

# DOSSIER HEILBERUFE

**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



Opfer Täter Helfende Experten

# VORWORT

50 Jahre Amnesty International – ein Jubiläum, das uns innehalten und zurückblicken lässt auf die letzten Jahre Menschenrechtsarbeit und anlässlich dessen die vierte Ausgabe des Dossier Heilberufe erscheint.

Mit dieser Informationsschrift wollen wir Ihnen die verschiedenen inhaltlichen Aspekte und konkreten Tätigkeitsschwerpunkte des Aktionsnetzes näher bringen. Sie wendet sich an Mediziner, Pflegepersonal, Psychologen und Psychotherapeuten – an alle Berufsgruppen, die in medizinisch-therapeutischen oder psycho-sozialen Bereichen tätig sind.

Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit ist ein zentrales Menschenrecht, das sich nicht auf eine angemessene Gesundheitsfürsorge beschränkt. Damit Menschen ein gesundes Leben führen können, sind Vorsorge-Maßnahmen ebenso notwendig wie der Zugang zu sauberem Wasser und annehmbaren sanitären Anlagen, eine Versorgung mit unbedenklicher Nahrung und Unterkunft sowie ein Zugang zu Informationen über sexuelle und reproduktive Rechte.

Im vorliegenden Heft werden Sie altbekannte Themen wieder finden, die in unserer Arbeit nach wie vor hochaktuell sind, und die wir daher erneut in das Bewusstsein der Leserschaft rücken möchten.

Neue Aspekte finden sich in der – durch zahlreiche Gesetze verschärften und dadurch national wie international restriktiver gewordenen – Menschenrechtspolitik und ihren Auswirkungen auf die Betroffenen. Interessante und zugleich erschreckende Einblicke eröffnen wissenschaftliche Erkenntnisse zu Menschenrechtsverletzungen und ihren Folgen. Dass Armut und soziale Benachteiligung gravierende Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit haben, ist

eine Tatsache, mit der Angehörige der Heilberufe in ihrer Arbeit konfrontiert sind und für die wir Wissen und Sensibilität vermitteln möchten.

Die laufende Amnesty International Kampagne „Demand Dignity“ rückt das Recht auf wirtschaftliche, soziale und kulturelle (WSK) Rechte des Menschen in den Fokus. Dies zeigt, dass der Begriff Menschenrechte heute eine weit umfassendere Definition und Dimension erhält. Angesichts der Vielzahl und Komplexität der in unserer Welt stattfindenden Menschenrechtsverletzungen benötigt es einen stetigen Informationsfluss und Kooperation zwischen den an ihrer Bekämpfung beteiligten Institutionen. Daher haben wir in den letzten Jahren zunehmend die Netzwerkbildung in der Menschenrechtsarbeit gefördert, um vorhandene Kräfte zu bündeln und zu ergänzen.

Das Amnesty-Jubiläum soll nicht nur Rückblick, sondern auch kritische Selbstreflexion und Standortbestimmung sein. Die Situation der Menschenrechte hat sich in den vergangenen Jahren global nicht durchdringend verbessert. Eine positive Entwicklung ist die Einrichtung des Internationalen Strafgerichtshofs, zeigt sie doch eine höhere Bereitschaft, schwere Menschenrechtsverletzungen international zu ächten und zu bestrafen. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass schwere Kriegsverbrechen und Folter seltener werden.

Bedingt durch unsere Profession als Angehörige der Heilberufe richtet sich unser Blick auf die weniger offensichtlichen Menschenrechtsverletzungen wie die Einhaltung der WSK-Rechte und das Recht auf Gesundheit in allen seinen Facetten.

Sie können uns dabei helfen, indem Sie aktives Mitglied im Aktionsnetz Heilberufe werden oder uns als finanzielle Förderer unterstützen.

Amnesty International  
www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de  
Telefon 02 28 / 9 83 73-0  
Telefax 02 28 / 63 99 36

© Amnesty International 2011  
V.i.S.d.P.: Petra Fischer  
Redaktion: Petra Fischer, Peter Boppel, Udo Sokoll, Ulrike Heckl  
Satz & Gestaltung: kipconcept GmbH, Bonn  
Druck und Bindung: Hundt Druck GmbH, Köln  
Titelbild: © ProjectPhotos  
Erscheinungsdatum: 1. 10. 2011

# DAS AKTIONSNETZ HEILBERUFE

Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe ist Teil eines weltweiten Aktionsnetzes innerhalb Amnesty Internationals. Es besteht aus Angehörigen der so genannten Heilberufe. Dies ist der Oberbegriff für alle Berufsgruppen, die im medizinisch-therapeutischen oder psychosozialen Bereich tätig sind. Die Heilberufe (engl.: health professionell) umfassen neben Ärzten auch die Gesamtheit der in Pflegeberufen arbeitenden Personen, zudem Psychologen, Psychotherapeuten sowie Angehörige aller Disziplinen, die in einem therapeutischen Prozess mitarbeiten, etwa Ergo-, Kunst- und Sprachtherapeuten.

Als themenspezialisierte Gruppe ist es unser Ziel, die fachliche Identität und Kompetenz von Angehörigen der Heilberufe bezüglich der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Folter und anderen Formen organisierter staatlicher Gewalt in die Arbeit von Amnesty International einzubringen. Unsere Berufsgruppen stehen in einem besonderen Spannungsfeld, da sie im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen Opfer, Täter, Helfende und Experten sein können.

## OPFER VON MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Heilberufler gehören zu einer besonders gefährdeten Berufsgruppe. Sie kommen berufsbedingt unmittelbar mit den Folgen von Menschenrechtsverletzungen in Berührung. Daher geraten sie in Gefahr, von Verfolgerstaaten und nichtstaatlichen politischen Gruppen vereinnahmt oder unter Druck gesetzt zu werden. Wenn sie im Rahmen der Ausübung ihres Berufes Menschenrechtsverletzungen dokumentieren und deren Opfer behandeln oder sich weigern, bei Menschenrechtsverletzungen mitzuwirken bzw. falsche Dokumentationen zu verfassen, sehen sie sich oft selbst Verfolgung und Misshandlung ausgesetzt.

## TÄTER VON MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Leider beugen sich immer wieder Heilberufler – häufig gegen ihre Überzeugung – den Drohungen repressiver Staaten und Gruppierungen und werden so zu Tätern oder Mitwirkenden bei Menschenrechtsverletzungen. Sie beteiligen sich an Hinrichtungen oder Folterungen, an Zwangsamputationen, Organentnahmen bei Hinrichtungsoffern, an Genitalverstümmelungen und anderen schweren Misshandlungen. Heilberufler sind – unter missbräuchlicher Verwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse – oft maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung psychologisch verfeinerter Folter- und Repressionsmethoden beteiligt.

## HELFENDE NACH MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Häufig kommen Angehörige der Heilberufe als erste mit den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von

Menschenrechtsverletzungen sowie von Flucht und Exil in Berührung. Sie haben daher eine besondere Verantwortung bei der Diagnostik und Begutachtung der gesundheitlichen Auswirkungen. Darüber hinaus erfordern die gravierenden und nachhaltigen Folgen der seelischen und körperlichen Traumatisierung eine qualifizierte Beratung, Behandlung und Rehabilitation.

## EXPERTEN BEI MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Heilberufler setzen das in Ausbildung und Praxis erworbene Wissen und ihre Erfahrung ein, um Ursachen, Ablauf und Folgen von Menschenrechtsverletzungen aufzudecken, einen Beitrag zu deren wissenschaftlicher Erforschung zu leisten und zukünftigen Menschenrechtsverletzungen vorzubeugen. Dazu gehören z. B. die Feststellung von Folterspuren und/oder Todesursachen, die Erstellung von gerichtstauglichen ärztlichen oder psychologischen Untersuchungsdokumenten und die Begutachtung von Folgeschäden.

## WIE WIR ARBEITEN

Neben den Brief- und E-Mail-Aktionen mit heilberuflichem Hintergrund gehören die Aufklärung der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen sowie der Kontakt zu den Standesorganisationen der Berufsgruppen zu unseren Tätigkeitsschwerpunkten.

In der Bundesrepublik besteht das Aktionsnetz Heilberufe seit 1979 mit derzeit etwa 25 aktiven Mitgliedern, die sich zweimal jährlich treffen. Die/der gewählte Sprecher/in ist offizieller Ansprechpartner für Anfragen an das Aktionsnetz und Koordinator der Arbeitsschwerpunkte. Es gibt Referenten für die Briefaktionen, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Finanzen.

Die halbjährlichen Tagungen finden in der Regel an einem Wochenende im Frühjahr und Herbst mit wechselnden Tagungsorten statt. Sie bestehen meist aus einem öffentlichen Teil mit Vortrag oder Podiumsdiskussion und einem nicht öffentlichen, internen Teil. Im Rahmen des öffentlichen Teils werden laufende Projekte und Aktivitäten vorgestellt. Hier besteht die Möglichkeit, sich über das Thema Heilberufe und Menschenrechtsarbeit zu informieren oder mit uns in Kontakt zu treten, und es bietet sich ein Forum für qualifizierten Austausch.

Die Teilnahme am internen Teil der Tagung ist Mitgliedern des Aktionsnetzes vorbehalten. Da das Aktionsnetz Teil der deutschen Amnesty-Sektion ist, müssen alle, die aktiv mitarbeiten wollen, Amnesty-Mitglied sein.

Aktuelle Themen werden diskutiert, neue Arbeitsschwerpunkte festgelegt und Aufgaben verteilt. In den Monaten zwischen den Halbjahrestreffen stehen die Mitglieder in regelmäßigem Kontakt, hauptsächlich via Internet und E-Mail-Forum. Hier werden laufende Aktionen koordiniert, aktuelle Themenschwerpunkte diskutiert sowie die Ergebnisse der auf den Halbjahrestagungen verteilten Aufgaben und Recherchen ausgetauscht.

#### NETZWERKE

Auf regionaler wie überregionaler Ebene stehen wir in Kontakt mit anderen Amnesty International-Gruppen, da es häufig überschneidende oder ergänzende Themenschwerpunkte gibt. Diese Zusammenarbeit kann zu gemeinsamen Veranstaltungen oder Aktionen genutzt werden.

Häufig wird unsere Expertise in Bezug auf medizinische und psychosozialen Fragen im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen angefragt. So führt die Kontaktaufnahme zu unserer Gruppe zu Austausch und Kooperation anderer Gruppen oder Institutionen, die medizinisch-therapeutische oder psychosoziale Menschenrechtsarbeit leisten.

Nicht nur auf nationaler Ebene besteht ein intensiver Austausch, z. B. mit der Bundesweiten Arbeitsgemein-

schaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), sondern auch international stehen wir im Kontakt zu Institutionen, die therapeutische Arbeit für Folterüberlebende leisten, z. B. in der Türkei und im Irak. Diese Institutionen werden zum Teil finanziell unterstützt, z. B. durch Therapiekostenübernahme für einzelne Klienten oder Übernahme von Nebenkosten, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses entstehen (Dolmetscher, Fahrtkosten, Visa).

Ideelle Unterstützung leisten wir durch Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit im Ausland, Vermittlung von Expertenwissen und finanzielle Unterstützung der Fort- und Ausbildung weiterer Therapeuten. Auf diese Weise sind wir ein aktiver Teil des internationalen Health-Professional Networks von Amnesty International.



#### Die Autorin:

Dr. med. Petra Fischer arbeitet als Fachärztin für Anästhesie im Krankenhaus in Köln und hat zwei Kinder. Sie ist seit 1996 Mitglied des Aktionsnetzes Heilberufe und seit 2001 dessen Kassenwartin und Finanzreferentin.

## MENSCHENRECHTE PFLEGEN – DER ETHIK-KODEX DES INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN)

#### DIE MENSCHENRECHTSORGANISATION AMNESTY INTERNATIONAL

Nach dem Grauen des 2. Weltkrieges verabschiedeten die Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Doch in vielen Ländern ist diese Erklärung ein Stück Papier geblieben. Jeden Tag werden weiterhin Menschenrechtsverletzungen unterschiedlichster Art verübt – oftmals im Auftrag der Regierungen, vielfach mit Wissen, Zustimmung und aktiver Beteiligung von Juristen, Ärzten und auch Pflegenden.

