

Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge - Universelles Menschenrecht oder Privileg?



Dokumentation der Tagung
vom 28. - 30.10.2012
in Berlin

Mitveranstalter

Bundespsychotherapeutenkammer

Xenion – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V.

Ansprechpartnerinnen

BAfF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Paulsenstrasse 55-56

12163 Berlin

Elise Bittenbinder

Jenny Baron

Annette Kieser

Esther Kleefeldt

Silvia Schriefers

Telefon: 030 /31012463

E-Mail: info@BAfF-zentren.org

Internet: <http://www.BAfF-zentren.org/>

Förderer



Katholische
Arbeitsgemeinschaft
Migration



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



UNO-Flüchtlingshilfe

Inhalt

Vorwort	5
Begrüßung, BAfF e.V.....	7
Theoretischer und rechtlicher Bezugsrahmen der Tagung	9
Was bedeutet Inklusion?	10
Gesundheitsversorgung im Völkerrecht	11
BEITRÄGE DER REFERENTINNEN.....	15
Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit im europäischen Recht	16
Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer	
Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine Systematik erkennbar?	23
Prof. Dr. Norbert Schmacke	
Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit aus rechtlicher und ethischer Sicht	33
Prof. Dr. Markus Babo	
Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit: Good Practice aus der partizipativen Forschung	43
Dr. Hella von Unger und Catherine Flohr	
Inklusion messen, Exklusion sichtbar machen? Das Inklusions-Chart als sozialdiagnostisches Instrument	52
Prof. Dr. Peter Pantuček	
Biografische Resilienz von Folterüberlebenden – ein Inklusionsthema?	61
Gesa Busche	
Inklusion in die Gesellschaft nach Rückführung – Inklusion im globalen Kontext	65
Alassane Dicko	
Zur Bedeutung offizieller Entschuldigungen und staatlicher Wiedergutmachung	74
Ida Schrage im Interview mit Dunja Sallan	
Traumatherapie unter Bedingungen gesellschaftlicher Ausschließung?.....	80
Prof. Dr. Andreas Heinz	
WORKSHOPS: „Gesundheit all inclusive?“	86
Best Practice Modelle aus den Zentren der BAfF	
Aufnahme und Ankommen	
Familie und Erziehung	
Gesundheitsversorgung	
Öffentlichkeits- und politische Arbeit	
RUNDER TISCH	94
„Zugang und Finanzierung von psychosozialen Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge: Wie kann die Situation verbessert werden?“	
FAZIT	97
Zur Verortung der Tagung.....	98
Bernd Mesovic, Stellvertretender Geschäftsführer von PRO ASYL	
Inklusionspapier	101

Vorwort

Anlässlich der Bundesfachtagung der BAfF „Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge - Universelles Menschenrecht oder Privileg?“, die vom 28.-30. Oktober 2012 in Berlin stattgefunden hat, erscheint diese Tagungsdokumentation.

Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen wird in diesem Band auf Grundlage der europäischen und nationalen Politik, ihrer rechtlichen und strukturellen Bedingungen in den Blick genommen.

Vor dem Hintergrund der Ausschlussmechanismen, die Flüchtlinge und Opfer schwerer Menschenrechtsverletzungen im Zugang zu Leistungen zur Erhaltung und Rehabilitation von Gesundheit oft erheblich behindern, soll dabei das viel diskutierte Konzept der „Inklusion“ beleuchtet und Handlungsmöglichkeiten für eine Verbesserung der Situation analysiert werden. Als Grundlage wird in diesem Band deshalb zunächst der Begriff der „Inklusion“ beschrieben und eingegrenzt, um so ein gemeinsames Verständnis für diesen vielschichtigen und oft unpräzise verwendeten Begriff zu schaffen. Auch ein Überblick der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche durch die EU oder Organisationen wie die WHO mit den jeweiligen internationalen Chartas, Richtlinien und Verfassungen vorstrukturiert sein sollten, soll zu dieser Grundlage beitragen, da nationale Politik sich an diesen Richtlinien messen lassen muss.

Es folgen die Vorträge der ReferentInnen unserer Tagung, Transkriptionen der Diskussionen ihrer Beiträge und Zusammenfassungen des „Runden Tisches“ sowie der Workshops mit ExpertInnen aus der Praxis der Zentren. Diesen Beiträgen sind jeweils ihre Abstracts sowie Kurzbiographien der Vortragenden vorangestellt.

Auch eine Übersicht der vorgestellten Projekte der Mitgliedszentren der BAfF, welche am Workshop-Nachmittag unter dem Gesichtspunkt der Inklusion diskutiert wurden sowie die zuständigen AnsprechpartnerInnen sind in diesem Band zu finden.

Der Band schließt mit einer Verortung der Tagungsbeiträge im aktuellen politischen Kontext durch Bernd Mesovic, stellvertretender Geschäftsführer von ProAsyl, sowie unserem „Inklusionspapier“, welches Thesen und Ergebnisse der Tagung zusammenfasst.

Wir möchten allen TeilnehmerInnen, Vortragenden und OrganisatorInnen herzlich für diese spannende Tagung danken.

Unser ganz besonderer Dank gilt dabei

Senta Ebinger für die Erstellung dieser Tagungsdokumentation

Omar Ibrahim und seinen KollegInnen von *suffissimo*-Team sowie dem Team von *Alimentari e vini* für die kulinarische Rahmung

den MitarbeiterInnen der *Emmaus Ölberg Gemeinde* für ihre Unterstützung und Einsatzbereitschaft

Caroline Elias für die Konsekutivübersetzung, *Oona Laisney*, *Ronja Sommerfeld* und *Faye Fatim* für die engagierte Übersetzung und Begleitung unseres Referenten Alassane Dicko.

Begrüßung, BAfF e.V.

Liebe KollegInnen, liebe LeserInnen und Interessierte,

dies war jetzt das 16. Mal, dass wir uns als BAfF trafen, unsere Jahresversammlung abhielten und die Fachkonferenz zu einem aktuellen Thema organisierten. Hinsichtlich dieser Tagung erscheint der vorliegende Tagungsband der die gehaltenen Vorträge und weitere Informationen bezüglich des gewählten Themas "Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge – Universelles Menschenrecht oder Privileg?" enthält.

„Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch!“, wie Friedrich Hölderlin formuliert hat. Als Unterstützer oder Helfer erleben wir die Menschen, die zu uns kommen und Verfolgung, Flucht und Folter oder andere schwere Menschenrechtsverletzungen erlitten haben als ein Stück weit „aus der Welt gefallen“, als Menschen, die „nicht mehr heimisch werden in dieser Welt“. Ein typisches Zeichen dafür ist, dass diese Menschen dazu tendieren, sich stark zu isolieren, sich zurückzuziehen, weil sie sich nicht mehr in Verbindung mit der Menschlichkeit sehen können. Gerade deshalb dachten wir, dass das Thema der Integration ein wichtiges und doch gleichzeitig der Begriff „Integration“ bei genauerem Hinsehen nicht ausreichend oder hilfreich ist.

Der Begriff der Integration suggeriert eine einseitige Leistung die auf Seiten der Flüchtlinge vollbracht werden muss, wenn sie sich in unsere Gesellschaft eingliedern wollen. Wir denken, dass es richtiger ist, gesellschaftliche Teilhabe als gemeinsames Ziel von mindestens zwei Seiten zu betrachten. Das heißt, nicht nur der Flüchtling muss sich auf den Weg machen und Veränderungen durchleben, vor allem auch unsere Gesellschaft muss sich an die Menschen, die zu uns kommen, anpassen, damit diese Menschen die Möglichkeit bekommen, sich wieder heimisch in einer neuen Gesellschaft zu fühlen.

Es ist natürlich besonders schwer, sich als Mensch und Individuum wieder mit sich selbst, den Mitmenschen und gleichzeitig mit einer neuen, fremden Gesellschaft in Verbindung bringen zu müssen, wenn man Folter oder schwere Menschenrechtsverletzungen und damit eine extreme „Entmenschlichung“ erlebt hat.

In den Zentren erleben wir täglich, wie langwierig solche Prozesse sein können. Es sind gerade diese Prozesse, die so wichtig für die Gesundheit der Menschen sind: Wieder Verbindungen knüpfen können zu anderen Menschen, zur Gemeinschaft, sich einen neuen Kontext, neuen Lebensmut und eine neue Lebensperspektive zu erarbeiten.

Vor vielen Jahren hat mir eine Kollegin einmal gesagt, "Ich habe keine Ahnung von Traumaarbeit, aber als die ersten bosnischen Frauen zu uns gekommen sind, haben wir uns mit ihnen getroffen und haben einfach versucht mit der Hilfe von Übersetzerinnen zuzuhören. Dadurch ist eine Verbindung und eine menschliche Wärme entstanden." Und das, denke ich, kann jeder von uns nachvollziehen und es ist uns selbstverständlich.

Auch wenn rechtlich gesehen schon in vielen internationalen Zusammenschlüssen, wie der WHO oder der EU das Konzept eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs, die positiven Zusammenhänge von Teilhabe und Gesundheit sowie die Ablösung des Integrationsbegriffs durch Inklusion in zahlreichen Chartas niedergeschrieben wurden, so kann von einem inklusiven, teilhabefördernden Gesellschaftssystem noch nicht die Rede sein. Diese theoretischen Rechte müssen auch eingefordert und umgesetzt werden von der Politik, aber auch von der Gesellschaft, von uns.

Deshalb werden die unterschiedlichen Ebenen von Inklusion beleuchtet und eine kritische Auseinandersetzung und Reflexion der Verpflichtungen und Entwicklungen der Politik, der Gesellschaft aber auch der Wissenschaft und vor allem unserer täglichen Praxis Teil dieser Tagung sein.



Elise Bittenbinder
Vorsitzende der BAfF

Theoretischer und rechtlicher Bezugsrahmen der Tagung

Was bedeutet Inklusion?

Gesundheitsversorgung im Völkerrecht

Überblick der rechtlichen Grundlagen

Was bedeutet Inklusion?

Begriffserklärung

Der Begriff der Inklusion stammt aus der UN-Behindertenrechtskonvention und fokussiert somit ursprünglich hauptsächlich den Personenkreis der Menschen mit Behinderung. So heißt es darin:

Artikel 3

Allgemeine Grundsätze

Die Grundsätze dieses

Übereinkommens sind:

- a) Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie (...);
- b) die Nicht-Diskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit
- f) die Zugänglichkeit (...)

Demnach bedeutet Inklusion „allen Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen, eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe (zu ermöglichen) (...). Nicht der Mensch mit Behinderung passt sich an, sondern die Gemeinschaft sorgt dafür, dass ihre Angebote für alle zugänglich sind.

Inklusion bedeutet jedoch mehr als die Gewährleistung von umfassender Barrierefreiheit. Sie bezieht sich auf die vollständige Einbeziehung behinderter Menschen ins gesellschaftliche Leben, ihre gleichberechtigte Anerkennung und Würdigung: kurzum die Verwirklichung

umfassender, gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe.“¹

Zusammengefasst beinhaltet der Begriff der Inklusion ein Recht auf Gleichheit, Chancengleichheit, die Möglichkeit der Teilhabe und des Teil Seins in der Gesellschaft, gleiche Rechte sowie den Abbau von „einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“², um somit den strukturellen Ausschluss von Menschen(gruppen) zu vermeiden. Diese Bestandteile spielen in allen Lebensbereichen eine Rolle. Inklusion bedeutet also einen Prozess der Veränderung und Öffnung von allen Beteiligten und ist keine einseitige Entwicklung. Trotz seines Ursprungs sollten dieser Begriff und die damit verbundenen Maßnahmen nicht auf die Gruppe der Menschen mit Behinderung beschränkt bleiben, sondern ein generelles Konzept für unsere Gesellschaft sein und die Vielfalt dieser als Chance sehen. Die bisherige Definition von „Normalität“ muss hierfür erweitert oder sogar verabschiedet werden.

¹ Online Behindertenbeauftragter, URL: http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Landkarte/2/Bewertung/Bewertung_node.html [Zugriff: 15.11.12]

² Online Behindertenrechtskonvention, URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_de.pdf [Zugriff 15.11.12]

Gesundheitsversorgung im Völkerrecht

Überblick der rechtlichen Grundlagen

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Ein Recht auf Gesundheit ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) festgelegt. So ist in Artikel 25 zu lesen:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“

WHO-Verfassung

Gesundheitsversorgung als Menschenrecht wird auch mehrfach von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen. Bei der Internationalen Gesundheitskonferenz 1946 in New York wurde die dort erarbeitete Verfassung von VertreterInnen aus 51 UN-Mitgliedsstaaten und 10 anderen Ländern unterschrieben und zwei Jahre später von 26 Ländern ratifiziert.³ Teil der festgeschriebenen Grundsätze der Verfassung der WHO, New York 1946, sind die folgenden Feststellungen:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Deklaration der internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung in Alma Ata, 1978

Auch bei dieser Deklaration werden die Grundsätze der WHO nochmals bestärkt, die

herrschende Ungleichheit der Gesundheitszustände der Menschen zwischen aber auch innerhalb von Staaten stark kritisiert. Welche umfassende und wichtige Rolle die Gesundheit der Menschen spielt, wird im folgenden Abschnitt der Deklaration deutlich gemacht:

„Der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Menschen sind wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige ökonomische und soziale Entwicklung und tragen zu einer besseren Lebensqualität und zu Weltfrieden bei.“

Ottawa Charta der WHO

Mit dem Ziel, „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 zu erreichen, veröffentlichte die WHO am 21. November 1986 bei der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (*Ottawa Charter for Health Promotion*). Gesundheit, die allen zusteht, wird hier bereits mit Entscheidungsmacht, Selbstwirksamkeit und Teilhabe verknüpft. Unter anderem heißt es darin:

„(...) Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfasst (...) auch die Möglichkeit selbst Entscheidungen auch in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können.“

³Vgl. online WHO, URL: http://www.who.int/global_health_histories/background/en/, [Zugriff 15.11.12]

Und weiter heißt es:

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. (...) Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen, als einzelne, als Familien und Gemeinschaften.“

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: In der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen, sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien.“

Die BürgerInnen sollen also an den verschiedenen Phasen von Entscheidungen und der Durchführung beteiligt werden, um so Gesundheit zu fördern. Hier wird die Idee der **Partizipation** bereits gefordert und als tragendes Element festgelegt.

Europäische Union

Auch in der EU wurden rechtliche Grundlagen zum Schutz von Gesundheit geschaffen. Die erste Fassung der europäischen Sozialcharta von 1961, welche 1965 in Kraft getreten ist und 1999 überarbeitet wurde, ist bis heute von 43 der 47 Staaten des Europarats ratifiziert worden.⁴ Zum Thema Gesundheit kann man in der **europäischen Sozialcharta** lesen:

Teil I, 11

Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustandes zu erfreuen, den er erreichen kann.

Teil II, Artikel 11 – Das Recht auf Schutz der Gesundheit

Um die wirksame Ausübung des Rechtes auf Schutz der Gesundheit zu gewährleisten, verpflichten sich die Vertragsparteien, entweder unmittelbar oder in Zusammenarbeit mit öffentlichen oder privaten Organisationen geeignete Maßnahmen zu ergreifen (...).

Auch auf die 1961 in Kraft getretene **Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EuGrCH)** wird im Vertrag von Lissabon (2007

unterschrieben, 2009 in Kraft getreten) verwiesen, womit sie rechtliche Verbindlichkeit besitzt.⁵ Neben allgemeinen Menschen- und Bürgerrechten heißt es in Artikel 35 EuGrCH:

Gesundheitsschutz

Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

UN-Sozialpakt

Der UN-Sozialpakt ist der internationale Pakt, der wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte regelt (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR), auch IPWSK abgekürzt. Er wurde 1966 verabschiedet und trat 1976 in Kraft.⁶ Kernelemente sind neben den Rechten auf einen angemessenen Lebensstandard, auf Bildung und der Bildung von Gewerkschaften auch das Recht auf Gesundheit. Artikel 12 des Paktes greift dies folgendermaßen auf:

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

„Entsprechend dem Gewährleistungsgehalt anderer sozialer Menschenrechte werden auch bei dem Recht auf Gesundheit vier Dimensionen unterschieden⁷: availability, accessibility, acceptability and quality“, (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit, Qualität), wie Herr Dr. Prof. Eichenhofer in seinem Vortrag näher erläutert.

⁵ Vgl. online Europarat, URL:

<http://conventions.coe.int/Treaty/ger/Summaries/Html/035.htm>, [Zugriff 15.11.12]

⁶ Vgl. online Institut für Menschenrechte, URL:

[http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/service/glossar.html?tx_contagge\[d\[source\]=default&tx_contagged\[uid\]=536&cHash=50dc073fbc5a1649863b6b23ea302c6](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/de/service/glossar.html?tx_contagge[d[source]=default&tx_contagged[uid]=536&cHash=50dc073fbc5a1649863b6b23ea302c6), [Zugriff 15.11.12]

⁷ UN Economic and Social Council E/C 12/2000/4, 11.

August 2000, Tz. 12; Benedek, Wolfgang: Understanding Human rights: Manual on Human Rights Education, Wien 2006, 131; Toebes, Brigit: in: The Right to Health, in: Eide, Asbjorn (Ed.): Economic, social and cultural rights, Dordrecht 2001, 169, 174.

⁴ Vgl. online Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), URL: <http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/68687/europaeische-sozialcharta-18-10-2011>, [Zugriff 15.11.12]

EU-Aufnahmerichtlinie

Die EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von AsylbewerberInnen sichert Flüchtlingen eine adäquate Gesundheitsversorgung zu, insbesondere für Folteropfer und andere besonders vulnerable Personen:

Artikel 13 (2)

Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass die gewährten materiellen Aufnahmebedingungen einem Lebensstandard entsprechen, der die Gesundheit und den Lebensunterhalt der Asylbewerber gewährleistet.

Artikel 20

Opfer von Folter und Gewalt

Die Mitgliedstaaten 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.

Minderjährigen soll laut *Artikel 18 Abs. 2* der Richtlinie im Bedarfsfall explizit auch „psychologische Betreuung und eine qualifizierte Beratung“ angeboten werden, wenn sie „Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben“.

Diese Richtlinien wurden jedoch noch nicht in nationales Recht umgesetzt. So bezieht sich die in § 6 Abs. 3 AsylbLG festgehaltene Regelung nur auf die Opfer von Menschenhandel. Ein Anspruch auf diese Leistungen sollte deshalb auch in Art. 6 Abs. 2 AsylbLG eindeutig geregelt werden, und zwar für alle Anspruchsberechtigten des AsylbLG und nicht nur, wie nach geltender Gesetzeslage, Personen, die einen bestimmten Aufenthaltstitel (§ 24 Abs. 1 AufenthG) haben. Ein solcher Anspruch unabhängig vom Aufenthaltstitel war seinerseits dem Kompromiss für das Zuwanderungsgesetz zum Opfer gefallen.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Asylbewerberleistungsgesetz vom 18.07.2012

Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG garantiert ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums (vgl. BVerfGE 125, 175). Art. 1 Abs. 1 GG begründet diesen Anspruch als Menschenrecht. Er umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben. Das Grundrecht steht deutschen und ausländischen Staatsangehörigen, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, gleichermaßen zu.

Beiträge der Referentinnen und Referenten

**Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit im europäischen Recht Fehler!
Textmarke nicht definiert.**

Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer

**Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine
Systematik erkennbar?**

Prof. Dr. Norbert Schmacke

**Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit aus rechtlicher und
ethischer Sicht**

Prof. Dr. Markus Babo

**Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit: Good Practice aus der partizipativen
Forschung**

Dr. Hella von Unger und Catherine Flohr

**Inklusion messen, Exklusion sichtbar machen?
Das Inklusions-Chart als sozialdiagnostisches Instrument**

Prof. Dr. Peter Pantuček

**Biografische Resilienz von Folterüberlebenden –
ein Inklusionsthema?**

Gesa Busche

Inklusion in die Gesellschaft nach Rückführung–Inklusion im globalen Kontext

Alassane Dicko

Zur Bedeutung offizieller Entschuldigungen und staatlicher Wiedergutmachung

Ida Schrage im Interview mit Dunja Sallan

Traumatherapie unter Bedingungen gesellschaftlicher Ausschließung?

Prof. Dr. Andreas Heinz

Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit im europäischen Recht

Prof. Dr. Dr. h.c. Eberhard Eichenhofer

Kurzbiographie

Geboren 1950, Studium der Rechtswissenschaft und der Politikwissenschaft. 1979 Promotion zum Dr. jur. an der Universität des Saarlandes. Von 1980 bis 1982 Regierungsrat im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Bis 1989 wissenschaftlicher Referent am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht München, Habilitation 1987 an der Universität des Saarlandes. Von 1989 bis 1997 Universitätsprofessor für Bürgerliches Recht und Sozialrecht an der Universität Osnabrück. Seit April 1997 am Lehrstuhl für Sozialrecht und Bürgerliches Recht an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. 2003 Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Universität Göteborg.



Vortragsbeschreibung

Das Recht auf Gesundheit gehört zu den international anerkannten Menschenrechten und auch das Europäische Recht bekennt sich zu ihm. Es gibt Gewährleistungen in der Europäischen Sozialcharta sowie der Grundrechtecharta der EU. Desweiteren sind Gesundheitsdienstleistungen Gegenstand des Europäischen koordinierenden Sozialrechts und darüber hinaus werden sie von den EU- Grundfreiheiten erfasst. Der Vortrag zeigt die verschiedenen Dimensionen der europäischen Regelung des Rechts auf Gesundheit und geht darüber hinaus dessen Verpflichtungs- und Gewährleistungsgehalt nach.

Das soziale Menschenrecht auf Gesundheit im europäischen Recht

Das Recht auf Gesundheit ist im deutschen Recht nicht bekannt. Das GG weist zwar in Art. 2 II GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als Grundrecht aus. Aber dieses Recht schützt nach herrschender Deutung primär vor Tötung oder körperlicher oder gesundheitlicher Misshandlung durch Polizei- oder Gefängnisbeamte, gewährt aber – jedenfalls im Allgemeinen und Grundsätzlichen – keine Behandlungsansprüche.⁸ Grundlegend anders stellt sich die Rechtslage jedoch dar aus dem Blickwinkel des Völker- und Europarechts. Im internationalen Recht ist das Recht auf Gesundheit Gegenstand zahlreicher Gewährleistungen (1). Welche Tragweite und welche Wirkungen entfaltet dieses Recht (2)? Welche Dimensionen erfasst es (3)? Was bedeutet es, wenn das Recht auf Gesundheit als Zustand persönlichen Wohlbefindens bestimmt ist (4)? Was bedeutet es im Rahmen des EU-Rechts (5)? Und schließlich welche Tragweite entfaltet das Recht auf Gesundheit im Hinblick auf den Schutz behinderter Menschen (6)?

1. Recht auf Gesundheit als Gegenstand internationaler Gewährleistungen

Das Recht auf Gesundheit ist in Art. 25 AEMR, 12 IPwskR, 6 IPbpR, ferner in Art. 11 ESC, 35 EuGrCH niedergelegt. Es fand seine erste Erwähnung in den Statuten der 1920 gegründeten Gesundheitsorganisation des Völkerbundes und seine umfassende Ausformung in der 1946 verabschiedeten Präambel der WHO-Satzung.⁹ Darin heißt es: „Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen“. Diese Regeln werden ergänzt durch Art. 7, 10 des IAO-Übereinkommens Nr. 102 über die Mindestnormen sozialer Sicherheit. Zu diesen gehört das Recht auf

Krankenbehandlung. Ferner heißt es in Art. 25 AEMR: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der ihm und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen ausreichend sichert, insbesondere Nahrung, Kleidung, Unterkunft und medizinische Versorgung sowie die erforderlichen Sozialleistungen“. In dieser Bestimmung wird das Recht auf Gesundheit als unselbständiger Teil des Rechts auf Sozialhilfe = Fürsorge formuliert und damit in denselben Zusammenhang gestellt.

Als eigenständige und universale – nicht von der Bedürftigkeit des Empfängers abhängige – Berechtigung formulieren Art. 12 IPwskR, 11 ESC und Art. 35 EuGrCH das Recht auf Gesundheit als den gegen den Staat gerichteten Anspruch auf umfassenden Gesundheitsschutz und hinreichende Gesundheitsleistungen.¹⁰

In Art. 12 IPwskR heißt es:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen

a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;

b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;

c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;

d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

⁸ Pestalozza: Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen, Bundesgesundheitsblatt 2007, 1113, 1114 f.

⁹ Jung, Eberhard: Das Recht auf Gesundheit, München 1982, 57 ff.; Christoph Steiner: Das Recht auf soziale Gesundheitsversorgung, 2003; WHO-Erklärung unterzeichnet von 61 Staatenvertretern am 22.7.1946 nach einer in New York abgehaltenen Internationalen Konferenz über Gesundheit vom 19.-22.6.1946; World Health Organization, International Health Regulations, 2005.

¹⁰ Hervey, Tamara K.: We Don't See a Connection: The 'Right to Health' in the EU Charter and European Social Charter, in: Grainne de Burca/Bruno de Witte (Ed.), Social Rights in Europe, Oxford 2005, 305 et sequ..

Das hier umrissene Recht auf Gesundheit hat also mehrere staatliche Handlungspflichten zum Gegenstand. Sie konzentrieren sich auf die Förderung der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder, betreffen Umwelt- und Arbeitsschutz, fordern die Seuchenbekämpfung als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens und sind schließlich auf die umfassende Sicherung des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Polikliniken und Ambulatorien) sowie ärztlichen Dienstleistungen gerichtet.

Nach Art. 11 ESC¹¹ wird das Recht auf Gesundheit implizit anerkannt. Darin wird wesentlich die Pflicht begründet, den Ursachen für Krankheiten entgegenzuwirken, die Gesundheitserziehung und die Gesundheitsförderung auszubauen und der Entstehung aller Krankheiten im Rahmen des Möglichen entgegenzuwirken. Diese Aufgabe umschließt die Aufrechterhaltung einer ausgebauten und funktionstauglichen Gesundheitsversorgung durch Ärzte, Krankenhäuser wie Apotheken¹² und hebt vor allem die tragende Bedeutung der Prävention hervor.¹³

Nach Art. 35 EuGrCH hat jeder Mensch ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und zur ärztlichen Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Bestimmungen und Gepflogenheiten; die Staaten sind ferner angehalten, „ein hohes Gesundheitsschutzniveau“ sicherzustellen.

2. Tragweite und Wirkungen des Rechts auf Gesundheit

Das in Art. 25 AEMR, 12 IPwskR, 6 IPbpR niedergelegte Recht auf Gesundheit ist auf den ersten Blick paradox formuliert: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being, not only the absence of disease or infirmity“. Gesundheit bezeichnet einen Zustand menschlichen Wohlbefindens. Ist dies nicht weit eher als ein Geschenk, eine Gabe Gottes oder das Ergebnis eigenen Bemühens statt als ein tauglicher Gegenstand eines Rechts vorstellbar? Es wurde schon durch Rudolf von

Virchow¹⁴ formuliert und sollte bedeuten, dass die Gesundheitsversorgung Gegenstand öffentlicher Normsetzung und Gewährleistung sein müsse. In der juristischen Annäherung an das Recht auf Gesundheit wird von nahezu allen Interpreten immer wieder auf die Schwierigkeit hingewiesen, dass Gesundheit vom Individuum abhängt und nicht gesellschaftlich umfassend zu „machen“ ist.¹⁵

Aber diese Paradoxie ist für alle sozialen Menschenrechte typisch und darüber hinaus auch nicht auf soziale Menschenrechte beschränkt. Auch die Glaubens- und die Meinungsfreiheit geben kein Anrecht auf einen Glauben oder eine Meinung, sondern gewähren Schutz von etwas, das der Rechtsetzer als vorhanden unterstellt. Das Recht auf Gesundheit wird zum Thema, weil die menschliche Gesundheit dank der Medizin verbessert, geschützt oder vor Verschlechterung bewahrt werden kann. Das Recht auf Gesundheit hat daher zu allererst einen leistungsrechtlichen Gehalt, umschreibt einen Anspruch und formuliert so eine positive Freiheit, nämlich das Menschenrecht, an den Möglichkeiten und Chancen zeitgenössischer medizinischer Leistungen teil zu haben.¹⁶ Daneben wird das Recht auf Gesundheit in den

¹⁴ Virchow, Rudolf von: Die öffentliche Gesundheitspflege, Die medicinische Reform, 4. August 1848, 21 f.; 18 August 1848, 37 ff.; 25. August 1848, 45 ff.; 1. September 1848, 53 ff.; Leubuscher, Rudolf: Der Armenarzt, Die medicinische Reform, 15. Dezember 1848, 161 f.

¹⁵ Bothe, Michael: Les concepts fondamentaux du droit à la santé. Le point de vue juridique, in: Dupuy, René-Jean (ed.), Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme, Académie de Droit International de La Haye, Alphen van Rijn, 1979, 14 f.; Sauvat, Christophe : Réflexions sur le droit à la santé, Aix-en-Provence 2004, 13 et sequ.

¹⁶ Sauvat, Christophe: Réflexions sur le droit à la santé, Aix-en-Provence 2004, 27 et sequ.; Bothe, Michael : Les concepts fondamentaux du droit à la santé. Le point de vue juridique, in: Dupuy, René-Jean (ed.), Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme, Académie de Droit International de La Haye, Alphen van Rijn, 1979, 14, 15 ff.; vgl. vorallem Perrin, Guy: Le droit à la santé, la sécurité sociale et l'organisation des soins médicaux, in: Dupuy, René-Jean (ed.), Le droit à la santé en tant que droit de l'homme. Académie de droit international de La Haye et Université des Nations Unies, Alphenaan den Rijn 1979, p. 232 et sequ., 232 ff.; Toebe, Brigit: in: The Right to Health, in: Eide, Asbjorn (Ed.): Economic, social and cultural rights, Dordrecht 2001, 169 et sequ.

¹¹ Vgl. Mikkola, Matti: Social Human Rights of Europe, Helsinki 2010, 401 ff.

¹² Ebd., 417 ff.

¹³ Ebd., 423.

Zusammenhang der die menschliche Würde, das Leben und die körperliche wie gesundheitliche Integrität schützenden Bestimmungen gestellt.¹⁷ Es hat insoweit ein gefahrenabwehrrechtliches Moment. Diese Zuordnung ist aber problematisch. Denn sie wiederholt nur den elementaren Schutzauftrag des Staates für das Leben und die körperliche Integrität jedes Einzelnen und bedeutet damit nichts als die bloße Verdoppelung der bereits andernorts formulierten Gewährleistungen und trägt somit in der Substanz nichts originär Neues zum Schutz der Menschenrechte bei. Ein entscheidendes Moment des Rechts auf Gesundheit liegt allerdings in dem Recht der Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die Gesundheit.¹⁸

Ein zentraler und im Kontext des Sozialstaats wichtiger weiterer Aspekt des Rechts auf Gesundheit für jeden Menschen liegt darüber hinaus in dem egalitären Anspruch auf Sicherung der Teilhabe aller Menschen an den Leistungen der Medizin.¹⁹ Es hat in der deutschen Debatte auch schon vor einigen Jahrzehnten den letztlich doch vereinzelt und vor allem rechtlich folgenlos gebliebenen Versuch durch Otfried Seewald²⁰ und Eberhard Jung²¹ gegeben, dem GG und dem deutschen Recht ein Recht auf Gesundheit zu entnehmen.

Mangels einer eindeutigen und ausdrücklichen Formulierung eines solchen Rechts fällt es in der Tat schwer, dem insoweit nicht beredten Text des GG belastbare Aussagen über ein solches mögliches Menschenrecht zu

entnehmen. Die Garantie der Menschenwürde und die für sie postulierte staatliche Schutzpflicht (Art. 1 I GG) taugte als Grundlage nur, wenn die Menschenwürde selbst Rechte verbürgte; die systematische Auslegung der Art. 1 – 19 GG legte aber eher die Deutung nahe, in der Menschenwürde den Grund der Grundrechte und nicht ein eigenes Grundrecht zu sehen. Diese Deutung stünde vor allem im Einklang mit Art. 1 AEMR, der seinerseits zwischen Menschenwürde und Menschenrechten trennt.

Art. 2 II 1 GG enthält zwar das Recht auf Leben und Gesundheit. Dieses Grundrecht verbietet jedoch primär Eingriffe in das Leben und die Gesundheit; es fällt schwer, daraus einen umfassenden Anspruch auf Lebens- und Gesunderhaltung jedenfalls in einem umfassenden Sinn abzuleiten. Immerhin anerkennt das BVerfG²² aber in seiner Rechtsprechung zum Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung, dass dieser dem Versicherten zumindest in den Fällen einer lebensbedrohlichen Krankheit einen Anspruch auf umfassende Heilbehandlung gebe – einschließlich der Therapien und Arzneimittel, welche von den zuständigen Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen nicht förmlich zugelassen wurden und dieser Anspruch wird in der Tat aus dem Recht auf Leben und Gesundheit abgeleitet. Mag das GG zwar kein förmliches Recht auf Gesundheit kennen, so enthält die Rechtsprechung des BVerfG dennoch eine Deutung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit, das dem international anerkannten Recht auf Gesundheit weit entgegenkommt – jedenfalls in der grundlegenden Tendenz voll entspricht. Vielleicht wird daraus in Zukunft sogar ein umfassendes Recht auf Gesundheit abgewickelt – ist doch der Boden dafür inzwischen bereitet.

¹⁷ *Bothe, Michael*: Les concepts fondamentaux du droit à la santé. Le point de vue juridique, in : Dupuy, René-Jean (ed.), *Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme*, Académie de Droit International de La Haye, Alphen van Rijn, 1979, 14; *Sauvat, Christophe* : Réflexions sur le droit à la santé, Aix-en-Provence 2004, 28 f.

¹⁸ UN Economic and Social Council E/C 12/2000/4, 11. August 2000, Tz. 7 ff.

¹⁹ *Bothe, Michael*: Les concepts fondamentaux du droit à la santé. Le point de vue juridique, in : Dupuy, René-Jean (ed.), *Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme*, Académie de Droit International de La Haye, Alphen van Rijn, 1979, 14, 27; *Sauvat, Christophe* : Réflexions sur le droit à la santé, Aix-en-Provence 2004, 30.

²⁰ *Seewald, Otfried*: Gesundheit als Grundrecht, Königstein 1982, *Seewald, Otfried*: Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, Köln 1981; *Pestalozza*: Das Recht auf Gesundheit, in: Bundesgesundheitsblatt 2007, 1113.

²¹ *Jung, Eberhard*: Das Recht auf Gesundheit, München 1982, 57 ff.

²² BVerfGE 115, 25.

3. Vier Dimensionen des Rechts auf Gesundheit

Entsprechend dem Gewährleistungsgehalt anderer sozialer Menschenrechte werden auch bei dem Recht auf Gesundheit vier Dimensionen unterschieden²³: availability, accessibility, acceptability und quality. Die erste Dimension – availability – hat die Ausstattung mit medizinischen Leistungen zum Gegenstand – sie bestimmt also die medizinische Infrastruktur. Die Versorgung mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung gilt als öffentliche Aufgabe und als soziales Gut.²⁴ Das Recht umfasst Einrichtungen der Behandlung, Prävention und damit Gesundheitserziehung,²⁵ auch der Familienplanung.²⁶ Die availability bezeichnet vor diesem Hintergrund die persönliche Zugänglichkeit des medizinischen Leistungsangebots. Das Prinzip ist also vor allem gewahrt, wenn medizinische Leistungen frei von Benachteiligungen oder Zurücksetzungen einzelner gesichert sind. Diskriminierungsverbote und soziale Leistungsrechte erlangen hierfür eine besondere Bedeutung.

Ferner umfasst das Recht den Schutz vor Infektionen, den Anspruch auf Notfallversorgung und der Ausrichtung der Politik am Ziel des Gesundheitsschutzes.²⁷

Das Kriterium der acceptability bezeichnet die Rücksichtnahme der Institutionen auf die Anliegen und Bedürfnisse des einzelnen Patienten und das Kriterium der quality soll den medizinischen Standard bestimmen.

4. Gesundheit als Wohlbefinden?

Die von der WHO gegebene Definition der Gesundheit als ein Zustand vollständige

körperlichen, geistigen und gesellschaftlichen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche kann mit dem Argument kritisiert werden, dass das gesellschaftliche Wohlbefinden sich erst einstellt, wenn alle sozialen Menschenrechte voll verwirklicht sind. Wäre das Recht auf Gesundheit also umfassend auf das Wohlbefinden des Menschen schlechthin ausgerichtet, so wären die übrigen sozialen Menschenrechte überflüssig und damit ganz entbehrlich. Die Kernaussage der zitierten Definition lautet aber, Gesundheit ist mehr als ein medizinischer Befund, weil der Medizin-Betrieb nicht angemessen wie nach dem berühmten Wort von J. R. Tenon als eine „Maschine zur Behandlung des Kranken“ verengt werden darf.²⁸

Das Recht auf Gesundheit vermittelt daher Ansprüche auf eine Dienstleistung, die von persönlichen Wahrnehmungen, Empfindungen und Erwartungshaltungen sehr viel stärker abhängt als Waren,²⁹ weshalb Gesundheit auch nicht von Marktprinzipien prägt, sondern als öffentliche Dienstleistung ausgestaltet sein soll.³⁰ Obgleich das Recht auf Gesundheit also einen öffentlichen Charakter hat, ist es in seiner Verwirklichung von einzelnen stark abhängig: „Public health is in large measure a form of public discipline, and the element of obligation spreads from environment to personal health, from one's duty to one's neighbours to one's duty to one's dependents and one's duty to oneself“.³¹

5. Recht auf Gesundheit in der EU

Dementsprechend wird in Art. 35 EuGrCH das dort verankerte Recht auf Gesundheit als Anspruch jedes Menschen auf Krankenversorgung frei von Benachteiligungen

²³ UN Economic and Social Council E/C 12/2000/4, 11. August 2000, Tz. 12; *Benedek, Wolfgang*: Understanding Human rights: Manual on Human Rights Education, Wien 2006, 131; *Toebe, Brigit*: in: The Right to Health, in: Eide, Asbjorn (Ed.): Economic, social and cultural rights, Dordrecht 2001, 169, 174.

²⁴ *Herve, Tamara K.*: We Don't See a Connection: The 'Right to Health' in the EU Charter and European Social Charter, in: Grainne de Burca/Bruno de Witte (Ed.), Social Rights in Europe, Oxford 2005, 305, 308, 310.

²⁵ Ebd., 311.

²⁶ *Toebe, Brigit*: in: The Right to Health, in: Eide, Asbjorn (Ed.): Economic, social and cultural rights, Dordrecht 2001, 169, 177.

²⁷ *Toebe, Brigit*: in: The Right to Health, in: Eide, Asbjorn (Ed.): Economic, social and cultural rights, Dordrecht 2001, 169, 182.

²⁸ *Carricaburu, Danièle/Ménoret, Marie*: Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies, Paris 2004, 15.

²⁹ *Fein, Rashi*: Economic Aspects of the Right to Health Care, in: Dupuy, René-Jean (ed.), Le Droit à la santé en tant que droit de l'homme, Académie de Droit International de La Haye, Alphen van Rijn, 1979, 214 ff.

