Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF

Europäisches Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende

Geflüchtete und Überlebende von Folter in Europa.

Warum ein ganzheitlicher Ansatz in der Gesundheitspolitik wichtig ist

Diese Veröffentlichung des Europäischen Netzwerks von Rehabilitationszentren für Folterüberlebende wurde von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. – erstellt.

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

Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin

Tel.: 030 – 310 124 61

E-Mail: info@baff-zentren.org

www.baff-zentren.org

Copyright: © BAfF e.V. & Europäisches Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Die Texte basieren auf der englischsprachigen Publikation “Refugee survivors of torture in Europe: Towards positive public policy and health outcomes“ von Nimisha Patel und Elise Bittenbinder.

Redaktion und Übersetzung: Sibel Atasayi

Layout: Daniela Krebs

Europäisches Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) / BAfF (2018): Geflüchtete und Überlebende von Folter in Europa. Warum ein ganzheitlicher Ansatz in der Gesundheitspolitik wichtig ist. Berlin.

Gefördert durch:

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Geflüchtete und Überlebende von Folter in Europa. Warum ein ganzheitlicher Ansatz in der Gesundheitspolitik wichtig ist

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) bündelt seine fachliche, multidisziplinäre und praktische Expertise im Bereich der Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende in Europa und versteht sich als selbsttragende Plattform für Gesundheitsfachleute, die an der Schnittstelle zu Migration, Trauma und Menschenrechten arbeiten und aus mehr als 120 Psychosozialen Zentren stammen.

Diese Veröffentlichung basiert auf den wichtigsten Ergebnissen der 13. Konferenz des EURONET, die im November 2017 in Bukarest ausgerichtet worden ist. In verschiedenen themenbezogenen Workshops und moderierten Panel- und Podiumsdiskussionen wurde der Frage nachgegangen, warum ein ganzheitlicher Ansatz in der öffentlichen Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Versorgung von Asylsuchenden, Geflüchteten und Folterüberlebenden notwendig ist. Eine umfassende Dokumentation der Tagung liegt in englischer Sprache vor. Die vorliegende Veröffentlichung gibt einen ausgewählten und kürzeren Einblick in die Ergebnisse der Konferenz auf Deutsch.

Inhalt

1. Einführung 6

1. 1. Hintergrund der Veröffentlichung 8

1. 2. Wie kann ein ganzheitlicher Versorgungsansatz eine angemessene Rehabilitation für Folterüberlebende gewährleisten? 8

2. Psychosoziale Bedarfe von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Europa 10

2. 1. Welche Vorteile entstehen aus einer bedarfsorientierten Versorgung für die staatlichen Dienstleister*innen? Und wie können diese gewährleistet werden? 11

2. 2. Welche aktuellen Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die Rehabilitation für Folterüberlebende? 14

3. Im Spannungsfeld von Menschenrecht, Gesundheit und Migration – eine Auswahl verschiedener Ansätze 16

3. 1. Public Health als Ansatz für eine bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten und Folterüberlebenden 18

3. 2. Psychische Gesundheit und Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen (MHPSS) im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und humanitären Hilfe 22

3. 3. Die Europäische Union und ihre Gesundheitspolitik 25

3. 4. Rehabilitationsleistungen im Kontext von Flucht und Migration 28

Wie lassen sich die Erfahrungen für die psychosoziale Praxis aus dem Libanon zusammenfassen? 33

4. Was muss sich ändern? 34

Über die Autorinnen 36

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende 38

1. Einführung

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) trifft sich seit seiner Gründung mittlerweile schon seit 17 Jahren an unterschiedlichen Orten Europas und richtet jedes Jahr eine Konferenz aus, die die aktuellsten Herausforderungen und Entwicklungen im multidisziplinär ausgerichteten Arbeitsfeld der Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende in Europa adressiert. Das EURONET ist eine unabhängige Plattform von Gesundheitsfachleuten, die europaweit den Raum zum professionellen Austausch von Erfahrungen und zur kritischen Diskussion nutzt. Es versteht sich als Forum, das anhand verschiedener Arbeitsgruppen zu relevanten Themenbereichen aus Trauma, Flucht und Migration im europäischen Kontext arbeitet und in regelmäßigen Abständen zu Konferenzen zusammentrifft. Auf der Grundlage der täglichen Arbeit mit Menschen, die massive Folter- und Gewalterfahrungen erleiden mussten, haben die Mitglieder des EURONET über die Jahre hinweg nicht nur eine fachliche und praktische Expertise erlangt, sondern es auch geschafft, in unterschiedlichen europäischen Ländern politische Entscheidungsträger*innen, Ministerien und andere Fachleute aus relevanten Disziplinen für die Belange von Folterüberlebenden zu sensibilisieren. Die fortdauernde Aufgabe besteht darin, auf die Versorgungslücken aufmerksam zu machen, da Folterüberlebende keinen ausreichenden Zugang zu notwendigen und angemessenen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten haben. Die Mitgliedszentren des EURONET haben über die Jahre hinweg bewährte Expertisen in einem ganzheitlichen Ansatz für die gesundheitliche /psychosoziale Versorgung und einem menschenrechtlichen Fokus mit einem gesammelt. Eine Vielzahl an Menschen, die massive Folter- und Gewalterfahrungen sowie unter anderen Menschenrechtsverletzungen leiden mussten, haben uns ihre persönlichen Geschichten anvertraut, was uns zu Zeug*innen macht und in die Pflicht nimmt, diese individuellen und kollektiven Erinnerungen an Menschenrechtsverletzungen der breiten Öffentlichkeit, den Entscheidungsträger*innen und zukünftigen Generationen sichtbar zu machen.

Die Teilnehmenden der 13. EURONET-Konferenz. *(© Emilian Savescu)*

1. 1. Hintergrund der Veröffentlichung

Mit einer finanziellen Unterstützung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konnte das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) im Rahmen einer internationalen Konferenz eine multidimensionale und globale Sicht auf Gesundheit und Trauma zusammenkommen und so einen Beitrag zum Austausch über professionelle Unterstützungsstrukturen in europäischen Ländern leisten. Das 16. Europäische Netzwerktreffen zum Thema „Public Health und Positive Anreize für die Gestaltung öffentlicher Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Versorgung von Asylsuchenden, Geflüchteten und Folterüberlebenden“ hat vom 11. bis 14. November in Bukarest stattgefunden. Mit 80 Expert*innen und Gesundheitsfachleuten aus mehr als 25 europäischen Ländern stieß das Europäische Netzwerktreffen auf reges Interesse. Die Teilnehmenden vereinten zahlreiche Arbeitsbereiche wie Politik, Verwaltung, Gesundheit und Zivilgesellschaft, die an der Schnittstelle zur psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Europa arbeiten. In moderierten Panel- und Podiumsdiskussionen sowie themenbezogenen Workshops wurde der Frage zur Gestaltung öffentlicher Gesundheitspolitik in den jeweiligen europäischen Ländern mit dem Ziel einer verbesserten und angemessenen gesundheitlichen Versorgung für Folterüberlebende, Geflüchtete und Asylsuchende nachgegangen.

1. 2. Wie kann ein ganzheitlicher Versorgungsansatz eine angemessene Rehabilitation für Folterüberlebende gewährleisten?

Migration ist kein neues Phänomen in Europa. Menschen sind schon immer aus Europa in andere Länder und aus anderen Ländern nach Europa migriert. Doch das Jahr 2015 wurde vielerorts als das Jahr beschrieben, in dem die größte Flüchtlingskrise seit dem zweiten Weltkrieg ausgebrochen sei. Vielleicht haben sich in 2015 viele bereits bestehende problematische Entwicklungslinien zugespitzt und neue Herausforderungen sind dazugekommen – gänzlich neu ist das Phänomen allerdings nicht.

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende vertritt als Netzwerk an Gesundheitsfachleuten aus den Bereichen Flucht, Trauma und Menschenrecht den Standpunkt „Global Health für alle Folterüberlebende“. Jeder Mensch, der Folter und schwere Menschenrechtsverletzungen überlebt hat, sollte Anspruch und barrierefreien Zugang zu einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung haben – unabhängig von seinem Aufenthaltsstatus. Diese umfassende gesundheitliche Versorgung ist Teil einer Rehabilitationsleistung, die neben der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung auch psychosoziale Hilfen einschließlich angemessener Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen einbezieht. Dabei orientiert sich die Hilfe und Unterstützung für Überlebende von Folter und schwerer Gewalt an den Vorgaben der UN-Antifolterkonvention sowie des UN-Menschenrechtsausschusses und dem dortigen Verständnis von Rehabilitation. Ein wichtiger Schritt zur Gewährleistung von speziellen Unterstützungsangeboten für Folterüberlebende ist dabei die Früherkennung der besonderen Schutzbedürftigkeit, die sich auf den Personenkreis der Schutzbedürftigen bezieht.

Die Psychosozialen Zentren und Behandlungseinrichtungen des EURONET spielen eine zen-

trale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen. Sie sind mit und in ihren Komplexleistungen effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingestellt. Als zivilgesellschaftliche Akteur*innen bieten sie neben psychosozialer Beratung und spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung auch qualifizierte und niedrigschwellige Unterstützung (z.B. Mentor*innenschaften, Selbsthilfegruppen) an. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe muss in jedem europäischen Kontext von staatlichen Strukturen abgesichert, erweitert und konsolidiert werden. In der Praxis gleichen die Chancen auf umfassende Rehabilitation für Folterüberlebende und Schutzbedürftige eher einer Lotterie: Je nach Ankunftsland sind die Wege in die Versorgung über komplizierte Verwaltungspraxen zur Kostenerstattung erschwert, sodass notwendige Unterstützungs- und Rehabilitationsmaßnahmen häufig nicht in Anspruch genommen werden können. Die europäischen Regierungen haben es versäumt, besonders schutzbedürftigen Menschen systematisch angemessene Hilfs- und Unterstützungsangebote anzubieten. Die prekären Lebens- und Wohnverhältnisse dieser Personengruppe sind häufig geprägt von einer unsicheren Bleibeperspektive und der Angst, in ein anderes europäisches Land oder in das Herkunftsland abgeschoben zu werden. Die spezialisierten und psychosozialen Zentren in den europäischen Ländern kämpfen um immer knappere Drittmittel zur (Weiter-)Finanzierung ihrer Arbeit, sodass die suggerierte „Flüchtlingskrise in 2015“ längst ein fester Bestandteil ihres Arbeitsalltags geworden ist.

