

Ärztliche Berichte und Gutachten im Asylbereich – ausgewählte Aspekte aus Sicht der FMH [1]

Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär FMH

Dr. med. Ursula Steiner-König, Vizepräsidentin FMH, Ressort Public Health, ehem. Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie

Zusammenfassung

Der Beitrag erinnert eingangs an den grundsätzlichen Unterschied zwischen Arztzeugnis/Arztbericht und ärztlichem Gutachten.

Er zeigt insbesondere unter Hinweis auf das «Istanbul Protocol» für die UNO-Menschenrechtskommissarin auf, dass PTSD nicht die einzige, ja nicht einmal die häufigste psychische Störung nach Folter ist.

Die Individualisierung und Medikalisierung der Flüchtlingsfrage führt dazu, dass Behörden und Gesellschaft die Bedeutung der systematischen Zerstörung von kulturellen und sozialen Institutionen verdrängen, welche zu kollektiver Traumatisierung führt bzw. beiträgt.

Unsicheres Bleiberecht und Arbeitsverbote dürften die Rückkehrfähigkeit ungünstig beeinflussen.

Die medizinische Konsistenzbeurteilung von Foltergeschichten zuhanden von Behörden ist international anerkannter Teil der ärztlichen Aufgabe.

Aussagediskrepanzen können die Folge von Folter sein. Aufgrund von Unstimmigkeiten in Aussagen auf fehlende Glaubwürdigkeit der Flüchtlingsgeschichte zu schliessen, droht früherem Unrecht neues hinzuzufügen.

BFF und ARK müssten kompetente vertrauensärztliche Dienste haben.

Zur Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen gehören die Bezahlung von Arztberichten und die Auftragserteilung an einen Gutachter bei potentiell relevanten, aber im Fall umstrittenen medizinischen Fragen.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssten besseren Zugang zu professionellen interkulturellen Übersetzungsdiensten haben, was die Behandlungsqualität erhöhen und gleichzeitig die Behandlungskosten senken könnte.

Unterschied zwischen Arztbericht/-zeugnis und ärztlichem Gutachten

Die weitverbreitete Unsicherheit in der Frage, was ein ärztliches Zeugnis/ein ärztlicher Bericht und was ein Gutachten ist, tritt geradezu symbolisch im Titel der Tagung vom 7. Mai 2002 der Schweizerischen Flüchtlingshilfe SFH zutage: «Medizinische Gutachten im Asylbereich – Certificat médical dans la procédure d'asile». Eine klare Sprachregelung, die zwischen Zeugnis/Bericht (certificat) und Gutachten (expertise) unterscheidet, ist unerlässlich und auch gegeben:

Zeugnis und Bericht

Der behandelnde Arzt [2] äussert sich in *Arztzeugnissen und Arztberichten* über seine Wahrnehmungen und/oder Schlussfolgerungen. In der Schweiz spricht man in der Regel bei kurzen Texten von Arztzeugnissen (z. B. Arztzeugnis an den Arbeitgeber bei Krankheit) und bei längeren Texten von Arztberichten (z. B. Arztbericht bei der IV-Anmeldung).

Wenn der Arzt über seinen Patienten berichtet, ist er gegenüber Arbeitgeber, Versicherer, Behörden oder Gerichten vorrangig in einer *Zeugfunktion* tätig, wenn auch aufgrund seines medizinischen Sachverständnisses die von ihm gezogenen Schlüsse durchaus wichtig sein können.

Im Unterschied zum Gutachter kennt der behandelnde Arzt oft den Patienten seit langer Zeit und kann damit auf einer wesentlich breiteren Basis über seine Wahrnehmungen und Überlegungen berichten (Längsschnitt). Typische Beispiele sind der Bericht des Hausarztes an die IV, und derjenige an die Krankenkasse bei Einweisung ins Altersheim, wenn die Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist.

Nachteil von Zeugnissen oder Berichten des behandelnden Arztes kann sein, dass je nach Situation Loyalitätskonflikte auftreten können («der Wahrheitsfindung dienen» versus «Fürsprecher des Patienten sein»). Bei Arztberichten

1 Überarbeitete Fassung des Referats von HP. Kuhn anlässlich der von der Schweiz. Flüchtlingshilfe am 7. Mai 2002 durchgeführten Tagung «Medizinische Gutachten im Asylverfahren – Certificat médical dans la procédure d'asile».

Dieser und folgende Beiträge zum gleichen Thema sind in der Zeitschrift ASYL 3/02 erschienen:

Ueli Kieser: Die Würdigung von Gutachten – Hinweise und Einsichten aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht.

Claudia Cotting-Schalch: La pratique de la Commission suisse de recours en matière d'asile relative à l'appréciation de documents médicaux.

Yann Golay: La jurisprudence de la Commission suisse de recours en matière d'asile durant l'année 2001.

(Die Zeitschrift erscheint im Stämpfli-Verlag: www.staempfli.com, «Juristische Zeitschriften»)

2 Der einfacheren Lesbarkeit zuliebe wird im Text in der Regel nur ein Geschlecht erwähnt.

an Behörde oder Richter kann auch nachteilig sein, dass dem Arzt oft Einsicht in deren Akten fehlt, so dass er ihre Informationen nicht einbeziehen kann, um ein möglichst ganzheitliches Bild für seine Berichterstattung zu gewinnen.

