung ist wichtig aber nicht ausreichend im Bezug auf unsere unter 1.2.1 erwähnte Empfehlung.

Während diese Spezifizierung die Mitgliedstaaten dazu verpflichtet, die besonderen Bedürfnisse, die später auftreten, zu berücksichtigen, fordert es aber, in regelmäßigen Abständen in jedem Einzelfall eine neue Einschätzung abzugeben, sollte die erste oder folgende Einschätzung/en keine Zeichen einer Schutzbedürftigkeit ergeben haben. Artikel 19 Absatz 2 des geänderten Kommissionsentwurfs vom 1. Juni 2011 (derzeit Artikel 15 Absatz 2, mit *Gesundheitsversorgung* befasst) lautet wie folgt: '*Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.*'<sup>26</sup>

Im Vergleich zum Kommissionsentwurf vom 3. Dezember 2008 wurden die Wörter "**zu denselben Bedingungen wie eigenen Staatsangehörigen**" weggelassen. Diese Änderung stellt einen Rückschritt für besonders schutzbedürftige Asylbewerber mit speziellen Bedürfnissen dar. Bezüglich dem Zusatz "*einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung*", wird auf unsere Anmerkungen zu Artikel 19 Absatz 2 des Kommissionsentwurfs vom 3. Dezember 2008 verwiesen.

<sup>25</sup> The study carried out by the Odysseus Academic Network for the European Refugees Fund in 2009, brought to light how many such practices can contribute in an efficient way to the identification of vulnerable asylum seekers with special needs.

<sup>26</sup> Die Fett gedruckten Wörter in Artikel 19 Absatz 2 sind neu in dem geänderten Kommissionsentwurf im Vergleich zu Artikel 15 Absatz 2 der derzeit gültigen Fassung.



*Artikel 25 befasst sich mit Folteropfern und Opfern von schwerer Gewalt. Er ist identisch mit Artikel 24 des Kommissionsentwurfes vom 3. Dezember 2008, ausgenommen dem folgenden Zusatz im Absatz 2 “Das Betreuungspersonal für Opfer von Folter, **Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten** muss im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich regelmäßig fortbilden; es unterliegt in Bezug auf die Informationen, die es durch seine Arbeit erhält, der Schweigepflicht, wie sie im einzelstaatlichen Recht definiert ist.” Diese Änderung entspricht dem Titel und Absatz 1 der Vorschrift, die Opfer von Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten explizit benennt.*

Schließlich beinhaltet Artikel 11 Absatz 1 (wie Artikel 11 Absatz 5 Satz 1 des Kommissionsentwurfes vom 3. Dezember 2008) das Prinzip, dass schutzbedürftige Asylbewerber nicht inhaftiert werden dürfen, solange nicht festgestellt wurde, dass deren Gesundheit sich nicht signifikant als eine Folge der Inhaftierung verschlechtern wird. Auf der anderen Seite besagt Artikel 11 Absatz 1 Satz 1 des geänderten Kommissionsentwurfes vom 1. Juni 2011 nicht mehr, dass eine individuelle Untersuchung von einer qualifizierten Person durchgeführt werden muß. Die Mitgliedstaaten müssen verpflichtet werden, eine medizinische Untersuchung durchzuführen, um dieses Prinzip zu respektieren, auch wenn es nicht explizit benannt ist. Soweit der physische und mentale Gesundheitszustand des Antragstellers eingeschätzt wird, muß diese individuelle Untersuchung zwangsläufig von professionellen Medizinern durchgeführt werden.

Im Kommissionsentwurf vom 3. Dezember 2008, Satz 2 des neuen Artikel 11, Absatz 1 des geänderten Kommissionsentwurfes vom 1. Juni 2011 wird gesagt, dass immer wenn schutzbedürftige Asylbewerber inhaftiert werden, die Mitgliedstaaten ein angemessenes Monitoring and adäquate Unterstützung leisten müssen. Zudem wird dieses Prinzip ergänzt durch eine Bezugnahme auf den Gesundheitszustand und die besondere Situation, in der sich die schutzbedürftige Person befindet.

Im folgenden Kapitel “*wissenschaftlicher Hintergrund*” wird gezeigt, dass der PROTECT Fragebogen ein sehr hilfreiches Instrument für die Mitgliedsstaaten darstellt. Er enthält einen ersten pragmatischen und effektiven Schritt, den Mitgliedstaaten zu helfen mit den jetzigen und, wenn umgesetzt, zukünftigen Anforderungen der Aufnahme richtlinie, soweit die Identifikation von Asylbewerbern mit traumatischen Erfahrungen betroffen ist, gerecht zu werden.

Die Vorschläge zum Asylverfahren

Der Kommissionsvorschlag zum Asylverfahren vom 21. Oktober 2009

Der Kommissionsvorschlag vom 21. Oktober 2009 steht im Gegensatz zur derzeit gültigen Asylverfahrensrichtlinie, da er diverse spezifische Vorschriften enthält, die sich schutzbedürftigen Asylbewerbern widmen. Diese Asylbewerber, in Artikel 2 Satz d) des Vorschlags definiert als “*Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen*” – sind unter anderem Antragsteller, die durch ihre gesundheitlichen Probleme oder als Folge von Folter Vergewaltigung oder anderen Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt, spezielle Sicherheit benötigen um von den zugesicherten Rechten der Richtlinie zu profitieren und die Verpflichtungen einzuhalten.

In diesem Sinne fordert der neue Artikel 20 des Kommissionsentwurfes in seinem Absatz 1, dass Mitgliedstaaten die angemessenen Maßnahmen zugunsten von “*Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen*” ergreifen und “*wo erforderlich soll ihnen Fristverlängerung gewährt werden um Nachweise einzureichen oder andere notwendige Verfahrensschritte zu*

*bewältigen.*“ Gemäß Absatz 3 können diese Antragsteller nicht einem beschleunigten Verfahren unterworfen werden und die Bestimmung über offensichtlich unbegründete Anträge findet ebenfalls keine Anwendung auf solche Antragsteller.<sup>27</sup>

Das Training von Personal, welches verantwortlich für die Bestimmung des Schutzstatus ist, wird ebenfalls in dem Kommissionsentwurf erwähnt, besonders im Bezug auf die Berücksichtigung der Situation schutzbedürftiger Personen. Wie der neue Artikel 1 Absatz 2 besagt, spezifiziert der Vorschlag, dass Personal in den folgenden Bereichen speziell ausgebildet sein sollte: Geschlecht, Trauma, Alterserkennung, Identifikation und Dokumentation von Anzeichen und Symptomen von Folter. (Im Bezug auf die Personen die die Anhörungen durchführen erwähnt der neue Artikel 17 Absatz 5 auch das Erfordernis der Ausbildung im Bezug auf die Erkennung von Anzeichen von Folter).

Artikel 14 des Vorschlags (derzeit Artikel 13, erwähnt oben), wurde wie folgt modifiziert:  
“3. Die Mitgliedstaaten ergreifen geeignete Maßnahmen, damit die persönliche Anhörung unter Bedingungen durchgeführt wird, die dem Antragsteller eine zusammenhängende Darlegung der Gründe seines Antrags gestatten: Zu diesem Zweck

a) gewährleisten die Mitgliedstaaten, dass die anhörende Person befähigt ist, die persönlichen oder allgemeinen Umstände des Antrags einschließlich der kulturellen Herkunft, der Geschlechtszugehörigkeit oder der Schutzbedürftigkeit des Antragstellers zu berücksichtigen

b) sehen die Mitgliedstaaten, soweit möglich, vor, dass die Anhörung von einer Person gleichen Geschlechts durchgeführt wird, wenn der Antragsteller darum ersucht; (die identische Möglichkeit bezüglich eines Dolmetschers ist in der geänderten Version des Satz c) vorgesehen<sup>28</sup>)

Die Verpflichtung, die in Satz a) festgelegt wurde, ist nicht nur eine “*obligation de moyen*”, da “*soweit dies möglich ist*” entfernt wurde. Satz b) und c) sind neu: Sie stellen ebenfalls Sorgfaltspflichten dar.

Der PROTECT Fragebogen wird zweifellos Mitgliedstaaten helfen, einige diese Neuerungen zu implementieren (Insbesondere der neue Artikel 20 bezüglich Antragstellern mit mentalen Gesundheitsproblemen oder Antragstellern, die Opfer von Folter, Vergewaltigung oder anderen Formen physischer, psychischer oder sexueller Gewalt wurden). Mit Sicherheit stellt dies einen ersten Schritt dar, da weitere medizinische Untersuchungen ausgeführt würden,<sup>29</sup> um zum Einen zu bestimmen, ob mentale Probleme existieren, und zum Anderen um aufzudecken ob das Problem des Asylbewerber ihn daran hindern könnte, seine Verfolgungsgeschichte kohärent und zusammenhängend während einer Anhörung zu präsentieren, oder ob die Person andere Hilfe wie zum Beispiel eine Fristverlängerung benötigt.

Bezüglich der medizinischen Untersuchung muss Folgendes angeführt werden:

1° Eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 9. März 2010<sup>30</sup>. Die Fakten des Falles stellen sich wie folgt dar: Während des Asylverfahrens präsentierte ein Asylbewerber ein ärztliches Attest seines behandelnden Arztes über die

<sup>27</sup> Artikel 27 Absatz 7 des Vorschlags.

<sup>28</sup> Verglichen mit Artikel 13 der derzeit gültigen Richtlinie wurden die fett gedruckten Wörter neu und die durchgestrichenen Wörter gelöscht.

<sup>29</sup> Der PROTECT Fragebogen erfordert diese Untersuchung durchzuführen, zumindest im Fall eines mittleren oder hohen Risikos der Traumatisierung: siehe genaue Erklärung unter der Überschrift “*Die wissenschaftliche Hintergrund des PROTECT-Instruments und die Auswahl der Fragen*”.

<sup>30</sup> EGMR, *Case of R.C. v. Sweden*, Application n° 41827/07, Urteil vom 9. März 2010.

Nachwirkungen von erlittener Folter. Die Asylbehörden missachteten das Attest, da es nicht von einem Spezialisten/Sachverständigen verfasst wurde. Das Gericht entschied, dass es die Pflicht der Behörden sei, die geltend gemachten Foltervorwürfe zu verifizieren und einen Spezialisten um eine Sachverständigenauskunft zu ersuchen, wenn ein ärztliches Attest vorgelegt wird.

2° Unter dem neuen Artikel 17 des Asylverfahrensvorschlags der Kommission muß es Asylbewerbern erlaubt sein, sich auf Nachfrage einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen um ihre Angaben im Bezug auf vergangene Verfolgung und schwerwiegende Nachteile zu stützen (Absatz 1). Diese Untersuchung ist abhängig von der Zustimmung des Antragstellers, *„in Fällen, in denen Grund zu der Annahme besteht, dass der Antragsteller unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet, (...), eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wird“* (Absatz 2). Absatz 3 stellt klar dass *„die Mitgliedstaaten geeignete Vorkehrungen treffen, um sicherzustellen, dass für die ärztliche Untersuchung im Sinne von Absatz 2 unparteiische und qualifizierte medizinische Gutachter zur Verfügung stehen.“*

Diese Vorschrift ist essentiell, auch wenn Absatz 2 den Mitgliedsstaaten unstreitig einen Beurteilungsspielraum läßt.

Zudem verlangt der Kommissionsentwurf von den Mitgliedstaaten zwar die Situation schutzbedürftiger Asylbewerber mit speziellen Bedürfnissen zu berücksichtigen, dennoch verpflichtet er die Mitgliedstaaten nicht explizit, ein Verfahren zur Identifizierung dieser Personengruppe einzuführen. Nur für Folteropfer oder Opfer von schwerwiegender Gewalt werden die Mitgliedstaaten verpflichtet *„weitere für die Anwendung dieses Artikels relevante Vorschriften und Regelungen für die Erkennung und Dokumentation von Folter und anderen Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt“* vorzusehen.<sup>31</sup> Grundsätzlich ist diese Vorschrift als ungenügend anzusehen: sie enthält nicht alle Kategorien von schutzbedürftigen Asylbewerbern wie im Kommissionsentwurf vorgeschlagen und die Wortwahl ist mehrdeutig bezüglich der Verpflichtung der Mitgliedstaaten ein überzeugendes Identifikationsverfahren für Asylbewerber einzuführen.

