

DOSSIER HEILBERUFE

5. Auflage



**AMNESTY
INTERNATIONAL**



VORWORT

Über 55 Jahre Amnesty International – ein Jubiläum, das uns innehalten und zurückblicken lässt auf die letzten Jahre Menschenrechtsarbeit und anlässlich dessen die fünfte 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. Sie wendet sich ebenso an alle interessierten Laien, die sich mit den Themen unserer Arbeit beschäftigen möchten.

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 Vorsorgemaßnahmen 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 weiterhin 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 Gesund-

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

Die Amnesty International Kampagne „My Body, My Rights“ rückt das Recht auf alle mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung verbundene Themen in den Fokus. Dies zeigt, dass der Begriff Menschenrechte heute eine 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 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. Bedingt durch unsere Profession als Angehörige der Heilberufe richtet sich unser Blick auf die weniger offensichtlichen Menschenrechtsverletzungen wie die Einhaltung der sogenannten WSK-Rechte (Wirtschaftlich, Sozial und Kulturell) 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.

DAS AKTIONSNETZ HEILBERUFE

Das Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe ist Teil eines weltweiten Aktionsnetzes der Heilberufler*innen innerhalb Amnestys Heilberufler*innen ist der Oberbegriff für alle Berufsgruppen, die im medizinisch-therapeutischen oder psychosozialen Bereich tätig sind. Die Heilberufe (engl.: health professions) umfassen neben Ärzten auch die Gesamtheit der in Pflegeberufen arbeitenden Personen, zudem Psychologen, Psychotherapeuten, patientenbetreuende Sozialberufe, 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 staatlicher und sonstiger struktureller 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 beteiligen sich immer wieder Heilberufler*innen – häufig gegen ihre Überzeugung, manchmal ohne äußeren Druck oder unter Drohungen an Menschenrechtsverletzungen. Sie beteiligen sich freiwillig wie unfreiwillig an Hinrichtungen oder Folterungen, an Zwangsamputationen, Organentnahmen bei Hinrichtungsoffern, an Genitalverstümmelungen und anderen schweren Misshandlungen. Heilberufler*innen 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*innen 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 gerichts-tauglichen 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 Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe seit 1979 mit derzeit etwa 25 aktiven Mitgliedern, die sich zwei Mal jährlich treffen. Die (...) zwei gewählten Sprecher*innen sind offizielle Ansprechpartner*innen für Anfragen an das Aktionsnetz und Koordinator*innen der Arbeitsschwerpunkte. Weiterhin existieren Verantwortliche für die medical actions, für das Thema Menschenrechtsverletzungen an psychisch Kranken und geistig Behinderten, für das Thema politische Verfolgung von Heilberuflern in der Türkei und für die Website/Mailinglisten.

Die halbjährlichen Tagungen finden in der Regel an einem Wochenende im Frühjahr und Herbst mit wechselnden Tagungsorten statt. Sie bestehen aus einem öffentlichen Treffen von ungefähr sieben Stunden. Die Teilnahme an der Tagung ist nicht nur Mitgliedern des Aktionsnetzes vorbehalten. Auch Interessenten und Referenten für einzelne Tagesordnungspunkte sind

willkommen. Da das Aktionsnetz Teil der deutschen Amnesty-Sektion ist, müssen alle, die langfristig aktiv mitarbeiten wollen, Amnesty-Mitglied sein. Aktuelle Themen werden diskutiert, neue Arbeitsschwerpunkte festgelegt, vergangene Ereignisse besprochen und Aufgaben verteilt. In den Monaten zwischen den Halbjahrestreffen stehen die Mitglieder in regelmäßigem Kontakt, hauptsächlich über Internet und Telefon. 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 psychosoziale Fragen im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen angefragt. Umgekehrt lassen wir uns unterstützen und beraten. So stehen wir in Austausch und Kooperation mit anderen Gruppen oder Institutionen, die medizinisch-therapeutische oder psychosoziale Menschenrechtsarbeit leisten, zu nationalen und internationalen medizinischen Organisationen und anderen NGOs.

Auf nationaler Ebene besteht ein intensiver Austausch mit anderen Regionalgruppen innerhalb von AI, z.B. mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

(BAFF e.V.) und NGOs, die sich mit unseren Themen beschäftigen. International stehen wir z. B. im Kontakt mit 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 ist Fachärztin für Anästhesie, lebt und arbeitet in Köln. Sie ist seit 1996 Mitglied des Aktionsnetzes Heilberufe und seit 2001 dessen Kassenwartin und Finanzreferentin.

BRIEFE, DIE LEBEN RETTEN

Die 27-jährige Belén aus Argentinien wurde zu einer achtjährigen Haftstrafe verurteilt, da man ihr vorwarf absichtlich einen Schwangerschaftsabbruch herbeigeführt zu haben und sie damit des Mordes schuldig sprach. Dank einer intensiven Kampagne von Amnesty International und dem unermüdlichen Einsatz vieler Menschen weltweit wurde Belén nach einem Berufungsverfahren vor dem Obersten Gericht einstimmig am 27. März 2017 freigesprochen. Belén ist nur eine von tausenden Personen, für die sich Amnesty weltweit im Rahmen der Appellbrief-Aktionen einsetzt.

Die Appellbrief-Aktionen sind ein effektiver Weg, um akut bedrohten Menschen das Leben zu retten, da sie eine besonders schnelle Form der Intervention darstellen: Erfährt Amnesty International von willkürlichen Festnahmen, Morddrohungen, Folterungen oder bevorstehenden Hinrichtungen startet die Organisation eine sogenannte Urgent Action. Innerhalb kürzester Zeit tritt ein Netzwerk von fast 80.000 Menschen in 85 Ländern, davon 10.000 in Deutschland, in Aktion. Diese Aktivistinnen und Aktivisten appellieren per Fax, E-Mail oder Brief an die Behörden der Staaten, in denen Menschenrechte verletzt werden. Bei den Adressaten gehen Tausende von Appellschreibern aus aller Welt ein. Es ist dieser rasche und massive Protest, der immer wieder Menschenleben schützt.

Seit Beginn der Urgent Actions im Jahr 1973 konnten unzählige Personen aus der ganzen Welt gerettet werden. Die jahrzehntelange Erfahrung von Amnesty International mit diesen Appellbrief-Aktionen hat gezeigt, dass der öffentliche Druck, der hinter solchen Briefaktionen steht, in etwa der Hälfte der Fälle einen positiven Effekt auf die Situation der Betroffenen hat: Freilassungen, Hafterleichterungen, die Aufhebung von Todesurteilen oder auch Anklagen gegen die Verantwortlichen von Menschenrechtsverletzungen sind die Folgen.

Auch das Aktionsnetzwerk Heilberufe engagiert sich einmal monatlich mit mindestens einem Fall, der meist einen medizinischen bzw. heilberuflichen Hintergrund hat. So geht es zum Beispiel um die medizinische Versorgung in Gefängnissen, um die Forderung, den Inhaftierten eine angemessene Behandlung in einem Krankenhaus zukommen zu lassen, um die Verbesserung der oft unmenschlichen Haftbedingungen oder auch darum, geistig behin-

derte und psychisch kranke Straftäter vor der Hinrichtung zu bewahren. Zudem engagieren wir uns für Kolleginnen und Kollegen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen geworden sind. Die Informationen zu den Fällen stammen aus der Research-Abteilung des Internationalen Sekretariats von Amnesty International in London. Dabei wird besonders großer Wert auf die Genauigkeit der verbreiteten Informationen gelegt. Alle Angaben zu den betroffenen Personen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen sind oder es zu werden drohen, stammen aus mindestens zwei unabhängigen Quellen. Wenn Sie sich an unseren Briefaktionen beteiligen, erhalten Sie, je nach Wunsch, monatlich oder wahlweise alle drei bis vier Monate zwei vorbereitete Appellbriefe mit Hintergrundinformationen zu einem oder mehreren Fällen. Die Briefe müssen Sie anschließend lediglich mit Ihrer Adresse, Datum und Unterschrift versehen und per Mail, Fax oder Brief an die angegebenen Adressen schicken.