In diesem Kontext ist die Forderung von staatlicher Seite, dass Geflüchtete und Folterüberlebende sich anpassen und Integrationswillen zeigen, sehr fragwürdig. Sie lässt Mechanismen der strukturellen Benachteiligung und Ausgrenzung außer Acht und übersieht dabei, dass besonders die Gruppe von schutzbedürftigen und traumatisierten Menschen zur Zielscheibe von asyl- und ausländerfeindlichen Parteien geworden sind, die mittlerweile in vielen europäischen Parlamenten vertreten sind. In prekären finanziellen und asylrechtlichen Verhältnissen, hat das EURONET beständig eine Plattform geboten – die den Fokus auf die Versorgung, Unterstützung und Rehabilitation von Folterüberlebenden über verschiedene europäische Länder hinweg legte um gemeinschaftlich „Good Practice“ zu etablieren. Die Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen wie Folter, die Begutachtung von Folterspuren oder die fachliche Weiterentwicklung von Standards und Prinzipien der Arbeit in Form von Manualen und Publikationen sowie die kontinuierliche Sensibilisierung und Qualifizierung von Gesundheitsfachleuten aus verschiedenen Disziplinen sind nur einige Beispiele, wie Rehabilitationsmaßnahmen für Folterüberlebende gefördert werden können. An der Schnittstelle von Gesundheit, Menschenrechten und internationalem Schutz vor Verfolgung arbeitend, verstehen wir es als unsere Aufgabe, für die Einhaltung der Rechte von Folterüberlebenden und schutzbedürftigen Menschen einzutreten und universelle Werte wie Menschlichkeit und Solidarität zu bestärken.

Gemeinsam arbeiten die EURONET-Mitglieder an Strategien, die Rehabilitation von Folterüberlebenden europaweit zu stärken.
(© Emilian Savescu)

2. Psychosoziale Bedarfe von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Europa

Die Erfahrungen, die Überlebende von Folter und anderen Misshandlungen gemacht haben, sind so vielfältig wie ihre sozialen, kulturellen und politischen Kontexte oder die persönlichen Lebensumstände, aus denen sie kommen. Folter kann nicht auf eine bestimmte Handlung reduziert werden und kann physisch und/oder psychisch sein. Die Auswirkungen von Folter können tiefgreifend, langfristig und schwerwiegend sein und sind nicht immer sichtbar. Dies stellt Professionelle in Gesundheitsberufen (medizinisch und psychologisch) und Laien (einschließlich der ehrenamtlichen Helfer*innen aus den Gemeinden) bei der Identifikation derjenigen, die möglicherweise Folter erlitten haben und bei der Beurteilung des Gesundheits- und Sozialbedarfs von Folterüberlebenden, vor viele Herausforderungen.

Die Regierungen tragen eine Verantwortung für den Schutz, das Wohlergehen und die Rehabilitation von Folterüberlebenden. Doch die Ermutigung von staatlichen Strukturen, auf diese Verantwortung mit Einsatz und Engagement zu reagieren, wirft oft eine Reihe von legitimen Fragen auf: Wie viele Folterüberlebende gibt es? Was sind ihre Bedarfe? Welche Leistungen beinhaltet eine Rehabilitation?

Angesichts der Vielzahl gesundheitlicher, sozialer, bildungsbezogener und beruflicher Unterstützungsbedarfe von Folterüberlebenden, müssen die Rehabilitationsmaßnahmen sicherstellen, dass der Schwerpunkt der Versorgungsangebote nicht ausschließlich auf einen Aspekt der Gesundheit (z.B. physische oder psychische Gesundheit) oder auf die Gesundheit unter Ausschluss anderer Bedarfe liegt. In diesem Zusammenhang gilt es zu beachten, dass die Bedarfe von Folterüberlebenden über die Gesundheits- und Sozialfürsorge hinausgehen. Rehabilitation wird in der Praxis als Kombination von Versorgungsangeboten definiert und verstanden, die je nach Bedarfen und der speziellen Situation jedes Überlebenden gleichzeitig oder in verschiedenen Phasen erbracht werden müssen.

In der Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 zur Durchführung des Artikels 14 durch die Vertragsstaaten bekräftigt der UN-Ausschuss gegen Folter in der Antifolterkonvention, dass die Bereitstellung von Mitteln für eine möglichst vollständige Rehabilitation ganzheitlich sein und medizinische und psychologische Betreuung sowie rechtliche und soziale Dienste umfassen sollte.[1] Für die Staaten ist es wichtig, eine ressortübergreifende Koordination (z.B. die Zusammenarbeit von relevanten Behörden wie das Bildungs- und Sozialministerium) zu schaffen, um die Rehabilitation von Folterüberlebenden zu gewährleisten.

2. 1. Welche Vorteile entstehen aus einer bedarfsorientierten Versorgung für die staatlichen Dienstleister*innen? Und wie können diese gewährleistet werden?

Es gibt eine Reihe von Gründen, warum die Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen, die eine umfassende und ganzheitliche Betreuung und Unterstützung von Folterüberlebenden umfasst, aus der Perspektive staatlicher Dienstleister*innen wichtig ist. Insgesamt führen Rehabilitationsleistungen zu verschiedenen positiven Folgen, die direkte Vorteile für das Folteropfer und seine Familienangehörigen und indirekte Vorteile für sein soziales Umfeld und die Gesellschaft erbringen. Denn die Rehabilitation hilft:

1 UN Committee Against Torture (CAT): General Comment N°3 (2012), para 15 und 32.

a. die Gesundheit und das Wohlbefinden der Überlebenden sicherzustellen. Dies kann sich positiv auf das Sozial- und Familienleben der Überlebenden auswirken. Sie können z.B. tragfähige Familienbeziehungen eingehen und können somit ihre Rolle als Erziehungsberechtigte angemessen wahrnehmen. Dies minimiert wiederum Risiken für das Wohlbefinden und die Entwicklung von Kindern der Überlebenden und anderen Familienmitgliedern.

b. das Wohlbefinden der Überlebenden zu verbessern und dadurch die Funktionsfähigkeit im Alltag zu fördern, sodass die Überlebenden seine*ihre Familien-, Sozial- und Arbeitsrollen erfüllen können und minderjährige Überlebende in ihrer allgemeinen Entwicklung sowie Leistungsfähigkeit unterstützt werden können.

c. das Wohlbefinden der Überlebenden zu verbessern, was dazu beitragen kann, die negativen und möglicherweise längerfristigen, generationsübergreifenden Auswirkungen von Folter zu minimieren und so zu resilienten Gemeinschaften beizutragen.

d. Überlebende dabei zu unterstützen, produktive Mitglieder der Gesellschaft zu werden und ihnen die soziale Eingliederung und gesellschaftliche Teilhabe zu erleichtern.

e. das Bewusstsein, den Wissensstand und die Praxis im Umgang mit Menschenrechtsverletzungen von Professionellen im Gesundheitswesen und in der Zivilgesellschaft zu verbessern.

Zu den negativen Konsequenzen, die durch das Ausbleiben oder die Verzögerung geeigneter multidisziplinärer Rehabilitationsmaßnahmen verursacht werden, zählen folgende:

a. eine erhöhte Chronizität der durch Folter bedingten Gesundheitsprobleme;

b. eine zusätzliche Belastung der Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste mit steigenden Kosten;

c. die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Überlebende nur Dienste in Anspruch nehmen, wenn sie in einer Krise sind und gesundheitliche Probleme sehr schwerwiegend, chronisch und unlösbar werden;

d. die erhöhte Wahrscheinlichkeit von psychischen Krisensituationen (Gewalt gegen die eigene Person oder gegen Dritte, Suizidgedanken), welche in der Folge zu schwerwiegenden Schäden oder Tod führen können.

Die Regierungen sind gesetzlich verpflichtet, die Mittel für eine möglichst umfassende Rehabilitation von Folterüberlebenden sicherzustellen.[2] Diese Dienste können von Staaten oder von Nichtregierungsorganisationen (NROs) erbracht werden. Eine angemessene Überwachung und Bewertung der staatlichen Praxis im Hinblick auf die Sicherstellung der Mittel zur möglichst vollständigen Rehabilitation von Folterüberlebenden ist unerlässlich, um die Rechenschaftspflicht zu gewährleisten.[3] Eine der Hauptschwierigkeiten bei der Bewertung der effektiven Umsetzung der Rehabilitation ist jedoch das Fehlen klarer Indikatoren, was bisher ein Hindernis für die Rechenschaftspflicht der Staaten und die Fähigkeit der Dienstleistungserbringer war, um angemessen über die von ihnen erbrachten Dienstleistungen zu berichten.[4]

Jedes Land hat seinen eigenen sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und historischen Kontext und folglich hängt die Erbringung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten von einer Reihe von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören neben den rechtlichen Rahmenbedingungen des öffentlichen Gesundheitssystems auch öffentliche Strukturen wie Bildungseinrichtungen und berufliche Entwicklungsmaßnahmen und die Frage, ob diese auf die Bedürfnisse von Folterüberlebenden angepasst werden können.

Auf welche Art und in welchem Umfang Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende, Geflüchtete und Asylsuchende angeboten und durchgeführt werden, ist grundsätzlich von der Art der Finanzierung in dem jeweiligen Staat abhängig. Der Allgemeine Kommentar Nr. 3 der UN-Antifolterkonvention besagt, dass die Verpflichtung in Artikel 14 der UN-Antifolterkonvention, die Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation bereitzustellen, entweder durch den Staat oder durch die

2 UN Committee Against Torture (CAT), Artikel 14.

3 UN Committee Against Torture (CAT), Artikel 14.

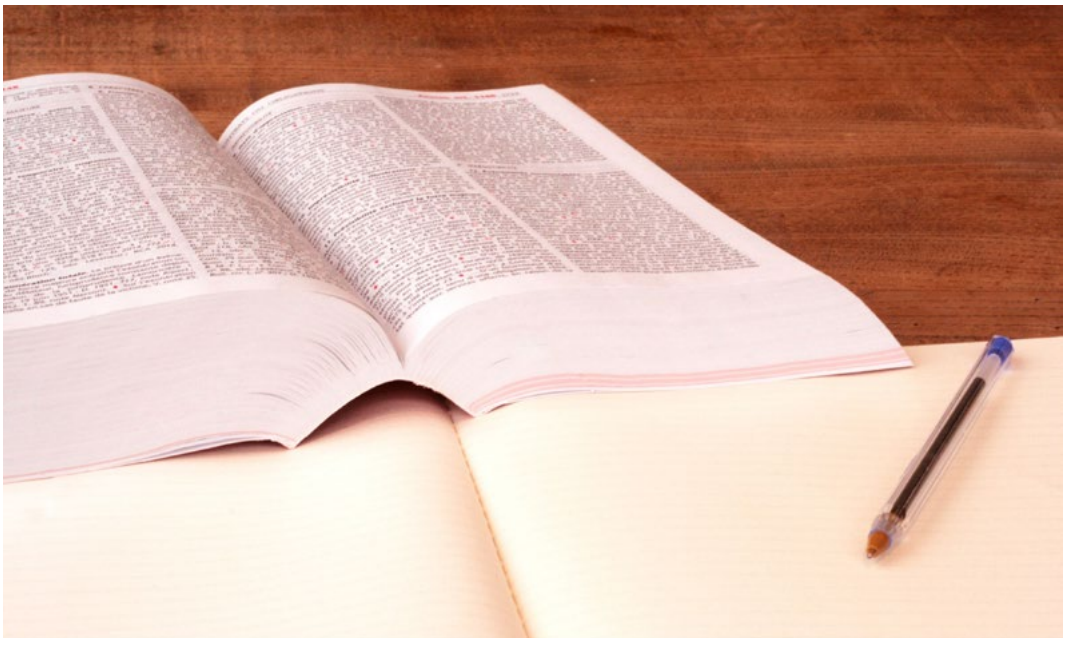
4 Das International Centre for Health and Human Rights, UK, hat kürzlich seine Arbeit an der Entwicklung von Indikatoren für das Recht auf Rehabilitation, die an den jeweiligen Länderkontext angepasst werden können, abgeschlossen (bevorstehende Veröffentlichungen).

staatliche Finanzierung von privaten medizinischen, rechtlichen und anderen Einrichtungen erfüllt werden kann, einschließlich solcher, die von NROs verwaltet werden.[5] Traditionell werden die Rehabilitationsleistungen derzeit überwiegend von NROs und nicht von staatlichen Gesundheitssystemen direkt erbracht.