Im Rahmen des PROTECT Projektes, welches Asylbewerber betrifft, die traumatische Erfahrungen erlebt haben, sollte die Vorschrift ebenfalls weitgreifender sein. Wenn tatsächlich nur Folter und andere Formen von physischer, sexueller und psychischer Gewalt in dem Projekt adressiert wären, würden traumatische Erfahrungen, die sich zum Beispiel auf der Flucht ereignet haben, nicht berücksichtigt.

Der Mangel an der Identifikation von schutzbedürftigen Personen, soweit die Aufnahme-richtlinie betroffen ist, beraubt Asylbewerber angemessener Aufnahmebedingungen (gerade im Bezug auf Gesundheitsversorgung). Durch diesen Mangel werden ihnen auch die notwendigen Änderungen im Asylverfahren entzogen, sofern die Asylverfahrensrichtlinie betroffen ist. Zudem hindert der Mangel an Identifikation auch die Chancen auf positive Entscheidungen in den Verfahren auf internationalen Schutz, da Beweise zu Gunsten des Asylbewerbers direkt mit der Offenlegung ihres Status als schutzbedürftig verknüpft sind.

Die durch den Kommissionsvorschlag vom 1. Juni 2011 geänderten Verfahren zum Asylstatus

Der geänderte Kommissionsvorschlag vom 21. Oktober 2009 wurde kaum von dem Rat kritisiert. Folglich verkündete der Kommissar Cecilia Malmström zuständig für Inneres im

---

<sup>31</sup> Artikel 17 Absatz 4.

November 2010 die Absicht der Kommission, dem Parlament und dem Rat einen neuen Text der Aufnahm Richtlinie zukommen zu lassen. Dieses Dokument ist bekannt als der geänderte Kommissionsvorschlag vom 1. Juni 2011.

Der Kommissionstext vom 21. Oktober 2009 bezeichnet in Artikel 2 Absatz d) des geänderten Textes als schutzbedürftigen Asylbewerber *“Antragsteller, der besondere Garantien benötigt”*. Unter anderem wird darunter ein Asylbewerber mit *‘psychischen Problemen’* gefasst. Dies wurde ersetzt durch die Wörter *“psychische Krankheit”* und *“posttraumatische Belastungsstörung.”* Eine identische Änderung wurde in dem Vorschlag der Kommission vom 1. Juni 2011 gemacht.<sup>32</sup> Zunächst erscheint die neue Formulierung restriktiver zu sein als die alte.<sup>33</sup>

Weiterhin sind die Verfahrensgarantien, die speziell Folteropfern, Opfern von Vergewaltigung und anderen Formen von psychischer, physischer und sexueller Gewalt zugute kommen, mehr oder weniger dieselben wie im Text vom 1. Juni 2011<sup>34</sup>. Diese Antragsteller können nicht beschleunigten Verfahren unterzogen werden oder deren Anträge als offensichtlich unbegründet abgelehnt werden.<sup>35</sup> Außerdem müssen ihnen wie allen anderen *“Antragstellern, die besondere Garantien benötigen,”* inklusive Asylbewerbern mit psychischen Problemen oder posttraumatischer Belastungsstörung *“ausreichend Zeit und Unterstützung erhalten, um ihren Antrag möglichst vollständig mit allen verfügbaren Beweisen vorzulegen.”*<sup>36</sup>

Eine sehr wichtige Änderung in Artikel 24 des geänderten Kommissionsvorschlags ist, dass sie explizit die Mitgliedsstaaten auffordert, *“dafür Sorge zu tragen, dass rechtzeitig festgestellt wird, welche Antragsteller besondere Verfahrensgarantien benötigen.”*<sup>37</sup> Um dieser Verpflichtung nachzukommen, können die Mitgliedsstaaten den Mechanismus des Artikel 22 nutzen (Absatz 1 Satz 1, *in fine*)<sup>38</sup>.

Artikel 24 Absatz 1 Satz 2 besagt auch, dass *“wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt im Verfahren herausstellt, dass ein Antragsteller besondere Verfahrensgarantien benötigt,”* die Mitgliedsstaaten auch dann die Anwendung des Artikel 24 garantieren. Während die Bestimmtheit Mitgliedsstaaten verpflichtet, bestimmte Verfahrensgarantien anzusprechen, die zu einem späteren Zeitpunkt relevant werden, fordert sie nicht von den Mitgliedstaaten, die Einschätzung der Situation von Antragstellerin in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, wenn die erste Einschätzung oder die folgenden keine Anzeichen dafür lieferten, dass der Antragsteller eine Person ist, die besondere Verfahrensgarantien benötigt.

Neben dieser “allgemeinen” Identifikation die in Artikel 24 niedergelgt ist, verfügt Artikel 18 der geänderten Version vom 1. Juni 2011, bezogen auf *Medizinische Gutachten* über eine konkrete medizinische Untersuchung die vom Antragsteller gefordert werden kann oder die vom Mitgliedstaat unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden muß. Im Allgemeinen garantiert diese Vorschrift einen besseren Schutz für Antragsteller als Artikel

<sup>32</sup> Siehe oben Titel 1. 2. 2.

<sup>33</sup> Siehe oben Titel 1. 2. 2.

<sup>34</sup> In Artikel 24 betitelt mit *‘besondere Verfahrensgarantien’* und Artikel 20 des ersten Kommissionsvorschlags.

<sup>35</sup> Artikel 24 Absatz 2 Satz 2.

<sup>36</sup> Artikel 24 Absatz 2 Satz 1.

<sup>37</sup> Artikel 24 Absatz 1 Satz 1.

<sup>38</sup> Ist dies der Fall müssen Mitgliedstaaten genau darlegen dass die Mechanismen zwei verschiedene Ziele verfolgen, eins im Rahmen der Aufnahmerichtlinie, ein anderes im Rahmen der Asylverfahrensrichtlinie. Das bedeutet dass zwei verschiedene Beurteilungen angestrebt werden müssen, auch wenn sie gleichzeitig gemacht werden können, da weder die Definition “schutzbedürftige” Antragsteller noch die Ziele der Identifikation in den zwei geänderten Kommissionsentwürfen dieselben sind.

17 des Kommissionsvorschlags vom 29. Oktober 2009, der sich auch den *Medizinischen Gutachten* widmet:

- Mitgliedstaaten müssen den Antragsteller über seine/ihre Rechte gemäß Artikel 18 informieren, ein Verfahren das nicht im ersten Text niedergelegt war;
- Die bestimmende Behörde muß sicherstellen, dass eine medizinische Untersuchung mit Einverständnis des Antragstellers durchgeführt wird, nicht nur *“in Fällen, in denen Grund zu der Annahme besteht, dass der Antragsteller unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet”* (früherer Artikel 17) aber auch wenn *“Grund zu der Annahme besteht, dass der Antragsteller aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung oder infolge einer in der Vergangenheit erlittenen Verfolgung oder eines in der Vergangenheit erlittenen ernsthaften Schadens nicht oder nur beschränkt in der Lage ist, an einer persönlichen Anhörung teilzunehmen und/oder genaue und zusammenhängende Aussagen zu machen, dass mit Zustimmung des Antragstellers eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wird”*.

Bezüglich der Schulung von Personal welches für die Statusbestimmung zuständig ist, werden keine genaueren Angaben in Artikel 4 Absatz 2 des geänderten Kommissionsvorschlags vom 21. Oktober 2009 gemacht. Es gibt nun einen Verweis auf die Fortbildungsmaßnahmen die vom Europäischen Unterstützungsbüro für Asylfragen<sup>39</sup> organisiert werden. Im Bereich der Schutzbedürftigkeit und der speziellen Bedürfnisse sind die Schwerpunkte im ersten und zweiten Kommissionsvorschlag ähnlich. Dennoch bezieht sich der neue Artikel 4 Absatz 3 nicht explizit auf alters- und geschlechtsspezifische Faktoren, sondern mehr auf *“Fragen im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Asylanträge von Minderjährigen und von schutzbedürftigen Personen mit besonderen Bedürfnissen.”*<sup>40</sup> Sofern Asylbewerber mit traumatischen Erlebnissen betroffen sind, bindet Artikel 18 Absatz 5 des Textes vom 1. Juni 2011<sup>41</sup> die Mitgliedstaaten, *“dass die Personen, von denen die Antragsteller nach Maßgabe dieser Richtlinie befragt werden, in der Erkennung von Folter und anderen medizinischen Problemen, die die Fähigkeit der Antragsteller, befragt zu werden, beeinträchtigen könnten, geschult werden”*. Die Bezugnahme auf *“medizinische Probleme, die die Fähigkeit der Antragsteller, befragt zu werden, beeinträchtigen könnten”* ist neu, verglichen mit dem ersten Kommissionsvorschlag.

Soweit die *Anforderungen an die persönliche Anhörung* betroffen sind, ist Artikel 15 Absatz 3 Satz a) bis c) des geänderten Kommissionsvorschlags identisch mit Artikel 14 Absatz 3 Satz a) bis c) des ersten Kommissionsvorschlags. Die anhörende Person muß befähigt sein, die persönlichen und allgemeinen Umstände des Antrags einschließlich der kulturellen Herkunft, der Geschlechtszugehörigkeit, der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsidentität oder der Schutzbedürftigkeit des Antragstellers zu berücksichtigen (zwei neue Präzisionen des Artikel 15 Absatz 3 Satz a).

Zudem ist bezüglich der Formulierung der Schutzbedürftigkeit spezifiziert, dass diese *“im Sinne von Artikel 22 der Richtlinie (Aufnahmerichtlinie)”* zu berücksichtigen ist. Es scheint dass die Vorschrift des Kommissionsvorschlags zur Aufnahmerichtlinie vom 1. Juni 2011 nicht Artikel 22 ist, da es die Mechanismen der Identifikation von schutzbedürftigen Antrag-

<sup>39</sup> Artikel 4 Absatz 3 des geänderten Kommissionsvorschlags der Bezug nimmt auf Artikel 6 Absatz 4 (a) bis (e) der Verordnung N°439 vom 19. Mai 2010 zur Einrichtung eines Europäischen Unterstützungsbüros für Asylfragen

<sup>40</sup> Verweis auf Artikel 6 Absatz 4 Satz (b) der VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Einrichtung eines Europäischen Unterstützungsbüros für Asylfragen

<sup>41</sup> Artikel 17 Absatz 5 des Textes der Kommission vom 21. Oktober 2009. Siehe oben Titel 2.2.1.

stellern mit besonderen und nicht die Schutzbedürftigkeit meint, die mehr in Artikel 21 thematisiert ist.

Gleichzeitig kann die Schutzbedürftigkeit dennoch effektiv durch Artikel 22 berücksichtigt werden, mit Ausnahme der Fälle in denen offensichtlich eine Schutzbedürftigkeit im Sinne des Artikel 22 vorliegt, zum Beispiel in Fällen von schwangeren Frauen, die eine fortgeschrittene Schwangerschaft aufweisen.

Demzufolge stellt sich die Frage ob dieser Verweis das Ziel verfolgt, die Behörden, die für das Asylverfahren zuständig sind, zu verpflichten die Ergebnisse der Evaluation in Artikel 22 zu berücksichtigen?

In jedem Fall müssen verschiedene Begriffe der Schutzbedürftigkeit im Rahmen des Asylverfahrens berücksichtigt werden: ein geschlossener, wie in Artikel 2 Satz d) des geänderten Kommissionsvorschlags zur Aufnahmerichtlinie vom 1. Juni 2011 und ein offener, wie in Artikel 21 des geänderten Kommissionsvorschlags zur Aufnahmerichtlinie vom 1. Juni 2011. Dies würde erlauben, verschiedene Vorschriften der Asylverfahrensrichtlinie anzuwenden. Jedoch ist es die Zielsetzung des Artikel 15 Absatz 3, nicht völlig von der des Artikel 24 Absatz 2 abzuweichen. Zudem würde ein solches System die Ausführbarkeit seiner Umsetzung in Frage stellen.