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

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

MedicalActions@ai-aktionsnetz-Heilberufe.de



Die Autorin:

Anja Niemczyk studiert Psychologie im Masterstudiengang mit dem Schwerpunkt „Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie“ an der Universität Potsdam. Sie ist seit Oktober 2014 Mitglied bei Amnesty International und im Aktionsnetz Heilberufe und betreut die Briefaktionen. Neben ihrer Mitarbeit bei Amnesty International engagiert sie sich ehrenamtlich für unbegleitete geflüchtete Minderjährige in Berlin.

ART. 12, UN-SOZIALPAKT: 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 mit dem in Kraft treten des UN-Zivilpakts und des UN-Sozialpakts (1976). Ein Leben frei von Furcht sollen die bürgerlichen und politischen Rechte des UN-Zivilpakts ermöglichen und ein Leben frei von Not ist die Zielsetzung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte des Sozialpakts. Eines der sozialen Rechte ist **„das Recht einer jeden Person¹ auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“** (Art. 12, UN-Sozialpakt). Um dieses individuell unterschiedliche Höchstmaß an Gesundheit anstreben zu können, haben sich die Vertragsstaaten gegenüber den Vereinten Nationen dazu verpflichtet, die diesbezüglichen Rechte **zu achten, zu schützen und zu gewährleisten²**.

DIE ACHTUNGSPFLICHT umfasst die Gesundheitsvorsorge (Impfprogramme, Seuchenprävention, Arbeitsschutz, Schwangerenvorsorge etc.) ebenso wie die Gesundheitsfürsorge (diskriminierungsfreier Zugang zu medizinischen Einrichtungen, Bereitstellung von Medikamenten und Fachpersonal etc.). Ein Vertragsstaat verstößt gegen diese Verpflichtung, wenn er in seinem Herrschaftsbereich Folter oder medizinische Zwangsbehandlung duldet, wenn er nicht gegen den Vertrieß von unsicheren oder unwirksamen Medikamenten einschreitet, wenn er nichts gegen die Verschmutzung der Umwelt unternimmt, kein sauberes Wasser zur Verfügung stellt oder die Abwässer nicht entsorgen lässt.

DIE SCHUTZPFLICHT erfüllt ein Vertragsstaat, wenn er verhindert, dass die Gesundheit durch Dritte gefährdet wird, also Heranwachsende vor häuslicher oder sexueller Gewalt schützt oder die Vorenthaltung medizinischer Information durch Dritte verhindert. Bei Privatisierung (z.B. der Wasserversorgung) muss er negative Auswirkungen für entlegene, arme Bevölkerungsteile verhindern und bei der Vergabe von Rechten an extraktive Unternehmen (Öl, Gas, Gold, Diamanten) darf er keine Umweltverschmutzungen in Kauf nehmen, die letztlich die menschlichen Lebensgrundlagen essentiell gefährden. Ein Vertragsstaat verstößt gegen dieses Recht, wenn

in seinem Herrschaftsbereich Kinderehen (≤ 16 Jahre) zwar verboten, aber praktiziert werden (wie z.B. in Sierra Leone), wenn ein Großteil der Medikamente aus Mehl bestehen (wie z.B. in Nigeria) oder wenn Informationen über Verhütungsmittel verboten sind (wie z.B. in Nicaragua).

DIE GEWÄHRLEISTUNGSPFLICHT ist eine in die Zukunft gerichtete Verpflichtung der Vertragsstaaten, z.B. den Aufbau bzw. den Ausbau einer regional ausgewogenen Bereitstellung von medizinischen Einrichtungen zu verbessern, Impfprogramme gegen Seuchen weiter zu entwickeln, die Qualität der medizinischen Einrichtungen und die Information z. B. über HIV/AIDS, MNS-Erkrankungen (mental, neurological and substance use disorders), Familienplanung und Verhütung zu verbessern.

2001 tauchten in den USA Briefe mit Milzbrandregern auf. Es bestand die Sorge vor einer Seuche. Ciprobay®, das Mittel der Wahl gegen Milzbrand von der Firma Bayer, sollte in den USA in großen Mengen bevorratet werden, war aber patentiert und viel zu teuer. Präsident Bush drohte der Firma Bayer mit einer Zwangslizenzierung und erhielt daraufhin das Medikament schnell, günstig und in großen Mengen.

KERNVERPFLICHTUNGEN GELTEN SOFORT, UNBEDINGT UND KÖNNEN NICHT AUSSER KRAFT GESETZT WERDEN

Die Verpflichtung zur Schaffung einer medizinischen Basisversorgung, zur Etablieren eines Impfprogramms sowie die flächendeckende Versorgung mit sauberem Trinkwasser überfordern ärmere Vertragsstaaten finanziell sehr rasch. Zwar wird eingeräumt, dass sie erst „... nach und nach die volle Verwirklichung der im Sozialpakt anerkannten Rechte erreichen...“ (Art. 2, UN-Sozialpakt), aber eine medizinische Minimalversorgung muss jeder Vertragsstaat sofort gewähren. Die Frage, wie eine effektive medizinische Minimalversorgung bei begrenzter Haushaltslage erreicht werden kann, führte zu einer Definition der **Mindeststandards** für eine grundlegende primäre Gesundheitsversorgung und zu einer Reihe von **elementaren Kernverpflichtungen, die sofort und unbedingt gelten²**. **Diese Kernverpflichtungen können weder unterschritten noch außer Kraft gesetzt werden.**

Der Zugang zur med. Grundversorgung muss frei von Diskriminierung sein

Die Versorgung muss verfügbar sein:

- flächendeckend; Vorrat an elementaren Arzneimitteln laut aktueller WHO-Liste

Die Versorgung muss zugänglich sein:

- ≤ 2 Stunden Fußmarsch zur Krankenstation; keine finanziellen oder sprachlichen Barrieren

Die Versorgung muss annehmbar sein:

- kulturelle Besonderheiten berücksichtigen; ethisch vertretbare Behandlung

Die Versorgung muss von guter Qualität sein:

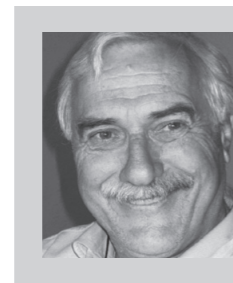
- wirksame, unverfälschte und sichere Arzneien; zu mutbare und sichere Blutkonserven.

DER UN-SOZIALAUSSCHUSS PRÜFT DIE PERIODISCHEN STAATENBERICHTE

Jeder Vertragsstaat ist verpflichtet, alle 4-5 Jahre der UN-Expertenkommissionen für das Recht auf Gesundheit zu berichten, welche Anstrengungen zur Erfüllung seiner Verpflichtungen er unternommen hat. Gleichzeitig nimmt dieser UN-Fachausschuss Parallelberichte aus dem betreffenden Land von Nichtregierungs-Organisationen (wie z.B. von Amnesty International Deutschland oder vom Deutschen Institut für Menschenrechte) entgegen. Nach einer Anhörung der

Regierungsvertreter werden die Anregungen und z.T. recht kritischen Kommentare der UN-Expertenkommissionen veröffentlicht.

1 "...einer jeden Person..." umfasst alle Personen, die sich im Herrschaftsgebiet des Vertragsstaats aufhalten oder seiner effektiven Kontrolle unterliegen, unabhängig von Aufenthaltsstatus oder „Papieren“.
2 Die vertraglichen Verpflichtungen, die sich aus dem Sozialvertrag ergeben, sind detailliert in einem allgemeinen Rechtskommentar (den sog. Allgemeinen Bemerkungen) der jeweiligen UN-Expertenkommissionen festgelegt. Für das Recht auf Gesundheit sind dies die Allgemeinen Bemerkungen Nr. 14, für das Recht auf Wasser die Allgemeinen Bemerkungen Nr. 15.