1961 initiierten der englische Rechtsanwalt Peter Beneson und engagierte Freunde die Kampagne „Appeal for Amnesty“. Ziel dieser Kampagne war es, auf die Situation von politischen gewaltlosen Gefangenen aufmerksam zu machen. Der Appell erfuhr eine große Resonanz und in kurzer Zeit bildeten sich zahlreiche kleinere Gruppen, die Gefangene adoptierten und deren Angehörige betreuten.

Schließlich gründeten sich weltweit nationale Sektionen, die der Organisation den Namen Amnesty International (AI) gaben und den 10. Dezember zum Tag der Menschenrechte erklärten. Heute zählt ai in über 150 Staaten 2 Millionen Mitglieder und Förderer.

#### AKTIONSNETZ DER HEILBERUFE

Innerhalb der Menschenrechtsorganisation haben sich weltweit Arbeitsgruppen gebildet, die sich für eine spezifische Gruppe von bedrohten Menschen einsetzen. Auch in Deutschland haben sich ai-Mitglieder zusammengeschlossen. Sie setzen sich zum Beispiel für den Schutz von Frauen ein, die von sexueller Gewalt bedroht sind oder sie leidvoll erfahren haben. Andere Arbeitskreise konzentrieren sich auf die Situation von Flüchtlingen und Asylbewerbern oder machen immer wieder auf die menschenverachtende Ausübung von Folter und Todesstrafe

aufmerksam und fordern deren weltweite Ächtung. Weitere Arbeitskreise haben sich in berufsspezifischen Netzwerken konstituiert, so das 1974 gegründete International Health Professional Network. 1979 gründeten ärztliche und psychologische Berufsvertreter in der BRD einen Arbeitskreis, dem sich später die Berufsgruppe Pflege anschloss. Heute trägt dieser Arbeitskreis den Namen „Aktionsnetz der Heilberufe“. Die Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe machen mittels dieses Netzwerkes auf die weltweiten Menschenrechtsverletzungen aufmerksam, setzen sich für betroffene Kolleginnen und Kollegen ein und für das Recht auf gesundheitliche Versorgung.

### WAHRUNG UND MISSACHTUNG DER MENSCHENRECHTE

Auch der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger, International Council of Nurses (ICN), dem Pflegenden in 128 Ländern angehören, sieht Pflege untrennbar mit der Achtung der Menschenrechte verbunden.

Der ICN appelliert an alle Berufsorganisationen und -vertreterInnen, politische und soziale Verantwortung zu übernehmen. Im Rahmen des 1953 erstmals verfassten und 2005 zuletzt überarbeiteten Ethik-Kodex fordert der ICN diese Berufsgruppen und jeden einzelnen Berufsangehörigen auf, sich an diesen Kodex zu halten und für die Rechte und die Würde der zu pflegenden Menschen und der Pflegekollegen/innen einzutreten.

Der Kodex beruht auf vier grundlegenden Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern. Weiter ist in der Präambel festgehalten: „Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“

Die o. g. vier Grundelemente, „die den Standard ethischer Verhaltensweisen bestimmen“, sind im Einzelnen:

#### 1. PFLEGENDE UND IHRE MITMENSCHEN

Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.

Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden. Die Pflegenden gewährleisten, dass der pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf

die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.

Die Pflegenden behandeln jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.

Die Pflegenden teilen mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zugunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

Die Pflegenden sind auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Missachtung und Zerstörung.

#### 2. PFLEGENDE UND DIE BERUFSAUSÜBUNG

Die Pflegenden sind persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.

Die Pflegenden achten auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.

Die Pflegenden beurteilen die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.

Die Pflegenden achten in ihrem persönlichen Verhalten jederzeit darauf, das Ansehen des Berufes hochzuhalten und das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflege zu stärken.

Die Pflegenden gewährleisten bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

#### 3. PFLEGENDE UND DIE PROFESSION

Die Pflegenden übernehmen die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.

Die Pflegenden beteiligen sich an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, die auf Forschungsergebnissen basieren.

Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegenden dafür ein, dass sichere, sozial gerechte und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

#### 4. PFLEGENDE UND IHRE KOLLEGINNEN

Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit ihren Mitkolleginnen und mit den Mitarbeitenden anderer Bereiche. Die Pflegende greift zum Schutz des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft ein, wenn deren Wohl durch eine Kollegin oder eine andere Person gefährdet ist. (www.icn.ch).

#### FAZIT

Pflegende sind Mitwisser, vielleicht auch Mitwirkende, von unethischen und würdelosen Verhältnissen und Handlungen; Pflegende werden aber auch Opfer von Menschenrechtsverletzungen wie das achtjährige Martyrium der fünf bulgarischen Krankenschwestern und des palästinensischen Arztes in Libyen deutlich macht. Die Krankenschwestern und der Arzt wurden 1999 inhaftiert, weil sie angeblich 426 libysche Kinder in einem Krankenhaus absichtlich mit HI-Virus infiziert hatten. 2004 wurden sie zum Tode verurteilt, später wurde das Urteil in lebenslange Haft umgewandelt. Schließlich wurden sie

2007 freigelassen bzw. gegen eine Entschädigung in Millionenhöhe für die Familien der Infizierten „freigekauft“. In der Haft waren sie immer wieder gefoltert worden.

Pflegende und ihre Berufsverbände tragen eine große Verantwortung – für die Gesellschaft, für die Mitmenschen, für die Berufsgruppe, für sich selber. Die Wahrung der Menschenrechte und des Ethik-Kodex sollten im Großen und im Kleinen das Handeln und Verhalten, die Haltung und das Denken leiten.



#### Die Autorin:

Dr. Gudrun Piechotta-Henze ist Krankenschwester, Soziologin (M.A.) und als Professorin für Pflegewissenschaft an der Alice Salomon-Hochschule in Berlin tätig.

E-Mail: piechotta@ash-berlin.eu

## BRIEFE KÖNNEN MAUERN SPRENGEN

Shareef Cousin war 17 Jahre alt, als der Staat seinem Leben ein Ende setzen wollte. Doch Cousin lebt. Auch, weil sich so viele Menschen weltweit für den jungen Mann eingesetzt haben. „Ich hätte nie erwartet“, schrieb Shareef Cousin, „dass mich so viele Menschen unterstützen würden.“ Der Mann war zum Tode verurteilt, saß nach einem äußerst fehlerhaften Prozess in der Todeszelle in den USA. Er war gerade einmal 17 Jahre alt. Amnesty-Mitglieder und -Unterstützer reagierten damals sofort und schickten unzählige Briefe.

Shareef Cousin ist nur einer von Tausenden Menschen, für die sich Amnesty International eingesetzt hat und immer noch einsetzt. Auch das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe in Deutschland arbeitet mit solchen regelmäßigen Appellbrief-Aktionen.

Wenn Sie sich an unseren Briefaktionen beteiligen, erhalten Sie, je nach Wunsch, monatlich oder alle drei bis vier Monate vorbereitete Appellbriefe mit Hintergrundinformationen zu zwei Fällen. Diese Briefe müssen Sie nur noch mit Ihrer Absender-Adresse, Datum und Unterschrift versehen und an die angegebenen Adressen schicken. Sie können dies per Fax oder per Brief tun.

Wie entstehen solche Appellbrief-Aktionen?

Sie basieren auf Informationen der Research-Abteilung des Internationalen Sekretariats von Amnesty International in London. Dabei legen die Amnesty-Mitarbeiter größten Wert auf die Genauigkeit der verbreiteten Informationen. Alle Angaben zu den Personen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen sind oder es zu werden drohen, stammen aus mindestens zwei unabhängigen Quellen.

Meistens engagieren wir uns im Rahmen der Briefaktionen für Menschen mit Bezug zu den Berufsgruppen der Heilberufe. So geht es zum Beispiel um die medizinische Versorgung in Gefängnissen, um die Forderung, eine Behandlung nicht im Gefängnis, sondern im Krankenhaus zu gewährleisten, um die Verbesserung der oft unmenschlichen Haftbedingungen oder auch darum, geistig behinderte und psychisch kranke Straftäter vor der Hinrichtung zu bewahren. Zudem engagieren wir uns für Kolleginnen und Kollegen aus den Heilberufen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen sind.

Nun fragen Sie sich sicherlich: Haben solche Aktionen Erfolg? Es sind ja nur Briefe.

Ja, diese Briefe haben Erfolg! Shareef Cousin zum Beispiel wurde freigelassen, die Vorwürfe gegen ihn hielten einer Überprüfung nicht stand. Aktionen wie

diese zeigen, welche Wirkung Ihr Engagement haben kann. Die jahrzehntelange Erfahrung von Amnesty International mit diesen Appellbrief-Aktionen haben gezeigt, dass es in etwa der Hälfte der Fälle durch den öffentlichen Druck, der hinter solchen Briefaktionen steht, zu Erfolgen kommt. Das kann die Verbesserung der Haftbedingung sein, die unabhängige Untersuchung von Foltervorwürfen, die oft in Anklagen gegen die Folterer münden, das kann die Verhinderung einer Hinrichtung sein oder gar die Freilassung eines gewaltlosen politischen Gefangenen.

Oft spricht sich auch innerhalb eines Gefängnisses herum, dass zugunsten eines Gefangenen Briefe bei staatlichen Stellen oder im Gefängnis eingehen. Dies führt immer wieder dazu, dass er von den Wärtern besser behandelt wird. Und vor allem ist es für ihn eine große moralische Unterstützung. Er weiß: Ich bin nicht vergessen, die Welt interessiert sich für mein Schicksal.

Shareef Cousin ist ein Beispiel für die große psychologische Wirkung von Briefen: „Bevor Ihr mir den Rücken gestärkt habt, habe ich alleine gekämpft. Jetzt weiß ich, dass sich jemand um mich kümmert. Und das allein hilft schon, das Leben hinter Gittern zu ertragen.“

Sie können davon ausgehen, dass Ihre Appellbriefe nicht im Papierkorb eines Präsidenten oder Ministers landen werden. Staatlichen Stellen in sehr vielen Ländern, egal ob Demokratie oder Diktatur, registrieren die Appellbriefe sehr genau, mitunter erhalten Sie auch eine Antwort. Wir bitten Sie, diese an uns weiterzuleiten, sie werden vom Research-Team in London ausgewertet.

Haben Sie Interesse an der Teilnahme an unserem Briefnetz? Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit! Sie können wählen, ob Sie monatlich per E-Mail eine Appellbrief-Aktion zugesandt bekommen oder alle drei bis vier Monate zwei Fälle per Post.

Für beide Formen der Appellbrief-Aktionen des Amnesty-Aktionsnetzes Heilberufe wenden Sie sich bitte an:

**MedicalActions@ai-aktionsnetz-Heilberufe.de**



**Die Autorin:**

Dr. Ulrike Augustin ist als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in München niedergelassen. Sie ist langjähriges Mitglied im Aktionsnetz Heilberufe.

# BEHANDLUNG UND BERATUNG VON ÜBERLEBENDEN DER FOLTER UND FLÜCHTLINGEN IN DEUTSCHLAND —

## ZUSAMMENARBEIT MIT DER BUNDESWEITEN ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF)

Menschen, die in unserem Land Schutz vor Folter und Menschenrechtsverletzungen suchen, werden bei uns zu „Asylbewerbern“. In unserer Kultur wird derzeit mit diesem Begriff eher Bedrohung als Schutzbedürftigkeit verbunden. Schutz und Hilfe für Bedrohte und Fremde ist jedoch ein uraltes Kulturgut, welches wir uns bewahren und nicht weg-verwalten lassen sollten.

### GESUNDHEIT UND MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Gesundheit bedeutet mehr als Freiheit von Krankheit, Schmerz und unnatürlichem Tod. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechlichkeit“. Organisierte Gewalt wird von der

Weltgesundheitsorganisation als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet. Für die Betroffenen bedeutet sie eine Aufeinanderfolge von extremem Stress und wiederholten Traumatisierungen und mündet meist in Vertreibung, Exil und dem Verlust kultureller Zugehörigkeit. Organisierte Gewalt hinterlässt tiefe Spuren in Körper und Seele der Menschen: Sie beeinträchtigt das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden sowohl des Individuums, als auch seiner Familie sowie seiner gesamten menschlichen und sozialen Beziehungen und der Gesellschaft als Ganzem.