Der Kommissionsvorschlag zur Dublinverordnung vom 3. Dezember 2008  
Erstens ist es wichtig zu erwähnen, dass die neuen spezifischen Vorschriften des Kommissionsvorschlags zur Dublinverordnung vom 3. Dezember 2008 neben den Schutzbestimmungen des Kommissionsvorschlags zur Aufnahmerichtlinie angewandt werden, da diese Richtlinie auch Asylbewerber betrifft, die der Dublinregulierung unterliegen.<sup>42</sup> Somit sind die überstellenden Staaten wie auch die Aufnahmestaaten an die Schutzbestimmungen der Aufnahmerichtlinie gebunden. Der Mitgliedstaat, der ein Dublinverfahren einleiten will, wird dann die individuelle Beurteilung des Asylbewerbers vornehmen, der diesem Verfahren unterzogen wird. Daher muß der Mitgliedstaat, der das Dublinverfahren einleiten will, wenn eine Beurteilung ergeben hat, dass der Antragsteller eine schutzbedürftige Person mit besonderen Bedürfnissen ist, adäquate Aufnahmebedingungen, die sich nach den Bedürfnissen des Betroffenen richten, zur Verfügung stellen.

Zweitens, übereinstimmend mit dem neuen Artikel 30 Absatz 3 Satz d) des Kommissionsvorschlags zur Dublinverordnung vom 3. Dezember 2008, soll der überstellende Staat dem aufnehmenden Staat jegliche Information die er *“die der überstellende Mitgliedstaat als wesentlich für den Schutz der Rechte und die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse des Antragstellers erachtet”* mitteilen.

Absatz 4 desselben Artikels besagt: *“Der überstellende Mitgliedstaat übermittelt Informationen über besondere Bedürfnisse des zu überstellenden Antragstellers, insbesondere bei Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Minderjährigen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, nur zum Zwecke der medizinischen Versorgung oder Behandlung, wozu in bestimmten Fällen auch Angaben zur körperlichen und geistigen Gesundheit des zu überstellenden Antragstellers gehören können. Der zuständige Mitgliedstaat trägt dafür*

---

<sup>42</sup> Dies resultiert explizit aus dem erläuternden Memorandum zu dem Kommissionsvorschlag zur Aufnahmerichtlinie (Teil 3.1 ist dem Umfang der Richtlinie gewidmet), Aufzählung (8) des identischen Vorschlags und Aufzählung (9) des Kommissionsvorschlags zur Dublinverordnung.

*Sorge, dass diesen besonderen Bedürfnissen in geeigneter Weise insbesondere auch, sofern erforderlich, durch eine medizinische Primärversorgung Rechnung getragen wird.“*

Gemäß Absatz 5 soll diese Information nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Antragstellers übermittelt werden. In den Absätzen 6, 7 und 9 sind zudem besondere Voraussetzung für die Übermittlung personenbezogener Daten festgelegt, sofern schutzbedürftige Antragsteller betroffen sind.

Schließlich besagt der erste Absatz des neuen Artikel 30 *in fine*, dass nur überstellungsfähige Personen überstellt werden dürfen. Jedoch gibt es keine Vorschrift, die spezifiziert, wie eine Unmöglichkeit der Überstellung (durch mentale oder physische Probleme<sup>43</sup>) festgestellt wird, oder in welcher Form und von wem die Entscheidung getroffen wird, ob eine Person überstellt werden kann oder nicht. Artikel 30 Absatz 1 *in fine* des Kommissionsentwurfs kann mit Artikel 17 der derzeitigen Aufnahmerichtlinie verglichen werden. Artikel 17 der Aufnahmerichtlinie und Artikel 30 Absatz 1 *in fine* beinhalten eine schützende Vorschrift für Asylbewerber. (Die Tatsache, dass Staaten niemanden überstellen dürfen, der aufgrund mentaler und/oder gesundheitlicher Probleme nicht überstellungsfähig ist.) Dennoch zwingt dies die Staaten nicht, ein Verfahren einzurichten, durch das solche Behinderungen identifiziert werden können. Selbstverständlich kann aber argumentiert werden, wie die Kommission dies auch im Fall des Artikel 17 getan hat, dass ein solches Verfahren logischerweise notwendig ist und von Artikel 30 umfasst ist, soweit es “[...] ein Kernelement [ist], ohne das die auf die besondere Behandlung dieser Menschen abhebenden Bestimmungen der Richtlinie ins Leere laufen.”<sup>44</sup>

Tatsache ist, dass der Mangel an einer spezifischen Vorschrift zu diversen Nachteilen bezüglich der Anwendbarkeit von Artikel 17 führt. Die Abwesenheit einer genauen Regelung schafft auch eine Rechtsunsicherheit. Es ist zudem wichtig zu betonen, dass Artikel 17 Absatz 2 der derzeit gültigen Aufnahmerichtlinie *“eine individuelle Beurteilung“* der Situation jedes einzelnen Asylbewerbers erwähnt. Dies steht im Gegensatz zu Artikel 30 des Kommissionsvorschlag zur Dublinverordnung, welche dies unterläßt. Nach unserer Auffassung kann dem Artikel 17 eindeutig die rechtliche Verpflichtung der Mitgliedstaaten entnommen werden, ein Verfahren zur Identifikation einzurichten, wie sich aus *“individuelle Beurteilung“* ergibt (siehe dazu auch in Kapitel 1 zur Aufnahmerichtlinie). Diese Erklärung hat noch nicht alle Mitgliedstaaten überzeugt, solche Identifikationsverfahren einzurichten.

Auch hier wird der PROTECT Fragebogen sehr hilfreich sein, um die Umsetzung dieser neuen Vorschrift des Kommissionsvorschlags zur Dublinverordnung voranzutreiben.

Der Kommissionsentwurf zur Qualifizierungsrichtlinie

Der Kommissionsvorschlag vom 21. Oktober 2009<sup>45</sup> löst nicht das Verfahrensproblem des Artikel 20 Absatz 4.

## **1.6 Schlussfolgerung**

Als Folge all dieser Entwicklungen durch das aktuelle Gemeinschaftsrecht haben die Mitgliedstaaten bereits die Verpflichtung schutzbedürftige Asylbewerber und Flüchtlinge, die traumatische Erfahrung erlitten haben, zu identifizieren.

<sup>43</sup> Artikel 30 definiert nicht den Begriff *“reisefähig“* oder *“nicht reisefähig“* sondern lediglich der Rahmen des Artikel 30 impliziert, dass es um den Gesundheitszustand geht. Es wäre angemessen eine solche Definition explizit in den Text aufzunehmen.

<sup>44</sup> Der Kommissionsvorschlag bezüglich der Aufnahmebedingungen, Punkt 3. 5. 1.

<sup>45</sup> Vorschlag für eine RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz und über den Inhalt des zu gewährenden Schutzes COM (2009) 551 endg.

Mitgliedstaaten müssen diesen Personen adequate Aufnahmebedingungen zur Verfügung stellen, die den Bedürfnissen des Einzelnen gerecht werden. Insbesondere muss diesen Individuen der Zugang zu mentaler und physischer Gesundheitsversorgung seitens des Staates zur Verfügung stehen.

Auf der anderen Seite muss die mögliche psychische Schutzbedürftigkeit eines Asylbewerbers aufgedeckt und während der persönlichen Anhörung, die der Antragsteller im Rahmen des Asylverfahrens durchläuft, berücksichtigt werden.

Rechtsinstrumente der zweiten Generation, die von der Kommission zur Errichtung eines Gemeinsamen Europäischen Asylsystems vorgeschlagen wurden, schärfen das Bewußtsein für schutzbedürftige Asylbewerber. Der mentale Gesundheitszustand von Asylbewerbern wird besonders in den neuen Texten berücksichtigt.

Entsprechend stellt der PROTECT Fragebogen zweifellos ein nützliches Instrument für Mitgliedstaaten dar und enthält einen ersten effektiven und pragmatischen Schritt hin zur Unterstützung der Mitgliedstaaten, ihren Verpflichtungen wie folgt nachzukommen:

- die Anforderungen des derzeit gültigen Gemeinschaftsrechts
- einige der neuen Erfordernisse in den Kommissionsvorschlägen, die vom Europäischen Parlament und Rat der Europäischen Union im Rahmen des errichteten gemeinsamen Europäischen Asylsystems

*Referenzdokumente in Anhang 1.*



## **2. Identifikation von allgemeinen Hindernissen und Herausforderungen für die Implementierung des PROTECT Tools**

Wie zuvor dargestellt, sind Mitgliedstaaten rechtlich verpflichtet, die besonderen Bedürfnisse von Asylbewerbern zu berücksichtigen. Dies ist insbesondere notwendig, da ein großer Anteil der Asylbewerber zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen zählt. Viele haben einschneidende traumatische Erlebnisse (wie Gefangenschaft, Zeugen von Tötungen, Mißhandlungen, Vergewaltigung und Folter) erfahren, die einer Anzahl von psychischen und physischen Gesundheitsschädigungen hervorrufen.

Klinische Untersuchungen bei Asylbewerbern und Flüchtlingen in westlichen Staaten ergaben eine hohe Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD). Schutzbedürftige Asylbewerber sind 10 mal höher gefährdet, PTBS zu entwickeln als ähnliche Gruppen des Herkunftslandes. Obwohl weder Mitgliedstaaten noch die Europäische Union offizielle Statistiken zur Verfügung stellen, könnte dies bei über 40 % der Asylbewerber der Fall sein. Abhängig von der Untersuchungsgruppe, der Herkunft und Methode (Fragebogen, Interviews...) zeigen Studien eine Rate zwischen 20 und 60 %.

Dennoch fehlt in den meisten Europäischen Staaten die Umsetzung der EU Rechtsvorschriften. Das Ziel des PROTECT Projektes ist es, ein Identifikationsinstrument zu schaffen, das es den Mitgliedstaaten erlaubt, ihrer Verpflichtung nachzukommen, angemessene Behandlung zur Verfügung zu stellen. Um dieses Instrument und diesen Prozess effektiv umzusetzen, wurden die Hauptprobleme und Herausforderungen in den nationalen Asylsystemen identifiziert.

### **2.1 Rechtliche und prozessuale Hindernisse**

Jeder Mitgliedstaat hat unterschiedliche Verfahren, die alle auf identischen internationalen Texten basieren, nämlich der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 und der oben diskutierten Europäischen Gesetzgebung. Eine Überprüfung der nationalen Asylverfahren ergab unterschiedliche Hürden.

Aus rechtlicher Sicht wurden gemeinschaftsrechtliche Vorschriften, wenn überhaupt, nicht ordnungsgemäß umgesetzt. Auch wenn es einen Willen der Mitgliedstaaten zur Vereinheitlichung der Asylverfahren gibt, existieren dennoch wesentliche Unterschiede in den Rechtssystemen. Politische Zusammenhänge, die sich in jedem Staat anders gestalten, haben möglicherweise einen Einfluß auf die Einhaltung dieser Normen.

Prozessuale Aspekte stellen ebenso eine Herausforderung dar. Die nationalen Verwaltungen haben ihre eigenen Vorgehensweisen, die sich von Staat zu Staat unterscheiden. Viele Mitgliedstaaten haben zum Beispiel kein Identifikationsverfahren. Auf der anderen Seite erfüllen die vielen Verfahren zur Bewertung eines Asylantrags (wie das beschleunigte Verfahren oder Haftverfahren) nicht die idealen Bedingungen zur Identifikation von schutzbedürftigen Personen.

In manchen Ländern sind die Aufnahmebedingungen erst zugänglich, wenn ein Asylantrag gestellt und registriert wurde. Das bedeutet dass ein Asylbewerber seinen Antrag gestellt haben kann, aber noch nicht von den Aufnahmebedingungen profitieren kann, wenn der Antrag noch nicht registriert wurde, auch wenn keine Frist dafür existiert. Wenn sich schutzbedürftige Asylbewerber in diesem Verfahren wiederfinden, werden sie keinen Zu-

gang zu medizinischer Versorgung haben, die ihnen von der europäischen Gesetzgebung garantiert wird.

Um diesen Hürden zu entgegnen, wurde entschieden ein sehr einfach zu verwaltendes Instrument zu entwickeln. Dieses Verfahren stellt eine vernünftige Lösung dar, da es unkompliziert auf unterschiedliche rechtliche und verwaltungstechnische nationale Rahmenbedingungen reagieren kann. So sollen die Regierungen ermutigt werden das PROTECT Tool vor oder während der Anhörungsphase im Asylverfahren anzuwenden.