Gutachten

Ein *Gutachtensauftrag* ist im Unterschied zu Arztzeugnis und Arztbericht definitionsgemäss einem *nicht behandelnden Arzt* zu erteilen. Damit besteht grundsätzlich eine klare Funktionstrennung zwischen Heilauftrag des behandelnden Arztes und Beurteilungsauftrag eines nicht behandelnden Arztes.

Allerdings ist daran zu erinnern, dass beispielsweise der Gerichtspsychiater seine Exploration faktisch auch nicht ohne interessierte Zuwendung durchführen kann. Es wäre deshalb blind zu meinen, dass hier nicht auch zuweilen ein gewisser therapeutischer Nebeneffekt auftreten kann. Ebenso kann die Untersuchung durch einen von der Unfallversicherung beauftragten Gutachter en passant auch zu therapeutischen Vorschlägen führen, die letztlich nur zufällig aus der Feder des Gutachters stammen und ebensogut von einem vom behandelnden Arzt zugezogenen Spezialisten hätten erarbeitet werden können.

Das ändert aber nichts am Grundsatz: Der Gutachter ist zunächst und vorrangig sachverständige Hilfsperson des Richters mit besonderen Rechten und Pflichten.

Vorteile des Gutachtens sind, dass mit der erwähnten Funktionsteilung Loyalitätskonflikte des Gutachters ausgeschlossen oder mindestens verringert werden können, und dass der einer Behörde oder einem Richter berichtende Gutachter in der Regel Aktenkenntnis hat.

Zu den systematischen Nachteilen des Gutachtens gehört in aller Regel die beschränkte Zeit für die Sachverhaltserhebung, verbunden mit dem Umstand, dass keine langdauernde Patientenkenntnis aufgebaut werden kann. Der Gutachter kann deshalb oft tendenziell nur eine Momentaufnahme liefern, nicht aber diejenige Längsschnittberichterstattung, die dem behandelnden Arzt oft möglich ist.

Sind Gutachten kategorisch viel verlässlicher als Arztberichte, sind somit Arztberichte grundsätzlich nicht ernst zu nehmen? Nein. Die Schweizer Rechtsordnung erwartet klipp und klar vom behandelnden Arzt, dass er nicht einfach dem Patienten nach dem Mund redet, sondern wahre Zeugnisse und Berichte schreibt. Der Arzt muss – genauso wie auch der Anwalt – auch Diener der Gesellschaft sein. So gibt der Gesetzgeber dem Zeugnis des behandelnden Arztes bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit volle Be-

weiskraft; der Arbeitgeber muss objektive Anhaltspunkte haben, um es zu entkräften. Und schliesslich wäre ein falsches ärztliches Zeugnis gemäss Art. 318 des Strafgesetzbuchs eine strafbare Handlung gegen die Amts- und Berufspflichten und würde mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.

Der anerkannte Zürcher Sozialversicherungsrechtler Ueli Kieser hat denn auch zu Recht an der Tagung der SFH vom 7. Mai 2002 die Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kritisiert. Es bringt den Berichten behandelnder Ärzte (insbesondere der Hausärzte) zuviel grundsätzliches Misstrauen entgegen, und schätzt den hausärztlichen Vorteil der langen Kenntnis des Patienten und seiner Leidensgeschichte zu gering.

Asylsuchende und Folter: geht es immer um die Diagnose PTSD?

«Post-traumatic stress disorder», abgekürzt PTSD, ist seit den 80er Jahren zu einer Mode-diagnose geworden, und dies nicht nur oder nicht so sehr in der Medizin, sondern vor allem in der Öffentlichkeit, bei Juristen und Behörden. Zu Recht?

Gerade in emotional oder politisch belasteten Bereichen wie der Flüchtlingsfrage riskieren Forschungen und Stellungnahmen aus dem eigenen Land, mit dem Verdacht auf Parteilichkeit unter den Tisch gewischt zu werden. Der Prophet gilt im eigenen Lande nichts. Wir stützen uns deshalb in unserem Beitrag bewusst wesentlich auf das sogenannte «Istanbul Protocol» (Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), das am 9. August 1999 von einer international so breit wie nur möglich abgestützten Expertengruppe dem UNO-Hochkommissariat für Menschenrechte unterbreitet wurde. Wir hoffen, damit zur Entkrampfung der gespannten Situation in der Schweiz beizutragen.

Das «Istanbul Protocol» listet die häufigsten psychiatrischen Diagnosen infolge Folter – in absteigender Reihenfolge – wie folgt auf:

- a) Depressive disorders (Ziff. 250);
- b) Post-traumatic stress disorder (PTSD) (Ziff. 251);
- c) Enduring personality change (Ziff. 255);
- d) Substance abuse (Ziff. 257);
- e) Weitere Diagnosen:

Das «Istanbul Protocol» weist darauf hin, dass unter anderem (keine vollständige Aufzählung) nach Folter noch mit folgenden psychiatrischen Diagnosen zu rechnen ist:

- aa) Generalized anxiety disorder,
- bb) Panic disorder,
- cc) Acute stress disorder,
- dd) Somatoform disorders,
- ee) Bipolar disorder featuring manic or hypomanic episodes,
- ff) Disorders due to a general medical condition often in the form of brain impairment,
- gg) Phobias such as social phobia and agoraphobia.