### **PSYCHOSOZIALE ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER**

Diese Einrichtungen behandeln und betreuen Menschen, die von schweren Menschenrechtsverletzungen betroffen sind. Es sind vor allem schwer traumatisierte Flüchtlinge aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten, Opfer staatlich organisierter Gewalt und Folter sowie Flüchtlinge, die in Deutschland Opfer rassistisch motivierter Gewalt wurden.

Die angebotenen Hilfen umfassen eine Kombination psychotherapeutischer, sozialer, pädagogischer und medizinischer Methoden. Hinzu kommen medizinische und psychologische Diagnostik, tätige und lebenspraktische Unterstützung sowie Hilfe zu Selbsthilfe und Selbstorganisation der Betroffenen. Daneben gehört – in den letzten Jahren vermehrt – das Erstellen von Gutachten oder Stellungnahmen für Verwaltungsgerichte oder Behörden zu den Aufgaben der MitarbeiterInnen der Behandlungszentren.

**Die spezialisierte Versorgung umfasst ein komplexes Leistungsspektrum: sie muss neben der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung auch die soziale und kulturelle Integration in die Gesellschaft, Vernetzungs- und Lobbyarbeit beinhalten und erfordert daher einen multiprofessionellen Ansatz**

### **DIE BUNDESWEITE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF)**

Die BAFF ist der Zusammenschluss der Organisationen und Initiativen, die sich die soziale, psychologische und medizinische Versorgung und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern von organisierter staatlicher Gewalt zur Aufgabe gemacht haben. Die BAFF fühlt sich der Wahrung der Menschenrechte verpflichtet. Sie fordert, dass die Gesellschaft ihrer Verantwortung für die in Deutschland Schutz suchenden Flüchtlinge und Opfer von Menschenrechtsverletzungen gerecht wird (siehe Kasten).

Durch Dokumentation, Veröffentlichungen und im Gespräch mit Verantwortlichen versucht die BAFF, eine aufenthaltsrechtliche Neuregelung im Sinne einer humanitären Lösung für schwersttraumatisierte Opfer von Folter und Menschenrechtsverletzungen zu erreichen.

Die Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass die Zentren ihre Expertise in Form von Gutachten oder Stellungnahmen zur Verfügung stellen. Die BAFF hat deshalb Richtlinien für die Untersuchung von Folteropfern erarbeitet und an der Erarbeitung professioneller Standards für die Begutachtung mitgewirkt, um einem Netzwerk aus HeilberuflerInnen die Arbeit zu erleichtern, aber auch um eine angemessene Versorgung zu garantieren.

Seit 2006 entsteht eine „Kritische Reflexion über die Praxis der Begutachtung von psychoreaktiven Traumafolgen bei Flüchtlingen und die Rolle der Heilberufler im Asylverfahren“. Hier wird zum ersten Mal der Versuch gemacht, aus juristischer, psychologisch-medizinischer Sicht und mit dem Ziel des „größtmöglichen Schutzes der Menschenrechte“ eine ausführliche Bewertung der derzeitigen Praxis vorzunehmen.

Die Tatsache, dass Asylpolitik zunehmend auf der europäischen Ebene verhandelt wird und die Probleme sich immer mehr an die Außengrenzen Europas verlagern, haben uns veranlasst, auch unsere Arbeit über die Grenzen hin-

### **DIE BUNDESWEITE ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF) VERFOLGT DIESE ZIELE:**

1. Förderung der Vernetzung und Kooperation der Psychosozialen (Behandlungs-)Zentren auf nationaler und internationaler Ebene.
2. Stärkung des fachlichen Austausches.
3. Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb der Psychosozialen Zentren durch Fortbildung, Fachtagungen und Zusammenarbeit mit Ausbildungsinstituten.
4. Beratung der (Fach-)Öffentlichkeit (telefonischer und schriftlicher Service, Website).
5. Vermittlung von Expertise für Fachtagungen, Entscheidungsträger etc.
6. Förderung der engen Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Sozialwesen sowie weiteren öffentlichen Interessenvertretern und europäischen Institutionen.
7. Lobbytätigkeit zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von Überlebenden von Folter und Menschenrechtsverletzungen.
8. Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, um eine gemeinsame Dokumentation von Folterfolgen, Standards für die Prävention und für die Behandlung zu erreichen und Empfehlungen bezüglich der Umsetzung der Richtlinien zu erarbeiten.



weg besser zu vernetzen. So kommt es z. B. vermehrt zur Situation, dass KlientInnen aufgrund der Dublin Konvention während einer Behandlung in ein Land abgeschoben werden, in dem es keine spezialisierten Behandlungseinrichtungen gibt. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist damit die europaweite Vernetzung geworden. In unserer neuesten Publikation „Good Practice in the Care of Victims of Torture“, Karlsruhe, 2010 – welche zur Zeit leider nur in englischer Sprache zur Verfügung steht – werden die Arbeits- und Behandlungsmethoden von sechs europäischen Zentren anhand von Beispielen aufgezeigt, aktuelle Themen der Betreuung und Behandlung diskutiert und gemeinsame Empfehlungen begründet dargelegt.

Durch die Kampagne „beHandeln-statt-verwalten (www.behandeln-statt-verwalten.de)“ versucht die BAFF, auf die Notwendigkeit der Weiterfinanzierung der Zentren aufmerksam zu machen. Bislang wird das Behandlungsangebot in Deutschland zu einem großen Teil instabil aus EU-Projektgeldern finanziert. Die Kampagne fordert: Die Sicherstellung des frühzeitigen Erkennens der körperlichen und seelischen Erkrankungen bei schutzbedürftigen Flüchtlingen, den gesicherten Zugang zu qualifizierter Behandlung und die weitere Sicherung einer Versorgung, die neben der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung auch die soziale und kulturelle Integration in die Gesellschaft beinhaltet.

#### **DAS EUROPÄISCHE NETZWERK DER ZENTREN FÜR FOLTEROPFER UND OPFER SCHWERER MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN (NETWORK OF EUROPEAN REHABILITATION CENTRES FOR SURVIVORS OF TORTURE)**

Durch die Initiative der BAFF ist im Jahr 2002 ein europäisches Netzwerk (www.european-network.org) entstanden. Ziel ist es, den fachlichen Austausch, den Vergleich von Behandlungsmethoden, gemeinsame Dokumentations- und Forschungsprojekte, vor allem aber die Lobbyarbeit in den europäischen Institutionen voranzubringen. Die inhaltliche Arbeit geschieht in sechs Arbeitskreisen, die vorrangig via Internet und E-Mail kommunizieren. Einmal im Jahr findet eine Konferenz statt, bei der gemeinsame Schritte geplant werden.

Ein konkretes Ergebnis, das von der Gruppe „Legal Advice and Advocacy“ erarbeitet wurde, sind die *Empfehlungen zur Umsetzung der EU Aufnahme richtlinie* ([http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91&Itemid=166](http://www.baff-zentren.org/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=166)). Die EU Direktiven zur Aufnahme von Asylbewerbern schreiben erstmals die Behandlung von Opfern von Folter, Vergewaltigung und andern Gewalttaten rechtlich fest. Sie sollten seit 2005 in nationales Recht übertragen werden. In Deutschland wurde jedoch bisher, wie auch in einem Evaluationsbericht angemahnt, noch gar kein Verfahren zur Identifikation besonders schutz-

bedürftiger Menschen eingerichtet. Ohne diese Identifikation jedoch läuft das Ziel der Richtlinie – die Garantie der nötigen Behandlung – ins Leere. In Zusammenarbeit mit anderen Partnern wird die BAFF dieses und andere Anliegen in ihrer Kampagne beHandeln-statt-verwalten aufgreifen ([www.behandeln-statt-verwalten.de](http://www.behandeln-statt-verwalten.de)). Die Kampagne versucht an konkreten Beispielen die Lücken in der Gesundheitsversorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen aufzuzeigen und konkrete Veränderungen vorzuschlagen. Diese sollen ab Ende 2011 vorgestellt und mit Entscheidungsträgern diskutiert werden.

#### **ZUSAMMENARBEIT MIT AMNESTY INTERNATIONAL**

Seit der Entstehung des ersten Zentrums vor 25 Jahren in Frankfurt gibt es eine enge Verknüpfung mit Amnesty International und dem Aktionsnetz der Heilberufe, dessen deutsche Arbeitsgruppe etwa zur gleichen Zeit gegründet wurde. Die regelmäßige Mitarbeit von Vertretern der Zentren im Aktionsnetz ist für beide Seiten eine große Bereicherung. Darüber hinaus hilft die BAFF Flüchtlingen, u. a. infolge wertvoller Impulse durch Amnesty International, eine Stimme im öffentlichen Raum zu finden. Mit dem Projekt reagieren wir auf ihr Bedürfnis, die Erlebnisse von Gewalt, Flucht sowie des Lebens im Exil mitzuteilen, Schrecken und Leid, aber auch die Hoffnung auf ein neues Leben in die Öffentlichkeit zu tragen und für nachfolgende Generationen zu dokumentieren. Auf der Website [www.write-to-life.de](http://www.write-to-life.de) können Interessierte am persönlichen Schicksal sowie den Geschichten und Gedichten der ZeitzeugInnen teilhaben und mehr über Hintergründe zur politischen Lage der jeweiligen Heimatländer erfahren.

Auch in Zukunft wird eine intensive Zusammenarbeit mit Amnesty International und den Verbänden der heilenden Berufe notwendig sein, um unsere spezialisierte Arbeit mehr in die gesundheitliche Regelversorgung einzugliedern. Die uneingeschränkte gesundheitliche Versorgung von Opfern von Folter und Menschenrechtsverletzungen sollte in Deutschland zu einer Selbstverständlichkeit werden.



#### **Die Autorin:**

Elise Bittenbinder ist Diplom Pädagogin und Psychotherapeutin für Systemische Familientherapie, Hypnotherapie, Strategic Therapy und EMDR. Seit 1988 arbeitet sie als Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt: Trauma, Opfer von Gewalt und Folter zunächst im Therapiezentrum für Folteropfer Köln und inzwischen bei Xenion in Berlin. Sie ist die Vorsitzende der BAFF und Chairperson des Europäischen Netzwerkes.

# DIE LEBENSBEDINGUNGEN VON TRAUMATISIERTEN FLÜCHTLINGEN VERLETZEN DAS RECHT AUF GESUNDHEIT

*„In meiner Heimat haben sie mich mit Stöcken geschlagen, hier schlagen sie mich mit Watte.“*

Flüchtlinge, solange sie nicht anerkannt sind, unterliegen erheblichen rechtlichen und sozialen Einschränkungen. Dahinter steht das Paradigma der Abschreckung. Sie sollen das Gefühl erhalten, nicht willkommen zu sein. Wer allerdings um sein Leben fürchtet, lässt sich von solchen Bedingungen zunächst nicht abschrecken, sondern versucht sich anzupassen, in der Hoffnung, diese schwierigen Lebensbedingungen bald zu überwinden und zu einem normalen Leben zurückzukehren. Wenn dieses „Leben im Ausnahmezustand“ allerdings zum Alltag wird und keine Hoffnungen auf Besserung aufweist, werden auch die gesündesten Menschen krank. Das gilt besonders für traumatisierte Menschen, die durch ihre erlittenen Gewalterfahrungen besonders verletzlich geworden sind.