Externe, nicht-staatliche oder kommunale Finanzierungsquellen für die Rehabilitation von Folterüberlebenden sind in den meisten Ländern zunehmend begrenzt und nicht ausreichend, um eine umfassende und angemessene Versorgung von Folterüberlebenden zu gewährleisten. Gleichzeitig können und sollten externe Finanzierungsquellen die staatliche Pflicht in der Sicherstellung von Rehabilitationsleistungen nicht ersetzen. Als Beispiel dient der UN-Freiwilligenfonds zur Unterstützung von Folteropfern[6], welcher ein recht etablierter Fonds speziell für Folterüberlebende ist.

Die Mehrheit der derzeitigen Rehabilitationsdienste für Folterüberlebende in Europa wird von unabhängigen NROs erbracht, die speziell auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Folterüberlebenden zugeschnitten sind. Im EURONET beteiligen sich über die Jahre hinweg mehr als 120 von NROs betriebene Rehabilitationszentren. Die Zielgruppe sind Geflüchtete und Asylsuchende, die unter den Folgen von kriegsbedingten Traumata leiden und/ oder Opfer von schweren Menschenrechtsverletzungen geworden sind. Größtenteils ist die Finanzsituation der spezialisierten NROs, welche sich auf die Bedarfe von Folterüberlebenden fokussieren sehr prekär – lediglich einige Rehabilitationszentren z.B. aus den nordeuropäischen Ländern haben ihre Rehabilitationsdienste in staatliche Versorgungssysteme integriert und konnten so ihre Finanzierung konsolidieren.

Der Umfang, die Art und Reichweite der Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen für Folterüberlebende in Europa weisen große Unterschiede zwischen den Ländern auf, da sich innerhalb jedes Versorgungssystems spezifische Herausforderungen und Dilemmata für politische Entscheidungsträger*innen und Leistungserbringer*innen ergeben. Daher kann die Frage, inwiefern Folterüberlebenden und anderen besonders vulnerablen Geflüchteten der Zugang zu den entsprechenden Versorgungsleistungen gewährt werden kann, nicht abschließend beantwortet werden.



Durch die UN-Antifolterkonvention ist die Übernahme von Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende in staatliche Verantwortung gelegt – eine Übergabe der Aufgabe an NROs ist möglich.
(CQF-avocat, CC0 | pixabay.com)

5 UNCAT, General Comment N°3 (2012), para. 15.

6 http://www.ohchr.org/EN/Issues/Torture/UNVFT/Pages/WhattheFunddoes.aspx

2. 2. Welche aktuellen Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die Rehabilitation für Folterüberlebende?

Die Gewährleistung von multidisziplinär ausgerichteten oder ganzheitlichen Versorgungsangeboten, die den komplexen Bedarfen und den Lebensrealitäten von Menschen, die Überlebende von Gewalt und Folter geworden sind, gerecht werden, ist mit einer Vielzahl an Herausforderungen verbunden. Einige der wichtigsten Herausforderungen sind folgende:

a. Die Etablierung ethisch und kulturell angemessener, geschlechtsspezifisch angepasster, wirksamer bzw. valider Methoden zur raschen Identifizierung von Folterüberlebenden sowie die Ermittlung der Bedarfe von besonders schutzbedürftigen Personengruppen.

In Europa gibt es mehr als 120 Behandlungszentren speziell für Geflüchtete und Überlebende von Folter. Die Behandlungsplätze sind aufgrund mangelnder Finanzierung oftmals dennoch knapp
(Wokandapix, CC0 | pixabay.com)

b. Die Etablierung geeigneter Dienstleistungsmodelle und -methoden, die kulturell angemessen und valide sowie in der Lage sind auf die komplexen Bedarfe von Folterüberlebenden einzugehen (z.B. nicht nur auf psychische Trauma-Symptomatik) und zu einer gesamtgesundheitlichen/ psychosozial relevanten Verbesserung führen. Es gibt nach wie vor zahlreiche konzeptionelle, methodische und ethische Mängel in der bestehenden Forschung[7], die generell eine fundiertere, kulturell validere und ethisch angemessenere Ausrichtung benötigt.

c. Die mangelnde Sicherheit und Grundversorgung für Folterüberlebende und ihre Familien kann die Fähigkeit, Zugang zu Rehabilitationsdiensten zu suchen oder in Anspruch zu nehmen, einschränken.

d. Die fortwährende Straffreiheit für Folter oder andere von Staaten begangene Verbrechen - insbesondere für europäische Länder, in denen es noch Folterüberlebende gibt, die in Europa gefoltert wurden.

e. Das anhaltende Risiko der Ausbeutung (z.B. wirtschaftliche, sexuelle), der Armut, der Diskriminierung und der Marginalisierung innerhalb der Gesellschaft.

f. Das Fehlen oder der Mangel an qualifiziertem Personal (z.B. ärztliches und psychologisches Fachpersonal, Sozialarbeiter*innen, Dolmetscher*innen), das für die Arbeit mit Folterüberlebenden ausgebildet und spezialisiert ist.

g. Die unzureichende staatliche Finanzierung, fehlende Strukturen und damit verbundene Richtlinien für die Bereitstellung von professioneller und koordinierter Gesundheits- und Sozialfürsorge, rechtlicher, pädagogischer und sonstiger Unterstützung.

h. Die fortwährende Straffreiheit für Folter oder andere von Staaten begangene Verbrechen. Dies gilt insbesondere für europäische Länder, in denen es noch Folterüberlebende gibt, die in Europa gefoltert wurden.

i. Das anhaltende Risiko der Ausbeutung (z.B. wirtschaftliche, sexuelle) und der Armut, der Diskriminierung und der Marginalisierung innerhalb der Gesellschaft.

j. Das Fehlen oder der Mangel an qualifiziertem Personal (z.B. ärztliches und psychologisches Fachpersonal, Sozialarbeiter*innen, Dolmetscher*innen), das für die Arbeit mit Folterüberlebenden ausgebildet und spezialisiert ist.

k. Die unzureichende staatliche Finanzierung, fehlende Strukturen und damit verbundene Richtlinien für die Bereitstellung von professioneller und koordinierter Gesundheits- und Sozialfürsorge, rechtlicher, pädagogischer und sonstiger Unterstützung.

7 Für eine ausführlichere Diskussion siehe: Jaranson J.M., and Quiroga J. (2011) Evaluating the services of torture rehabilitation programmes: History and recommendations. Torture, 21, no. 2, 98–140; Montgomery E. and Patel N. (2011) Torture rehabilitation: reflections on treatment outcome studies. Torture, 21, no. 2, 141-5; Patel, N., Williams, AC de C. and Kellezi, B. (2016) Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors: Conceptual, methodological and ethical issues. Torture, vol.26, no.1, 2-16.

3. Im Spannungsfeld von Menschenrecht, Gesundheit und Migration – eine Auswahl verschiedener Ansätze

Im Spannungsfeld zwischen Menschenrecht, Gesundheit und Migration gibt es zahlreiche Barrieren, die der angemessenen Versorgung von Schutzsuchenden und besonders Schutzbedürftigen im Wege stehen. Die Unterschiedlichkeit zwischen den europäischen Ländern in der Bereitstellung und Gewährleistung von ganzheitlichen Versorgungsangeboten für Folterüberlebende erschwert es einerseits, einen einheitlichen Diskurs über die Praxis sowie über die Art und den Umfang von Rehabilitationsleistungen zu führen; andererseits eröffnet die Diversität viele Möglichkeiten im Diskurs innovative Wege zu gehen. So haben sich über die verschiedenen europäischen Kontexte hinweg verschiedene Ansätze, Vorgehensweisen und Politiken herauskristallisiert, die auf unterschiedliche Weise dasselbe Ziel verfolgen: Die Sicherstellung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für Folterüberlebende.

Vielerorts sind es die Psychosozialen Zentren, die für die komplexen gesundheitlichen Bedarfe von Folterüberlebenden multidisziplinär ausgerichtete und ganzheitliche Versorgung anbieten und mit ihrer Fachexpertise in der psychosozialen Praxis eine herausragende Rolle einnehmen. Diese gebündelte Fach- und Praxisexpertise fließt in der Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus der Regelversorgung in die vorherrschenden öffentlichen Versorgungsstrukturen mit ein, doch dies birgt unterschiedliche Risiken und Chancen für die beteiligten Akteur*innen, die es im Besonderen zu beachten gilt (3.1.). Ein Beispiel für staatliche Zusammenarbeit und zivilgesellschaftliches Engagement wurde durch die Keynote von Marianna Knirsch eingebracht und zeigt auf, wie in der Praxis der internationalen Entwicklungszusammenarbeit psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen sich gegenseitig beeinflussen (3.2.). Der Brückenschlag von der nationalen psychosozialen Versorgungspraxis zur „globaleren“ Ebene der Europäischen Union und ihrer Gesundheitspolitik wird anhand der Keynote von Ortwin Schulte möglich (3.3.). Am Beispiel vom Libanon wird gezeigt wie ein Rehabilitationszentrum in einem Post-Konflikt-Setting seiner Arbeit nachgeht und wie sich für die psychosoziale Praxis in anderen Arbeitskontexten wichtige Erkenntnisse ableiten lassen (3.4.).

3. 1. Public Health als Ansatz für eine bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten und Folterüberlebenden

Public Health wird als eine eigenständige und interdisziplinäre Wissenschaft definiert, die nicht die individuelle Gesundheit einer Person, sondern die einer ausgewählten Bevölkerung in den Vordergrund rückt. Dabei befasst sich die Forschung innerhalb von Public Health beispielsweise mit den Bedingungen für die Gesundheit, den Ursachen für Krankheit und den Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihren Umweltfaktoren.[8] Für das Themenfeld der gesundheitlichen Versorgung von Folterüberlebenden, Geflüchteten und Asylsuchenden sind vor allem die Aspekte von Public Health wichtig, welche die Gesundheitsförderung und die Leistungen des Gesundheitssystems sowie die Möglichkeiten zur politischen Steuerung thematisieren.