Im Hinblick auf das bessere Verständnis von psychischen Leiden nach Folter erscheinen uns folgende Passagen aus dem «Istanbul Protocol» besonders erwähnenswert:

Zu a) Depressive disorders

“Depressive states are *almost ubiquitous* [Hervorhebungen durch die Autoren] among survivors of torture. In the context of evaluating the consequences of torture, it is problematic to assume that PTSD and major depressive disorder are two separate disease entities with clearly distinguishable aetiologies. Depressive disorders include major depressive disorder, single episode or major depressive disorder and recurrent (more than one episode). Depressive disorders can be present with or without psychotic, catatonic, melancholic or atypical features.”

Kommentar

Depressionen nach Folter sind noch häufiger als PTSD, und die beiden Leidensbilder können nicht immer scharf abgegrenzt werden. Aufforderungen von Flüchtlingsbehörden an berichtende oder begutachtende Ärzte, sie sollten doch bitte klar festhalten, ob eine Depression oder aber ein PTSD vorliege, widersprüchen bzw. widersprechen damit dem Stand der Wissenschaft. (An der Tagung der SFH vom 7. Mai 2002 hat gerade die Vertreterin des Bundesamts für Flüchtlinge BFF eine solche Aufforderung erwähnt.)

Zu b) Post-traumatic stress disorder

“The diagnosis most commonly associated with the psychological consequences of torture is post-traumatic stress disorder (PTSD). The association between torture and this diagnosis has become very strong in the minds of health providers, immigration courts and the informed lay public. This has created the *mistaken and simplistic impression that PTSD is the main psychological consequence of torture.*

The DSM-IV definition of PTSD *relies heavily on the presence of memory disturbances* in relation to the trauma, such as intrusive memories, nightmares and the inability to recall important as-

pects of the trauma. The individual may be unable to recall with precision specific details of the torture events but will be able to recall the major themes of the torture experiences. For example, the victim may be able to recall being raped on several occasions, but not be able to give the exact dates, locations and details of the setting or perpetrators. Under such circumstances, the inability to recall precise details supports, rather than discounts, the credibility of a survivor's story.”

Kommentar

Wir betonen, dass Erinnerungsstörungen so sehr mit PTSD einhergehen, dass für die Diagnose von PTSD unter anderem darauf abgestellt wird. Auch wenn dies die Arbeit der Flüchtlingsbehörde nicht einfacher macht: Die Unfähigkeit, sich an genaue Details widerspruchsfrei zu erinnern, spricht gerade für und nicht gegen die Glaubhaftigkeit eines Überlebenden. (Siehe dazu auch Ziff. 6 des vorliegenden Beitrags.)

Zu c) Enduring personality change

“Enduring personality change after catastrophic or prolonged extreme stress disorders of adult personality may develop in persons with no previous personality disorder. The types of extreme stress that can change the personality include concentration camp experiences, disasters, prolonged captivity with an imminent possibility of being killed, exposure to life-threatening situations, such as being a victim of terrorism, and torture.

This personality change is characterized by a hostile or distrustful attitude towards the world, social withdrawal, feelings of emptiness or hopelessness, a chronic feeling of being on edge, as if constantly threatened, and estrangement.”

Zu d) Substance abuse

“Clinicians have observed that alcohol and drug abuse often develop secondarily in torture survivors as a way of suppressing traumatic memories, regulating unpleasant affects and managing anxiety.” Das Protokoll hält ferner fest, dass nebst Kriegsveteranen insbesondere ehemalige Kriegsgefangene mit PTSD ein erhöhtes Risiko für «substance abuse» haben.

«Beyond PTSD» – für ein besseres Verständnis der Folgen komplexer Verletzungen

Derek Summerfield hat im Januar 2001 im British Medical Journal die Geschichte der Diagnose PTSD nachgezeichnet [3]: Frühe Verfechter der

3 Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. Br Med J 2001;322:95-8.