Beispiel: Ein junger Mann aus S. geriet in seiner Heimat in Streit mit korrupten Kommunalbeamten, die ihn zwingen wollten, das knappe Wasser der Dorfbewölkerung in ihre privaten Haushalte umzulenken. Als er bei einer Protestveranstaltung der Bevölkerung dieses Ansinnen öffentlich machte, wurde er verhaftet und einen Monat lang in Polizeihaft ohne Anklage festgehalten, wo er schweren Misshandlungen und Erniedrigungen ausgesetzt war. Als ihm nach seiner Freilassung eine erneute Verhaftung drohte, floh er nach Deutschland. Hier war er zunächst einmal völlig unauffällig, lernte schnell die deutsche Sprache, fing nach einem Jahr an zu arbeiten und engagierte sich in einer Kirchengemeinde. Seine Erinnerungsbilder konnte er durch eigene Strukturierung im Alltag recht bald selbst kontrollieren. Aufgrund seiner schnell erlernten Deutschkenntnisse konnte er viele seiner Mitbewohner unterstützen und ihnen helfen. Als Asylberechtigter wurde er allerdings nach 2 Jahren abgelehnt, weil er in kleinen Details widersprüchliche Angaben gemacht hatte. Ihn in seine Heimat zurückzuschicken, war den Behörden jedoch nicht möglich, weil die dortige Administration solche „rebellischen“ Personen nicht wieder aufnehmen wollen. Seit 9 Jahren lebt nun dieser junge Mann am Rande unserer Gesellschaft mit einer sogenannten „Duldung“. Er ist gezwungen, in einer Gemeinschaftsunterkunft auf 4,5 qm zusammen mit 3–4 anderen ihm fremden Menschen zu leben. Dort kommt es immer wieder zu gewalttätigen Konflikten der Bewohner untereinander. Er darf ohne

Erlaubnis den Landkreis aufgrund der Residenzpflicht nicht verlassen und Freunde besuchen, denen er vertrauen kann. Ihm wurde die Arbeit entzogen wie auch sein Taschengeld, die einzige Bargeldquelle, weil er angeblich nicht an seiner Rückkehr mitarbeitet. Entsprechend bekommt er nur noch Sachleistungen. Denkt er an seine Folterer bekommt er sofort Schweißausbrüche, Angstzustände, und die Bilder von seiner Misshandlung stehen ihm wieder vor Augen. Er erlebt, wie nachts Mitbewohner aus der Unterkunft von der deutschen Polizei mitgenommen werden und nicht mehr zurück kommen. Er stellt sich ständig vor, der Nächste zu sein. Gerüchte und Halbwahrheiten, die in dieser abgeschlossenen Welt kursieren, kann er nicht mehr als wahr oder falsch unterscheiden. Er zieht sich mehr und mehr zurück, kreist mit seinen Gedanken nur noch um seine Bedrohung und wird auf diese Weise paranoid. Er versteckt sich mitten im Winter im Wald, wird dort aufgefunden und landet schließlich in einer psychiatrischen Klinik.

Die komplexe psychische Situation von traumatisierten Menschen ist gekennzeichnet durch den erzwungenen Verlust ihrer Heimat, der Verarbeitung ihrer Gewalterfahrung, der Anpassung an eine neue Kultur, das erneute Verwurzen in einer anderen fremden Gesellschaft und mit der isolierenden sozialen und rechtlich eingeschränkten Situation zurecht zu kommen. Traumatische Erlebnisse wirken allerdings besonders dann weiter, wenn Betroffene keine Anteilnahme erfahren und nicht bald zum normalen Alltag zurückkehren können.

Die rechtlichen und sozialen Exilbedingungen wie Zwangsunterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, das Verbot, sich frei bewegen zu können, die häufig widersprüchlichen und nicht zu verstehenden Vorschriften für Flüchtlinge und Asylbewerber (Rechtsdschungel), die Abschiebepaxis vermitteln diesen Menschen,

1. dass sie keine Sicherheit haben,
2. keine stabilen Lebensverhältnisse erwerben können,
3. von einer kaum zu durchdringenden Bürokratie abhängig zu sein,
4. ständig bevormundet zu werden,
5. ständig kontrolliert zu werden,
6. Ohnmacht und Perspektivlosigkeit ständig erfahren müssen,
7. das Gefühl, nicht gewollt zu sein.

Die Klagen dieser Menschen über nicht mehr aushaltbaren Lärm (besondere Sensibilität für äußere Einflüsse), über gefängnisähnliche Bauten und Enge in den Zwangsgemeinschaften, über fehlende individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, über Gerüchte und permanente widersprüchliche Informationsüberflutung verhalten meist ohne Resonanz. Sie befürchten hineingezogen zu werden in gewaltsame Konflikte als Zeugen oder Mittäter und erleben die Anwesenheit von Polizei als ängstigend. Die früheren schrecklichen Erinnerungen werden ständig getriggert, mit der Zeit können die traumatisierten Menschen zwischen Realität und Bilder nicht mehr unterscheiden. Entweder schalten sie ab (lernen, ständig zu dissoziieren), werden depressiv oder verharren in ständiger Alarmbereitschaft. So setzt sich der traumatische Prozess fort und damit auch keine Möglichkeit der Heilung oder Verarbeitung.

Die Aufenthaltsbedingungen von traumatisierten Flüchtlingen verstoßen somit gegen eine Reihe von Menschenrechtskonventionen und internationale Verträge, die die Bundesrepublik Deutschland unterschrieben hat, wie den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966; die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948; die Kinderrechtskonvention und die Europäische Sozialcharta.

Die Flüchtlinge leben in permanenter Anspannung, extremem Stress und subjektiver Unsicherheit, der sie sich in ihrem Herkunftsland durch Flucht entziehen wollten. Ihr Versuch, sich selbst vor diesen ständigen Bildern zu schützen, besteht darin, den Triggern aus dem Weg zu gehen. Dadurch, dass sie gezwungen werden, in ihrer Unterkunft zu bleiben und dort zu leben, sind sie jedoch diesen permanent ausgesetzt und können sie nicht vermeiden. Daraus folgt, dass sie ständig Hilf- und Aussichtslosigkeit erleben, Gefühle, die sie in der ursprünglichen traumatischen Situation empfunden haben. So kehrt das Trauma immer wieder in ihre Gefühlswelt zurück, es wird reaktualisiert und im schlimmsten Fall er-

lebt der Betroffene diese Situation erneut als traumatisch (Retraumatisierung).

Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (Fischer & Riedesser 1998). Menschen, ob vorgeschädigt oder nicht, die jahrelang in diesen Verhältnissen ohne Perspektive ihr Leben einrichten müssen, haben danach oft nicht mehr die Kraft, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Die Folge: sie bevölkern die Arztpraxen mit ihren chronisch psychosomatischen Leiden, sie werden heimatlos und entwurzelt, bleiben arbeitslos und scheitern meist an der Leistungsgesellschaft. So schließt sich dann der Lebenskreis, aus dem sie sich durch Flucht aus ihrem Herkunftsland hatten retten wollen und zumindest anfänglich noch die Hoffnung und den Willen aufgebracht hatten, diesen aus eigener Kraft zu durchbrechen.

In der EU-Aufnahmerichtlinie 2004/83/EG wird wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit von traumatisierten Flüchtlingen eine frühest mögliche Behandlung und die erforderlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation gefordert. Die Bundesregierung hat der Aufnahmerichtlinie zugestimmt, sie unterschrieben und behauptet, diese auch umgesetzt zu haben. Gleichzeitig verstößt sie aber genau gegen ihre eigene Verpflichtung.



#### Der Autor:

Ernst-Ludwig Iskenius ist Pädiater und ärztlicher Leiter von Refugio Villingen-Schwenningen. Refugio VS ist Teil eines bundesweiten Netzwerkes von psycho-sozialen Zentren.

# DAS RECHT AUF EIN HÖCHSTMASS AN GESUNDHEIT

Ein Leben „frei von Furcht und Not“ soll für alle Menschen möglich werden – so die Vision der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Diese Vision wurde

konkreter und juristisch verbindlicher durch das in Kraft tretende UN-Zivilpakt und des UN-Sozialpakts (1976). Im UN-Zivilpakt werden die bürgerlichen

und politischen Rechte beschrieben, die ein Leben frei von Furcht ermöglichen. Der UN-Sozialpakt beschreibt die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte sowie die notwendigen Anstrengungen und Unterlassungen der Vertragsstaaten, um jedem Menschen ein Leben frei von Not zu ermöglichen. Zu den sozialen Rechten zählt u. a. „**das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit**“ (Art. 12, UN-Sozialpakt). Um dieses Höchstmaß an Gesundheit erreichen zu können, müssen die Vertragsstaaten eine medizinische Infrastruktur und Basisversorgung schaffen und gesunde Lebensbedingungen erhalten.

Zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung wird den Vertragsstaaten zwar eingeräumt, erst „... nach und nach die volle Verwirklichung der im Sozialpakt anerkannten Rechte zu erreichen ...“ (Art. 2, UN-Sozialpakt), aber jeder Vertragsstaat hat die Verpflichtung, sofort wenigstens einen Mindeststandard für jedes der Paktrechte zu gewährleisten. Die Frage vieler Entwicklungsstaaten – wie eine effektive medizinische Minimalversorgung bei begrenzter Haushaltslage erreicht werden kann – beantwortete die Konferenz der WHO in Alma Ata (1978) in einer Erklärung zu den Mindeststandards für eine grundlegende primäre Gesundheitsversorgung. Deren Inhalte wurden vom Fachausschuss zum UN-Sozialpakt, einem Expertengremium, das die Einhaltung des Sozialpakts überwacht, in einem allgemeinen Rechtskommentar aufgegriffen (Allg. Bemerkungen Nr. 14) und in einer Reihe von elementaren Kernverpflichtungen für die Vertragsstaaten zusammengefasst:

Eine medizinische Basisversorgung soll nach der Erklärung von Alma Ata unter Beteiligung der dörflichen Gemeinschaft (Hebammen, Krankenschwestern, Sanitäter, Pfleger, Sozialarbeiter etc) lokal aufgebaut und durch Vernetzung mit Bezirks-Spitälern abgesichert werden.

#### **KERNVERPFLICHTUNGEN GELTEN SOFORT UND UNBEDINGT**

Kernverpflichtungen können weder unterschritten noch außer Kraft gesetzt werden. Sie beschreiben Mindeststandards, die sofort eingehalten und nachhaltig gesichert werden müssen. Beim Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit sind von elementarer Bedeutung:

- **eine Sicherung der momentanen medizinischen Minimalversorgung,**
- **Zugang zu medizinischen Einrichtungen für alle ohne Diskriminierung,**
- **Verfügbarkeit von elementaren Arzneimitteln (aktuelle WHO-Liste),**
- **gerechte regionale Verteilung aller medizinischen Einrichtungen,**

- **Umsetzung einer nationalen Gesundheitsstrategie unter besonderer Berücksichtigung von Schutzbedürftigen,**
- **Zugang zu einem Mindestmaß an elementaren Nahrungsmitteln, zu Unterkunft, Sanitäranlagen und sauberem Trinkwasser gerade für die arme Bevölkerung.**

#### **DER UN-SOZIALAUSSCHUSS PRÜFT DIE STAATENBERICHTE**

Jeder Vertragsstaat ist verpflichtet, die im Vertrag beschriebenen Rechte **zu achten** (nicht dagegen zu verstößen), **zu schützen** (Dritten keine Verstöße zu erlauben) und **zu gewähren** (zukünftige Verbesserungen anstreben). Die regelmäßigen Berichte der Vertragsstaaten prüft der Fachausschuss zum UN-Sozialpakt – wie bei anderen Paktrechten – anhand der Kriterien **vorhanden/verfügbar, erreichbar/zugänglich, annehmbar/von ausreichender Qualität?**

Insbesondere:

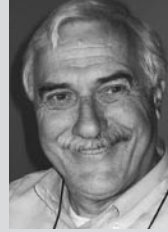
1. Erreichbare, bezahlbare, zumutbare medizinische Grundversorgung durch geschultes Personal?
2. Ausreichende Dichte an medizinischen Einrichtungen, insbesondere in Problemzonen?
3. Mindeststandard in der Bevorratung von lebenswichtigen Medikamenten (nach aktueller WHO-Liste)?
4. Freier Zugang zu Informationen im Gesundheitsbereich (Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Schutz vor ansteckenden Krankheiten, Hygiene)?
5. Ethisch vertretbarer Umgang mit körperlich oder geistig behinderten Menschen sowie pflegebedürftigen alten Menschen?
6. Schmerzlindernde Behandlung von unheilbar Kranken sowie das Recht auf einen würdigen Tod?