Der Autor:

Norbert Dieringer ist Professor i.R. für Physiologie an der LMU München. Er ist Mitglied der Aktionsnetzes Heilberufe und der AI-Themen-Koordinationsgruppe für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN AN PSYCHISCH KRANKEN UND GEISTIG BEHINDERTEN

Schwer psychisch erkrankte oder geistig behinderte Menschen verhalten sich oft auffällig, stören manchmal das gewohnte Zusammenleben und verhalten sich für ihre Umgebung rätselhaft, selten auch bedrohlich. Zudem brauchen sie immer wieder Hilfe, um ihren Alltag zu bewältigen. Die Reaktionen sind oft Unverständnis, Angst und Aggression. Psychisch Kranke werden stigmatisiert, isoliert, entrechtet und grausam behandelt, manchmal über Jahre und Jahrzehnte. Manche Kulturen sehen in ihrem Verhalten die Folgen von Schuld oder eine Besessenheit durch Dämonen, und die Misshandlungen dienen zur Bändigung oder Austreibung der Dämonen. Das geschieht in der Regel dort, wo es keine oder sehr wenig psychiatrische Versorgung gibt. Menschenrechtsverletzungen finden aber auch innerhalb psychiatrischer Institutionen statt, von extremer Verwahrlosung bis zu schweren Misshandlungen. Diese Menschenrechtsverletzungen geschehen in der Regel im Verborgenen. Psychisch Kranke und geistig Behinderte bilden zwar in allen Gesellschaften eine große Gruppe, sie werden aber in vielen Ländern versteckt, ausgeschlossen, eingesperrt, unsichtbar gemacht. Sie haben keine Lobby und können nicht selbst das Unrecht, das ihnen angetan wird, öffentlich machen. Die Gewalt, die ihnen angetan wird, ist oft strukturell. Sie hat keinen Nachrichtenwert und entgeht auch deshalb der Öffentlichkeit, der lokalen wie der globalen.

Psychiatrisches Handeln hat das Potenzial, fundamentale individuelle Rechte ihrer Patienten einzuschränken, wie es in diesem Maß für keinen anderen medizinischen Bereich zutrifft. Psychiatrische Akteure haben an der Vernichtung der ihnen anvertrauten Patienten und an anderen Menschenrechtsverletzungen wie der Todesstrafe oder der Repression politischer Oppositioneller oder ethnischer Minderheiten mitgewirkt. Unter Menschenrechtsaspekten sind daher vor allem vier Themenbereiche relevant:

- Menschenrechtsverletzungen außerhalb einer psychiatrischen Versorgung
- Menschenrechtsverletzungen innerhalb einer psychiatrischen Versorgung
- Beteiligung an Todesstrafen
- Politischer und sozialer Missbrauch der Psychiatrie

A. MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN AUSSERHALB DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Gemeint sind folgende Menschenrechtsverletzungen:

1. Isolation und Stigmatisierung
2. Extrem schlechte Lebensbedingungen (bzgl. Obdach, Hygiene, Nahrung, Wasser, sonstiger Gesundheitsversorgung), auch unter Berücksichtigung eines lokal niedrigen Standards
3. Willkürliche, ungerechtfertigte und exzessive, oft Jahre bis Jahrzehnte andauernde, Freiheitsberaubungen (Anketten oder Fixieren von Gliedmaßen in Holzpflocken in Verschlagen oder unter freiem Himmel), physische und psychische Misshandlungen, sexueller Missbrauch
4. Fehlende Aufklärung, Mitsprache, Rechtsbehelfen, Einspruchsmöglichkeiten und Rechtsmittel gegen Zwangsmaßnahmen und Misshandlungen

Diese Menschenrechtsverletzungen finden in Familien und Gemeinden oder in Einrichtungen statt, die von Heilern oder religiösen Bewegungen werden. Sie sind in Low- und Middle-Income Countries weit verbreitet, vor allem in Asien und Afrika. In diesen Ländern wird von den ohnehin sehr niedrigen Gesundheitsbudgets in der Regel 0 - 1% für Mental Health ausgegeben. Die allermeisten Menschen haben daher in diesen Ländern, vor allem in ländlichen Gebieten, keinen Zugang zu einer psychiatrischen Versorgung. Die Problematik ist aber nicht auf sehr arme Länder wie Somalia oder die Elfenbeinküste beschränkt, sie findet sich auch in Ländern wie Indien oder Indonesien. Auch z. B. in den USA landen psychisch Kranke häufig in Gefängnissen, wo sie keine adäquate Behandlung bekommen, wehrlos sind, misshandelt werden und sogar zu Tode kommen.

Preiswerte und effektive Programme zur Besserung der Situation werden von der WHO und anderen Organisationen angeboten und auch lokal umgesetzt. Der WHO-Action Plan 2013-2020 fordert:

- Entstigmatisierung
- Aktualisierung nationaler Gesetzgebung
- nationale Programme
- Ausbildung nicht psychiatrischer Health Worker (in Tagen – Monaten)

- dezentralisierte Versorgung
- Vorrang ambulanter Arbeit
- Zugänglichkeit von Medikamenten
- Betten an Allgemeinkrankenhäusern statt in psychiatrischen Krankenhäusern

Das entscheidende Hindernis zur Umsetzung dieser Forderungen ist das Unwissen und das Desinteresse der Öffentlichkeit sowie der staatlichen und regionalen Behörden. Die Zustände werden nicht als Menschenrechtsverletzungen erkannt und anerkannt. Viele der betroffenen Staaten haben internationale Konventionen zur Sicherung der Menschenrechte psychisch Kranker und geistig Behinderter unterzeichnet und oft auch eine akzeptable Gesetzgebung. Sie halten sich aber nicht daran und stellen nicht die notwendigen Mittel zur Verfügung, obwohl durch dieses Nicht-Handeln wiederum hohe volkswirtschaftliche Kosten entstehen.

B. MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN INNERHALB EINER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Psychische Erkrankung geht oft mit Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung einher. Die Stigmatisierung und die soziale Ausgrenzung psychisch kranker Menschen stehen oft im Zusammenhang mit schlechten Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie, wie sie sich in vielen Staaten finden. Psychiatrische Institutionen sind in vielen Ländern materiell und personell sehr schlecht ausgestattet. Motivation, Einstellung und Ausbildung der Mitarbeiter sind unzureichend. Psychiatrische Einrichtungen dienen oft eher dem Ausschluss der Betroffenen als der vorübergehenden Behandlung und Integration. Humanere und effektivere ambulante und teilstationäre Angebote fehlen in vielen Ländern.

Die psychiatrische Versorgung weist Aspekte auf, die unter Menschenrechtsaspekten sehr sensibel sind.

1. Behandlung gegen den Willen des Patienten:

Durch den Verlust des Realitätssinns im Rahmen einer psychischen Erkrankung kann die Wahrnehmung der Wirklichkeit soweit beeinträchtigt sein, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen. In dieser Situation sind psychisch Kranke ebenso wie geistig Behinderte und andere hilflose Menschen besonders vulnerabel für Missbrauch, Gewalt oder Vernachlässigung. 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 der persönlichen Freiheit. Gleichzeitig birgt diese Situation aufgrund der Machtkonzentration auf Seite der Öffentlichkeit und der Be-

handler Missbrauchspotenzial. Oft werden die Rechte der Betroffenen bei Zwangseinweisungen nicht gewahrt. Psychisch Kranke werden häufig entmündigt und haben keine Einspruchsmöglichkeiten gegen ihre Zwangsbehandlung.

2. Institutionelle Bedingungen:

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 Gemeindennähe fördert zusätzlich eine Institutionalisierung von Patienten und Mitarbeitern mit der Gefahr, die Rechte der Betreuten zu missachten. Es kommt häufig zu weiteren internen Freiheitsberaubungen, (Fixierung, Isolierung), zu Misshandlungen, sexuellem Missbrauch, Unterernährung und Verwahrlosung.