³⁰ *Perrin, Guy*: Le droit à la santé, la sécurité sociale et l'organisation des soins médicaux, in: Dupuy, René-Jean (ed.), Le droit à la santé en tant que droit de l'homme. Académie de droit international de La Haye et Université des Nations Unies, Alphen aan den Rijn 1979, p. 232 ff.

³¹ *Marshall, Thomas Humphrey*: The Right to Welfare, 13 (1921) The Sociological Review, 261, 272.

und Zurücksetzungen verstanden.³² Gesundheit wird ganz im Einklang mit der entsprechenden Definition der WHO auch dort als ein Zustand physischer und psychischer Gesundheit bestimmt.³³ Das Ziel ist ein Niveau des gesundheitlichen Schutzes, das sich am wissenschaftlich Möglichen orientiert.³⁴

Dafür gab es rechtliche Vorbilder – vor allem in Frankreich. In Abs. 11 der Präambel zur Französischen Verfassung von 1946 wird allen – namentlich Kindern, Müttern und älteren Arbeitnehmern – der Schutz der Gesundheit und der materiellen sozialen Sicherheit gewährleistet.³⁵ Die Bestimmung ist weit und offen. Sie macht zweifelsfrei klar, dass die soziale Sicherheit eine öffentliche Funktion darstellt.³⁶ Das Recht auf Gesundheit findet in dem die Patientenrechte ausformulierenden Code de la Santé³⁷ eine umfassende und eingehende Darstellung. Es beruht auf den Grundsätzen des Respekts und der Würde jedes Einzelnen, der Nichtdiskriminierung und dem Schutz der Privatsphäre. Das Recht auf Gesundheit gewährleistet einen Anspruch auf alle erhältlichen Gesundheitsleistungen, frei von Benachteiligungen und auf dem wissenschaftlich zeitgemäßen Standard. Prävention, Diagnose und therapeutische Maßnahmen sind ebenso geschuldet wie die Koordinierung der Hilfen. Ein Recht auf umfassende Information und Teilhabe des Patienten an der Entscheidung über den medizinischen Eingriff sind gleichfalls von diesem Recht umfasst. Der Patient wird im Gegenzug zu umfassender Mitwirkung im Rahmen von Compliance angehalten und verpflichtet.

Gestützt auf dieses Beispiel einer umfassenden menschenrechtlichen Sicht auf die Gesundheit lassen sich auch im Recht der EU – namentlich im Rahmen der offenen Methode der Koordinierung – Empfehlungen zur Gesundheitspolitik in der EU verzeichnen. So

sind die Verminderung von Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung der einzelnen Mitgliedstaaten,³⁸ eine Entschließung zur Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung und zu Medikamenten, mit besonderem Schwerpunkt auf vernachlässigten Krankheiten³⁹ und die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung Bestandteile der normierenden Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011.⁴⁰

Darüber hinaus entwickelte die EU für die Jahre 2008 bis 2013 eine Gesundheitsstrategie.⁴¹ Diese hebt hervor, dass Gleichheit und Solidarität die Gesundheitspolitik der EU leiten. Gesundheitspolitik soll die Menschen zur Teilhabe befähigen und zur aktiven Teilhabe im gesellschaftlichen Leben anregen. Die Gesundheit wird als der höchste Wert angesehen; dementsprechend seien auch die Gesundheitsausgaben in der EU hoch. Das Ziel des Gesundheitsschutzes durchzieht alle Zweige der Politik der EU; die EU möchte ihre Stimme auch stärker in der Welt zur Geltung bringen. Der Gesundheitsschutz habe in den alternden Gesellschaften Europas eine besondere Bedeutung. Prävention, Gewährleistung einer dynamischen Fortentwicklung der Medizin unter Einschluss der neuen Techniken und eine angemessene Finanzausstattung des Gesundheitswesens seien die hauptsächlichen Ziele.

6. Recht auf Gesundheit und Schutz bei Behinderung

Eine Verbindung zwischen dem Recht auf Gesundheit und dem Schutz behinderter Menschen findet sich in den Rechten zum Schutz der Behinderten Menschen im Rahmen der VN-Behinderten-Rechte-Konvention sowie der EUGrCH. In diesen Dokumenten wird der behinderte Mensch nicht primär als Inhaber von Schutzrechten vorgestellt sondern in seiner Eigenart als behinderter Mensch mit Rechten auf Achtung, Nicht-Diskriminierung und

³² Riedel: in: Meyer, Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2011 (3. Aufl.), Art. 35 Rn. 9.

³³ Ebd., Rn. 10.

³⁴ Ebd., Rn. 12.

³⁵ Prétot, Xavier: Alinéa 11, in: Gérard Conac/Xavier Prétot/Gérard Teboul (Eds.), Le préambule de la Constitution de 1946, Paris 2001, 261.

³⁶ Ebd., 270.

³⁷ Laude, Anne/Mathieu, Bertrand/Tabuteau, Didier: Droit de la Santé, Paris 2007, 305 ff.

³⁸ The Social Protection Committee, Solidarity in Health: Reducing health inequalities in the EU, SPC/2010/5/4 final.

³⁹ ABl. EU v. 1.3.2008 (58/29).

⁴⁰ ABl. EU v. 4.4.2011 L 88/45.

⁴¹ SEC (2007) 1376 final vom 23.10.2007; 630 final; vgl. auch schon das Vorgängerprogramm (2001-2006). COM (2000) 285 final.

gesellschaftliche Teilhabe ausgestattet.⁴² Hierzu gehören auch Anforderungen an eine gemeinsame Schule für behinderte und nicht-behinderte Schüler nach der VN-Behinderten-Konvention und die Übernahme der Kosten

7. Fazit

Das Recht auf Gesundheit ist im internationalen und europäischen Recht als ein Menschenrecht verankert. Obgleich Deutschland diesen internationalen Garantien entsprechenden Gewährleistungen nicht aufweist, sind diese durch die Transformation von Völkerrecht zum Teil des Bundesrechts geworden; ferner gilt für das EU-Recht der Vorrang des EU-Rechts vor dem Recht der Mitgliedstaaten, soweit eine EU-Zuständigkeit besteht, was jedenfalls im Grundsatz bejaht werden muss. Darüber hinaus sind sie auch nach Art. 1 Abs. 2 GG im Rahmen deutschen Verfassungsrechts beachtenswert. Denn darin bekennt sich Deutschland zu den „unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt“. Daraus folgt unmittelbar, dass sich Deutschland in seiner Verfassung zu allen, also auch den sozialen Menschenrechten bekennt – einschließlich des Rechts auf Gesundheit!

⁴² Quinn, Gerard: The Human rights of people with Disabilities under the EU Law, in: Philip Alston et al. (Eds.), The EU and Human Rights, Oxford University Press 1999, 281 ff.

Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine Systematik erkennbar?

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Kurzbiographie

Professor Dr. med. Norbert Schmacke, geb. 1948, ist Internist und Gesundheitswissenschaftler. Nach langen Jahren im öffentlichen Gesundheitsdienst ist er nun am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen tätig. Von 2003 bis 2010 war er Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (ipp.akg.uni-bremen.de). 1999-2003 Leiter des Bereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. 1994-1999 leitete er die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. 1983-1994 arbeitete er als Abteilungsleiter im Hauptgesundheitsamt Bremen. Zuvor absolvierte er die Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin an Bremer Krankenhäusern. Er ist zudem langjähriges unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.



Vortragsbeschreibung

Der englische General Practitioner Julian Tudor Hart prägte den Begriff des „Inverse Care Law“: diejenigen, die am meisten Unterstützung durch das Gesundheitssystem benötigen, erhalten am wenigsten Hilfe. Man könnte fast resignierend sagen: dies ist ein ehernes Gesetz, mit dem alle Gesellschaften konfrontiert sind. Auch Deutschland mit seinem insgesamt hoch entwickelten und weltweit anerkannten Versorgungssystem in Medizin, Pflege und Sozialarbeit weist systematische Schwächen auf. In dem Vortrag wird in den Mittelpunkt gestellt, dass es offenbar eine Logik gibt, der zufolge das Leistungsspektrum des Gesundheitssystems unterschiedlich gut entwickelt ist. Hierfür sind ökonomische wie nicht-monetäre Motive gleichermaßen zu benennen.

Exklusion von Leistungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland - ist eine Systematik erkennbar?

1. Das größere Bild

Die Beschäftigung mit der Frage, wie Deutschland mit Flüchtlingen umgeht, beinhaltet auf der einen Seite die historische Perspektive. Welche Traditionen ein Land im Umgang mit den Themen von Auswanderung und Zuwanderung prägen, das ist für die aktuelle Politik natürlich hoch bedeutsam. Deutschland kennt die großen Auswanderungswellen z.B. in die USA, und Museen wie das Auswandererhaus in Bremerhaven erinnern seit kurzem sowohl wissenschaftlich gestützt wie anschaulich präsentiert an diese Epochen. Die Politik in diesem Land ist sicher auch sehr stark durch die Zuwanderung aus den sowjetisch besetzten Gebieten des ehemaligen Dritten Reiches geprägt worden, so wie in der jüngsten Geschichte auch durch die Zuwanderung von Menschen aus der ehemaligen Sowjetunion, die als Aussiedler bezeichnet werden. Andere Wanderungen werden nach wie vor stark tabuisiert, dies gilt vor allem für die Zwangsarbeiter, die unter der Herrschaft des Nationalsozialismus in Munitionsfabriken oder in der Landwirtschaft arbeiten oder Bunker für die deutsche Bevölkerung bauen mussten. Dies gilt ebenso für die Flüchtlinge, die Deutschland nach 1933 verließen, weil sie um Leib und Leben fürchten mussten. Die ökonomisch induzierten Wanderungswellen der so genannten Gastarbeiter wurden lange Zeit dethematisiert, weil die Politik die Bevölkerung glauben machen wollte, Deutschland sei kein Einwanderungsland und könne die Gastarbeiter als vorübergehendes Phänomen begreifen. Das Land war insofern von seiner politischen Klasse außerordentlich schlecht auf die Flüchtlinge eingestellt, die Asyl beantragten. Dass Migration zur Menschheitsgeschichte gehört,

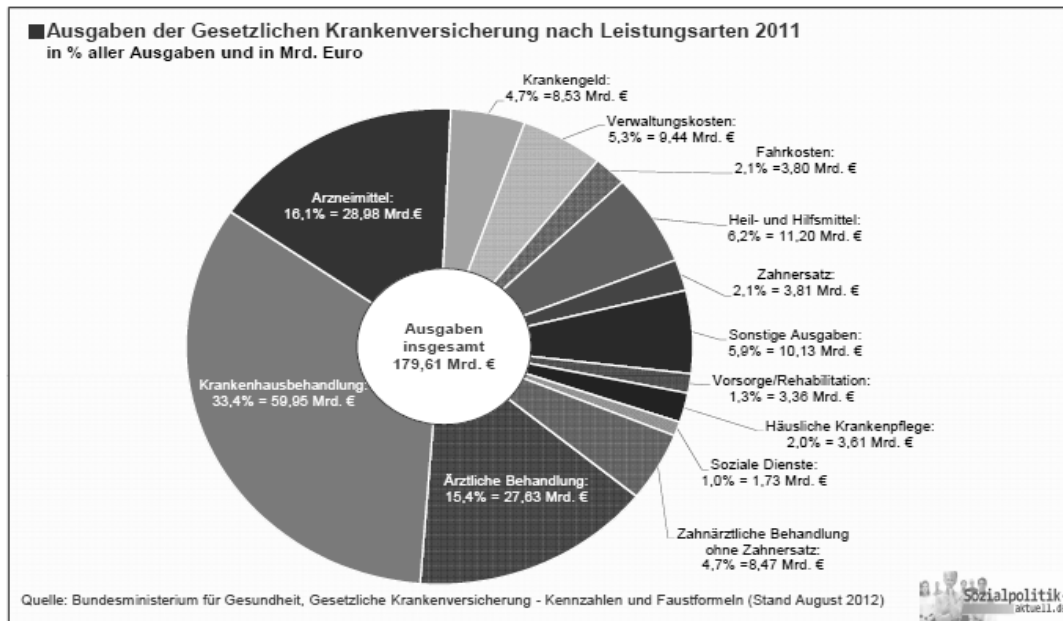
dass kein Land dauerhaft einen Abwehrzaun um sich errichten kann, und dass die Hauptlast der neuzeitlichen Flüchtlingsbewegungen von besonders armen Ländern getragen wird, das war großen Teilen der Bevölkerung fremd oder wurde zu lange lebhaft verdrängt. In dieser Tradition konnte sich weder mit Blick auf die allgemeinen Menschenrechte noch auf die medizinische Versorgung eine Kultur moderner Ethnomedizin entwickeln. Hier finden sich die eigentlichen Ursachen für die immer noch diskriminierende Weise, in der dieses Land mit den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen von Flüchtlingen umgeht.

2. Perspektive Lernfähigkeit

Nachfolgend soll der Blick auf eine andere Frage gelenkt werden, um vielleicht besser zu verstehen, wie es um die Lernfähigkeit des Gesundheitssystems selber bestellt ist:

„Was kann dieses System besonders gut, was kann es nicht so gut, und ist mittels einer derartigen Gegenüberstellung eine Systematik erkennbar, die für die Ethnomedizin relevant ist?“

Deutschland verfügt über ein nach internationalen Maßstäben sehr gut ausgebautes und ausgestattetes Gesundheitssystem. Im eigentlichen Krankenversorgungssystem wird der größte Teil durch die Pflichtversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgebracht. Aus den bescheidenen Anfängen der Bismarckschen Sozialversicherung, die anfänglich vor allem Arbeiterfamilien vor nacktem sozialen Elend im Falle der Erkrankung des Haupternährers schützen wollte, ist ein Versicherungssystem geworden, das einen der größten Wirtschaftszweige des Landes finanziert.



Das deutsche System der sozialen Krankenversicherung hat sich mit Blick auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und Stabilität außerordentlich bewährt; die „Reformbedarfe“ sind in Ländern anderer Finanzierungssystematik mindestens so groß wie dies für Deutschland aufzuzeigen ist. Eine andere Frage ist, welche Handlungs- und Ausgabenlogik dieser GKV hinterlegt ist, wie Priorisierungsprozesse ablaufen und wie es um die Kosten-Nutzen-Bilanz aussieht. So ist beachtlich, dass die Ausgaben für ambulant rezeptierte Arzneimittel seit einigen Jahren die Ausgaben für die niedergelassene Ärzteschaft überstiegen haben. Bemerkenswert ist auch, dass trotz nahezu flächendeckender Einführung der tagesgleichen Pflegesätze (DRG) und der damit verbundenen Effizienzbemühungen in den Krankenhäusern das Krankenhausbudget kontinuierlich steigt. Auch die Zunahme ambulanter chirurgischer Leistungen hat diesen Trend nicht beeinflussen können. In keinem anderen Land der Welt gibt es eine derart stark ausgebaute Doppelgleisigkeit fachärztlicher Leistungen im ambulanten und stationären Sektor wie in Deutschland. Rationalisierungspotenziale werden seit Jahrzehnten von der Forschung und Teilen der Gesundheitspolitik aufgezeigt, realisierbar erscheinen sie demgegenüber praktisch nicht. Das System erweist sich als ein Giga-Tanker, der kaum von seinem Kurs abzubringen ist.

3. Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die medizinische Versorgung durch die Sozialversicherung zeichnet sich durch das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung aus, wonach auf allen Ebenen der Entscheidung über das Ausmaß der Leistungen und die Grundprinzipien der Vergütung Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausverbände) und Krankenkassen in paritätisch zusammengesetzten Gremien entscheiden. Die Bundespolitik delegiert m.a.W. unbeschadet ihrer politischen Vorgaben das wesentliche „Geschäft“ auf die Parteien, die von fundamental unterschiedlichen Interessen geleitet werden – so sehr auch alle nach dem Gesetzestext den Prinzipien des medizinisch Gebotenen und der Wirtschaftlichkeit unterworfen sind. Das Finden von Kompromissen ist also im Sozialgesetzbuch quasi vorgegeben, und die Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung haben in vielen Fragen eine hohe Kunst entwickelt, derartige Kompromisse tatsächlich auch zustande zu bringen, und sei es nur, um Ersatzvornahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zuvor zu kommen. Diese Aufgabenverteilung ist auch für die Politik außerordentlich komfortabel. Innerhalb dieser Aushandlungsprozesse wurde und wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weitaus rascher und flächendeckend das finanziert, was gern als „Innovationen“ im Gesundheitswesen

bezeichnet wird. Dies betrifft vor allem den Arzneimittelmarkt und die Krankenhausmedizin, die in Deutschland deutlich niedrigere Barrieren zum „Markteintritt“ vorfinden als in den meisten anderen Industrieländern – was die Pharmaindustrie und die Chefarzte nicht davon abhält, über Behinderungen zu klagen. Die niedergelassenen Ärzte unterliegen strengeren Auflagen für die Einführung von neuen Leistungen, wobei der Arzneimittelbereich davon weitgehend ausgeklammert bleibt, da nach dem Arzneimittelgesetz auch Medikamente zugelassen werden und damit rezeptierbar sind, die keinen höheren Nutzen als bereits im Markt befindliche aufweisen. Ein gegenteiliger Eindruck wird von vielen Ärzten erweckt, weil sie über drohende Regresse klagen, wenn sie zu teure und zu viel Leistungen verordnen. Regresse, das heißt Zurückzahlung ausgezahlter Honorare im Falle unwirtschaftlichen Verordnens, werden zwar nur selten durchgesetzt, die Angst vor ihnen beeinflusst aber tatsächlich ärztliches Ordnungsverhalten: allerdings weniger bei Medikamenten als bei nichtmedikamentösen Verfahren.

Diese Bilanz deutet bereits die Schwächen des Systems der gemeinsamen Selbstverwaltung an. Es beginnt damit, dass die Frage kaum gestellt wird, ob die Rangliste der eingesetzten Ressourcen, die Schwerpunktsetzung in der Versorgungsphilosophie tatsächlich den Bedürfnissen der Bevölkerung entspricht. In jedem Fall dauert es in einem stark gesättigten System sehr lange, ehe wirkliche Kurskorrekturen vorgenommen werden. Das gilt momentan vor allem für das Thema einer differenzierten, altersgerechten medizinischen Versorgung. Auch wiederholtes Aufzeigen der negativen Folgen der stark sektorierten und wenig kooperationsbereiten Angebotsstruktur bringt immer nur Änderungen im Zeitlupentempo hervor. Man kann dies am Thema der Mehrfachverschreibungen von Medikamenten für alte und hochbetagte Menschen gut aufzeigen. Die Rate an medikamentenbedingten Krankenhauseinweisungen und Todesfällen ist unnötig hoch, aber die Nutzung moderner Technologien zur Vermeidung gefährlicher Arzneikombinationen kommt kaum voran. Langjährige Bemühungen um die Überwindung

der Sektorenabschottung durch Gesetzgeber wie die Selbstverwaltung selber zeigen nur geringe Fortschritte: das System ist in hohem Maße selbstreferentiell (Luhmann). Dies gilt auch für die eigentlich nahe liegende Idee, Versorgungsrealität unter verschiedenen Fragestellungen, z.B. regionaler Unterschiede, zu evaluieren. Nachdenklich stimmende Beiträge stammen überwiegend von außen, so jüngst zur Frage der unterschiedlichen Häufigkeiten von Kaiserschnittentbindungen. Modellvorhaben nach dem SGB V müssen evaluiert werden, das Niveau der durchgeführten Untersuchungen erlaubt in der Regel aber keine Ziel führenden Aussagen. Die hoch gelobte integrierte Versorgung muss demgegenüber gar nicht evaluiert werden, ausgerechnet der Ansatz also, der die Sektorengrenzen sprengen soll. Das System fremdelt mit der Versorgungsforschung, wie sie in den USA seit Jahrzehnten üblich ist (Health Services Research). Zu den Schwächen der gemeinsamen Selbstverwaltung zählt weiter, dass es weder gelingen will, fragwürdige Mengenausweitungen – etwa bei der Implantation von Kniegelenksprothesen oder bei den Antidepressiva – zu begrenzen noch umgekehrt Versorgungslücken systematisch zu identifizieren. Die Begriffsfigur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, die für Deutschland der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen eingebürgert hat, wird zwischen Ärzte- und Kassenseite als Kampfinstrument eingesetzt, ohne dass es einen Masterplan gibt, zu einer besseren Balance zwischen „zu viel – zu wenig – das Falsche“ zu kommen.

4. Ambulante Versorgung

Der Besuch bei Ärztinnen und Ärzten endet typischerweise mit dem Ausstellen eines Rezeptes – oder einer Überweisung zu einer/ einem weiteren Fachärztin/ Facharzt. Dies ist der deutlichste Ausdruck der Medikalisierung unseres Gesundheitssystems, das schrittweise verlernt hat, an den Beginn der Kontakte eine sorgfältige Problemanalyse zu stellen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu erörtern, welche dieser Probleme durch medizinische Maßnahmen positiv beeinflusst werden können – und welche nicht. Dieser Kritik wird fortlaufend mit dem Argument begegnet, es fehle die Zeit für derartig aufwändige Kommunikation. Da das ambulante

Versorgungssystem in Deutschland eine besonders hohe Kontaktdichte und kurze Konsultationszeiten aufweist, handelt es sich um einen Teufelskreis. Lediglich einige prominente Vertreter der Allgemeinmedizin weisen inzwischen drauf hin, dass dieser *circulus vitiosus* durchbrochen werden muss – und kann. Voraussetzung dafür ist freilich, dass die notwendigen kommunikativen Kompetenzen auch gelehrt und erhalten bleiben. Hierauf zielen u.a. die zahlreicher gewordenen Reformstudiengänge der Medizin ab; noch ist leider ungewiss, ob sie nachhaltige Wirkung erzeugen können. Und so wird das heutige Bild noch sehr davon geprägt, dass „schwierige“ Patienten von einem Arzt zum anderen wandern, dass eine Fülle von folgenlosen Labordaten und Bildern erzeugt wird, und dass in den Alltagsroutinen immer mehr der Eindruck erzeugt wird, man müsse tatsächlich bei allen gesundheitlichen Themen Spezialisten fragen, wo abwarten und gesunder Menschenverstand ausreichen würden. Behutsame Stufendiagnostik verliert immer mehr an Bedeutung zugunsten von „totalen“ Check-Ups, die immer neue „Befunde“ generieren, die das Schwungrad des Systems am Laufen halten. Das Schlicht-Rezept für die meisten der so generierten Fragen ist das Medikament für alle Lebenslagen. Demgegenüber haben es nicht-medikamentöse Verfahren sehr viel schwerer. Dies hat neuerdings noch einen weiteren, geradezu tragischen Grund: da Forschung zu nicht-medikamentösen Verfahren praktisch massiv unterfinanziert ist, gibt es viel zu wenige aussagekräftige Studien, die nicht-medikamentöse und „klassisch medizinische“ Behandlungen miteinander vergleichen. Im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin kann deshalb absurderweise die pharmazeutische Industrie, trotz aller Mängel der Arzneimittelzulassungsstudien, leichter ihre Interessen durchsetzen, da sie systematisch Studien durchführt, deren Forschungs- und Entwicklungskosten in die Preisgestaltung eingerechnet werden. Die Pharmaindustrie unterhält auch nach wie vor ein Heer von Pharma-Agenten, die in die Praxen und Krankenhäuser ausschwärmen und ein System der arbeitsplatznahen, aber rein interessengesteuerte Fortbildung anbieten. Kritische, anbieterunabhängige Fortbildung

steht nach wie vor im Schatten der Beeinflussung der Gesundheitsindustrie. Und ein systematisches Training in Gesprächsführung und Kooperation gehört praktisch nicht ins Pflichtenheft der Ärzteschaft – bei einschlägigen Veranstaltungen, die es sehr wohl gibt, trifft sich die „Kirchengemeinde“. Wie die Versorgung der – glücklicherweise – älter werdenden Bevölkerung mit dem unvermeidlichen Nebeneinander von behandlungsbedürftigen Problemen und altersgemäßen Beeinträchtigungen künftig gestaltet werden soll: diese Frage ist einstweilen eine reine Insiderdebatte. Die Frage stört den Betrieb.

5. Stationäre Versorgung

Es gehört vermutlich zum „Geheimwissen“ von Kennern des Systems, dass im Krankenhausbereich für die Fortentwicklung der Medizin der so genannte Verbotsvorbehalt gilt: jedes Krankenhaus in Deutschland darf jede neue medizinische Leistung solange erbringen, bis sie – indikationsbezogen – vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wegen unzureichendem Nutznachweis verboten worden ist. Die Hürde für derartige Beschlüsse waren immer sehr hoch und sind momentan auf Grund der gesetzlich fixierten Abstimmungsverhältnisse im G-BA praktisch unüberwindbar. Ob eine neue Bundesregierung dieses offenbar als zu heiß empfundene Thema anfassen würde, ist völlig offen. Wenn man diesen Tatbestand etwas provokant zuspitzt, dann heißt das: Patientinnen und Patienten können ohne weiteres im Krankenhaus in die Situation geraten, an einem nicht kontrollierten Experiment teilzunehmen. Natürlich wird jeder Chefarzt dies vollkommen anders formulieren: sein Krankenhaus ist bemüht, die modernste Therapie allen Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich zugänglich zu machen. Das kann zweierlei bedeuten: entweder werden Behandlungsverfahren eingesetzt, die überhaupt nicht in guten Studien untersucht worden sind, oder ein Krankenhaus übernimmt ohne weiteres Nachdenken gut untersuchte Verfahren, die aber erhebliche Voraussetzungen an die Logistik des jeweiligen Krankenhauses stellen, die man in wissenschaftlichen Studien in der Regel vorfindet, im Alltag aber eben häufig nicht. Es geht hierbei um nichts anderes als um die

Sicherheitskultur im Gesundheitswesen und es geht zweitens auch um den schonenden Umgang mit Ressourcen. Was im DRG-Zeitalter zählt, ist am Ende des Tages im Zweifelsfall die Mengenausweitung; dies ist der entscheidende Webfehler eines Vergütungssystems, das einen anderen Missbrauch abstellen wollte, nämlich die unbegründete Ausdehnung der Verweildauer im Krankenhaus bei „tagesgleichen Pflegesätzen“. Krankenhausmedizin wird schließlich immer stärker dadurch gekennzeichnet, dass private Ketten – auf den ersten Blick - besser in der Lage sind, mit den neuzeitlichen ökonomischen Regularien umzugehen als viele kommunale Einrichtungen, die dem Konkurrenzdruck immer schwerer Stand halten können. Dieser Privatisierungstrend führt zwar nicht automatisch zu schlechter Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten, aber er bringt das Konzept der Akquise in das System und vergrößert die Gefahr von Über- wie Unterversorgung. Der Krankenhauswettbewerb orientiert sich nicht primär, wie erhofft, am Qualitätsstandard, sondern am Gesamterlös. Wie problematisch dieser Trend tatsächlich schon ist, das ist schwer einzuschätzen, weil es gute Versorgungsforschung nur ausschnittsweise gibt. Die Themen wiederholen sich.

Gegen eine Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus ist prinzipiell wenig einzuwenden. Wer verlässt das Krankenhaus nicht gern so rasch wie möglich? Dies setzt freilich voraus, dass es ein kluges Aufnahme- und Entlassungsmanagement gibt. Dies fragt danach, warum ein PatientIn „eigentlich“ kommt, welche Problemlösungen angeboten werden können und wie die Nachbetreuung (wenn eine solche erforderlich ist) organisiert werden muss. Das klingt außerordentlich trivial, ist es aber nicht. Ähnlich wie im ambulanten Bereich wird Klage geführt, für solche aufwändigen Kommunikationsprozesse fehle die Zeit. Die Mengen aber nehmen zu, die Verweildauer sinkt. Pflegepersonal wurde drastisch abgebaut; zu dessen klassischen Kompetenzen zählt nun aber das Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Es ist fast ein „Catch 22“⁴³: man hat zu viel zu tun, um darüber nachdenken zu können, ob es nicht

auch anders ginge. Patientenaufklärung kommt zu kurz, Stellen für SozialarbeiterInnen und PsychologInnen sind Mangelware, Teamkonferenzen stehen häufig nur auf dem Papier. Wie dieses System vor allem den Anforderungen der alten, oft noch sehr hilflosen PatientInnen jetzt und in Zukunft gerecht werden will, bleibt rätselhaft. Der Verweis auf geriatrische Abteilungen hilft sicher nicht. Es liegt auf der Hand, dass eine kurze Verweildauer auch nur dann gut geht, wenn das ambulante System sich ganz anders darauf eingestellt hat. Die Sektoren nehmen aber voneinander viel zu wenig Notiz. Kein Industriezweig könnte bei einem derartigen systemimmanenten Autismus überleben, böse formuliert.

Beispiel Prostatakrebs

Am Beispiel dieser bei Männern häufigen Tumorerkrankung lässt sich aufzeigen, wie mächtig eingefahrene Routinen im Versorgungssystem sind und wie schwer es ist, das aktuelle Wissen um eine gute Medizin in den Alltag einzubringen. Es beginnt mit dem Thema Screening. Intuitiv müsste es gut sein, die ersten Anzeichen für einen Prostatakrebs zu erkennen und sofort eine Behandlung einzuleiten, mit dem Ziel des Erhalts der durchschnittlich erwartbaren Lebenserwartung. Nun gibt es weder ein zu verlässiges Screeninginstrument (der häufig angebotene PSA-Test erfüllt die Erwartungen nicht) noch ist sicher, dass eine frühe Behandlung immer sinnvoll ist. Vereinfacht gesagt nimmt der Nutzen einer radikalen Behandlung (Operation oder Bestrahlung) mit dem Alter drastisch ab. Es ist leider nicht einmal vorherzusagen, ob ein radikales Vorgehen in jüngeren Jahren tatsächlich die Lebenserwartung verlängert oder nicht. Die Situation so zu vermitteln, wie sie nun einmal ist, wäre wie immer die Aufgabe der Ärzteschaft. Patienten nicht in falscher Sicherheit zu wiegen und ihnen im Gegenteil die vorhandenen Unsicherheiten bezüglich Screening und Therapie zu erläutern, gehört fraglos zur ärztlichen Pflicht. Diese wird aber – zurückhaltend formuliert – noch längst nicht allorten erfüllt. Inzwischen mehrten sich zwar auch aus dem urologischen Bereich die Stimmen, die insbesondere bei älteren Männern zu starker Zurückhaltung gegenüber aggressivem Vorgehen raten. Im Mainstream

⁴³ http://de.wikipedia.org/wiki/Catch-22_%E2%80%93_Der_b%C3%B6se_Trick

gilt aber wohl oft noch: so viele PSA-Tests wie möglich, und so früh wie möglich radikal behandeln. Während die Sozialwissenschaften von „HealthLiteracy“ sprechen und überall auf der Welt Arbeitsgruppen an der Verbesserung der Informationsmedien für Gesunde und Kranke über Prävention und Therapie arbeiten, ist immer wieder von Männern zu hören, dass ihnen der PSA-Test als IGeL-Leistung angeboten worden ist, ohne dass eine damit zwingend zu verbindende Beratung erfolgt wäre. Und im ärztlichen Selbstverständnis hat das Abwarten und Begleiten kein hohes Ansehen. Handeln ist im Zweifelsfall die Devise, selbst wenn Handeln – wie im Falle des Prostatakarzinoms – mit einer hohen Rate an gravierenden Nebenwirkungen bei fehlendem oder ungewissem Nutzen verbunden ist. Die Kunst der Beratung über Möglichkeiten und Grenzen der Medizin ist in der Ärzteschaft immer noch nicht weit verbreitet. Zu ihr gehört ganz zentral der Umgang mit Unsicherheit: und dies steht offenbar weithin quer zum ärztlichen Selbstverständnis.

Beispiel Kniegelenkspiegelung

Weniger dramatisch klingt der Rat von Orthopäden oder Chirurgen, einfach mal eben ins Kniegelenk zu schauen, um zu wissen, „was da los ist“. Die Arthroskopie ist heute auf hohem technischen Niveau und in der Hand der Geübten eine relativ risikoarme Prozedur, und bei richtiger Indikation ein echter diagnostischer wie therapeutischer Fortschritt gegenüber der Ära der Kontrastmitteldarstellung des Kniegelenks oder gar der probatorischen Eröffnung des Kniegelenks. Somit steht im Vordergrund die Frage: wird eine Arthroskopie aus guten Gründen von einer/ einem Geübten durchgeführt? Angesichts der hohen Rate an so genannten degenerativen Gelenkveränderungen bei älteren und hochbetagten Menschen ist dies keine randständige Frage. Man wüsste gerne genauer, wie viele Arthroskopien nicht indiziert sind. Dies kann leider nicht genau gesagt werden, da es entsprechende Evaluationen in Deutschland nicht gibt. Man ist also bislang – ähnlich wie bei der Frage der Linksherzkatheter – auf internationale Vergleiche wie Studien und „anekdotische Evidenz“ angewiesen. Besonders interessant ist dabei folgende Betrachtung.

Nachdem die Arthroskopie breit eingeführt worden war und ihren Stellenwert etwa bei der Diagnostik und Therapie von Meniskus- oder Bandschäden unter Beweis gestellt hatte, entdeckten immer mehr Orthopäden das Feld der Glättung des ins Alter gekommenen Kniegelenkknorpels. Darunter verstehen sie, bei unklaren Gelenkbeschwerden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine Arthrose zurückzuführen sind, in das Gelenk hineinzuschauen und vorhandene Unebenheiten mit eingeführten Spezialinstrumenten zu glätten. Anschließend wird das Gelenk freispült und soll damit wieder belastbarer und weniger schmerzanfällig sein. Das ganze heißt im Jargon „Kniegelenktoilette“. Eine amerikanische Studie konnte nun mittels eines kontrollierten Vergleichs zeigen, dass Patientinnen und Patienten, bei denen die Arthroskopie nur zum Schein durchgeführt worden war, eine ähnliche hohe Besserungsrate und einen vergleichbaren Beschwerdeverlauf haben wie die „tatsächlich Behandelten“. Derartige Studien sind in Deutschland fast nicht vorstellbar. Sie zeigen aber, dass nur auf diesem Weg bekräftigt oder entkräftet werden kann, ob ein neues Behandlungsverfahren dem bisherigen Vorgehen (hier z.B. Krankengymnastik und Schmerzmittel) überlegen ist. Die deutsche Medizin begnügte sich in diesem Falle (er ist kein Einzelfall) mit der plausiblen Annahme: wenn man eine zerfaserte Knorpelsubstanz glättet, muss das Gelenk wieder besser funktionieren und der Patient hat weniger Beschwerden. Das alles dient m.a.W. der Ausweitung der orthopädischen Praxis, nicht aber der Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten. Dass damit zugleich Ressourcen verbraucht werden, die andernorts sinnvoller eingesetzt werden könnten, versteht sich fast von selbst.

Beispiel Depression

Im Gegensatz zu früher wird heute öffentlicher über Depression gesprochen – fraglos ein Fortschritt gegenüber Zeiten, in denen psychische Erkrankungen schamhaft verschwiegen wurden. Fachzeitschriften und Medien vermitteln seit einigen Jahren den Eindruck, psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, nähmen dramatisch zu. Zumeist wird diese Aussage auf die Zunahme

entsprechend begründeter Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gestützt. Es ist nicht ganz leicht zu vermitteln, dass es sich hierbei um eine wenig aussagekräftige Statistik handelt. Gute epidemiologische Langzeitstudien sind Mangelware. Wie groß der Bedarf an Beratung und Therapie ist, bleibt in erheblichem Umfang unklar. Zugleich fordern aber auch hier viele Experten, ein gezieltes Screening auf Depression einzuführen. Den Hausärzten wird gern der pauschale Vorwurf gemacht, diese Erkrankungen nicht früh genug zu erkennen und zu spät zum „richtigen“ Facharzt zu überweisen. Ob ein derartiges Screening nützlich ist, bleibt im Licht der (internationalen) Studien zu dieser Frage ungewiss. Sicher ist demgegenüber, dass die Verschreibung von Antidepressiva seit zehn Jahren kontinuierlich und beträchtlich zunimmt. Der begründete Verdacht hierzu lautet: es werden in hohem Umfang Menschen mit leichten Formen von Depression medikamentös behandelt, die von diesen Medikamenten in der Regel nicht stärker profitieren als von Placebos. Probleme der Realisierung einer kontinuierlichen Begleitung und Behandlung von Menschen, die an schweren chronischen Depressionen erkrankt sind, stellen das andere Extrem dar. Ungewiss ist auch, ob die Wahrnehmung der psychotherapeutischen Ressourcen in Deutschland mit der Schwere der Erkrankungen korreliert. Sicher ist, dass es kein anderes Versorgungssystem gibt, das Langzeitpsychotherapien in so hohem Maß finanziert wie die GKV. Das Schulendenken in der Psychotherapie steht, hierin sind sich viele Experten einig, einer Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Angebots noch erheblich im Wege. Die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Psychotherapie wird fast ausschließlich als Überweisungsthema gesehen, nicht aber als ein Synergiethema, wofür nicht allein die Tatsache spricht, dass die Kontaktdichte der Hausärztinnen und Hausärzte zu Menschen mit seelischen Problemen hoch ist und entsprechend auch therapeutisch genutzt werden muss. Forschung hierzu befindet sich in Deutschland in den Kinderschuhen. Ein letztes Problem: während die notärztliche Versorgung für somatische Erkrankungen in Deutschland zunehmend besser organisiert worden ist, ist die Krisenintervention für Menschen mit seelischen Erkrankungen regional sehr

unterschiedlich gut ausgebaut. Generell müssen Ratsuchende oder ihre Angehörigen/ Bezugspersonen damit rechnen, dass sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, wenn die Not besonders groß ist – jedenfalls dann, wenn der (auch wiederum unterschiedlich belastbare) sozialpsychiatrische Dienst nicht auf Akzeptanz stößt und eine Krankenhauseinweisung nicht als „Notnagel“ eingesetzt wird.

6. Zwischenbilanz

Das Gesundheitssystem in Deutschland verfügt über prinzipiell gut ausgebaute Strukturen, ist gemessen an den Kriterien Effizienz und Transparenz relativ teuer. Es ist besonders arztzentriert und weist eine wohl einzigartige Spezialistenlastigkeit im ambulanten Sektor auf. Diese Spezialisten übernehmen, anders als in den meisten anderen Gesundheitssystemen, in hohem Maß primärärztliche Aufgaben, ohne dafür ausgebildet zu sein und ohne damit ihrem eigentlichen Auftrag zu folgen. Das Muster der finanzierten Leistungen der GKV ist in hohem Maße arzneimittellastig, vernachlässigt nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren bzw. bindet diese nicht angemessen in Behandlungskonzepte ein. Das Sozialgesetzbuch lässt den Krankenhäusern einen ungewöhnlich großen Spielraum bei der Wahl der eingesetzten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die hierdurch entstehende spezielle Kultur der „Innovationsförderung“ strahlt in den ambulanten Bereich hinein und vergibt die Möglichkeiten einer strengeren wie patientenzentrierten Nutzenbewertung neuer Leistungen. Eine Vielzahl von prinzipiell sinnvollen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zeigt Merkmale einer nicht-indizierter Mengenausweitung. Eine problemorientierte Patientenbetreuung wird insbesondere im Falle der häufig multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten vermisst. Versorgungsforschung mit dem Ziel der Verringerung ungleicher Gesundheitschancen auf dem Boden guter klinischer und sozialwissenschaftlicher Studien ist erst ansatzweise zu verzeichnen und findet keine der arzneimittel- und techniklastigen Forschung vergleichbare finanzielle Basis. Die Wissenschaft von Public Health kämpft nach einer gewissen Hochphase in den 90er Jahren jetzt schon wieder um ihr Überleben. Das

deutsche Gesundheitssystem ist wenig innovationsfreundlich und fährt wie ein übergroßer Tanker auf unbeirrbarem Kurs. Dies wird vielleicht am deutlichsten bei dem Thema „integrierte Versorgung“: ein hoch sinnvoller Denkansatz, dessen Ausformung und Praxiserprobung aber bisher an der Abschottung der Sektoren scheitert, die in „splendidisolation“ nebeneinander herarbeiten. Und die große Politik (Bundesgesundheitsministerium, Bundesforschungsministerium, Bundeswirtschaftsministerium, um die vielleicht wichtigsten Ressorts zu nennen) schießt alles in allem auf das Thema „Wirtschaftsförderung“ und sonnt sich in der Ideologie des 6. Kondratieffschen Zyklus⁴⁴, demzufolge die Expansion des Gesundheitswesens für Prosperität und Vollbeschäftigung sorgen kann. Wirtschaftsförderung wurde im letzten Jahrzehnt zum zentralen Leitbild der Forschungsförderung wie – auf den ersten Blick schwerer zu erkennen – der Gesundheitspolitik.