## 2.2 Hürden bei der Umsetzung

Der zeitliche Aspekt stellt auch einen wesentlichen Faktor dar. In manchen Ländern, auch wenn ein Dekret die Regierung verpflichtet, spezielle Situationen von Asylbewerbern zu identifizieren, existieren keine zeitlichen Rahmen für solche Verpflichtungen. Wird zu lange gewartet bis seine Schutzbedürftigkeit aufgedeckt wird, kann dies das Schutzbegehren gefährden, da die Schutzbedürftigkeit ein Hindernis darstellen kann, den Antrag ordnungsgemäß zu vervollständigen. Je früher eine 'schutzbedürftige' Person identifiziert wird, desto schneller kann sie medizinische Versorgung und Betreuung erhalten. Ihr wird dadurch auch der Zugang zu einem entsprechenden Verfahren unter adäquaten Bedingungen ermöglicht. Je schneller das PROTECT Tool also innerhalb des Verfahrens eingesetzt werden kann, desto besser ist es für das ganze Verfahren.

Die Einfachheit dieses Instruments erlaubt es somit auch von nicht medizinischem Personal während des ersten Kontakts des Asylbewerbers mit der Behörde oder der Nichtregierungsorganisation, die für das Asylverfahren zuständig ist, verwendet zu werden. Das Personal der zuständigen Behörde und/oder der Sozialarbeiter, der größtenteils die Anhörungen durchführt, wird dadurch in die Lage versetzt, das Instrument zu verwalten und die Ergebnisse zu verstehen.

Der Mangel an einem spezifischen europäischen Ansatz, Schutzbedürftigkeit zu erkennen und auf die besonderen Bedürfnisse von traumatisierten Asylbewerbern zu reagieren, kann eine zusätzliche Herausforderung darstellen. Eine Umsetzung dieses Standards würde möglicherweise die Abschiebung von Asylbewerbern, die ordentlich unterstützt werden müssten, verhindern.

Berücksichtigt man die hohe Anzahl an Asylbewerbern, die von manchen Ländern aufgenommen werden, wie auch die relative Abwesenheit von angemessenen Aufnahmebedingungen, die den Bedürfnissen des Einzelnen entsprechen, so könnte das Ergebnis einer Früherkennung von Schutzbedürftigkeit von nationalen Behörden fälschlicherweise als irrelevant oder sogar unethisch angesehen werden. Dennoch ist die Identifikation von schutzbedürftigen Personen eine staatliche Verpflichtung, die dringend umgesetzt werden muß. Diese Hindernisse können überwunden werden, wie anhand Belgien<sup>[1]</sup> und den Niederlanden zu sehen ist.

Dennoch erfordert die weitverbreitete Anwendung des PROTECT Tools, dass jeder Staat aktiv neue politische Maßnahmen ergreift. Die Rolle, die das PROTECT Instrument zu Anfang jedes Asylverfahrens spielt, muß klar in jedem nationalen System definiert sein. Jeder

---

<sup>[1]</sup> Belgien hat sein eigenes individuelles Verfahren zur Beurteilung entwickelt. Das belgische Asylsystem fordert, dass eine solche Beurteilung spätestens 30 Tage nach der Bestimmung des Ortes der Registrierung der Asylantragstellung stattfindet. Dieses Identifikationsverfahren ist vollständig getrennt von dem Verfahren der Statusbestimmung des Asylbewerbers.

Staat muß die materiellen Bedingungen und Gesundheitsleistungen, die dem Asylbewerber angeboten werden, umsetzen. Ohne diese Komponenten kann die Beteiligung der Staaten bei der Erfüllung der insbesondere vom PROTECT Tool hervorgehobenen Voraussetzungen der Richtlinien nicht effektiv umgesetzt werden.

Allerdings könnten Schwierigkeiten durch die für die Identifikation von schutzbedürftigen Asylbewerbern zuständigen Personen, z.B. Sozialarbeiter entstehen. Diese könnten es unterlassen, die Tests ordnungsgemäß durchzuführen. Für viele würde es Mehrarbeit bedeuten und eine Auseinandersetzung mit Trauma könnte sie überfordern. Um diesen Einwänden entgegenzutreten und um eine korrekte Umsetzung des PROTECT Tools zu gewährleisten ist das Training und Monitoring von Mitarbeitern in jedem Fall erforderlich.

### **2.3 Finanzielle Hindernisse**

Ein weiteres Hindernis ist finanzieller Art. Die jüngst steigenden Zahlen von neuen Asylbewerbern, die in den europäischen Ländern eintreffen, stellen eine weitere Herausforderung dar, die missverständlich als Hindernis in der Anwendung des PROTECT Tools angesehen werden könnte. In diesem Kontext kann das PROTECT Tool dem Staat eindeutig helfen, seine Verpflichtungen aus den Richtlinien zu erfüllen. Es kann aber auch als eine Maßnahme angesehen werden, die zusätzliche Kosten erzeugt. Auch wenn die Kosten für die eigentliche Identifikation nicht wirklich hoch sind, könnte seine Anwendung auf eine große Zahl von Asylbewerbern enorme Kosten verursachen. Dies ist jedoch ein Kurzeiteffekt. Auf lange Sicht gesehen dürfte das PROTECT Tool zu einer Kostenminimierung führen. Die Früherkennung kann Krankheiten vorbeugen, die chronisch werden und die spätere Behandlung ist meist kostenintensiver als Vorbeugung. Die Umsetzung hat auch Konsequenzen für andere Verfahren. Wenn die besonderen Bedürfnisse von schutzbedürftigen Personen nicht berücksichtigt werden, können die Aufnahmebedingungen zu gegenteiligen Effekten führen, zum Beispiel der Unfähigkeit, ihre Anträge vollständig einzureichen. Es können Probleme auftreten, sich an bestimmte Ereignisse zu erinnern oder sich mit Verwaltungsvorgängen auseinanderzusetzen. Beide dieser Faktoren führen zu einem Anstieg an Widersprüchen und Klagen. Bei einem ordentlichen Identifikationsprozess könnten somit Rechtsstreitigkeiten im Bezug auf materielle Aufnahmebedingungen verringert werden.

Die Krux des PROTECT Tools ist es, diese schutzbedürftigen Asylbewerber schnell und effizient mit Hilfe von nicht-medizinischem Personal zu identifizieren, um die Kosten des gesamten Prozesses zu reduzieren. Asylbewerber, die als schutzbedürftig anzusehen sind, können dann für ein medizinisches oder psychologisches Interview vorgestellt werden, bei dem die ersten Testergebnisse bewertet werden.

### 3. Wissenschaftlicher Hintergrund

Wie eingangs erwähnt ist das PROTECT-Instrument ein Fragebogen, der entwickelt wurde, um bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Asylverfahrens jene Asylbewerber identifizieren zu können, die unter traumatischen Erfahrungen durch Folter oder andere grausame oder unmenschliche Behandlungen leiden. Zwar gibt es bereits einige Leitfäden für die Identifikation und medizinische Untersuchung von Asylbewerbern, aber diese richten sich an medizinische Fachkräfte und sind außerdem recht lang und zeitaufwändig (Istanbul Protocol, 1999; Immigration and Refugee Board of Canada, 2006, Cameron, 2010; Peel, Lubell & Beynon, 2005). Das PROTECT-Instrument sollte kurz sein und in erster Linie von nicht-medizinischen Fachkräften innerhalb eines kleinen Zeitrahmens eingesetzt werden können, um schnell auf die gesundheitliche Gefährdung von Asylbewerbern reagieren zu können.

Vulnerabilität ist ein komplizierter und facettenreicher Begriff. Im Fall von Asylbewerbern können im Prinzip alle Personen als vulnerabel angesehen werden, da mit der Migration der Verlust oder die Trennung von Familienangehörigen, Freunden, dem Zuhause und von Eigentum einhergehen können. Dies ist der allgemeinste Grad von Vulnerabilität ("Grad 0") (Aspinall P., Watters C., Straimer, C. 2010). Innerhalb der Gesamtpopulation der Asylbewerber werden einige Gruppen als vulnerabler als andere angesehen. Dies sind ältere Asylbewerber, Minderjährige, Schwangere, alleinstehende Frauen (mit oder ohne Kinder, und primäre oder sekundäre Opfer von Folter oder sexueller Gewalt) ("Grad 1") (Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. 2005). Dieser Grad von Vulnerabilität kann häufig einfach durch Ansicht der Person oder durch Aufnahme elementarer Angaben über den Asylbewerber festgestellt werden.

Der nächsthöhere Grad an Vulnerabilität markiert weitergehende individuelle Unterschiede ("Grad 2"). Der spezifische Grad solch individueller Vulnerabilität kann nur auf der Basis einer Untersuchung der Person festgestellt werden. Der Zweck des PROTECT-Projekts war es, ein pragmatisches Instrument für diese personenbezogene Einschätzung zu entwickeln. Vulnerabilität vom "Grad 2" meint individuelle psychische Gefährdung, die auf psychische Traumatisierung zurückgeht und mit zahlreichen gesundheitlichen Problemen und Beeinträchtigungen einhergeht. Das PROTECT-Instrument schätzt die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Gefährdung (Vulnerabilität vom Grad 2) aufgrund solcher Probleme und Beeinträchtigungen wie bspw. Gedächtnis- und Erinnerungsstörungen (Cohen, J. 2001) ein. Diese Einschätzung hilft, ein Problembewusstsein bei Behördenvertretern, anderen Fachkräften und Freiwilligen in der Flüchtlingsarbeit zu schaffen. Sie kann helfen, eine angemessene Gesundheitsvorsorge oder andere Interventionen zu veranlassen.

Das PROTECT-Instrument umfasst einen kurzen und pragmatischen Fragebogen sowie eine Anleitung, um den Einsatz des Fragebogens zu erleichtern, die Ergebnisse zu interpretieren und nächste Schritte einzuleiten. Das Ziel des Fragebogens ist es, frühestmöglich Symptome zu erkennen, die bei Asylbewerbern infolge von Traumatisierungen auftreten können (vgl. Bloemen, Vloeberghs & Smits 2006; Lustig et al. 2008; Herlihy & Turner 2009).

Das Instrument unterscheidet zwischen potenziell vulnerablen und nichtvulnerablen Asylbewerbern. Somit bietet es eine entscheidende Unterstützung für die rechtliche, soziale und gesundheitliche Betreuung vulnerabler Asylbewerber. Die Ergebnisse der knappen Einschätzung können somit in verschiedenen Bereichen des Asylverfahrens von Bedeu-

tung sein. Richtig angewendet erlaubt es der Fragebogen, die nicht-vulnerable ("Grad 2") Gruppe schnell zu identifizieren und zeigt den Bedarf eines angepassten Verfahrens für vulnerable Asylbewerber. Darüber hinaus kann die Anzahl an Klagen reduziert sowie die Gefahr verringert werden, vulnerable Asylbewerber zurückzuweisen und abzuschieben. Schließlich ermöglicht es die zielgerichtete Weiterleitung vulnerabler Personen an soziale, medizinische und psychologische Dienste und erleichtert so die Realisierung angemessener Gesundheitsversorgung und Aufnahmebedingungen für gefährdete Asylbewerber.

### **3.1 Die Anwendung des PROTECT-Instruments**

Der Fragebogen soll von Fachkräften oder Freiwilligen verwendet werden, die mit Asylbewerbern kurz nach ihrer Einreise in Kontakt kommen (z.B. Sozialarbeiter, medizinisches Personal, Grenzbeamte, Behördenmitarbeiter, Rechtsberater, freiwillige Helfer). Der Fragebogen ist keine medizinisches oder psychologisches Diagnoseinstrument, sondern dient dazu, psychische Vulnerabilität von Asylbewerbern effizient zu erkennen. Die schnelle und einfache Anwendbarkeit und Auswertung des Instruments wurde in Hinblick auf die Umstände des Asylverfahrens konzipiert.