#### **ARMUT UND MENSCHENRECHTE – EIN NEUER SCHWERPUNKT VON AI**

Laut UNICEF nahm im Zeitraum zwischen 1990 und 2006 die Sterblichkeit von Kindern vor Erreichen des 5. Lebensjahres dank der Impfprogramme und der Malariaphylaxe weltweit um 50 % ab. Im gleichen Zeitraum blieb aber die Sterblichkeit von Schwangeren und Gebärenden („Müttersterblichkeit“) unverändert hoch. Zwar sank die Müttersterblichkeit in den Städten, aber Unterernährung und fehlende Betreuung werdender Mütter in entlegenen Gegenden mit vorwiegend armer Bevölkerung führten gleichzeitig zu einem Anstieg. Diese Zahlen verdeutlichen das unzureichende Engagement eines Staates für die öffentliche Gesundheitsversorgung in Problemzonen. Die Investitionen in das Gesundheitswesen von Peru waren 2005 z. B. doppelt so hoch in wohlhabenden wie in armen Gegenden. Menschen in Armut stehen am Rande der Gesellschaft, sind rechtlos, leben in Unsicherheit, können ihre Rechte nicht artikulieren und werden diskriminiert. Der Staat, obwohl zum Achten der Menschenrechte verpflichtet, verletzt die Rechte von Menschen in Armut besonders häufig. Dadurch wird die

Armut dieser Menschen weiter verfestigt. (Zur Bedeutung von schwerem Hunger und psychosozialen Stress für die kindliche Hirnentwicklung siehe den Artikel von Peter Boppel.)

Aus diesem Grunde hat Amnesty International im Rahmen der Kampagne „**Mit Menschenrechten gegen Armut**“ den Kreislauf von Menschenrechtsverletzungen und Armut in den Mittelpunkt gestellt und Müttersterblichkeit als einen der Themenschwerpunkte gewählt.



**Der Autor:**

Norbert Dieringer ist Neurobiologe und Professor für Physiologie an der LMU München. Neben seiner Mitarbeit im Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe ist er Mitglied der Themen-Koordinationsgruppe für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte bei Amnesty International (TheKo WSK-Rechte).

# DIE BEDEUTUNG VON SCHWEREM HUNGER UND PSYCHOSOZIALEM STRESS AUF DIE PRÄNATALE UND FRÜHKINDLICHE GEHIRNENTWICKLUNG

Im UN-Sozialpakt von 1976 verankerte man ein Recht auf Nahrung, Gesundheit und Bildung, angemessenen Lebensstandard und ein Leben in Würde (s. Artikel von N. Dieringer in diesem Heft).

Wie wir dennoch wissen, nimmt leider auf unserer Welt die extreme Armut weiter zu: „Es geht um das Los von 1 Milliarde Menschen“, so J. Sheeran, die Direktorin des Welternährungsprogramms der UN.

Betrachten wir nun die möglichen Auswirkungen extremen Hungers auf das ungeborene und frühkindliche Gehirn, so liegt eine größere Fülle von Untersuchungsergebnissen vor, die erhebliche Schädigungsmöglichkeiten aufzeigen. Darüberhinaus ist zu fragen, ob und wie sich psychosozialer, traumatisierender Stress, der in Krisen- und Hungergebieten regelhaft zusätzlich herrscht, auf die Gehirnentwicklung in diesem Zeitfenster auswirkt und wie beide Faktoren sich addierend und interagierend das noch unreife Gehirn beeinflussen mögen.

Wegen der in der Frühschwangerschaft vorhandenen Überproduktion von Gehirnzellen muss eine Hungerwirkung in dieser Zeitspanne schon äußerst extrem sein, wie z. B. während des Hungerwinters 1944/45 in Holland oder 1959/62 in China geschehen. Die besonders gut untersuchten Folgen der Katastrophe in Holland

zeigten ein erhöhtes Aufkommen von Schwachsinnformen sowie von Schizophrenien und Depressionen, Folgen verringerten Neuronenwachstums und Chromosomenschäden. Erstaunlicherweise reagiert in dieser Zeitspanne das kindliche Gehirn intra-uterin auf schweren psychosozialen Stress der Mutter mit vergleichbaren Folgen.

Starker Hunger, wie er heute in vielen Teilen der Welt vorkommt, also ein Auskommen mit weniger als 1–2 \$ pro Tag, hat auf das wachsende Gehirn verheerende Folgen, die umso schwerwiegender sind, je mehr das Nahrungsdefizit auf die Zeit um die Geburt und die nachfolgenden drei bis vier Jahre erfolgt.

In dieser Verknüpfungsphase der Hirnzellen untereinander ist das noch unreife Gehirn extrem stör anfällig. In diesem Zeitfenster bildet sich die Mehrzahl der Verbindungen der Gehirnzellen untereinander, woraus sich die fast Verdreifachung des Gehirngewichtes erklärt. Es ist die entscheidende Phase, in der die genetischen Anlagen die besten Nahrungs- und psychosozialen Umweltvoraussetzungen brauchen, um den Mensch zum Menschen werden zu lassen.

Die bisher bekannten Auswirkungen des Hungers in dieser Zeit kann zu folgenden Schäden führen:

Kognitive Störungen in den Bereichen von Intelligenz, Konzentration und Gedächtnis; emotionale Probleme in Form eines zu wenig oder zu viel an Gefühlen; Aktivitätsprobleme wie Unter- oder Übererregbarkeit (ADHS) und eine Vorderhirnchwäche, die später zu Moral- und Steuerungsproblemen führen kann.

Neben der direkten Schädigung der Nervenzellen, ihrer Teilung sowie dem Aufbau der Verbindungen untereinander kann Hunger auch eine Veränderung der Genexpression bewirken. Das bedeutet, dass der Anstoß zur Bildung und Funktion diverser Hirnstrukturen unterbleiben oder verlangsamt erfolgen und damit übergreifende Schädigungseffekte bewirken kann.

**Psychosozialer Stress**, also Deprivation, Erleiden oder Miterleben von Traumatisierungen, Vernachlässigung, Trennung, Chaos/Überstimulation, Angst und Depressionen der Mütter/Eltern, aber auch ablehnendes und gewalttätiges Verhalten der Bezugspersonen sind charakteristisch in Krisengebieten. Die sich daraus ergebenden Hirnsubstanz- und Funktionsveränderungen können zu folgenden Defiziten führen:

Schwächere Leistungen im Spracherwerb und -ausdruck sowie geringere IQ-Testergebnisse. Konzentrationsvermögen, Frustration- und Spannungsaushalten können sind reduziert. Vielfach – und das besonders bei Jungen – ähneln die Schäden den ADHS-Störungsmustern. Im Bereich der Affekte weisen so geschädigte Kinder reduzierte Möglichkeiten im Regulieren, Ausdrücken und im Benennen von Emotionen auf. In ihrem Bindungsverhalten zeigen sie einen desorganisierten Bindungsstil.

Die beschriebenen und untereinander noch wechselwirkenden Stressfaktoren sind schwer von einander zu trennen. In der Adverse Childhood Experiences-Studie, an der 17.000 Personen beteiligt waren, zeigte sich, dass die Kombination von vier oder mehr psychischen Belastungen in der Kindheit von Frauen das Auftreten von Depressionen, die Risiken eines späteren Suizids und Alkohol- oder Drogensucht signifikant ansteigen lässt.

Was aber sind die Folgen, wenn schwerer Hunger und verschiedene psychosoziale Stressfaktoren sich im intra-uterinen oder frühkindlichen Alter addieren und miteinander wechselwirken? Nach dem vorliegenden Wissen sind neben den schon beschriebenen Störungsmustern noch folgende Hypothesen zusätzlich zu erörtern:

**Mädchen** entwickeln in Gebieten großer Krisen und extremen Hungers vorwiegend depressive, ängstliche sowie „Überabhängigkeitsstörungen“. Frauen werden vielerorts – nicht zuletzt auch durch Beschneidungsrituale – zur Zurückhaltung, Gehorsam, Schuldgefühlsentwicklung und Passivität sozialisiert.

Laut WHO-Veröffentlichung von 2009 sind bei Frauen depressive Störungen zweimal häufiger, während bei Männern die Alkoholabhängigkeit mehr als zweimal so hoch gefunden wird („in contrast men are more likely to receive a diagnosis of antisocial personality disorder and alcohol abuse/dependency“).

**Jungen** entwickeln sich in Krisenzeiten anscheinend eher angreifend und aggressiv, also in Richtung einer „Kriegerpersönlichkeiten“, wie der amerikanische Traumaforscher Teicher es charakterisiert. Dies allerdings wäre aus Sicht der Evolution dem sich stellenden psychosozialen Krisen-Stress am „sinnvollsten“ angepasst.

In der erwähnten Untersuchungsreihe um den holländischen Hungerwinter wurde in der Militäreingangsuntersuchung bei den Männern, die pränatal gehungert hatten, ein zwei- bis viermal höheres Risiko, antisozial zu werden, festgestellt.

Darüberhinaus wissen wir, wie häufig aus den Opfern der Kindheit wieder Täter in der Erwachsenenzeit werden. Die Angaben in der Literatur schwanken hier zwischen 25 % und 50 %.

Zum Schluss seien die Ärzte der Columbia-Universität, New York und der Harvard-Universität im Cambridge zitiert, die an den Untersuchungen über den holländischen Hungerwinter beteiligt waren:

**„Unsere Daten lassen vermuten, dass schwere Unterernährung das sich im Uterus entwickelnde Gehirn derart schädigen kann, dass es zu einer Erhöhung des Risikos kommt, dass die Kinder antisoziales Verhalten entwickeln“!**

Und Teicher in Bezug auf psychosozialen Stress:

**„Wir nehmen an, dass unser Gehirn ohne intensiven frühkindlichen Stress und bei angemessener Erziehung eine Entwicklung nimmt, die zu einem weniger aggressiven und emotional ausgeglicheneren Erwachsenen führt, der sich sozial und mitfühlend verhält.“**

So schließt sich ein verheerender Zirkelprozess, in dem Jungen und Mädchen in Hunger- und Krisengebieten wenig Chancen haben, aus eigenen Möglichkeiten ihre Situation zu verändern: Ihr Gehirn, das sie zum Erken-

nen und Verändern ihrer Situation befähigen sollte, ist von vorneherein schon so benachteiligt, dass Elend und antisoziale Verhaltensweisen meist nur wieder perpetuiert werden können.

Seit 2010 rückt Amnesty International das Thema „Armut und Recht auf Gesundheit“ in das Zentrum seiner Kampagneninitiativen, ein sicher – aus der Sicht des kindlichen Gehirnwachstums – hoch aktuelles und folgenreicheres Thema.



#### Der Autor:

Dr. Peter Boppel ist Arzt und Psychotherapeut. Er ist langjähriges Mitglied im Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe und arbeitet schwerpunktmäßig zu den Themen Entstehungsbedingungen von Folter und Sozialisation von Folterern sowie neurowissenschaftlichen Fragestellungen.

# PSYCHOLOGIE UND POLITISCHE VERFOLGUNG

Uruguay in den 70er Jahren. Die Studentin Irma wird unter eine Kapuze gesteckt und misshandelt. Von den Folterern wird sie jedoch in höflichem Ton angesprochen. Sie reagiert verwirrt, kann keine eindeutig abwehrende Haltung gegenüber ihren Peinigern einnehmen. Das Ziel moderner Folter, der psychische Zusammenbruch und die anhaltende Verstörung der Persönlichkeit des Opfers, wird bei ihr so schneller erreicht und hinterlässt weniger Spuren als durch eine rein physische Misshandlung.

Diese von der Psychoanalytikerin Silvia Amati beschriebene psychische Folter trägt Merkmale eines pathologisierenden *double-binds*, ein Konzept, das von G. Bateson in den 50er Jahren im Rahmen der Schizophrenie-Forschung entwickelt wurde und heute zum klassischen Inventar psychologischer Theorien gehört.

Wie gelangt solches Fachwissen in die Hände von Folterern, die es systematisch missbrauchen, um ihre Opfer damit psychisch zu schädigen?