Im Hinblick auf diese Aspekte haben sich die Strukturen der Public Health, im Besonderen die regulären Gesundheitssysteme in den europäischen Ländern, lange Zeit nicht für die komplexen Bedarfe von Migrant*innen und Geflüchteten geöffnet. Daher gehören leider kultur-, traumasensible und dolmetschergestützte Angebote heute immer noch zur Ausnahmeregelung im öffentlichen Gesundheitswesen der europäischen Länder. Umso wichtiger ist die Rolle der psychosozialen Zentren, die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe in der Versorgung und Rehabilitation für Folterüberlebende und Geflüchtete übernommen haben. Im Hinblick auf die ernst zu nehmende aufgeheizte Migrationsdebatte mit deutlichem Rechtsruck, Asylrechtsverschärfungen, der Externalisierung der Thematik an die außereuropäischen Grenzen und die Prekarität der Finanzierung, sind die psychosozialen Mitgliedszentren des Europäischen Netzwerks der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende mit drängenden Fragen konfrontiert:

- Sollten Rehabilitationsleistungen für Geflüchtete und Folterüberlebende ganz oder teilweise von staatlichen Stellen finanziert werden?
- Inwieweit sollten Rehabilitationsleistungen in die staatlichen Strukturen der öffentlichen Gesundheitsversorgung integriert werden?
- Wie weit reichen Qualifizierungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Gesundheitsfachleute aus der Regelversorgung, um eine angemessene Versorgung für Geflüchtete und Folterüberlebende zu gewährleisten?
- Wie kann eine effektive und zielorientierte Zusammenarbeit zwischen zivilgesellschaftlichen Akteur*innen wie den Psychosozialen Zentren mit Akteur*innen aus der Regelversorgung aussehen?

Sicherlich handelt es sich hierbei um strategische Fragen, deren Chancen und Risiken abgewogen werden und die sich an der zentralen Fragestellung orientieren sollten, wie eine spezialisierte und fachliche Beratung und Behandlung für Überlebende von Folter und Geflüchteten bedarfsgerecht, wirksam und nachhaltig gestaltet werden kann. Wie können Menschen, die Folter und schwere Menschenrechtsverletzungen erlitten haben vor weiterer Ausgrenzung und Vernachlässigung geschützt werden? Wie kann ein barrierefreier Zugang zu den notwendigen Unterstützungsangeboten garantiert werden?

Wie also muss ein Public Health Ansatz im Hinblick auf die öffentliche Gesundheitsversorgung aussehen, welche Leistungen muss er umfassen und welche Handlungsempfehlungen lassen sich im Besonderen für die Zielgruppe ableiten?

8 http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DGPH_-_Public_Health_in_Deutschland.pdf

Wie wird der Public Health Ansatz definiert?

Die zentralen Voraussetzungen für den Public Health Ansatz sind folgendermaßen:

- **Verantwortungsübernahme** für Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsprävention von nicht-staatlicher und staatlicher Seite, die alle relevanten Ämter und Behörden vereinen.
- **Sichtbarmachen von sozioökonomischen und soziale Faktoren**, die das gesundheitliche Wohlbefinden beeinflussen.
- **Gewährleistung einer effektiven Kooperationsform** zwischen allen Akteur*innen der Gesundheitsversorgung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen im jeweiligen Nationalstaat.
- **Staatliche Verantwortungsübernahme:** „Wie können staatliche Strukturen die Gesundheitsvorsorge und -prävention nachhaltig gestalten und fördern?“
-

Welche staatlichen Vorteile entstehen aus dem Public Health Ansatz in der bedarfsorientierten Versorgung von Folterüberlebenden?

Es gibt eine Vielzahl an Vorteilen des Public Health Ansatzes zur Gewährleistung einer bedarfsorientierten Versorgung von Folterüberlebenden, wie z.B.:

- Die Bedarfe von Menschen, die Folter und schwere Menschenrechtsverletzungen erleiden mussten, würden als Verantwortungsbereich der öffentlichen Gesundheit verstanden und mit Priorität gesehen werden.
- Der Staat würde ein Budget zur Finanzierung spezialisierter und fachlicher Versorgung der gesundheitlichen Bedarfe von Folterüberlebenden sicherstellen.
- Spezialisierte, medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale und anderen Versorgungsangebote für Folterüberlebende würden zur Verfügung gestellt.
- Die Finanzierung von spezialisierten Leistungen würde die zivilgesellschaftliche Expertise nachhaltig ergänzen und sichern.
- Verbesserte Koordination und Mittelverwaltung von Versorgungsangeboten, die staatlich und zivilgesellschaftlich getragen und ko-finanziert werden.

Wie kann ein guter Public Health Ansatz für die Versorgung von Geflüchteten und Folterüberlebenden aussehen? Hierzu gibt es viele Ansätze. *(© David-W- | photocase.de)*

Welche Gefahren birgt das Ausbleiben des Public Health Ansatzes innerhalb der Versorgung?

Es gibt eine Vielzahl an Risiken und Gefahren, die eintreten könnten, wenn der Public Health Ansatz innerhalb der Versorgungsstrukturen nicht angewandt wird. Diese wären folgende:

- Die menschenrechtliche Verpflichtung, Überlebenden von Folter spezialisierte, ganzheitliche und multidisziplinäre Rehabilitationsleistung – als eine mögliche Form von Reparationsleistung – zu gewähren, würde in den Hintergrund rücken.
- Die Übernahme einer reduzierten Sicht auf Rehabilitation, welche sich lediglich auf die gesundheitlichen Bedarfe beschränkt und folglich allumfassende Aspekte wie soziale, sozio-ökonomische, rechtliche, berufliche und bildungsrelevante Unterstützungsangebote außer Acht lässt.
- Recht auf Rehabilitation für Opfer von Folter besagt, dass Staaten die entsprechenden Maßnahmen so schnell und so umfassend wie möglich zur Verfügung stellen. Die Gleichsetzung mit den im jeweiligen Gesundheitswesen üblichen Rehabilitationsmaßnahmen könnte das Risiko beinhalten, dass Rehabilitation erst sehr spät oder gar nicht adäquat für die besonderen Bedarfe von Folterüberlebenden geleistet wird.
- Spezialisiertes Fach- und Praxiswissen sowie bewährte Methoden zur Versorgung von Folterüberlebenden, die jahrelang durch die Psychosozialen Zentren stetig weiterentwickelt und ausgebaut wurden, werden schlimmstenfalls außer Acht gelassen oder ersetzt.

Wie könnte eine politische Positionierung aussehen?

Aus Sicht der Psychosozialen Zentren besteht großer Konsens darüber, dass eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit Akteur*innen der Regelversorgung, wie den Krankenkassen und Institutsambulanzen sowie Fachgesellschaften, sich ergänzen müssen und Synergien eröffnen. Gleichzeitig kann diese Annäherung dazu beitragen, die gebündelte Fach- und Praxisexpertise der Zentren zu verdeutlichen und Schwierigkeiten in der Kostenerstattung und Finanzierungspraxis sichtbar zu machen, um diese im nächsten Schritt zu lösen. Bei der Gruppe von Folterüberlebenden handelt es sich um eine höchst vulnerable Gruppe, deren Zugang zu angemessenen Beratungs- und Behandlungsangeboten in der Praxis bereits erschwert ist. In der Zusammenarbeit mit der Regelversorgung geht es u.a. auch darum, den Zugang zu Beratung und Behandlung für Folterüberlebende nicht zusätzlich durch neue bürokratische Hürden zu erschweren, sondern bestehende abzubauen, indem Barrieren identifiziert werden. Gleichzeitig muss die Querschnittkompetenz der Psychosozialen Zentren an der Schnittstelle zur Gesundheitsversorgung und Menschenrechtsarbeit nachhaltig gefördert werden. Diese Komplexleistungen, welche prekär finanziert über die Strukturen der Psychosozialen Zentren angeboten werden, sollten unbedingt konsolidiert werden.

Eine Doppelstrategie scheint der „Weg der Wahl“ zu sein: Die Versorgungsangebote innerhalb der Regelversorgung sollten für die spezielle Zielgruppe der Folterüberlebenden, Geflüchteten und Asylsuchenden ausgebaut und weiterentwickelt werden. Gleichzeitig sollte die ganzheitliche Versorgung, die eine Komplexleistung aus fachlicher, spezialisierter und multidisziplinärer Versorgung durch die Psychosozialen Zentren darstellt, gefördert werden.

Eine kohärente Strategie würde folgende Kernpunkte vorsehen:

- Die staatliche Verpflichtung zur Sicherstellung von ganzheitlichen Versorgungsangeboten für Überlebende von Folter als integraler Bestandteil von Programmen zur Gesundheitsförderung und -prävention, um der gesundheitlichen Verschlechterung und Chronifizierung von psychischem Leiden von Folterüberlebenden entgegenzuwirken.

- Eine staatliche Verpflichtung hinderliche Gesundheitsfaktoren, die allesamt negative Folgen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen haben, zu minimieren. Diese reichen von mangelnden/ fehlenden Versorgungsangeboten in der Unterbringungs- und Wohnsituation bis hin zu Folgen von sozialer Ausgrenzungs-, Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrung, die insgesamt eine bedarfsgerechte Bereitstellung von Leistungen erfordern.

- Die Identifikation von besonderer Schutzbedürftigkeit und die Gewährleistung der notwendigen Unterstützungsangebote, da Folterüberlebende einer größeren Gefahr ausgesetzt sind, Opfer von ökonomischer Ausbeutung, sexueller und/ oder körperlicher Missbrauchserfahrung zu werden.

- Die staatliche Verpflichtung, Kooperationen zwischen Nichtregierungsorganisationen und relevanten staatlichen Behörden und Ämtern (Bildung, Justiz, Sozialhilfe, etc.) zu fördern, um eine umfassende und angemessene Gesundheitsversorgung für Folterüberlebende sicherzustellen und weiter auszubauen.

- Die Weiterführung von Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen von öffentlichen und staatlichen Stellen, Ämtern und Behörden, um (trauma- und kultursensibles) Verständnis für die komplexen Bedarfe und Rechte von Folterüberlebenden zu fördern und sicherzustellen.

- Die verstärkte Kooperation zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen, um gemeinsam gesundheitspräventive Strategien zu entwickeln, um negative Langzeitfolgen für die Betroffenen zu minimieren, indem die Bedarfe von Folterüberlebenden erkannt und eine gute Versorgung sichergestellt wird. Gemeinsame Strategien zur Sensibilisierung von Öffentlichkeit sind nötig.

3. 2. Psychische Gesundheit und Psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen (MHPSS) im Rahmen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und humanitären Hilfe

Heutzutage dauern weltweit die Konflikte länger an und das Ausmaß an Gewalt, Vertreibung und Zerstörung führt zu stetig zunehmenden Migrationsbewegungen. Die Not von Menschen, die Überlebende von Menschenrechtsverletzungen geworden sind, ist groß. Umso größer ist der Handlungsdruck der Nationalstaaten, einerseits Mediations- und Konfliktransformationsvorhaben zu verstärken und andererseits die aufnehmenden Gemeinden in den Nachbarländern der Krisenherde in der Aufnahme von Geflüchteten und Binnenvertriebenen zu unterstützen. In diesem Zusammenhang drängt sich eine kontroverse und doch aktuelle Frage auf: In welchem Ausmaß ist es sinnvoll, dass sich europäische Länder bei der sog. Verhinderung von Fluchtursachen und der Unterstützung von Bedarfen durch psychosoziale Maßnahmen beteiligen, um zu vermeiden, dass sich Menschen auf die Flucht nach Europa begeben? Die humanitäre Agenda, welche internationaler Entwicklungszusammenarbeit zugrunde liegt, ist wichtig und sollte daher betont werden. Doch sie kann nicht losgelöst von den komplexen politischen Rahmenbedingungen, in denen sich die jeweiligen Regierungen befinden, betrachtet werden.