### **3.2 Allgemeine Merkmale des PROTECT-Instruments: objektiv, unparteiisch und neutral**

Das PROTECT-Instrument ist ein nichtparteiisches und neutrales Instrument. Das Prinzip der Nichtparteinahme bedeutet, Einseitigkeit, Vorurteile, die Bevorzugung einer Personen gegenüber einer anderen zu vermeiden und ein Ergebnis zu erhalten, das auf objektiven und wissenschaftlichen Kriterien beruht. Neutral bedeutet, dass das Instrument nicht auf die Unterstützung einer Seite oder einer Position in einer Kontroverse ausgerichtet ist.

Das PROTECT-Instrument ist insofern objektiv als es auf wissenschaftlichen Erkenntnissen über die psychischen Folgen von Traumatisierungen bei Asylbewerbern und Flüchtlingen beruht. Die Gesundheit von Asylbewerbern ist ein allgemeiner Wert, der unabhängig von politischer Debatten Beachtung verlang und die geltenden Richtlinien der EU zu Asyl und Flüchtlingen sind hinsichtlich dieser Forderung auch völlig eindeutig. Zu erwähnen sind vor allem:

- Artikel 13, §2, Artikel 15, Artikel 16, §4, Artikel 17, Artikel 18, §2 und Artikel 20 der geltenden Aufnahmerichtlinie.
- Artikel 20, §§ 3+4 und Artikel 29 der geltenden Qualifizierungsrichtlinie.

Wie im Kapitel über die Europäische Rechtsgebung betont, bieten die Neufassungen der Regelungen wie sie die Kommission im Rahmen der Verwirklichung eines Gemeinsamen Europäischen Asylsystems vorgeschlagen hat (Neuvorschlag Aufnahmerichtlinie, Neuvorschlag Asylverfahrensrichtlinie, Neuvorschlag Qualifizierungsrichtlinie, Neuvorschlag Dublin-Verfahren) sogar eine noch bessere Basis, um der gesundheitlichen Situation von Asylbewerbern Rechnung zu tragen.

### **3.3 Forschung zu Vulnerabilität und den psychischen Folgen von Trauma**

Klassische und aktuelle Forschungsarbeiten zu den Auswirkungen schwerer Traumatisierungen auf die psychische Gesundheit haben einen großen Umfang. Die am häufigsten gestellten Diagnosen in der Folge traumatischer Erfahrungen sind die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die depressive Störung (im Sinne der Klassifikation des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM, 4th edition - DSM-IV). Eine

bedeutende Zahl der Opfer von Gewalt bzw. Traumatisierung entwickelt diese Störungen und zeigt typischerweise eine Kombination aus beiden Krankheiten, deren Symptombilder sich überlappen. Die genauen Diagnosekriterien sind im Anhang aufgelistet.

Diese Störungen können sich progressiv entwickeln. Eine PTBS kann akut, chronisch oder verzögert auftreten. Nur ein Teil der traumatisierten Personen zeigt ein Ausmaß der Symptome, das eine klinische Diagnose zur Folge hat, viele Opfer haben nur einige Symptome und diese nur vorübergehend. Diese widerstandsfähigen Personen sind in der Lage, ihre Schwierigkeiten alleine durch innere Kraft, eigene Bewältigungsstrategien und mit der Unterstützung durch soziale Netzwerke (Familien, Freunde) zu überwinden. Nichtsdestoweniger entwickelt ein großer Teil der Opfer von Folter und Missbrauch eine PTBS, meist in Kombination mit einer depressiven Störung.

Das Konzept der PTBS wurde entwickelt, um das spezifische Symptombündel zu beschreiben, das als Folge von Extrembelastungen zu beobachten ist. Die Grundvoraussetzung für die Entwicklung einer PTBS ist, dass die Person einer potenziell extremtraumatisierenden Situation (z.B. Folter, sexueller Missbrauch) ausgesetzt war und wird charakterisiert durch eine Reaktion, die Angst, Hilflosigkeit oder Horror einschließt. Symptome der PTBS werden in die drei Kategorien Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidungsverhalten oder emotionale Taubheit und erhöhter Erregung eingeteilt (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).

Die Störung kann sich bei jeder Person entwickeln, auch ohne Prädisposition und vor allem dann, wenn die Belastung besonders extern ist (ebd, s. 427). Schwere und Dauer der Traumatisierung sowie die Vulnerabilität des Individuums beeinflussen, ob sich eine PTBS entwickelt oder nicht. Traumatische Erfahrungen haben einen kumulativen Effekt. Die Beziehung von Reizintensität und Reaktion (Mollica, McInnes, Poole & Svang 1998) bezieht sich auf das Zusammenwirken von traumatischer Erfahrung und den psychischen/psychiatrischen Folgen, die von dieser Erfahrung herrühren: Je häufig und/oder intensiver die Erfahrung(en) waren, desto schwerer sind die psychischen/psychiatrischen Folgen. Es sind weitere Risikofaktoren nachgewiesen, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine PTBS zu entwickeln, u.a. Geschlecht (weiblich), psychiatrische Komorbiditäten, frühere Traumatisierungen und ein fehlendes unterstützendes Umfeld.

PTBS ist die am häufigsten berichtete Beschreibung posttraumatischer Folgen, vor allem im Zusammenhang mit Grausamkeiten, die von Menschen begangen wurden (de Jong et al. 2001). In Flüchtlingspopulationen schwankt das Vorkommen von PTBS und Depression stark in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen 4% und 85% für PTBS bzw. 5% und 31% für Depression (Hollifield et al. 2002).

Eine aktuelle Arbeit (Steel et al. 2009) präsentiert eine Meta-Regression des umfangreichsten Zusammenstellung epidemiologischer Studien zur psychischen Gesundheit im Feld von Flucht und Post-Konflikt-Gesellschaften. Es wurden 161 Veröffentlichungen mit den Ergebnissen von 181 Studien gefunden, die insgesamt 81.866 Flüchtlinge und andere von gewalttätigen Konflikten betroffene Personen aus 40 Ländern einbezogen. Nach einer methodischen Bereinigung der Daten zeigte sich Folter als der gewichtigste Faktor in Verbindung mit PTBS und kumulative potenziell traumatische Erlebnisse (PTE) waren der gewichtigste Faktor in Verbindung mit Depression. Die unbereinigte gewichtete Häufigkeit wurde über alle Studien hinweg mit 30,6% für PTBS und 30,8% für Depression ermittelt.

Das Vorkommen von PTBS beeinflusst nachteilig die Gesundheit und das Funktionieren in vielen Bereichen. Die hohe Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen und damit verbundenen Einschränkungen bei traumatisierten Flüchtlingen ist durch mehrere Studien belegt (Mollica et al. 1999). Die Komorbiditäten bei PTBS sind vielfältig: Meist liegt eine Kombination mit einer depressiven Störung vor aber es gibt auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Panikstörung, Agoraphobie, Zwangsstörungen, Sozialphobie, spezifische Angststörungen, Somatisierungsstörung und Abhängigkeitserkrankungen.

Für die Diagnose von PTBS müssen die Symptome mehr als einen Monat andauern, hält die Symptomatik kürzer als einen Monat aber länger als zwei Tage an, wird eine akute Belastungsstörung diagnostiziert. Dauern die Symptome länger als drei Monate wird die PTBS als chronisch angesehen. Treten die Symptome erst sechs Monate und u.U. deutlich länger nach dem traumatischen Erlebnis auf, wird von einer PTBS mit verzögertem Beginn gesprochen.

Eine Anpassungsstörung wird diagnostiziert, wenn das potenziell traumatische Erlebnis oder die Reaktion auf eine extreme Belastungssituation nicht den Kriterien für die PTBS (oder für eine andere spezifische psychische Störung) entspricht, aber die vorherrschende Symptomatik depressive Stimmung, Ängstlichkeit, Verhaltensstörungen (z.B. kämpferische Verhalten, Vandalismus, rücksichtsloses Fahren) oder andere inadäquate Reaktionen (z.B. physische Beschwerden, Arbeits- oder Denkstörungen, sozialer Rückzug) umfasst.

Es wurden alternative Diagnosekategorien zur PTBS entwickelt, um der Komplexität posttraumatischer Folgen insbesondere bei Opfern schwerer Gewalttätigkeiten - wie im Fall vieler Flüchtlinge - gerecht zu werden. Die komplexe PTBS oder "Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified" (DESNOS) (Herman 1992, Roth et al. 1997, van der Kolk 2001) wurde von der DSM-IV Taskforce (Pelcovitz et al. 1997) konzipiert und unterscheidet sechs Bereiche von Funktionsstörungen (Affektregulation und Impulsivität, Aufmerksamkeit und Bewusstsein, Selbstwahrnehmung, Beziehung zu anderen, Somatisierung und Sinnerleben). Die Vorstellung des Verlusts einer Kultur ist verbunden mit dem Verlust von Zugehörigkeitsgefühl, sozialem Zusammenhalt, Verbindung mit Land, Vorfahren, Kultur und Traditionen (Eisenbruch 1992).

Psychisches Trauma bei Flüchtlingen kann nicht nur ein im Herkunftsland zugefügtes Trauma sondern auch das Ergebnis zerstörerischer Erfahrungen während der Flucht sein. Einige Flüchtlinge wurde nicht in ihren Heimatländern gefoltert, sondern flohen aus schwierigen Situationen und sind dann missbräuchlichen und erniedrigenden Behandlungen ausgesetzt gewesen.

Schließlich endet das Risiko einer Traumatisierung nicht mit der Ankunft an einem Ziel. Aufnahmebedingungen und bestimmte Aspekte des Asylverfahrens können ebenfalls schädliche Effekte auf das Wohlbefinden von Asylbewerbern haben. Das trifft insbesondere der Fall bei Personen, die bereits ein schweres Trauma in ihrem Herkunftsland oder während der Flucht erlitten haben. Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit den schädlichen psychischen Effekten der Inhaftierung von Asylbewerbern (Keller et al. 2003; Krimayer, Rousseau & Crepeau 2004; Robjant, Hassan & Katona 2009; Hodes 2010) und den Gefahren unzureichender Unterstützung in Form von Gesundheitsversorgung, Unterbringung und sozialer Sicherheit für Asylbewerber mit medizinischen oder psychologischen Einschränkungen (Bollini 1997; Kelley & Stevenson 2006; Roberts 2006; Laban et al. 2007). Inzwischen zeigen andere Studien den Nutzen psychosozialer und rechtlicher

Unterstützung für das Wohlbefinden von Asylbewerbern (Asgary, Metalios, Smith & Pacione 2006; Momartin et al. 2006, Zachary et al. 2011).

### 3.4 Beurteilung posttraumatischer psychischer Gesundheit

Aus dem bisher Gesagten sollte deutlich geworden sein, dass die Einschätzung der psychologischen und psychiatrischen Folgen von Traumatisierungen durch schwere Gewalt von hoher Bedeutung ist. Es gibt eine Vielzahl von Messverfahren für PTBS. Diese reichen vom 10-Item Selbsteinschätzungsbericht mit einem einzelnen Rating für jedes Item (Trauma Screening Questionnaire - TSQ, Brewin et al. 2002) über einen 17-Item-Fragebogen mit einer Frage für jedes Symptom der PTBS (PTSD Symptom Scale - Self Report - PSS-SR, Foa Riggs, Dancu & Rothbau 1993) bis hin zu strukturierten Interviews (Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum - SCI-TALS, Dell'Osso et al. 2008; Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS; Blake et al., 1990) die detaillierte Untersuchungen zu jedem Symptom und Interviewer-Ratings hinsichtlich der Validität des Berichts beinhalten. Darüber hinaus gibt es weitreichende Einschätzungsmethoden, die auch andere Symptome als jene der PTBS umfassen (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-I, Spitzer, Williams, Gibbon & First 1996). Die Frage der kulturübergreifenden Validität und Reliabilität spielt auch bei der Untersuchung von traumatisierten Menschen eine Rolle. Das Instrument muss Folgesymptome von Folter, die mit PTBS verbunden sind, in hochtraumatisierten nicht-westlichen Populationen beurteilen können: Der Harvard Trauma Questionnaire (HTQ, Mollica et al. 1992) ist hier ein einfaches und zuverlässiges Instrument, das von Flüchtlingspatienten wie auch von bikulturellen Angestellten gut angenommen wird. Das richtige Messverfahren für einen spezifischen Zweck hängt vom Ziel der Einschätzung, der Betroffenengruppe, dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen und den organisatorischen Umständen ab.