7. Systematik oder Planungschaos?

Manches spricht dafür, dass die Innovationsbremse im Versorgungssystem Ausdruck von Planungschaos ist. Krankenhausbedarfsplanung diente über Jahrzehnte vorwiegend dem regionalen Egoismus, nicht aber der patientenzentrierten Versorgung. Ärztliche Bedarfsplanung setzte auf eine historisch entstandene Ungleichverteilung auf und wurde schlicht fortgeschrieben. Daten zur Versorgungsqualität sind entgegen weit verbreiteter Ansicht sehr schwer zu entwickeln. Es fehlt eine stabile Kultur der Transparenz- und Effizienzforschung. Auch wenn eine älter werdende Bevölkerung die Medikalisierung aller sozialen und gesundheitlichen Probleme fraglos fördert, oder auch weil sie das induziert, müsste weitaus stärker als heute nach integrativen Konzepten geforscht werden, so dass nicht auf jedes einzelne Symptom mit einer Antwort reagiert wird, die nicht darauf hin angeschaut wird, ob die prioritären Versorgungsprobleme eines Menschen tatsächlich auch adressiert werden. Das Chronic Care Modell von Wagner versucht einen solchen alternativen Weg zu

gehen; es ist allerdings für Deutschland kaum adaptiert und bedürfte sicher einer ganzen Reihe hochwertiger Implementierungsanläufe. Dieser Ansatz ist freilich allein schon deshalb schwer zu transferieren, weil er von funktionierenden multiprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung ausgeht. Unser Gesundheitswesen ist ein Additionssystem: einzelne Leistungen werden aufeinander gehäuft, ohne dass die jeweiligen Leistungserbringer auf ein Gesamtkonzept verpflichtet werden können. Häufig müssen im Falle älterer Patientinnen und Patienten die Angehörigen die Arbeit leisten, die erforderlichen Abstimmungen zwischen wie innerhalb der Sektoren zu organisieren. Wer solche Unterstützung nicht hat, steht dann auf verlorenem Posten. Das System ist, um noch einmal Luhmann zu bemühen, in hohem Maße selbstreferentiell, folgt seiner eigenen Logik, die auf die Arrondierung der jeweiligen Terrains bedacht ist. Innovationsimpulse, die in diese Logik nicht hineinpassen, werden negiert oder auf die lange Bank geschoben. So widerfuhr es dem Konzept der integrierten Psychosomatik von Uexküll, der dafür plädierte, die psychosozialen Dimensionen von Krankheit und Versorgung mitzudenken statt sie auf Spezialeinrichtungen zu delegieren. Heute steht zur Diskussion, ob die zaghaften Ansätze von integrierter Palliativmedizin (im englischen wird bezeichnenderweise von *integrated palliative care* gesprochen, weil wieder Teams und nicht Ärzte als Akteure fungieren müssen) eine Chance haben. Ein beachtlicher Teil schwer verlaufender chronischer Erkrankungen (nicht nur im Falle von Krebs) ist nicht „kurativ“ zu behandeln, profitiert aber von der frühzeitigen Einbindung palliativer Kompetenzen. Dies spricht überhaupt nicht gegen die Existenz spezialisierter Angebote, es spricht vielmehr für eine Haltungsänderung in der Welt der Alltagsroutinen. Das aber ist ganz offenkundig die Kür der Reformen – sicher nicht allein im deutschen Gesundheitswesen.

Und was heißt das für „Migration und Gesundheit“?

Im Vordergrund steht die gesellschaftliche Exklusion der „ungewollten“ Migranten und die damit einhergehende restriktive Gesetzgebung. Auch gegenüber lange hier lebenden

⁴⁴ <http://www.kondratieff.net/19.html>

Migrantinnen und Migranten erweist sich die Lernbereitschaft der Gesellschaft als recht behäbig, auch wenn die bleiernen Zeiten der Kohl-Ära glücklicherweise überwunden sind. Deutschland ist – im Bezug auf Asylsuchende und „Illegale“ ähnlich wie andere Länder auch – insgesamt weit davon entfernt, ein verlässliches Versorgungssystem für Menschen unterschiedlicher Ethnien anzubieten, das einem demokratischen und weltoffenen Rechtsstaat wohl anstünde. Im größeren Maßstab wird man sehen müssen, dass auch das vereinte Europa auf Abgrenzungskurs ist. Dieser Beitrag wollte auf eine andere Ebene der Exklusion hinweisen, die mit der Abschottung des medizinischen Versorgungssystems gegenüber neuen, teils schwierigen, teils wenig lukrativen Aufgabenfeldern zusammenhängt. Das System bewältigt eine Fülle von Aufgaben ohne Mühe, zum Teil gar im Überfluss; es ringt um Ansätze der Evidenzbasierung und der Qualitätssicherung im Alltag; es erweist sich

schließlich vor allem gegenüber Ansätzen integrierter Versorgungskonzepte und einer besseren Kommunikation zwischen den Professionellen und zwischen Professionellen und ihren Patientinnen und Patienten als sehr unbeweglich. Ein so ausgeprägt selbstreferentielle System zeigt den spezifischen Bedürfnissen von Flüchtlingen gegenüber nur eine geringe Sensibilität; es überlässt die Arbeit gern Gruppen besonders Engagierter und bleibt bei seiner eigenen Tagesordnung. Das würde sich auch bei einer fraglos notwendigen Verbesserung der rechtlichen Position von Asylsuchenden und „Illegalen“ nicht im Selbstlauf verändern. Deshalb muss größere Patientenzentrierung der Versorgung eine übergeordnete Forderung sein, die allen zugute kommt, die vorübergehend oder dauerhaft in unserem Land leben.

Quellen

Schmacke, N. (2012). Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In Günster, C. J. Klose, & N. Schmacke (Hrsg.) (2011). Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Schattauer: Stuttgart. S. 33-50.

Schmacke, N. (2012). Augenmaß statt Übermaß. Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 2/12 (15), 23-27.

Schmacke, N. (2012). Häufigkeit seelischer Erkrankungen. Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus. GGW 2012, Jg. 12, Heft 3 (Juli): 7–15.

Schmacke, N. (2012). Palliativmedizin: Ein Modell für ComparativeEffectiveness Research?. Z EvidFortbild Qual Gesundhwes. 106(7): 484-91.

Schmacke, N. (2012). Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 03/2012, S. 59-63.

Homepage: <http://www.ipp.uni-bremen.de/homepages/schmacke/publikationen.php?SPRACHE=de>

Weitere Quellen

Schmacke N. (2011). Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung. Zugriff unter:

http://www.priorisierung-in-der-mezizin.de/documents/FOR655_Nr29_Schmacke.pdf

Schmacke N. (2010). Deutschland: (K)ein Einwanderungsland. In: Bundesbeauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hg.). Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Berlin 2010, 26-30. Zugriff unter: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/2010-06-04-datenerhebung-fuer-gesundheits-und-pflegeberichterstattung.pdf?__blob=publicationFile

Schmacke N. (2002). Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung unvermeidbar? Gesundheitswesen 2002; 64: 554-559. <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-2002-34623>

Schmacke N. (2000). Migrationsspezifische Ansätze in der amtsärztlichen Begutachtung. In: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (2000). Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, Berlin 2000, 47-49. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Publikation/IB/interkulturelles-arbeiten-im-gesundheitsamt.pdf?__blob=publicationFile

Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit aus rechtlicher und ethischer Sicht

Prof. Dr. Markus Babo

Kurzbiographie

Studium der Katholischen Theologie, Klassischen Philologie, Geschichte und Erziehungswissenschaften. 2001: Promotion mit einer Arbeit zum Thema Kirchenasyl. Lehr- und Forschungstätigkeiten in Deutschland und der Schweiz. Seit 2009 Professor für Theologie in der Sozialen Arbeit an der Katholischen Stiftungshochschule München. Forschungsschwerpunkt: Ethische Fragen der Migration.



Vortragsbeschreibung

Im öffentlichen Diskurs wird Gesundheitsversorgung immer stärker als Luxusgut stilisiert, das nicht mehr allen in gleich hohem Umfang zur Verfügung gestellt werden kann. Vor diesem Hintergrund mutet es geradezu selbstverständlich an, bei der Verteilung dieses Luxusgutes an Flüchtlinge und Migranten sehr strenge Maßstäbe anzulegen. Es wird deshalb zunächst aufzuzeigen sein, ob und in welchen Bereichen Flüchtlinge hinsichtlich der Gesundheitsversorgung benachteiligt sind. Geht man jedoch von der gleichen Würde aller Menschen aus, kann nationale Zugehörigkeit zumindest bei der Frage einer grundlegenden Gesundheitsversorgung keine Rolle spielen. Gerade bei traumatisierten Flüchtlingen ist Gesundheitsversorgung vielmehr ein Basisrecht, das die Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung anderer Rechte und dann auch für gesellschaftliche Partizipation bildet.

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen als Gerechtigkeitsforderung

1. Menschenrechte und die Frage der Gerechtigkeit

Einer der Vordenker des Rechts auf Gesundheit, der Berliner Sozialmediziner Salomon Neumann, argumentierte in seiner 1847 erschienenen Schrift „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum“ damit, dass Gesundheit ja das einzige Eigentum der „gewöhnlichen Tagelöhner“, mithin der Besitzlosen, sei⁴⁵ und der Staat deshalb auch aus seinem ureigenen Interesse die Gesundheit aller Bürger im Rahmen des Rechts auf Eigentumgleichermaßen schützen müsse. Die Gesundheitsversorgung der Armen nur als Akt der Barmherzigkeit zu betrachten, wie dies in vormodernen Gesellschaften üblich war⁴⁶, sei ebenso unwirksam wie einem „Staat des Rechts“ unangemessen⁴⁷.

Selbst wenn man gegen diesen Ansatz aus heutiger Sicht Einiges einwenden kann, ist er vielleicht über die eigentliche Pionierleistung hinaus insofern interessant, als er die in regelmäßigen Abständen aufkeimenden Plädoyers für einen Minimalsozialstaat, den liberale und libertäre Denker gerne mit einem starken Recht des Individuums auf Privateigentumbegründen, auf das niemand Anspruch habe, das man aber freiwillig für mildtätige Zwecke spenden dürfe⁴⁸, grundsätzlich hinterfragen kann. Reduziert man den Eigentumsbegriff nämlich nicht auf materielle Güter – ohne die immerhin Menschsein in dieser Gesellschaft zumindest sehr erschwert wird – so kann Neumann von einem breiter verstandenen Eigentumsrecht aus die Gleichheit der Besitzenden mit den

Besitzlosen ebenso wie ein gleiches Recht aller Staatsangehörigen auf eine grundlegende soziale Absicherung begründen. Und dies liege auch im wohl verstandenen Interesse des Staates selbst, dessen Zweck „das möglichst vollkommene Glück aller Gesellschaftsmitglieder“⁴⁹ sei.

Mehr als einhundert Jahre später formuliert das Zweite Vatikanische Konzil: „Wurzelgrund, Träger und Ziel aller gesellschaftlichen Institutionen ist und muss auch sein die menschliche Person“ (GS 25). M.a.W.: Gesellschaftliche Institutionen und Strukturen sind um des Menschen willen da – und nicht umgekehrt. Gerade in modernen ausdifferenzierten Industriegesellschaften, in denen der Mensch schnell zu einem Rädchen im Getriebe gesellschaftlicher Subsysteme degradiert zu werden droht, ist dieser Zusammenhang stets zu beachten.

Gerechtigkeit wird vor diesem Horizont zu einer Frage danach, ob die Gesellschaft dem Einzelnen das zukommen lässt, was ihm als Mensch zusteht. Dahinter steht eine bereits in der Antike geläufige, auf den römischen Juristen Ulpian zurückgeführte Definition von Gerechtigkeit als die *constans et perpetuavoluntatiussuumcuiquetribuendi*⁵⁰. Das Seine im Sinne des Menschen-gerechten, dessen also, was dem Menschen als Mensch zusteht, lässt sich materialiter am besten mit den Menschenrechten umschreiben.

Mit den Forderungen nach Einlösung und Fortentwicklung der Menschenrechte kommen wir nie an ein Ende. Sie sind ein auf Zukunft hin offenes „Projekt“, das auf aktuelle Herausforderungen immer neue Antworten geben muss. Deshalb werden die Menschenrechte stets weiterentwickelt.

Da die Menschenrechte ihren Grund in der Menschenwürde haben, die allen Menschen eignet, müssen die Menschenrechte niemandem verliehen werden⁵¹. Sie sind vorstaatlich und stehen jedem Menschen aufgrund seines Menschseins zu. Sie sind gleichsam jedem Menschen angeboren und

⁴⁵ Vgl. Salomon Neumann: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungs-Frage, Berlin 1847, 70 f. Vgl. darüber hinaus 63–78.

⁴⁶ Vgl. näher Eberhard Jung: Das Recht auf Gesundheit. Versuch einer Grundlegung des Gesundheitsrechts der Bundesrepublik Deutschland, München 1982, 7–21.

⁴⁷ Vgl. Neumann (Anm. 1) 66–68.

⁴⁸ Vgl. exemplarisch Robert Nozick: Anarchie, Staat, Utopia, München 2006. Zur Auseinandersetzung mit Minimalsozialstaatskonzeptionen vgl. Hermann-Josef Große Kracht: Renaturalisierung sozialer Ungleichheiten? Zu Wolfgang Kerstings vergeblicher Hoffnung, auf dem Weg von John Rawls über Robert Nozick zu einer liberalen Sozialstaatsphilosophie zu gelangen, in: Politische Vierteljahresschrift 45 (2004) 395–413.

⁴⁹ Neumann (Anm. 1) 63.

⁵⁰ Digestae 1,1,10.

⁵¹ Vgl. zu den Kennzeichen der Menschenrechte Peter Fritzsche: Menschenrechte. Eine Einführung mit Dokumenten, Paderborn u. a. 2009, 16–20.

gelten daher unabhängig von dessen Status am jeweiligen Aufenthaltsort. Auch Flüchtlinge, Asylbewerber und irreguläre Migranten haben selbstverständlich unverlierbare Menschenrechte. Diese können vielleicht im Einzelfall bis auf einen notstandsfesten Würdekern eingeschränkt werden, wenn sie mit anderen Menschenrechten oder dem allgemeinen Freiheitsgebrauch kollidieren, sie können aber niemandem zur Gänze abgesprochen oder verweigert werden. Ihrem Charakter nach sind Menschenrechte Freiheitsrechte: Sie sichern die gleiche Würde aller Menschen.

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen“ (Art. 1 AEMR).

Als Freiheitsrechte haben Menschenrechte stark emanzipatorischen Charakter⁵², d. h. sie dienen dem Empowerment jener Menschen, die herkunftsbedingt, insbesondere aufgrund ihres gesellschaftlichen und sozialen Status an den gesellschaftlichen Ressourcen nicht partizipieren könnten und damit an einer selbstbestimmten Lebensführung gehindert wären. Diesem Ziel (sc. gesellschaftlicher Teilhabe als Voraussetzung für eine selbstbestimmte Lebensführung) dienen sowohl die klassischen Freiheitsrechte der ersten Menschenrechtsgeneration (wie das Recht auf Meinungsfreiheit, Gewissensfreiheit etc.) als auch die Sozialrechte (wie das Recht auf Arbeit oder Gesundheit). Die Freiheitsrechte garantieren den Freiheitsgebrauch, der durch die Sozialrechte aber erst realiter ermöglicht wird. Insofern hängen beide Generationen von Menschenrechten untrennbar zusammen.

Menschenrechte stellen gewiss nicht nur eine moralische Größe dar, sondern verlangen nach rechtlicher Um- und Durchsetzung. Dem Staat obliegt dabei eine dreifache Verpflichtung: Er hat die Menschenrechte in Exekutive und Judikative zu achten, sie gegen

Beeinträchtigungen durch Dritte (insbesondere mächtigere Akteure und Institutionen) zu schützen und schließlich zu gewährleisten, dass sie auch effektiv in Anspruch genommen werden können⁵³.

In der Praxis freilich zeigt sich, dass es gerade gegenüber Flüchtlingen und Migranten immer wieder zu mitunter eklatanten Menschenrechtsverletzungen kommt. Deshalb bleiben die Menschenrechte ein steter Maßstab und ein kritisches Korrektiv für Recht und Rechtsanwendung. Dies trifft auch für das in diesem Zusammenhang noch viel zu wenig beachtete Recht auf Gesundheit zu.

2. Zum Umfang des Menschenrechts auf Gesundheit

Die einschlägigen Menschenrechtserklärungen des 20. Jhs. interpretieren das Recht auf Gesundheit sowohl im Sinne eines negativen Abwehrrechts als auch im Sinne eines positiven Anspruchsrechts. Der Staat hat demnach die Aufgabe,

- die Freiheit des Individuums beim Zugang zu Einrichtungen, Gütern und Angeboten der Gesundheitsversorgung nicht zu behindern und alles zu unterlassen, was die Gesundheit der Bevölkerung beeinträchtigt (Achtungspflicht);
- den Zugang zu Einrichtungen, Gütern und Angeboten der Gesundheitsversorgung durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen für alle gleichberechtigt sicherzustellen und durch gesetzliche und andere Maßnahmen Menschen vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit durch Dritte zu schützen (Schutzpflicht);
- entsprechende Leistungen zur Realisierung dieses Rechts auf

⁵² Vgl. Heiner Bielefeldt: Menschenrechte in der Einwanderungsgesellschaft. Plädoyer für einen aufgeklärten Multikulturalismus, Bielefeld 2007, 31 ff.

⁵³ Vgl. Heiner Bielefeldt: Menschenrechte "irregulärer" Migrantinnen und Migranten, in: Maren Mylius; Wiebke Bornschlegl; Andreas Frewer (Hrsg.): Medizin für "Menschen ohne Papiere". Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems (Medizin und Menschenrechte: Geschichte – Theorie – Ethik; 3), Göttingen 2011, 19–32, 23; vgl. daneben UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (art. 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, Rz. 33.

nationaler Ebene zu erbringen (Erfüllungspflichten)⁵⁴.

Eine erste Kodifizierung findet sich bereits in Art. 25 I AEMR: Dort ist die Gesundheit Bestandteil des Rechts auf angemessenen Lebensstandard:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“.

Im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966) wird explizit ein Recht jedes Menschen auf Gesundheit rechtsverbindlich formuliert:

- „(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.
(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen
a) zur Senkung der Zahl der Totgeburten und der Kindersterblichkeit sowie zur gesunden Entwicklung des Kindes;
b) zur Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene;
c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten;
d) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“ (Art.12 ICESR).

⁵⁴Vgl. dazu näher Cristina Bognuda: Die Verletzung des Rechts auf Gesundheit. Indikatoren für die Praxis, Zürich–Basel–Genf 2011, 46 ff. Ferner Brigit Toebes: The Rights to Health, in: Abjörn Eide; Catarina Krause; Allan Rosas (Hrsg.): Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook, Dordrecht–Boston–London 2001, 169–190, 178–180

Das dem Pakt zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit ist umfassend, ohne aber utopisch zu werden. Es beschränkt sich nicht nur auf körperliche Gesundheit, sondern bezieht ausdrücklich die geistige Gesundheit mit ein. Der Staat als Adressat dieses Rechts hat die Verpflichtung, den menschenrechtlich begründeten Anspruch jedes Menschen auf Gesundheit bestmöglich sicherzustellen, auch wenn er ein vollumfängliches Gesund-Sein des Menschen natürlich nicht garantieren kann. Dies würde genetische und andere Prädispositionen ebenso außer Acht lassen wie individuelle Wahlentscheidungen der Menschen hinsichtlich ihrer Lebensführung. Deshalb liegt eine Grenze des Rechts auf Gesundheit dort, wo die in der jeweiligen Person steckenden Möglichkeiten enden. Der für die Überwachung des Paktes zuständige Ausschuss versteht unter dem Recht auf Gesundheit nicht nur ein Recht auf Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, sondern auch ein Recht auf die für ein gesundes Leben erforderlichen Rahmenbedingungen, wie sauberes Trinkwasser, sichere Nahrungsmittel, intakte Umwelt oder gesundheitliche Aufklärung⁵⁵. Darüber hinaus müssten sicher auch noch soziale Lebensumstände als notwendige Bedingungen eines gesunden Lebens genannt werden⁵⁶. Deshalb liegt es nahe, das Menschenrecht auf Gesundheit in einem umfassenderen Sinne zu verstehen, welches selbstverständlich das Recht auf Gesundheitsversorgung einschließt⁵⁷. Eine konsequente Umsetzung dieses inklusiv verstandenen Rechts auf internationaler Ebene würde manchem Flüchtling das erzwungene Verlassen seiner Heimat ersparen.

⁵⁵Vgl. GC No. 14 (Anm. 9) Rz. 11.

⁵⁶Vgl. Elke Mack: Das Menschenrecht auf Gesundheit, in: Nikolaus Knoepffler; Anja Haniel (Hrsg.): Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle, Stuttgart–Leipzig 2000, 183–202, 192.

⁵⁷Zur Debatte um die inhaltliche Begriffsbestimmung des Menschenrechts auf Gesundheit als „Recht auf Gesundheit“ oder „Recht auf Gesundheitsversorgung“ vgl. näher Mack (Anm. 12) 188–191; Tom L. Beauchamp; Ruth R. Faden: The Right to Health and the Right to Health Care, in: The Journal of Medicine and Philosophy 4 (1979) 118–131; Kristen Hessler; Allen Buchanan: Equality, Democracy, and the Human Right to Health Care, in: Rosamond Rhodes; Margaret P. Battin; Anita Silvers (Hrsg.): Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care, Oxford 2012, 97–106, 98 f.

Die Verpflichtung des Staates besteht also darin, die Rahmenbedingungen zu schaffen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen und im Krankheitsfall medizinische Betreuung in Anspruch nehmen zu können. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Prävention. Dass Gesundheit die „gleich werthvolle und unveränderliche Grundlage für das Glück des Einzelnen, wie für das Wohl und Gedeihen des Staates“ sei, hat bereits Salomon Neumann erkannt⁵⁸. Er hat deshalb vor ungerechtfertigtem Sparen im öffentlichen Gesundheitswesen gewarnt, weil sich der Wert eines Menschenlebens nicht durch Geld aufwiegen lasse⁵⁹. Es liegt deshalb im ureigenen Interesse des Staates, eine maximale Gesundheitsversorgung der Menschen zu gewährleisten, wenngleich dem Staat ein gewisser politischer Gestaltungsspielraum entsprechend seiner ökonomischen Leistungsfähigkeit und anderer Voraussetzungen bleibt⁶⁰.

Hinsichtlich des genauen Gewährleistungsbereichs des Rechts auf Gesundheit nennt der Wirtschafts- und Sozialausschuss der Vereinten Nationen in den General Comments die für Sozialrechte im Allgemeinen bekannten vier Kriterien:

- Availability: Einrichtungen, Güter und Angebote der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der gesundheitlichen Aufklärung müssen in den jeweiligen Staaten in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen.
- Accessibility: Die Einrichtungen, Güter und Angebote der Gesundheitsversorgung müssen für alle gleichermaßen zugänglich sein. Dies impliziert folgende Prinzipien:
 - Diskriminierungsfreiheit: „Medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung müssen für alle, insbesondere für die besonders schutzbedürftigen und an den Rand gedrängten Gruppen der Bevölkerung de iure und de facto ohne Verletzung

des Diskriminierungsverbots zugänglich sein“⁶¹. Dass zu den besonders schutzbedürftigen Gruppen Flüchtlinge und bestimmte Migranten zu rechnen sind, dürfte auf der Hand liegen. Ein Ausschluss von Migranten nur wegen ihrer Herkunft wäre als eindeutiger Verstoß gegen die Menschenwürde zu sehen⁶².

- Physische Zugänglichkeit: Die Angebote, Güter und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen gleichmäßig im Land verteilt sein, damit sie für alle Gruppen der Bevölkerung, insbesondere für Kinder, Ältere, Kranke, Behinderte, Marginalisierte und besonders schutzwürdige Personen sicher physisch erreichbar sind. Bei der Behandlung von Folteropfern und Traumatisierten zeigen sich bis heute erhebliche Defizite.
- Erschwinglichkeit: Einrichtungen, Güter und Angebote der Gesundheitsversorgung müssen in finanzieller Hinsicht für alle, insbesondere für sozial Benachteiligte, erschwinglich sein. Durch den Grundsatz der Billigkeit bei der Bezahlung medizinischer Leistungen soll eine unverhältnismäßige Belastung ärmerer im Vergleich zu reicheren Haushalten verhindert werden⁶³.
- Zugänglichkeit zu Gesundheitsinformationen: Das Recht, Gesundheitsinformationen zu verlangen, zu erhalten und zu erteilen, ist die notwendige Voraussetzung dafür, dass Menschen ihrer Gesundheit Sorge tragen, selbstbestimmt medizinischen Behandlungen zustimmen und

⁵⁸ Vgl. Neumann (Anm. 1) 72.

⁵⁹ Vgl. Neumann (Anm. 1) 77.

⁶⁰ Vgl. Hartmut Kreß: Das Recht auf Gesundheit in ethischer und rechtlicher Hinsicht, in: Marcus Düwell; Josef N. Neumann (Hrsg.): Wie viel Ethik verträgt die Medizin, Paderborn 2005, 339–350, 344.

⁶¹ GC No. 14 (Anm. 9) Rz. 12. Nach GC No. 14 (Anm. 9) Rz. 43 a gehört der diskriminierungsfreie Zugang zu „health facilities, goods and service“ besonders für verletzte und marginalisierte Gruppen sogar zum Kernbestand des Rechts auf Gesundheit.

⁶² Vgl. auch GC No. 14 (Anm. 9) Rz. 18.

⁶³ Vgl. GC No. 14 (Anm. 9) Rz. 12 b III. Bognuda (Anm. 10) 130 weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass damit ein Gesundheitssystem unvereinbar ist, das nur auf Marktgesetzmäßigkeiten basiert.

qualitativ hochwertige Versorgung einfordern können⁶⁴.

- Acceptability: Die Gesundheitsversorgung muss ferner den kulturellen, ethnischen, religiösen und geschlechtsspezifischen Eigenheiten der Patienten gerecht werden.
- Quality: Die Gesundheitsversorgung muss qualitativ hochwertig und auf dem aktuellen wissenschaftlichen Niveau sein. Auf neue Herausforderungen, wie die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern, ist in der Wissenschaft und in der Ausbildung medizinischer und psychologischer Fachkräfteentsprechend zu reagieren.

Selbst wenn das Recht auf Gesundheit (ebenso wie andere Menschenrechte) eingeschränkt werden kann, ist mit der gleichen Menschenwürde aller eine prinzipielle Ungleichbehandlung von Menschen beispielsweise aufgrund ihrer Herkunft, ihres Alters oder ihres Geschlechts unvereinbar. Nach dem Allgemeinen Kommentar des UN-Sozialausschusses zu Art. 2 Abs. 2 ICESCR darf die nationale Zugehörigkeit den Zugang zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten nicht begründen; diese stünden vielmehr jeder Person zu, gerade auch Flüchtlingen, Asylsuchenden, Staatenlosen, Wanderarbeitern und Opfern internationalen Menschenhandels – unabhängig von deren Aufenthaltsstatus⁶⁵. Für Deutschland hat das BVerfG in seinem Urteil vom 18. Juli 2012 zum AsylbLG klargestellt, dass bei einer differenzierten Berechnung des menschenwürdigen Existenzminimums unterschiedlicher Personengruppen nicht pauschal auf deren Aufenthaltsstatus abgestellt werden dürfe; eine Differenzierung wäre nur dann mit dem GG vereinbar, wenn sich ein signifikant abweichender Bedarf einer bestimmten Personengruppe an existenznotwendigen Leistungen in einem

transparenten Verfahren nachweisen lasse⁶⁶. Dies dürfte kaum leistbar sein. Damit ist eine langjährige und sehr kurzsichtige politische Praxis als verfassungswidrig entlarvt, nach der die Attraktivität Deutschlands als Zufluchtsland durch eine Reduktion von Sozialleistungen gesenkt werden sollte. Letztlich wurden damit nur Menschen für politische Zwecke instrumentalisiert.

Diese Zusammenhänge lassen erneut die Ohnmacht von Migranten in unserem politischen System durchscheinen. Noch stärker kommt dies in der Gesundheitspolitik zum Tragen, in welcher der Lobbyismus eine bedeutende Rolle spielt. Erfahrungsgemäß können gerade jene Gruppen, die verstärkt unter Gesundheitsproblemen zu leiden haben, am politischen Entscheidungsprozess hinsichtlich des Rechts auf Gesundheit nicht hinreichend partizipieren. Um eine gewissermaßen doppelte Benachteiligung der Betroffenen zu vermeiden, ist deren verbesserte Beteiligung zu fordern⁶⁷. Dabei kommt den Hilfswerken, Kirchen und Vertretern der Zivilgesellschaft eine wichtige advokatorische Funktion als Vertreter der Interessen Armer, Marginalisierter und Exkludierter zu, die ihre Rechte in der Regel nicht hinreichend oder überhaupt nicht selbst geltend machen können.

Die spezielle Bedeutung des Rechts auf Gesundheit gerade für Flüchtlinge stellt darüber hinaus weitere Anforderungen gerade an diesen Personenkreis.

⁶⁴Vgl. Bognuda (Anm. 10) 131 f.

⁶⁵Vgl. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) 2 July 2009, E/C.12/GC/20, Rz 30.

⁶⁶Vgl. BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012.

⁶⁷Vgl. Bognuda (Anm. 10) 133.

3. Zu Bedeutung und Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für Flüchtlinge

Gesundheit ist ein wichtiger Schlüssel, um an der Gesellschaft partizipieren zu können. Dies trifft in besonderer Weise auf Flüchtlinge und Migranten aus ärmeren Ländern zu, die ohnehin erhöhten Exklusionsrisiken ausgesetzt sind und oft aufgrund unzureichender medizinischer Versorgung in ihren Herkunftsländern und durch die Flucht gesundheitliche Defizite aufweisen. Deshalb zählt das Recht auf Gesundheit neben anderen Menschenrechten, wie dem Recht auf Bildung, zu den Empowerment-Rights, d. h. es bildet eine wichtige Grundlage dafür, dass Menschen überhaupt als Rechtssubjekte handeln und ein selbstbestimmtes Leben führen können.

Bei anerkannten Flüchtlingen ist die soziale Absicherung am besten ausgeprägt: Wenn Sie in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, greift die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinsichtlich der Leistungen für sich und ihre Familienangehörigen sind sie Inländern gleichgestellt. Das gleiche gilt bei nach SBG II leistungsberechtigten Personen. Allerdings werden Dolmetscherkosten regelmäßig nicht von den Krankenkassen übernommen, was bei komplexen Untersuchungen und Therapien, wie posttraumatischer Belastungsstörung, durchaus problematisch ist und auch den Therapieerfolg gefährden kann⁶⁸.

Bei subsidiär schutzbedürftigen Personen, also jenen, die beispielsweise wegen Gefahr für Leib und Leben nicht abgeschoben werden dürfen, ist die soziale Absicherung analog zum Aufenthaltsstatus schwächer ausgeprägt. Diesem Personenkreis wird mit der (befristeten) Aufenthaltserlaubnis nämlich nicht automatisch die Erwerbstätigkeit erlaubt, wie bei anerkannten Flüchtlingen; dazu bedarf es vielmehr der Zustimmung der Arbeitsverwaltung. Wird diese erteilt, so haben subsidiär Schutzbedürftige als Arbeitssuchende einen gleichwertigen Gesundheitsschutz wie

anerkannte Flüchtlinge. Erhalten sie aber Sozialhilfe, so sind sie zwar bei der ihnen zustehenden Hilfe bei Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft sowie bei der Hilfe zur Pflege den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt; vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe zur Familienplanung sowie Hilfe bei Sterilisation hingegen sind bei diesem Personenkreis fakultative Leistungen, die unter Berücksichtigung des Einzelfalls gewährt werden können aber nicht müssen (§ 23 Abs. 1 1 SBG XII)⁶⁹.

Eine noch geringere Absicherung genießen demgegenüber in Deutschland Asyl- und Schutzsuchende sowie Menschen, die nach erfolglos durchlaufenem Asylverfahren ausreisepflichtig sind. Sie fallen seit dem Asylkompromiss des Jahres 1993 unter die Sonderregelungen des AsylbLG (vgl. § 1 AsylbLG), nach denenentsprechend dem instabilen Aufenthaltsstatus eine deutlich reduzierte soziale Absicherung vorgesehen ist. „Hauptzweck [dieser Regelung] ist, die diesem Sondersystem zugeordneten Leistungsberechtigten von den Regelsicherungssystemen auszuschließen und Leistungen so zu reduzieren, dass sie wirtschaftliche Zuwanderungsanreize soweit wie möglich ausschließen. Die Leistungsberechtigung nach dem AsylbLG ist kein Vorteil oder Privileg: Sie bedeutet Ausschluss von regulären Grundsicherungsleistungen und abgesenkten Sozialschutz“⁷⁰.

Hebt man bei der Begründung nur auf den nicht verfestigten Aufenthaltsstatus ab, so mögen reduzierte Leistungen an sich noch gerechtfertigt erscheinen. Allerdings zeigt sich bei genauerem Hinsehen, dass gerade dadurch die Rechte der Betroffenen völlig ausgeblendet werden.

Da viele Flüchtlinge sich wenn sie in Deutschland ankommen ohnehin in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden als Einheimische, bedürften sie eigentlich besonderer Fürsorge. Stattdessen werden sie den zusätzlichen Belastungen von Aufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften und

⁶⁸ Vgl. zur sozialen Sicherung von Flüchtlingen näher Uwe Berlit: Sozialleistungen für Flüchtlinge, subsidiäre Schutzbedürftige und Schutzsuchende in der Bundesrepublik Deutschland, in: AWR-Bulletin 48 (2010) 247–271, 249–254.

⁶⁹ Vgl. näher Berlit (Anm. 24) 254–259.

⁷⁰ Berlit (Anm. 24) 259.

Wohnsitzbeschränkungen ohne Rücksichtnahme auf bestehende soziale Beziehungen ausgesetzt. Dabei ergeben sich gerade aus dem Recht auf Gesundheit auch materielle Anforderungen an die Unterbringung der Flüchtlinge. Dies betrifft beispielsweise den Zugang zu sicheren Nahrungsmitteln, sauberem Trinkwasser, grundlegenden sanitären Einrichtungen und angemessenen Wohnbedingungen⁷¹. Aufgrund der Gleichheit der Menschenwürde muss der Standard im Aufnahmeland – und nicht jener im Herkunftsland – der Maßstab für diese Gesundheitsfaktoren sein.

Bei der Aufnahme in Gemeinschaftsunterkünfte ist zwar eine obligatorische Eingangsuntersuchung vorgesehen, die aber nicht primär dem Gesundheitsschutz der Flüchtlinge als vielmehr dem Schutzbedürfnis der übrigen Bewohner vor übertragbaren Krankheiten dient:

„Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden“ (§ 62 (1) AsylVfG).

Wieder einmal erscheinen Flüchtlinge primär als Risiko, nicht aber als Subjekte ureigener Rechte (zu denen auch jenes auf Gesundheit gehört).

Darüber hinaus unterliegen Asyl- und Schutzsuchende sowie Ausreisepflichtige weiteren Restriktionen. Beispielsweise haben sie zu Präventionsmaßnahmen in der Regel keinen Zugang. Aufklärung darüber findet auch nicht statt. Und die Sozialleistungen sind in ihrer Höhe wenig geeignet, Vorsorge zu treffen, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern.

Die Betroffenen sind auch nicht Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, außer sie fallen unter § 2 AsylbLG, haben also länger als 48 Monate Grundleistungen nach § 3 AsylbLG erhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst. Ansprüche bestehen für alle übrigen Asyl- und Schutzsuchenden sowie ausreisepflichtigen abgelehnten Asylbewerber nach § 4 (1) AsylbLG

nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen auf „erforderliche ärztliche oder zahnärztliche Behandlung“. Der Wortlaut dieser Formulierung verleitet zweifellos zu „obrigkeitlichen Gnadenerlassen“, denn in der Praxis wird von Behörden und manchen Gerichten oft in bedenklicher Weise rationiert⁷². Krankenscheine müssen meist beim Sozialamt für konkrete Behandlungen beantragt werden. Fragwürdig bleibt dabei, aufgrund welcher Kompetenzen und Kriterien Sachbearbeiter der Verwaltung medizinischen Behandlungsbedarf glauben beurteilen zu können. Die Gefährdung der Gesundheit von Menschen als fundamentalem Gut erfordert deshalb eine Ermessensentscheidung der Verwaltung auf Herausgabe von Krankenscheinen grundsätzlich abzulehnen, sobald Leistungsberechtigte diesen unter Angabe von Krankheitssymptomen verlangen⁷³. Die gesundheitlichen und finanziellen Folgen zu spät behandelter oder unbehandelter Erkrankungen sind allemal gravierender.

Uneingeschränkte Ansprüche auf ärztliche und pflegerische Leistungen bestehen bei Schwangerschaft und Geburt (§ 4 Abs. 2 AsylbLG). Darüber hinaus werden die Behörden angehalten, übliche ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen sicherzustellen (§ 4 Abs. 3 AsylbLG)⁷⁴.

Krankheiten, die weder akut behandlungsbedürftig noch schmerzhaft sind, könnten nach § 6 AsylbLG behandelt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Dazu gehören beispielsweise Psychotherapien einschließlich Dolmetscherkosten, Drogentherapien, Fahrten zu Krankenbehandlungen etc.⁷⁵ In der Praxis wird auch in diesem Punkt oft restriktiv verfahren, so dass es zu Unterversorgung bei

⁷² Vgl. die Belege bei Georg Classen: Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Handbuch für die Praxis, Karlsruhe 2008, 116.

⁷³ Vgl. Classen, (Anm. 28) 116 f.

⁷⁴ Vgl. Classen (Anm. 28) 119.