Das Beispiel des Regionalvorhabens zur „Psychischen Gesundheit und Psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen im Rahmen der Syrien- und Irakkrise“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) als ausführende Organisation des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) zeigt die Komplexität der Situation und die Vielschichtigkeit der Anforderungen auf. Im Rahmen der Konferenz des EURONET hat Marianna Knirsch aus dem Referat zu „Fluchtursachen mindern; Flüchtlinge unterstützen; Beschäftigungsoffensive Nahost“ vom BMZ einen Input zur „Internationalen Entwicklungszusammenarbeit und Mentale Gesundheit und Psychosoziale Unterstützung“ gegeben, dessen ausgewählte Kernpunkte folgende sind:

- Die Deutsche Entwicklungszusammenarbeit hat eine lange Tradition, in der sie mit Flüchtlingen, Binnenvertrieben und Aufnahmegemeinden und -gesellschaften in den Entwicklungsländern arbeitet. Es ist eine heterogene Gruppe an Akteur*innen und Entscheidungsträger*innen in den

Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)

Die international verwendete Abkürzung MHPSS steht für „Mental Health and Psychosocial Support“, zu Deutsch „Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung“. Diese Abkürzung entstand als Ergebnis einer breit geführten Auseinandersetzung über die psychosoziale Arbeit, die in der Formulierung der Inter-Agency-Standing-Committee (IASC) Guidelines 2007 mündeten. Die IASC Guidelines zur „Psychischen Gesundheit und psychosozialer Unterstützung in Krisensituationen“ dienen Akteur*innen aus der humanitären Hilfe dazu, multidimensionale Verfahren zum Schutz des psychosozialen Wohlbefindens von Betroffenen in Krisensituationen zu entwickeln, koordinieren und zu planen.

Partnerländern, die im direkten Austausch mit der Zivilgesellschaft stehen. Die Zielgruppe der Maßnahmen sind Menschen, die gezwungenermaßen fliehen mussten bzw. müssen und die Gesellschaften, welche geflüchtete Menschen und/ oder Binnenvertriebene aufnehmen. Dabei orientieren sich die Maßnahmen an drei Handlungsfeldern:

- Unterstützungsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung, Bildung, beruflichen Ausbildung, Aufbau von öffentlicher Basisinfrastruktur und Dienstleistungen sowie die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten wie z.B. sogenannte Cash-for-Work-Programme, die kurzfristige Arbeitsplätze für Flüchtlinge und Binnenvertriebene schaffen.
- Unterstützungsmaßnahmen für freiwillige Rückkehrer*innen, die in ihr Herkunftsland zurückkehren, durch die Schaffung von beruflichen Perspektiven und den Wiederaufbau von Schulung und Gesundheitszentren, welche insgesamt Friedensprozesse unterstützen sollen.
- Infragestellung von Fluchtursachen durch die Auseinandersetzung mit sozialen Ungleichheiten, Konflikte in der Ungleichverteilung von Ressourcen, Marginalisierungserfahrung von bestimmten Gruppen und klimabedingten Konflikten, etc.
- Während die Entwicklungszusammenarbeit ihren Schwerpunkt auf den Aufbau von lokalen Infrastrukturen, den Ausbau von Kapazitäten und die Förderung von Nachhaltigkeit legt, fokussiert die humanitäre Hilfe auf die unmittelbare Katastrophenversorgung und Krisenbewältigung. Angesichts der lang anhaltenden und zunehmenden Krisenherde nimmt die Bedeutung von Maßnahmen und Strukturen zum Erhalt von psychischer Gesundheit und die Ausgestaltung Psychosozialer Unterstützung (MHPSS) stetig zu.
- Obwohl es keinen kohärenten und systematischen Ansatz gibt, sind es internationale Hilfsorganisationen, die neben den bestehenden lokalen Gesundheitsstrukturen zusätzliche Versorgungsangebote für Flüchtlinge und Binnenvertriebene anbieten. In der internationalen Entwicklungszusammenarbeit gilt die Maxime, bestehende lokale Regierungsstrukturen zu unterstützen, um einer größtmöglichen Gruppe an Menschen nachhaltige Versorgungsangebote anbieten zu können.
- Angesichts der aktuellen Herausforderungen um Flucht und Vertreibung ist die Rolle von MHPSS eine besondere innerhalb der internationalen Entwicklungszusammenarbeit, die nicht nur mit einer größeren finanziellen Förderung einhergehen muss, sondern auch die Entwicklung von Standards sowie die Integration von MHPSS in alle anderen Sektorenvorhaben des BMZ vorsieht.
- Das Regionalvorhaben „MHPSS im Rahmen der Syrien- und Irakkrise“ vereint eine große Anzahl an zivilgesellschaftlichen Organisationen, die im In- und Ausland im Bereich von Flüchtlingshilfe, Trauma und psychische Gesundheit tätig sind. Der fachliche Austausch zur guten Praxis zwischen Akteur*innen im Inland und aus der Region soll gefördert und über den Austausch zu „Do-No-Harm“-Ansätzen soll gegenseitiges Lernen verstärkt werden.
- Das übergeordnete Ziel ist es, Richtlinien und Qualitätskriterien für MHPSS Maßnahmen für syrische und irakische Flüchtlinge und Binnenvertriebene aus der Region zu entwickeln und die Ausrichtung von deutscher Entwicklungszusammenarbeit im Nahen und Mittleren Osten mitzugestalten. Die Richtlinien unterstreichen, dass psychiatrische und psychosoziale Ansätze sich gegenseitig ergänzen und dass diejenigen, die sehr spezialisierte Behandlungen benötigen größtenteils auch niedrigschwellige und gemeindenahe Dienstleistungen oder Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

Marianna Knirsch sprach über die internationale Entwicklungszusammenarbeit und die Rolle von psychischer Gesundheit und psychosoziale Unterstützung *(© Emilian Savescu)*

- MHPSS ist für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit wichtig, weil sie sich auf einen Menschenrechtsansatz bezieht. Daraus resultiert, dass Menschen, die von Konflikten, Vertreibung und Zerstörung betroffen sind, das Recht auf körperliche und seelische Gesundheit haben.
- Das Ziel, einen gemeinsamen Orientierungsrahmen für MHPSS Vorhaben in der Region zu gestalten, wonach sich die Deutsche Entwicklungszusammenarbeit richten soll, ist ein wichtiger Schritt, um Trauma in einem konfliktreichen Arbeitsumfeld anzusprechen: „Fügst Du einer Person nicht mehr Schaden zu, wenn Du das Pflaster von der Wunde reißt, ohne der Wunde die notwendige Zeit zur Heilung zu gewähren?“

Morten Sodemann (re., DIGNITY, Dänemark) im Gespräch mit Marianna Knirsch vom Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ) und José Hormigo Ramos (li.,SiR[a], Spanien)
(© Emilian Savescu)

3. 3. Die Europäische Union und ihre Gesundheitspolitik

Seit 1986[9] haben etliche Konferenzen zu Gesundheitsfürsorge, -prävention und Gesundheitspolitik stattgefunden. Es sollten das gesellschaftliche und gemeindebasierte Engagement für die öffentliche Gesundheitsversorgung und die Bereitschaft migrationsbedingte Aspekte in der gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen gefördert sowie multilaterale Gespräche zwischen den europäischen Staaten angeregt werden.[10] Man könnte nun daraus schließen, dass der Europäischen Union bedeutende Kompetenz bzw. Zuständigkeit in der Gesundheitspolitik zukommt oder, dass die Europäische Union angesichts der Migrationsbewegungen, die aus zahlreichen humanitären Krisen hervorgegangen sind, den psychosozialen und physischen Gesundheitsaspekten als Bürger*innenrechte größere Aufmerksamkeit schenkt. Leider werden Themen zur gemeinsamen Gesundheitspolitik oder öffentlichen Gesundheit sowie insbesondere zur psychischen und psychosozialen Gesundheit kaum auf gesamteuropäischer Ebene besprochen.

Die Zielgruppe von Überlebenden von menschengemachten Katastrophen wie Folter und Gewalt fallen in die Kategorie der besonders Schutzbedürftigen, denen nach der EU-Aufnahmerichtlinie (RL/2013/33/EU) eine geeignete psychologische, psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung zur Verfügung stehen sollte. Die EU setzt in vielerlei Hinsicht den gesetzlichen Rahmen für die Arbeit der Psychosozialen Zentren. Die Gründungsmitglieder der Europäischen Union verstanden den Bereich der Gesundheit und Gesundheitspolitik als nationales Interesse, sodass von nationalstaatlicher Ebene kaum Kompetenzen an die Europäische Union abgegeben wurden.

Zur Rolle der Europäischen Union und ihrer Gesundheitspolitik und zur Entwicklung von Gesundheitssystemen sprach Ortwin Schulte im Rahmen der Konferenz. Seit 2017 leitet Ortwin Schulte das Referat zur Gesundheit in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union. Zuvor leitete er den Bereich der bilateralen Beziehungen zu Gesundheit (2007 – 2016) und war Head of Task Force der deutschen Ratspräsidentschaft (2005 – 2007). Die Kernpunkte der Keynote sind folgende:

- Es gibt wenige Ausnahmen wo der EU Kompetenzen im Bereich Gesundheit zufallen: ein Beispiel sind Qualitätssicherung und Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Alle anderen Aspekte wie die Preisfestsetzung und (Kosten)Erstattungen werden durch die öffentlichen Gesundheitssysteme innerhalb der jeweiligen nationalstaatlichen Gesetzgebung bestimmt.
- Programme zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge und -prävention fallen wie Programme gegen übertragbare Krankheiten und Betäubungsmittel ebenfalls in den nationalstaatlichen Kompetenzbereich.
- Ansonsten ist die Organisation und Entwicklung von Gesundheitssystemen ein nationalstaatliches Anliegen bzw. eine nationalstaatliche Aufgabe, die nicht durch Brüssel reguliert werden kann. Es gibt staatliche Gesundheitssysteme, die komplett durch Steuergelder finanziert werden, wie z.B. in Großbritannien oder Skandinavien und es gibt selbstverwaltete Gesundheitssysteme wie in Deutschland, wo das Gesundheitsministerium den Gesundheitsbereich den Sozialversicherungssystemen übergibt, die durch Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen finanziert werden. Der Gesundheitsbereich

9 Die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986): Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 die Charta verabschiedet. Sie ruft zum aktiven Handeln für das Ziel “Gesundheit für alle” bis zum Jahr 2000 auf und darüber hinaus. Die Konferenz verstand sich in erster Linie als seine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Ausgangspunkt war u.a. das WHO-Dokument zur „Gesundheit für Alle“. Sie rief internationale Organisationen, nationale Regierungen und lokale Gemeinden zur Gesundheitsförderung in umfassenden Projekten und Vorhaben auf.

10 Weiterführende Informationen: www.euro.who.int

wird in Deutschland der Selbstverwaltung von Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Krankenhäusern und Krankenkassen überlassen.