3. Fehlende oder grob falsche und schädliche Behandlung:

Dazu zählen v. a. exzessive und ungerechtfertigte Behandlungen mit Psychopharmaka und Elektrokrampftherapie, in der Regel bei fehlender Aufklärung und Einwilligung der Patienten, Diskriminierung und Zwangsbehandlungen, die in einer reinen Verwahrung bestehen, ohne adäquate Behandlungsangebote, die eine Reintegration ermöglichen. Richtlinien für eine die Menschenrechte wahrende psychiatrische Versorgung existieren sowohl auf Ebene der Vereinten Nationen als auch auf der Ebene regionaler Zusammenschlüsse. Modelle guter psychiatrischer Versorgung existieren ebenfalls. Um die Menschenrechte von psychisch kranken Menschen zu wahren, bedarf es 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.

C. BETEILIGUNG AN TODESSTRAFEN

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.

Hinrichtung psychisch kranker oder geistig behinderter Personen

Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, juristisch schlechter behandelt zu werden. Aufgrund eingeschränkter Situations-

einschätzung verzichten sie häufiger auf Rechtsbeistand und haben ein erhöhtes Risiko, Antworten unter Zwang zu geben oder falsche Geständnisse abzulegen. Sie werden häufig juristisch schlecht vertreten. Auffälliges Verhalten psychisch kranker und geistig behinderter Menschen wird leicht als verdächtig und willentlich gesteuert fehlinterpretiert. Die meisten Länder und internationale Konventionen 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 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 erfolgt in folgenden Bereichen:

- Gerichtsverhandlung: Hinzuziehen von Psychiatern als Gutachter sowohl für die Verteidigung als auch für die Anklage.
- Urteilsfindung und Festsetzen des Strafmaßes: Psychiatrische Stellungnahme zur zukünftigen Gefährlichkeit oder der Intelligenz eines Angeklagten zur Legitimation der Todesstrafe.
- 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 legitimierten Hinrichtungen noch an der Bewertung der Exekutionsfähigkeit von Verurteilten beteiligen. 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.

D. POLITISCHER UND SOZIALER MISSBRAUCH DER PSYCHIATRIE

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 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 die zwangsweise Behandlung von Oppositionellen und religiös anders Denkenden.

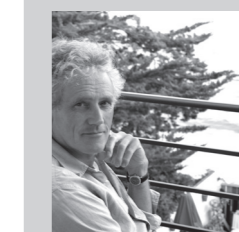
Der gezielte Einsatz psychiatrischer Behandlung als Mittel des Umgangs mit politisch Oppositionellen ist derzeit vermutlich keine verbreitete Praxis, kommt aber in Einzelfällen weiter vor. Die Psychiatrie kann aber auch in anderer Hinsicht missbraucht werden. So werden z. B. gesunde Frauen in Indien in psychiatrischen Institutionen zwangsbehandelt, weil ihre Ehemänner sich ihrer entledigen wollen. Auch solche Formen der Menschenrechtsverletzungen müssen untersucht, veröffentlicht und beendet werden.

Wer sich auf diesem Gebiet gegen Menschenrechtsverletzungen engagieren möchte, melde sich bitte bei Michael Huppertz: mihup@web.de.



Die Autoren:

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



Dr. phil. Dipl. Soz. Michael Huppertz ist Arzt f. Psychiatrie und Psychotherapie in Darmstadt.

BEHANDLUNG UND BERATUNG VON ÜBERLEBENDEN DER FOLTER UND GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND

ZUSAMMENARBEIT MIT DER BUNDESWEITEN ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF E.V.)

Für Geflüchtete, die Folter, Krieg und Unterdrückung überlebt haben, setzen sich die Leiden oft ein Leben lang fort. Viele der schutzsuchenden Menschen brauchen daher einen gesicherten Aufenthalt, eine menschenwürdige Unterbringung und Perspektiven für ein Leben in Deutschland mit den Möglichkeiten der Teilhabe in allen Lebensbereichen. Dem stetigen Anwachsen von Rassismus und tätlichen Übergriffen auf Geflüchtete sowie den asylpolitischen Verschärfungen steht das Bemühen entgegen, durch Initiativen der Zivilgesellschaft Versorgungsdefizite zu stopfen und Möglichkeiten der Teilhabe zu schaffen.

GESUNDHEIT UND MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN

Gesundheit bedeutet mehr als die Abwesenheit von Krankheit oder deren Behandlung. 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 und 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

Das reguläre Gesundheitssystem ist Geflüchteten in Deutschland nur stark eingeschränkt zugänglich. Dafür sind in erster Linie Strukturdefizite verantwortlich. Psychosoziale Versorgung für Geflüchtete bieten fast ausschließlich die außerhalb des gesundheitlichen Regelsystems arbeitenden Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer an. Diese bemühen sich seit Jahrzehnten darum, Versorgungsdefizite aufzufangen, indem sie eine bedarfsorientierte, niedrigschwellige Behandlung für Menschen, die von

schweren Menschenrechtsverletzungen betroffen sind, anbieten. Es sind vor allem schwer traumatisierte Geflüchtete aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten, Opfer staatlich organisierter Gewalt und Folter sowie Geflüchtete, die in Deutschland Opfer rassistischer motivierter Gewalt wurden. 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 E.V.)

Die BAFF ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren, die sich die soziale, psychologische und medizinische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten und Opfern von organisierter staatlicher Gewalt zur Aufgabe gemacht haben. Seit 20 Jahren bündelt die BAFF die Interessen der Psychosozialen Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft. Die mittlerweile bundesweit existierenden 32 Psychosozialen Zentren in Deutschland versorgen jährlich über 12.000 KlientInnen. Davon erhalten 35 % (ca. 4.200 KlientInnen) eine Behandlung bei einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin. Die Wartelisten und damit verbundene Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind extrem lang. Die BAFF setzt sich dafür ein, dass das soziale Menschenrecht auf Gesundheit einschließlich der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung auch für Geflüchtete umgesetzt wird. Sie fordert, dass die Gesellschaft ihrer Verantwortung für die in Deutschland Schutz suchenden Geflüchteten und Opfer von Menschenrechtsverletzungen gerecht wird.

DIE ARBEITSBEREICHE DER BUNDESWEITEN ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER (BAFF):

- Vernetzung: Als Dachverband der Psychosozialen Zentren vernetzt die BAFF ihre Mitgliedszentren auf nationaler, aber auch auf europäischer und internationaler Ebene. Ziel ist ein umfassender Erfahrungsaustausch bezüglich der psychosozialen Beratung und Behandlung traumatisierter Geflüchteter.
- Fachliche Expertise: Aus dem aus den Zentren gebündelten Erfahrungswissen und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt die BAFF Qualitätskriterien und Leitlinien für eine angemessene Behandlung traumatisierter Geflüchteter (z.B. auch über den Einsatz von DolmetscherInnen in der Therapie), welche sie der breiten Fachöffentlichkeit zugänglich macht.
- Datenerhebung und Hintergrundanalysen: Die BAFF erhebt regelmäßig Daten zur Versorgungssituation der Zielgruppe, dokumentiert Einzelfälle und Good Practice, entwickelt zielgruppenspezifische Erhebungsinstrumente und steht in engem Austausch mit Wissenschaft und Forschung.
- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit: Durch regelmäßige Publikationen, Projekte und Veranstaltungen sensibilisiert die BAFF die breite Öffentlichkeit, öffentliche Interessenvertreter sowie die Politik für die Lebensrealität von in Deutschland lebenden Geflüchteten und Opfern von organisierter Gewalt. So will sie die Handlungsbereitschaft hin zu einer Verbesserung der Lebenssituation von Geflüchteten in Deutschland fördern.
- Fort- und Weiterbildungen: Mit Hilfe ihrer fachlichen Expertise entwickelt sie Fort- und Weiterbildungen und führt diese durch.