### 3.5 Beurteilung psychologischer Vulnerabilität mit dem PROTECT-Instrument

Grundsätzlich ist die Diagnose einer PTBS oder anderer mit schweren Traumatisierungen verbundenen Störungen das Ergebnis ein komplexen und komplizierten Diagnoseverfahrens spezialisierter Psychologen oder medizinischer Experten.

Das Instrument besteht aus zehn Fragen die von einem interdisziplinären Team von Experten der Gesundheitsversorgung im Bereich Asyl und Rehabilitation von Folterüberlebenden entwickelt wurden. Die Fragen werden mit "ja" oder "nein" beantwortet. Die zehn Items zur psychischen Vulnerabilität spiegeln den Stand der Forschung zur Messung von posttraumatischen psychischen Folgen und umfassen die bedeutsamsten Symptome psychischer Traumatisierung (PTBS, Depression). Der Fragebogen deckt also die wichtigsten psychischen Problemfelder im Zusammenhang mit schweren Traumatisierungen ab. Mit den Items werden alle drei Symptomkategorien der PTBS (Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, Vermeidungsverhalten oder emotionale Taubheit, erhöhte Erregung) angesprochen und außerdem Symptome der Depression und körperlicher Gesundheitsbeschwerden erfasst. Fragen nach Symptomen, die von Nicht-Fachkräften missverständlich sein können wurden ausgeschlossen. Aus demselben Grund ist die Formulierung der Fragen klar und einfach. Am Ende des Fragebogens ist Raum, um eigene Beobachtungen mitteilen zu können (z.B. Klient ist angespannt, unruhig, weint heftig, zeigt keine Gefühle...), so dass auch non-verbale Verhaltensauffälligkeiten dokumentiert werden können. Diese Beobachtungsnotizen dienen nicht der Überprüfung der Validität der Antworten des Asylbewerbers zu verstehen, sondern zur als ergänzende Informationen zum Ergebniss des Fragebogens. Die Auswertung der Ergebnisse ist unkompliziert: Es gibt keine umgepolten Fragen, jede "Ja"-Antwort erhält einen Punkt. Die Punkte werden ad-



diert und höhere Summenwerte zeugen von einem höheren Risiko von Vulnerabilität (von 1 bis 3: niedrig, von 4 bis 7: mittel, von 8 bis 10: hoch). Das PROTECT-Instrument ist daher verständlich, aussagekräftig und integrativ während es zugleich kurz und pragmatisch bleibt.

### 3.6 Diagnoskriterien

Die Diagnosekriterien des DSM-IV für die PTBS können folgendermaßen zusammengefasst werden:

#### A. Traumatisches Erlebnis

- (a) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- (b) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (bei Kindern auch unsinniges oder agitiertes Verhalten)

#### B. Andauerndes Wiedererleben

Eines oder mehrere dieser Symptome müssen vorhanden sein: Flashbacks, wiederkehrende angstbesetzte Träume, subjektives Wiedererleben der/des traumatischen Ereignis(se)s oder negative psychologische oder physiologische Reaktionen auf Wahrnehmungen, die an das/die traumatische(n) Ereignis(se) erinnern.

#### C. Andauernde Vermeidung oder emotionale Taubheit

Dieses Kriterium meint einen hohen Grad an:

- Vermeidung von Reizen/Wahrnehmungen, die mit dem Trauma assoziiert sind, etwa bestimmte Gedanken/Gefühle oder Sprechen über das Ereignis
- Vermeidung von Verhalten, Plätzen oder Menschen die zu belastenden Erinnerungen führen können
- Unvermögen, zentrale Aspekte des Traums bzw. der Traumata zu erinnern, oder verminderte Beteiligung an bedeutsamen Lebensaktivitäten
- verringerte Möglichkeit (bis hin zum Unvermögen) bestimmte Gefühle zu haben
- die Erwartung, dass die Möglichkeiten für die eigene Zukunft im Vergleich zu denen anderer Menschen beschränkt sind

#### D. Andauernde Symptome erhöhter Erregung, die vorher nicht da waren

Dies sind alle physiologischen Reaktionen wie Ein- oder Durchschlafstörungen, Schwierigkeiten, Ärger zu regulieren, Konzentrationsstörungen oder Hypervigilanz (Überaufmerksamkeit)

#### E. Dauer der Symptome von mehr als einem Monat

Sind alle Kriterien erfüllt aber das Ereignis liegt weniger als 30 Tage zurück wird eine Akute Belastungsreaktion diagnostiziert

F. Die berichteten Symptome müssen zu einer "klinisch bedeutsamen Belastung oder Einschränkung" wesentliche Funktionsbereiche der Lebensführung führen, etwa der sozialen Beziehungen, beruflicher Aktivitäten oder anderen "wichtigen Funktionsbereichen"

Die Diagnosekriterien des DSM-IV für Depression können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Sehr schlechte Stimmung, die alle Aspekte des Lebens durchzieht.
2. Unvermögen, Freude an Aktivitäten zu empfinden, die früher Spaß gemacht haben.
3. Beschäftigung mit oder Grübeln über Gedanken und Gefühle der Wertlosigkeit, inadäquaten Schuldgefühlen, Bedauern, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Selbsthass.
4. Schwache Konzentrations- und Gedächtnisleistungen.
5. Rückzug aus dem sozialen Leben und von Aktivitäten.
6. Vermindertes sexuelles Interesse.
7. Todes- oder Selbstmordgedanken.
8. Schlafstörungen (Einschlafprobleme, frühes Erwachen, ohne wieder einschlafen zu können).
9. Verminderter Appetit, der zu Gewichtsverlust führt.
10. Letargisches oder agitiertes Verhalten.
11. Verschiedene körperliche Symptome wie Fatigue, Kopfschmerzen oder Verdauungsprobleme.
12. In schweren Fällen können depressive Menschen psychotische Symptome entwickeln (Wahnvorstellungen, Halluzinationen).

## **4. Leitlinien für die Einführung des PROTECT Fragebogen**

Diese Leitlinien sollen helfen, die Einführung des Fragebogen zu erleichtern. Da sich die Bedingungen in den Mitgliedsstaaten unterscheiden, können die Leitlinien nicht immer anwendbar sein.

### **4.1 Der Kontext: Früherkennung von Traumatisierung bei schutzbedürftigen Gruppen liegt in der Verantwortung des Staates**

Wie im ersten Teil dieses Berichts festgestellt ("Einsatz des PROTECT-Instrument durch die EU-Mitgliedsstaaten") sind die Mitgliedsstaaten gemäß dem geltenden EU-Recht verpflichtet, die Situation schutzbedürftiger Asylbewerber bzw. von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen zu berücksichtigen und diese Personen entsprechend zu identifizieren.

Mitgliedsstaaten müssen diesen Personen Aufnahmebedingungen bieten, die ihren spezifischen Bedürfnissen angepasst sein. Vor allem müssen diese Personen Zugang zu geeigneten psychologischen und medizinischen Gesundheitsdiensten im Aufnahmeland haben.

Außerdem muss die eventuelle psychische Vulnerabilität eines Asylbewerbers bei der persönlichen Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens erkannt und in Rechnung gestellt werden.

Die rechtlichen Instrumente der zweiten Generation wie sie von der Kommission vorgeschlagen worden sind erhöhen das Bewusstsein für schutzbedürftige Asylbewerber. Die psychische Gesundheit steht in den neuen Texten ausdrücklich zur Debatte.

Die Einführung des PROTECT Fragebogens als Früherkennungsinstrument wird innerhalb des rechtlichen Rahmens realisiert und soll den Mitgliedsstaaten helfen, ihre beiden Verpflichtungen einzulösen.

- > Den gegenwärtigen Anforderungen des geltenden Gemeinschaftsrechts
- > Den neuen Anforderungen wie sie in den Vorschlägen der Kommission formuliert und vom Europäischen Parlament sowie dem Rat in Hinblick auf die Einrichtung eines gemeinsamen Europäischen Asylsystems diskutiert werden.

### **4.2 Der beste Zeitpunkt für die Anwendung des PROTECT Fragebogens**

Außer jene Personen, die sofortige medizinische Hilfe benötigen (z.B. medizinischer Notfall oder eine Frau in Wehen), sollten alle Asylbewerber eine kurze Ruhephase eingeräumt bekommen, bevor das Asylverfahren beginnt. Der beste Zeitpunkt für die Identifikation psychischer Vulnerabilität ist unmittelbar nach dieser kurzen Ruhephase von einigen Tagen.

Es ist günstig, den Fragebogen in der ersten Aufnahmestelle anzuwenden. Wenn das nicht möglich ist, kann das Interview im Wohnheim geführt werden.

Selbst wenn der Zeitpunkt nicht optimal ist (z.B. wenn die Umstände keine Ruhephase zulassen), ist es besser den Fragebogen unter ungünstigen Bedingungen anzuwenden als gar nicht.

### **4.3 Wer kann den PROTECT Fragebogen anwenden?**

- Mitarbeiter sozialer Dienste, von Gesundheitsdiensten, Ärzte, Rechtsberater und Anwälte kommen für die Früherkennung und den Einsatz des Fragebogens in Betracht.
- Geschulte Freiwillige, die mit Asylbewerbern arbeiten können ebenfalls den Fragebogen anwenden.

Personen, die mit der Früherkennung befasst sind, müssen unabhängig und neutral bleiben.

### **4.4 Praktische Empfehlungen für das Interview**

- Die Anwendung des PROTECT Fragebogens setzt die Teilnahme an einer Schulung voraus.
- Das Interview muss individuell, unter Wahrung der Vertraulichkeit und in einer sicheren Umgebung geführt werden.
- Es muss gewährleistet sein, dass ausreichend Zeit für die Identifikation zur Verfügung steht. Grundsätzlich sollte die benötigte Zeit 15 Minuten nicht überschreiten; dies kann allerdings variieren.
- Es ist notwendig, dass der Interviewer und der Asylbewerber die gewählte Sprache für die Verständigung verstehen (ggf. mit Unterstützung eines Dolmetschers). Der Fragebogen kann in der Sprache des Aufnahmelandes oder in der Sprache des Asylbewerbers angewendet werden.
- Der Zweck des Fragebogens muss dem Asylbewerber erklärt werden. Dies kann durch Vorlesen des kurzen einführenden Textes gemacht werden, der den Fragen vorangestellt ist.
- Der Kasten "weitere Beobachtungen" kann vom Interviewer ausgefüllt werden. Hier können Verhaltensauffälligkeiten des Asylbewerbers (keine Interpretationen) notiert werden, die für Fachkräfte der gesundheitlichen Versorgung später hilfreich sein können. Solche Beobachtungen müssen dem Asylbewerber kommuniziert werden, bevor sie schriftlich festgehalten werden.
- Zu dem PROTECT Fragebogen gehört eine Liste "Häufig gestellte Fragen" mit Hinweisen zum Einsatz des Instruments (z.B. wie die Fragen gestellt werden können, wie auf bestimmte Reaktionen des Asylbewerbers eingegangen werden kann etc.)
- Intervention und Supervision sind wichtige und bewährte Formen der Unterstützung, um die Qualität des Verfahrens zu bewahren oder zu verbessern.

### **4.5 Risikoeinstufung "mittel" oder "hoch": Wann ist eine Weitervermittlung (Überweisung) notwendig?**

Wenn eine Person einen Wert in den Einstufungen "mittel" oder "hoch" im PROTECT Fragebogen hat, sollte der Interviewer sie zur weiteren medizinischen und psychologischen Untersuchung weitervermitteln (die Vermittlung ist nicht verpflichtend für den Asylbewerber). Die betreffenden Gesundheitseinrichtungen (öffentliche Einrichtungen, spezialisierte Zentren) müssen auf die Aufnahme vulnerabler Asylbewerber eingestellt sein und entsprechende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbieten können.

Wenn eine Weiterleitung nicht möglich ist, sollte ein zweites Interview im Verlauf des Asylverfahrens anberaumt werden und der Fragebogen kann vom Asylbewerber direkt eingesetzt werden, um Aufmerksamkeit für seine möglichen gesundheitlichen Probleme herzustellen.