⁷⁵ Vgl. Classen (Anm. 28) 118; 120 f; Georg Classen: Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG, 23. (Stand: Januar 2013), unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyLbLG.pdf (14.01.2013)

⁷¹ Vgl. GC No. 14, Rz 15; 36.

chronisch Kranken kommt⁷⁶. Dabei lassen sich chronisch Kranke der Gruppe „mit besonderen Bedürfnissen“ nach Art. 15 II RL 2003/9/EG zuordnen, die Anspruch auf „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe“ haben, was sicher über das Minimum der Notversorgung und unbedingt erforderlichen Behandlung nach Art. 15 I RL 2003/9/EG hinausgeht.

Neben der Herstellung, Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit ist ein effektives Recht auf Gesundheit gerade für Asylbewerber ein wichtiger Schlüssel dafür, dass sie ihre Rechte in den Verfahren überhaupt geltend machen können bzw. nicht ungerechtfertigt behandelt werden. Wenn Asylbewerber durch Verfolgung, Folter oder Flucht traumatisiert sind, ist die Gefahr sehr groß, dass sie in dem eng gestrickten Verfahren nicht so widerspruchsfrei und substantiiert vortragen können, wie dies für die Anerkennung erforderlich wäre. Gerade in den Aufnahmeeinrichtungen sollten deshalb einschlägig qualifizierte und im Umgang mit Menschen aus anderen Kulturkreisen sensibilisierte Ärzte und/oder Psychologen zur Verfügung stehen, deren Hilfe jederzeit in Anspruch genommen werden kann. Dies erfordert eine umgehende und umfassende Information der Flüchtlinge in einer Sprache, die sie sicher verstehen können.

Demgegenüber sieht die Rechtspraxis in Deutschland lediglich eine allgemeine Information der Asylbewerber über ihre Rechte und Pflichten nach dem AsylbLG vor – „in einer Sprache, deren Kenntnis vernünftigerweise vorausgesetzt werden kann“ (§ 47 (4) AsylbLG). Bestandteil dieser Informationen sind jedoch nicht automatisch vorgesehene Leistungen wegen besonderer Schutzbedürftigkeit⁷⁷.

Obwohl EU-Gemeinschaftsrecht in einigen Punkten immer noch über nationalstaatliches Recht hinausgeht, wurden die Richtlinien gegenüber den Vorlagen im Zuge der Verhandlungen im Rat deutlich zu Lasten der Schutzsuchenden abgeschwächt⁷⁸. Selbst diese

reduzierten gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben hat der Gesetzgeber bis heute nicht zur Gänze in deutsches Recht umgesetzt. So ergibt sich zwar aus Art. 17 II RL 2003/9/EG⁷⁹ eine Verpflichtung zur Durchführung einer Einzelfallprüfung zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Personen, „wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ (Art. 17 I RL 2003/9/EG), denen dann auch erweiterte Rechte zustehen⁸⁰. Insbesondere ist bei Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit von einem weiteren Aufenthalt in der Aufnahmeeinrichtung abzusehen und ggf. das Asylverfahren auszusetzen. Die Praxis des Bundesamtes scheint dies jedoch vollständig zu ignorieren. „Derzeit bleiben deshalb im Asylverfahren besonders schutzbedürftige Personen zunächst unentdeckt. Zumeist werden erst im Folgeantragsverfahren nach Durchführung der erforderlichen Beratung und Behandlung die der psychischen Erkrankung zugrunde liegenden Tatsachen vorgebracht. Dies führt in der Praxis zu einer Vielzahl von Problemen im Feststellungsverfahren und bei der Beweiswürdigung mit prozesspsychologisch äußerst ungünstigen Auswirkungen, da Opfern von Folter, Gewalt und sexuellen Übergriffen häufig das Stigma von ‚Lügnern‘ angeklebt wird. Auch deshalb liegt es im öffentlichen Interesse, die entsprechenden Normen der Aufnahmerichtlinie umzusetzen“⁸¹. Bei freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen sind verstärkte Anforderungen an vorgängige gesundheitliche Untersuchungen zu stellen, die in diesen Fällen obligatorisch vorzunehmen sind; die fundamentalen Rechte der Betroffenen überwiegen in diesen Fällen schnell die Interessen des staatliche Verwaltungsvollzugs⁸². Andernfalls ist ein geordnetes rechtsstaatliches Verfahren nicht

⁷⁶ Vgl. Reinhard Marx: Kommentar zum Asylverfahrensgesetz, Köln 2009, § 62, Rdn. 24.

⁷⁷ Vgl. BT-Drs. 16/9273, 3.

⁷⁸ Vgl. näher Markus Babo: Das europäische Flüchtlingsrecht. Aktuelle Tendenzen im Vergleich zu frühneuzeitlichen Naturrechtspositionen, in: AWR-Bulletin 42/2 (2004) 3–23, 12 f.

⁷⁹ Vgl. Abl EU L 31/18 vom 6. Februar 2003.

⁸⁰ Vgl. dazu näher Marx (Anm. 32) § 62, Rdn. 14–22.

⁸¹ Marx (Anm. 32) § 62 Rdn. 20.

⁸² Vgl. dazu auch Markus Babo: Abschiebungshaft – eine Herausforderung für den Rechtsstaat, in: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 24 (2004) 359–367.

mehr sichergestellt. Auch vor diesem Hintergrund ist insbesondere das Flughafenverfahren als höchst problematisch einzustufen⁸³.

Fazit

Die Analyse der einschlägigen Rechtstexte hat wieder einmal gezeigt, dass auch bei der Gesundheitsversorgung Flüchtlinge und Schutzsuchende allenfalls als Nutznießer sozialstaatlicher Leistungen, aber nicht als Träger von ureigenen Rechten gesehen werden. Dieses Selbstverständnis hat natürlich auch Auswirkungen auf den Umgang der Verwaltung mit diesem Personenkreis.

Vor diesem Hintergrund erweisen sich die Menschenrechte als notwendiges Korrektiv – nicht nur für einzelne Gesetze, sondern für einen grundlegenden Perspektivenwechsel: Weg von den angeblichen Gefahren, Lasten und Zumutbarkeitsgrenzen der Aufnahmegesellschaft hin zu den angeborenen und unverlierbaren Rechten der betroffenen Flüchtlinge, zu denen selbstverständlich auch Sozialrechte gehören. Die Schutzsuchenden müssen Subjekte ihrer Rechte und des Anerkennungsverfahrens sein und bleiben. Dafür ist Gesundheit eine notwendige Voraussetzung.

So betrachtet, erfordert der eher sensible Gesundheitszustand schutzbedürftiger Flüchtlinge erhöhte Aufmerksamkeit und erweiterte Leistungen.

Die Prüfanforderungen des Staates steigen mit zunehmenden Eingriffen in Freiheitsrechte. Eine Reduktion der Gesundheitsversorgung auf das absolut notwendige Minimum wird den betroffenen Menschen keineswegs gerecht, sondern droht sie zu Objekten des Verfahrens zu degradieren und in ihrer Würde zu verletzen. Eine konsequent menschenrechtliche Optik ist darüber hinaus auch geeignet, die Rolle des Staates nochmals anders im Sinne einer dienenden Funktion an den Menschenrechten zu definieren. Als solche bleibt sie weder auf die Grenzen des eigenen Staates noch auf die jetzt lebende Generation beschränkt, sondern kann einen Beitrag zu einer menschengerechteren globalen Lebenswelt leisten. Schon nach der Präambel der AEMR bildet „die Anerkennung der angeborenen Würde und der gleichen und unveräußerlichen Rechte aller Mitglieder der Gemeinschaft der Menschen die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt“

⁸³ Vgl. zum Flughafenverfahren näher Marx (Anm. 32) § 63 Rdn 21–22.

Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit: Good Practice aus der partizipativen Forschung

Dr. Hella von Unger und Catherine Flohr

Kurzbiographie



Dr. Hella von Unger

Sozialwissenschaftlerin am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); sie war am PaKoMi-Projekt als wissenschaftliche Leitung beteiligt.

Catherine Flohr

Beauftragte für die Malteser Migranten Medizin in Osnabrück; sie hat in Kenia als ausgebildete Krankenschwester gearbeitet; am PaKoMi-Projekt war sie als Community-Partnerin beteiligt.



Vortragsbeschreibung

Gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation verstanden als individuelle und kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die die eigene Lebensgestaltung und die eigene soziale, ökonomische und politische Situation betreffen, haben immer auch Auswirkungen auf die Gesundheit. Die eingeschränkten Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten von Flüchtlingen in Deutschland haben gesundheitliche Konsequenzen. Um den Zugang zum Gesundheitssystem, die Qualität der Versorgung und die Gesundheitschancen von benachteiligten Gruppen zu verbessern, eignen sich partizipative Ansätze. Diese werden im Sozial- und Gesundheitswesen zunehmend diskutiert und angewandt. In der Umsetzung stoßen gut gemeinte Konzepte und Initiativen jedoch häufig an Grenzen.

Partizipative Forschung kann partizipative Prozesse durch kritische Reflexionsschlaufen, Datenerhebungs- und Auswertungsprozesse bereichern und unterstützen. Ein Stufenmodell der Partizipation unterscheidet neun Stufen der Beteiligung von Stufe 1 Instrumentalisierung bis Stufe 9 Selbstorganisation (Wright, von Unger, Block 2010). Das Modell eignet sich zur Planung, Reflexion und Analyse partizipativer Prozesse in Praxis und Forschung.

Das PaKoMi-Projekt (Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen) ist ein partizipatives Forschungsprojekt, das von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung sowie weiteren Akteuren und Einrichtungen inklusive Mitgliedern verschiedener Migranten-Communities von 2008-2011 durchgeführt wurde.

Es wurden Empfehlungen zur Stärkung der Teilhabe von Migrant/innen im Gesundheitsbereich am Beispiel der HIV-Prävention entwickelt. Die Ergebnisse des Projekts werden aus wissenschaftlicher und aus Community-Perspektive vorgestellt. Der aktuelle Text der Empfehlungen und weitere Stimmen von Teilnehmer/innen aus dem Projekt können im PaKoMi-Handbuch nachgelesen werden (www.pakomi.de).

Gesellschaftliche Teilhabe und Gesundheit: Good Practice aus der partizipativen Forschung⁸⁴

Catherine Flohr: Ich werde erstmal vielen Dank sagen für die Einladung. Mein Name ist Catherine Flohr, ich komme gebürtig aus Kenia, wo ich als Krankenschwester gearbeitet habe. Seit 20 Jahren lebe ich in Deutschland. Zuletzt lebte ich in Osnabrück. Dort arbeite ich bei den Malteser Migranten ehrenamtlich und habe bei einem Projekt mitgewirkt, in Osnabrück. Da habe ich Frau Hella von Unger kennengelernt, die, wie Sie gehört haben, beim Wissenschaftszentrum Berlin arbeitet. Wir wollen Ihnen heute von unserem Projekt berichten. Es ging um verschiedene Migranten, nicht nur um Flüchtlinge. Flüchtlinge waren auch dabei, aber das stand bei uns nicht im Mittelpunkt. Trotzdem hoffen wir heute hier einen Beitrag zu leisten in der Diskussion zur Versorgung der Flüchtlinge in der Gesundheitsversorgung. Hier sehen Sie kurz, was Sie erwartet. Wir werden auf die gesellschaftliche Teilhabe eingehen und Gesundheit, soziale Ungleichheit. Wir werden auch über partizipative Forschung berichten, was das bedeutet und inwiefern das einen Zugang zu Gesundheitsforderungen für marginalisierte Gruppen darstellt. Zu diesem werden wir als Beispiel vom PaKoMi-Projekt berichten, um Partizipation, Kooperation, Prävention für und mit Migranten und Migrantinnen. Wenn wir genug Zeit haben, versuchen wir auch ein kurzes Video zu zeigen vom Projekt. Wir stellen Empfehlungen auf, die wir auch im Projekt erarbeitet haben und am Schluss können wir Fragen beantworten oder miteinander in eine Diskussion gehen. Jetzt gebe ich Frau Hella von Unger die Möglichkeit, sich vorzustellen.

Hella von Unger: Auch von mir, herzlichen Dank für die Einladung. Ich darf Sie jetzt kurz zu unserem Thema heute hinführen, Partizipation und die Zusammenhänge zwischen Partizipation und Gesundheit. Da habe ich Ihnen ein Zitat mitgebracht, aus einem Buch von Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung, das Anfang diesen Jahres genau zu dem Thema "Partizipation und Gesundheit" veröffentlicht

wurde. Es haben sehr viele verschiedene Autoren und Autorinnen an dem Buch mitgearbeitet und Rosenbrock und Hartung haben als Herausgeberinnen den Begriff so definiert: "Unter Partizipation verstehen wir die individuelle, aber auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die die eigene Lebensgestaltung und die eigene soziale, ökonomische und politische Situation und damit immer auch die eigene Gesundheit betreffen." Sie knüpfen damit an eine schon seit vielen Jahren währende Diskussion in public health an, die Gesundheit als sozial eingebettet und sozial beeinflusst versteht. Wenn wir in die Literatur schauen, sehen wir ganz eindeutige Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren. Wir sehen, dass nicht alle Menschen in der Gesellschaft gleiche Chancen haben, an der Gesellschaft teilzuhaben und auch keine gleichen Chancen auf Gesundheit haben. Sondern es ist auch in Deutschland so, dass sozial benachteiligte Menschen, d.h. die mit geringerer Bildung, die mit geringerem Einkommen, die haben niedrigere Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und höhere Chancen krank zu werden und früher zu sterben. D.h. das ist die Ausgangsposition und da hat man schon in den 80er Jahren auf WHO-Ebene, 1986 die Ottawa Charta entwickelt, in der festgehalten wurde, dass wenn wir Gesundheit fördern wollen, die Konzepte Teilhabe und Beteiligung im Zentrum stehen müssen und zwar, wie in dieser Definition von Rosenbrock und Hartung, nicht nur die Teilhabe und Beteiligung der Einzelnen, sondern auch die kollektive Teilhabe. Und da kommt der Community-Begriff, also Gemeinschaften, mit rein, auf den wir heute auch eingehen werden. Der größte Handlungsbedarf besteht natürlich bei den Gruppen, die benachteiligt sind. Wenn da ein Kreislauf ist von sozialer Benachteiligung, geminderten Teilhabechancen und verminderten Gesundheitschancen, wie kann man diesen durchbrechen? Was kann man da machen? Und da haben wir Ihnen heute einen Ansatz mitgebracht, der im Zentrum unserer Präsentation steht.

⁸⁴Transkription der Tonbandaufnahme

Da geht es um Partizipative Forschung. Was kann die anbieten, um eben diese Situation zu verändern? Der Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er zum Einen, im Unterschied zu anderen Formen der akademischen Forschung, sehr viel stärker auf die Beteiligung der Betroffenen und der Stakeholder setzt. Und zwar nicht nur mehr Beteiligung, sondern auch in einem anderen Umfang und wir werden das ausführen, wie das aussehen kann. Die Partizipation der Betroffenen, auch an der Forschung, steht im Mittelpunkt. Das zweite Merkmal ist die Wertschätzung der lebensweltlichen Expertise dieser beteiligten Partner, der Nutzung dieser Wissensbestände und ihre Förderung und auch die Förderung der Kompetenzen der Partner, d.h. Empowerment. Das dritte zentrale Merkmal des Ansatzes ist der praktische Nutzen, der aus dieser Zusammenarbeit hervorgehen soll. D.h. die Intervention und Anwendungsorientierung der Forschung steht im Mittelpunkt. Das ist jetzt nicht ganz neu. Es gibt die Idee der Partizipativen Forschung schon seit vielen Jahren. Hier in Deutschland gab es in den 70er Jahren unter dem Begriff der „Aktionsforschung“ oder „Handlungsforschung“ eine Blüte, die dann in den 80er Jahren wieder eingegangen ist. Grundsätzlich verstehen wir Partizipative Forschung als einen Oberbegriff für verschiedene Ansätze in der Tradition der Aktionsforschung nach Kurt Lewin. Es geht dabei immer um eine partnerschaftliche Forschung, die Veränderung initiieren möchte und Probleme beheben möchte. D.h. in den Worten von britischen KollegInnen, es geht nicht darum nur „knowledgeforunderstanding“, also Wissen, um etwas besser zu verstehen hervorzubringen, sondern „knowledge for action“, also Wissen, um zu verändern und zu handeln. Es gibt, wie gesagt, sehr viele unterschiedliche Ansätze, Praxisforschung, *participatory rural appraisals* in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, es gibt Handlungsforschung, Aktionsforschung, participatoryresearch. Wir haben einen gewählt, der besonders im Gesundheitsbereich, vor allem im nordamerikanischen Raum nicht nur beliebt ist, sondern auch sehr gute Ergebnisse erzielt und er heißt „Community-BasedParticipatoryResearch“ (CBPR).

Dieser Ansatz zielt darauf ab, in und mit lebensweltlichen Gemeinschaften, so sind „Communities“ definiert, die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Dabei wird dieser Ansatz meistens in marginalisierten Gemeinschaften entwickelt und angewendet. Dass dieser Ansatz so viel Erfolg hat, ist nicht zuletzt dem Engagement der African American Communities, der Latino Communities, in Kanada auch der Inuit Communities zu verdanken. Die haben das mit weiterentwickelt und nach vorne gebracht. Der Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass eine gleichberechtigte Zusammenarbeit angestrebt wird von Wissenschaft, professioneller Praxis und Communities, über den gesamten Forschungsprozess. Hier jetzt noch einmal ein englisches Zitat, das den Ansatz ganz gut beschreibt, das ich jetzt kurz auf Deutsch übersetzen werde.

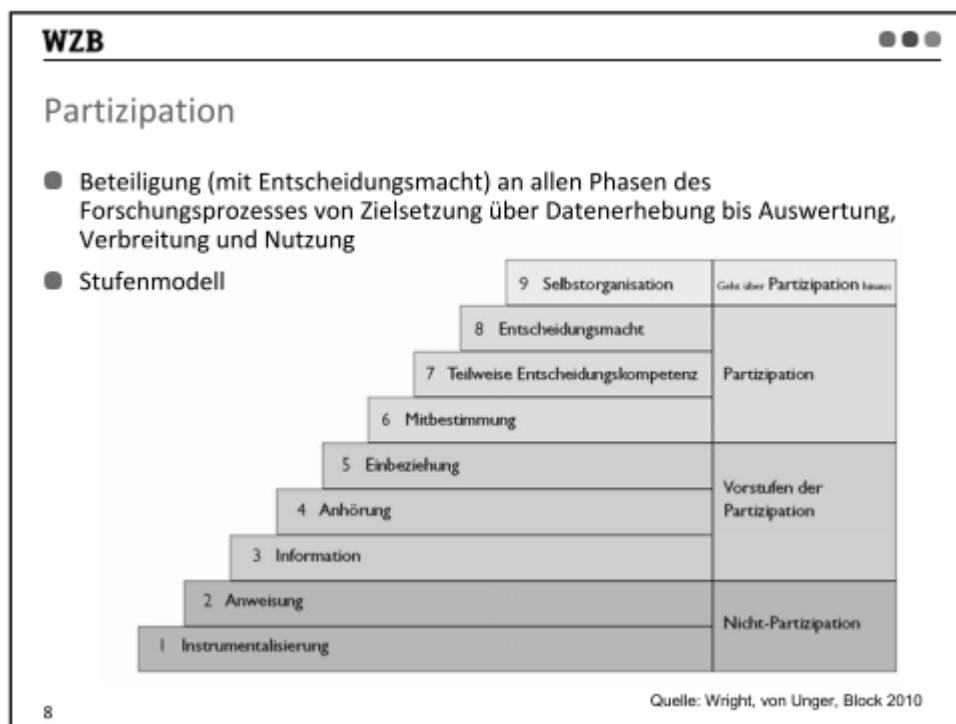
„Community basierte, partizipative Gesundheitsforschung ist ein partnerschaftlicher Forschungsansatz, der alle Partner gleichberechtigt in den Forschungsprozess involviert und dabei die einzigartigen und jeweiligen Stärken der Partner wertschätzt. Der Ansatz beginnt mit einem Thema, das für die Community relevant ist, um Wissen und Handlung bzw. Aktion zu kombinieren, um soziale Veränderungen zu erreichen, die Gesundheit der Gemeinschaft zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.“

(„Community-based participatory research in health is a collaborative approach to research that equitably involves all partners in the research process and recognizes the unique strengths that each brings. CBPR begins with a research topic of importance to the community with the aim of combining knowledge and action for social change to improve community health and eliminate health disparities.“ K.W. Kellogg Foundation)

Nun wissen Sie alle, wenn wir immer über Partizipation sprechen, das ist mittlerweile ein Modewort geworden, wo man manchmal gar nicht weiß, was versteckt sich eigentlich dahinter? Wer spricht eigentlich über Beteiligung und was ist damit gemeint? Wie viel Beteiligung findet tatsächlich statt? Und weil

das ein Problem ist, was auch schon sehr früh in den 70er Jahren benannt wurde, haben KollegInnen und ich gemeinsam ein Modell entwickelt, was hoffentlich auch Ihnen hilft, in Ihrer Arbeit, wenn Sie denn Ihre Arbeit partizipativ gestalten wollen. Das ist ein Stufenmodell der Partizipation und dieses Stufenmodell eignet sich zur Reflexion von partizipativen Prozessen. D.h. wenn Sie sich fragen wollen, „Wie partizipativ ist meine Arbeit?“ könnten Sie dieses Modell benutzen. Sie können das dann quasi sehen. Wir haben das auch in unserer Zusammenarbeit bei dem PaKoMi-Projekt häufig angewendet. Die unteren Stufen, die sind ganz klar definiert als Nichtpartizipation. Das Modell ist übrigens eine Adaption von Sherry Arnsteins Stufenleiter aus den 60er Jahren in den USA. Alf Trojan, ein Kollege aus Hamburg, hat das dann in eine zwölfstufige Leiter umgewandelt in den 80er Jahren hier in Deutschland und Michael Wright, Martina Block und ich haben dann in den letzten Jahren diese zwölfstufige Leiter wieder vereinfacht auf eine neunstufige. D.h. wir haben die beiden untersten Stufen Nichtpartizipation, ganz häufig, das haben wir auch bei PaKoMi, was wir Ihnen gleich vorstellen werden, gemerkt, bei vielen Migranten und Migrantinnen mit denen wir

gearbeitet haben, wird vielleicht über Beteiligung gesprochen, aber de facto haben sie sich eigentlich instrumentalisiert gefühlt oder sie haben Anweisungen erhalten. Das ist in diesem Modell ganz klar als Nichtpartizipation definiert. Dann gibt es Vorstufen der Partizipation, von Stufe drei „Information“, über Stufe vier „Anhörung“, bis Stufe fünf „Einbeziehung“. Die sind in der praktischen Arbeit sehr wichtig, sind aber auch noch keine Partizipation, weil die Personen noch keine Entscheidungsmacht haben. Sie können also vielleicht einen guten Tipp geben, werden informiert, die dürfen vielleicht auch einen Fragebogen ausfüllen oder als Berater zur Verfügung stehen, aber sie dürfen nicht mitentscheiden. Also Partizipation fängt da an, hier zwischen Stufe fünf und sechs, wo die Personen tatsächlich mit am Tisch sitzen, mit gestalten, mit entscheiden können. In diesem Modell geht es bis Stufe neun, die Selbstorganisation geht darüber hinaus, weil es ein Modell ist, was auf Partizipation in Organisationen entwickelt wurde und wenn Migranten z.B. eine eigene Migrantenselbstorganisation gründen, dann ist das wunderbar, aber geht über Partizipation in diesem Modell hinaus.



Um Ihnen jetzt einfach mal ein ganz konkretes Beispiel zu geben. Das PaKoMi-Projekt wurde von 2008 bis 2011 durchgeführt. PaKoMi steht

für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten. Kooperationspartner waren vor allen Dingen

erst einmal die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. , die DAH. Ich freue mich sehr, dass Tanja Gangrova heute auch hier ist. Wir machen solche Präsentationen über unsere Zusammenarbeit ganz häufig in Kombination von Praktikern, Community Partnern, Wissenschaftlern, weil diese Zusammenarbeit im Herz unserer Arbeit steht. Das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), wo ich her komme, war der wissenschaftliche Partner dabei und dann gab es eine Vielzahl von Einrichtungen und Akteuren bundesweit auf lokaler Ebene. Dazu gehörten eben auch, neben professionellen Einrichtungen, Beratungszentren, Aids-Hilfen, Mitglieder von verschiedenen afrikanischen, bulgarischen, türkisch- und russischsprachigen Communities. Gefördert wurden wir vom Bundesministerium für Gesundheit. Es haben insgesamt über 100 Personen mitgearbeitet.

Das war unsere Zielsetzung. Wir haben gesagt, es geht ja bei der partizipativen Forschung darum, mit den Menschen zu forschen und nicht über sie. Wir haben also gesagt, wir wollen mit verschiedenen Migrantengruppen gemeinsam erkunden: „Wie sehen eigentlich ihre Lebenswelten aus? Was sind ihre Bedürfnisse?“ und möchten diese besser verstehen. Das zweite Ziel war dann, gemeinsam auf dieser Basis, wenn wir das verstanden haben, gemeinsam maßgeschneiderte bessere HIV-Prävention für diese Gruppen, für die Gruppen die Risiken haben, nicht alle Migranten haben natürlich erhöhte HIV-Risiken, aber bestimmte Gruppen haben erhöhte Risiken, deren Lebenswelten möchten wir besser verstehen und dann gemeinsam, partizipativ, d.h. mit den Migranten und kooperativ, in Zusammenarbeit von verschiedenen Anbietern HIV-Prävention entwickeln. Das Forschungsziel war in dieser Zusammenarbeit auch, die förderlichen und hemmenden Bedingungen von Partizipation und Kooperation zu untersuchen und besser zu verstehen.

Hier eine kurze Projektübersicht. Sie sehen also, in 2009 haben wir erst einmal angefangen die Aids-Hilfen zu befragen, bundesweit 90 Aids-Hilfen haben teilgenommen. Welche Angebote gibt es? Welche Erfahrungen und Probleme gibt es? Wer sind eure Partner? Mit wem arbeitet ihr zusammen? Und haben darauf

aufbauend dann ein Studiendesign entwickelt, wo wir vier Fallstudien hatten, in vier Städten. Die haben wir über 18 Monate durchgeführt und das wurde begleitet von Workshops. Das waren capacitybuilding Workshops, d.h. Workshops in denen wir alle methodisch und inhaltlich dazu gelernt haben, damit wir eben auch gut zusammen arbeiten können. Das Ganze wurde dann 2011 über einen Zeitraum von sechs bis acht Monaten zusammen ausgewertet. Zum einen vor Ort und zum anderen in gemeinsamen Workshops. Dann sehen Sie ganz hinten, diese Palette von Outputs und Outcomes, was wir erreicht und produziert haben. Vor Ort haben wir immer darauf geachtet, dass ein lokaler Nutzen für die beteiligten Partner entsteht. Wir haben aber auch ein Video gemacht, was wir Ihnen heute hoffentlich noch zeigen können, ein Handbuch, eine Webseite hat die Deutsche AIDS-Hilfe für uns gemacht. Wir haben Empfehlungen entwickelt u.v.m. Jetzt übergebe ich wieder an Catherine, die Ihnen kurz etwas zu den Fallstudien erzählen wird.

Catherine Flohr: Hier sehen Sie jetzt die Fallstudien, die in den verschiedenen Städten statt gefunden haben. Wir haben hier Hamburg, Berlin, Osnabrück und Dortmund. Da haben wir die Fallstudien von verschiedenen Gruppen. In Hamburg waren es afrikanisch sprechende Communities, in Berlin waren es türkisch-, russischsprachige Communities, in Osnabrück überwiegend englisch sprechende Afrikaner aus verschiedenen afrikanischen Ländern. In Dortmund hatten wir Menschen aus Bulgarien, türkisch sprechende. Ich war in der Fallstudie in Osnabrück beteiligt. Wir haben auch über Sprache gesprochen, dass Migranten mit der Sprache Probleme haben. Aber mit den verschiedenen Sprachen sind wir gut miteinander klar gekommen. Muss man nur selber wollen.

Beim Nächsten können Sie hier auch den ganzen Ablauf der Fallstudie sehen. Der ist ähnlich in allen Orten, der Ablauf war fast der gleiche. Wir haben Arbeitsgruppen gegründet, haben lokal geguckt, welche Probleme es gab und welcher Bedarf da war. Zusammen haben wir Ziele gesetzt, die wir erreichen wollten. Am Ende konnten wir das Ganze auswerten und schauen, was wir in Zukunft weitermachen

wollen. In diesem Foto sehen Sie einen Teilnehmer in Hamburg, wie er mit Bildern erklärt, wie seine muslimische Community funktioniert. Dies war erst mal ein Bedarf in Hamburg, die Information nach außen zu tragen.

In Osnabrück, wo ich mitgewirkt habe, haben wir auch den gleichen Ablauf mitgemacht. Hier sehen Sie eine Gruppe von Afrikanern, die haben eine Aktion gemacht. Wir haben ein Motto gemacht, und da haben wir dieses bei einem afrikanischen Markt in Osnabrück vorgetragen und haben dort teilgenommen. Wir haben einen Beitrag geleistet, haben Essen gemacht, um in Kontakt mit den Menschen zu kommen, Glücksrad, Spiele aus Afrika mit den Kindern gemacht, um da die Möglichkeit zu bekommen, in Kontakt mit anderen Afrikanern und interessierten Menschen und ins Gespräch zu kommen, um das PaKoMi-Projekt bekannter zu machen. Wir haben weitergemacht mit einer Befragung, weil für uns wichtig war zu wissen, bevor wir etwas machen, was die Community selber machen möchte oder will. Nicht von oben sagen, „Ihr sollt das machen!“. Wir sind in die Stadt gegangen, in Cafés, in Afroshops und dort hat man Leute gefragt, was sie brauchen hier in Osnabrück. Dann kam die Idee, dass sie gerne in Osnabrück eine Initiative, einen Verein oder einen Raum hätten, wo sie zusammenkommen können, sich austauschen, ihre Kultur untereinander zu besprechen, denn Afrika ist groß und jedes Land hat seine eigene Kultur, obwohl wir alle gleich sind. Aber jemand aus Südafrika hat eine andere Kultur als ich und da haben sie gesagt, dass das auch wichtig wäre, über diese Sachen zu sprechen. Genauso haben sie den Wunsch gehabt, dass sie einen Platz finden, wo sie auch Informationen kriegen. Wir kommen hier nach Deutschland und wir wissen nicht, wie z.B. das deutsche Gesundheitssystem funktioniert, Arbeitsmarkt oder Bildung, denn unsere Länder sind anders. Ich komme jetzt aus Kenia und da gibt es keine Krankenversicherung für jeden, der in Kenia lebt. Wenn ich nach Deutschland komme und krank bin, dann wird mir gesagt, ich muss eine Krankenversicherung haben, das versteht man nicht. Und diese Information wollen die Leute schon haben. Nachdem das PaKoMi-Projekt zu Ende war, haben wir in Osnabrück eine Initiative gegründet, „Afro-Info“ heißt das. Wir verstehen

uns als Plattform von Migranten für Migranten mit Information über Arbeit, Gesundheit, Bildung und Kultur. Für detailliertere Information über PaKoMi haben wir ein Handbuch dabei, das hier Hella hat. Es kann bezogen werden, von der Deutschen AIDS-Hilfe und es ist kostenlos. Für die, die interessiert sind. Man kann auch Unterlagen auf unserer Website (www.pakomi.de) bekommen. Wenn wir heute noch Zeit haben, möchten wir jetzt ein kurzes, dreiminütiges Video zeigen, damit Sie einen kleinen Eindruck gewinnen können, welche Menschen teilgenommen haben und was wir überhaupt gemacht haben.

Video

Catherine Flohr: Das war jetzt zwar kurz, aber Sie haben jetzt einen gewissen Einblick bekommen in das, was wir gemacht haben und welche Leute teilgenommen haben. Wir haben von der Sprache gesprochen, dass manche Leute Probleme damit haben. Ich denke, wenn man möchte, kann man Hand und Fuß, alles benutzen. Ich weiß von meinen Sprechstunden bei den Malteser Migranten benutzen wir auch Piktogramme, wenn es nicht anders geht, aber wenn man möchte, ist alles möglich. Leute müssen nur wollen. Unser Handbuch ist auch auf Englisch zu erhalten. Hier sehen Sie auf unserer Website Zitate von beteiligten Partnern. Z.B. hier sagt Semra aus Dortmund "Keine Gruppe ist per se schwer erreichbar. Es kommt immer darauf an, wer sie anspricht und wie..." von daher denke ich auch, es ist kein Problem, es muss nur jeder wollen und es ist machbar. Hier ist auch ein Bild vom Workshop, das wir gemacht haben. Auf der linken Seite ist eine interkulturelle Arbeitsgruppe zu interkultureller Kommunikation, auf der anderen Seite ist eine Auswertung, was die Partizipation hindert und was fördert. Der Workshop zu interkultureller Kommunikation war für uns eine besonders gute Erfahrung, in dem viele Leute gelernt haben mit Mut, gesunder Neugier mit anderen Menschen und Sprachen umzugehen. Im Hinblick auf Vorurteile ist es möglich, dass man z.B. als Afrikaner sofort in eine Schublade kommt. Umgekehrt ist es besser, wenn man einen fremden Menschen sieht, zu wissen, was in seinen Schubladen steckt. Es kann sein, dass da

wichtige Sachen sind, die ich mitnehmen kann, bevor ich andere in Schubladen stecke.

Hella von Unger: Also rechts, wie Catherine gerade schon erzählt hat, sehen Sie ein Bild aus einem der drei Workshops, in dem wir übergreifend unsere Ergebnisse ausgewertet haben, aus den Fallstudien, aus dem Ganzen. In den Fallstudien, das hat ja Catherine erzählt, haben wir immer sowohl Forschung gemacht, als auch Intervention und Aktion. Das haben wir dann gemeinsam ausgewertet und über sechs Monate Empfehlungen entwickelt. Die haben wir in sechs große Bereiche gebündelt. Ich kann Ihnen jetzt nicht alles detailliert vorstellen, aber ich möchte Ihnen einen Eindruck geben. Wir haben gesagt, der erste Bereich ist eigentlich der wichtigste, die Gesellschaft muss die Voraussetzung schaffen für Partizipation und Kooperation. Dazu gehört auch rechtliche Benachteiligung abzubauen. Da möchte ich Ihnen ganz kurz eine Empfehlung geben, wir haben draußen ein paar Kopien von diesen Handbüchern mitgebracht und die Empfehlungen sind auf diesen elf Seiten ausgeführt. Ich lese Ihnen nur einen kurzen Absatz vor zu dieser ersten Empfehlung Voraussetzungen zu schaffen und rechtliche Benachteiligung abzubauen:

"Es gilt die Menschenrechte von Flüchtlingen und anderen Migranten zu schützen und die rechtlichen Benachteiligungen abzubauen, die in Deutschland bestehen. Z.B. Einschränkung der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, Einschränkung der Mobilität durch Residenzpflicht im Asylverfahren, eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere für Menschen ohne Papiere. HIV-positive Migranten und Migrantinnen ohne sicheren Aufenthaltsstatus gehen aus Angst vor einer Abschiebung oft erst dann zum Arzt, wenn bereits opportunistische Infektionen aufgetreten sind. Dies wirkt sich negativ auf die Behandlungsmöglichkeiten, die Lebensqualität und auch auf die HIV-Prävention aus. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus kann zudem HIV-Vulnerabilität, also Verletzlichkeit, verstärken. Wenn Menschen zur Sicherung ihrer Existenz von sexuellen Beziehungen abhängig sind, z.B. Sexarbeit oder Ehe und Schwangerschaft, um ihren Aufenthalt zu sichern, steht safersex nicht an erster Stelle und

kann nur eingeschränkt durchgesetzt werden. HIV-Testung ohne angemessene Beratung und Einwilligung der Betroffenen, wie sie z.B. in Bayern und Sachsen im Rahmen von Asylverfahren durchgeführt werden, verletzen die Persönlichkeitsrechte von Asylbewerberinnen und -bewerbern und richten großen Schaden an, auch für die HIV-Prävention. Sie sollten abgeschafft werden."

Das war ein Absatz zu dem ersten Bündel an Empfehlungen. Das zweite Bündel lautet „Partizipation zu ermöglichen, die Beteiligung von Migranten an der HIV-Prävention zu stärken“. Da geht es, ganz wichtig, um Ressourcen, also Ressourcen bereit zu stellen, um die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen des Gesundheitswesens voranzutreiben, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund als hauptamtliche Mitarbeiter einzustellen und die, die ehrenamtlich tätig sind, zumindest durch Aufwandsentschädigungen und Honorare zu unterstützen. Denn viele von den Migranten, mit denen wir auch gearbeitet haben, sind oft hoch gebildet, aber hier in Deutschland wirklich sozial benachteiligt und leben an der Armutsgrenze. Von denen können wir nicht erwarten, dass sie unentgeltlich, ehrenamtlich tätig sind für uns. Denen müssen wir zumindest Fahrtkosten, Essen usw. bezahlen, wenn nicht, und das war zum Glück in unserer Zusammenarbeit durch die deutsche Aidshilfe möglich, kleinere Honorare zu zahlen für klar definierte Tätigkeiten, die sie ausgeführt haben.

Der dritte Themenkomplex der Empfehlung richtet sich an die Communities selber, eben auch die zu unterstützen in ihrer Selbstorganisation, dass sie ihre eigenen Gemeinschaften stärken, im Sinn von „Communitybuilding“, sich vernetzen, aber auch natürlich innerhalb der Communities an bestimmten Themen wie Stigma in Bezug auf HIV, an Tabus zu arbeiten, um die Zusammenarbeit, die Solidarität innerhalb der Gemeinschaften auch zu verbessern.

Beim vierten Themenkomplex ging es um Zusammenarbeit, Kooperation auf kommunaler Ebene. Der Fünfte richtete sich an Konzepte und Angebote der HIV-Prävention, die in jedem Fall in einem breiten Rahmen der Gesundheitsförderung verortet werden

müssen. Und last but not least war eine Empfehlung, partizipative Forschung auch hier in Deutschland verstärkt zu fördern, u.a. zu Themen wie Rassismus im Gesundheitssystem. Diese Empfehlungen haben wir dann veröffentlicht, wir haben eine große Tagung gemacht. Wir haben auch unsere Geldgeber, das Bundesministerium für Gesundheit, eingeladen, und viele andere.