Die BAFF koordiniert den Austausch von Erfahrungen, Wissen und Information zwischen AkteurInnen, die sich im Flüchtlingsschutz organisieren. Durch Gespräche mit EntscheidungsträgerInnen des Gesundheits-

und Sozialsystems setzt sich die BAFF für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindert. Die aufenthalts- und asylrechtlichen Entwicklungen der vergangenen Jahre zeigen, dass dies immer wichtiger wird. Die Expertise der Zentren wird von der BAFF genutzt, um Forderungen an die Politik zu stellen und Ansätze für eine bessere Versorgungsstruktur für Geflüchtete aufzuzeigen. Insbesondere mit den Entwicklungen aus dem Asylpaket I und II wurde es von Seiten der Politik aber deutlich schwieriger, sich für die psychosoziale Behandlung von Geflüchteten einzusetzen. So werden etwa seit dem Inkrafttreten des Asylpaket II zur Feststellung eines gesundheitlichen Abschiebehindernisses nur noch Gutachten von approbierten ÄrztInnen akzeptiert – PsychotherapeutInnen werden insbesondere auch bei der Begutachtung einer Posttraumatischen Belastungsstörung außen vor gehalten.

Doch die Bundesregierung ist sich des Umstandes, dass gerade die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten unzureichend ist, durchaus bewusst. Auf politischer Ebene versuchte sie Ende 2015 mit der Änderung der Zulassungsverordnung für Ärztinnen und Ärzte, den Versorgungsengpass für traumatisierte Geflüchtete mit Behandlungsbedarf auszugleichen. Seitdem können ÄrztInnen mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlich-medizinischen ständigen ärztlichen Leitung beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Ermächtigung stellen. Damit werden sie zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von EmpfängerInnen laufender Leistungen nach §2 des Asylbewerberleistungsgesetzes berechtigt, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Doch auch wenn dies ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist, werden einige Barrieren nicht

abgebaut: Weiterhin ist die Übernahme von Dolmetscherkosten für Psychotherapien nicht abrechenbar. Die Sprachbarrieren zwischen PsychotherapeutIn und KlientIn bleiben daher erhalten. Zusätzlich legen die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer die rechtlichen Rahmenbedingungen oftmals in ihrem Sinne aus, was es für PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen schwierig macht, die Behandlung von Geflüchteten aufzunehmen. Gerade die Behandlung von Geflüchteten ist auch mit besonderen Anforderungen verbunden, da ihre körperlichen und psychischen Erkrankungen durch viele und komplexe Faktoren beeinflusst sind. Diese sind beispielsweise die Erlebnisse, die sie zur Flucht veranlassen haben, ihre Fluchtgeschichte und ihre aufenthaltsrechtliche Situation im Exilland Deutschland. Aus diesem Anlass hat die BAfF im Frühjahr 2016 die Broschüre „Flüchtlinge in unserer Praxis“ herausgegeben, die wichtige Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen beinhaltet. Sie informiert nicht nur über die Situation von Geflüchteten in Deutschland und die Besonderheiten, die es zu beachten gilt, wenn Geflüchtete medizinische oder psychotherapeutische Hilfe suchen. Sondern sie beantwortet auch einige häufig gestellte Fragen, wie z.B. zur Rolle des Aufenthaltsstatus und zur Kostenträgerschaft. Bereits seit Jahren kritisieren wir die nicht ausreichenden Versorgungsstrukturen für traumatisierte Geflüchtete, doch lange existierten zur tatsächlichen Versorgungssituation keine verlässlichen Zahlen. Mit dem Versorgungsbericht stellte die BAfF 2015 eine erste bundesweite Dokumentation zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland zur Verfügung. Der Bericht fasst Hintergrundanalysen zu den Lebens- und Versorgungsbedingungen, mit denen Geflüchtete im Exil konfrontiert sind zusammen und stellt sowohl die rechtlichen Vorgaben internationaler Konventionen und EU-Richtlinien als auch den rechtlichen und strukturellen Gestaltungsspielraum dieser dar. Anhand der Ergebnisse einer Datenerhebung wird im Versorgungsbericht überprüft, inwiefern vorhandene Versorgungsangebote für Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind. Zentrale Versorgungsdefizite aber auch Modelle „guter Praxis“ werden beschrieben und mit Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis verknüpft. Aus dem Bericht ergeben sich Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus den Analysen zur Versorgungssituation folgen sollten. Der Bericht wird jährlich aus den Ergebnissen der Mitgliederbefragung der BAfF erstellt.

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 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.

ZUSAMMENARBEIT MIT AMNESTY INTERNATIONAL

Seit der Entstehung des ersten Zentrums vor fast 40 Jahren in Frankfurt gibt es eine enge Zusammenarbeit mit Amnesty International und dem Aktionsnetz der Heilberufe, dessen deutsche Arbeitsgruppe etwa zur gleichen Zeit gegründet wurde. Die regelmäßige Mitarbeit von VertreterInnen der Zentren im Aktionsnetz ist für beide Seiten eine große Bereicherung. 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.

EMPFEHLUNGEN FÜR HEILBERUFLICH TÄTIGE IN ABSCHIEBESITUATIONEN

Durch die verschärfte Gesetzgebung im Asylpaket I und II werden auch in Heilberufen Tätige wieder zunehmend mit Abschiebungen kranker Flüchtlinge konfrontiert. Viele Ärztinnen und Ärzte, Schwestern, Pfleger und TherapeutInnen geraten in einen schwierigen Konflikt, wenn sie sich zwischen Patientenwohl und vermeintlicher Staatsraison entscheiden sollen. Es besteht große Unsicherheit und Hilflosigkeit, sich in einer solchen schwierigen Situation adäquat zu verhalten. Die folgende Handreichung bietet Hilfe an.

DER BESTE ABSCHIEBESCHUTZ IST DIE EINBINDUNG DER KLIENTIN-NEN/PATIENTINNEN IN EIN FUNKTIONIERENDES SOZIALES NETZ.

Empfehlungen:

1. Um nicht von der Abschiebung eines in Behandlung stehenden Flüchtlings überrascht zu werden, sollte der Aufenthaltsstatus bei Erhebung der Anamnese routinemäßig festgestellt werden. Die aktuelle aufenthaltsrechtliche Situation erklärt darüber hinaus manche Symptome und Details des Krankheitsverlaufs.
2. Bei drohender Abschiebung können wir durch frühzeitige fachliche Eingaben oft erfolgreich eingreifen, d.h. Abschiebungen „aus der laufenden Behandlung heraus“ verhindern. Das erspart viel Leid und vermeidet akute Verschlechterungen des Gesundheitszustandes. Dringend notwendig ist es, in solchen Fällen mit den juristischen VertreterInnen (Rechtsanwältin/ Rechtsanwalt, Sozialpädagogin/-pädagoge, an deren soziale Begleitung) Kontakt aufzunehmen und gemeinsam zu überlegen, ob ein Attest oder eine Stellungnahme hilfreich sein kann. Es ist dringend empfehlenswert, dass seitens der juristischen Beraterin/des Beraters eine entsprechende Fragestellung an die medizinischen oder therapeutischen ExpertInnen formuliert wird. Letztere sollten sich dann strikt an die Beantwortung dieser Fragen halten.
3. Wenn nur noch wenig Zeit ist, sollte zumindest ein Attest formuliert werden. Es muss Folgendes beinhalten: Identifikationsdaten der Patientin/des Patienten; Häufigkeit des Kontaktes; (vorläufige) Diagnosen, nach ICD 10 verschlüsselt; derzeitige Behandlung, weiterer Behandlungsbedarf; Voraussetzungen für den Behandlungserfolg; zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Fall der Abschiebung.

tende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Fall der Abschiebung.

4. Falls etwas mehr Zeit ist, sollte eine ausführlichere ärztliche Stellungnahme mit Begründung der Diagnose und Darstellung der sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen eingereicht werden.

Wichtig ist eine ausführliche Darstellung der Prognose bei ggf. resultierender Verschlechterung des Gesundheitszustands durch die zwangsweise Rückkehr! Eine Beschreibung der Verhältnisse vor Ort, d.h. der Gesundheitsversorgung am Ziel der Abschiebung, sollte unterlassen werden. Die heilberufliche Einschätzung wird hierdurch abgeschwächt, denn diese Beurteilung überschreitet die Kompetenz des Mediziners oder Therapeuten.