- neuen Diagnose waren Antikriegsaktivisten in den USA. Sie waren der Meinung, die amerikanischen Armeepsychiatern setzten sich eher für die Interessen der Armee als diejenigen ihrer Patienten ein. Und sie kämpften dafür, dass die nach dem verlorenen Krieg heimgekehrten kranken Vietnamveteranen unter dieser neuen Etikette adäquate Behandlung erhalten sollten für das, was im Ersten Weltkrieg «war neurosis» und im Zweiten «battle fatigue» genannt worden war – dem Leiden an der Kriegserfahrung.
- Dies bedeutet nicht, dass die Militärpsychiatern in den früheren Kriegen Lieblinge aller Generäle gewesen wären. Ben Sheppard setzte den Anspruch eines US-Generals von 1944 «we don't want any damned psychiatrists make our boys sick» seiner 2001 erschienenen Geschichte der Kriegspsychiatrie im zwanzigsten Jahrhundert voran [4].
- Mit «Beyond PTSD – towards a more adequate understanding of the multiple effects of complex trauma» hat Zachary Steel treffend einen Beitrag überschrieben [5]. Zu finden ist er im kürzlich publizierten Buch mit den Referaten eines Kongresses, der im Mai 2000 ohne grosse juristische, politische und mediale Beachtung international führende Forscher in Bern zusammengeführt hat. Steel erinnert daran, dass seit vielen Jahren ernsthafte Zweifel daran geäußert wurden, ob im Flüchtlingsbereich mit der Diagnose PTSD die vorhandenen Leiden adäquat erfasst werden. Er erwähnt die Publikationen von Horowitz [6], Herman [7], Silove [8] und Brunt [9]. Er weist darauf hin, dass beispielsweise Eitinger schon 1961, also lange vor der Mode-diagnose PTSD, bei Überlebenden des Holocaust insbesondere dauernde Persönlichkeitsveränderungen festgestellt hatte [10].
- Steel erinnert auch zu Recht daran, dass das Traumamodell des PTSD die Medikalisierung von menschlichem Leiden fördert und blind ist gegenüber den komplexen sozialen und geopolitischen Faktoren, die mit Massengewalt einhergehen: «The trauma model encourages the medicalization of human suffering and is blind to the complex social and geo-political factors inherently associated with mass violence [...]» [11].
- «Turning of the suffering in a psychiatric disorder deprives the refugee of his political and moral indictment», hält van Dijk im bereits erwähnten Kongressband fest [12]. Er führt auch aus, dass nicht alle Folteropfer psychisch krank werden. In den Niederlanden tritt jeder zehnte Flüchtling in eine psychiatrische Klinik ein. Wir wissen hingegen gemäss van Dijk wenig darüber, wie es den anderen 90% geht. Nach Schweizer
- 4 Sheppard B. A War of Nerves – Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2001.
 - 5 Steel Z. Beyond PTSD – towards a more adequate understanding of the multiple effects of complex trauma. In: Moser C, Nyffeler D, Verwey M (Hrsg.). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Zürich: Seismo Verlag; 2001. S. 66-84.
 - 6 Horowitz MJ. Stress-response syndromes. Hosp Community Psychiatry 1986;37(3):241-9.
 - 7 Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992;5:377-89.
 - 8 Silove D. Psychotherapy and trauma. Curr Opin Psychiatry 1992;5:370-4.
 - 9 Brunt D. Long term repercussions of the trauma of sex abuse in childhood. In: Watts R, Horne D (eds.). Coping with Trauma. Brisbane: Australian Academic Press; 1994.
 - 10 Eitinger L. Pathology and the concentration camp syndrome. Arch Gen Psychiatry 1961;5: 371-9.
 - 11 Op. cit., S. 73.
 - 12 Van Dijk R. Traumatization and the Lifeworld of Refugees. In: Moser C, Nyffeler D, Verwey M (Hrsg.), Zürich 2001 (Seismo Verlag), Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden, S. 122-146, S. 129.
 - 13 From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asians Refugees, Social Science and Medicine 33(6), 673-80.
 - 14 Steel Z, Silove D: Poisoned milk – applying for asylum in Australia; in: Moser C, Nyffeler D, Verwey M (Hrsg.). Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Zürich: Seismo Verlag; 2001. S. 31-50.
 - 15 Hoskin P, Murphy K, McGuire S. Asylum seekers in Australia. Sydney: Jesuit Social Justice Centre; 1997.

Erfahrungen kann ein ganz erheblicher Teil ambulant behandelt werden (sofern Übersetzungsdienste gewährleistet sind – was weiter unten dargestellt wird). Die schwerst Traumatisierten bedürfen u.U. der stationären Behandlung.

Die Individualisierung und Medikalisierung von psychischen Problemen nach Traumatisierungen/Folter dürfte unter anderem auch mit der allgemeinen Individualisierung in den westlichen Gesellschaften und zudem damit zusammenhängen, dass Asylgesuche in aller Regel individuell geprüft werden (die vorläufige Aufnahme von Flüchtlingsgruppen aus dem Balkan in der Schweiz bestätigt als Ausnahme die Regel). Damit drohen Gesellschaft und Behörden die Augen zu verschliessen vor der gravierenden Bedeutung des «cultural bereavement», auf das Eisenbruch schon 1991 aufmerksam gemacht hat, also der systematischen und absichtlichen Zerstörung von kulturellen und sozialen Institutionen, die zu *kollektiver* Traumatisierung führt bzw. beiträgt [13].

Unsicherer Status, Arbeitsverbot und Rückkehrfähigkeit

Folgen von Arbeitsverboten

Zachary Steel und Derick Silove erwähnen in ihrem Beitrag «Poisoned milk – applying for asylum in australia» [14], dass eine von Hoskin et al. 1997 publizierte Studie über die Lebensbedingungen der australischen Asylsuchenden zum Schluss kam: «Lack of employment was regarded as a major source of emotional difficulties, with many expressing feelings of worthlessness at being supported by 'handouts' when they desperately wanted to work.» [15] Wir müssen davon ausgehen, dass Arbeitsverbote für Asylsuchende sich voraussichtlich negativ auf die Rückkehrfähigkeit der betroffenen Personen auswirken.

Folgen unsicheren Bleiberechts

Die an der SFH-Tagung vom 7. Mai 2002 von Dr. med. Laurent Subilia vorgestellten Zwischenergebnisse der laufenden Studie am Universitätsspital Genf legen den Schluss nahe, dass Asylsuchende, die über Jahre nicht wissen, ob sie kurzfristig zurückkehren müssen, unter so grossen Stress geraten, dass sich dies empfindlich ungünstig auf ihre Rückkehrfähigkeit ins Herkunftsland auswirkt: Ihre Sorgen kreisen nur darum, und sie können keine Energien freimachen, um zur Ruhe zu kommen und für die Rückkehr wichtige Fähigkeiten (wieder) aufzubauen. Das Zwischenergebnis, dass Rückkehrfähigkeit

und Rückkehrwille grösser sind bei Asylsuchenden mit gesichertem Status in der Schweiz, ist deshalb nur scheinbar paradox.