- Im Gegensatz zu Agrarwirtschaft, worüber vollständig auf EU Ebene entschieden wird und welcher folglich ein größeres Budget besitzt, verfügt der Gesundheitsbereich über ein sehr geringes Finanzvolumen. Das Budget zur Gesundheitsforschung hingegen ist um ein Vielfaches höher, da dieser Bereich nicht innerhalb des Gesundheitsresorts, sondern innerhalb des Forschungsbereichs verwaltet wird.
- Nichtsdestotrotz kann die Politik auf der EU Ebene durch Sensibilisierungsmaßnahmen beeinflusst und die Aufmerksamkeit auf Themen wie z.B. Behandlung für Folterüberlebende gelenkt werden. Auch medizinische/ pharmakologische Vereine versuchen ihre spezifischen Interessen auf EU Ebene zu platzieren.
- Hierfür stellt die EU Ratspräsidentschaft ein Instrument dar. Jeweils ein Mitgliedsstaat der EU hat die Ratspräsidentschaft für sechs Monate inne und kann folglich die Agenda des Europäischen Rates für eine bestimmte Zeitdauer bestimmen. Die EU Ratspräsidentschaft führt im Interesse aller 28 Mitglieder der EU verschiedene Aufgaben durch, wie z.B. die Prioritätensetzung, die Entwicklung von Programmen, Durchführung von Konferenzen, Beschleunigung von Gesetzgebungsmaßnahmen und das Aufnehmen von politischen Dialogen. Der*Die EU Ratspräsident*in repräsentiert alle EU Mitgliedsstaaten in internationalen Verhandlungen. Deutschland wird in der zweiten Hälfte von 2020 die EU Ratspräsidentschaft übernehmen.
- Bevor das jeweilige Land die Ratspräsidentschaft antritt, werden im Vorfeld von 18 bis 20 Monaten zahlreiche Optionen gesammelt und die politischen Prioritäten gesetzt. Dabei werden zwar Empfehlungen durch die Verwaltungen angenommen, doch der*die jeweilige EU Ratspräsident*in hat auch die Möglichkeit, persönlich einen Schwerpunkt zu setzen.
- Die EU kann dazu dienen, einen europaweiten Prozess einzuleiten, aber auch einen Prozess auf nationalstaatlicher Ebene zu initiieren. So kann z.B. die politische Aufmerksamkeit, welche einem Thema in Brüssel gewidmet wird, für Prozesse auf nationalstaatlicher und innenpolitischer Ebene genutzt werden. Im Jahr 2004 hat die spanische Ratspräsidentschaft den sogenannten Barcelona Prozess ins Leben gerufen, wodurch ein neues Dialogformat zwischen den EU Ländern am Mittelmeer und Ländern in Nordafrika konzipiert wurde. Generell besitzt die EU Ratspräsidentschaft die finanziellen Ressourcen für zwei bis drei Jahre, um einen Prozess zu beginnen.
- Das Themenfeld um psychische Gesundheit wurde das letzte Mal durch die finnische Ratspräsidentschaft im Jahr 2006 prioritär behandelt. Viele EU Länder gehen dieses Thema mit sehr viel Vorsicht an. Die politische Zurückhaltung, das Thema psychische Gesundheit während der Ratspräsidentschaft prominent zu platzieren, ist teilweise geschichtlich durch den Missbrauch der Psychiatrie in den osteuropäischen Ländern bedingt und es wird angenommen, dass das Thema psychische Gesundheit eine sehr teure Angelegenheit sei.
- Um das Thema „Psychische Gesundheit und Rehabilitation von Folterüberlebenden“ prominent bei der EU Ratspräsidentschaft zu platzieren, sollten diese vier Aspekte beachtet werden:
    - Der persönliche Zuspruch des*der Gesundheitsministers*in ist außerordentlich wichtig.
    - Sofern das Thema an einen bereits bestehenden EU Prozess angedockt werden kann, können Ressourcen für das Gelingen dieses Prozesses gebündelt werden.
    - Hat das Thema bereits Platz im nationalstaatlichen Regierungsplan? Beispiel: Das Thema E-Health wurde während der estländischen Ratspräsidentschaft als Teil eines umfassenden Regierungsprogramms zur Digitalisierung in den jeweiligen Ministerien prioritär behandelt.
    - Um eine Kontinuität in der Planung der Ratspräsidentschaft zu gewährleisten, werden die drei aufeinanderfolgenden EU Länder zu einem Trio-Team zusammengeführt, die jeweils ein bestimmtes Thema als Schwerpunkt festlegen können.

- Im Allgemeinen tendieren die jeweiligen Minister*innen eher dazu, neue politische Prozesse in die Wege zu leiten, als bereits existierende weiterzuverfolgen. Im Falle von psychischer Gesundheit, die in den nationalstaatlichen Kompetenzbereich fällt, müssten die Bestrebungen auf die Aufnahme von Dialog- und Austauschformaten abzielen, da keine gesetzgeberischen Empfehlungen ausgesprochen werden können.
- Wichtig an dieser Stelle ist, dass das Europäische Parlament seit jeher bemüht ist, mehr EU Kompetenzen und größere Budgets zu erlangen, um eine gesamteuropäische und parlamentäre Diskussionsebene zum Thema Gesundheit zu schaffen.
- Die sogenannte Trio-/ Team-Präsidentschaft dient als Instrument zur Gewährleistung der Kontinuität trotz der regelmäßigen Vorsitzwechsel. Zu Beginn 2019 wird Rumänien die Präsidentschaft inne haben und im Anschluss Finnland und Kroatien. Ende 2020 wird Deutschland, Portugal und Slowenien das nächste Trio stellen. Generell ist Deutschland sehr vorsichtig, Kompetenzen oder Budgets im Gesundheitsbereich nach Brüssel abzutreten. Portugal hingegen vertritt eine gegensätzliche Position, während Slowenien dazwischen liegt.
- Darüber hinaus können zivilgesellschaftliche Akteur*innen mit medizinischen oder gesundheitlichen Interessen im Vorfeld von 18 bis 24 Monaten die EU Ratspräsidentschaft bitten, bestimmte Themen als Schwerpunkte zu setzen. Der*die Minister*in setzt vorrangig die politischen Prioritäten und sofern das Thema psychische Gesundheit nicht darunter fällt, gibt es die Möglichkeit auf das sogenannte assoziierte Programm der Ratspräsidentschaft zurückzugreifen. Neben dem offiziellen Programm der Ratspräsidentschaft, können Vorhaben innerhalb des assoziierten Programms das Logo des*der Ratspräsidenten*in tragen und gewisse Konferenzen sowie Aktivitäten durchführen.
- Zusammenfassend ist das Thema der psychosozialen Versorgung von Überlebenden von Folter und Gewalt ein sehr komplexes und schwieriges Thema in Deutschland. In einigen anderen europäischen Ländern scheint es sich noch schwieriger zu gestalten, da u.a. die Gesundheitssysteme häufig noch langsamer reagieren. Umso wichtiger ist die Arbeit von zivilgesellschaftlichen Akteur*innen wie der Mitgliedszentren des Europäischen Netzwerks der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende.

Ortwin Schulte sprach über die Rolle der EU und der Gesundheitspolitik *(© Emilian Savescu)*

3. 4. Rehabilitationsleistungen im Kontext von Flucht und Migration

Während die europäische Gemeinschaft viele bürokratische Hürden und Herausforderungen für die Verwaltung und Politik angesichts der Aufnahme von neuankommenden Geflüchteten und Folterüberlebenden aufführte, sind es vor allem die unmittelbaren Nachbarländer wie Libanon, Türkei und Jordanien, die trotz fehlender staatlicher Strukturen, Ressourcen und politischen Unsicherheiten eine ungemein größere Anzahl an Geflüchteten und Folterüberlebenden aufgenommen haben. Dabei müssen besondere Herausforderungen in Betracht gezogen werden, wie z.B.:

- die Identifikation von Folterüberlebenden innerhalb der neuankommenden Geflüchteten und Asylsuchenden,
- die Feststellung der besonderen Bedarfe von Kindern und jungen Erwachsenen und anderen besonders schutzbedürftigen Menschen,
- die unmittelbare Bereitstellung angemessener Unterstützungs- und Versorgungsmaßnahmen[11],
- die qualifizierte Weiterleitung von Folterüberlebenden an die ausgewiesenen fachlichen Beratungs- und Rehabilitationszentren,
- die nachhaltigere Gestaltung von Unterstützungs- und Versorgungsmaßnahmen[12],
- die finanzielle Konsolidierung von Versorgungsangeboten gemäß ethischer Prinzipien und fachlicher Qualifizierung.

Suzanne Jabbour vom RESTART Center berichtet über die Situation im Libanon
(© Emilian Savescu)

Als Beispiel für einen umfassenden und ganzheitlichen Ansatz, der die Bedarfe von Folterüberlebenden innerhalb eines starken Andrangs an Geflüchteten und Binnenvertriebenen sicherstellt, ist die Arbeit des einzigen Rehabilitationszentrums im Libanon namens Center for the Rehabilitation of Victims of Torture and Violence (RESTART). Im Rahmen der EURONET-Konferenz hat Suzanne Jabbour, Direktorin von RESTART, einen Input zu dem Thema „Die Massenbewegung an Geflüchteten im Nahen und Mittleren Osten und die Rehabilitationsleistungen für Geflüchtete und Folterüberlebende: Lessons Learned Erfahrungen aus dem Libanon“ gegeben, dessen ausgewählte Kernpunkte folgende sind:

- Die Flüchtlingskrise ist keine Krise der Zahlen. Es ist eine Krise der moralischen und menschlichen Verantwortung. Das Jonglieren nach Zahlen über Asylanträge in der europäischen Diskussion, lässt die Frage aufkommen: „Möchten wir keine Geflüchteten aufnehmen?“
- Im Kontext vom Nahen und Mittleren Osten gelten andere Maßstäbe und Ansätze. Die offiziell registrierte Anzahl an Geflüchteten betrug im Mai 2015 gemäß UNHCR

11 Es gibt umfassende Richtlinien, die sich auf Unterstützungsmaßnahmen in Krisensituationen beziehen. Darunter fallen insbesondere folgende Dokumente: UNHCR (2013) Operational Guidance on Mental health and Psychosocial support programming for refugee operations. Geneva: UNHCR, verfügbar unter http://www.unhcr.org/525f94479.html; Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, verfügbar unter: http://goo.gl/vYJtl4. Diese Richtlinien beziehen sich jedoch lediglich auf die psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen und gehen nicht auf die umfassenden, länger andauernden und komplexen Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende ein, deren Behandlung über Krisensituationen hinausgehen.

12 Siehe CAT, General Comment N°3 (2012), para. 37.

Der Libanon als Beispiel

Eine von 5 Personen im Libanon ist aus Syrien geflüchtet. Eine von 3 Personen ist Migrant*in. Die aktuelle Bewohner*innenanzahl im Libanon liegt bei 6 Millionen, während die libanesische Bevölkerung rund 4 Millionen ausmacht. Rund 31.000 palästinensische Geflüchtete sind erst kürzlich aus Syrien angekommen und eine zusätzliche Million an registrierten Geflüchteten aus Syrien; 20.000 irakische Geflüchtete wurden bei UNHCR registriert; 350.000 palästinensische Geflüchtete, die bereits längerer Zeit schon im Libanon leben.