Man sollte vielmehr aufzählen, was für die adäquate Versorgung des jeweiligen Patienten/Klienten notwendig ist und welche gesundheitlichen Konsequenzen zu erwarten sind, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

5. Der Patientin/dem Patienten einen Kurarztbrief mitgeben, damit sie/er im Heimatland evtl. anderen KollegInnen etwas vorzeigen kann.
6. Sollte die Patientin/der Patient durch die Abschiebedrohung in eine suizidale Situation hinein geraten, muss mit ihr/ihm besprochen werden, ob eine vorübergehende stationäre Behandlung erforderlich ist.
7. Befindet sich die Patientin/der Patient in stationärer Behandlung und verlangt die Polizei die Herausgabe, um sie/ihn abzuschicken, sind die diensthabenden Ärztinnen/Ärzte/Schwwestern/Pfleger nicht verpflichtet, dem nachzukommen. Diese Weigerung und der Hinweis auf die Verpflichtung, ausschließlich dem Patientenwohl zu dienen, veranlassen in der Regel die Beamten, die Abschiebung abzubrechen.

8. Wird man in der Abschiebesituation als Hausarzt von der Patientin/dem Patienten zu Hause angerufen, sollte man darauf bestehen, die Patientin/den Patienten noch einmal zu sehen und zu un-

tersuchen. Wenn dies verwehrt wird, sollte man im Nachhinein beim Verwaltungsgericht klagen. Kommt man zu dem Schluss, dass das Patientenwohl in diesem Augenblick in Gefahr ist, sollte man es schriftlich dem Einsatzleiter mitteilen. Dieser muss dann entscheiden, ob die polizeiliche Maßnahme trotzdem fortgesetzt oder aber abgebrochen wird. Sachliche, professionell und ruhig vorgetragene Gründe wirken in der emotional aufgeheizten Abschiebe-Atmosphäre oft Wunder.

9. Die Patientin/den Patienten sollten darüber aufgeklärt werden, dass sie/er vor dem Flug eine Untersuchung der Reisefähigkeit verlangen kann. Evtl. kann man den KollegInnen am Flughafen entsprechende Untersuchungsbefunde faxen.
10. Wenn sich die Abschiebung nicht verhindern lässt, sollte der Patientin/dem Patienten auf die Möglichkeit hingewiesen werden, sich nach der Abschiebung noch einmal zu melden. Dann besteht die Chance, ihr/sein Schicksal weiter zu verfolgen.
11. Last but not least: Heilberuflich Tätige sollten in allen diesen Situationen umgehend mit örtlichen Flüchtlingsbegleitergruppen oder Bürgerinitiativen, mit dem Flüchtlingsrat, der Caritas, dem Diakonischen Werk etc. Kontakt aufnehmen, um gemeinsam die Abschiebung kranker Flüchtlinge zu verhindern. Wir sollten uns schützend vor unsere PatientInnen stellen und uns weigern, gegen unser Gewissen mit den Abschiebebehörden gemeinsame Sache zu machen.

KollegInnen, die kranken Flüchtlingen „Flugreife-tauglichkeit“ bescheinigen und/oder bei Abschiebungen psychisch traumatisierter Menschen oder in Länder ohne ausreichende Gesundheitsversorgung mitwirken, verstoßen gegen die ärztliche Berufsordnung und missachten den Hippokratischen Eid.



Der Autor:

Ernst-Ludwig Iskenius ist Pädiater im Ruhestand und langjähriges Mitglied des Aktionsnetz Heilberufe und bei IPPNW. Er war viele Jahre ärztlicher Leiter von Refugio Villingen-Schwenningen und ist aktiv in der Flüchtlingsberatung und im Netzwerk gegen Abschiebungen und bietet Workshops und Fortbildungsveranstaltungen zur Weiterqualifizierung in der haupt- und nebenamtlichen Begleitung von Flüchtlingen an.

DER HIPPOKRATISCHE EID ODER VOM HIPPOKRATISCHEN EID ZU DEN MENSCHENRECHTEN

Der nach dem griechischen Arzt Hippokrates von Kos (460-377 v.C.) 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, rassistische, 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 Amnesty-Aktionsnetz Heilberufe.

„MENSCHENRECHTE BRAUCHEN PFLEGE“ – EIN PLÄDOYER

Pflege ist Beziehungsgestaltung. Die Patienten sind in der Regel auf die Unterstützung durch die Pflegekraft angewiesen und dadurch auch abhängig. Ständig berühren wir die Privatsphäre des Patienten, Bewohners oder Kunden. So wird uns eine große Verantwortung für den würdevollen und respektvollen Umgang mit den Patienten übertragen.

Als Pflegende haben wir die Macht diese Würde zu bewahren oder zu verletzen. In dem Wissen, dass sich hilfebedürftige Menschen selten gegen Übergriffe und Entwertungen wehren können, ist es wichtig sein Handeln regelmäßig zu hinterfragen und für dieses Thema sensibel zu sein.

Der ICN (International Council of Nursing) unterstützt die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und vertritt die Position, dass Pflegende für den Schutz der Menschenrechte verantwortlich sind und ihre Berufsverbände weltweit sie dahingehend unterstützen und schützen sollen.

Im Ethikkodex des ICN und in der Pflegecharta ist der Anspruch an eine menschengerechte Pflege definiert. In Zeiten des Kostendrucks und Qualitätsmanagements ist es jedoch auch hierzulande häufig schwierig, die Achtung der Würde und Rechte von zu pflegenden Menschen als wesentliches Element der Pflege in den Fokus zu setzen. Selten führen Pflegekräfte den ihnen anvertrauten Menschen bewusst Schaden zu. Vielmehr werden sie ungewollt zu Tätern: Die Achtung von Menschenrechten und ein würdevoller Umgang sind nicht mit Benchmarkzahlen zu erfassen und patienten-orientiertes Handeln verursacht unter ökonomischer Perspektive Kosten.

Menschen, die Bedürfnisse äußern, binden Arbeitskraft von Personal und die Anleitung eines Menschen, z.B. Anleitung beim Haare kämmen, dauert länger, als dem Patienten diese Tätigkeit aus der Hand zu nehmen. Im Ergebnis droht hier die Gefahr, dass Menschen noch weiter in die Abhängigkeit gedrängt werden und sich Pflege auf ein Verwahren reduziert.

Durch den engen, häufig intimen Kontakt zum Patienten sehen und erfahren Pflegende oft unmittelbar die Folgen von Verletzungen, sexueller Gewalt, Vernachlässigung oder psychischer Traumatisierung.

So können sie zu wichtigen Zeugen von Menschenrechtsverletzungen werden, wenn sie die Folgen von tätlichen Übergriffen oder Folter dokumentieren und versorgen müssen.

In Ländern, in denen Krieg oder unterdrückende Systeme herrschen, geraten sie hierdurch nicht selten selbst in den Fokus von Verfolgung oder Repression. Pflegende, die aufgrund ihrer Berufsausübung verfolgt oder dazu gedrängt werden an Menschenrechtsverletzungen teilzuhaben, z.B. Mitwirkung bei Folter oder Todesstrafe, oder diese nicht verschweigen möchten, müssen internationalen Schutz erfahren, damit sie nicht selbst zu Opfern werden.

Nicht nur Patienten, sondern auch Berufskollegen, die Opfer staatlicher Gewalt, Folter oder psychischer Traumatisierung durch Kriegserlebnisse wurden, brauchen Hilfe und Verständnis.

Die Aufklärung und Wissensvermittlung - Menschenrechtsbildung - sollte ein wesentlicher Bestandteil der Pflegeausbildung sein. Hierzu gehören die Schaffung eines ethischen Bewusstseins, aber auch die Sensibilisierung im Umgang mit extrem-traumatisierten Menschen, z.B. Kriegsflüchtlingen.

Pflegende können hier zu Menschenrechts-Experten werden.

Ich wünsche mir Pflegekräfte, die für die Achtung der Menschenrechte eintreten – im persönlichen und direkten Arbeitsumfeld und auch in Gesellschaft und Politik.

Dieser Artikel ist ein Gastbeitrag von Thomas Müßel



Der Autor:

Thomas Müßel ist Soziologe und Lehrer am Ausbildungszentrum des Klinikums Region Hannover. Er ist als Bezirkssprecher und Fachkommissionsmitglied bei Amnesty International und aktiv im Vorstand des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen.