Hier sehen Sie, wenn wir jetzt rückblickend auf das Projekt schauen, dass die vier Bereiche, die in die Zusammenarbeit investiert haben, also zum einen die Communities, die präventive Praxis, in dem Fall die Aids-Hilfen, Beratungsstellen, Deutsche Aids-Hilfe und die Politik, das Ministerium hat uns finanziert und die Wissenschaft, alle Bereiche haben aus der Zusammenarbeit profitiert. Wie genau? Die Communities haben zum einen Communitybuilding Prozesse erlebt und wurden darin unterstützt. D.h. es haben sich Migrantenselbstorganisationen neu gebildet oder stärker und besser aufgestellt, besser vernetzt. Catherine hatte Ihnen erzählt von der Initiative „Afro-Info“, die in Osnabrück aus PaKoMi hervorgegangen ist. In den anderen Städten gab es ähnliche Beispiele. Die beteiligten Personen, und das gilt nicht nur für die Community Mitglieder, sondern natürlich auch für uns Wissenschaftler und Praktiker, haben ihre Kompetenzen weiterentwickelt. Die präventive Praxis hat eine Verbesserung ihrer Prävention erlebt, u.a. dadurch, dass wir jetzt besser wissen, was brauchen die vulnerablen Gruppen eigentlich, wie machen wir am besten Prävention für diese. Es gibt Tools, die über den Projektzusammenhang hinaus verfügbar sind. Die Politik hat ganz konkrete Empfehlungen bekommen, wie sie strukturelle Voraussetzungen schaffen und verbessern kann. Es gibt einen Aktionsplan von 2007, darin war von der Bundesregierung zur Bekämpfung von HIV/Aids in der HIV/Aids-Strategie festgelegt, dass Menschen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund den gleichen Zugang zu Information, Betreuung, Beratung und Versorgung haben sollen, im Kontext von HIV. Von diesem Ziel sind wir immer noch weit entfernt. Aber mit Projekten wie diesem kann natürlich auch das Ministerium sagen, wir haben zumindest einen kleinen Schritt in die richtige Richtung gemacht. In der Wissenschaft

haben wir methodische Innovationen aus der Zusammenarbeit gezogen und Erkenntnisse, die wir jetzt noch weiter vertiefen werden. Vielleicht will Catherine noch kurz aus Community Perspektive ein Fazit ziehen?

Catherine Flohr: Ich kann nur aus Sicht von Osnabrück sprechen, weil ich dort mitgewirkt habe. Nach unserer ganzen Auswertung haben die Leute in Osnabrück gesagt, dass das PaKoMi-Projekt wie ein „eye-opener“ war, also Augen aufmachen und die Welt besser sehen, weil viele auch, wie wir beim Stufenmodell gesehen haben, erkannt haben, wo sie stehen. Das war für sie auch wichtig. Es konnten eigene Methoden für die Community herausgearbeitet werden, wodurch sich Ziele ergaben, die wir erarbeiten konnten. Es traten auch deutlich Stärken und Schwächen zu Tage, die in den Communities bestehen. Diese konnten wir konfliktarm bearbeiten, ohne ein Problem zu haben.

Die Teilnahme an den verschiedenen Workshops und der Forschung in eigener Sache war für uns sehr wichtig. Wir haben gesagt, was wir erforschen wollen und damit sind wir durchgegangen und jeder hat mitgewirkt. Ich denke, wenn Hella von Unger mit ihren eigenen Sachen gekommen wäre und gesagt hätte, wir brauchen sowas, hätten wir gesagt wir brauchen etwas anderes. Aber das war sehr gut bei der Forschung, die Community zu fragen: „Was braucht ihr?“ Sagt was ihr braucht und dann können wir besser zusammen arbeiten, als wenn uns jemand etwas bringt. Eigene Sachen zu erforschen, damit kann man bessere Schritte machen. Es hat uns gestärkt, auch in der kommunalen Ebene, mit den zuständigen Leuten ins Gespräch zu kommen und unsere Bedürfnisse auch in dieser Ebene weiterzugeben. Früher war alles immer nur in der Community und immer im gleichen Kreis, weil man sich nicht getraut hat, mit den Zuständigen zu sprechen. Aber das PaKoMi-Projekt hat uns sehr gestärkt und den Leuten viel Energie gegeben, das zu machen.

Ich sage zum Schluss, wenn die Community in die Lage versetzt wird, ihren Wunsch und ihr Bedürfnis zu äußern, dann ist es einfach, Ziele zu formulieren, die dann auch leichter mit Erfolg umgesetzt werden können. Das ist auch wichtig, und ich bin ganz glücklich, so viele Menschen hier zu sehen, die das gleiche Ziel

haben. Und die sich für Menschen am Rand der Gesellschaft einsetzen wollen. Denn ich denke, wenn gedacht wird, "Was machen die Leute hier?" wird man nie weiter kommen. Diese Energie, jedes Teilnehmers ist, denke ich, sehr wichtig. Diese Art von Forschung wäre für mich schwierig, wenn jemand zu mir kommt und sagt „Ich möchte mit euch forschen“ und ich würde sagen „Was willst du von mir?“, aber wenn man weiß, ich werde gefragt, was ich möchte und was ich will, dann werde ich auch Energie hinein tun, um das umzusetzen, dass etwas stattfindet. Für solche Projekte ist es, denke ich, wichtig, wenn die Leute vorher wissen, um was es geht. Und Teilhaben ist das Wichtigste, was immer im Vordergrund steht.

Hella von Unger: So, dann sind wir jetzt gleich offen für Ihre Fragen und Kommentare. Wir haben aber noch ein paar Punkte für die Diskussion mitgebracht. Der erste Punkt ist der, wenn wir es ernst meinen mit der Partizipation und wirklich Menschen beteiligen wollen mit Entscheidungsmacht, die bisher nicht beteiligt wurden, dann sind Konflikte im Prinzip unvermeidbar, weil gerade auch in der Zusammenarbeit Wissenschaft, professionelle Praxis, Communities die Beteiligten Partner unterschiedliche Sichtweisen haben und auch unterschiedliche Interessen. Dass die auch zum Teil konfliktieren können liegt auf der Hand und das haben wir auch erlebt. Dann ist die Frage aber, wie deutet man das, wie geht man damit um, wie kann man vielleicht auch die Konflikte nutzen, um durch die Situation durch zu arbeiten und neue Machtverteilung herauszukämpfen und herauszuarbeiten? Die passieren nicht von alleine, also Konflikte gehören dazu.

Der zweite Punkt, den wir gerne noch mit Ihnen diskutieren würden wäre, die von Ihnen, die in der professionelle Praxis tätig sind, Sie haben ja ganz häufig Zuwendungsgeber, die Ihnen einen relativ klar definierten Auftrag mit auf den Weg geben. Wenn Sie Partizipation ernst meinenwürden, z.B. mit Flüchtlingen partizipativ forschen würden, wäre unser Anspruch, dass Sie sich wirklich auf deren Anliegen einlassen und die können natürlich außerhalb, des Ihnen vorgegebenen Auftrags liegen. Das war bei uns z.B. viele der Migranten mit denen wir arbeiten wollten, die haben gesagt „Mensch, in unseren Heimatländern ist

das Problem HIV und Aids häufiger viel größer als hier. Was können wir denn für da machen?“ Und da hatten wir einen klaren Rahmen, auch durch das Ministerium. Das waren Gelder, die für die Arbeit in der Bundesrepublik zu Verfügung standen, d.h. da war eine klare Grenze. Die muss man offenlegen, darüber muss man sprechen, da muss man auch schauen und ehrlich sein, wie flexibel ist man wirklich und wie kann man den Rahmen, den man hat, möglichst weit nutzen und ausweiten.

Der dritte Punkt, den wir gern mit Ihnen diskutieren würden ist, wir sollten uns davor hüten, über den Begriff Community, Gemeinschaften von Migranten und vielleicht auch von Flüchtlingen zu romantisieren und auch zu homogenisieren. Da gibt es große Unterschiede. Es gibt auch Machtunterschiede in diesen Gemeinschaften. Und dann stellt sich immer die Frage, wie gelingt es uns, wenn wir mit den Gemeinschaften arbeiten wollen auch die Menschen zu erreichen, die in den Gemeinschaften vielleicht am Rand sind? In PaKoMi ist uns das eigentlich sehr gut gelungen, weil wir eben sehr stark über Peers gearbeitet haben, also über Menschen aus den Communities, die zum einen sowieso schon als Peer-Educators, als Multiplikatoren tätig waren in der Gesundheitsförderung und Prävention und von uns ausgebildet wurden auch als Peer-Researcher, also als Co-Forscher und diese Personen haben ganz häufig genau die kulturelle und sprachliche Expertise gehabt, die mir völlig fehlen würde, wenn ich mit den ganzen bulgarisch, türkisch, russisch, afrikanisch sprechenden francophonen usw. Menschen reden wollte, das könnte ich gar nicht. Aber durch unsere Partner war das möglich und die konnten auch in ihre Communities gehen und andere Menschen einbeziehen, die selber nicht mit am Tisch sitzen konnten oder wollten. Also der Peer-Ansatz steht hier im Mittelpunkt, aber die Herausforderungen bestehen natürlich nach wie vor.

Und die vierte Frage an Sie, wenn Sie das jetzt alles gehört haben. Was denken Sie denn, wie könnte man denn vielleicht so einen Ansatz der partizipativen Forschung mit den Menschen, nicht über die Menschen nutzen, um eben die Situation von Flüchtlingen hier in Deutschland in Hinblick auf ihre Gesundheitsversorgung und Gesundheit zu verbessern?

Inklusion messen, Exklusion sichtbar machen? Das Inklusions-Chart als sozialdiagnostisches Instrument

Prof. Dr. Peter Pantuček

Kurzbiographie

Peter Pantuček, Prof. Dr., geb. 1953 in Wien, ist Sozialarbeiter, Soziologe und Supervisor.

Er leitet den Fachbereich Soziale Arbeit an der FH St. Pölten. Entwicklungsarbeit zur Sozialen Diagnostik, Publikationen zu Fragen der Diagnostik des Sozialen und zur Methodik und Organisation der Sozialen Arbeit.



Vortragsbeschreibung

Viele diagnostische Verfahren konzentrieren sich ausschließlich auf die KlientInnen und auf deren (vermeintliche) Störungen. Es geht aber auch anders. Das Inklusions-Chart lässt zwar persönliche Ressourcen und Beeinträchtigungen nicht außen vor, aber es fokussiert die Möglichkeiten der Teilhabe und Teilnahme. Inwieweit sind den Personen die grundsätzlich zur Verfügung stehenden gesellschaftlichen Ressourcen zugänglich? Nicht nur im Einzelfall werden dadurch die Unterstützungserfordernisse sichtbar. Die akkumulierten Daten können ein Bild der Inklusion/Exklusion von Bevölkerungsgruppen sichtbar machen und damit der vorherrschenden Individualisierung entgegenwirken. Im Referat wird das Instrument vorgestellt und werden einige theoretische Anschlüsse diskutiert.

Inklusion messen, Exklusion sichtbar machen? Das Inklusions-Chart als sozialdiagnostisches Instrument⁸⁵

Herzlichen Dank für diese Einladung, die ich gerne angenommen habe. Allerdings mit ein bisschen Bauchweh, denn zu Ihrer Zielgruppe, zu Ihrem Klientel habe ich nichts speziell geforscht, aber ich hoffe es kann trotzdem nützlich sein.

Entstehung des Inklusionscharts

Ich spreche heute zu Ihnen über etwas nicht besonders Aufregendes, nämlich über ein Formular. Langweiliger geht es normalerweise nicht, sollte man meinen. Für mich war die Geschichte dieses Formulars allerdings alles andere als langweilig, sie war voller Überraschungen und Herausforderungen. Am Anfang ist ein einfaches Anliegen gestanden. Dann ist die Sache gewachsen und wir mussten uns sehr anstrengen, dass es uns nicht über den Kopf wächst. Es sollte ein übersichtliches Instrument für die Soziale Arbeit geschaffen werden, um wesentliche Aspekte der Lebenslage von KlientInnen übersichtlich abbildenzu können. Und zwar so abzubilden, dass man nämlich die typisch sozialarbeiterischen Interventionen begründen konnte und fast ebenso wichtig, dass man begründen konnte, weshalb man da und dort vorerst nichts tut. Was heißt da typisch sozialarbeiterische Interventionen? Auch solche Dinge, wie dass man sich um Papiere kümmert, um eine Verbesserung der Wohnsituation, dass man schaut, dass Kids nicht aus der Schule raus fliegen, Sie kennen das. Die eigentlich scheinbar kleinen Tätigkeiten, die neben den Gesprächen den Kernbestand der Sozialen Arbeit ausmachen. Wir waren theoretisch wenig in den Blick genommen worden, das sollte in eine Systematik gebracht werden, zumindest war das mein Anliegen. Es entwickelten sich dann Erweiterungen, wir versuchten es einzugrenzen, kompakt zu halten, es hat eine Geschichte. Und wie Sie sehen werden, es ist nicht bloß ein Formular, es ist ein sozialdiagnostisches Instrument. Fangen wir mit dem Anfang der Geschichte an. Noch eine Begriffsklärung vorher, auf der personalen Ebene. Wenn ich in meinem Vortrag „ich“ sage,

dann meine ich in der Regel mich. Das wird Sie nicht überraschen. Im weiteren Verlauf der Geschichte werde ich immer öfter „wir“ sagen. „Wir“ meint den Kontext des Sozialinstituts der sozialen Inklusionsforschung an der Fachhochschule St. Pölten, insbesondere die MitarbeiterInnen des Forschungsprojekts sodia, die arbeiteten an der Weiterentwicklung der Erprobung des Instruments, dazu später.

Womit wurde begonnen? Kurze Geschichte. Die Version 1 dieses Instruments ist 2006 entstanden und der Ausgangspunkt war das: In vielen Organisationen wird viel an Daten über Klienten aufgezeichnet. Ihr Einkommen, wer lebt noch, wer sind seine nächsten Angehörigen, sind sie sozialversichert etc. etc.? Sowas heißt dann oft Sozialanamnese. Das Überraschende dabei ist, ich habe sehr viele davon gesichtet, diesen fehlt meistens die Systematik. Es ist nicht ganz klar, was heißt das jetzt alles. Das sind hilfreiche Daten, aber in einem begründbaren Zusammenhang sind sie kaum jemals gebracht worden. D.h. es ging um den Versuch, einen theoretischen Rahmen zu finden, in den das einordenbar ist und mit dem das dann systematisiert werden kann. Es gab einige mögliche theoretische Fundierungen, die ausprobiert wurden, mögliche Ordnungsmuster. Man könnte sich Bedürfnistheorien anschauen von Ilse Arlt oder von Obrecht, man könnte sich an den capabilities orientieren etwa, von Nussbaum. Die Entscheidung fiel letztendlich auf etwas Anderes, etwas was praktisch in Wirklichkeit besser gepasst hat. Die Entscheidung fiel für eine Anlehnung an die Luhmann'sche Systemtheorie, an das wie Dirk Baecker und Uecker dazu weiter gearbeitet und geschrieben haben.

Luhmann'sche Systemtheorie

Vielleicht erst kurz einmal zu Luhmann, damit wird auch das Inklusionsverständnis erweitert, was diesem Chart zu Grunde liegt. Ganz verkürzt gesagt, sagt diese Luhmann'sche Herangehensweise wie diese Gesellschaft zusammenhält, wie sie funktioniert. Nicht mehr

⁸⁵ Transkription der Tonbandaufnahme, Vortrag inkl. Folien auf www.pantucek.com

als Ganzes, als Einheit sondern durch Funktionssysteme, die verhältnismäßig selbständig bestimmte Leistungen anbieten, eine gewisse gesellschaftliche Infrastruktur anbieten und verhältnismäßig selbständig, nach ihrer eigenen Logik entscheiden, wer daran teilhaben kann und wer nicht. Das nennt man dann Inklusion oder Exklusion. D.h. die gibt es nicht generell, sondern die gibt es in Bezug auf bestimmte Teilsysteme dieser Gesellschaft. Bei Dirk Baecker ist das Ganze dann noch einmal diskutiert worden im Hinblick auf die Soziale Arbeit und welches Funktionssystem die denn eigentlich ist oder die Sozialhilfe ganz allgemein genannt. Und er hat das Sozialwesen als Funktionssystem der Daseinsnachsorge beschrieben, also ein substituierendes System, wenn andere, die sozusagen normalen Funktionssysteme nicht zugänglich sind. Das Sozialwesen bietet so etwas wie Ersatz für Inklusion oder stellvertretende Inklusion. Bei Uecker haben wir dann noch eine Ausführung der Arlt-Theorie für Soziale Arbeit gefunden. Die Frage ist, wie machen die Funktionssysteme das? Die interessieren sich per Definition ja nicht für Menschen, sondern für Daten, Datensätze, Adressen. Ich erläutere das in aller Regel an dem Funktionssystem Finanzwesen, Geldverkehr. Bei einer Bank bin ich als Person völlig egal. Für meine Bank ist interessant ein Set von Daten, das sie über mich gesammelt hat. Wenn diese Datensätze in einem für die Bank akzeptablen Zustand sind, dann kann ich mit dieser Karte meine Hotelrechnung bezahlen. Sollte dieser Datensatz, meine soziale Adresse nicht in Ordnung sein, dann kann ich das nicht. Dann kann ich die Karte hingeben und das Hotel oder die Rezeptionistin wird sagen, das geht leider nicht. Das ist ja peinlich. Man ist exkludiert, kurzfristig.

Also, bei Inklusion, diesem Verständnis, geht es vom System her, von den Funktionssystemen her nicht und so gut wie nie um Personen, sondern um soziale Adressen, die können prozediert werden durch die Organisation. Bei Uecker heißt das so, „die Hauptarbeit von Sozialer Arbeit ist, die Arbeit an sozialen Adressen“. Man muss versuchen die sozialen Adressen unserer Klientinnen und Klienten so zu beeinflussen, zu manipulieren, im günstigen Sinne, dass im Resultat Inklusion oder mehr Inklusion da ist.

Erste Version

Zur Frage, wie strukturieren wir so ein Instrument. Da war dann relativ klar, man muss sich anschauen, welche Funktionssysteme ansprechbar sind für unsere Klientinnen und Klienten. Man muss das aufschlüsseln, der Reihe nach. Auch noch etwas, es gibt nicht nur ein einfaches entweder oder, also inkludiert oder exkludiert, sondern es gibt Stufen dazwischen. Volle Inklusion heißt, alle normalen Leistungen eines Funktionssystems angemessen zugänglich zu haben. Dann gibt es Abstufungen dazwischen. Wir werden das anhand einzelner Beispiele anschauen. Damit haben wir automatisch im Hintergrund bei so einem Verfahren so etwas wie einen Anspruch, ein stilles Ideal. Das ist dieses Ideal, dass grundsätzlich allen Menschen in dieser Gesellschaft die Funktionssysteme, d.h. die gesellschaftlichen Ressourcen, die gesellschaftliche Infrastruktur zugänglich sein müssten. Wenn sie das nicht sind, ist das auf jeden Fall ein Problem. Sie sehen jetzt schon ein erstes Eckerl von dem Formular, das so entstanden ist. Für die Strukturierung haben wir angefangen, die wichtigsten Funktionssysteme aufzuzählen. Ich sage die wichtigsten, weil wenn man ein Instrument praktikabel machen will für den Alltagsgebrauch, dann darf es nicht ausufern und muss eine gewisse Übersichtlichkeit behalten. Es gibt eine Liste von Funktionssystemen und dann anhand von Merkmalen wird zugeordnet werden oder festgestellt werden, ist jemand voll inkludiert, weitgehend oder mangelhaft oder handelt es sich hier um eine volle Exklusion. Wenn ich nicht einmal ein Konto eröffnen kann, dann bin ich aus dem Funktionssystem „Geldverkehr“ exkludiert. Sie sehen aus der Logik heraus. Hier ist nicht die Frage „Habe ich Geld oder nicht?“, die wird an anderer Stelle gestellt. Hier ist die Frage „Kann ich dieses Funktionssystem der Banken etc. nutzen?“ und volle Inklusion heißt hier „Ich habe ein Konto. Ich bin kreditwürdig.“ Etwas was schon sehr lange in der Menschheitsgeschichte ein ganz wichtiges Kriterium ist für einen gesellschaftlichen Status. Welche Funktionssystem haben wir dann ausgesucht? Momentan sind wir bei neun. Es hat kleine Änderungen im Laufe der Geschichte gegeben: Arbeitsmarkt, Sozialversicherung,

Geldverkehr, Mobilität, hab ich die Möglichkeiten mich im Land, in der Stadt zu bewegen, das Bildungswesen, Medien, was unter Medien in dem Fall zu verstehen ist, werden wir später explizieren medizinische Versorgung, Kommunikation und lebensweltlicher Support.

Maßstab, das haben wir schon gesagt: als Normalität vorausgesetzt, ist die Möglichkeit der vollen und angemessenen Nutzung der Leistungen dieses Funktionssystems. Diese Normalität variiert je nach Land und historischem Zeitpunkt. Wenn es keine Pflegeversicherung gibt, kann ich von ihr auch nicht ausgeschlossen sein. Sobald es sie aber gibt, ist es relevant, ob ich sie nutzen kann oder nicht. Man kann das jeweils auch als Teilhabemöglichkeit definieren, als Möglichkeit des Zugriffs auf gesellschaftliche Ressourcen. Was wir gemacht haben ist, dass wir versucht haben überall, für jedes dieser Items, jedes dieser Funktionssysteme vorzuschlagen, was unter voller Inklusion hier zu verstehen ist. Es ist jeweils mit solchen Definitionen hier unterlegt. Beim Arbeitsmarkt heißt es:

„Eine volle Inklusion in das System Arbeitsmarkt heißt, dass die Person erfolgreich entsprechend ihrer Qualifikation und ihren Fähigkeiten adäquate Arbeit (auch selbständige Arbeit) finden und halten kann, mit deren Ertrag der Lebensunterhalt angemessen finanziert werden kann (bzw. könnte).“

Auch Exklusion wird definiert:

„Exkludiert ist eine Person, wenn sie keine legale bezahlte Arbeit finden oder annehmen und/oder ihren Lebensunterhalt auch nicht teilweise arbeitsbasiert finanzieren kann; oder sie verzichtet darauf, eine bezahlte Arbeit zu suchen, da sie ihren Lebensunterhalt anderweitig finanziert (z.B. durch eine Pension, durch informelle/illegale Arbeitsverhältnisse).“

So und das ist bereits ein Hinweis darauf, dass es in bestimmten Fällen auch selbstgewählte Exklusion geben kann. Ich kann mich dafür entscheiden oder kann glauben, dass ich mich selbst frei dazu entschieden habe, dass ich nicht

arbeite, keiner Erwerbsarbeit nachgehe. Vorher ist für die Kartografierung, ob einer inkludiert oder exkludiert ist, die Frage, ob jemand sich das selbst zuschreibt als Entscheidung, nicht relevant. De facto ist es trotzdem eine Exklusion. Man kann später noch einmal darüber reden, ob die Person das dann ändern will, aber exkludiert ist sie allemal. Das ist etwas, das erfahrungsgemäß Kollegen und Kolleginnen erst einmal Schwierigkeiten bereitet. Wie auch bei den anderen Funktionssystemen ergeben sich Zwischenstufen dann, wenn zumindest eine der Bedingungen von Vollinklusion nicht gegeben ist. Im Arbeitsmarkt z.B. bei prekären Arbeitsverhältnissen, bei einer Ersatzinklusion auf dem zweiten Arbeitsmarkt, bei unzureichender Bezahlung, die den Lebensunterhalt nur dürrt oder gar nicht abdeckt.

Nun das Beispiel Medien. Da haben wir das so definiert:

„Inklusion heißt, Zugang zu Medien (Zeitungen/Zeitschriften, Radio, Fernsehen, Internet) zu haben, über die Informationen verbreitet werden, die für die eigene Lebensführung, für die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld oder für die Lebensplanung relevant sind; heißt, diesen Zugang auch gezielt zu nutzen und die Informationen entschlüsseln und in ihrer Bedeutung für die eigene Lebensführung einschätzen zu können.“

Dementsprechend die Umkehrung, die Exklusion:

„Keinen Zugang zu Medien haben, diese nicht nutzen oder in Bezug auf ihre Lebensführung nicht entschlüsseln oder richtig interpretieren können.“

„Kommunikation, eine Vollinklusion ist gegeben, wenn die Person: in den verbreiteten Medien für Person-Person-Kommunikation (Briefverkehr, Telefon, SMS, Mail) über zugängliche Adressen verfügt und selbst über diese Medien mit Personen ihrer Wahl ohne unübliche Einschränkungen kommunizieren kann und dies auch tut.“

Das was aus dieser Logik ein bisschen herausfällt, was alle bemerkt haben werden, die sich in der Systemtheorie auskennen, ist der lebensweltliche Support. Der ist kein Funktionssystem, im Sinne der Systemtheorie. Bei Habermas ist das auf der anderen Seite der Unterscheidung zwischen Lebenswelt und System. Wir haben das trotzdem in diese Reihe aufgenommen. Heiko Kleve hat zu Recht darauf hingewiesen, dass man hier eigentlich von Integration sprechen müsste und nicht von Inklusion. Über diese kleine Unsauberkeit schauen wir aber aus pragmatischen Gründen hinweg und hoffen, Sie schauen auch darüber hinweg.

„Voll inkludiert ist eine Person hier, wenn sie zumindest eine andere Personen in der nahen Umgebung hat, die ihr Leben mit Aufmerksamkeit begleitet, gegebenenfalls Unterstützung leistet und dabei die Autonomie der Person wahrt. Die Unterstützung schließt immaterielle Formen wie interessiertes Zuhören, emotionale Zuwendung etc. ein. Für volle Inklusion ist zusätzlich das Vorhandensein eines weiteren umfangreichen sozialen Netzes, vor allem im Feld der nachbarschaftlich/freundschaftlichen oder kollegialen Beziehung charakteristisch.“

Sie sehen, wenn wir Inklusion auf so eine Art und Weise versuchen zu messen oder festzustellen, dann handelt es sich hier um eine Relation. Eine Relation von Mensch und Gesellschaft, also eine Relation von personalen Bedingungen und Systembedingungen. Das heißt wir bilden den zentralen Parameter dessen, was wir bearbeiten, nicht als Eigenschaften der Person ab, sondern eben als Verhältnis von personalen und Systembedingungen.

Bei einem erklärenden Standardbeispiel für das Exklusionschart wird das expliziert an einer extrem übergewichtigen, adipösen Frau, die unter anderem aufgrund dieses Übergewichts auch schon eine Reihe von besorgniserregenden akuten gesundheitlichen Problemen hat, die sozialversichert ist, in einer Stadt mit guter medizinischer Versorgung lebt. Sie geht aber nicht zum Arzt. Sie hat schlechte

Erfahrungen gemacht. Erstens hat sie sowieso Schwierigkeiten, sich in der Öffentlichkeit zu bewegen, hat schlechte Erfahrungen mit Ärzten gemacht, hat sich gedemütigt gefühlt in manchen dieser Zusammenhänge. Formal ist alles da, de facto läuft das auf eine Exklusion aus dem Gesundheitswesen hinaus. Jetzt kann ich behaupten, natürlich ist es ein Problem der Frau, aber das läge an der Frau. Genauso gut kann ich behaupten, es liegt am Gesundheitswesen oder den Organisationen, die vor Ort sind, die sich gegenüber einem bestimmten Klientel respektlos verhalten oder die exkludierend agieren.

De facto als SozialarbeiterIn werde ich an beidem arbeiten. Werde versuchen die Frau zu stärken, zu ermutigen, sie gegebenenfalls zu begleiten, damit sie das schafft. Und ich werde andererseits versuchen Ärzte der Klinik zu finden, von denen ich weiß, dass ich mit denen vorher sprechen kann und vorher erfolgreich sagen kann, wie sie sich verhalten müssen mit der Frau, dass sie nicht gleich wieder davon rennt. Also wir arbeiten an beiden Seiten dieses Verhältnisses. Da haben Sie schon das Beispiel auch dafür, wie geht man tatsächlich vor. Über bestimmte Inklusionsbedingungen können wir, wienerisch gesagt, „d’Kastnet drüber hupfen“, das ist so. Das sind die gesetzlichen Bedingungen, wie sie sind und vor allem im Einzelfall durch Soziale Arbeit nicht beeinflussbar. Was macht man? Man versucht in der Regel an den Schwachstellen zu arbeiten. Die Realinklusionen, Systembedingungen müssen in vielen Fällen von Organisationen ausgeübt werden und die Organisationen haben an den Außengrenzen Personen. Die Personen sind Schwachstellen, Personen sind berührbar von Geschichten zum Beispiel und haben Entscheidungsspielräume, die man dann versucht günstig auszunutzen. Sie kennen das, wie man das macht.

Jetzt kommt noch etwas dazu. Die Entscheidung was wir tun, wo wir sinnvoll intervenieren sollten, hängt ja nicht nur vom Grad der Inklusion oder Exklusion ab. Mitunter wichtig für diese Entscheidung ist eine aktuelle Dynamik. Ein Beispiel, ein Jugendlicher, der gerade aus der Schule, aus einem Kurs rausgeschmissen werden soll, dem droht aktuell Exklusion. Sie ist noch nicht da, aber es ist eine Tendenz, eine Dynamik in diese

Richtung. Da gibt es ein akutes Problem, eine akute Gefahr der Exklusion, das ist etwas, wo wir sofort aktiv werden müssen. Andererseits gibt es Ausschlüsse, die schon länger bestehen und die sehr schwer zu beeinflussen sind. Asylbewerber haben einen Status, der der Inklusion deutliche Grenzen setzt. Da kann es Exklusionen geben, die wir vorerst nicht bearbeiten, weil es aussichtslos wäre. Daher ist für die Entscheidung, was wird getan, oft die Frage der Dynamik, der Tendenz wichtiger als die des Inklusionsgrades. Jetzt haben Sie vor sich eine ausgefüllte Seite eines unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings aus Graz, eine Kollegin hat das gemacht. Interessanterweise, durch den Rechtsstatus und durch seine relativ gute Versorgung, gibt es kaum Totalexklusionen hier in dieser Liste. Sie sehen, dass auf vielen Ebenen dieser Status verhältnismäßig stabil ist, nicht gerade besonders gut, aber stabil. Das sind zwei Dimensionen, wo es eine günstige Tendenz gibt. Übrigens gibt es da so eine gute alte Faustregel der Sozialen Arbeit, man soll nicht an mehr als drei Stellen gleichzeitig agieren, intervenieren. Das heißt, man muss in der Regel eine Auswahl treffen, was man zuerst einmal macht. Natürlich geht man dort vor, wo akut eine Gefahr besteht. Das ist keine Frage und akute Krisensituationen sehen wir hier nicht. Kombinieren sollte man das möglichst mit unterstützenden Interventionen dort, wo er eine Chance hat, also es eine positive Tendenz gibt. Sie sehen da auch, dass hier die Kollegin die Intervention dort setzt, wo es eh schon ein bisschen bergauf geht. Und das ist gut, das so zu machen.

Zweite Version

Gut, das war der erste Teil. Wir haben zuerst den Inklusionschart so gemacht, es hat diese Seite ergeben. Ich habe zuerst gedacht, das ist eher eine Hirnwixerei von uns, sich damit zu beschäftigen und wird nicht auf wahnsinnig viel Interesse in der Praxis stoßen. Ziemlich überraschend war das Gegenteil der Fall. Es sind ziemlich viele Rückmeldungen gekommen von PraktikerInnen, die das verwendet haben. Die Hauptkritik war, dass wesentliche Punkte nicht abgebildet sind, die aber ganz zentral sind für die Arbeitsplanung in der Sozialen Arbeit z.B. das Wohnen. Wohnen ist kein Funktionssystem, da habe ich theoretische Schwierigkeiten damit gehabt. Wir haben lange

diskutiert. Das Ergebnis war, dass wir eine erweiterte Form 2 des Inklusionscharts gemacht haben und noch zwei weitere Dimensionen dazu genommen haben. Eine Dimension ist die Inklusion und Funktionssysteme und die weiteren Dimensionen waren dann Existenzsicherung und Funktionsfähigkeit. Daneben ist dann auch noch eine Variante entstanden, die sog. „integrachart“, das war sehr interessant. Da sind KollegInnen gekommen, die in Wien Case Management für arbeitsfähige Sozialhilfebezieheraufgebaut haben. Und wir haben gesagt, wir brauchen zwei Dinge. Wir brauchen ein Instrument, um die Lebenslage, Problemkonstellation der Klienten zu erfassen, um einen Hilfeplan erstellen zu können etc. und wir müssen das statistisch auch hiermit erfassen können. So wurde die Inklusionschart hergenommen und haben es ein bisschen umgearbeitet. Das hat auch etwas mit dem Auftraggeber zu tun, der Auftraggeber der Arbeitsmarktservice und dort muss alles auf den Arbeitsmarkt hin formuliert werden. Also haben wir etwas umformuliert und das in großem Maßstab eingesetzt. Dazu komme ich am Schluss noch ganz kurz. Übrigens gibt es inzwischen eine Version 3, da haben wir auf Basis empirischer Befunde und der Kooperation mit anderen Trägern aus den verschiedensten Teilbranchen die Sache noch einmal überarbeitet. Wir sehen die Sache jetzt als kompaktes Klassifikationssystem, sehr kompaktes Klassifikationssystem für den Bereich der Sozialen Arbeit.

Achsen

Konsequenterweise nennen wir die Dimensionen inzwischen auch Achsen. Also Achse 1 wäre Inklusion und jetzt schauen wir uns die nächsten Achsen vielleicht noch an. Achse 2 ist Existenzsicherung (Wohnen, Lebensmittel, Sicherheit) und versucht das auch wieder möglichst kompakt hinzukriegen und dieses Beispiel ist wieder von unserem unbegleiteten minderjährigen Flüchtling. Es kommt eine neue Spalte dazu. Die heißt Substitution. Was heißt Substitution? Die Existenzsicherung kann ja auf Basis der normalen Teilhabe der Personen am gesellschaftlichen Prozess des Austauschs und der Arbeitsteilung gesichert sein. Z.B. jemand hat ein gesichertes Einkommen aus eigener

Arbeit und kann sich so in Kombination mit einem Kredit auf dem freien oder geförderten Markt eine Wohnung oder ein Haus leisten. Andere Personen können oder wollen das nicht, greifen nicht auf eigene Leistungen und das Entgelt dafür zurück, sondern nehmen oder müssen Substitute, Ersatzleistungen in Anspruch nehmen. Das Sozialwesen stellt solche Substitute zur Verfügung, Betreutes Wohnen, Heimplätze etc. Durch die Inanspruchnahme von Substituten ergibt sich in der Regel eine Abhängigkeit, die über geschäftliche Beziehungen, wie z.B. beim Mieten einer Wohnung hinausgeht. Diese Abhängigkeit kann persönlich gefärbt sein oder in Auflagen, zeitliche Begrenzung, Wohlverhalten etc. bestehen. Hilfen die flächendeckend und nicht stigmatisierend zur Verfügung stehen, werden hier nicht als Substitute verzeichnet z.B. geförderte Kredite zur Wohnraumbeschaffung, auch nicht Transferleistungen wie Pensionseinkommen. Beziehen sie aber Sozialhilfe, dann beruht die Existenzsicherung auf einer Substitution. Und in dieser Spalte „Substitution in Prozent“ wird ausgewiesen, in welchem Ausmaß ungefähr der derzeitige Standard der Existenzsicherung auf solchen Substitutleistungen besteht. Um die Sache einigermaßen kompakt zu halten, mussten wir uns bei der Existenzsicherung auf drei Ebenen begrenzen, die dann entsprechend relativ weit gefasst sind. Am erwartbarsten ist vielleicht noch was unter Wohnen zu verstehen ist. Adäquat ist:

„Ein zumindest trockener und heizbarer Raum mit Bett; mit Möglichkeiten den Besitz sicher und ohne Zugriff durch andere aufbewahren zu können; Raum und Möblierung, um sich ungestört erholen zu können oder anderen Tätigkeiten nachzugehen, die gemeinhin mit "Wohnen" assoziiert werden (Gestaltung des Raumes, Lesen, Fernsehen, Musik hören, Schreiben, Gäste empfangen und bewirten, Kochen, für die eigene Körperhygiene sorgen, ungestörte intime Kommunikation, Haustiere halten etc.).“

Davon ist unser unbegleiteter minderjähriger Flüchtling sehr weit entfernt, obwohl er in einem Heim eine gesicherte Unterkunft hat, aber in einem 4-Bettzimmer dort untergebracht

ist und damit schon einem Großteil dessen, was man gemeinhin mit Wohnen assoziieren könnte, de facto unmöglich ist.

Lebensmittel ist sehr weit gefasst.

„Unter Lebensmittel werden hier all jene Produkte verstanden, die für die Lebensführung benötigt werden. Das sind sowohl Nahrungsmittel als auch andere Güter des täglichen Bedarfs.“

Sicherheit:

„Sicherheit heißt in erster Linie, dass die körperliche und psychische Integrität nicht bedroht ist, dass man sich nicht um den persönlichen Besitz fürchten muss, Geheimnisse bewahren kann, auch unbeobachtet mit Personen kommunizieren kann etc.“

So hat die Kollegin das bei unserem unbegleiteten minderjährigen Flüchtling ausgefüllt.

Und die dritte Achse, da kommen jetzt doch die personalen Bedingungen noch mit hinein, die wir unter Funktionsfähigkeit (Gesundheit, Kompetenzen, Sorgepflichten) gefasst haben, so wie beim ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), allerdings extrem kompakt gemacht, also als Konkordat von vielen hunderten einzelnen Items, die es beim ICF gibt, sind genau zwei Dimensionen geworden, bei den personalen Bedingungen drei Dimensionen. Für Interventionsstrategien der Sozialen Arbeit ist die Funktionsfähigkeit der Klientinnen und Klienten, ihre Fitness, eine nicht zu vernachlässigende Rahmenbedingung. Schließlich hängt von der ab, wie Personen im gesellschaftlichen Umfeld wahrgenommen werden, welche Wege ihnen offen stehen oder versperrt sind, was ihnen an Eigenleistung zugemutet werden kann und was nicht. In beiden Teilen der theoretischen und methodischen Literatur zur Sozialen Arbeit wird komischerweise der Aspekt der Funktionsfähigkeit ausgeblendet bzw. keiner eingehenden Betrachtung gewürdigt. Im Praxiskontext spielt er jedoch eine große Rolle für die Zielformulierung, Interventionsplan. Insofern haben wir die beiden Dimensionen mit Gesundheit und Kompetenzen mit herein

genommen. Unter Kompetenzen werden in dem Fall anwendbare Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person verstanden, die sie für die Gestaltung ihres Alltagslebens etc. benötigen, inklusiver, kompetenter Umgang mit Nichtwissen.

In der Summe sieht das dann so aus wieder für unseren Flüchtling. Und sie sehen hier, es gibt noch eine letzte Zeile, die ist das umstrittenste Ding an der ganzen Sache. Ich möchte das kurz begründen. Beim Funktionsniveau gibt es beim DSM-IV eine Hunderterskala zur Einschätzung des „socialfunctioning“ einer Person, die im Wesentlichen ausdrückt, wie weit jemand fähig ist, soziale Beziehungen einzugehen ohne sich oder den Anderen zu gefährden. Dass er fähig ist da etwas zu spüren, das ist etwas, das sehr stark variiert, was ja vor allem bei Menschen

mit psychischen Belastungen, psychischen Erkrankungen, mit Stimmungen, der momentanen Verfasstheit zu tun hat. Insofern ist das hier eine Momentaufnahme. Das ist das, wo man normalerweise den Kollegen fragt, „Und wie gut war er heute drauf?“. Das kann hier gefasst werden mit dieser Skala. Sehr umstritten. Viele Kolleginnen und Kollegen wollen das nicht tun, sagen es sei eine zu wertende, möglicherweise stigmatisierende Sache. Ich bin nicht ganz mit ihnen einer Meinung, weil de facto wird es immer getan. Denn die Frage, wie gut ist jemand drauf, spielt immer eine Rolle, wird immer weitergegeben und dann sollte es zumindest niedergeschrieben und diskutierbar sein, als Kriterium für Fachlichkeit. Ich versuche jetzt möglichst in raschem Durchlauf den Rest noch zu machen.