Medizinische Konsistenzbeurteilung von Foltergeschichten

Es besteht eine erhebliche Kontroverse zwischen Flüchtlingsbehörden und Rechtsvertretern von Asylsuchenden in der Frage, ob es Aufgabe des berichtenden oder begutachtenden Arztes sein kann oder gar muss, im Zusammenhang mit angeblicher Folter zur Glaubwürdigkeit der Person oder zur Glaubhaftigkeit von Aussagen Stellung zu nehmen.

Generell ist für die Frage, wer für die Beurteilung von Glaubwürdigkeit und Glaubhaftigkeit zuständig ist, keine kategorische Antwort zulässig. Dass differenziert werden muss, ist beispielsweise im Strafrecht unbestritten: Dort gilt zwar, dass die Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Aussagen «grundsätzlich zu den nicht delegierbaren Kernkompetenzen der Gerichte» gehöre; gleichzeitig ist aber unbestritten, dass der Richter beispielsweise im Zusammenhang mit Sexualdelikten bei Kindern auf psychiatrische bzw. psychologische Gutachter angewiesen ist, generell bei jenen Fällen, «bei denen die Justizangehörigen mangels fachlicher Qualifikation nicht mehr in der Lage sind, glaubhafte Äusserungen von anderen zu unterscheiden» [16].

Medizinische Konsistenzbeurteilungen im Zusammenhang mit möglicher Folter sind international grundsätzlich eine Selbstverständlichkeit. Dies belegt einerseits die Tätigkeit des CPT, das seit Jahren im Auftrag des Europarates regelmässig die Gefängnisse der EMRK-Unterzeichnerstaaten besucht und Gefangene gerade auch im Hinblick auf erhobene Folttervorwürfe medizinisch begutachtet. Das belegt zudem das ganze Kapitel D des «Istanbul Protocols», das in den Ziff. 186ff festhält, dass und wie Ärzte Folterspuren diagnostizieren und den Grad von Konsistenz zwischen ihren Feststellungen von Verletzungen und der Bedeutung, die der Patient ihnen gibt, festhalten sollen: "The following discussion is not meant to be an exhaustive discussion of all forms of torture, but it is intended to describe in more detail the medical aspects of many of the more common forms of torture. For each lesion and for the overall pattern of lesions, *the physician should indicate the degree of consistency between it and the attribution given by the patient.*"

Das «Istanbul Protocol» schlägt folgende Definitionen vor:

- a) not consistent: The lesion could not have been caused by the trauma described;
- b) consistent with: the lesion could have been caused by the trauma described, but it is non-specific and there are many other possible causes;
- c) highly consistent: the lesion could have been caused by the trauma described, and there are few other possible causes;
- d) typical of: this is an appearance that is usually found with this type of trauma, but there are other possible causes;
- e) diagnostic of: this appearance could not have been caused in any way other than that described.

Das Protokoll hält in der nachfolgenden Ziff. 187 auch fest, dass die ganzheitliche Evaluation aller Traumatisierungen und nicht die Konsistenz jeder einzelnen Verletzung mit einer bestimmten Folterform wichtig ist, um die Foltergeschichte einzuschätzen.

Wir schlagen den Ärzten und Ärztinnen vor, sich in ihren Berichten und Gutachten der im «Istanbul Protocol» vorgeschlagenen Terminologie zu bedienen und ausdrücklich auf dieses Protokoll zu verweisen (Zitiervorschlag: «Gemäss der im Istanbul Protocol von 1999 vorgeschlagenen Terminologie beurteilen wir die Konsistenz zwischen unseren Feststellungen und den Aussagen des Patienten bezüglich der Folterfrage als ...»).

Unseres Erachtens ist es an der Zeit, den Grabenkrieg in der Frage, ob Glaubhaftigkeitsbeurteilungen von Aussagen Teil eines ärztlichen Berichtes oder Gutachtens sein können und sollen, zu beenden. Dass die Beurteilung der Konsistenz zwischen medizinischem Befund, seiner medizinischen Bedeutung und der vom Patienten angegebenen Geschichte grundsätzlich auch eine ärztliche Aufgabe ist, ist international unbestritten. Die entscheidende praktische Frage ist somit, ob und wieweit aufgrund der konkreten Umstände (noch) schlüssige ärztliche Aussagen möglich sind. Dabei geht es sowohl um Zeitablauf wie auch um die mehr oder weniger vollständige Kenntnis der Patientengeschichte. PTSD oder andere schwere psychische Störungen können nicht nur nach staatlicher Folter, sondern auch nach anderen Traumatisierungen (z.B. Vergewaltigungen, Inhaftierungen ohne Folterung, Vertreibungen aus der Wohnstätte, Hunger und Durst, Naturkatastrophen) entste-

16 Müller A, Maier P. Grenzen und Möglichkeiten von Glaubwürdigkeitsbegutachtungen im Strafprozess. SJZ 2000;96(11):249-57.

hen. Es wird deshalb Fälle geben, wo die ärztliche Beurteilung der Konsistenz zwischen ärztlichen Feststellungen und Aussagen des Patienten einer unter vielen Puzzlesteinen in den Abwägungen der Flüchtlingsbehörde sein wird.

Auf ärztliche Konsistenzbeurteilungen grundsätzlich zu verzichten oder sie nicht ernsthaft zu würdigen, bedeutete hingegen je nach Situation angesichts der internationalen Erkenntnisse und Gepflogenheiten ebensowohl eine willkürliche Verfahrensführung, wie wenn es ein Strafrichter trotz entsprechender Anhaltspunkte unterliesse, eine gerichtspsychiatrische Begutachtung des Angeschuldigten zu veranlassen.