DIE BEDEUTUNG VON SCHWEREM HUNGER, FEHLERNÄHRUNG 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. Wie wir wissen, litten dennoch im Jahre 2015 800 Millionen Menschen unter akutem und chronischem sowie 2 Milliarden unter verborgenem Hunger, also unter Fehlen von Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen^{1*}. Obwohl in den vergangenen Jahren – bei steigender Weltbevölkerung – durchaus Fortschritte bei der Verbesserung der Ernährungslage erzielt wurden, sind die zur Jahrtausendwende postulierten Millenniumziele bei weitem noch nicht erreicht worden². Immer noch stirbt alle 10 Sekunden ein Kind an Mangel- und Unterernährung³, das sind über 3 Millionen Kinder in einem Jahr! 65 Millionen Menschen sind z.Z. auf der Flucht, davon etwa die Hälfte Kinder.

Betrachten wir nun die möglichen Auswirkungen **extremsten** Hungers auf das ungeborene wie das frühkindliche Gehirn, so liegen seit längerem Untersuchungsergebnissen vor, die erhebliche Schädigungsmöglichkeiten aufzeigen⁴. So geschehen während des Hungerwinters 1944/45 in Holland oder 1959/62 in China⁵. Die besonders gut untersuchten Folgen der Katastrophe in Holland zeigten bei Nachuntersuchungen der ehemals Betroffenen im schlimmsten Fall ein erhöhtes Aufkommen von geistigen Behinderungen, Schizophrenien und Depressionen, Folgen verringerten Neuronenwachstums und Chromosomenschäden. Ähnliche Schädigungsmuster können z. B. auch durch starken Alkoholmissbrauch der Mutter entstehen⁶.

Gravierender Hunger wie er heute noch in ca. 19 Ländern der Welt, also etwa 10% der weltweit Hungernden vorkommt⁷, kann auf das wachsende kindliche Gehirn ausgeprägte Folgen haben, die umso schwerwiegender sind, je mehr das Nahrungsdefizit

auf die Zeit des letzten Schwangerschaftsdrittels und die ersten drei bis vier Lebensjahre erfolgt. In dieser „Verknüpfungsphase“ der Hirnzellen ist das noch unreife Gehirn extrem störanfällig⁸, denn in diesem Lernzeitfenster bildet sich die Mehrzahl der Verbindungen der Gehirnzellen untereinander. Es ist die entscheidende Phase, in der die genetischen Anlagen ausreichend gute Nahrungs- und psychosoziale Umweltvoraussetzungen brauchen, um aus einem Baby einen gesunden Erwachsenen werden zu lassen. Es ist u.a. die Zeit der „Prägung“⁹, in der das Lernen besonders gut und schnell gelingt, aber das Gelernte auch sehr langfristig wie z.B. beim Erwerb der Muttersprache – aber eben auch von traumatischen Erfahrungen – bestehen bleiben kann.

Die bisher bekannten Auswirkungen gravierenden mütterlichen und kindlichen Hungers in diesem Zeitfenster können folgende sein¹⁰: 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 sowie eine Störung der frontalen Anteile des Gehirns, die später zu Moral- und Steuerungsproblemen führen kann.

Eine Studie mit jamaikanischen Jungen ergab, dass bei in den ersten zwei Lebensjahren schwer Unterernährten Verhaltensauffälligkeiten noch im Schulalter zu beobachten waren¹¹. Andererseits zeigen Adoptionsstudien eine weitgehend normale IQ-Entwicklung, sofern unterernährte Kinder spätestens im dritten Lebensjahr in eine entwicklungsfördernde Familie gekommen waren¹².

Neben der direkten Schädigung der Nervenzellen, ihrer Teilung sowie dem Aufbau der Verbindungen untereinander kann Hunger auch eine Veränderung der

Genexpression (An- u. Abschalten von Genbezirken) bewirken. Das bedeutet, dass der von Umweltstrukturen ausgehende Anstoß zur Bildung und Funktion diverser Hirnstrukturen (**Epigenese**) unterbleiben oder verlangsamt erfolgen und damit übergreifende Schädigungseffekte bewirken¹³ kann. So bliebe eine spätere Chance auf heilende oder kompensierende Mechanismen im Sinne von Resilienz- und Selbstheilungsvorgängen vermindert.

Neben den beschriebenen Auswirkungen von Hunger auf das kindliche Gehirn ist zu fragen, ob und wie sich starker bis extremer **psychosozialer, traumatisierender Stress**, der in Hunger-, Krisen- und Fluchtgebieten herrschen kann, auf die kindliche Gehirnentwicklung auswirkt und darüber hinaus wie beide Faktoren – Hunger und Stress sich addierend und interagierend – das noch unreife Gehirn zu schädigen vermögen. Erstaunlicherweise reagiert in dieser Zeitspanne das kindliche Gehirn auf schweren, oft auch chronischen Stress von Mutter und Kind mit vergleichbaren Folgen, wie schon bei starkem Hunger beschrieben.

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 durchaus charakteristisch in Krisengebieten (14). Die sich daraus möglicherweise resultierenden Hirnsubstanz- und Funktionsveränderungen – z.B. an Amygdala und Hippokampus sowie Hirnvolumenverminderung¹⁵ – würden zu den folgenden Einbußen führen können: Schwächere Leistungen im Spracherwerb und -ausdruck sowie geringere IQ-Testergebnisse; Konzentrationsvermögen, Frustration- und Spannung-aushalten 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 eher einen desorganisierten Bindungsstil¹⁶.

Die beschriebenen und untereinander noch wechselwirkenden psychosozialen Stressfaktoren sind schwer voneinander zu trennen. In der Adverse Childhood Experiences-Studie¹⁷, an der 17000 Personen beteiligt waren, zeigte sich z.B., dass die Kombination von vier oder mehr psychischen Belastungen in der Kindheit von Frauen das Auftreten von Depressionen und die Risiken eines späteren Suizids und Alkohol- oder Drogensucht signifikant ansteigen lässt.

Was aber sind die Folgen, wenn sich extremer Hunger **und** verschiedene extreme psychosoziale Stressfaktoren im intrauterinen oder frühkindlichen Alter addieren und miteinander wechselwirken? Als Beispiel können die Kinder aus den in der Ceauseşcu-Zeit gegründeten Waisenheimen herangezogen werden, die noch Jahre nach ihrer Befreiung und Verbringung in eine fördernd-positive Umgebung ein geringeres Gehirnvolumen aufwiesen, also weniger und geringer verknüpfte Nervenzellen und psychische wie kognitive Auffälligkeiten behielten¹⁸.

Anderer Ergebnisse erbrachte die Forschung über Adoptivkinder aus Korea, wenn sie rechtzeitig bis spätestens zum dritten Lebensjahr in stabile familiäre Verhältnisse gekommen waren¹². Dies weist auf die Erkenntnis hin, wie wichtig einerseits der Zeitpunkt und das Ausmaß der Schädigung¹⁷, sowie andererseits spätere heilend-reparierende interne wie externe Konstellationen sind.

Erfahrungen Holocaust Überlebender zeigen auch, dass manchmal eine einzelne zugewandte und konstante Bezugsperson für ein psychisches Überleben ausreichen kann.

Laut aktueller WHO-Veröffentlichung von 2017¹⁹ sind bei Frauen depressive Störungen zweimal häufiger als bei Männern, während bei Letzteren die Alkoholabhängigkeit mehr als zwei- und antisoziale Persönlichkeit dreimal so hoch gefunden werden. Auch sind Frauen laut WHO am häufigsten vom Posttraumatischen Stress-Syndrom betroffen.

Daher können neben den schon beschriebenen Störungsmustern unter der Vorstellung, dass in vielen der zu Hunger- und Krisengebieten gehörenden Gesellschaften noch patriarchale Sozialisationsbedingungen vorherrschen, die folgenden Hypothesen erörtert werden:

Mädchen entwickeln in den Gebieten großer Krisen und gravierenden Hungers vorwiegend depressive, ängstliche sowie „Überabhängigkeitsstörungen“¹⁷. Frauen werden vielerorts – nicht zuletzt auch durch Genitalverstümmelungen – zu Zurückhaltung, Gehorsam, Schuldgefühlsentwicklung und Passivität sozialisiert.