Ilse Arlt Institute on Social Inclusion Research

IC3

2. Existenzsicherung	adäquat	weitgehend	mangelhaft	nicht gewährt.	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen			X		100	=	Unterbringung in Heim, kaum Privatsphäre, 4 Personen pro Zimmer	
B. Lebensmittel	X				80	=	Versorgung mit Essen, Medikamenten etc., sonstige Gegenstände selbst gekauft	
C. Sicherheit			X		60	=	dzt. weitgehend sicher, aber Unsicherheit über möglichen Verbleib in Ö	
3. Funktionsfähigkeit	sehr gut	eingeschränkt	mangelhaft	gefährdend		Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Gesundheit		X				↗	ständige Rücken- und Fußschmerzen als Folge der Flucht	Orthopädie, Physiotherapie
B. Kompetenzen		X				↗	Verbesserung durch Kurse dzt.	Deutschkurse und andere Kurse werden organisiert, ist hoch interessiert
C. Sorgepflichten								
D. Funktionsniveau	Einschätzung nach GAF-Scale				Maximum Jahr	65	aktuell	65

Formular © peter pantucek, Projektgruppe SODIA 2005-2012. Verwendung unter Beibehaltung des Copyright-Hinweises frei

Kooperative Diagnostik

Ursprünglich war das nicht gedacht als Instrument kooperativer Diagnostik, d.h. dass man das mit dem Klienten bearbeitet. Da sich aber günstige Praxisberichte über den Einsatz im Gespräch mit dem Klienten gehäuft haben, haben wir uns das im Forschungsprojekt dann

systematisch angeschaut und diese Einsatzvariante untersucht und waren angenehm überrascht. Klienten, die keine gravierenden, kognitiven Beeinträchtigungen aufweisen, haben offensichtlich von einem Gespräch, das anhand des Formulars geführt wurde, profitiert. Es konnten keine unerwünschten oder kontraproduktiven

Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung oder auf den Unterstützungsprozess beobachtet werden. Das Ausmaß der kooperativen Beteiligung der KlientInnen war jedoch nicht immer gleich gut ausgeprägt. In der Regel läuft das Interview mit dem Hinweis darauf, dass sie nun anhand dieses Formulars wesentliche Aspekte der Lebenslage besprechen wollen. Es ist durchaus hilfreich, wenn sich die Interviewerin dabei vom Formular ein bisschen distanziert. „Für das Ausfüllen gibt es Regeln. Vielleicht muss man einmal in der Beschreibung nachschauen, damit ich das richtig mache. Bitte helfen Sie mir, dass wir das gemeinsam hinbekommen.“ Die Distanzierung ermöglicht es vielleicht eine Position einzunehmen, in der man den Klienten, die Klientin nicht verhört, sondern mit ihr/ihm gemeinsam, sozusagen Schulter an Schulter den Blick auf das Formular und die dadurch aufgeworfenen Fragen richtet. Oder man lässt sich Zeit, also wie etwa bei diesem Case Management Projekt. Es sollten in spätestens drei Monaten, wenn man einen Hilfeplan erstellt, die Daten vollständig sein. Zwei verschiedene Umgänge damit.

Was bringt es, das mit dem Klienten zu machen? Es bringt uns ein Stück Realismus mit ein in die Beschreibung unserer Ziele und Aktivitäten. Auch für uns, damit wir nicht ausgeliefert sind, unserer Empörung über die Umstände, ausgeliefert unseren Emotionen beim Hören der individuellen Leidensgeschichten. Verstehen Sie mich nicht falsch, wir brauchen das. Wir brauchen die Empörung und wir brauchen das Mitgefühl. Sie sind Wegweiser und Teile unserer Ausstattung als Menschen. Wir können auf sie nicht verzichten und sie können uns auch Kraft geben. Aber als Profis braucht man einen abstrakteren Rahmen der Situationseinschätzung. Den brauchen übrigens auch unsere Klienten. Inwieweit ist das ein

persönliches Schicksal oder nur die Ausprägung des Allgemeinen, kollektiven Schicksals? Das Inklusionschart hilft etwas bei dieser Einordnung, hilft dabei den größeren Zusammenhang zu sehen. Hilft auch dabei Ressourcen und Möglichkeiten zu identifizieren bei den Klienten. P. und K. Lüdtke haben mit so einer Spinnengrafik die Geschichte visualisiert für die Klienten, um es ihnen mitzugeben. Die arbeiten mit hochgradig exkludierten Klienten und machen Verläufe und schauen sich nach einem Monat nochmal den Status an und die Klienten kriegen das in die Hand. Im günstigen Fall dehnt sich dieses Netz dann aus.

Noch kurz ein Wort zu den aggregierten Daten. Am Beginn stand der Wunsch den Einzelfall in den sozialarbeiterisch wichtigen Dimensionen kompakt abzubilden. Ein Bild der Lebenslage zu bekommen, in all die anderen persönlichen Probleme die in den Alltag eingebettet sind. Was sich im Lauf der Zeit herausgestellt hat, ist ein anderes Potential. Die Daten sind relativ leicht aggregiert zu verarbeiten und damit kann man Aussagen über Inklusion, Exklusion von Populationen machen, z.B. vom Klientel einer Organisation. Mit der Variante integra-Chart haben wir das erstmals gemacht. Die wurde eben flächendeckend eingesetzt bei arbeitsfähigen Sozialhilfebeziehern. Da hat man ziemlich gut die Weiterentwicklung dieses Angebots begründet auch gegenüber den Geldgebern, dem Sozialministerium, AMS, u.a. deswegen damit gezeigt werden konnte anhand dieser Typologie, dass doch ein großer Prozentsatz der Personen, die hier die bedarfsorientierte Mindestsicherung erhalten, dass ein Großteil von denen in multiplen Lagen von Exklusion ist. Und es völlige Illusion ist, zu meinen, man könne mit ein bisschen Druck und ein bisschen Schulung die Leute in den Arbeitsmarkt hineinzwingen. Auch das ist ein Ergebnis einer versuchten Messung. Ich danke Ihnen, dass Sie jetzt so lange zugehört haben.

Biografische Resilienz von Folterüberlebenden – ein Inklusionsthema?

Gesa Busche

Kurzbiographie

Gesa Busche hat nach ihrem Soziologie- Studium und ihrer Diplomarbeit über die soziale Situation in „Flüchtlingsheimen“ als Yoga- und Tanzlehrerin gearbeitet. Sie wandte sich zwei Jahre später erneut der Flüchtlingsthematik zu und arbeitete einige Jahre als Koordinatorin von „Refugio Thüringen“ in Jena.



Vortragsbeschreibung

Der Vortrag zum Thema „Biografische Resilienz von Folterüberlebenden – ein Inklusionsthema?“ befasst sich einerseits mit biografischen Dimensionen von Folterüberlebenden, die trotz bestimmter restriktiver Rahmenbedingungen und existentiellen Krisenerfahrungen eine „erfolgreiche“ Inklusion in Deutschland vollzogen haben. Andererseits werden die Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Strukturen (im Herkunfts- und Aufnahmeland) und dem Handeln und Orientieren von Individuen beleuchtet, die Inklusion erleichtern oder erschweren können.

Biografische Resilienz von Folterüberlebenden – ein Inklusionsthema?

- **Resilienz**

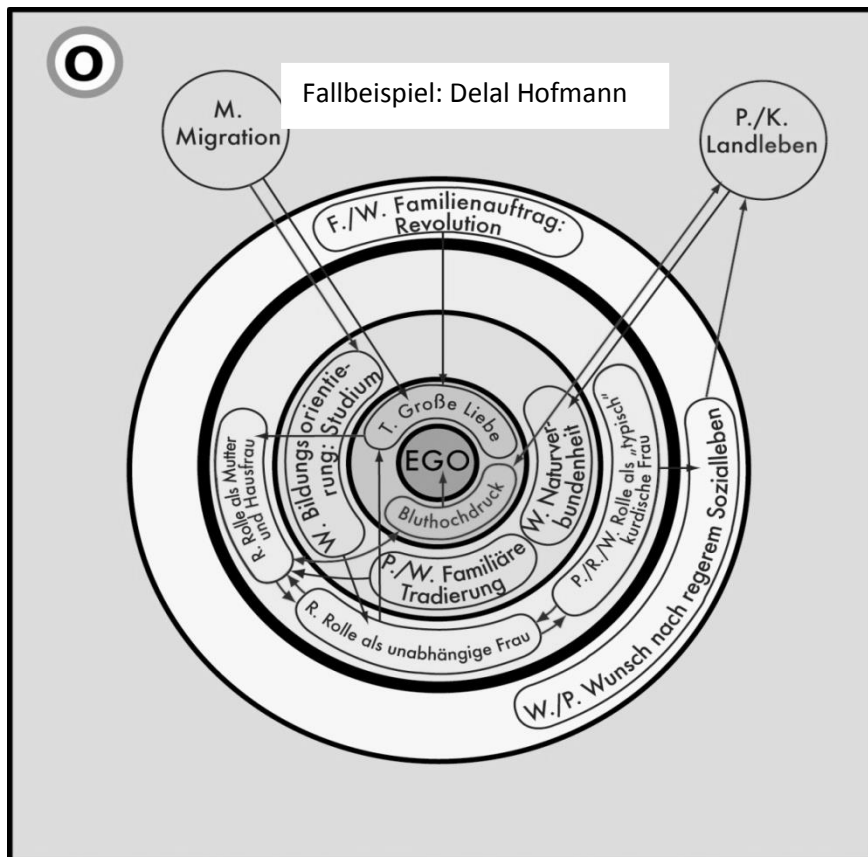
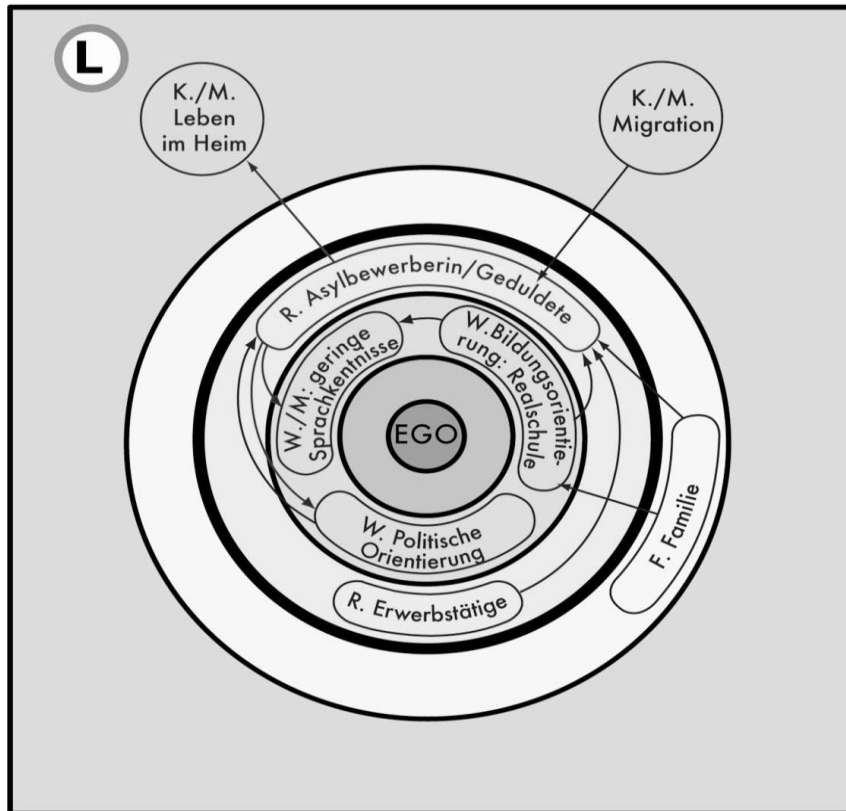
- lebenslanger, einzelfallspezifischer, kontextgebundener Prozess
- Möglichkeit, unter „widrigen Umständen“ Autonomie der Lebenspraxis wiederzuerlangen oder zu erhalten
- „conditionalmatrix“ fokussiert Wechselspiel von Autonomie und Heteronomie der Lebenspraxis
- Hier: „Flüchtlingsleben in Deutschland“

- **Inklusion**

- Möglichkeit gesellschaftlicher Chancengleichheit, das Recht aller auf Autonomie und gleiche Lebenschancen
- rechtlich nicht anerkannten Flüchtlinge bleiben ein Großteil der Teilhabechancen aufgrund der Gesetzeslage verwehrt
- Rehabilitation (als Inklusionsvoraussetzung) von Folteropfern wird rechtlich in Aussicht gestellt, aber praktisch auch durch Unterstellung der „Lüge für den Aufenthalt“ erschwert

- **Empirische Studie** (Dissertation)

- Frage nach der Resilienz von kurdischen Fluchtmigrantinnen im Kontext von Folter, Verfolgung und Flucht?
- Unterschiedliche individuelle Praktiken im Zusammenspiel mit Kontexten/ Strukturen, die entweder Voraussetzungen schaffen oder faktische Inklusion ermöglichen



- **Biografische Resilienz als Wegbereiterin gesellschaftlicher Inklusion**
 - Fluchtmigration als Schutz vor erneuter Verfolgung und Folter
> Flucht sichert Existenz als Grundvoraussetzung aller Inklusion
 - Naturverbundenheit als spirituelle Praktik und als biografische Kindheitserfahrung > Bewältigung des Alltags
 - Rollenimprovisationen > Transformationsfaktor als Anschlussmöglichkeit für neue Rollen in Deutschland
 - Delegationsstrategien > Inklusion/ sozialer Aufstieg durch Bildung für die kommende Generation erleichtern die eigenen faktischen Begrenzungen
 - Erzählen über Folter (in Psychotherapien oder öffentlich in Form eines Buches/ als politische Akteurin) > Inklusion durch öffentliche Wahrnehmung und rechtliche Anerkennung
 - Individualisierungsmöglichkeiten > Alphabetisierung, Liebeshochzeit oder Enthierarchisierung der Ehe als Voraussetzung für geschlechterbezogene Chancengleichheit und Inklusion

Inklusion in die Gesellschaft nach Rückführung – Inklusion im globalen Kontext

Alassane Dicko

In diesem Vortrag wird die Thematik der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen aus internationaler Sicht betrachtet. Alassane Dicko berichtet von seiner Arbeit bei der 1996 gegründeten „Association Malienne des Expulsés“ (AME) mit zurückgeführten Personen in Mali und deren Situation vor Ort.

Die „Association Malienne des Expulsés“ (AME)



Die AME ist ein Zusammenschluss von Abgeschobenen, die neu Zurückgeführten Unterstützung zukommen lassen. Die meist aus Europa und dem Maghreb, wie auch aus anderen arabischen Ländern abgeschobenen Menschen werden durch ehrenamtlich Tätige praktisch auf medizinischer, juristischer und psychosozialer Ebene, aber auch finanziell unterstützt.

So stellt die AME durch einen „Auffangraum“ im Flughafen Bamako-Senou eine erste Unterkunft für Ankommende zur Verfügung, wo sie erste Hilfen erhalten, aber beispielsweise auch Fahrtgeld für die Reise in den Heimatort.

Auch in den Wüstenorten an der Grenze zu Algerien ist die AME präsent, um Zurückgeschobene aufzufangen. Neben diesen direkten und praktisch ausgelegten Hilfen liegt der weitere Fokus auf Öffentlichkeits- und Kampagnenarbeit, z.B. um für das Recht auf Freizügigkeit, welches in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte festgelegt ist, einzutreten.

Im Zuge ihrer Forderungen vernetzen sich die freiwilligen MitarbeiterInnen der AME nicht nur mit anderen Organisationen in Mali, sondern auch auf internationaler Ebene in migrationspolitischen und globalisierungskritischen Netzwerken.

Inklusion in die Gesellschaft nach Rückführung – Inklusion im globalen Kontext

Übersetzung: Caroline Elias

Moderation: Sabine Eckart, medico international

Sabine Eckart: Ich möchte mich kurz vorstellen. Mein Name ist Sabine Eckart von medico international. Ich bin hier eingeladen worden, zusammen mit unserem Partner von der Vereinigung der abgeschobenen Malier aus Bamako, der neben mir sitzt, Alassane Dicko, um hier die internationale und die globale Perspektive einzubringen, der Herkunfts- und Transitländer und in diesem Falle eines Abschiebe- und Rückschiebelandes. Ich selbst bin bei medico zuständig für Migration und Afrika. Und da medico hier vielleicht nicht bei allen bekannt ist, nur zwei Sätze dazu. Wir kooperieren in erste Linie mit Selbsthilfeorganisationen, die wir in ihren Prozessen der Selbstorganisation und der Durchsetzung politischer Forderungen unterstützen, sowohl dort als auch hier und umgekehrt. Insofern freue ich mich ganz besonders, dass Alassane Dicko hier ist, weil er eben die authentische Sicht aus ihrer Arbeit hier einbringen kann. Alassane Dicko ist Beauftragter für Kommunikation bei der AME, also befasst sich vorwiegend mit der Vermittlung von Information in erster Linie in die malische Gesellschaft, weil es dort auch ein Informationsdefizit gibt, zum einen über die Abschiebepaxis in Europa, aber auch den zunehmenden Abschiebungen innerhalb Afrikas. Das ist etwas, was hier nicht so in den Blick genommen wird. Zum einen gibt es Rückschiebepaxis natürlich aus europäischen Anrainerländern im Norden Afrikas und im Westen z.B. Mauretanien und zum anderen sind auch Länder wie Kenia und Angola massiv dabei afrikanische Migranten aus anderen Ländern abzuschieben. Um den Bogen zur Diskussion hier noch zu spannen: Abschiebung ist natürlich auch eine traumatische, traumatisierende Erfahrung. Es geht erst einmal, nachdem man sich in einer neuen Gesellschaft eingefunden hat, um den Verlust sozialer und zum Teil auch familiärer Bezüge. Es findet eine Exklusion in mehrfachem Sinne statt. Zum einen aus der Abschiebe- bzw. Rückschiebegesellschaft sofern man da überhaupt schon angekommen ist und aber

auch gleichzeitig des Rückkehrers aus der Rückkehrgesellschaft. Es ist äußerst schwierig, darüber kann Alassane gleich noch berichten, für Abgeschobene, wieder in die eigene Gesellschaft zu finden, nicht nur weil sie dort ökonomisch nicht verortet sind, sondern weil es auch jede Menge Vorurteile und Tabuisierungen gegenüber Abgeschobenen gibt, eben auch aufgrund der Unkenntnis des europäischen Asylsystems. Die AME versucht sich dem entgegenzustellen. Zum einen indem sie Verständnis und Empathie für die Abgeschobenen ganz konkret durch Solidarität wirksam werden lässt. Außerdem hat sie die Enttabuisierung dieses Themas in der Öffentlichkeit vorangetrieben ganz zentral in den letzten Jahren und Selbsthilferessourcen mobilisiert, was auch ein ganz zentraler Punkt zur psychosozialen Verarbeitung der Erfahrung der Abschiebung ist, Handlungsmöglichkeiten aufzeigt und die Abgeschobenen dadurch eben auch wieder ermächtigt in der Gesellschaft eine Rolle einzunehmen. Das besondere Markenzeichen der AME ist, dass sie auch unmittelbare soziale, medizinische, psychosoziale Hilfe für die Abgeschobenen verbindet mit einer explizit politischen Arbeit gegenüber den malischen Institutionen aber eben auch in regionalen und internationalen Netzwerken gegenüber den internationalen Institutionen oder den Abschiebeländern. Sie versucht eben auch die Abgeschobenen wieder zu inkludieren in die malische Gesellschaft, zunächst indem sie eben in die Gemeinschaft der Abgeschobenen einbezogen werden, indem sie sie darin unterstützen in die Herkunftsfamilien zurückzukehren, was gar nicht so einfach ist, nach dieser Erfahrung, auch indem sie ihnen Leistungen zugänglich machen aus dem Gesundheitssystem. Sie versuchen sie wirklich auch in die Regelversorgung zu inkludieren, dazu kann Alassane gleich noch mehr sagen und sie arbeiten mit einem Unterstützungssystem von Juristen und Psychotherapeuten zusammen, die ebenfalls die Brücke zur Gesellschaft darstellen.

Seit der Zuspitzung der politischen Krise in Mali ist die AME auch zunehmend mit der Situation der intern Vertriebenen, aus dem Norden Vertriebenen, in Mali befasst und leistet dort auch eine extrem wichtige, psychosoziale Arbeit in beide Richtungen, in die malische Gesellschaft wie auch zu den Betroffenen. Da geht es vor allem um von Gewalterfahrung betroffene Frauen und Mädchen, um sexualisierte Gewalt, also eine extrem schwierige Arbeit. Alassane ist da, um das in der Dimension auch zu berichten, wie es sich

aus der Praxis darstellt. Wir haben jetzt noch ca. eine Stunde Zeit, es wird konsekutiv übersetzt, weswegen ich davon ausgehe, dass wir etwa 30 bis 40 Minuten für den Vortrag von Alassane vorsehen müssen und dann hoffentlich noch 20 - 30 Minuten für Diskussion haben. Die aktuellen Entwicklungen in Mali haben wir bewusst aus der Darstellung herausgenommen, weil diese so komplex sind, dass der Erklärungsbedarf viel zu hoch wäre, um dann dem Tagungsthema noch gerecht zu werden. Ich denke, das trifft auf ihr Verständnis. Alassane, bitte...

Alassane Dicko:

Vielen Dank und einen schönen guten Tag. Zunächst möchte ich mich ganz herzlich bei den Veranstaltern dieses Kolloquiums bedanken, bei der BAfF, medico international, die uns aus dem Süden die Möglichkeit gegeben haben, hierher zu kommen, zum Gedankenaustausch, zum Erfahrungsaustausch und über unsere best-practice zu sprechen. Wie Sabine gerade gesagt hat, mein Name ist Alassane Dicko und ich selbst stamme aus der Migration. Und wir sprechen in dieser Situation, als Fachleute für Migration natürlich auch für uns selbst. Wir suchen bis heute nach unserem Platz in der Gesellschaft. Wir waren gewissermaßen dazu gezwungen diesen Zusammenschluss von abgeschobenen Flüchtlingen zu gründen. Bei uns in Westafrika, aber das gilt für Gesamtafrika, ist die Frage der Migration, der Auswanderung, der Einwanderung, wirklich ein ganz zentraler soziokultureller Aspekt. Für uns ist Migration etwas, das mit Reichtum zu tun hat, ein Entdecken anderer Kulturen und Gesellschaften und man geht woanders hin, um zu erfahren, wer man selbst ist. Und man geht auch, um sich natürlich menschlich am Ende reicher zu fühlen und Dinge zu erfahren, kennenzulernen, die man dann zum Nutzen der Gesellschaft wieder mit nach Hause bringen kann.

In unserer Gesellschaft stellen deswegen Migranten natürlich auch in gewisser Weise Helden dar. Das führt dazu, dass jene, die das Schicksal haben, wider ihren eigenen Willen zurückkehren zu müssen im Land unverstanden sind, also unverstanden sowohl sich selbst, dem eigenen Schicksal gegenüber, als auch

innerhalb der Gesellschaft. Das hat dazu geführt, dass wir 1996 diese Organisation gegründet haben, um uns gegenseitig zu unterstützen, sozial natürlich, aber eben auch, um aufzuzeigen, dass uns hier Unrecht widerfährt, dass hier auch Missbrauch letztendlich stattfindet und auch um uns unseren Platz innerhalb der Gesellschaft zu erstreiten.

Abschiebung ist mit drei zentralen Punkten verbunden, die auch im Herzen, im Kern unserer Arbeit liegen. Der erste Teil ist wie gesagt der Bruch, der entsteht durch Zwangsrückführung, durch die Abschiebung, die natürlich einerseits im Leben der Person wirkt, aber die auch in der gesamten Gesellschaft politisch wirksam ist und auf die Person zurückfällt. Wir definieren es so, dass ein Migrant jemand ist, der außer Landes gegangen ist, um woanders ein besseres Leben zu erwarten und der dann auch im Moment seines Verlassens, alles aufgegeben, alles geopfert hat. Dieses eigene, auf sich selbst bezogene Unverständnis wird verdoppelt durch das Unverständnis der Gesellschaft, die begreift diese Abschiebung als eine Art Fluch oder als eine Art Scham, die der Person dann anhaftet. Und der letzte Teil, der dritte Teil ist das Verhalten unserer Regierung. Die Regierungen sind auch sehr schnell darin Abkommen mit den Abschiebeländern zu unterzeichnen. In diesen Abkommen geht es auch um Geld und gleichzeitig drehen sie uns, den Abgeschobenen, die kalte Schulter zu und nehmen keine Notiz von uns.

Das hat uns, wie gesagt, dazu genötigt unser Schicksal selbst in die Hand zu nehmen, um auch den Regierungen unserer Herkunftsländer, aber auch der abschiebenden Länder zu zeigen, in welcher Not wir häufig sind, welche Art von Regelverletzungen, Regelverstößen damit auch verbunden sind und auch letztendlich um unsere eigene Situation aufzuwerten.

1996 haben wir angefangen unser eigenes Schicksal in die Hand zu nehmen. Der Verein wurde dann 2005 gegründet und in der Zwischenzeit gab es keine Unterstützung von Remigranten in Mali, was dazu geführt hat, dass es nicht thematisiert wurde. Es fand nicht statt, dass es viele Selbstmorde gegeben hat und dass viele "in den Wahnsinn abgeglitten sind". Und viele Zwangsrückgeführte haben ja eine gewisse oder eine längere Zeit im Ausland verbracht und kehren dann zurück und sind erst einmal orientierungslos. Sie haben die Veränderungen im Land nicht miterlebt, sie werden von ihrer Familie nicht verstanden. Letztendlich leben sie fast in einer Form von Scham. Es wird weggesehen, wie sie leben, wer sie sind. Das führt häufig dazu, dass sie bewusst nicht in die Familie oder ins Herkunftsdorf zurückkehren. Familie und die Gemeinschaft des Dorfes sind aber das, was unsere Person im Kern ausmacht, was unser Leben zentral definiert. Morgens sind wir noch Leute, die legal eingewandert sind, abends sind wir Abgeschobene. Wir leben ein Doppelleben auch gegenüber unseren Familien, denn die haben immer das Bild desjenigen Migranten vor Augen, der es geschafft hat und der dann regelmäßig ins Dorf zurückkehrt, erfolgreich und auch Geld mitbringt. Wir sind sozusagen doppelt verlassen.

Viele Menschen haben nicht nur eine wirkliche Perspektive im anderen Land verloren, sondern häufig haben sie auch ihre Frau verloren. Sehr häufig sind Trennungen nach einer Abschiebung. Sie haben die Familie entzweit, in zwei Lager. Da sind wirklich Schicksale damit verbunden. Und sie leben in einer Form, einer Existenz, mitunter irren sie durch das Land ohne wirklich eine klare soziale Position, neben dieser Scham, die sie auszeichnet. Es gab immerhin 17.000 - 19.000 Flüchtlinge, die zurückgeschoben worden sind und wir haben

2006 festgestellt, dass viele von uns posttraumatische Störungen aufweisen. Mali hat eine Bevölkerung von 18 Millionen und weitere 5 Millionen Menschen aus Mali befinden sich im Ausland. Es gibt eine Liste der entwickelten Länder und wir befinden uns auf dieser Liste auf dem 250. Platz, was die Entwicklung der Länder betrifft. Insofern ist es für viele von uns von vitalem Interesse sich umzusehen, um sich eine persönliche Zukunft aufzubauen. Es gibt seriöse, sehr genau detaillierte Studien, die auch teilweise in Europa erstellt wurden und seit 1988 hat man festgestellt, dass die im Ausland lebende malische Bevölkerung mehr als zweimal so viel Geld ins Land schickt als offizielle Einrichtungen an Entwicklungshilfe dem Land geben.

Gleich nachdem wir uns zusammengeschlossen haben, haben wir wirklich die Feststellung gemacht, dass etwas in unserem Kopf nicht funktioniert, dass wir etwas nicht begreifen können. Dass wir auch merken, dass auch im Land vieles nicht funktioniert, das ist ja der Grund weshalb viele ins Ausland gehen, aber dass eben diese Gesellschaft an und für sich nicht funktioniert, sonst wäre unsere Situation nicht so hoffnungslos. Das Erste was wir gemacht haben, wir haben nicht als Experten gehandelt, wir haben als Betroffene gehandelt. Wir kannten uns darin aus und haben eine Art Ankunftsstelle im Flughafen eingerichtet, die Leute, die abgeschoben worden sind, in Empfang nimmt. Es kommen immer noch täglich Menschen an, entweder als Einzelreisende oder als Gruppe. Und wir haben der Politik gesagt, dass wenn sie sich der Thematik nicht annimmt, dann forderten wir einen Ort und Möglichkeiten diese Menschen in Empfang zu nehmen, die so sind wie wir. Die eben das durchleben, was wir schon durchlebt haben. Darin sind wir Spezialisten und das wäre für uns die Möglichkeit etwas zu schaffen, um ihre Situation einfach zu erleichtern. Wir haben es jetzt also geschafft, mit Hilfe der Dinge, die uns da zur Verfügung gestellt worden sind, die Menschen aufzunehmen, ihnen ein Obdach für die ersten drei Tage zu bieten, die ersten drei Nächte, eine Nahrungsmittelhilfe zur Verfügung zu stellen, auch einiges Hilfspersonal ist da. Es gibt Ärzte die kleinere, größere, aber auch schlimmere Krankheiten für das Erste versorgen können. Das sind die ganz zentralen ersten

Hilfsmaßnahmen und vor allem finden sie ein offenes Ohr für ihre neue, besondere Situation, für ihre gesellschaftliche Situation. Und wir versuchen ihnen zu helfen, wirklich vom ersten Moment an sie selbst zu sein.

Wir haben das Individuum in den Kern unserer Arbeit gestellt und kümmern uns gleichzeitig auch um die Umwelt, um die Familie, denn diese Familie hat häufig eben den gleichen Schock oder die gleiche Bewältigungsarbeit zu leisten. Häufig ist es so, dass die Väter ganz stolz sagen, 'mein Sohn ist im Ausland' und irgendwann muss er sagen, 'nein, er ist nicht mehr im Ausland, mein Sohn wurde abgeschoben, wurde ausgewiesen'. Das ist der gleiche Schock, wie für denjenigen, der ausgewiesen worden ist und es geht eben wirklich darum, hier auch weiteren Personenkreisen zur Seite zu stehen bei dem, was jetzt keine körperliche, sondern was eine soziale, eine seelische Krankheit sein kann, eben die Verarbeitung. Themen wie Trauma, wie psychologische Unterstützung und andere Dinge waren in Mali praktisch unbekannt. Das sind alles Themen, die sie hier als selbstverständlich im Westen erachten, während wir festgestellt haben, dass es hier Probleme gibt. Wir müssen Namen für die Probleme finden, wir müssen versuchen herauszufinden, wie man mit ihnen umgeht und erst durch das Formulieren dieser ganzen Probleme sind wir langsam auf Antworten gekommen und konnten dann auch das fordern, was wir heutzutage haben, nämlich auch wirklich fachliche Hilfe.

Wir haben deswegen letztendlich ersteinmal dieses Problem vorstellen müssen, um dann auch Mittel zu finden, wie man damit umgeht, auch rein finanzielle Mittel, um am Ende ein Netzwerk von Psychologen aufzubauen, die es durchaus auch gab. Nur gab es eben die Verbindung noch nicht zwischen dem Phänomen und den Fachkräften. Es ist uns jetzt gelungen seit 2010 ein arbeitendes Netzwerk aufzubauen, auch dank der Unterstützung der Partner die von außen kommen und uns dabei helfen. Und wie gesagt, wir sind keine Experten, wir haben selbst eben dieses Problem durchlitten und wir haben Wege gesucht, diesem Problem gerecht zu werden.

Der erste Schritt dieser Experten war dann auch, dass sie uns selbst begleitet haben, dass sie uns selbst in unserer Trauerarbeit weiter begleitet haben, dass sie uns gestärkt haben, dass sie uns gezeigt haben, wo sind unsere Fähigkeiten und uns auch in den Fähigkeiten bestärkt haben, um uns noch besser in unserer Arbeit werden zu lassen oder unsere Arbeit mit den anderen erst effizient möglich zu machen mit diesem medizinischen und sozialen Netzwerk. Die Psychologen, die uns zur Seite stehen, stammen alle selbst aus Mali und wir frühere Migranten, die wir jetzt diese Schulungen durchlaufen haben, sind gewissermaßen dabei, eine Art kleines Parallelsystem zu schaffen, was wir aber auch doch sehr schnell wieder aufgeben möchten. Wir versuchen nicht ein definitives, zweites System einzurichten, sondern wir arbeiten Hand in Hand mit dem öffentlichen Gesundheitssystem. Wir möchten sehr schnell, dass unsere Klienten dort auch integriert werden.

Zunächst ein großes Dankeschön an die verschiedenen Beteiligten, die von außen hinzukamen mit St. Dumont aus Frankreich und medico international. Sie haben es uns ermöglicht uns selbst zu äußern, unsere Ängste mitzuteilen, damit eben auch indirekt aber auch direkt die Regierung unseres Landes dazu genötigt werden kann, unser Problem wirklich ernst zu nehmen und auch dafür Maßnahmen zu ergreifen. Diese Hilfe ist wirklich ganz zentral und hat uns von außen unterstützt und auch von innen. Ein großes Dankeschön.

Wie arbeiten wir ganz konkret? Wir haben den vorhin schon erwähnten Ankunftspunkt und Aufnahmepunkt am Flughafen. Es gibt zwei weitere Büros an Grenzen zu Nachbarländern, also zu Mauretanien und zu Algerien. Dort arbeiten wir indem wir erst einmal die Leute empfangen, indem wir sie begleiten in den ersten Stunden und Tagen, indem wir ihnen zuhören, indem wir auch Zeugenaussagen aufnehmen, indem wir mit ihnen in den Dialog eintreten. Also ganz wichtig, dass wir die Menschen in den Mittelpunkt stellen und ihnen zeigen, dass sie nicht alleine sind, auf ihrem Weg zurück ins Herkunftsland. Es gibt aber auch viele Menschen, die nicht über den Flughafen einreisen oder nicht über einen der offiziellen

Grenzübertretzungspunkte zuruckkehren, sondern unsichtbar inmitten der Wuste beispielsweise abgeschoben werden. Also Menschen, die man nicht sieht, die wir auch nicht sehen. Wir müssen sie aber miteinbeziehen, wir müssen sie sichtbar machen. Sie dürfen nicht unsichtbar bleiben, denn sie sind wirkliche Personen, die genauso zählen, wie die anderen auch. Das heißt, es gibt auch ganz klassische Außenaktivitäten, wie z.B. dass man sich in seiner Umwelt umschaut. Es gibt richtig Teams die regelmäßig verschiedenste Orte abgehen, an denen man sich verstecken kann, in denen man nicht illegal ist, aber an denen das Leben letztendlich statt finden kann. Teams die ganz konzentriert durch Parks gehen, denn es fällt auf, dass Menschen die abgeschoben worden sind, ersteinmal die Neigung haben, sich zu verkriechen, sich zu verstecken. Uns ist es wichtig die Menschen dort abzuholen, aufzusuchen und mit ihnen zu arbeiten, damit sie endlich auch sichtbar werden, wie die anderen auch. Und der dritte Teil unserer Arbeit sind frühere Migranten, also Remigranten, die zurückgekehrt sind, bevor wir aktiv geworden sind. Die leben häufig auch mehr oder weniger versteckt und haben ihre traumatischen Erfahrungen nicht wirklich verarbeitet. Da geht es auch darum zu zeigen, es gibt Punkte an denen das Ganze thematisiert werden kann, wir können gemeinsam miteinander arbeiten. Wir können sie begleiten auch bei der Rückkehr in die Gesellschaft.

Und wir führen diese ganzen Initiativen zusammen in Gruppen, in denen man sich aussprechen kann, die sich regelmäßig treffen. Es gibt auch z.B. die Möglichkeit mit Remigranten ihre Familien aufzusuchen. Dort der Familie Gehör zu schenken, mit ihnen zu diskutieren, also diese Familienebene

einzuführen. Dann gibt es natürlich noch weiterhin direkte psychische Beratung, psychologische Behandlung, also ganz klassisch mit einem Psychologen mit einem regelmäßigen Gesprächstermin damit auch längerfristig gearbeitet werden kann. Die Psychologen, mit denen wir arbeiten, stammen alle aus dem öffentlichen Gesundheitssystem, wir haben also kein privates, doppeltes System da eingebaut. Wir haben es geschafft dieses staatliche, öffentliche Gesundheitssystem zu überzeugen. Schwierige Fälle werden dann an das entsprechende Krankenhaus überwiesen, genauso reine medizinische Versorgung. Die reine physiologische Versorgung findet auch im staatlichen Gesundheitssystem statt. Uns ist es gelungen zu vermeiden, dass wir da in einem Parallelsystem arbeiten, sondern wir sind gewissermaßen als Verein das Bindeglied und auch eine Art von Gelenk letztendlich zwischen den verschiedensten Bereichen. Wir sorgen für Sichtbarkeit und wir sorgen dafür, dass eben diese Ankunft der Menschen, die uns wirklich wichtig ist, im Heimatland erleichtert wird.

Die ganze Arbeit, wie sie sich vorstellen können, ist nicht einfach. Wir arbeiten zum Glück unterstützt durch die Partner, darunter jetzt auch medico noch einmal ganz besonders der Dank. Ich kann hier heute ganz entspannt über unsere Arbeit berichten und Partner wie medico haben uns geholfen, Dinge umzusetzen, von denen wir teilweise am Anfang nur geahnt haben. Ganz zentral ist es für uns, dass eben Menschen denen es vergönnt ist wie uns, ihren Platz in der Gesellschaft bekommen können und dass auch wir durch unsere entsprechende soziale gesellschaftliche Arbeit einfach auch zurückkehren können in diese Gesellschaft. Vielen Dank.

Sabine Eckart: Vielen Dank Dicko. Ich möchte vielleicht noch ergänzen was er zum Schluss gesagt hat. Einige haben es wahrscheinlich gehört, von Refugio Bremen war die Rede. Alassane Dicko war vor einigen Jahren für ein paar Wochen in Deutschland und hat da auch mehrere Tage in Bremen, bei Refugio Bremen verbracht, um deren alltägliche Arbeit kennenzulernen. Das hat ihn nachhaltig beeindruckt. Die AME war zu dem Zeitpunkt in

einer Phase, wo sie noch nach den geeigneten Wegen gesucht hat mit Trauma, mit psychischen Belastungen umzugehen. Man kann jetzt nicht sagen, sie haben jetzt heute die Methode für sich entwickelt, aber sie haben diesen Austausch sehr geschätzt und sind auch weiter interessiert an Anregungen, Austausch. Wir haben z.B. letzte Woche in Frankfurt auch einen Austausch organisiert mit einem Partner von uns, der hier auch im Raum ist. Der

wiederum aus Deutschland Abgeschobene Sierra Leone in Sierra Leone unterstützt, die auf ganz ähnliche Problematiken stoßen, wie es Alassane Dicko eben beschrieben hat. Das ist systemisch natürlich die Problematik, die Antworten können es nicht sein, denn die Antworten sind unter den kulturell sehr unterschiedlichen Bedingungen doch sehr für den Einzelfall zu suchen. Aber da ist die Diskussion, glaube ich, noch sehr am Anfang und der Austausch kann dann nur hilfreich sein, auch z.B. was Verfahren der Gruppentherapie, der Einzeltherapie angeht, die möglicherweise in Afrika nicht so bekannt sind bzw. da auch geeignete Dinge aus der Praxis heraus zu entwickeln. Ich denke es gibt Fragen und wir freuen uns drauf.