In beiden Fällen sollte der Interviewer die zuständigen Behörden informieren, dass die befragte Person als vulnerabel identifiziert worden und eine gründliche medizinische und/oder psychologische Untersuchung erforderlich ist (dies kann die Grundlage für den Zugang zu materiellen Leistungen und Leistungen der Gesundheitsversorgung sein).

Die Mitgliedsstaaten müssen ihrer Verantwortung für vulnerable Asylbewerber gerecht werden, indem sie ein Früherkennungsverfahren und dessen Folgen (z.B. Anpassung der Aufnahmebedingungen oder der Gesundheitsversorgung) materiell und finanziell unterstützen. Die Versorgung kann innerhalb des Regelssystems oder durch spezialisierte Traumazentren erfolgen. Die Aufnahme- und Einwanderungsbehörden müssen über Kenntnisse im Umgang mit vulnerablen Asylbewerbern verfügen.

#### **4.6 Risikoeinstufung "niedrig": Risiken**

Es muss auf einige Risiken bei der Einstufung "niedrig" hingewiesen werden. In einigen Fällen ist ein Trauma nicht unmittelbar nach der Ankunft erkennbar: Es wurde häufig beobachtet, dass Asylbewerber oft zu große Scham empfinden, um über entsprechende Erlebnisse zu sprechen und deshalb Symptome lieber verschweigen. Außerdem können Symptome oder psychische Probleme, die mit Traumatisierung und Vulnerabilität zusammenhängen u.U. erst mit monatelanger Verzögerung ausbrechen.

Wenn ein Asylbewerber in einem frühen Stadium des Asylverfahrens nicht als psychisch vulnerabel identifiziert wird, dürfen die zuständigen Behörden dieses Ergebnis nicht missbrauchen, um die Glaubhaftigkeit seiner Fluchtgeschichte in Zweifel zu ziehen. Diese Gefahr macht deutlich, wie wichtig es ist, die Behörden gründlich über die Anwendung und die Auswertung des Fragebogens zu informieren und ihre Mitarbeiter zu schulen.

## Anhang 1: Literatuur

### 5.1 Internationale Rechtsgebeug

- EUROPEAN COMMISSION by the “Odysseus Academic Network”, Comparative Overview of the Implementation of the Directive 2003/9 of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers in the EU Member States, Institute for European Studies (October 2006).
- EUROPEAN COMMISSION, Report to the Council and to the European Parliament on the application of directive 2003/9/EC of 27 January 2003 laying down minimum standards for the reception of asylum seekers, COM (2007) 745 final (November 2007).
- EUROPEAN COUNCIL ON REFUGEES AND EXILES, Complimentary Protection in Europe, Netherlands Advisory Committee on Migration Affairs (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken), (July 2009).
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, The asylum-seeker perspective: access to effective remedies and the duty to inform applicants, Country Factsheets (Brussels, September 2010)
- HUMAN RIGHTS FOUNDATION OF TURKEY, The Istanbul Protocol: Manual for the Effective Investigation and Documentation of Torture, Psychological evidence of Torture (2004).
- Immigration and Refugee Board of Canada (2006). Guideline 8. Guideline on procedures with respect to vulnerable persons appearing before the IRB. Canada, IRB-CISR.
- Ngalikpima, Matiada, Brochure on national Asylum Procedures, ERF – Transnational Dublin Project (January 2010).
- Straimer, Clara, Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe, New Issues in Refugee Research, Research Paper No. 194 (November 2010).
- Wijnkoop, Myrthe & Vloeberghs, Erick. *Traumatised asylum seekers: a vulnerable group asylum seekers with special needs in the asylum process*, Working Paper Ministerial Conference on Asylum (Brussels, 13-14 September 2010). UNHCR, Improving Asylum Procedures: Comparative Analysis and Recommendations for Law and Practice, Key Findings and Recommendations (March 2010).

### 5.2 Wissenschaftliche Literatuur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Aspinall P, Watters C. A review from an equality and human rights perspective. Human Rights.
- Asgary, R. G., Metalios, E. E., Smith, C. L., & Paccione, G. A. (2006). Evaluating asylum seekers/torture survivors in urban primary care: a collaborative approach at the Bronx Human Rights Clinic. *Health and human rights*, 9(2), 164-79. Retrieved November 9, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17265759>.
- Blake, D. D., Weathers, F.W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187–188.
- Bloemen, E., Vloeberghs, E. & Smits, C. (2006). Psychological and psychiatric aspects of recounting traumatic events by asylum seekers. In : Bruin, R., Reneman, M. & Bloemen, E. (eds.). *Care Full. Medico-legal reports and the Istanbul Protocol*. Utrecht/Amsterdam, Pharos.

- Bollini, P. (1997) 'Asylum seekers in Europe: Entitlements, Health Status, and Human Rights Issues, *European Journal of Health Law*, 4(3): 253-265.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Cameron, H.E. (2010). Refugee Status Determinations and the limits of memory. *International Journal of Refugee Law*, (22), 4, 469-511
- Cohen, J. (2001). Errors of recall and credibility: can omissions and discrepancies in successive statements reasonably be said to undermine credibility of testimony? *The Medico-legal journal*, 69(Pt 1), 25-34. Retrieved December 9, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388067>.
- De Jong, J., Komproe, T. V. M., Ivan, H., von Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., & Somasundarem, D. J. (2001). Lifetime events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association*, 286 (5), 555-562.
- Dell'Osso, L., Shear, M. K., Carmassi, C., Rucci, P., Maser, J. D., Frank, E., ... Cassano, G. B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4: 2.
- Eisenbruch, M. (1992). Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 8–10.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review [Internet]. *The Lancet*. 2005 Apr ;365(9467):1309-1314.[cited 2010 Oct 19] Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Herlihy, J. & Turner S.W.(2009). The psychology of seeking protection. *International Journal of Refugee Law*, (21), 2, 171-192
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hodes, M. (2010). The mental health of detained asylum seeking children. *European child & adolescent psychiatry*, 19(7), 621-3. doi: 10.1007/s00787-010-0093-9.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611-621.
- Keller, A. S., Rosenfeld, B., Trinh-Shevrin, C., Meserve, C., Sachs, E., Leviss, J. A. et al. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet*, 362(9397), 1721-1723. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14846-5.
- Kelly, N. & Stevenson, J. (2006) *First Do No Harm: Denying Healthcare to People Whose Asylum Claims Have Failed*, London, Refugee Council. Available from: <[http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport\\_jun06.pdf](http://www.refugeecouncil.org.uk/Resources/Refugee%20Council/downloads/researchreports/Healthaccessreport_jun06.pdf)> (Accessed 3 February 2010)
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., & Crepeau, F. (2004). Research ethics and the plight of refugees in detention. *Monash bioethics review*, 23(4), 85-92. Retrieved October 18, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15688516>.

- Kroll, J. (2003). Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. *Journal of the American Medical Association*, 290, 667–670.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H. and Jong, J. T. V. M. (2007) 'Prevalence and Predictors of Health Service Use Among Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10): 837-844.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 180, 111-116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Svang, T. (1998). Dose-effect relationship of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry* 173, 482-488.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Sarajlic, N, Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M. P. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282, 433-439.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical journal of Australia*, 185(7), 357-61. Retrieved October 22, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014402>.
- Peel, M., Lubell, N. & Beynon, J. (2005). *Medical Investigation and Documentation of Torture. A Handbook for Health Professionals*. Colchester, Univ of Essex, Human Rights Centre.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth S., et al. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–16.
- Roberts, K. (2006) 'Lost in the System? Disabled Refugees and Asylum Seekers in Britain', *Disability and Society* 15(6): 943-948.
- Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306-12. doi: 10.1192/bjp.bp.108.053223.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8):624-9.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D. M., Marnane, C., Bryant, R. A., & Ommeren, M. van. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-49. doi: 10.1001/jama.2009.1132.
- Straimer, C. (2010). Vulnerable or invisible? Asylum seekers with disabilities in Europe. Geneva. Retrieved from <http://www.unhcr.org/4cd9765b9.pdf>.
- Lustig, L.S., Kureshi, S., Delucchi, K.L., Iacopino, V. & Morse, S. (2008). Asylum Grant Rates Following Medical Evaluations of Maltreatment among Political Asylum Applicants in the United States. *Journal Immigrant Minority Health*, 10, 7–15



- Van der Kolk, B. A. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press.
- Zachary, S., Shakeh, M., Derrick, S., Marianio, C., Jorge, A., & Alvin Tay Kuo, W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.007.

## **Anhang 2: Häufige Fragen (Version September 2011)**

Diese FAQ sind Teil des „PROTECT Handbuchs“, das mit dem Fragebogen dem Interviewer gegeben wird. Dieser Abschnitt will Antworten auf eine große Zahl von Fragen geben, die bei der Anwendung des PROTECT-Fragebogens auftreten können.

### **Ziele**

#### 1) Was sind die Ziele des Fragebogens? (Siehe erste Seite des Fragebogens)

Der PROTECT-Fragebogen wurde entwickelt, um den Prozess der Aufnahme von Asylbewerber entsprechend der Richtlinie des Europäischen Rates zu ermöglichen.

Der Fragebogen ermöglicht die Früherkennung von Personen, die traumatische Erfahrungen erlitten haben, wie Opfer von Folter, psychischer, physischer oder sexueller Gewalt.

Asylbewerber, die solche traumatischen Erfahrungen erlitten haben sollten zu einem frühen Zeitpunkt im Asylverfahren an Fachkräfte im Gesundheitssystem weitergeleitet werden um eine Verschlechterung und/oder eine chronische Ausprägung von Gesundheitsproblemen zu verhindern. Die Aufnahmebedingungen und das Asylverfahren sollte ihren Bedarfen angepasst werden.

#### 2) Will der Fragebogen vorbeugend wirksam sein?

Ja, mit dem Fragebogen soll psychisches Leiden so früh wie möglich festgestellt werden, um der Entwicklung ernster psychischer Störungen und damit einhergehender Probleme vorzubeugen.

### **Schutzmaßnahmen**

#### 3) Welche Vorsichtsmaßnahmen sollten getroffen werden um Asylbewerber zu schützen?

Da die Befragung Erinnerungen an zurückliegende Gewalterfahrungen heraufbeschwören kann, sollten Sinn und Zweck des Fragebogens vorab ausführlich erklärt werden. Der Interviewer

- muss bereit sein, das Leiden des Asylsuchenden anzuerkennen, so dass dieser sich verstanden und akzeptiert fühlt.
- darf die Glaubwürdigkeit der Erlebnisse des Asylsuchenden nicht in Frage stellen.
- muss sich darüber im klaren sein, dass Folteropfer Autoritätspersonen, die Macht über ihr Leben haben, als möglichen Täter ansehen. Es ist von daher wichtig, es immer dem Asylsuchenden zu überlassen, welche Fragen er zu beantworten bereit ist.

## Welche Vorsichtsmaßnahmen sollten ergriffen werden, um den Interviewer zu schützen?

Der Interviewer sollte sich an folgende Leitlinien halten:

- Nicht den Details des/der (potenziell) traumatischen Ereignisse(s) nachgehen. Eine professionelle Einstellung wahren und sich ausschließlich an den Inhalt des Fragebogens halten.
- Nicht die Rolle eines Therapeuten einnehmen.

## **Bedingungen für den Einsatz des Fragebogens**

### 4) Wer soll den Fragebogen anwenden?

Personen, die den Fragebogen einsetzen müssen unabhängig und neutral sein, z.B. Sozialarbeiter, Personal des Gesundheitswesens, Ärzte, Rechtsberater und Anwälte. Außerdem können geschulte Freiwillige, die mit Asylbewerber/innen zu tun haben, das Instrument verwenden.

### 5) Kann auf der Basis des Fragebogens eine Diagnose gestellt werden?

Nein, der Fragebogen ermöglicht lediglich eine Einschätzung der psychologischen Vulnerabilität (niedrig, mittel, hoch). Das bedeutet die Feststellung eines evt. Behandlungsbedarfs (wenn der Grad mittel oder hoch ist) sowie die Notwendigkeit, die Aufnahmebedingungen und das Asylverfahren an die spezifischen Bedürfnisse der Person anzupassen.

### 6) Kann der Fragebogen auch bei Kindern eingesetzt werden?

Nein, nur bei Erwachsenen (ab 18 Jahren).