Aussagediskrepanzen als Folge der Traumatisierung

Im Zusammenhang mit der PTSD-Diagnose hält das «Istanbul Protocol» fest, "the inability to recall precise details supports rather than discounts, the credibility of a survivor's story" (Ziffer 252).

Diese Aussage des «Istanbul Protocols» wird zusätzlich gestützt durch eine im Februar 2002 im renommierten British Medical Journal publizierte Studie. Ihre Schlussfolgerung ist es wert, vollständig zitiert zu werden: "The assumption that inconsistency of recall means that accounts have poor credibility is questionable. Discrepancies are likely to occur in repeated interviews. For refugees showing symptoms of high levels of post-traumatic stress, the length of the application process may also affect the number of discrepancies. Recall of details rated by the interviewee as peripheral to the account is more likely to be inconsistent than recall of details that are central to the account. *Thus, such inconsistencies should not be relied on as indicating a lack of credibility.*"

Die Autoren bezeichnen den *Interaktionseffekt* zwischen posttraumatischem Stress und Zeitintervall zwischen Befragungen als wohl wichtigste Erkenntnis im Hinblick auf Asylverfahren: Je grösser der posttraumatische Stress war, und je länger die Befragungen zeitlich auseinander lagen, desto mehr Aussagediskrepanzen wurden festgestellt: "For refugees with high post-traumatic stress disorder, more discrepancies were found with longer times between interviews." [17]

Ein besonderer Vorzug dieser Studie ist, dass sie ausschliesslich mit vorläufig aufgenommenen Personen aus Bosnien und Kosovo durchgeführt wurde, deren Bleiberecht nicht von den Befragungen abhing.

Ungelöstes Problem: Vertrauensärztlicher Dienst bei BFF und ARK

Seit der ersten Besprechung im Jahr 1993 zwischen dem damaligen FMH-Präsidenten Hans-Rudolf Sahli und dem damaligen BFF-Direktor Urs Scheidegger weist die FMH konstant darauf hin, dass die Schweizer Flüchtlingsbehörden über kompetente vertrauensärztliche Dienste verfügen müssten. Es gibt sie bis heute nicht. Auch eine FMH-Intervention in der nationalrätlichen Kommission anlässlich der Asylgesetzrevision von 1995 blieb erfolglos.

Um was müsste es gehen? Medizinische Fragen waren seinerzeit bei den jüdischen Flüchtlingen im zweiten Weltkrieg und 1956 bzw. 1968 bei den Flüchtlingen aus Ungarn und der damaligen Tschechoslowakei praktisch irrelevant. Die nun seit vielen Jahren festzustellende Medikalisierung der Flüchtlingsfrage führt dazu, dass die von BFF und ARK zu treffenden Entscheide oft ebensowohl von der korrekten Beurteilung medizinischer Aspekte abhängen wie diejenigen von Sozialversicherungen. Ob eine Foltergeschichte medizinisch konsistent ist, welche medizinische Betreuung im Herkunftsland sichergestellt sein müsste, ob eine bestimmte Operation wirklich unbedingt vor der Rückschaffung stattfinden muss, ob der angekündigte Vollzug der Rückschaffung zu einem hohen Risiko eines Suizids führen würde – dies alles sind Fragen, die offensichtlich notwendig machen, dass die Personen, die im Namen von BFF und ARK urteilen müssen, niederschweligen Zugang zu kompetenter medizinischer Beratung haben.

Der Einwand, es gehe bei der Durchführung des Asylgesetzes nicht nur um medizinische Fragen, ginge fehl. Denn auch der Unfallversicherer nach UVG muss medizinische *und* rechtliche Fragen prüfen (der Unfallbegriff ist nicht rein medizinisch geprägt, und die adäquate Kausalität zwischen Unfallereignis und Gesundheitsschaden ist eine Rechtsfrage). Und auch die Invalidenversicherung muss über medizinische und rechtliche Fragen entscheiden (für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit kommt es nicht nur auf die rein medizinische Behinderung an, sondern auch auf die Erwerbchancen auf dem berühmten hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt). Niemand käme aber deshalb auf die Idee, SUVA und IV könnten ohne kompetenten medizinischen Dienst korrekt und effizient arbeiten.

– Ein kompetenter und kritischer vertrauensärztlicher Dienst ist erstens zwingend notwendig, um die Asylrichter zu beraten, ob die vorliegenden Arztberichte genügen, ob sie

17 Herlihy J, Scragg P, Turner S. Discrepancies in autobiographical memories – Implications for the assessment of asylum seekers. Br Med J 2002;324:324-7 (im Volltext zugänglich unter www.bmj.com).