#### PSYCHOLOGEN ALS TÄTER

Psychologen gehören in die Kategorie der sogenannten „White-Collar“-Folterer. Das sind akademisch ausgebildete Menschenquälere, die ihre Opfer nicht mit Schlagstöcken und Zangen, sondern mit Beziehungsfallen, Psychopharmaka, Schikane oder subtilen Zermürbungstechniken misshandeln. Desweiteren wird psychologisches Fachwissen systematisch herangezogen, um Folter und andere repressive Instrumente zu verfeinern und deren Effektivität zu erhöhen. So gab es etwa bei der Stasi den Bereich „Operative Psychologie“, zuständig für die Analyse und Entwicklung von sozialen Beziehungen

in der „politisch-operativen Arbeit“. Tiefliegende Gefühle von verhörten Personen oder „Inoffiziellen Mitarbeitern“ wurden so ideologisch manipuliert und ausgenutzt. Wie Gustav Keller in seinem Buch „Psychologie der Folter“ schreibt, trägt die moderne Folter eine „akademische Handschrift“.

Gerade auf psychologischem Gebiet ist es jedoch naturgemäß schwierig herauszufinden und zu dokumentieren, wo und wie Psychologen ihre Berufsethik verletzen und ihre Kompetenz in den Dienst professioneller Menschenquälerei stellen. Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe hat hierfür die Veröffentlichung des Buches „Die Belagerung des Gedächtnisses: Leben und Arbeit von Psychologen unter den Militärdiktaturen Südamerikas“ von Horacio Riquelme U. unterstützt. In ihm werden sowohl Täter- als auch Opferaspekte bei Psychologen beleuchtet. Außerdem lud das Aktionsnetz in 2008 Prof. Steven Miles, MD, Center for Bioethics, University of Minnesota, für eine Vortragsreise durch Deutschland ein, die per Video auf [www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de](http://www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de) dokumentiert ist. Er schrieb das Buch „Verratener Eid: Ärzte und Psychologen als Komplizen der Folter im ‚Krieg gegen den Terror‘ – Guantanamo, Abu Ghraib und die anderen“.

#### PSYCHOLOGEN ALS OPFER

Psychologen und Angehörige anderer Heilberufe werden auch zu Opfern von Repressalien und schweren Menschenrechtsverletzungen. So werden beispielweise Mitarbeiter der verschiedenen Behandlungszentren der Türkischen Menschenrechtsstiftung (TIHV) mit offenkundig konstruierten und jahrelang verschleppten Gerichtsverfahren überzogen, um sie in ihrer Arbeit zu behindern

und auch persönlich zu belasten. Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe beteiligt sich an internationalen Prozessbeobachtungen, damit solche Verfahren zumindest nicht im Geheimen stattfinden und öffentlicher Druck auf die Verantwortlichen ausgeübt wird. Das Aktionsnetz lud die Betroffenen auch nach Deutschland ein, um ihnen hier ein politisches Podium zu bieten.

### PSYCHOLOGEN ALS THERAPEUTEN FÜR POLITISCH TRAUMATISIERTE

Die Arbeit von Psychotherapeuten ist ein wesentlicher Bestandteil bei der Rehabilitation von Folterüberlebenden, wie sie heute in weltweit über hundert Behandlungszentren praktiziert wird. Hierzu ist eine spezialisierte, menschenrechtsorientierte Traumatherapie erforderlich, die es erlaubt, das Erlittene im Rahmen einer stabilen Vertrauensbeziehung zu bearbeiten. Jedoch stehen einer effektiven psychosozialen Unterstützung häufig große Hindernisse entgegen, vor allem der unsichere Aufenthaltsstatus vieler Klienten in den Fluchtländern, der sich oft äußerst destabilisierend auswirkt.

Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe begrüßt Forschungsprojekte, die derartige Zusammenhänge untersuchen. Die Psychologen des Aktionsnetzes halten selbst

auch Vorträge zu diesem Themenkreis und veröffentlichen Beiträge in entsprechenden Fachzeitschriften, etwa „Report Psychologie“ und „Zeitschrift für Politische Psychologie“. Weiter kooperiert das Aktionsnetz eng mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF).

Politik, Justiz und Administration sind aufgefordert, diese menschenrechtlich-heilberufliche Expertise bei ihren Entscheidungen angemessen zu berücksichtigen und großzügige Bleiberechtsregelungen für traumatisierte Flüchtlinge zu schaffen.



#### Der Autor:

Dr. Freihart Regner ist promovierter Diplom-Psychologe, Gestalttherapeut / Musiktherapeut und stellvertretender Sprecher des Amnesty-Aktionsnetzes Heilberufe. Er ist Koordinator von Inter Homines, Empowerment und Therapie mit politisch Verfolgten e.V., und Freier Mitarbeiter bei XENION, psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.

# DER HIPPOKRATISCHE EID ODER VOM HIPPOKRATISCHEN EID ZU DEN MENSCHENRECHTEN

Der nach dem griechischen Arzt Hippokrates von Kos (460–377 v. Ch.) benannte Eid gilt als eine der ersten Anregungen zur Idee der Menschenrechte in der Menschheitsgeschichte. Zwar zielt er als eine Art Berufsordnung für Ärzte der damaligen Zeit auf die Zulassung zur Ausbildung zum Arzt, auf die wechselseitigen Verpflichtungen von Lehrenden und Lernenden der ärztlichen Kunst und auf deren „lautere und gewissenhafte“ Ausübung, weswegen ihn der Schüler zu Beginn seiner medizinischen Ausbildung schwor. Er bezieht aber auch Grundvorstellungen ärztlichen Handelns mit ein. So führt Hippokrates in seiner Schrift „Epidemien I“ dazu weiter aus: „... Auf zweierlei kommt es bei der Behandlung von Krankheiten an: Zu nützen oder wenigstens nicht zu schaden. Unsere Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und

den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen. ...“ Im Eid verpflichtet sich der angehende Arzt „... In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen des Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien aber auch Sklaven. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach außen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten. ...“ Ein beeindruckender Grundstein zu einer ärztlichen Berufsethik in der antiken Gesellschaft *freier Männer*, wie unsere Menschenrechte auch heute fordern. Schon seit langer Zeit schwören Ärzte nicht mehr einen



„Hippokratischen Eid“, nicht zuletzt, weil dieser auch die Gesellschaft im antiken Griechenland widerspiegelt.

Aber Grundgedanken des Hippokratischen Eides, der seine historischen Bezüge allmählich abstreifte, durchziehen die Geistesgeschichte und bestimmen auch heute noch unser Denken. So verabschiedete die zweite Generalversammlung des Weltärztebundes 1948 in Genf in Anlehnung an den Hippokratischen Eid das „Genfer Gelöbnis“, das der 59. Deutsche Ärztetag in München 1956 übernahm und das den Berufsordnungen der Landesärztekammern leicht modifiziert als Präambel dient, nicht Recht setzend, aber als ethischer Anspruch. Das „Genfer Gelöbnis“ passt Grundgedanken des Hippokratischen Eides den Erfordernissen unserer Zeit an, wenn der Arzt sich verpflichtet „... Ich werde es nicht zulassen,

dass sich *religiöse, nationale, rassische, Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen meine Pflichten und meine Patienten drängen ...*“ Über die medizinische Berufsethik hinausgedacht beeinflusst der Hippokratische Eid unser Verständnis der Menschenrechte und das Selbstverständnis von Amnesty International.



#### Der Autor:

Dr. med. Udo Sokoll ist Internist und Chefarzt i. R. und lebt in Berlin. Er ist langjähriges Mitglied des Aktionsnetzes Heilberufe.

# FLÜCHTLINGE: BEHANDELN STATT VERWALTEN

## WAS BRAUCHEN

### BESONDERS SCHUTZBEDÜRFTIGE FLÜCHTLINGE?

Man nimmt an, dass 30–40% aller nach Europa kommenden Flüchtlinge durch erlittene menschenrechtswidrige Gewalttaten traumatisiert sind und an einer der vielen reaktiven Traumafolgestörungen leiden wie posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), depressive Erkrankungen, Angststörungen, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen, dissoziatives Verhalten, Persönlichkeitsveränderungen, Psychosen. Diese Flüchtlinge bedürfen eines besonderen Schutzes und besonderer Maßnahmen. Sie brauchen einen Ort, an dem sie sich aufgehoben fühlen, um sich selbst und ihrer Umgebung wieder vertrauen zu können. Sie brauchen Sicherheit, nicht mehr in die Situation, der sie gerade versucht haben zu entkommen, zurückgestoßen zu werden. Sie brauchen einen geschützten Ort, an dem sie in Ruhe und ohne zeitliche Limitierungen ihre traumatischen Gewalterfahrungen benennen und integrieren können. Sie brauchen Lebensbedingungen, in denen sie ihre inneren, oft verschütteten Ressourcen wiederentdecken und erneut zur Entfaltung bringen können. Ihnen sollten Fachleute mit Angeboten zur Verfügung stehen, die ärztliche, psychotherapeutische, psychosoziale und interkulturelle Kompetenzen vereinigen. Meist können nur interdisziplinäre Netzwerke aus verschiedenen Fach-Berufsgruppen die erforderlichen Ressourcen für eine solche Rehabilitation bereitstellen.

Neben den materiellen und personellen Voraussetzungen sind es insbesondere die rechtlichen und sozialen Lebensbedingungen, die entweder die traumatischen Erlebnisse helfen in die eigene Biographie zu integrieren oder sie an ihrer Be- und Verarbeitung hindern und nur noch ein Abspalten ermöglichen, das aber regelhaft mit Symptombildung erkaufte wird.

### WIE SIEHT NUN DIE REALITÄT AUS?

„Die Mitgliedsstaaten tragen dafür Sorge, 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.“ (Artikel 20 der EU-Aufnahmerichtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003). Diese Verpflichtung hat auch die Bundesrepublik Deutschland übernommen. Bis heute ist allerdings diese Richtlinie trotz gegenteiliger Behauptung der Bundesregierung nicht adäquat umgesetzt. Die EU-Kommission mahnt in ihrem Bericht vom November 2007 deshalb auch zu Recht an: *„Das Eingehen auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen gehört zu den Bereichen, in denen die größten Mängel bei der Anwendung der Richtlinie festgestellt wurden.“* (Komm 2007 745 vom 26. 11. 2007 der EU-Kommission)

Flüchtlinge, die sich nach vielen Jahren erlittener physischer und psychischer Verletzungen entschließen, ihr Land zu verlassen und sich auf eine ihnen unbekanntere, wenig sichere Flucht begeben, müssen auf der Flucht häufig weitere lebensgefährliche Erlebnisse bewältigen. Haben sie dann hoffnungsvoll das meist als sicher geglaubte Europa betreten, sind sie psychisch in der Regel nicht in der Lage, über ihre Vergangenheit zu sprechen und noch viel weniger haben sie die Kraft, sich sofort mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Den wenigsten ist bewusst, dass sie seelische, aber abgespaltete Verletzungen in sich tragen. Zunächst sind sie im Zufluchtsland damit beschäftigt, sich in der Fremde zu orientieren, einzugewöhnen und eine neue Existenz zu sichern. Diese in der Traumaforschung als (Selbst-)Stabilisierung beschriebene Phase wird bei Flüchtlingen durch die noch zu beschreibende soziale und rechtliche Situation, die die Zufluchtsstaaten bereitzustellen gewillt sind, fast unmöglich gemacht. Bisher war es ein Ziel der Politik, den Asylsuchenden die Lebensbedingungen in Deutschland so zu erschweren, damit diese sich nicht weiter integrieren wollen, sondern möglichst schnell in ihr Herkunftsland „freiwillig“ zurückkehren. Dafür hat sich im Laufe der letzten 20 Jahre ein System aus einschränkenden Vorschriften, totales Verwaltet-Werden, unzureichender Existenzsicherung, Rechtlosigkeit und damit aus Ausgrenzung und Isolierung etabliert. Dazu gehören die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften (meist jahrelang), häufig weit weg von jeglicher gesellschaftlicher Aktivität, die Residenzpflicht, die Unmöglichkeit des Zuganges zum Arbeitsmarkt oder gar ein Arbeitsverbot, Essenspakete und andere Sachleistungssysteme, die Absenkung der Sozialhilfe, die Beschränkung der medizinischen Hilfe auf akute Erkrankung bzw. sehr zeit- und kennntisaufwendige Bewilligungsvorschriften.