### 7) Liegt der Fragebogen auch in anderen Sprachen vor?

Ja, zur Zeit sind folgende Sprachen verfügbar:

- ✓ Englisch
- ✓ Französisch
- ✓ Deutsch
- ✓ Bulgarisch
- ✓ Holländisch
- ✓ Ungarisch
- ✓ Spanischg

+

- ✓ Albanisch
- ✓ Arabisch
- ✓ Äthiopisch (Oromo)
- ✓ Farsi
- ✓ Polisch

- ✓ Russisch
- ✓ Serbokroatisch/Bosnisch
- ✓ Somali
- ✓ etc.

Es ist notwendig sicherzustellen, dass der Interviewer und der Asylbewerber die entsprechende Sprache verstehen (mit oder ohne Dolmetscherunterstützung). Der Fragebogen kann entweder in der Sprache des Aufnahmelandes oder in der Sprache des Asylsuchenden verwendet werden.

8) Für wen ist der PROTECT-Fragebogen konzipiert?

Der Fragebogen sollte bei jedem Asylsuchenden eingesetzt werden, außer es gibt klare Anzeichen, dass die Person unmittelbar psychologische oder ärztliche Hilfe benötigt (z.B. bei fortgeschrittener Schwangerschaft, schweren psychischen Beeinträchtigungen, schweren akuten Erkrankungen etc.)

9) Was gilt für den Fall, dass die Person keine Symptome zeigt?

Der Fragebogen soll trotzdem angewendet werden. Die Abwesenheit von Symptomen bedeutet nicht, dass der Asylsuchende keine traumatischen Erfahrungen gemacht hat. Symptome können später auftreten und die Person mag psychologische, medizinische und juristische Hilfe benötigen.

In manchen Fällen treten Symptome erst nach einer längeren Zeitspanne auf, z.B. nachdem die Person sich von der Flucht oder belastenden Bedingungen im Aufnahmeland erholt hat.

Den Fragebogen bei allen Asylsuchenden anzuwenden ermöglicht außerdem, repräsentative Daten zu erhalten.

10) Welche Bedingungen sind für die Anwendung des PQ erforderlich?

Der Fragebogen sollte im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs nach Möglichkeit an einem separierten Ort eingesetzt werden, um eine positive Beziehung zum Asylsuchenden herzustellen.

11) Kann der Asylsuchende den Fragebogen alleine ausfüllen?

Nein, eine interviewende Person ist erforderlich. Es handelt sich nicht um ein Instrument zu Selbstanwendung.

12) Ist es angemessen einen Fragebogen anzuwenden, der nach dem privaten Leben der Person fragt und angesichts möglicher traumatischer Erfahrungen sehr belastend für den Asylsuchenden sein kann?

Der Fragebogen wurde speziell für Personen entwickelt, die keine Fachkräfte für Traumatisierung sind. Dabei wurde ausdrücklich darauf geachtet, sehr persönliche und womöglich sensible Themen nur sehr zurückhaltend zu berühren. Von daher sollte auch nicht vom Rahmen des Instruments abgewichen werden.

13) Was genau meint das Wort "häufig" in den Fragen?

Es bedeutet, dass das Problem häufiger als normal auftritt und für die Person leidvoll ist.

## **Befinden und Reaktionen des Asylsuchenden**

14) Wie wird der Asylsuchende die Beantwortung des Fragebogens aufnehmen?

In Abhängigkeit von seinen Erlebnissen, dem Herkunftsland und der psychischen Verfassung können einige Fragen schwer zu beantworten sein. Gefühle wie Scham, Kummer oder Misstrauen können auftreten. In diesem Fall sollte man nicht versuchen, weitere Informationen zu erhalten, sondern die Person an eine psychologische oder medizinische Frachkraft überweisen.

In jedem Fall erhält der Asylsuchende die Möglichkeit, Beschwerden zu benennen, die er vorher häufig nicht ausdrücken und verstehen konnte.

Es kann der Person helfen, eine Verbindung zwischen verschiedenen Symptomen, deren Ursprung und ihrer Folgen zu erkennen. Es kann außerdem dazu führen, dass andere Belastungen benannt werden, die früher zu Verwirrung und Missverständnissen geführt haben.

Viele Überlebende finden es sehr belastend über traumatische Erfahrungen zu sprechen. Der Interviewer kann seine Überzeugung deutlich machen, dass das Leiden durch die Annahme von Hilfe reduziert werden kann, selbst wenn es (im Moment) nicht möglich sein sollte, über die eigenen Erfahrungen zu sprechen.

15) Möglichkeiten, mit schwierigen Situationen umzugehen (z.B. wenn der Asylsuchende während des Interviews 'außer sich' gerät)

Obwohl es die Aufgabe eines Spezialisten (Psychiater, Psychologe, Arzt etc.) ist, mit den Affekten und Trauerreaktionen der Personen umzugehen, kann es notwendig sein, unmittelbar zu reagieren.

Die wichtigste Regel ist es, ruhig und reguliert zu bleiben, also nicht die Gefühle der anderen Personen das eigene Verhalten kontrollieren zu lassen. Das kann per se einen beruhigenden Effekt haben.

Zweitens ist es wichtig, eine respektvolle und empathische Haltung zur Person zu wahren und zu fragen, in welcher Weise man eine Unterstützung sein kann (z.B. ein Glas Wasser bringen, der Person anzubieten, noch einen Moment im Raum zu bleiben, ein Familienmitglied hereinbitten, ein Pause machen usw.).

Wenn die Situation die eigenen Bewältigungskapazitäten überschreitet, sollte man professionelle Hilfe anfordern.

#### 16) Welchen Zweck hat das Feld "Sonstige Beobachtungen"

In dieses Feld kann der Interviewer jedwede bedeutungsvolle Anmerkung notieren, jedoch sollen keine Interpretationen der Ergebnisse eingetragen werden. Alle Bemerkungen sollen Faktoren dokumentieren. Die Beobachtungen werden hilfreich für Experten sein, die mit der Person später zu tun haben und die Effizienz des Verfahrens verbessern.

Die Beobachtungen müssen mit dem Asylsuchenden besprochen bzw. abgestimmt werden. Beispiel sind:

- Verhalten des Asylsuchenden (weint viel, reagiert nicht, zeigt keine Aufmerksamkeit usw.)
- Probleme mit den Fragen: Schwierigkeiten mit den Formulierungen, Verwirrung, eine Frage wird nicht verstanden, Übersetzungsprobleme usw.
- Spezifische Umstände, unter denen der Fragebogen angewendet wurde (erst relativ spät nach der Ankunft, zum zweiten Mal usw.)

### **Überweisung/Weiterleitung des Asylsuchenden**

#### 17) Was soll gemacht werden, wenn das Ergebnis des PQ positiv ist (mittlere oder hohe Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung)?

In diesem Fall ist eine Überweisung bzw. Weiterleitung an einen medizinischen oder psychologischen Dienst für eine umfassende Untersuchung angezeigt, um den Gesundheitszustand, den Grad einer Traumatisierung und evtl. Behandlungsbedarfs festzustellen.

Untersuchung und therapeutische Behandlung kann nicht erzwingenmaßen erfolgen, sondern können nur empfohlen und angeboten werden. Der Asylsuchende hat das Recht, selbst zu entscheiden, ob er dieser Empfehlung folgt oder nicht. Einige Klienten sind robust in Bezug auf gesundheitliche Belastungen und/oder nutzen andere Ressourcen (Familie, Religion, Community etc.), um Schwierigkeiten zu überwinden. Fachkräfte müssen die spezifischen therapeutischen Bedürfnisse jeder Person erkennen und adäquate Behandlung anbieten können. Es gibt keine allgemeingültige Lösung.

#### 18) Wie sollte die Frage des Behandlungsbedarfs gegenüber Personen angesprochen werden, die mit diesen Verfahren nicht vertraut sind und/oder Behandlung ablehnen?

Es empfiehlt sich, besondere Aufmerksamkeit auf die verwendete Formulierung zu legen und jeglichen Hinweis auf psychische Störung o.ä. zu vermeiden. Für viele Opfer traumatischer Erfahrungen ist die Vorstellung, "verrückt" zu sein, beängstigend und kann zu weiteren Belastungen, Scham und Rückzug führen.

Es kann hilfreich sein zu erklären, dass medizinische Behandlung häufig ein gutes Mittel ist, das eigene Leiden besser zu verstehen und darüber hinweg zu kommen.

Dem Asylsuchende muss vermittelt, dass das Behandlungsangebot nicht an einen bestimmten Zeitpunkt gebunden ist und dass er selbst die angemessene Form von Behandlung beeinflussen kann.

19) Sieht der Asylsuchende therapeutische Behandlung immer als positiv an?

Nein, da es sehr schmerzhaft sein kann, über traumatische Ereignisse zu sprechen. Es kann sein, dass der Asylsuchende die Behandlung unterbrechen oder pausieren will. Es ist wichtig, das Recht des Asylsuchenden auf Schweigen zu respektieren und nicht zu fordernd bezüglich notwendiger Schritte zu sein, die die Person unternehmen sollte.

20) Was soll der Interviewer tun, wenn es (aktuell) keine Behandlungsmöglichkeiten gibt?

Wenn es im Anschluss an die Befragung keine Behandlungsmöglichkeiten gibt, wird der Asylsuchende naheliegenderweise frustriert sein und sich womöglich in die Irre geleitet sehen. Auch der Interviewer stellt sich die Frage nach dem Sinn des Instruments. Der Nutzen des Instruments geht jedoch darüber hinaus. Zum einen wird bei allen Beteiligten ein Bewusstsein für einen evtl. Behandlungsbedarf geschaffen. Dies kann späterhin den Zugang zu Behandlung erleichtern. Zum anderen kann das Ergebnis an wichtige Personen des Verfahrens übermittelt werden (Behörde, Anwalt) und mindestens im günstigen Fall zu einer Verbesserung der Aufnahmebedingungen beitragen und sogar für das Asylverfahren von Bedeutung sein.

21) Welche Folgen hat eine Einstufung "geringe Wahrscheinlichkeit"?

Es gibt Risiken, die bei einem Früherkennungsverfahren bedacht werden müssen. Mitunter zeigt sich eine Traumatisierung nicht zu diesem (frühen) Zeitpunkt oder Scham sowie andere Faktoren hindern den Betroffenen daran, Symptome zu benennen. Es ist wichtig, sich dieser Möglichkeit bewusst zu sein und ggf. darauf zu achten, ob Beschwerden/Symptome zu einem späteren Zeitpunkt auftauchen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es wichtig ist, gerade Behörden für die begrenzte Aussagekraft des Instruments zu sensibilisieren.

## **Befinden des Interviewers**

22) Wie kann der Interviewer mit Ohnmachtsgefühlen in Bezug auf die Situation des Asylsuchenden umgehen (z.B. wenn die Person eine Behandlung ablehnt)?

Es ist immer schwierig, Zeuge eines Leidens zu sein, ohne effektiv helfen zu können und sich der Grenzen seiner Möglichkeiten bewusst zu werden. Im Fall von Folteropfern ist es bedeutsam, sie in ihren freien Entscheidungsmöglichkeiten nicht einzuschränken, um nicht eine Täter-Opfer Dynamik zu reproduzieren.

23) Kann der Interviewer ohne professionelle Unterstützung zu Verminderung des Leidens beitragen?

Ja, schon eine respektvolle, glaubwürdige und empathische Haltung zu haben, kann von therapeutischem Wert sein.

## **Nutzen des Projekts**

### 24) Wie profitieren Organisationen von dem Fragebogen?

Der Fragebogen bietet Organisationen ein Instrument, um psychisches Leiden zu identifizieren und Opfer von Gewalt im Asylverfahren zu identifizieren, auch wenn es kein therapeutisches Hilfsangebot gibt.

Die wichtigsten Ziele sind:

- Mehr Bewusstsein für das Leiden und die Vulnerabilität von Asylsuchenden zu schaffen.
- Angebote der Weiterleitung/Überweisung vulnerabler Personen.
- Bewusstsein zu schaffen für die Möglichkeiten, die Aufnahmebedingungen und das Asylverfahren angepasst zu gestalten.