- medizinisch plausibel sind, ob zusätzliche Berichte eingeholt werden sollten, oder ob im zu entscheidenden Fall besser ein Gutachten (und bei wem) eingeholt wird, statt auf die Karte von weiteren Arztberichten zu setzen.
- Ein funktionierender vertrauensärztlicher Dienst kann zweitens zu besseren Arztberichten führen, weil der mögliche Loyalitätskonflikt des behandelnden Arztes zwischen den Interessen des Patienten und denen der Gesellschaft entschärft werden kann. Dieser positive Effekt ist unter anderem aus dem Bereich der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse bestens bekannt: Der Hinweis des behandelnden Arztes an den Patienten, dass der vertrauensärztliche Dienst des Versicherers (im Unterschied zum Sachbearbeiter oder Juristen) einen unvollständigen, schönfärberischen oder inkonsistenten Arztbericht sofort durchschauen würde, hat schon oft gewirkt.
 - Wünschbar wäre schliesslich, dass ein funktionierender vertrauensärztlicher Dienst auch Filter- und Beraterfunktion leisten könnte in besonders heiklen Fällen. So wurde HP. Kuhn kürzlich von einem Arzt (der zufällig auch Präsident einer kantonalen Ärztesgesellschaft ist) angefragt, wie er mit dem folgenden Problem umgehen könne und solle: Seine Patientin halte sich mit Ehemann und Kindern in der Schweiz auf. Man erwarte jederzeit den Vollzug der Rückschaffung. Sie sei seinerzeit in Bosnien Opfer einer Massenvergewaltigung gewesen, was sie aber in keiner Befragung angegeben hatte. Würde ihr aufgrund der vollständigen Geschichte der Flüchtlingsstatus zuerkannt, wäre die mit Sicherheit voraussehbare Folge, dass ihr Mann sie verlassen würde, weil durch die Vergewaltigungen auch er und die ganze Familie entehrt worden seien.

Sachverhaltserhebung von Amtes wegen heisst auch: Bezahlung von Arztberichten, Auftragserteilung an Gutachter

Honorierung von Arztberichten

Gemäss Asylgesetz sind die Flüchtlingsbehörden gleichermassen zur Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen verpflichtet, wie dies Ärztinnen und Ärzte bei IV, Unfallversicherung und den anderen Sozialversicherern erleben: Arzt oder Patient haben die Behörde relativ kurz und knapp von sich aus darauf hinzuweisen, dass ein rechtlich relevanter medizinischer Sachverhalt vorlie-

gen dürfte, der abgeklärt werden müsste (z. B. mit der Unfallmeldung des Mitarbeiters via Arbeitgeber). Danach ist es an der Behörde, die geeigneten, erforderlichen und verhältnismässigen Abklärungsmassnahmen zu treffen und beispielsweise zu entscheiden, wann ein Bericht beim behandelnden Arzt eingeholt, und wann bei einer nicht behandelnden Ärztin ein Gutachten in Auftrag gegeben werden muss. Die «Mitwirkungspflicht» des Patienten im Zusammenhang mit der Abklärung von medizinischen Sachverhalten durch Behörden wie Unfallversicherer nach UVG und die IV etc. meint in der Schweiz seit jeher nicht die Bezahlung des Berichts durch den Patienten. Mitwirkungspflicht bedeutet nur aber immerhin, sich zur *Untersuchung* durch den Arzt *bereitzuhalten*, diesen für den Bericht vom *Berufsgeheimnis* zu entbinden, und der Behörde Zugang zu geben zu den Dokumenten, die im Besitz des Versicherten sind – vgl. etwa Art. 55 UVV.

An der Tagung der SFH vom 7. Mai 2002 haben Vertreterinnen des BFF die Meinung vertreten, Arztberichte an Flüchtlingsbehörden könnten oder sollten durch den Sozialversicherer bezahlt werden. Gemeint war wohl vor allem die Krankenkasse. Wer diese Idee vertritt, verkennet, dass Sozialversicherer nur diejenigen Zeugnisse und Berichte bezahlen müssen und dürfen, die notwendig sind, um *ihre* Leistungspflicht abzuklären, beispielsweise also das Kostengutsprache gesuch für die Spitalbehandlung oder den Bericht der Psychiaterin zur Verlängerung der Psychotherapie nach einem Jahr Behandlung [18]. Von Arzt und Ärztin wird erwartet, dass sie dies wissen. Würden sich Arzt oder Spital systematisch auf den unerlaubten Versuch verlegen, der Krankenkasse Berichte an BFF und die Asylrekurskommission ARK zur Bezahlung «unterzujubeln», riskierten sie letztlich auch rechtliche Konsequenzen [19].

An der Tagung vom 7. Mai 2002 wurde der Hinweis geäussert, es könnte Sache der FMH sein, mit den Flüchtlingsbehörden die Frage der Arztberichtsbezahlung zu regeln. Dies war allerdings bisher unmöglich: Als 1997 das Berichtsfeld für den Asylbereich erarbeitet wurde, haben wir [20] auch die Frage der Honorierung aufgeworfen, sind damit aber beim BFF auf höfliches Desinteresse gestossen. Die FMH ist nicht Rechtsvertreterin von einzelnen Asylbewerbern. Wenn das BFF seine Haltung nicht ändert, wird letztlich wohl nur die Möglichkeit bleiben, diese Frage im Rahmen eines konkreten Asylverfahrens grundsätzlich zu klären und damit erst den Weg für Verhandlungen zu eröffnen.

18 Art. 3 KLV, SR 832.112.31.

19 Art. 59 KVG erlaubt den Abschluss von der Behandlung von Krankenversicherungspatienten aus wichtigen Gründen. Verstösse gegen die Art. 56 und 58 sind unter «insbesondere» aufgelistet, die Aufzählung der möglichen wichtigen Gründe ist damit nicht abschliessend.

20 Die Autoren sowie der damals an der Erarbeitung federführend beteiligte Prof. Dr. med. W. Bettschart, Lausanne.

Gute und aussagekräftige Berichte sind ein unverzichtbares Instrument für die Behörde, bedingen aber einen beträchtlichen Zeitaufwand von Ärztin oder Arzt. Im Rahmen der TARMED-Tarifverhandlungen war dies einer der wenigen Bereiche, in denen die Sozialversicherer von sich aus signalisiert haben, dass sie zu einer angemessenen Honorierung bereit sind, um im Gegenzug verlässliche Entscheidungsgrundlagen erwarten zu können.