Die Folgen der Migrationsbewegung auf die gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse

Der Libanon ist in vielerlei Hinsicht ein instabiles Land. Der Andrang an Geflüchteten aus Syrien verstärkt die politischen Schieflagen und Missstände im Land wie z.B. den demografischen Wandel, die instabilen wirtschaftlichen Verhältnisse sowie den unterfinanzierten öffentlichen Dienstleistungssektor und andere Basisinfrastrukturen. Innerhalb der öffentlichen Gesundheitsversorgung fehlt es an qualifizierten Fachkräften und professioneller und medizinischer Ausstattung einerseits und andererseits sind die Versorgungsstrukturen massiv überfordert, den Bedarfen gerecht zu werden.

Die Folgen der Migrationsbewegung auf die (sicherheits-)politische Dimension

Es handelt sich um ein höchst kompliziertes und komplexes politisches Klima, in dem Anspannungen und Ängste zwischen der aufnehmenden Gesellschaft und der Gruppe an Geflüchteten geschürt werden. Angesichts der bedrohlichen Sicherheitslage an den Grenzen des Libanons werden die sicherheitspolitischen Bedenken, die durch vereinzelte extremistische Ausschreitungen in den Gefängnissen durch syrische Geflüchtete ausgetragen werden, zusätzlich verschärft. Derzeit machen syrische Geflüchtete 35 – 40 % der Gefängnisinsassen des Libanon aus.

Die Folgen für syrische Geflüchtete und Binnenvertriebene

Die Geflüchteten und Binnenvertriebenen aus Syrien leiden unter verschiedenen Folgen der erzwungenen Migration, die von der Trennung von Familienmitgliedern über Verlusterfahrungen innerhalb der Familien und deren sozialen Netzwerke und Gemeinschaften bis hin zum Verlust von Ressourcen und psychologischen Beschwerden reichen. Rund 40.000 syrische Geflüchtete weisen klinisch ausgeprägte psychiatrische Beschwerden auf. Es gibt lediglich zwei öffentliche psychiatrische Krankenhäuser im Libanon. Die prekären Lebensverhältnisse, die von Armut und Schutzlosigkeit geprägt sind, stellen insbesondere für Kinder und Minderjährige eine besondere Gefahr dar. Folglich nimmt der Missbrauch von Kindern verschiedene Formen an; sie werden als Kindersoldaten in Syrien eingesetzt, sie landen in der Prostitution, gehen Kinderehen ein oder arbeiten auf der Straße, um die Eltern finanziell zu unterstützen. Während derzeit 124.000 Kinder mit der libanesischen und anderen Staatsangehörigkeit die öffentlichen Schulen besuchen, erhalten rund 250.000 syrische Kinder keine schulische Bildung. Nach dem UNDP Rapid Poverty Assessment (2016) leben schätzungsweise 28,5 % der libanesischen Bevölkerung in armen Verhältnissen, in denen sie mit weniger als 4 Dollar pro Tag auskommen müssen. Rund 300.000 leben unterhalb der Armutsgrenze und können mit weniger als 2,4 Dollar pro Tag kaum überleben.

Der „Syrian Crisis Response Plan" für den Libanon

Bislang existiert keine nationale Strategie von Seiten der libanesischen Regierung zum Umgang mit dem Andrang an Geflüchteten aus Syrien, was vielerorts als die sogenannte „Syrische Krise" beschrieben wird. Es gibt eine Vielzahl an informellen Flüchtlingscamps, da es keine offiziellen Flüchtlingscamps bis auf das UNRWA Flüchtlingscamp für palästinensische Geflüchtete gibt. Das UNHCR hat in enger Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Nichtregierungsorganisationen und Partnerorganisationen einen nationalen Aktionsplan (response plan) implementiert.

1.001.051 im Libanon. Nach Mai 2015 bat die libanesische Regierung UNHCR die offizielle Registrierung von Geflüchteten zu unterlassen, doch die Vereinten Nationen haben weiterhin Geflüchteten auf dem inoffiziellen Weg registriert, welche in dieser Zahl nicht abgebildet sind. Weltweit sind über 5 Millionen Geflüchteten registriert, wovon 3 Millionen sich in der Türkei, 1 Million offiziell registrierte sowie 1,5 Millionen inoffiziell nicht registrierte Geflüchteten im Libanon, 654.877 in Jordanien, 246.592 im Irak und 126.027 in Ägypten befinden.

- Das Center for Rehabilitation of Victims of Torture and Violence verfügt über einen eigenen „Refugee Response Plan“: Das RESTART Zentrum widmet sich der Rehabilitation von Folterüberlebenden, traumatisierten Menschen und Familienangehörigen durch die Unterstützung der Wiederherstellung des psychologischen, medizinischen und körperlichen Wohlbefindens der Betroffenen. Dies geschieht durch Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen über die Folgen von Foltererfahrung für Fachkräfte und Mitarbeitende aus öffentlichen Ämtern und Behörden; Förderung der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen zur Kriminalisierung und Verhinderung von Folter auf nationaler und regionaler Ebene; Prävention und Verhinderung von Gewalt gegen Frauen, etc.
- Das RESTART Zentrum hat in den vergangenen 20 Jahren 7.600 Menschen unterstützt. Die Arbeit hat drei Handlungsfelder: Schutz, Prävention und Rehabilitation für Überlebende von Gewalt und Folter. Die Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende, die eine große Anzahl innerhalb der jüngsten Migrationsbewegung darstellen, umfasst mehrere Aktivitäten: Spezialisierte fachliche Behandlung der körperlichen und psychischen Gesundheit, gemeindenahe und psychosoziale Unterstützungsangebote, um mehr Menschen zu erreichen und die Frühfeststellung von Folterüberlebenden zu fördern; Qualifizierungsmaßnahmen zum traumasensiblen Umgang mit Folterüberlebenden für verschiedene Akteursgruppen, wie z.B. das Pflegepersonal in der medizinischen Gesundheitsversorgung und in den Gesundheitszentren, die Gesundheitsfachleute in den öffentlichen Krankenhäusern zur Identifikation von Folterüberlebenden, die Mitarbeitenden des UNHCR sowie weitere Multiplikator*innen, Rechtsanwält*innen und Erzieher*innen. Das RESTART Zentrum verfügt über ein umfassendes Programm zu „staff care“, also der Fürsorge für Mitarbeiter*innen, Heilberufler*innen und Fachkräfte, die in Krisendiensten und/ oder Notaufnahmen arbeiten.

Das RESTART-Center arbeitet im Libanon mit Überlebenden von Folter in drei Handlungsfeldern: Gesundheitsfürsorge, Prävention und Rehabilitation
(© robertmichael / photocase.de)

- **Herausforderungen im Hinblick auf die Arbeit mit Überlebenden von Folter und anderen Formen von Gewalt:** In Europa mangelt es in vielen Ländern an spezifischen nationalen Programmen für die Bereit- und Sicherstellung von Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende. Im Nahen und Mittleren Osten sowie im Libanon werden Rehabilitationsleistungen für Folterüberlebende erst gar nicht thematisiert oder berücksichtigt. Eine Vielzahl an Nichtregierungsorganisationen und internationalen Organisationen in der Region arbeitet zwar mit Folterüberlebenden, verfügt aber nur über eine eingeschränkte fachliche Qualifizierung. In der Region gibt es weder Mechanismen zur Frühfeststellung und Identifikation von Folterüberlebenden noch eine Qualitätssicherung der Versorgungs- und Dienstleistungsangebote für Folterüberlebende. Insbesondere die finanzielle Förderung für die Zielgruppe der Folterüberlebenden ist eine besonders enge und erlaubt keine langfristig angelegten Behandlungsprogramme. Die Anzahl an Gesundheitsfachleuten, die im Umgang und in der Arbeit mit Folterüberlebenden qualifiziert sind, ist sehr klein, sodass sie häufig über ihre Belastungsgrenzen hinweg arbeiten müssen. Leider verläuft die Dokumentation von Folterspuren und -erfahrungen in der Praxis häufig sehr mangelhaft ab, sodass es häufig nicht zu einer strafrechtlichen Verfolgung kommt und in den Fällen, in denen es doch dazu kommt, begeben sich sowohl die professionellen Fachkräfte als auch die Klient*innen in besondere Gefahr. Die öffentliche Wahrnehmung für die Folgen von Folter erreicht nicht die breite Bevölkerung. Der Großteil der Geflüchteten lebt mit der kontinuierlichen Angst, inhaftiert zu werden, da sie keinen gültigen Aufenthaltsstatus haben.

Wie lassen sich die Erfahrungen für die psychosoziale Praxis aus dem Libanon zusammenfassen?

Rehabilitationsleistungen sollten über einen ganzheitlichen, kultursensiblen und umfassenden Ansatz verfügen und auf zwei wichtigen Säulen basieren: Gesundheitsfürsorge und Prävention.

1. Idealerweise sollten die verschiedenen Rehabilitationsleistungen auf nationaler Ebene gebündelt und koordiniert werden.
2. Die Berücksichtigung und Hinzuziehung von spezifischen gemeindeorientierten Ressourcen innerhalb der Community an Geflüchteten und die kontextspezifische Anpassung der Vorgehensweisen und Methoden.
3. In der Arbeit mit Folterüberlebenden muss besondere Aufmerksamkeit den Familienangehörigen geschenkt werden, die Zeug*innen von massiven Gewalt- und Foltererfahrungen von Familienmitgliedern geworden sind. Aus menschengemachten Gewalt- und Foltererfahrungen resultieren besondere Vulnerabilitäten. Zwar ist die Person, die massive Gewalt- und Foltererfahrung erlitten hat, besonders vulnerabel und schutzbedürftig, doch gleichzeitig verfügt er*sie über natürliche Ressourcen und Widerstandskräfte, die ihn*sie vor einer Traumatisierung schützen können.
4. Dem Geschlecht kommt eine besondere und sehr komplexe Rolle zu, da Männer und Frauen teilweise unterschiedliche Umgangs- und Bewältigungsformen mit ihrer Folter- und Gewalterfahrung haben. Pauschalisierungen, die das eine Geschlecht im Vergleich zum anderen Geschlecht besonders hervorheben könnten, sollten vermieden werden.
5. Das Projektmanagement sollte partizipatorisch und empowernd gestaltet werden, indem personelle Ressourcen und Kapazitäten innerhalb der Geflüchteten-Community ausgebildet, qualifiziert und honoriert werden.
6. Empathie, Klarheit und Transparenz sind wichtige Basisvariablen für eine vertrauenswürdige und arbeitsfähige Beziehung zu Klient*innen. Es sollten keine Versprechen gemacht werden, die nicht eingehalten werden können. Die professionellen Arbeitsstandards schließen die Schweigepflicht ebenso ein wie moralisch-ethische Prinzipien im Umgang mit besonders schutzbedürftigen Klient*innen.
7. Die Nachhaltigkeit der Dienstleistungs- und Versorgungsangebote sollte mitgedacht werden. Hierfür gilt es die Bedarfe der Gemeinde zu identifizieren, um bedarfsorientierte Angebote zu machen, die durch die Gemeinde (mit)getragen werden können. Dies stärkt die bestehenden Ressourcen, Netzwerke und Kapazitäten und vermeidet die Schaffung von Doppel- und Parallelstrukturen.
8. Ein ganzheitlicher, umfassender und kultursensibler Rehabilitationsansatz schließt neben den medizinisch-psychologischen Leistungen auch sozialrechtliche Beratung mit ein.
9. Auch fachlich qualifizierte und erfahrene Mitarbeiter*innen benötigen in der Arbeit mit Folterüberlebenden regelmäßige Supervisions- und Intervisionsangebote sowie fachliche Weiterbildungs- und Qualifizierungsangebote.
10. Die Arbeit mit Folterüberlebenden sollte die Dokumentation von Folterspuren gewährleisten, damit eine strafrechtliche Verfolgung zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist.