Diskussion zu Fragen aus dem Publikum:

Kommt es aufgrund der Situation, dass es psychologische Hilfe im Land gibt, auch zu weniger Migration?

Alassane Dicko: Wer sich entscheidet, aus welchen Gründen auch immer auszuwandern, das Land zu verlassen, das ist eine sehr individuelle Geschichte und diese Menschen sehen wir in der Regel nicht, die treffen ihre Entscheidung aus eigenen und häufig auch nur für sie nachvollziehbaren Gründen. Unsere Arbeit richtet sich eben an jene die abgeschoben worden sind, unfreiwillig zurückkehren mussten. Und natürlich, wenn wir betrachten, wie wir ins Land zurückkehren können und Leuten die zurückgekehrt sind die Integration ins Land zu erleichtern, in dem Moment stellen wir uns natürlich die Frage, was die Punkte jeweils sind, die Faktoren, die zur Auswanderung geführt haben. Wir sprechen über das Recht auf Freizügigkeit, aber ganz ernsthaft sprechen wir immer häufiger auch über das Recht auf Bleiben. Um direkt auf ihre Frage zu antworten, wir sensibilisieren die

Menschen dahingehend, was die Chancen letztendlich aber auch die Schwierigkeiten einer Auswanderung sind, aber ganz zentral, weil nämlich alle immer der Meinung sind, man würde im Ausland besser leben, ganz zentral geht es uns darum, diesen Mythos zu demystifizieren. Denn es geht für uns darum, dass wir im Land die Ärmel hochkrempeln und im Land arbeiten, unser Land verbessern.

Aus welchen Staaten werden die Menschen ausgewiesen, welchen Risiken begegnen sie nach ihrer Rückkehr?

Alassane Dicko: Die abschiebenden Länder möchte ich jetzt nicht klassifizieren und sagen, das ist das Erste, das ist das Zweite, das Dritte, aber es sind vor allem viele afrikanische Länder, Angola, Guinea, Kongo, Libyen. Überhaupt insgesamt der ganze Maghreb, das ist sehr gefährlich, das findet täglich statt. Saudi Arabien, China, einige südamerikanische Länder und selbst europäische Länder wie Spanien, Italien, Frankreich, Deutschland gerade nicht so sehr. Das sind unregelmäßige, aber ständige Abschiebungen, immer wieder.

Sabine Eckart: Vielleicht eine kleine Ergänzung zu Deutschland, da sicherlich ein bestimmtes Interesse besteht. Es hat natürlich damit zu tun a) dass nicht so viele Malier in Deutschland sind b) wie ich in der Deutschen Botschaft in Bamako letzten Dezember erfahren konnte, die malische Botschaft sich nicht kooperativ zeigt bei der Abschiebung. Also das ist mit Sicherheit auch ein Verdienst der Arbeit der AME der Association Malienne des Expulsés, die ganz gezielt auch versucht die malischen Behörden dahingehend zu beeinflussen.

Alassane Dicko: Der zweite Teil ihrer Frage, sie haben gefragt, ob die Menschen, wenn sie zurückkommen etwas riskieren. Da kann ich sagen, nein. In dem Moment wenn sie zurückgekehrt sind, gibt es kein Gesetzesproblem mehr, keine gesetzliche Lage mehr, die sie in irgendwelche Schwierigkeiten brächte. Da passiert gar nichts. Aber, man müsste doch, da muss man anders ansetzen, man müsste doch die Regierung einfach daran hindern, einfach zu akzeptieren, dass die Leute einfach so abgeschoben werden. Das tun sie natürlich nicht, weil diese Regierenden natürlich Geld dafür bekommen, dass es

Rückkehrer gibt, aber dann passiert nichts mit diesen Rückkehrern. Es wird ihnen nicht geholfen. Sie werden einfach nur sich selbst überlassen. Das ist ein Problem. Insofern liegt das Problem darin, dass dieser Widerspruch so schwierig und unauflöslich ist. Wir sind natürlich sehr aktiv und wir versuchen auch auf politische Leute in politischen Gremien in politischen Institutionen Einfluss zu nehmen, denn die Situation ist extrem schwierig. Unsere Regierung dürfte das nicht einfach so akzeptieren, dass uns da Leute vorgesetzt werden, ohne dass irgendwelche Vorkehrungen getroffen werden. Und es bezieht sich ja nicht nur auf malische Staatsbürger, es landen eben auch viele andere Staatsbürger aus anderen Ländern hier. Das ist ein tägliches Problem in der Arbeit, das uns jeden Tag besorgt und beschäftigt.

Was kann man zur Reintegration tun?

Sabine Eckart: Wenn ich das richtig verstanden habe, ging die Frage auch an die Organisation wie medico, was man machen kann zur Reintegration von Abgeschobenen. Zum einen, es gibt kein Rücknahmeabkommen das z.B. zwischen Deutschland und Mali ausgehandelt worden wäre. Das ist auch dem Druck der malischen Zivilgesellschaft zu verdanken, die sich da zentral um die Aktivitäten der AME auch engagiert hat. Das ist die eine Seite. Die andere Thematik natürlich ist eine ganz komplizierte. Es gibt Organisationen, die sich durchaus auf die Fahnen schreiben 'Reintegrations-' oder 'Reinsertionsprogramme' für Abgeschobene zu machen und die dadurch natürlich indirekt so etwas wie eine Infrastruktur der Abschiebung mit ermöglichen. Das erledigt natürlich nicht die Frage, was passiert mit den Leuten. Die AME hat sich diese Frage nicht leicht gemacht. Sie ist damit täglich konfrontiert. Es gibt immer wieder Menschen, die auch möchten, dass sie ihnen dabei helfen einen Job zu finden und Ähnliches oder auch eine Anschubfinanzierung. Wir haben das immer und immer wieder diskutiert und sind zu dem Schluss gekommen, dass die AME eine eminente, wichtige, politische Rolle zu spielen hat in der malischen Gesellschaft und die Gefahr besteht, wenn man sich in Reinsertionsprogramme begibt, durch so etwas absorbiert zu werden. Und das können auch andere besser. Die Notwendigkeit ist da, aber man muss immer schauen, in welche Logik

man sich hineinbegibt. Das ist auch unter Hilfsorganisationen sehr umstritten. Soviel erst einmal dazu.

Werden die Geschichten der Rückgeführten aufgeschrieben?

Alassane Dicko: Also die Frage ging danach, ob wir die Geschichten aufschreiben. Und natürlich schreiben wir sie auf. Wir sammeln sie, wir analysieren sie. Es ist das, was unseren Reichtum letztendlich ausmacht, was uns hilft, uns in der Gesellschaft zu definieren, zu integrieren, unseren Platz wieder einzunehmen. Und sehr häufig geht es gar nicht darum Millionen Euro nach Hause zurückzubringen, sondern seine Würde zu bewahren. Es gibt vieles an diesen Abschiebungsverfahren, das völlig unwürdig ist. Wenn man dann mit Handschellen und mit Mundknebeln in ein Flugzeug gedrückt wird und abgeschoben wird, ist das total unwürdig. Das sind Dinge, die auch nicht dem entsprechen, was der Held auf seiner Rückkehr irgendwie darstellen sollte. Also da, in dem Bereich arbeiten wir, mit diesen Brüchen.

Welche Bedeutung hat der Wunsch nach freiwilliger Rückkehr?

Die Migranten und Migrantenströme von der malischen Bevölkerung hatte ich vorhin bereits erwähnt. Es befinden sich 5 Millionen im Ausland. Anders als die Medien es uns vielleicht glauben machen, ist nicht das erste Ziel der malischen Migranten Europa, sondern 2,4 Millionen leben in der Elfenbeinküste, das zahlenmäßig zweitstärkste Land ist der Kongo. Europa kommt nicht an erster Stelle, sondern an fünfter Stelle. Um noch einmal zurückzukommen auf die Notwendigkeit das Land zu verlassen oder auch dahin zurückzukehren, selbst wenn es einem nicht mehr gefällt im Land, in das man geflohen ist. Das Problem sind wirklich die Grenzen, die Grenzen der Vorstellungskraft und die Grenzen der Fantasie. Wenn die Menschen nicht zu Hause atmen können und wenn sie nicht frei sind in ihrer Entscheidung, wo sie hin gehen können, dann sind sie auch nicht frei in ihrer Entscheidung zurückzukehren. Und sie sind auch durch diese starren Regime und diese starren Zuschreibungen häufig daran gehindert, aus eigenen Stücken Entscheidungen zu fällen.

Also wir sind keine Gleichgewichtskünstler. Wenn wir zurückkehren, kommen wir im Alltag an und wir bringen den Alltag des Heimatlandes in einer gewissen Art und Weise mit, denn wir haben ja häufig dort gelernt, auch einen neuen Beruf gelernt und jetzt geht es eben darum das Land mitzunehmen in eine neue Dimension des Verständnisses. Also Probleme dort zu lösen, wo sie entstehen, den Mythos des 'woanders ist es besser' versuchen zu verändern. Viele wollen gehen. Viele z.B. gehen nach China. China hat den Vorteil ein entwickeltes Land zu sein. Wenn man sich China ansieht wollen aber auch viele Chinesen ihr Land verlassen. Also dieser Gedanke 'woanders ist es besser' ist ein ziemliches Problem. Wir können es eigentlich nur regeln indem wir offen sind, indem wir von den klaren Fakten sprechen, indem wir erzählen, was wir erlebt haben und wir müssen auf die Art und Weise, indem wir ehrlich sagen, was Sache ist, auch unser Land wieder in einen anderen Kontext bringen. Im Süden, wo wir dann wieder angekommen sind, diese ganze Information mit integrieren. Ich selbst war in Belgien und ich kann sagen, ja, Belgien ist ein hübsches Land, aber das ist eben auch nicht alles.

Welche Bedeutung haben geschlechtsspezifische Unterschiede betreffend das Fluchtaufkommen und die Bedürfnisse der Menschen?

Zur Gender Frage, zunächst Entschuldigung, wenn ich sage, die Personen die ausgewiesen worden sind, eine Person ist in dem Sinne jetzt weiblich, aber es handelt sich hier um Männer und um Frauen. Man muss schon sehen, dass

die meisten, die in Mali leben und die den Traum vom Ausland träumen, Männer sind und die ins Ausland gehen auch wirklich Männer sind. Wenn sie dann einen gewissen Status erreicht haben, kommen manchmal die Frauen nach. Also natürlich gibt es auch Frauen und Kinder, aber in dem Bereich der Abgeschobenen maximal 1% weiblichen Geschlechts. Mitunter werden die Männer abgeschoben und Frauen und Kinder bleiben dann zurück z.B. in Frankreich. Da müssen wir uns Gedanken darum machen, wie wir diesen Menschen helfen. Es kommt wirklich extrem selten vor, dass bei uns Kinder und Frauen ankommen. Wir haben eine Frau, die mit uns arbeitet, die selbst abgeschoben wurde, aber es ist wirklich die extreme Ausnahme.

Sabine Eckart: Das betrifft die Malierinnen, aber es gibt sehr viele Migrantinnen in Mali, die anderer Nationalität sind, die entweder Rückgeschobene oder Abgeschobene sind, vielfach aus Zentralafrika, Kamerun, Nigeria, Ghana. Von da aus migrieren mehr Frauen und für sie ist es besonders hart dann im Transit festzustecken. Darauf können wir jetzt leider nicht mehr weiter eingehen. Eine andere Realität ist natürlich Mali aktuell. Damit hat die AME sehr viel zu tun. Die ganzen Frauen, die mit ihren Kindern aus dem Norden Malis geflohen sind und das sind über 200.000 intern Vertriebene mittlerweile. Davon ist nun ein Großteil in Bamako, ein Großteil in Gastfamilien untergebracht und auch da engagiert sich die AME mit humanitärer aber auch mit psychosozialer Unterstützung.

Zur Bedeutung offizieller Entschuldigungen und staatlicher Wiedergutmachung

Ida Schrage im Interview mit Dunja Sallan

Kurzbiographie

Ida Schrage

Ida Schrage, Diplom Pädagogin, ist in Brasilien geboren und seit 1989 im therapeutischen Bereich tätig. Nach ihrer Flucht 1969 wurde sie 1979 durch die Generalamnestie begnadigt. In den Jahren 1990 – 1995 arbeitete sie in mehreren Projekten zusammen mit Familien in den Favelas Brasiliens. 1995 begann sie ihre Arbeit bei Agisra, der Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen in Köln. Neben der Zusatzqualifikation als Paar- und Familientherapeutin, die sie in Deutschland erwarb, bildete sie sich auch in Traumatherapie und Psychodrama weiter.



Dunja Sallan

Dunja Sallan, 2011 Magisterabschluss der Islamwissenschaft und Jüdischen Studien. Von Mai bis Juli 2012 Praktikantin bei der BAfF e.V. Arbeitet seit August 2012 im Haus der Kulturen der Welt.

Vortragsbeschreibung

Im Jahr 1964 übernahm das brasilianische Militär nach einem Putsch für 21 Jahre die Macht in Brasilien. Im Zuge der brasilianischen Militärdiktatur wurden vor allem links gerichtete Oppositionelle verfolgt und zu langen Gefängnisstrafen verurteilt. Jede Form des zivilgesellschaftlichen Widerstands wurde mit äußerster Gewalt niedergeschlagen. Im Zuge der Säuberungswellen wurden ungefähr 50 000 Oppositionelle interniert, 300 von ihnen fanden den Tod. 1979 ging das Militär ein Bündnis mit der Opposition ein und erließ eine Generalamnestie, die sowohl den verfolgten und internierten Oppositionellen als auch Militärangehörigen Straffreiheit gewährte.

Bis zur historischen Aufarbeitung der Militärdiktatur sollten aber noch einmal gut 20 Jahre vergehen. Erst in den 2000er Jahren begann sich Brasilien diesem schwierigen Erbe zu stellen. Dieser Prozess begann mit der Einrichtung einer Wahrheitskommission und mündete in einer Amnestie-Karawane, im Zuge derer sich die brasilianische Regierung offiziell bei den Opfern und Hinterbliebenen der Militärdiktatur entschuldigte und dem bzw. der Einzelnen ein Forum gab, die eigenen Geschichte zu erzählen und so die Geschehnisse von Seiten der Betroffenen aufzurollen.

Zur Bedeutung offizieller Entschuldigungen und staatlicher Wiedergutmachung

Dunja Sallan: Dankeschön. Ich heiße alle noch einmal im Namen von Ida und mir willkommen. Wir werden im Folgenden ein Zeitzeugeninterview durchführen zur Bedeutung von offiziellen Wiedergutmachungen. Ida war während ihrer Zeit als Studentin und auch nach ihrem Abschluss politisch engagiert und hat sich gegen die Militärdiktatur in Brasilien eingesetzt. 1996 wurde sie für dieses Engagement verhaftet und hat einige Zeit im Gefängnis verbracht. Zur Einstimmung, wollen wir ein paar Bilder zeigen, bzw. wir haben eine DVD, die Sie in das gesellschaftliche Thema in der Zeit 1969 in Brasilien einführen sollen.

Ida Schrage: Ich möchte mich zunächst bedanken, dass ich heute hier sein kann. Ich möchte gerne damit anfangen, Bilder aus der Welt dieser Zeit der 60er Jahre zu zeigen. Zuerst war der Höhepunkt des kalten Kriegs, zweitens die Revolution in Kuba und der ganze Prozess in Lateinamerika. Verschiedene Länder, die versucht haben neu anzufangen, sich neu zu strukturieren, anders zu denken, mehr zwischen Armen und Reichen zu vergleichen, Korruption, mehr Chancen auch für Landarbeit und Arbeit. Gleichzeitig haben die Amerikaner die School of America gegründet Anfang der 60er Jahre. Es war eine Schule zur Fortbildung für Militärs in Rahmen von Antikommunismus und Methoden von Folter und Ohnmacht und Infiltration in verschiedenen Bewegungen. 1964 war plötzlich der Putsch in Brasilien, ein sehr wunderschöner Moment für alle und es gab interessante Entwicklungen in Kultur, Gewerkschaften, auf dem Land mit den campesinos. Dieser Putsch wurde sehr gut organisiert. Wir waren im Grunde nicht vorbereitet. 1964 herrschte viel Repression, viel Zensur, die ersten Proteste sind hier zu sehen. Diese Proteste sind hier schon aus der Zeit von 1968, als es angefangen hat, dass die Leute fragten, „Wo sind unsere Verwandten?“, „Was ist die Rolle von Gewerkschaften?“. Es gab Streiks für bessere Gehälter, ein besseres Leben. Wir, frische Studenten, konnten uns entscheiden, entweder Karriere zu machen oder Drogen zu nehmen oder den Mund zu machen oder sich politisch zu engagieren. Und das war meine Entscheidung.

Ich habe in einer Fabrik gearbeitet und in einem sozialen Brennpunkt gelebt. Es ist klar, ich konnte nicht als Studentin oder als Pädagogin in einer Fabrik arbeiten. Gleichzeitig verschwand ein sehr hoch geschätzter Militär aus seiner Kaserne und wurde in dem Viertel, wo wir gearbeitet haben, von einer Bewegung geköpft. Dann war die Regression sehr hart und wir wurden ein bisschen gefoltert, ohne die Chance zu wissen, was passieren wird oder ob wir am nächsten Tag noch leben werden oder nicht. Und so kam es, dass ich nach fünf oder sechs Monaten in Haft entlassen wurde und ich das Land verlassen habe. Ich musste das Land verlassen, ich wollte nicht, denn es war gefährlich für meine Familie. Es war gefährlich für den Freundeskreis, die Frage ob dieser sich auch engagiert hat oder nicht oder auch für die Organisation Kontakt zu mir hält. Denn es war eine Methode, jemanden frei zu lassen und so zu sehen, wie die Vernetzung von ihm zu anderen Leuten im Gefängnis war.

Dann bin ich direkt nach Deutschland gekommen. Ich war zu dieser Zeit 25 Jahre alt, hatte mein Studium beendet und war in einem Projekt bzw. einer Forschungsarbeit über Piaget tätig.

Dunja Sallan: Genau da würde meine erste Frage ansetzen, Ida. nach deinem Gefängnisaufenthalt ist es dir mit Hilfe deiner Eltern gelungen, Brasilien zu verlassen und Ende 1969 bist du in Deutschland angekommen. Da ist die Frage, in welcher Situation du dich befunden hast als du da angekommen bist.

Ida Schrage: Als ich nach Deutschland kam, war der Zweite Weltkrieg noch nicht so lange vorbei. Mir, ich stamme aus einer jüdischen Familie, fiel es sehr schwer hier zu sein, unbewusst. Von zu Hause habe ich mitbekommen und ich dachte auch selbst, dass ich frei bin, von dieser Situation. Ich habe in Brasilien gelebt, meine Eltern waren schon lange da, was hatte das also mit mir zu tun. Aber plötzlich kam es wie ein Film, 'wo bin ich'. Diese Situation war für meine Eltern auch sehr schwer, dass ich hier war und für mich war es schwer, dass ich Brasilien verlassen musste. Nach Deutschland bin ich auch gekommen, weil

mein damaliger Lebensgefährte Deutscher war und er war auch mit mir in Haft. Nach zwei Monaten, nachdem ich schon in Europa war, wurde er ausgewiesen aus Brasilien und wir haben uns hier dann in Deutschland getroffen. Für uns war es sehr wichtig, sofort unsere politische Arbeit hier zu machen. Es war nicht klar, wie lange diese Repression, diese Diktatur im Staat ist. Und wir haben gedacht, wir gehen morgen zurück. In unserem Kopf war immer „Morgen sind wir wieder dort“. Und sofort diese politische Arbeit zu machen, war wichtig und den Kampf für unser Brasilien zu unterstützen und wir hatten auch immer dieses Gefühl, privilegiert zu sein. Wie kommt das, dass die Leute da in extremen Situationen leben und wir sind hier.

Dann war unsere Arbeit hier zuerst Presse, z.B. Presseerklärungen. Mein damals späterer Mann war deutsch und konnte dann im Namen von uns Brasilianern, die hier schon in Europa waren, reden. Und wir haben es genutzt und erkannt, wie wichtig es ist, wenn man redet, wenn man erklärt. Nicht was die Regierung verbreitet, sondern was wir zu sagen und zu erzählen haben. Dann haben wir Kontakte aufgebaut mit Amnesty international, Gewerkschaften, Parteien, Studenten und Befreiungsbewegungen und sehr viel Austausch mit anderen Organisationen gehabt. Und wir haben über diese Mittel Brasilien unterstützt. Denn wir mussten von hier die Solidarität zeigen. Denn in dieser Zeit waren wir nicht, wie andere aus Chile, wo alles schon vorbereitet war, wir waren die ersten hier in Deutschland, um diese Arbeit zu machen. Dann war wichtig zu informieren, um Unterstützung zu bekommen. Weil wir auch in dieser Zeit sehr viel Materielles nach Brasilien schickten. Geld für die Familien, für die Familien von Leuten die im Knast waren und die von der Regierung indirekt schikaniert wurden. Z.B. wenn die Frau eine Arbeit hatte, gingen sie zur Arbeit von dieser Person und sagten, „Sie darf hier nicht arbeiten!“. Und dann war diese materielle Seite auch sehr wichtig dort und auch die Verarbeitung von Materialien und Gedanken. Auch der Austausch mit anderen Bewegungen war wichtig, sich mit den 68ern auszutauschen, zu lernen und selbst zu kritisieren und zu belegen, dass wir weiter machen sollten. Und das waren die Anfänge. Inklusion war für uns

nicht wichtig im ersten Moment. Es war wichtig zu zentrieren, was man für Brasilien machen kann.

Ich habe zehn Jahre gebraucht, um sozusagen zu wissen, wo ich bin, zehn Jahre. Weil mein Diplom hier nicht anerkannt wurde, im Prinzip war mir alles zu viel. Ich musste diese Arbeit machen, aber ich habe nicht gedacht „Ich bin traumatisiert“, das war fast verboten zu denken. Verboten, denn es war wichtig, wie die Leute da leben, ich bin noch am Leben. Kinder habe ich hier bekommen, zwei, heute erwachsene Frauen. Das war der Anfang hier.

Dunja Sallan: Ida, du wurdest während deiner Abwesenheit in Brasilien zu sechs Jahren Haft verurteilt, Ende 1979 bzw. Anfang 1980 gab es eine Generalamnestie, d.h. Straffreiheit für alle, sowohl die verfolgten Oppositionellen, als auch das Militär. Das hat für den Moment bedeutet, dass du zurück nach Hause gehen durftest. Was hat das für dich bedeutet zurück nach Brasilien zu gehen?

Ida Schrage: Die erste Reaktion war Euphorie, Befreiung, endlich bin ich ein normaler Mensch, wie jeder andere, ich kann jede Zeitung lesen, ich kann mich mit jemandem unterhalten, der mich klar versteht, wieder meine Autonomie in meinen Händen zu haben, keine Abhängigkeit, wieder Kontakt mit der Familie. Denn Familie ist ein sehr starkes Thema. Man lebt hier alleine, ohne Familie und Freundeskreis. Auch dass meine beiden Kinder, die im Exil geboren wurden, Verwandtschaft erleben. Sie haben uns immer gefragt, „Wo ist Opa, wo ist Oma, wo ist die Tante?“. Mich im Beruf wieder zu engagieren, wieder sein, wieder ein Mensch zu sein, obwohl ich sagen muss, dass ich bis in die Zeit der 90er in verschiedenen Ländern war, nicht nur in Deutschland wegen der politischen Arbeit. Da habe ich sehr viele Freunde gefunden, einen großen Freundeskreis auch aufgebaut und das war meine Familie. Das sind Leute, zu denen Kontakte bis jetzt existieren, die ich auch bis heute nutzen kann wegen meiner Arbeit in der Beratungsstelle, wo ich 15 Jahre gearbeitet habe.

Dunja Sallan: Dir war es ganz lange nicht möglich deinen Beruf auszuüben, weil dein brasilianisches Diplom in Deutschland nicht

anerkannt war. Im Juni 1995 hast du dann deine Tätigkeit bei Agisra aufgenommen. Wie haben dir deine eigenen Erfahrungen bei der Arbeit geholfen?

Ida Schrage: Das Erste, was ich vergessen habe zu sagen, noch bevor ich über Agisra spreche, diese Euphorie war gespalten. Die Amnestie in Brasilien war ein Kompromiss zwischen der Gesellschaft und dem Militär, aber sie hatten fast zehn weitere Jahre die Macht ausgeübt in Brasilien und kontrolliert. Die Leute konnten rein, aber durften nicht sprechen. Die Partei oder der Kongress konnten reden, aber das Militär hat kontrolliert. Denn dann sind gleichzeitig viele Bewegungen entstanden, die Mutterbewegung war dabei ein wichtiger Punkt, nun wurde gefragt, "Wo sind unsere Kinder, unsere Männer oder unsere Verwandten? Wer sind die Leute, die noch im Knast sind? Wo sind die Leute, die verschwunden sind? Wir wollen wissen, was passiert ist!"

Mein Mann wurde ausgewiesen. Die Amnestie war nur für Brasilianer und nicht für Menschen aus anderen Ländern. Dann habe ich versucht noch ein paar Monate in Brasilien zu bleiben, denn er konnte nicht mit uns kommen. Ich wollte eine Aufenthaltsbewilligung für ihn, aber es hat nicht geklappt, dann sind wir zurück nach Deutschland, um hier zu leben. In dieser Zeit habe ich eine Ausbildung in Paar- und Familientherapie hier gemacht. In den 90er Jahren hatten wir die Chance zurück nach Brasilien zu gehen, da ich in Nordostbrasilien mit verschiedenen Frauenorganisationen gearbeitet habe und dort sehr sehr viel gelernt habe. Die Frauenbewegung ist unglaublich in einer marxistischen Welt wie Lateinamerika, aber die Frauenbewegung dort ist sehr stark, sehr gut organisiert. Ich habe viel gelernt. Dann sind wir zurück, denn ich habe mich sehr stark verändert. Eins unserer Kinder wollte nicht mit uns nach Brasilien, die andere schon, deshalb bin ich zurück nach Deutschland. Ich habe dort eine Stelle gefunden bei Agisra. Diese ganze Erfahrung hat mir bei der Arbeit geholfen mit Migrantinnen. Die Information, die Inklusion der Frauen, die zu uns kamen, die wussten, dass man hier im Exil den Austausch mit anderen Frauen braucht. Die Frauenbewegung hat uns sehr stark gemacht.

Und dann konnten wir den Frauen im Rahmen unserer Beratungsstelle sagen „Hier bist du zu Hause und hier werden wir dich unterstützen.“. Agisra ist eine Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen und eine Informationsstelle. Wir bieten Beratung und Therapie an. Wir haben dann die Reflexion gemacht, wo liegt die Grenze, zwischen der psychosozialen Begleitung und therapeutischen Begleitung bei Migrantinnen. Denn die traditionelle Trennung zwischen Therapie und psychosozialer Arbeit war für uns nicht klar. Viele dieser Leute brauchen beides und es ist im Rahmen von Inklusion erst die Information weiterzugeben, Chancen zu sehen und zuerst ihre Lebenserfahrung zu nutzen. Informationen zum alltäglichen Leben und Vertrauen gewinnen, kommt bevor sie die traumatische Seite ihres Kommens verarbeiten. Bei Agisra sind wir Frauen aus der ganzen Welt, sind ein multikulturelles Team, sprechen verschiedene Sprachen und stammen aus verschiedenen Kulturen, sprechen über inneren Rassismus, Diskriminierung und haben so auch die Chance diese Themen zu verarbeiten und das auch mit unseren Klienten als Thema zu besprechen. Dieses innere Exil und diese Fantasie „Das Leben vorher war besser“ ist sehr stark. Immer ein kleiner Konflikt bei uns ist, es ist anders und wir versuchen uns immer wieder in die Realität zurück zu bringen, mit sich selbst aufpassen. Auch die Probleme von vielen Frauen, ich sage Frauen, weil ich nur mit Frauen und Familie gearbeitet habe, aus der Wanderungszeit in das Exil Europa werden verarbeitet. Für die lateinamerikanische Frau ist es ganz normal, sie haben eine stärkere Rolle als Männer. Sie arbeiten sehr viel. Die Männer gehen oft weg in Fabriken. Zum Beispiel die Wanderarbeiter gehen in die Fabrik zum Arbeiten. Die Frau bleibt da mit den Kindern und sie muss die ganze Familie ernähren. Das bedeutet in der Therapie müssen wir auch schauen, wie das Leben vorher war und der ganze Schock, den sie schon an sich bringt. Hier die andere Welt und ihre Problematik zu bearbeiten.

Dunja Sallan: Ich würde gerne nochmal auf deine Geschichte zurückkommen, Ida. Im Zuge der Amnestiekarawane hat sich die brasilianische Regierung offiziell bei den Opfern der Militärdiktatur entschuldigt. Was vielleicht noch viel wichtiger ist, sie hat sich nicht nur

entschuldigt und die Opfer wurden entschädigt, sie hat auch den Betroffenen ein Forum geboten, ihre eigene Geschichte zu erzählen. Wir sehen jetzt nochmal einen ganz kurzen Ausschnitt, diesmal mit Ton von einer dieser Zeremonien. Das ist besonders wichtig, weil Idas Geschichte Teil dieser Zeremonie war. Die Sprache ist portugiesisch, aber Ida wird uns gleich erzählen, was gesagt wurde.

Ida Schrage: Das war die Karawane in Brasilien Ende der 70er Jahre hat eine Amnestie angefangen. Ein Prozess einer anderen Regierung, nicht der Militärregierung, aber man konnte wählen. Es wurde die Frage gestellt, „Was ist passiert in dieser Zeit?“, wo so viel Zensur, Diskriminierung, Tote, so viel Angst in der Luft lag, Misstrauen auch in den Familien herrschte. Dann hat die Regierung, das Justizministerium und die erste Kommission für Amnestie geschaut, wie viele Leute das Land verlassen haben und wie ist die Situation von diesen Menschen. Es hat mit einem Prozess angefangen, mit einer Klage gegen die alte Regierung. Sie sind von einer Stadt zur anderen gegangen und die Leute wurden eingeladen. Es war wie ein Verfahren, wie ihr seht. Es ist eine Kommission von dem Ministerium. Das hier ist in São Paulo, 2011. Es war der Internationale Frauentag und sie sind zwei Tage in São Paulo gewesen und es war zuerst eine Hommage an Frauen, an die Frauen, die in dieser Zeit gekämpft haben. Das wichtige an dieser Kommission zur Amnestie war, die Rede der Opfer zuerst. Geschichte baut auf den Geschichten der Menschen eines Landes auf. Es ist der Diskurs vom Präsidenten dieser Kommission, sie haben CDs geschickt und bedanken sich auch, dass man hier über dieses Thema reden kann. Diese Karawane für Amnestie möchte, dass die Zeugen endlich sprechen. Das ist nicht die Geschichte, die die Militärs geschrieben haben, sondern die wahre Geschichte. Denn vor dieser Generalamnestie war die Angst bei allen, bei den Tätern und bei den Opfern.

Jetzt soll Brasilien mit Hilfe der UNESCO und der UNO überlegen, was das bedeutet. Unter dieser Kommission werden dann die Fälle analysiert. Es gibt 77.000 Klagen und die Wiedergutmachung für die, denen diese gilt, es ist ein demokratischer Prozess. Die Anhörung beispielsweise dieser Frau. Sie spricht jetzt über

ihren Fall, was hat sie gemacht und ihre Meinung, wie diese Wiedergutmachung aussehen soll. Die Wiedergutmachung war für mich sehr wichtig, denn es war, und ich denke Brasilien ist hier ein Beispiel, nicht eine finanzielle Entschädigung, wie sie betonen. Es war eine moralische Entschädigung, „Wir, die Regierung, entschuldigen uns für das, was diese alte Regierung mit euch gemacht hat. Was sie gemacht haben war gegen die Menschenrechte. Die Verletzung ist sehr groß und das müssen wir in aller Form wieder gut machen.“ Das bedeutet, dass Brasilien von heute abhängig ist von der Klarheit der Geschichte und bei der Klarheit ist die Rede von den Betroffenen. Es gibt Museen zu dieser Zeit, Zeugen schreiben über dieses Thema, was passierte. Und sogar jetzt ist noch eine andere Kommission aktiv für die Wahrheit. Denn bis vor kurzem sind die Leute verschwunden, die Militärs haben alles was sie fanden, Notizen oder Materialien verschwinden lassen. Bis heute wissen viele Familien nicht, wo der Vater, Sohn oder die Kinder sind. Um hier für die Wahrheit zu sorgen, ist diese Kommission eingesetzt. Sie wollen den Tätern die Chance geben zu erklären, was sie getan haben. Denn was wir erlebt haben, war wie in jedem anderen Land eine Gewalt, aber sehr sexualisiert, die Persönlichkeit kaputt zu machen, die Ohnmacht und die persönliche Grenze zu zeigen. Diese Kondition war meine Erfahrung und von den anderen Frauen. Sieben Frauen wurden während dieser Tage gehört. Für mich war das sehr emotional, denn ich habe z.B. die Frau, die mit mir in der Zelle war, nach 40 Jahren wieder getroffen. Ich habe noch andere Leute getroffen die ich lange nicht mehr gesehen hatte, andere Leute sind gestorben, auch Getötete wurden entschädigt. Für mich war die Frage, „Warum haben wir so viele Leute verloren? Was bedeutet es, wenn die Regierung, ein Staat sagt, 'Verzeihung für das, was wir mit euch gemacht haben'?“

Dunja Sallan: Wir haben noch fünf Minuten. Gibt es evtl. Nachfragen, Bemerkungen aus dem Publikum?

Plenum: Du hast erzählt, dass es unter den Jugendlichen auch so eine Bewegung gibt, eine ganz spontane Bewegung, um dafür zu kämpfen, dass die Täter sich erklären. Ist doch

ungewöhnlich, auch da es die Jugend von heute ist. Vielleicht kannst du dazu noch ein, zwei Worte sagen.

Ida Schrage: Da mit dieser ganzen Karawane jetzt die Medien involviert sind und dieser Tage sehr viel bringen und weiterverbreiten, sind viele Bewegungen in Brasilien entstanden. Wichtig war „torturanuncamais“, „nie mehr Folter“, wo die Leute sich treffen, sich wieder in die Gesellschaft integrieren. Wichtig ist für die jungen Leute auch, eine neue Geschichte zu schreiben, sich mehr zu engagieren. Gerade die jungen Bewegungen, wenn sie von einem Namen von einem Militär oder einem Arzt, der gefoltert hat oder mit dem Militär zusammengearbeitet hat, hören, gehen sie dorthin, wo dieser Mensch wohnt und sagen

„Du sollst reden, du sollst uns erklären wie das gekommen ist!“. Das ist eine Form davon, wie es die Regierung schafft, das Gedächtnis, die Geschichte zu schreiben, wie es ist. Aber nicht nur schreiben, sondern auch zu leben, wo sich mehr Leute engagieren sollten und das ist auch eine Chance für viele, die auch zurückgegangen sind, im Land wieder Fuß zu fassen. Das ist nicht einfach, das Zurückgehen, aufgrund von Konkurrenz. Ich höre oft „Ach du verstehst mich nicht, du denkst wie eine Deutsche!“ oder solche Sachen. Und hier in Deutschland denke ich wie eine Brasilianerin. Aber für mich war diese Entschuldigung eine Form, mich zu befreien und zu sagen, ich will in Deutschland leben. Ich habe es für mich definiert, das hier ist mein Platz.

Traumatherapie unter Bedingungen gesellschaftlicher Ausschließung?

Prof. Dr. Andreas Heinz

Kurzbiographie



Prof. Dr. Andreas Heinz, geb. am 4. Februar 1960, hat eine Professur für Psychiatrie und ist seit 2002 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité- Universitätsmedizin Berlin. Er studierte Medizin, Philosophie und Anthropologie an der Ruhr-Universität Bochum, der FU Berlin und an der Howard University, Washington DC. Forschungsschwerpunkte sind u.a. kritische Neurowissenschaft und transkulturelle Psychiatrie.

Vortragsbeschreibung

Menschen auf der Flucht sind besonders gefährdet – durch die Bedingungen der Flucht selbst, aber auch durch ihren gesetzlichen Status, der oft das Recht auf Krankenbehandlung nicht einschließt. So umfassen die im sog. „Asylbewerberleistungsgesetz“ möglichen Therapien nur die Behandlung akuter Erkrankungen. Die therapeutischen Möglichkeiten bei chronischen Krankheiten mit eventuellen akuten Verschlechterungen sind dadurch stark eingegrenzt. Besonders Menschen ohne gesetzlichen Aufenthaltsstatus sind ganz von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Angesichts häufig ausgeprägter psychischer Traumatisierungen ist dies für die Betroffenen besonders nachteilig. Lösungsmöglichkeiten umfassen anonymisierte Versicherungs-Chipkarten, um Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen zukommen zu lassen.

Traumatherapie unter Bedingungen gesellschaftlicher Ausschließung?⁸⁶

Ausschließung führt zu Stress

Bei Stress denkt man normalerweise an eine vegetative Reaktion: Eigentlich möchten die Menschen fliehen oder angreifen und stattdessen müssen sie jetzt aber z.B. am Pult stehen und reden, sie sind aufgeregt und vegetativ erregt und das wäre dann Stress. Einer meiner Kollegen sagt jedoch, das Schwierige an Stress wäre, dass die Menschen in eine unphysiologische Situation kommen und das wäre biologisch sinnvoll, d. h. Stress ist eine den Tieren oder Menschen biologisch nützliche Reaktion, wenn sie sich quasi nicht konform in ihrer Gruppe bewegen. Es folgt sozialer Ausschluss, wodurch Stress entsteht, so dass verschiedene vegetative Funktionen gleichzeitig angesprochen werden und nichts mehr funktioniert. Sie kennen das vielleicht von Vorträgen, dass man auf Toilette muss und kann sie gleichzeitig nicht aufsuchen. Das ist eine (harmlose) unfunktionale Reaktion.

Das Problem von Gesellschaften ist, dass quasi chronische Ausschließungsmechanismen, die Leute dauerhaft ausschließen, dann dauerhaften Stress verursachen können. Die Menschen können so trotz vieler Konformitätsanstrengungen nicht „dazu gehören“, weil sie eben auf der anderen Seite stehen, wo sie ausgeschlossen sind. Und das kann man biologisch ganz gut nachvollziehen, wenigstens in extremen „Fällen“.

Anonymisierte Chipkarten

Menschen, die hier registriert sind, kann man ein Stück weit über das AsylbLG helfen, sie zumindest akut zu versorgen. Das Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin bietet ja jetzt schon seit langer Zeit Behandlungsplätze an und das Gute ist, dass wir innerhalb von ein paar Jahren sieben Behandlungsplätze in der Tagesklinik über die Charité in die Regelversorgung einbringen konnten. Das ist insofern gut, da jetzt die Hilfe eben nicht mehr nur durch die Leistung von Spendern kommt, sondern diese Plätze tatsächlich über das Kassenverfahren finanziert

werden. Menschen mit Traumatisierungen und schwerer Traumatisierung kann so eine Regelversorgung angeboten werden, die die Kassen ganz normal bezahlen.