Dieses führt bei den betroffenen Menschen schnell zu Gefühlen der Unsicherheit, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Willenlosigkeit und Angst. Die Folgen sind Resignation, Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftserwartungen und Mutlosigkeit.

Bei traumatisierten Menschen werden sehr häufig durch diese Umstände, insbesondere durch das Gefühl der Ohnmacht, Erinnerungen an die im Heimatland erlittenen traumatischen Erlebnisse reaktiviert. Die Betroffenen werden akut krank oder ziehen sich in sich selbst zurück, verstummen und können so nicht in ihren besonderen Bedürfnissen erkannt werden. Auch wenn der sich abzeichnende Arbeitskräftemangel in Deutschland möglicherweise einen Perspektivwechsel einleiten könnte, dürften sich die Bedingungen für die Subgruppe der traumatisierten Flüchtlinge auf absehbare Zeit kaum ändern, da sie erst mit erheblich größerem Aufwand für die bei uns herrschende Arbeitssituation „verwendbar“ gemacht werden müssten.

Hinzu kommt ein Mangel an entsprechenden Fachleuten und Institutionen, die ihnen den heilenden Zugang zur eigenen Vergangenheit öffnen oder zumindest offen halten. Es gibt kein entsprechendes offenes Beratungssystem. Das deutsche Gesundheitsversorgungssystem ist auf diese Gruppe von Menschen kaum vorbereitet; es fehlt weitgehend an Konzepten für eine adäquate medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung. Es fehlt an ausgebildeten Dolmetschern sowie in interkulturellen Fragen kompetentes Fachpersonal.

Selbst bei Fachleuten fehlt häufig die Bereitschaft, bzw. die Vorstellung, im interkulturellen Setting zusammen mit Dolmetschern arbeiten zu wollen und somit die Kommunikation sicher zu stellen, da diese Arbeit sehr aufwendig ist und für den Aufwand nicht adäquat bezahlt wird. Die wenigen Fachleute, die sich bisher auf dieses Arbeitsfeld eingelassen haben, kommen sehr schnell an ihre physischen und psychischen Grenzen, sowohl wegen der „schwierigen Patienten“ als auch besonders wegen den unzureichenden Rahmenbedingungen: Atteste, Stellungnahmen oder Begutachtungen für Behörden und Gerichten verschlingen neben den üblicherweise geforderten Gutachten notwendige Ressourcen.

Während für inländische Kassenversicherte speziell ausgesuchte medizinisch-psychologische Gutachter eingesetzt werden, entscheiden im Falle der Flüchtlinge AmtsärztInnen in den Gesundheitsämtern über Therapieanträge, die über kein vergleichbares Wissen verfügen. Darüber hinaus wird in den Sozial- und Gesundheitsämtern keine Anonymisierung der Daten vorgenommen.

Wie schon angedeutet, ist eine bisher nicht umgesetzte Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung die ausreichende Bezahlung für entsprechend geschulte Übersetzer.

Gelingt es, entsprechend qualifizierte Dolmetscher und Dolmetscherinnen überhaupt zu finden, wird deren Vergütung von den Krankenkassen bzw. Sozialämtern nicht übernommen. Das gilt auch für entsprechende Reisekosten, wenn, wie in Flächenstaaten wie z. B. in Baden-Württemberg oder Bayern, zwei Stunden Anfahrzeit erforderlich werden.

#### **EIN INTERDISZIPLINÄRES NETZWERK: BAFF**

Die wichtigen Erfahrungen, die nun schon seit fast 30 Jahren in Deutschland über die verschiedenen psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe gemacht wurden, sind bisher nicht genügend beachtet worden und deren Expertise muss erst noch ins Regelversorgungssystem

einfließen. Da die Arbeit dieser Zentren nicht ins Regelwerk des gesetzlichen und privaten Versicherungssystem eingebunden ist, bedarf es jedes Jahr erneut der „kreativen“ Suche nach finanziellen Ressourcen, was Kräfte an dieser Stelle bindet, die andernfalls in die therapeutische Arbeit fließen könnte.

Ein Resultat dieser geschilderten Schwierigkeiten ist, dass sich eine Reihe von auf die Behandlung von politischen Flüchtlingen, Gefolterten und Traumatisierten spezialisierten Zentren zu einer Dachorganisation zusammen geschlossen haben: zur BAFF (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer). Durch ihre beharrliche Lobbyarbeit wird versucht, auf den in diesem Artikel beschriebenen Mangel in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge hinzuweisen und Änderungen anzumahnen.

Dazu dient auch die angestoßene Kampagne **beHandeln-statt-verwalten**.

Nach entsprechender Vorbereitung hat die BAFF und die IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. – eine bundesweite Kampagne zur Aufklärung und Sensibilisierung hinsichtlich der Notwendigkeit der Unterstützung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge gestartet.

Deren drei Hauptforderungen lauten:

1. Das frühzeitige Erkennen der körperlichen und seelischen Erkrankungen bei Flüchtlingen
2. Der gesicherte und barrierefreie Zugang zu qualifizierter Behandlung (sie schließt das Recht auf Behandlung in der Muttersprache mit ein)
3. Eine interdisziplinäre Beratung und Begleitung

Eine größere Sensibilisierung für die Notwendigkeit des frühzeitigen Erkennens und Behandeln dieser Betroffengruppe soll, so die BAFF, geweckt werden. Ein breites Bündnis von gesellschaftlichen Gruppen und Einzelpersonen soll schließlich Druck auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebenen ausüben, um die notwendigen sozialen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit eine sachgerechte Rehabilitation und Integration sichergestellt wird.

Weitere Fragen oder Anfragen für Referenten bei Veranstaltungen können auch über die BAFF, Paulsenstraße 55–56, 10967 Berlin oder IPPNW, Körthestraße 10, 10967 Berlin gestellt werden.

Die Kampagne hat eine eigene Homepage: [www.behandeln-statt-verwalten.de](http://www.behandeln-statt-verwalten.de)

*Ernst-Ludwig Iskenius*

# PSYCHIATRIE UND MENSCHENERECHTE

Psychiatrisches Handeln unterliegt ethischen Prinzipien, um die Rechte der Patienten zu wahren. Allerdings hat die Psychiatrie das Potenzial, fundamentale individuelle Rechte ihrer Patienten einzuschränken, wie es in diesem Maß für keinen anderen medizinischen Bereich zutrifft. Unter Menschenrechtsaspekten sind vor allem drei Themenbereiche relevant:

- Psychiatrische Versorgung,
- Todesstrafe,
- Missbrauch der Psychiatrie für politische Zwecke.

## PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die psychiatrische Versorgung weist Bereiche auf, die unter Menschenrechtsaspekten als sehr sensibel zu bewerten sind.

**1. Verlust des Realitätssinns:** Im Rahmen einer psychischen Erkrankung kann die Wahrnehmung der Wirklichkeit so weit beeinträchtigt sein, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen. In dieser Situ-

ation sind psychisch Kranke ebenso wie geistig Behinderte und andere hilflose Menschen besonders vulnerabel für Missbrauch, Gewalt oder Vernachlässigung.

**2. Behandlung gegen den Willen des Patienten:** Bei akuter Fremd- oder Eigengefährdung ist es medizinisch geboten, psychisch kranke Menschen auch gegen ihren Willen stationär zu behandeln. In diesen sehr speziellen Situationen wiegt das ethische Prinzip der Fürsorge stärker als das Prinzip der Autonomie und persönlichen Freiheit. Gleichzeitig birgt diese Situation aufgrund der Machtkonzentration auf Seite der Behandler Missbrauchspotenzial.

**3. Institutionen:** Psychiatrische stationäre Institutionen der Langzeitbehandlung aber auch Heime für geistig behinderte Menschen stellen aufgrund ihres von der Außenwelt abgeschlossenen Charakters Mikrokosmen mit eigenen Gesetzen dar. Die häufig fehlende Gemeindenähe fördert zusätzlich eine Institutionalisierung von Patienten und Mitarbeitern mit der Gefahr, die Rechte der Betreuten zu

missachten. Langzeitinstitutionalisierung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen ist insbesondere in den neueren Mitgliedstaaten der europäischen Union weit verbreitet und spielt zunehmend in der Versorgung psychisch kranker Menschen eine Rolle.

**4. Stigma und soziale Ausgrenzung:** Psychische Erkrankung geht mit Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung einher. Ausgegrenzte Menschen erhalten weniger öffentliche Fürsprache und tragen ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch zu werden. Die Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung psychisch kranker Menschen steht im Zusammenhang mit schlechten Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie, wie sie sich in vielen Staaten finden.

Menschenrechtsverletzungen in der Versorgung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen werden aus mehreren Staaten, auch aus Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, berichtet. Probleme sind insbesondere eine ungenügend umgesetzte Gesetzgebungen zur Zwangseinweisung, diskriminierende Gesetzgebungen, inhumane Lebensbedingungen in Institutionen, eine nicht der Evidenz entsprechenden Behandlungspraxis, Langzeitinstitutionalisierung sowie Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung.

Richtlinien für eine die Menschenrechte wahrende psychiatrische Versorgung existieren sowohl auf Ebene der Vereinten Nationen als auch für Europa. Hier geben die Empfehlungen des Europarates zu Psychiatrie und Menschenrechten den Rahmen vor. Um die Menschenrechte von psychisch kranken Menschen zu wahren, bedarf es darüber hinaus der Implementierung von Gesetzen sowie Richtlinien und Maßnahmen zur Regulierung psychiatrischer Versorgung. Von großer Wichtigkeit sind Kontrollmechanismen für die Behandlung von Patienten gegen ihren Willen.

#### **TODESSTRAFE**

Der Themenkomplex um Psychiatrie und Todesstrafe teilt sich in zwei grundsätzliche Bereiche:

- Hinrichtung psychisch kranker oder geistig behinderter Personen,
- Beteiligung von Psychiatern und Psychologen an Gerichtsprozessen, die mit Verhängen der Todesstrafe enden, sowie die Beteiligung von Psychiatern am Ausführen der Todesstrafe.

Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, juristisch schlechter behandelt zu werden. Aufgrund eingeschränkter Situationseinschätzung verzichten sie häufiger auf Rechtsbeistand und haben ein erhöhtes Risiko, Antworten unter Zwang

zu geben oder falsche Geständnisse abzulegen. Darüber hinaus wird auffälliges Verhalten psychisch kranker und geistig behinderter Menschen leicht als verdächtig und willentlich gesteuert fehlinterpretiert. In Todesstrafenprozessen fehlt diesen Menschen häufig die Fähigkeit, für sich selbst günstig zu verhandeln, auch werden sie häufiger durch einen eher schlechten Rechtsbeistand vertreten.

Die meisten Länder lehnen die Todesstrafe für psychisch kranke und geistig behinderte Straftäter ab und gehen bei psychischer Erkrankung zum Zeitpunkt der Tat von einer verminderten Schuldfähigkeit aus. Die Schutzbestimmungen des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen (ECOSOC) zum Schutz der Rechte von Personen, die der Todesstrafe entgegensehen, beinhalten das Verbot der Hinrichtung geisteskranker Menschen. Auch die UN-Menschenrechtskommission fordert von Ländern, die die Todesstrafe anwenden, dass sie über psychisch kranke Personen weder verhängt noch ausgeführt wird. Im Jahr 2002 erklärte der Oberste Gerichtshof der USA, dass das Hinrichten geistig behinderteter Straftäter nicht konform mit der amerikanischen Verfassung sei. Anders als geistig Behinderte sind aber psychisch kranke Menschen weiterhin in den USA von der Todesstrafe bedroht.