Jungen entwickeln sich in Krisenzeiten anscheinend eher angreifend und aggressiv, also in Richtung einer „Kampfpersönlichkeit“, wie es u.a. der amerikanische Traumaforscher Teicher²⁰ charakterisiert. (Dies allerdings wäre aus Sicht der Evolution für den sich stellenden Krisen-Stress in Kriegen, Flucht und Gewalt

eine „sinnvolle“ Anpassung.) In der bereits erwähnten Untersuchungsreihe um den holländischen Hungerwinter wurde in der Militäreingangsuntersuchung bei den Männern, die pränatal (mit)gehungert hatten, ein zwei- bis viermal höheres Risiko festgestellt, antisozial zu werden⁵.

Darüberhinaus wissen wir, wie häufig aus den Opfern der Kindheit – sei es über Modell-Lernen, Identifikation mit dem Angreifer oder andere transgenerationale Weitergabemöglichkeiten²¹ – in der Erwachsenenzeit wieder Täter werden können. Die Angaben in der Literatur schwanken hier zwischen 15% und 50%²². So schließt sich ein selbstverstärkender Zirkelprozess, in dem Jungen und Mädchen aus Hunger- und Krisengebieten schlechtere mentale Voraussetzungen haben, mit eigenen Möglichkeiten ihre Situation zu verändern: Ihr Gehirn, das sie zum Erkennen und Verändern ihrer Situation befähigen sollte, kann von vorneherein so benachteiligt sein, dass Elend, depressive und gewalttätige Verhaltensweisen oft nur wieder perpetuiert werden, es sei denn, sie finden frühzeitig eine Gesellschaft, die ihnen entwicklungsfördernde Lebensbedingungen bis hin zu therapeutischen Möglichkeiten bieten kann.

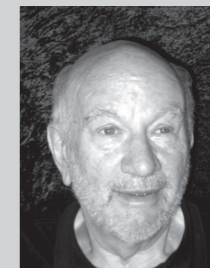
Wir wissen aus der Resilienzforschung, dass große individuelle Unterschiede bestehen, wie das einzelne

Individuum auf körperlichen oder psychosozialen Stress reagiert. Die Plastizität des Gehirns ist so groß, dass Schäden teilweise, vielleicht auch ganz ausgeglichen werden können. Dies ist jeweils abhängig von der Schwere der Schädigung, ihres Einwirkungszeitpunktes, der Resilienzausstattung sowie fördernden Umweltbedingungen²³.

Es wird eine große Aufgabe für die Welt bleiben, eine solche fördernde Umwelt zu schaffen

*Die Literaturangaben zu diesem Artikel können auf der Webseite des Aktionsnetzes eingesehen werden unter:

<http://amnesty-heilberufe.de/2016/07/literaturangaben-artikel-die-bedeutung-von-schwerem-hunger-fehlernaehrung-und-psychosozialen-stress-auf-die-praenatale-und-fruehkindliche-gehirnentwicklung>



Der Autor:

Dr. med. Peter Boppel arbeitete als ärztlicher Psychotherapeut in eigener Praxis. Er ist seit 1982 Mitglied im Aktionsnetz Heilberufe und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit den Themen Entstehungsbedingungen von Folter und Drillausbildung von „Elite“soldaten und Folterern sowie mit neurowissenschaftlichen Fragestellungen.

„GELD IST GEPRÄGTE FREIHEIT“ (DOSTOJEWSKI)

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

Im Gegenzug ist es wichtig, allen Unterstützern Transparenz hinsichtlich der Verwendung der Spendengelder zu geben.

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 600 Amnesty-Gruppen. Das Sekretariat der deutschen Sektion hat sein Büro in Berlin. Es fungiert hierbei als Koordinationsstelle und Verbindungsglied zum Internationalen Sekretariat in London.

Rechtlich betrachtet gilt Amnesty International e.V. in der Bundesrepublik als eine einzige juristische Person und ist durch das Finanzamt als gemeinnützig anerkannt. Somit ist Amnesty International berechtigt, Spendenbescheinigungen auszustellen und dies ermöglicht, Spenden an Amnesty steuerlich abzusetzen. Amnesty International ist steuerlich begünstigt. Voraussetzung hierfür ist neben dem gemeinnützigen Zweck – in diesem Fall nennt es der Gesetzgeber die „Fürsorge für politisch, rassistisch oder religiös Verfolgte“ –, dass die Finanzbehörde jährlich die Verwendung der Gelder prüfen kann. Dies wird durch die zentrale Buchhaltung im Sekretariat der deutschen Sektion gewährleistet.

Für die einzelnen Amnesty-Gruppen besteht keine Finanzautonomie im eigentlichen Sinne. Entsprechend der Organisationsstruktur von Amnesty International 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 ist, wird 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. Die Kassenwart_in der Gruppe ist verantwortlich für den Geldverkehr und ist Ansprechpartner_in für die Korrespondenz mit der Buchhaltung. Er/Sie verwaltet die Kostenstellenauszüge und den Schriftverkehr, hat jedoch selbst keinen direkten Zugriff auf das Amnesty-Geschäftskonto.

SPENDER ODER FÖRDERER?

Als Förderer wird bezeichnet, wer per Dauerauftrag oder Lastschriftverfahren regelmäßig Geld an Amnesty spendet. Alle anderen finanziellen Unterstützer_innen gelten als Spender_in. Förderer_innen und Spender_innen erhalten ihre Spendenbescheinigung über den Gesamtjahresbetrag automatisch zu Beginn des folgenden Jahres vom Sekretariat zugeschickt. Spender_innen können ihre Spende auf zwei verschiedene Arten beim Finanzamt geltend machen: Falls die Spende unter 200 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 und kann dem Finanzamt eingereicht werden. Auf Wunsch der Spenders_in stellt Amnesty International ab einem Wert von 30,- EUR Spendenbescheinigungen aus. Auch diese können steuerlich geltend gemacht werden. Seit 2017 gilt als Erleichterung, dass die Zuwendungsbestätigungen nicht mehr im Original der Steuererklärung beiliegen müssen, sondern künftig nur noch vorzuhalten und erst nach Aufforderung dem Finanzamt vorzulegen sind. Die Vorlagepflicht wandelt sich also zu einer bloßen Vorhaltepflicht.

WIE KANN ICH ZUGUNSTEN DES AMNESTY-AKTIONSNETZES HEILBERUFE SPENDEN?

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

IBAN: DE 23 3702 0500 0008 0901 00
Bank für Sozialwirtschaft
BIC: BFS WDE 33XXX

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 zurzeit 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 Sachkosten für diese Aktionen werden durch Spendengelder finanziert.

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

Die Spendengelder werden z.B. auch für die Finanzierung von internationalen Prozessbeobachtungen verwendet. Auf diese Weise haben wir in den vergangenen Jahren und auch aktuell wieder Berufskollegen in der Türkei unterstützt, die dort wegen angeblich regierungsfeindlicher Aktivitäten im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung vor Gericht standen. 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.



Die Autorin:

Dr. med. Petra Fischer ist Fachärztin für Anästhesie und lebt in Köln. Sie ist seit 1996 Mitglied des Aktionsnetzes und seit 2001 dessen Kassenwartin und Finanzreferentin.

5. aktualisierte Auflage, November 2017

V.i.S.d.R: Petra Fischer

Redaktion: Petra Fischer, Jacob Hildebrand, Michael Huppertz

Layout und Druck: Hundt Druck GmbH, Köln

Titelbild: Amnesty International

Titelblattgestaltung: Sharon Huppertz

Kontakt:
Amnesty International
www.ai-aktionsnetz-heilberufe.de
Fon: +49 (0) 30 / 420248-0
Telefax: +49 (0)30 / 420248-488

Spendenkonto:
Amnesty International
Verwendungszweck: 2900
IBAN: DE23 3702 0500 0008 0901 00
BIC: BFSWDE33XXX