Es ist ein guter Schritt, aber es bleibt natürlich immer noch die Frage, was ist, wenn die Leute keinen legalen Aufenthaltsstatus haben. Wir haben ein Projekt gemacht, mit verschiedenen europäischen Hauptstädten, wo es um Best-Practice-Modelle ging und eine Idee war, anonymisierte Chipkarten einzuführen, mit denen im Krankenhaus bezahlt werden kann. Das könnte man auch in Berlin machen. Die Frage ist, wer zahlt und wer gibt die aus. Wer zahlt: Da müssen wir mit dem Senat reden, wenn man als Ausgabestelle die Ärztekammer nehmen würde, oder eine andere ethisch angesehene, akzeptierte Institution, dann hätte man vielleicht die Chance, dass man so etwas auch in Berlin einführt. Denn im Augenblick ist die Situation so, wenn es Einzelfälle sind, dann geht die Versorgung und auch im Krankenhaus, ohne dass sie vergütet wird, aber das sind dann immer Ausnahmen. Im Sinne der Integration und des Rechts, auch als Mensch und nicht als karitativer Sozialfall wahrgenommen zu werden, wäre es wichtig, dass es dafür Regelungen gibt wie beispielsweise die anonymisierte Chipkarte.

Stützende und Expositionstherapie

In der Traumabehandlung gibt es zwei große Strömungen, die einen setzen auf Exposition, die anderen auf stützende Behandlung. Ich weiß nicht, ob man das so strikt gegeneinander setzen muss. Das bzfo arbeitet seit Jahren mit einem stützenden Konzept, d. h. mit Austausch, sozialer Unterstützung, Kunsttherapie, Bewegungstherapie usw. Herr Schulte-Herbrüggen, der bei uns im Hedwig-Krankenhaus die Traumaambulanz neu aufgebaut hat, setzt sehr auf Expositionstherapie und sagt, man muss dem Trauma neu begegnen. Es ist eine lange Diskussion. Zwar bin ich kein ausgewiesener Traumatherapeut, meine Meinung ist aber, dass es in beiden Verfahren letztendlich darum

⁸⁶ Auszüge der Transkription der Tonbandaufnahme

geht, dass man das, was man erlebt hat, irgendwie mit anderen teilt und kommuniziert. Auch die Traumaexposition funktioniert ja nicht ohne Menschen. Was ein Kollege auch sagt, ist, dass er die Leute in der Therapie an beiden Händen hält, wenn sie die traumatische Situation in der Therapie wieder erleben, und in die Dissoziation zu gehen drohen. Er versucht, dass sie so weiter berichten können. Das ist eine ganz intensive Form des Austausches, und das kriegen sie mehr oder weniger verdünnt oder über einen größeren Zeitraum gestreckt dann natürlich auch durch jede stützende Therapie. Deshalb glaub ich, dass die Therapieformen nicht so weit auseinanderliegen, wie man manchmal hört.

Es gibt für den Einsatz im internationalen Kontext auch die Narrative Exposition Therapy, die letztendlich auch mit direkter Exposition arbeitet. Wir haben uns selber einmal etwas kritischer dazu geäußert. Man sollte aber bezüglich solcher Initiativen erst einmal positiv hervorheben, dass Leute sich damit beschäftigen und die Mühe machen, Hilfe zu entwickeln.

„Wie viele Morde muss man erleben, um als Gesunder eine PTBS entwickeln zu dürfen?“

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung ist in gewisser Weise eine Errungenschaft des Kampfes um Wiedergutmachung des Naziunrechts und in gewisser Weise auch eine Folge des Vietnamkrieges. Die KZ-Verfolgten hatten nach Ende des Zweiten Weltkriegs Schwierigkeiten, denn eigentlich sagte man, eine Erkrankung muss auf einer Disposition beruhen, und wenn eine Disposition gegeben ist, dann sei die Verfolgung ja gar nicht entscheidend, denn die Personen wären doch vielleicht unter anderen Belastungsfaktoren auch depressiv geworden. Folglich seien das KZ-Erleben oder andere Verfolgungen gar nicht entschädigungspflichtig. Das ist natürlich besonders unangemessen, wenn der Gutachter im Dritten Reich tätig war und so die frühere Täterschaft fortgesetzt hat.

Auf diesen Punkt gehend, gab es einen Artikel von einem Psychiater, der sinngemäß geschrieben hat „Wie viele Morde muss man erleben, um eine PTBS als Gesunder entwickeln zu dürfen?“ Das hat letztendlich dazu geführt, dass diese Kategorie PTBS eingeführt wurde. Bei katastrophalen Lebensereignissen kann man demnach, egal wie hoch die Empfindlichkeit des Individuums ist, eine Posttraumatische Störung erleiden. Das ist gekoppelt an die Frage des „katastrophalen Lebensereignisses“ und sie können sich schon vorstellen, wie dramatisch gutachterliche Auseinandersetzungen ablaufen können, je nachdem, was man darunter zählt und was nicht. Schwierig ist die Positionierung als Gutachter: War man zu tolerant bzw. zu sehr auf der Seite der Flüchtlinge, wird das Gutachten oft in Frage gestellt.

Für die Diagnose wichtig ist die Dauer der Symptome. Das Ganze tritt ja meist in den ersten sechs Monaten nach Traumatisierung auf. Bei langer Dauer kann man es als Persönlichkeitsveränderung klassifizieren. Ganz typisch ist eben auch, dass andere Krankheiten auftreten, die letztendlich auch Ausdruck der Angst, der Verzweiflung und der Verarbeitung der ganzen Foltererfahrung sind. Da wird es dann aber schwierig in der Begutachtung. Bei Angststörungen gibt es natürlich verschiedene Ausformungen, manche, die plötzlich auftreten, z.B. melancholische Verstimmungen. Allerdings kommt dann der Einwand, dass es ja eigentlich eine Depression, und keine PTBS ist, dann gilt es als nicht so schwerwiegend, was ja nicht zutrifft.

Auch aus deutscher Sicht kennen wir Vertreibungen aus dem Zweiten Weltkrieg. Dieser Diskurs ist weitgehend tabuisiert. Aber aus Nachuntersuchungen bei Vertriebenen 60 Jahre später weiß man, dass deren Beschwerden noch wesentlich höher liegen als bei einer Durchschnittsperson. Dabei geht es neben dem psychischen PTB-Syndrom auch um Schmerzen, Schlafstörungen, Angststörungen, Grübeleien etc. Offenbar hält dies sehr lange an.

WORKSHOPS: „Gesundheit all inclusive?“

Best Practice Modelle aus den Zentren der BAfF

ExpertInnen aus den Zentren stellten sich im Workshop-Teil unserer Tagung der Frage *„Inklusion im exklusiven Raum— wie geht das?“*.

Gestaltet nach dem Konzept der Fishbowl wurden entlang der Themen ‘Wohnen und Arbeit’, ‘Familie und Erziehung’, ‘Gesundheitsversorgung’, ‘Öffentlichkeits- und politische Arbeit’ Möglichkeiten und Wege inklusiver psychosozialer Beratung und Behandlung von Flüchtlingen diskutiert.

Aufnahme und Ankommen

Familie und Erziehung

Gesundheitsversorgung

Öffentlichkeits- und politische Arbeit

WORKSHOPS: „Gesundheit all inclusive?“

Best Practice Modelle aus den Zentren der BAfF

Moderation: Esther Kleefeldt

Inklusion bezeichnet den Einschluss aller Menschen in eine offene, natürlicherweise heterogene Gesellschaft gleichwertiger Individuen. Inklusion eröffnet einem Menschen die Möglichkeit, sein Recht auf persönliche Entfaltung und gesellschaftliche Teilhabe, sowie auf ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben wahrzunehmen.

Flüchtlinge sind aufgrund restriktiver Rahmenbedingungen häufig von Exklusion betroffen:

Eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Bildung und zur gesundheitlichen Versorgung, verminderte Sozialleistungen, fehlender Sprachkurse und Unterbringung in Wohnheimen, nicht selten einhergehend mit räumlicher Isolierung.

In den Mitgliedszentren der BAfF werden zahlreiche, innovative Projekte zur Förderung von Inklusion durchgeführt - trotz einschränkender Umstände und Rahmenbedingungen. Diese Projekte wurden im Rahmen der Workshops vorgestellt, so dass im Austausch voneinander profitiert werden konnte. Die Projekte wurden Themenbereichen zugeordnet und in den jeweiligen Gruppen gab es Raum für Diskussion und Reflexion der eigenen Arbeit mit Hilfe der Fishbowl-Methode.

Aufnahme und Ankommen

Moderation: Jenny Baron

Sprachkursangebot, berufliche Qualifizierung und Ausbildung

Lucie Vieth, BZFO (zfm), Berlin, Ausbildung (Gesundheit/Pflege) im Zentrum ÜBERLEBEN

Ausbildungs- und Berufsvorbereitung, Qualifizierung und Ausbildung im Berufsfeld Gesundheit Pflege und Soziales werden angeboten. Die Angebote finden in enger Kooperation mit der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH statt.

Es gilt Diskriminierung von Flüchtlingen und Migrantinnen am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu überwinden. Hauptziel ist die Teilhabe unserer Zielgruppe an gesellschaftlichen Prozessen zu fördern und ihre soziale und berufliche Integration zu ermöglichen, so dass die Absolvierung unserer Bildungsangebote dazu beiträgt einer sinnvollen und gesellschaftlich wertvollen Betätigung nachgehen zu können.

Der Fachbereich 2, Sprach- und Integrationskurse im zfm bietet

Integrationskurse und freie Deutschkurse an. Die freien Deutschkurse richten sich an Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung seit 2005.

Flughafenverfahren, Beratung am Flughafen

Parvaneh Gorishi und Deborah Jungbluth, Ev. Zentrum für Beratung am Weissen Stein, Frankfurt

Einem besonders schutzbedürftigen Flüchtling stellt der Kirchliche Flüchtlingsdienst einen rechtlichen Beistand zur Seite und bietet ihm oder ihr ein Gespräch mit einer Psychotherapeutin des Evangelischen Zentrums für Beratung und Therapie am Weißen Stein an. In bestimmten Fällen, und mit Einverständnis der betroffenen Person, schreibt die Psychotherapeutin nach dem Gespräch eine kurze Stellungnahme über die psychische Verfassung des Flüchtlings. Diese Stellungnahme wird dem Rechtsanwalt bzw. dem BAMF vorgelegt.

Kooperation mit Erstaufnahmeeinrichtung und BAMF

Katja Mende, Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier

Seit nunmehr 20 Jahren existiert die Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge in enger räumlicher Nähe zur Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende Rheinland-Pfalz in Trier. Durch eine gute, über die Jahre gewachsene, Zusammenarbeit mit Verwaltung, Transferbüro, Sozialdienst und Krankenstation in Form von täglichen Kontakten und wöchentlichen Treffen wird versucht, für die Anliegen und Bedürfnisse der Klienten Lösungen zu finden, angesichts gesetzlicher und finanzieller Grenzen oft in Form von Kompromissen.

Projekt Resque Plus: Sprachkurse für Flüchtlinge

Rena Maniry, Sächsischer Flüchtlingsrat, Dresden

Seit 1. Januar 2012 gab es innerhalb des Projektes „Hilfe für Flüchtlinge zur Qualifizierung und Vermittlung auf den Arbeitsmarkt“ 20 berufsbezogene Sprachkurse vom BAMF über den ESF auch für Flüchtlinge mit Duldung bei Erfüllung der Mitwirkungspflicht und für Flüchtlinge mit einer Aufenthaltsgestattung. Die Grundlage ist, dass der Flüchtling dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, zumindest nachrangig. Die Kurse dauern ½ Jahr, 730 Stunden inklusive Praktikumsanteil und werden auf verschiedenen Levels angeboten. Die Zielgruppe der Kurse sind nicht nur Flüchtlinge sondern auch andere Migrantengruppen. Mit diesen Kursen sind eine verbesserte Arbeitsaufnahme und Ausbildungsaufnahme möglich.



Familie und Erziehung

Moderation: Silvia Schriefers

Psychotherapie und Beratung für Kinder und Jugendliche, insbesondere UMF

Fjorda Kalleshi, Med. Flüchtlingshilfe Bochum

Ein spezieller Schwerpunkt der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen liegt auf der Beratung und psychosozialen Betreuung der so genannten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die im Sozialdienst alltagsnah bei der Bewältigung ihrer jetzigen Lebenssituation unterstützt werden. Kooperiert wird intern auch mit dem Team der Psycho- und KunsttherapeutInnen. Dabei bestehen zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse gesprächs-, spiel-, und kunsttherapeutische Angebote in der MFH.

Multikulti Kids: Hip Hop und Break Dance mit Kindern und Jugendlichen

Markus Göpfert, Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

Interkulturelle Kinder- und Jugendsozialarbeit unter Berücksichtigung der besonderen Lebenssituation von Flüchtlingskindern. Dabei werden thematische Workshops zur psychosozialen Stabilisierung, eine Ferienerholung im Sommer und Tagestreffen angeboten. Ca. 30 – 40 Kinder und Jugendliche nehmen regelmäßig an den Angeboten teil. Die "Multi-Kulti-Kids" werden begleitet von einem ehrenamtlichen pädagogischen Team.

Frauengruppe

Anne Tahirovic, Refugio Thüringen

Die Gruppe ist ein wichtiger sozialer und emotionaler Bezugspunkt für eine relevante Zahl von KlientInnen des psychosozialen Zentrums. Das Konzept ist ein Wechsel zwischen Gesprächskreisen und sozialen Aktivitäten. Den traumatisierten bzw. psychisch belasteten Flüchtlingsfrauen wollen wir einen Ort der Begegnung und des Austauschs bieten unter fachlich qualifizierter Begleitung, Netzwerke

und vor allem auch Vertrauen sollen geschaffen werden.

Verknüpfung mit Erziehungsberatungsstelle

Thomas Cordes, Cactus e.V. Leipzig

Das Projekt „Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Leipzig“ des Cactus e.V., gefördert aus Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds, ist eng mit der Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Vereins verknüpft. Daraus ergeben sich wesentliche Vorteile in der interdisziplinären Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team. Die Mitarbeiter der Flüchtlingsberatung können auf über 20 Jahre Erfahrung und spezifische Fachkenntnisse in der Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund durch die Kollegen in der Erziehungsberatung zurückgreifen. Insbesondere profitieren sie von den Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern. Die prekären Lebensumstände bzw. die psychischen Belastungen der Eltern wirken sich oft auf die psychische Gesundheit der Kinder aus. Die Kinder können dann wiederum in der Erziehungsberatungsstelle auch durch ein nonverbales therapeutisches Verfahren, z.B. Musiktherapie, betreut werden.

Sommerfreizeiten für Kinder

Ernst-Ludwig Iskenius, Refugio Villingen-Schwenningen

Ressourcenorientierte Arbeit mit Kindern aus psychosozial belasteten Migrationsfamilien ist immer das Ziel von Refugio gewesen. Dazu gehören das Kennenlernen unserer christlichen Feste, (Weihnachten etc.) oder verschiedene Ferienfreizeiten oder Ausflüge. Familienergänzende Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen und andere soziale Netzwerke sind wichtige Institutionen, die zur Entwicklung der Resilienzförderung eine zentrale Rolle spielen.

Durch emotional stützende Bezugspersonen und schöne Erinnerungen in der Kindheit können die Kinder Widerstandskräfte entwickeln und Bewältigungskompetenzen aufbauen, die für das spätere Leben von großer Bedeutung sind.



Gesundheitsversorgung

Moderation: Elise Bittenbinder

Abrechnungspraxis mit Krankenkassen und Sozialämtern

Manfred Makowitzki und Dieter David, BFU Ulm; PBV Stuttgart

Nach dem Richtlinienverfahren hat jeder Mensch ein Recht auf eine therapeutische Behandlung. Da ein Flüchtling auch ein Mensch ist, hat auch dieser ein Anrecht auf Behandlung. Also stellen wir für jeden psychisch kranken Menschen einen Antrag auf Übernahme der Kosten bei den zuständigen Trägern: Sozialämter, Jugendämter, KK i.d.R. bei der GKV, Versorgungsamt (bei Opfern von Gewalt in Deutschland), gesetzliche Unfallkassen (bei Beschäftigten) und bei Jobcentern, diese zahlen für Langzeitarbeitslose die Flüchtlinge sind maximal fünf Sitzungen, sodass diese Menschen wieder arbeitsfähig werden. Wichtig ist dabei eine entsprechende Qualifikation der Therapeuten. Bei 100% der gestellten Anträge beim Jugendamt und Sozialamt, Unfallkasse und Versorgungsamt werden die Kosten für die Therapie, wie auch für Dolmetscher übernommen. Bei den GKV werden maximal 30% genehmigt.

Vernetzung mit Gesundheitswesen, Gesundheitsamt

Mark Millies, Refugio Bremen

Refugio Bremen arbeitet seit über 20 Jahren im Kontext der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Bremen. Somit gibt es viele Erfahrungen in der Kooperation mit dem Gesundheitsamt und anderen Institutionen, die mit den politischen Bedingungen im Stadtstaat Bremen einhergehen. Die Übertragbarkeit auf andere Bundesländer und Zentren soll diskutiert werden.

Netzwerkarbeit im Bereich Gesundheitsversorgung

Barbara Wolff, FATRA e.V.

Fatra bietet keine eigenen Therapien an, sondern vermittelt gezielt an niedergelassene Therapeuten. Hierzu ist eine gute Netzwerkarbeit und Kooperation mit niedergelassenen Therapeuten und Beratungsstellen notwendig.

Ein Konzept, insbesondere auch für die flächendeckende Versorgung in Hessen, auch im ländlichen Raum, wurde entwickelt.

Arbeit des Medibüros: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen ohne Papiere

Dorit Philipps, Charlotte Linke, Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, Berlin

Anonyme und kostenlose Vermittlung an qualifiziertes medizinisches Fachpersonal für Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung.

Traumabarbeitung

Elisavet Pachatyrogrou, PSZ Aachen

Ziel bei unserer Traumabarbeitung ist die therapeutische Unterstützung der Klienten, damit sie ihr Vertrauen in die eigene Person, eigenen Fähigkeiten und die Welt zurückgewinnen.

Dabei steht bei unserer Arbeit die Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen zu fördern im Vordergrund. Zu unseren Beratungs- und Therapiemethoden zählen: Gesprächstherapie, Focusing, Kunsttherapie, systemische Beratung und Körpertherapie mit Biodynamischen und Bioenergetischen Übungen, Körperwahrnehmungsübungen,

Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen, energiemobilisierende Übungen aus der Traditionellen Chinesischen Medizin. Über das Instrumentarium der Körpertherapie bieten sich für die Klienten viele Trainingsübungen, die sie in ihrem Alltag einbauen/anwenden können, um ihre Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Bei überflutenden Symptomen bei den Klienten, die die Traumatherapie nicht zulassen, werden Psychiater zur Verschreibung entsprechender Medikamente einbezogen. Wir bieten zusätzlich zur Traumabarbeitung auch eine umfassende Gesundheitsberatung.

Öffentlichkeits- und politische Arbeit

Moderation: Barbara Freitag

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge; Kooperation für Flüchtlinge in Brandenburg

Joachim Rüffer und Dietrich Koch, BZFO; XENION

Die soziale und psychosoziale Versorgung und die Stellung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge im Asylverfahren soll durch das Projekt verbessert werden.

Alle Regierungsorganisations(RO)- und Nichtregierungsorganisations(NRO)-Mitarbeiter die frühzeitig mit Asylbewerbern in Kontakt kommen, haben die Aufgabe, die Asylbewerber, die nach Augenschein, aufgrund einfacher Befragungen oder aufgrund von Unterlagen etc. u. U. schutzbedürftig sein könnten, an sogenannte "Fachstellen" (NRO) zur Diagnostik weiterzuleiten und die Versorgung durch Regeldienste und NROs sicher zu stellen.

Projekt Strukturverbesserung Ost

Angelika Heinemann, PSZ Halle

Unser Ziel ist es, mit diesem Projekt den Versorgungsbedarf sowie entsprechende Versorgungsdefizite präzise zu erfassen, um auf Grundlage des erhobenen Datenmaterials

gezielt Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit leisten zu können. Auch Aktivitäten, die auf die Entwicklung von nachhaltigen Kooperationen mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen gerichtet sind, werden einen großen Schwerpunkt unserer Arbeit bilden.

Öffentlichkeitsarbeit mit Facebook

Jürgen Soyer, Refugio München

Durch dieses neue Medium können neue Bevölkerungsschichten erreicht werden, besonders junge Menschen. So haben wir vor ca. 6 Monaten begonnen, dass wir unsere facebook-Seite systematisch bedienen. Die Reaktionen sind grundsätzlich recht positiv, allerdings waren z.B. Aufrufe zum Mitmachen bei einer bestimmten Aktion weniger erfolgreich. Die Möglichkeiten und Perspektiven dieses Projekts sind bisher noch schwer einschätzbar.

Trauerort

Annette Windgasse, PSZ Düsseldorf

Die Aufgabe: Einen Ort voll Respekt schaffen, zu dem Menschen mit ihren kulturellen und religiösen Bedürfnissen und persönlichen Trauerbelastungen hingehen und ihrer Trauer einen ihnen angemessenen Ausdruck verleihen können.

RUNDER TISCH

**„Zugang und Finanzierung von psychosozialen Hilfen
für traumatisierte Flüchtlinge: Wie kann die Situation verbessert werden?“**

Moderation: *Sabine am Orde*, stellvertretende Chefredakteurin der taz

Teilnehmende:

Volker Beck, MdB und menschenrechtspolitischer Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Dr. Sabine Deininger, Vertretung für Berliner Gesundheitssenatorin, Referentin in der Berliner Gesundheitsverwaltung, u.a. zuständig für die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen

Dr. Thomas Bär, wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer

Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, Präsident von Ärzten der Welt und stellvertretender Vorsitzender der BAfF

RUNDER TISCH

„Zugang und Finanzierung von psychosozialen Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge: Wie kann die Situation verbessert werden?“

Das Thema des Runden Tisches am Abend lautete „Zugang und Finanzierung von psychosozialen Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge und wie kann die Situation verbessert werden?“ Moderiert wurde dieser von **Sabine am Orde**, der stellvertretenden Chefredakteurin der taz. Leider konnten nur wenige politische Entscheidungsträger für dieses Thema gewonnen werden, umso erfreulicher war, dass **Volker Beck** MdB und menschenrechtspolitischer Sprecher der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen teilnahm, sowie **Dr. Sabine Deininger**, Vertretung für die Berliner Gesundheitssenatorin, Referentin in der Berliner Gesundheitsverwaltung, u.a. zuständig für die Gesundheitsversorgung von MigrantInnen, **Dr. Thomas Bär**, wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer und **Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker**, Präsident von Ärzte der Welt und stellvertretender Vorsitzender der BAfF.

Themenschwerpunkte waren unter anderem die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), Ermessensentscheidungen des Sozialamtes bei Therapiebewilligungen, die Lage von Menschen ohne Papiere, Erkennen von Traumatisierten im Asylprozess, die Finanzierung der Zentren, sowie die Zugänglichkeit der Hilfen.

Volker Beck äußerte, dass von einigen Bundesratsinitiativen von rot-grün geführten Ländern die Abschaffung des AsylbLG gefordert werde. Jedoch stelle sich dann die Frage, wie sich die Zentren bei einem Übergang der Flüchtlinge in die Sozialhilfe weiter finanzieren könnten, da ein Großteil der TherapeutInnen in den Zentren keine Kassenzulassung habe. Eine Lösung seien evtl. Versorgungsverträge zwischen Kassen und Zentren. Prof. Dr. Zenker gab zu bedenken, dass die Rahmenbedingungen und Entscheidungen darüber, welche Therapieformen und TherapeutInnen qualifiziert sind grundsätzlich in Frage gestellt werden müssten. Bär sieht das Problem eher bei der allgemeinen, unpräzisen

Formulierung für Hilfen im AsylbLG, eine klare Verwaltungsvorschrift würde die Auslegungspraxis stark einschränken und somit ein verlässlicheres und einheitlicheres Entscheidungsverfahren der Sozialämter begünstigen. Auch Anspruch auf muttersprachliche Psychotherapie oder DolmetscherInnen sollten festgelegt werden, unabhängig vom Aufenthaltsstatus. Es dürfe keine länderspezifischen Regelungen geben. Selbst die zwölf Bezirksamter innerhalb Berlins arbeiteten unterschiedlich bestätigt Deininger.

Bezüglich der Abschaffung des AsylbLG konnte Frau Dr. Deininger nichts zur Position des Berliner Senats sagen. Für Volker Beck spricht für die Abschaffung des AsylbLG aus Sicht der Länder u.a. auch der Spareffekt, welcher sich daraus ergebe. SGB XII und II-Leistungen werden vom Bund bezahlt und nicht von den Ländern im Gegensatz zu den AsylbLG-Leistungen.



links: Dr. Deininger, rechts: Prof. Dr. Zenker

Ein großer Kritikpunkt im Rahmen der Diskussion war auch die Projektfinanzierung der Zentren, aufgrund welcher viel Zeit und Steuergelder in bürokratische Prozesse fließen. In Zusammenarbeit mit anderen NGOs sollte hier laut Beck der "Kampf mit dem Bundesrechnungshof auf Bundesebene" aufgenommen werden. Deininger sieht nur sehr geringe Chancen, dass sich die Mischfinanzierung der Zentren ändern werde. Über die Erschwerung des Zugangs von Hilfen durch die Residenzpflicht vor allem von Flüchtlingen, die in ländlicheren Gegenden, mit

schlechterer psychosozialer Versorgung untergebracht sind, waren sich alle einig. Kurzfristig könne an der Strukturschwäche ländlicher Gegenden allerdings nichts geändert werden, dies bedürfe nachhaltigen Reduktion struktureller Barrieren.

Um das Gesundheitssystem für Flüchtlinge inklusiver und gerechter zu gestalten, wurde ein Ansatz aus Bremen skizziert. Dieser ermöglicht einen normalen Zugang zum Gesundheitssystem. Dort werde eine AOK Karte innerhalb von drei Wochen nach der Einreise und ein spezieller Vertrag mit dieser an Flüchtlinge ausgegeben. Auch für Menschen ohne Papiere gibt es bereits positive Beispiele für die Handhabung. In Frankreich könne nach drei Monaten ein Antrag gestellt werden, auf Gesundheitssicherung, ohne personenbezogene Daten. Die Menschen bekämen ein Zertifikat, dass sie zur Zielgruppe gehörten und hätten dann freien Zugang zu Basisgesundheitsversorgung. Ansätze wie dieser sollten weiter verfolgt werden.

Im Zusammenhang mit dem Leitthema Inklusion war Prof. Dr. Zenker die Frage auf, ob die Zentren eine Parallelversorgung darstellen,

die das Ziel habe, sich selbst abzuschaufen, um die Flüchtlinge in die Regelversorgung zu inkludieren oder ob sie aufgrund ihres unersetzbaren Leistungsspektrums einen Bestandteil der Regelversorgung bilden sollten.



Von links nach rechts: Thomas Bär, Volker Beck, Sabine am Orde

Die Ziele einer Änderung der Modellprojektfinanzierung der Zentren, pauschale kommunale Zuwendungen für die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen zu erhalten, eine bessere Versorgung von Menschen ohne Papiere und die Abschaffung des AsylbLG scheinen klar einzuleuchten und wenn auch nicht auf kurzzeitige Sicht, dennoch erreichbar.

FAZIT

Zur Verortung der Tagung

Bernd Mesovic, Stellvertretender Geschäftsführer von PRO
ASYL

Inklusionspapier

Zur Verortung der Tagung

Bernd Mesovic, Stellvertretender Geschäftsführer von PRO ASYL

In welchem konkret veränderten Umfeld arbeiten wir eigentlich im Moment? Mit „wir“ meine ich die psychosozialen Zentren, aber auch die politischen Organisationen wie PRO ASYL, denn ich denke, es hat sich gewaltig etwas geändert.

Ich würde das unter die Überschrift stellen: Wir hatten einen kurzen Sommer der Inklusion und zurzeit bewegt sich Deutschland in die Gegenrichtung. Dies stellt vieles in Frage, was wir an Dialogen, an Diskussionen geführt haben. Diese aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen, ist mein Anliegen an diesem heutigen Tag. Vielleicht kann man das auch in Forderungen für die Zukunft umsetzen.

Was auf der Hand liegt, ist, dass die Zahl der Asylsuchenden in diesem Jahr zunimmt, mit einem steileren Anstieg in den letzten Monaten und dass damit krisenhaft einhergeht, dass die Verfahrensdauer im Ergebnis immer länger wird. Ihr wisst alle, dass die Verfahrensdauer einer der Gründe für die Proteste in Bayern, aber auch in anderen Bundesländern war, die in dem Marsch nach Berlin gipfelten. Ihr wisst, dass man in letzter Zeit kaum ein Verfahren erlebt hat, bei dem die Verfahrensdauer, insbesondere auch bei Syrern oder Afghanen, unter zehn Monaten lag. Zweitens: Das Asylsystem, die Verfahrensdurchführung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, ist in seinem Kernbereich zusammengebrochen. Es wird nur noch Notverwaltung betrieben. Es werden jetzt Verfahren von Menschen aus Mazedonien und Serbien priorisiert. Das heißt, dass es dort nur noch um die Roma-Thematik geht, während die anderen Verfahren praktisch auf Eis liegen. Das heißt auch: Die Verfahrensdauer steigt weiter und zwar ganz drastisch, es sei denn, man schließt an die aktuelle Ablehnungswelle für Roma als „offensichtlich unbegründet“ weitere „Husch-Husch-Verfahren“ an, in denen man dann das Versäumte nachholt und ebenso sehr pauschal

Anerkennungen für bestimmte Herkunftsländer ausspricht.

Das alles kann nicht optimistisch stimmen, weil die Qualität der Verfahren dabei immer mehr leidet und man fragt sich, welche Debatten über eine gute bzw. bessere Praxis, z.B. über das Herausscreenen der vulnerablen Gruppen im Verfahren überhaupt noch sinnvoll geführt werden können in dieser Situation.



Inzwischen werden beim BAMF Entscheider aus der Bundeswehr vermehrt eingesetzt, die, ich sage mal, „an die Front geworfen werden“ nach einer kurzen Ausbildung. Die Videoanhörungen nehmen zu. Für uns ist das ein bekanntes Problem, da wir ja alle nicht glauben, dass man die Glaubwürdigkeit eines Menschen beurteilen kann, wenn eine Kamera bei der Anhörung dazwischen geschaltet ist. An der Qualitätsdiskussion mit dem Bundesamt haben auch wir von PRO ASYL uns in den letzten Jahren z.B. beim Flughafenverfahren und anderen Stellen konstruktiv beteiligt. Ich glaube allerdings: Jetzt muss man an diesem Punkt ein Zeichen setzen, ein Zeichen des Nichteinverständenseins. Ich kann nicht in einer Situation wie der jetzigen einfach jedem raten zu tun, als sollten wir einfach weiter Dialoge in einem Stil führen, der vielleicht vor sechs Monaten oder einem Jahr noch Sinn gemacht hat.

Die längere Verfahrensdauer bedeutet auch, dass Betroffene immer länger in Lagern leben müssen. Überall sprießen die Lager aus dem Boden, die man in den letzten Jahren zunehmend abzuschaffen versucht hat. Wir haben versucht, Einfluss auf die Politik zu nehmen, die Situation der Betroffenen unter Abkehr von der Abschreckungspolitik zu normalisieren. Jetzt entstehen neue Lager zu Konditionen, die übel sind und an die schlechtesten Zeiten deutscher Flüchtlingsaufnahmepolitik erinnern. Einige von uns haben es hier auf der Tagung angesprochen: Wir fühlen uns zurückversetzt um 20 Jahre – in die Zeiten einer auch damals weitgehend hausgemachten Krise, die in Richtung der Änderung des Asylrechts instrumentalisiert wurde.

Eine weitere Geschichte, über die am Rande der Tagung gesprochen worden ist: Wir hatten, glaube ich, nie so viele vulnerable Menschen unter den Asylsuchenden wie jetzt, vielleicht mit Ausnahme der Zustände während des Balkankrieges. Dass es den Menschen psychisch in diesem Maße schlecht geht, liegt neben den akuten Flüchtlingskrisen und ihren Folgen auch an den extremen Belastungen durch das Dublin-System. Wer nicht schon durch die Situation im Herkunftsland erhebliche Probleme hatte und vulnerabel war, der hat diese Probleme in den letzten Jahren auch dadurch bekommen, dass er sich durch Italien, Griechenland und andere Staaten mit einem katastrophalen oder zum Teil inexistenten Asylsystem durchgeschlagen hat. Ein effektives Flüchtlingsschutzsystem hat in vielen Regionen nie existiert, andernorts ist es zusammengebrochen. Die krisenhafte Entwicklung hat auch damit zu tun, dass die Wirtschaftskrise die Transformationsgesellschaften insbesondere in Südosteuropa innerhalb und außerhalb der EU massiv trifft.

Damit sind wir dann beim Thema der aktuellen Roma-Hetze, die das Klima, in dem wir mit Flüchtlingen arbeiten, sehr negativ prägt. Man hätte sich nicht vorstellen können – und damit schlage ich den Bogen zum zweiten Referat „Bedeutung von offiziellen Entschuldigungen und staatlicher Wiedergutmachung“ – dass hierzulande ein Denkmal für den Völkermord

an Sinti und Roma errichtet und eingeweiht wird und am folgenden Tag diese Roma-Hetze einfach weiterbetrieben wird. Als könnte man die historische Verantwortung Deutschlands gegenüber den Ländern des Balkans und ihrer Minderheiten einfach unter den Tisch kehren. Eine irre Form von Politik. Ich glaube, dass wir, die wir in unserem Arbeitsfeld fachlich und politisch tätig sind, hier aufgerufen sind, sehr deutlich zu werden. Es ist unser aller Aufgabe, deutlich zu machen, dass man diese Form der Hetze, diese Bereitschaft der Politik, am einen Tag zu gedenken, am anderen mit populistischen Äußerungen Wasser auf extremistische Mühlen zu leiten, nicht hinnimmt. Gegen Roma wird gehetzt, als würden die Menschenrechte für sie nicht gelten.

Und mit der Erwähnung des Roma-Themas komme ich auf das erste Referat des gestrigen Tages zurück. Da ging es um die Gesundheitsversorgung im Kontext wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte, um Verfügbarkeit, Zugang usw. als Maßstab. Festzustellen ist: Für die meisten Roma aus Balkanstaaten ist der Zugang zu wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten als Auswirkung extremer Diskriminierung verbaut.

Asyl ist eine Einzelfallentscheidung, bei der es allerdings auch im konkreten Fall um den Ausschluss von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechten als Ausdruck einer Verfolgungssituation gehen kann. Diesbezüglich muss man sich die Situation der Roma wirklich genau ansehen anstatt sie zu diffamieren.

Um es zusammenzufassen:

Einerseits steht auf der positiven Seite das, was wir als Terrain in politischen Dialogen und in fachlichen Dialogen gewonnen haben: Verbesserungen im Flughafenverfahren, im Unterbringungsbereich, zeitweilig auch Qualitätsverbesserungen beim Bundesamt, das alles gab es durchaus. Die Diskussionen, die wir auch zusammen mit den psychosozialen Zentren mit dem Bundesamt geführt haben, waren sinnvoll. Jetzt jedoch erleben wir eine Entwicklung, der man sich entgegenstemmen muss und wo man auch klar sagen muss, dass der Kaiser keine Kleider anhat und nicht

stattdessen Diskussionen über die Mode führen. Es sind ja nicht nur wir, die das so sehen. Auch im Bundesamt redet man davon, dass das Entscheidungssystem de facto zusammengebrochen ist. Die elementare Aufgabe, über das Schutzbedürfnis zeitnah zu entscheiden und damit den Menschen die Sicherheit zu geben, die sie brauchen, wird jeden Tag verfehlt. Das zur aktuellen Verortung der Tagung. Aus meiner Sicht sollten die Forderungen, die am Ende zu einem System der Inklusion gestellt werden, die aktuell schlechte Situation in einem Tagungspapier oder in einer diesbezüglichen Meinungsäußerung im Plenum berücksichtigen.

1. Das Konzept der „Integration“ ist für Überlebende von Folter und Menschenrechtsverletzungen, die als Schutzsuchende zu uns kommen, nicht ausreichend. Notwendig ist die Entwicklung eines neuen Ansatzes der (Wieder-) Teilhabe in einer Gesellschaft, in diesem Falle des Aufnahmelandes. Dazu muss sich die Aufnahmegesellschaft mit der neuen Situation und den neuen Herausforderungen auseinandersetzen, die es mit sich bringt, dass Menschen mit unterschiedlichsten Identitäten hierher geflohen sind und nun zu Recht ein Teil dieser Gesellschaft sind.
2. Überlebende von Folter und organisierter Gewalt haben in der Regel eine Zerstörung ihrer früheren Identität und ihrer Welt erfahren. Was sie erleben mussten, führt zu einer tiefgreifenden Erschütterung nicht nur ihrer persönlichen, sondern auch ihrer sozialen Identität. Umso wichtiger ist es, dass die Wiederteilhabe in der Gesellschaft nicht behindert wird durch Verweigerung oder Erschwerung der Partizipation am gesellschaftlichen und sozialen Leben, an Möglichkeit zur Arbeit und Ausbildung, Erwerb von Sprachkompetenz etc.
3. Die Aufnahmegesellschaft muss die Diversität und Vielfalt von Gruppenzugehörigkeiten von Menschen, die in ihrer Mitte leben, akzeptieren. Die Identitätsentwicklung eines Menschen vollzieht sich nicht nur als Individuum, sondern im sozialen Kontext der diversen Gruppen, in denen er aufwächst und lebt: ethnische und kulturelle Zugehörigkeit, Geschlecht, Religion, sexuelle Orientierung, Bildungsstatus, gesellschaftliche Schicht, Behinderung, spezifische Lebenserfahrung wie Migration u. v. m. betreffend
4. Die Reduzierung auf Gruppenzugehörigkeit nur nach „kulturellen“ Zuschreibungen, die Negierung der Diversität und das Konzept von Integration, das von einer Gesellschaft ausgeht, in die „Zuwandernde“ sich hineinzufinden haben, sind Ausdruck einer statisch-monokulturellen Auffassung von Gesellschaft. Dies birgt stets die Gefahr der Ausgrenzung einzelner Gruppen in sich bis hin zur Verweigerung von Rechten und Verfolgung; es begünstigt in der Gesellschaft die Angst vor Anderssein und Isolation. Um diesem zu begegnen, ist ein gegenseitig bereichernder Anpassungs- und Veränderungsprozess notwendig.

Im Umgang mit Zugehörigkeit vs. Andersartigkeit gibt es zwei Extreme, die vermieden werden müssen: der Anspruch auf völlige Assimilation sowie die Anerkennung von Andersartigkeit als einzige Definition von Identität. Wenn die Gesellschaft Diversität und Vielfalt von Gruppenzugehörigkeit als Realität akzeptiert, können wir auch akzeptieren, dass dies die soziale Identität der Gesellschaft ausmacht.