Die USA und Japan sind weltweit die einzigen Staaten, welche offiziell die Todesstrafe an psychisch kranken Menschen vollstrecken. Gleichwohl muss davon ausgegangen werden, dass in vielen Ländern, die die Todesstrafe praktizieren auch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen hingerichtet werden, nur dass ihre psychische Gesundheit und intellektuellen Fähigkeiten nicht zum Gegenstand des Prozesses gemacht wurden.

#### **INVOLVIERUNG VON PSYCHIATERN IN DIE TODESSTRAFE**

Eine systematische Beteiligung von Psychiatern beim Verhängen und Ausführen der Todesstrafe ist am besten in den USA dokumentiert. In folgenden Bereichen von Todesstrafeverfahren sind Psychiater und Psychologen involviert:

- **Gerichtsverhandlung:** Hinzuziehen von Psychiatern als Gutachter sowohl für die Verteidigung als auch für die Anklage. Gutachterfragen betreffen den fraglichen psychischen Status des Angeklagten während der Tat, psychische und biographische Einflussfaktoren und die Verhandlungsfähigkeit.
- **Urteilsfindung und Festsetzen des Strafmaßes:** Psychiatrische Stellungnahme zur zukünftigen Gefährlichkeit des Angeklagten. Für das Verhängen der Todesstrafe ist dies, z. B. in Texas, Bedingung. Da die Hinrichtung von Personen mit einem Intelligenzquotienten unter

70 nicht zulässig ist, werden regelmäßig psychiatrische und psychologische Gutachten über die Intelligenz der Angeklagten angefertigt.

- **Leben im Todestrakt:** Die Lebensbedingungen von zum Tode Verurteilten in Todestrakten der USA und Japans sind extrem belastend. In Japan kann die Exekution unvorhergesehen jeden Tag stattfinden und die Gefangenen leben über Jahre in weitgehender Isolierung. Aufgrund von Berichten muss von einer weitgehenden psychiatrischen Unterversorgung insbesondere in den Gefängnissen ausgegangen werden.
- **Vollstreckung:** Eine Hinrichtung ist gemäß US-amerikanischer Verfassung nicht zulässig, wenn der Verurteilte die Strafe nicht versteht, z. B. aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung. Unter dieser Vorgabe werden psychisch kranke zum Tode Verurteilte zwangsweise psychiatrisch behandelt, um ihre seelische Gesundheit und damit ihre „Exekutionsfähigkeit“ herzustellen.

Die Beteiligung von Psychiatern an der Todesstrafe widerspricht den von der Weltorganisation der Psychiater (WPA) festgesetzten ethischen Prinzipien: Psychiater sollen sich unter keinen Umständen weder an rechtlich legitimierte Hinrichtungen noch an der Bewertung der Exekutionsfähigkeit von Verurteilten beteiligen. Die in den USA ausgeübte Praxis der Beteiligung psychiatrischer Expertise ist unter amerikanischen Psychiatern umstritten: Die eine Seite weist auf die ethischen Prinzipien gemäß der WPA hin, die andere Seite argumentiert, dass Psychiater als Gutachter vor Gericht nicht psychiatrisch tätig sind und daher nicht an die ethischen Prinzipien der Profession gebunden seien. Die Vereinigung der amerikanischen Psychiater (APA) unterstützte im Jahr 2000 Forderungen nach einem Moratorium der Todesstrafe. Die japanische Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie verabschiedete 2005 eine Erklärung, in der sie sich gegen die Beteiligung von Psychiatern an der Bewertung der Straffähigkeit und Strafvollzugsfähigkeit von Todesstrafe-Kandidaten ausspricht.

### MISSBRAUCH DER PSYCHIATRIE FÜR POLITISCHE ZWECKE

Die Grenzen des Fachgebietes der Psychiatrie sind unscharf definiert. Das Einordnen des Verhaltens eines Menschen als krank, delinquent oder nur sozial ungewöhnlich unterliegt unter anderem zeithistorischen und gesellschaftlichen Definitionsprozessen. Dies und das Fehlen objektiver Kriterien der Diagnostik eröffnet

vielfältige Möglichkeiten zum Missbrauch psychiatrischer Versorgung, auch für politische Zwecke.

So wurde die Definition der Diagnose Schizophrenie in der ehemaligen Sowjetunion dahingehend ausgeweitet, dass ihr auch religiöses und politisches Andersdenken zugeordnet werden konnte. In den 70er und 80er Jahren wurden in der Sowjetunion medikamentöse und stationäre psychiatrische Behandlungen als Mittel zur Unterdrückung von Dissidenten missbraucht. Ähnliches wurde aus weiteren Ländern Osteuropas, aus Jugoslawien und Südafrika in den 70er Jahren berichtet. Zu Beginn des Jahrtausends gab es Berichte aus China über das Festhalten und das zwangsweise Behandeln von Oppositionellen und religiös anders Denkenden.

Der gezielte Einsatz psychiatrischer Behandlung als Mittel des Umgangs mit politisch Oppositionellen ist generell eine weniger weit verbreitete Praxis. Sie wird fast ausschließlich aus Ländern berichtet, in denen der Staat die absolute Macht innehat. Ein inadäquates Platzieren und Festhalten von Menschen in psychiatrischen Institutionen hingegen, kommt in vielen Ländern vor.

### SCHLUSSFOLGERUNG

Die Psychiatrie ist ein für Menschenrechtsverletzungen anfälliges Gebiet. Ziel muss es sein, den Missbrauch der Psychiatrie als politisches Zwangsinstrument und die Involvierung psychiatrischer Kompetenz in das Verhängen und Vollstrecken der Todesstrafe zu verhindern. Während politischer Missbrauch und Todesstrafe nur eine Relevanz für einige Länder haben, ist es eine Herausforderung für alle Staaten die Rechte von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen in psychiatrischer Versorgung und in der Gesellschaft zu wahren.



#### Die Autorin:

Anke Bramesfeld ist Gesundheitswissenschaftlerin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und arbeitet in der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover.

# „GELD IST GEPRÄGTE FREIHEIT“

(DOSTOJEWSKI)

Die Spenden vieler Menschen bilden die finanzielle Grundlage für die Arbeit von Nicht-Regierungsorganisationen wie Amnesty International und ermöglichen es ihnen, die politische Unabhängigkeit zu bewahren.

Im Gegenzug schuldet Amnesty allen Unterstützern Transparenz hinsichtlich der Verwendung der Spendengelder. Wer hat sich nicht schon einmal gefragt, wohin die Gelder eigentlich fließen? Wer passt auf, dass sie nicht in falsche Hände gelangen?

## DIE FINANZEN BEI AMNESTY INTERNATIONAL

In der Bundesrepublik gibt es etwa 700 Amnesty-Gruppen. Das Sekretariat der deutschen Sektion mit Büros in Bonn und Berlin fungiert hierbei als Koordinationsstelle und Verbindungsglied zum Internationalen Sekretariat in London.

Rechtlich betrachtet gilt Amnesty International in der Bundesrepublik als eine einzige juristische Person und ist als gemeinnützig anerkannt. Dies ermöglicht es, Spenden an Amnesty steuerlich abzusetzen.

Außerdem ist eine solche Organisation ihrerseits von den meisten Steuern befreit. Voraussetzung hierfür ist neben dem gemeinnützigen Zweck – in diesem Fall nennt es der Gesetzgeber die „Fürsorge für politisch, rassisch oder religiös Verfolgte“ –, dass die Finanzbehörde die Verwendung der Gelder prüfen kann. Dies wird durch eine zentrale Buchhaltung im Sekretariat der deutschen Sektion gewährleistet.

Für die einzelnen Amnesty-Gruppen besteht keine Finanzautonomie im eigentlichen Sinne. Entsprechend der Organisationsstruktur mit eigenverantwortlich arbeitenden Gruppen gilt aber, dass jede Gruppe über das von ihr

beschaffte Geld – in der Regel Spenden, Mitglieds- und Förderbeiträge – selbst verfügt. Dass die Zweckmäßigkeit der Ausgabe mit den Gemeinnützigkeitsbestimmungen und anderen Regeln der Amnesty-Satzung konform geht, wird im Einzelfall durch das Sekretariat der deutschen Sektion geprüft.

Jede Gruppe hat eine Kostenstelle, auf der ähnlich einem „virtuellen“ Bankkonto, das von der Gruppe eingenommene Geld registriert ist. Der Kassenwart der Gruppe ist verantwortlich für den Geldverkehr und ist Ansprechpartner für die Korrespondenz mit der Buchhaltung. Er verwaltet die Kostenstellenauszüge und den Schriftverkehr, hat jedoch selbst keinen direkten Zugriff auf das Amnesty-Konto.

## SPENDER ODER FÖRDERER?

Als Förderer wird bezeichnet, wer per Dauerauftrag oder Lastschriftverfahren regelmäßig Geld an Amnesty überweist. Alle anderen finanziellen Unterstützer gelten als Spender. Förderer und Spender erhalten ihre Spendenbescheinigung über den Gesamtjahresbetrag automatisch zu Beginn des folgenden Jahres von der Zentralbuchhaltung zugeschickt.

Spender können auf zwei verschiedenen Arten eine Spendenbescheinigung erhalten: Falls die Spende unter 100 Euro liegt und ein Einzahlungs- oder Überweisungsformular verwendet wird, gilt die Einzahlungsquittung – sofern sie unter dem Punkt Verwendungszweck den Hinweis enthält, dass es sich um eine Spende handelt – als Spendenbescheinigung. Falls ein normaler Überweisungsträger benutzt wurde und die Spende mindestens 24 Euro beträgt, wird bei der Verbuchung automatisch eine Spendenbescheinigung ausgestellt.

**WIE KANN ICH ZUGUNSTEN DES AMNESTY-AKTIONSNETZES HEILBERUFE SPENDEN ?**

Bitte zahlen Sie Spenden zugunsten des Aktionsnetzes auf das allgemeine Spendenkonto von Amnesty International ein:

*Konto 80 90 100 bei der Bank für Sozialwirtschaft Köln, BLZ 370 205 00*

Als Verwendungszweck sollte die Gruppennummer 2900 angegeben werden. Dann wird das Geld zugunsten der Kostenstelle des Amnesty-Aktionsnetzes Heilberufe gebucht und steht speziell für unsere Arbeit zur Verfügung.

**WAS PASSIERT MIT DEM GELD?**

Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe wird zur Zeit von etwa 300 Förderern, zahlreichen Spendern und Mitgliedern (durch deren Mitgliedsbeiträge) finanziell unterstützt.

Einen wichtigen Bestandteil unserer Arbeit bilden nach wie vor regelmäßige Briefaktionen mit heilberuflichem Hintergrund, die über einen Briefverteiler mit über 220 Postanschriften sowie inzwischen überwiegend per E-Mail mit einem Verteiler von über 300 Adressen versandt werden. Die Porto- und Sach-

kosten für diese Aktionen werden durch Spendengelder finanziert.

Andere Verwendungszwecke sind Öffentlichkeitsarbeit in Form von Veranstaltungen und Pressearbeit, die Unterstützung von themenrelevanten Publikationen und die Etablierung der Menschenrechtsbildung in Ausbildungsgängen und Curricula unserer Berufsgruppen.

Die Spendengelder werden auch für die Finanzierung von internationalen Prozessbeobachtungen verwendet. Auf diese Weise haben wir in den vergangenen Jahren Berufskollegen in der Türkei unterstützt, die dort wegen angeblich regierungsfeindlicher Aktivitäten im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung vor Gericht standen. In einem Fall konnte ein Freispruch erwirkt werden.

Eine zunehmende Rolle spielt die konkrete Unterstützung von Personen, die aufgrund von Menschenrechtsverletzungen ärztlicher oder therapeutischer Hilfe bedürfen, beispielsweise durch Übernahme von Behandlungs- oder Rehabilitationskosten. Außerdem unterstützen wir Institutionen, die diese Therapien anbieten, z. B. durch Fortbildungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiter.

*Dr. med. Petra Fischer*



Experte

Opfer Täter Helfende Experten

Täter Helfende

Helfende Experten

Helfende

Opfer Täter Helfende Experten

Opfer Täter Helfende

Opfer Täter Helfende Experten

Täter

Opfer Täter Helfende Experten

Opfer Täter Helfende Experten

Opfer