Auftragserteilung an ärztliche Gutachter

Die FMH hat 1997 dem BFF Namen und Adressen von möglichen Gutachterinnen und Gutachtern genannt. Wir haben diese Ärzte und Ärztinnen nicht systematisch befragt, ob und wie oft sie Gutachtensaufträge der Flüchtlingsbehörden erhalten haben. Aufgrund von dem, was wir spontan von ihnen gehört haben, und auch aufgrund von Kontakten mit Anwälten und der SFH entsteht dennoch der Eindruck, dass die Flüchtlingsbehörden im Vergleich zu den denselben Verfahrensgrundsätzen unterstehenden Sozialversicherern wie beispielsweise IV und Unfallversicherer offenbar auffallend selten Gutachtensaufträge erteilen. Häufig haben wir hingegen Fälle angetroffen, in denen die Flüchtlingsbehörde den Asylsuchenden aufgefordert hat, ein Privatgutachten beizubringen, statt den Gutachtensauftrag von Amtes wegen zu erteilen.

Wir formulieren unseren Kommentar indirekt: Wenn es nach Schweizer Recht für eine Behörde zulässig ist, sich der Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen durch die Aufforderung an die betroffene Person zur Einholung eines Privatgutachtens zu entledigen, dann verschleudern IV und Unfallversicherer gemäss UVG, die die Gutachten selbst in Auftrag geben, unnötig Steuergelder, was ein Fall für die Aufsichtsbehörde oder gar die Geschäftsprüfungskommission des Parlaments sein müsste.

Ungelöstes Problem: interkulturelle Übersetzung in der Arztpraxis und im Spital

«Dann äusserte der Arzt die Notwendigkeit, die Möglichkeit eines Hirntumors abzuklären. Da kamen Gülsen die Tränen und sie fand keine Worte mehr. Die Konsultation endete in gegen-

seitigem Unverständnis.» [21] Unabhängig von der Frage, ob Asylrecht gewährt werden wird oder nicht, bedürfen viele Asylsuchende einer psychosozialen Betreuung, sei es durch Ärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und/oder Sozialdienste. Eine möglichst frühzeitige Behandlung verbessert sowohl die Rückkehrfähigkeit als auch die Integration, sollten die Bewerbenden in der Schweiz aufgenommen werden. Angesichts der Entwurzelung entstehen – abgesehen von den zu verarbeitenden Traumatisierungen – neue Probleme durch die Konfrontation der Betroffenen mit einer ihnen unbekanntem Sprache, unbekanntem sozialen Strukturen und Regelungen, fremden Sitten und dem ungeahnten Wohlstand sowie dessen Angeboten im Alltag. Aber auch uns sind – mit ganz wenigen Ausnahmen – Sprache und Gebräuche, religiöse Bindungen und weitere kulturelle Eckwerte der Asylbewerber fremd. Um diese Hindernisse abzubauen, braucht es kulturelle und sprachliche Vermittlung durch geschulte Übersetzerinnen und Übersetzer [22].

Dass solche Übersetzungsdienste vermehrt eingesetzt werden sollten, wurde nun auch seitens der Politiker erkannt. Bleibt die Frage, wer solche Dienste im Rahmen der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden bezahlt. Trotz eines neuen Budgetpostens auf der einen Seite könnte aber ohne Zweifel andererseits erheblich eingespart werden bei den Behandlungskosten, da sinnvolle sprachliche Verständigung und besseres Erfassen der Persönlichkeit der fremden Patienten nicht mehr dazu führen würde, dass aufgrund der rudimentären Angaben unnötig viele Labor- und/oder Röntgenuntersuchungen veranlasst werden müssten und dass gleichzeitig eine effizientere medikamentöse Behandlung an Stelle eines Behandlungsversuches «ein wenig auf gut Glück» eingeleitet werden könnte. Für solche Übersetzungsdienste Familienangehörige – speziell Kinder, die in der Schule schneller in unsere Landessprache eingeführt werden – (vor allem in der ambulanten Behandlung) oder aber Personen aus dem gleichen Herkunftsland, die als Spitalangestellte tätig sind, einzuspannen, müsste auf eigentliche Notfallsituationen beschränkt bleiben. Sonst leidet die Qualität der Übersetzung, gewisse Inhalte kommen womöglich nicht zur Sprache, und das Patientengeheimnis [23] kann nicht gewahrt werden.

- 21 Meyer J. Übersetzungsdienst für Arztbesuche – Menschen aus fremden Kulturen haben bei Arztbesuchen häufig Verständigungsprobleme. Basler Zeitung, 24. 6. 1999.
- 22 Stuker R, Weiss R. Übersetzung und kulturelle Mediation im Gesundheitssystem. Neuenburg: Forum für Migrationsstudien; 1999.
- 23 So hat eine damals in der Schwangerschaftsberatungsstelle eines universitären Frauenspitals arbeitende Oberärztin HP. Kuhn vor einigen Jahren mitgeteilt, mangels professioneller Übersetzung seien sie darauf zurückgeworfen, die Frage einer operativen Sterilisierung der türkischen Frau mit Hilfe des alleine deutschsprechenden Ehemanns zu besprechen, der aber gerade in dieser Frage einem offensichtlichen Interessenkonflikt ausgesetzt sein kann.