4. Was muss sich ändern?

Die europäischen Regierungen sind angesichts der gesundheitlichen und ganzheitlichen Versorgung für Asylsuchende, Geflüchtete und Folteropfer mit wirtschaftlichen, sozialen und fachlichen Herausforderungen konfrontiert. Zur Verfügung stehen Erkenntnisse, die auf die gebündelte Fach- und Praxisexpertise aus der psychosozialen Versorgungspraxis über drei Jahrzehnte hinweg beruhen und mit dem Ziel der Sicherstellung einer ethisch-moralischen, professionellen und spezialisierten Versorgung von Folterüberlebenden in Europa politische Handlungsempfehlungen möglich machen.

Aus der Expertise des EURONET ergeben sich folgende Kernforderungen:

1. **Sicherstellung von wirksamen, kultur- und geschlechtssensiblen Mechanismen zur Identifikation von Folterüberlebenden und anderen besonders Schutzbedürftigen, die so früh wie möglich durch fachlich qualifiziertes Personal durchgeführt werden.**

2. **Sicherstellung von Sensibilisierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sowie Supervisionsangeboten für Gesundheitsfachleute und Heilberufler*innen zur ganzheitlichen Versorgung, Behandlung und Diagnostik sowie zum traumasensiblen und rassismuskritischen Umgang mit Geflüchteten und Folterüberlebenden.**

3. **Sicherstellung von angemessener und bedarfsorientierter ganzheitlicher Versorgung sowie Zugang zu Rehabilitationsleistungen für alle Folterüberlebenden und schutzbedürftigen Geflüchteten und Asylsuchenden.**

4. **Sicherstellung von qualifizierter Überprüfung und Gewährleistung der Versorgungsangebote und Unterstützungsmaßnahmen für Folterüberlebende und besonders Schutzbedürftige, die den fachlichen Richtlinien und Standards der gesundheitlichen Versorgung entsprechen und die durch qualifizierte Fachkräfte u.a. aus zivilgesellschaftlichen Organisationen durchgeführt werden.**

5. **Sichtbarmachen und Berücksichtigung der sozialen Determinanten und Risikofaktoren in allen relevanten Fach- und Arbeitskreisen sowie Programmen um den negativen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit bzw. Genesungsprozesse zu verdeutlichen.**

6. **Förderung der bestehenden zivilgesellschaftlichen Strukturen zur nachhaltigen Gestaltung der ganzheitlichen Versorgungspraxis, Inklusion und Rehabilitation für Geflüchtete und Folterüberlebende.**

7. **Nachhaltige (professionelle) Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement und Vernetzungsstrukturen, die soziale und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.**

8. **Sensibilisierung der relevanten (Fach)Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträger*innen über Folter und deren Folgen, für die notwendige Rehabilitation und ganzheitliche Versorgung für Folterüberlebende und deren Familienangehörigen.**

9. **Vermeidung von Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrung jeglicher Art (strukturelle, zwischenmenschliche, physische und verbale) in den Programmen und Maßnahmen der Gesundheits-, Asyl- und Sozialpolitik, um besonders vulnerablen Geflüchteten menschenwürdige Lebensbedingungen und -perspektiven zu schaffen.**

10. **Schaffung einer Öffentlichkeit, die die Relevanz der strafrechtlichen Verfolgung von Täter*innen adressiert und gleichzeitig die Folgen der Straflosigkeit für die Folterüberlebenden thematisiert.**

11. **Reguläre Finanzierung von spezialisierten und ganzheitlichen Versorgungsangeboten, die asyl-/ sozialrechtliche Beratung, psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung und psychosoziale Unterstützung in allen Lebensbereichen (Bildung, Arbeitsmarkt, Wohnen) vorsehen mit dem Ziel gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten für Geflüchtete und Folterüberlebende zu schaffen.**

Über die Autorinnen

Elise Bittenbinder

Elise Bittenbinder ist die Gründerin und Vorsitzende der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. sowie klinische Leitung und Psychotherapeutin bei Xenion – Psychosoziale Hilfen für Politisch Verfolgte e.V. in Berlin. Sie ist Gründerin und Vorsitzende des Europäischen Netzwerks der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET). Sie ist ausgebildete Familien-/ Paartherapeutin, Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeutin und Supervisorin (DGSv). Ihre jahrelange Expertise in der Menschenrechtsarbeit mit Überlebenden von Folter und Menschenrechtsverletzungen bringt sie als Trainerin, Beraterin und Supervisorin in zahlreiche Projekte im Nahen und Mittleren Osten mit ein.

Prof. Dr. Nimisha Patel

Professor Nimisha Patel ist Beraterin, klinische Psychologin, Gründerin und Executive Director einer NRO namens International Centre for Health and Human Rights in England. Sie hat eine Professur für Klinische Psychologie an der University of East London inne. Ihre Expertise in der Lehre, Forschung und Praxis liegt bei Themen wie Menschenrechte, Rassismus, Folter und geschlechtsspezifischer Gewalt. Sie hat bereits für zahlreiche Menschenrechtsorganisationen, für den staatlichen Gesundheitsdienst in England (National Health Service, NHS) und als Beraterin für zahlreiche Organe der Vereinten Nationen und andere humanitäre Organisationen im nationalen und internationalen Kontext gearbeitet.

Sibel Atasayi (Übersetzung und Redaktion)

Sibel Atasayi hat mehrjährige Erfahrung in den Bereichen Konflikttransformation und Nationalen Dialogprozessen in sogenannten Post-Konfliktländern im Nahen und Mittleren Osten (Libanon, Afghanistan, Türkei) gesammelt und dabei für die Vereinten Nationen, Common Space Initiative (CSI) und Berghof Foundation gearbeitet. Seit 2015 befindet sie sich in der Weiterbildung zur psychologischen Psychotherapeutin an der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und arbeitet in diesem Rahmen mit Migrant*innen, Geflüchteten und Folterüberlebenden im transkulturellen Setting. Seit März 2016 ist sie als Referentin für die europäische Vernetzung und für Weiter-, Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen der BAfF tätig.

Insbesondere danken wir **Lotta De Carlo** für die Transkription und ihre Unterstützung bei der inhaltlichen Ausarbeitung dieser Publikation.

(Fotos:
Sibel Atasayi
© Emilian Savescu;
Elise Bittenbinder © BAfF e.V.;
Nimisha Patel © Patel;

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitations-zentren für Folterüberlebende

Das Europäische Netzwerk der Rehabilitationszentren für Folterüberlebende (EURONET) bündelt die umfassenden multidisziplinären beruflichen Erfahrungen in der Rehabilitation von Folterüberlebenden in Europa. Es ist ein professionelles Netzwerk von Gesundheits-, Sozialfürsorge- und Rechtsfachleuten, das jährlich eine europaweite Konferenz veranstaltet, die ein Forum für die Diskussion und den Austausch beruflicher Erfahrungen in Bezug auf aktuelle Themen bietet.

Die Teilnehmer*innen an den Netzwerktreffen kommen aus mehr als 120 Zentren aus ganz Europa und bringen ihre breite und anerkannte Erfahrung mit.

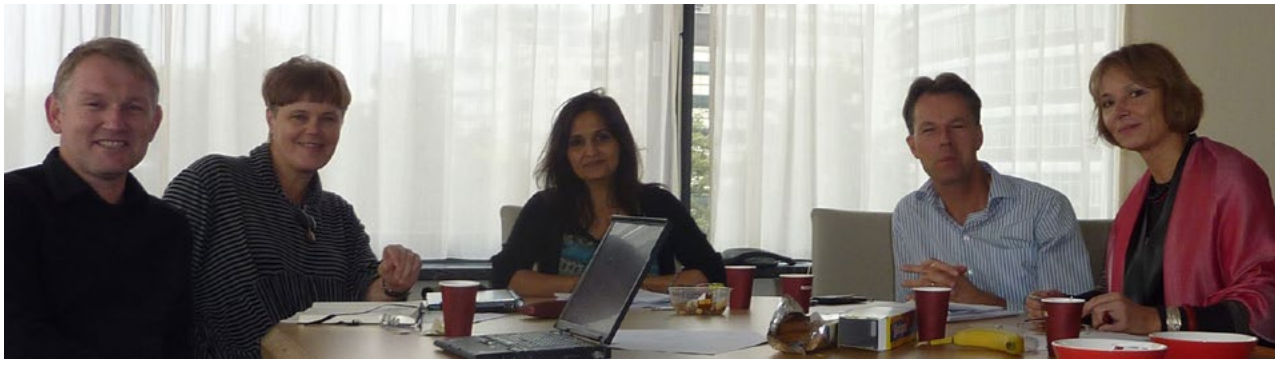
Als Fachleute, die sich selbst als Menschenrechtsaktivist*innen begreifen, sehen wir – die Mitglieder des Netzwerks – eine Verantwortung gegenüber den Überlebenden von Folter, die uns ihr Vertrauen schenken, indem sie uns ihre Geschichten erzählen. Wir werden zu ihren "Ohrenzeug*innen" und wir verpflichten uns, diese individuellen und kollektiven Erinnerungen an Menschenrechtsverletzungen aufzuzeichnen, um für all diese Menschen stellvertretend bei Entscheidungsträger*innen und in der Öffentlichkeit Gehör zu finden.

Als ein sich selbst erhaltendes professionelles Netzwerk begrüßen wir die Beteiligung und Beiträge von Kolleg*innen und freuen uns über Zuwachs und Engagement.

Für den Lenkungsausschuss,

Elise Bittenbinder, Nimisha Patel, Camelia Doru und David Rhys Jones

Weiterführende Informationen über die Mitgliedszentren, das Steering Committee und Aktivitäten des EURONET können Sie der Website *http://european-network.org/european-network/network-participants/* entnehmen. Für weitere Rückfragen können Sie uns direkt unter *info@baff-zentren.org* kontaktieren.



29. Oktober 2010, Diemen/Amsterdam: Der Lenkungsausschuss plant das Europäische Netzwerktreffen 2011 in Amsterdam: Ole Haagensen, Elise Bittenbinder, Nimisha Patel, Jan Schaart und Camelia Doru (von links nach rechts). © EURONET

Diese Veröffentlichung des Europäischen Netzwerks von Rehabilitationszentren für Folterüberlebende wurde von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. – erstellt.

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages