mfh

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum

2014 JAHRESBERICHT

ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

IMPRESSUM

HERAUSGEBER
Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V.
Dr.-Ruer-Platz 2
44787 Bochum

TEL
+49 (0)234 904 13 80 oder +49 (0)234 88 46 (PR)

FAX
+49 (0)234 904 13 81

INTERNET
info@mfh-bochum.de
www.mfh-bochum.de

SEIT 29.9.2014:
VERTRETUNGSBERECHTIGTER VORSTAND
G. Eberwein, K. Rauchfuss,
C. Quick, M. Kaulertz, C. Cleusters,
U. Vorberg, K. Araz

REGISTERGERICHT
Amtsgericht Bochum

REGISTERNUMMER
3056

REDAKTION
Bianca Schmolze

ViSdP
Christian Cleusters

LAYOUT
schuetz-brandcom.de

MITGLIEDSCHAFTEN IN FACHVERBÄNDEN
UND DACHORGANISATIONEN

BAfF

irct
International Rehabilitation
Council for Torture Victims

DER PARITÄTISCHE
UNSER SPITZENVERBAND

INHALT

6 EDITORIAL

12 MENSCHEN DER VOLKSGRUPPE DER ROMA AUS DEN LÄNDERN EX-JUGOSLAWIENS

15 FEHLER IM SYSTEM

18 MFH REALISIERT INTERDISZIPLINÄRE SEMINARE ZUM ISTANBUL PROTOKOLL

21 ÄRZTLICHE DOKUMENTATION VON FOLGEN DER FOLTER

23 IM DSCHUNGEL DER BEWEISMITTEL

25 25. NOVEMBER: „INTERNATIONALER TAG ZUR BESEITIGUNG VON GEWALT GEGEN FRAUEN“

30 VERANSTALTUNGEN

32 INFOGRAFIK

34 FINANZBERICHT

35 KLIENTENSTATISTIK

36 MITGLIEDSCHAFT

38 SPENDENINFORMATION

39 FÖRDERER

EDITORIAL

CHRISTIAN CLEUSTERS
GESCHÄFTSFÜHRER DER MEDIZINISCHEN
FLÜCHTLINGSHILFE BOCHUM E.V.

Liebe Unterstützerinnen und
Unterstützer der MFH Bochum,

weltweit haben in den vergangenen Jahren bewaffnete Konflikte und mit ihnen die Zahl von Flüchtlingen stark zugenommen. Nach Angaben des UNHCR befanden sich Ende 2014 ca. 59,5 Millionen Menschen auf der Flucht. Dies ist die höchste Zahl seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland 202.834 Asylanträge gestellt. 59,7% mehr als im Vorjahr und so viele wie seit 1993 nicht mehr.

Entsprechend der Zunahme von schutzsuchenden Menschen im Jahr 2014 wurden durch die MFH 508 KlientInnen direkt betreut, hinzukommen 150 indirekt begünstigte Familienangehörige, die durch das Angebot der MFH profitieren konnten. Im Vergleich zum Jahr 2013 ist das ein Anstieg um 50 %. Unsere KlientInnen stammten aus insgesamt 31 Herkunftsländern – überwiegend aus Syrien, Irak, Guinea, Serbien, Mazedonien, Afghanistan und dem Iran. Anfragen für psychosoziale Beratung und Therapie erreichten uns aus insgesamt 38 Städten in ganz NRW sowie vermehrt auch deutschlandweit und aus dem Ausland. Es war ein eindeutig steigender Bedarf an qualifizierter Verfahrensberatung und Psychotherapie zu erkennen und die Anzahl der besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge hat deutlich zugenommen. Circa 40 % der Asylbewerber in Deutschland haben laut Bundesärztekammer mehrfach traumatisierende Erfahrungen wie zum Beispiel Folter durchlebt. Internationalen Studien zufolge und nach den Erfahrungen einschlägiger Therapiezentren leiden mehr als die Hälfte der Betroffenen später an schwerwiegenden Symptomen, die sich eindeutig als Folgen des Erlittenen darstellen. Wir begleiten vermehrt komplex traumatisierte Flüchtlinge und verzeichnen einen Anstieg von Krisengesprächen mit symptomatisch stark belasteten traumatisierten Flüchtlingen, die aus Krisengebieten neu in Deutschland eingereist sind. Zurückzuführen ist dieser Anstieg vor allem auf die Eskalation der Gewalt in Syrien und im Irak, aber auch auf die immer gefährlicher werdenden Fluchtrouten und die damit verbundenen traumatischen Erfahrungen.

1. Entwicklung in der Organisation

Die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum konnte ihre Arbeit in den letzten zwei Jahren dank einer Finanzierung durch die GLS Bank, durch den Europäischen Flüchtlingsfonds, den Pilot Funds on Torture Victims, den United Nations Voluntary Funds on Victims of Torture, die UNO-Flüchtlingshilfe, das Land NRW und die Stadt Bochum ausweiten. 2013 eröffnete die MFH mit Unterstützung des Landes NRW eine Außenstelle in Hattingen und wurde 2014

erstmals ganzjährig durch das Land NRW als Psychosoziales Zentrum gefördert. Die MFH beschäftigte 2014 zeitweise 13 hauptamtliche MitarbeiterInnen. Somit konnten wir der steigenden Anzahl an Schutzsuchenden u.a. durch Drittmittelanträge mit einem Ausbau der personellen Ressourcen begegnen. Der ehrenamtliche geschäftsführende Vorstand wurde während des Jahres 2014 von anfänglich drei auf nun sechs Mitglieder erweitert. Mit Monique Kaulertz und Uwe Vorberg konnten wir zwei schlagkräftige neue MitstreiterInnen gewinnen und wir freuen uns Knut Rauchfuss und Christoph Quick wieder im Vorstand der MFH begrüßen zu dürfen.

Trotz des steigenden ehrenamtlichen Engagements war es notwendig, eine hauptamtliche Geschäftsführung zu etablieren, um den Anforderungen einer wachsenden Organisation gerecht zu werden. Im Bereich der Buchhaltung wurde von der bisherigen Gewinn- und Verlustrechnung auf Bilanzbuchhaltung umgestellt. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Qualitätssicherung eine auf unsere Bedürfnisse angepasste Dokumentationssoftware angeschafft. Diese Datenbank dient seit Ende 2014 der Dokumentation von Klientenkontakten, der gemeinsamen Terminplanung und Abrechnung von Dolmetscherkosten. Dies vereinfacht in Zukunft sowohl die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team als auch die statistische Auswertung und Abrechnung einzelner Projekte. Es wurde ein umfangreicher Organisationsentwicklungsprozess angestoßen, der uns auch in 2015 noch begleiten wird.

2. Traumatherapie und Psychologische Beratung

In 2014 waren die MitarbeiterInnen des Therapieteams mit 150 KlientInnen in Kontakt. Aufgrund der stetig steigenden Nachfrage, musste in 2014 mit einer Warteliste gearbeitet werden. Nachdem diese bis zum Sommer 2014 geschlossen war, konnten in der zweiten Jahreshälfte wieder KlientInnen aufgenommen werden, da die Zahl der Wartenden durch neue gruppentherapeutische Angebote reduziert werden konnte. Da das Therapieteam der MFH in den letzten Jahren ausschließlich weiblich besetzt war, freuen wir uns, dass wir mit der Einstellung von Dipl. Psychologe Eike Leidgens nun auch ein geschlechtsspezifisches Angebot für unsere männlichen Klienten anbieten konnten. Die TherapeutInnen boten in 2014 jeweils eine Therapiegruppe für Männer, Frauen und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge an. Gruppentherapeutische Angebote haben sich als sehr hilfreich für die Stabilisierung, Rückgewinnung von Vertrauen ins soziale Gefüge und die Vorbereitung auf die einzeltherapeutische Traumaaufarbeitung erwiesen. Darüber hinaus wurde damit begonnen die im letzten Jahr geplanten Clearinggespräche

CHRISTIAN CLEUSTERS, FOTO DER MFH

durchzuführen. So konnten die Ressourcen der MFH optimal genutzt werden. Wir gewährleisteten eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung und konnten verhindern, dass Schutzsuchende ausschließlich auf einer Warteliste verwaltet werden. Als besonders schwierig erwies sich nach wie vor die Vermittlung an niedergelassene TherapeutInnen sowie die Zusammenarbeit mit Kliniken. Dringende medizinische und stationäre Versorgung konnte von den entsprechenden Stellen in einigen Fällen nicht durchgeführt werden oder musste in einigen Fällen abgebrochen werden, da kein adäquater Dolmetscher zur Verfügung steht oder dieser nicht bezahlt werden konnte. Eike Leidgens geht in seinem Beitrag „Fehler im System“ näher auf diese Problematik ein.

3. Sozialdienst

Im Sozialdienst konnten wir in 2014 mit Jutta Winter eine erfahrene Juristin einstellen die unser Team im Bereich Sozial- und Verfahrensberatung für Flüchtlinge kompetent erweitert hat. Die MitarbeiterInnen waren mit insgesamt 542 KlientInnen in unterschiedlichem zeitlichen Umfang in Kontakt. Eine besondere Zielgruppe waren im Jahr 2014 Geflüchtete aus Syrien: Neben einer grundsätzlichen Asylverfahrensberatung wurden vor allem Beratungen in Bezug auf die Möglichkeit des Familiennachzugs immer dringlicher. Ein weiteres zentrales Arbeitsfeld war die Beratung im Dublin-III-Verfahren, da in immer mehr Staaten der Europäischen Union die Aufnahmesysteme katastrophale Mängel aufwiesen. Eine Vielzahl unserer Klienten kam aus den Balkan-Staaten. Hierbei handelt es sich hauptsächlich um Roma aus Serbien und Mazedonien. Ihre Asylverfahren wurden zum größten Teil schon vor der Aufnahme in die Liste der sicheren Herkunftsländer als offensichtlich unbegründet abgelehnt. Das Verwaltungsgericht Münster urteilte im Juli 2014, dass Roma, die nach Serbien abgeschoben werden, erhebliche, asylrechtsrelevante Nachteile befürchten müssen und führt weiter aus: „Nach der aktuellen Auskunftslage bestehen ernstliche Zweifel an der Entscheidungspraxis des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Asylanträge von Roma aus Serbien als offensichtlich unbegründet abzulehnen.“ Eine entsprechende Überprüfung der Praxis des Bundesamtes sowie auch der Aufnahme Serbiens in die Liste der sicheren Drittstaaten blieb bisher aus. Die MFH wird sich in Zukunft zusammen mit anderen Organisationen dafür einsetzen, dass Flüchtlinge aus Serbien, Mazedonien und Bosnien ihr Recht auf Einzelfallprüfung bezüglich ihres Asylverfahrens erhalten. Jutta Gernert (systemische Traumatherapeutin) geht in

ihrem Beitrag näher auf die Lebenssituation von Roma in Deutschland ein und schildert die Herausforderungen im therapeutischen Prozess.

4. Sozialberatung von UMF

Von den 442 KlientInnen des Sozialdienstes waren 111 in 2014 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). In der Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Gruppe waren wir vor allem mit zwei Problemen konfrontiert. Die Jugendhilfe wird bei UMF nach §41 SGB VIII direkt nach der Vollendung des 18. Lebensjahres eingestellt und somit verlieren die meisten UMF den Rechtsanspruch auf Jugendhilfe. Obwohl in den meisten Fällen die Bedürftigkeit nach §35a SGB VIII weiterhin besteht und diese in begründeten Fällen weiterhin gewährleistet werden müsste, erhalten nur sehr wenige UMF weiter Leistungen der Jugendhilfe. In Bezug auf das Beratungsangebot der MFH konnte festgestellt werden, dass nur sehr selten ein Fall mit der Volljährigkeit des Klienten abgeschlossen ist. Nach dem Ende der Jugendhilfe sind die jungen Flüchtlinge ohne Vormund und ohne BezugsbetreuerIn völlig auf sich allein gestellt und bleiben häufig in Kontakt mit dem Sozialdienst für UMF. Die Klienten ab diesem Zeitpunkt durch den allgemeinen MFH Sozialdienst betreuen zu lassen wäre bei vielen Klienten aus fluchtbiographischen sowie aus traumaspezifischen Gründen nicht sinnvoll. Für die KlientInnen ist eine vertrauensvolle Kontaktpersonen wichtig, ein häufiger Wechsel wäre problematisch. Die unsichere Rechtslage der UMF ist sowohl für die KlientInnen als auch für die psychosoziale Versorgungsarbeit sehr strapaziös und belastend. Darüber hinaus verstärkt die ab dem 16. Lebensjahr in Kraft tretende Verfahrensfähigkeit (gem. §80 AufenthG und §12 AsylVfG) die Unsicherheit der UMF. Diese Regelung führt im schlimmsten Fall dazu, dass UMF beispielsweise beim Aufgriff durch die Polizei zum Asylantrag gedrängt werden, ohne über ihre Rechte und Möglichkeiten informiert worden zu sein. Das darf nicht möglich sein und wir fordern die Verfahrensfähigkeit auf 18 Jahre anzuheben!

5. Gerechtigkeit heilt und Öffentlichkeitsarbeit

Auch in 2014 wurde die Beobachtung des laufenden Prozesses gegen Ignace Murwanashyaka und Straton Musoni, Präsident und Vizepräsident der ruandischen Hutu Miliz FDLR, vor dem OLG Stuttgart durch die Menschenrechtsexpertin der MFH, Bianca Schmolze, fortgesetzt. Wir freuen uns einen Beitrag von Simone Schlindwein (taz) in diesem Jahresbericht veröffentlichen zu können. Ein klarerer Fokus lag jedoch in diesem Jahr auf der Implementierung des Istanbul Protokolls. Im Rahmen ihrer Menschenrechtarbeit hat sich die MFH in den letzten zehn Jahren auf den internationalen Kampf gegen die Straflosigkeit von Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen gegen die Menschheit spezialisiert. In diesem Kontext hat die MFH schon seit einigen Jahren daran gearbeitet, das Istanbul Protokoll in Deutschland zu implementieren. Dies ist ein UN Manual zur gerichtsverwertbaren Dokumentation von Folter und Misshandlungen mit dem Ziel, rechtliche Schritte gegen die Täter einleiten zu können. Bianca Schmolze geht in ihrem Beitrag „MFH realisiert interdisziplinäre Seminare zum Istanbul Protokoll" näher darauf ein. Darüber hinaus wurden in 2014 zahlreiche Pressemitteilungen herrausgegeben und Veranstaltungen organisiert, unter anderem auch zum Internationalen Tag zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen, den Anamaria Diaz und Angelica Urrutia in ihrem Beitrag zum 25. November zum Thema machen.

6. Sprechstunde

Im Bereich der medizinischen Vermittlungssprechstunde wurden zahlreiche KlientInnen an niedergelassene Ärzte vermittelt. Aufgrund eines steigenden Bedarfs fokussierten die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen vor allem die Akquise niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die sich bereit erklären Flüchtlinge anonym und kostenfrei zu behandeln. Besonders die Zusammenarbeit mit Kliniken gestaltete sich schwierig, da eine Kostenübernahme über §4 AsylBlg häufig de jure möglich, aber de facto durch unüberwindliche bürokratische Hürden unmöglich wird.

7. Rück- und Ausblick

Rückblickend konnten wir in der ersten Jahreshälfte 2014 unser Angebot bei steigender Nachfrage stetig ausbauen. Sowohl im Team als auch im Vorstand sind wir schlagkräftiger als noch in 2013 aufgestellt und haben den bereits 2013 angestoßenen Organisationsentwicklungsprozess kontinuierlich vorangetrieben.

Sowohl auf inhaltlicher als auch auf administrativer Ebene war das Jahr sehr erfolgreich. Jedoch ist die MFH weiterhin von Projektgeldern abhängig. Während zwei Großprojekte, finanziert durch den Europäischen Flüchtlingsfonds und den Pilot Project on Torture Victims, im Oktober und August 2014 erfolgreich beendet wurden, stehen neue Projektgelder im Rahmen des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds, welche den EFF ablöst, frühestens ab April 2015 zu Verfügung. Die für März 2014 angekündigte Ausschreibung wurde bis in den Oktober verzögert und mit einer Entscheidung über die Neuanträge durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als zuständige Behörde für die EU Mittel in Deutschland wird frühestens im April gerechnet. So entstand trotz Aufstockung der Fördermittel des United Nations Voluntary Funds on Victims of Torture und einem aktiven Fundraising eine Finanzierungslücke, der wir nur mit einer Stundenreduktion gegen Ende des Jahres 2014 begegnen konnten.

Bei einer steigenden Anzahl von Flüchtlingen, die in Deutschland Schutz und bei der Medizinischen Flüchtlingshilfe Unterstützung suchen, steht uns also am Ende eines erfolgreichen Jahres weniger Geld zur Verfügung. Nichts desto trotz konnten wir unser Angebot für KlientInnen und MultiplikatorInnen kontinuierlich aufrechterhalten und sind zuversichtlich, es in 2015 wieder ausbauen zu können.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Vereinsmit-

MFH TEAM 2014
(NICHT KOMPLETT),
FOTO DER MFH

gliedern, sowie Unterstützerinnen und Unterstützern, ohne deren Engagement wir unsere Arbeit nicht machen könnten und bei allen Teammitgliedern, inklusive des ehrenamtlichen Vorstandes und ganz besonders bei der ehrenamtlich besetzten medizinischen Vermittlungssprechstunde, die sich auch von kleineren und größeren Schwierigkeiten in ihrem Engagement für und mit Flüchtlinge nicht beirren lässt.

MENSCHEN DER VOLKSGRUPPE DER ROMA AUS DEN LÄNDERN EX-JUGOSLAWIENS

VON JUTTA GERNERT
PSYCHOLOGISCHE BERATUNG,
SYSTEMISCHE THERAPIE

Ein großer Teil der KlientInnen im Therapiezentrum der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum gehört der Volksgruppe der Roma an. Sie kommen aus Serbien, Mazedonien, Bosnien-Herzegowina und dem Kosovo. Die Nachfrage dieser Flüchtlinge nach einem Therapieplatz war im Jahre 2014 auffallend hoch. Von 40 Flüchtlingen, die ich derzeit therapeutisch begleite, gehören 20 der Volksgruppe der Roma an und kommen aus den oben genannten Ländern. Sie flüchten aus ihren Heimatländern vor massiver Diskriminierung, körperlicher und sexualisierter Gewalt, einem Leben in Armut und unmenschlichen Lebensbedingungen in den Slums der Vorstädte. Ihre psychische Gesundheit ist überdies durch alte traumatische Erfahrungen aus den Kriegen in Ex-Jugoslawien der 1990er Jahre belastet. Neben den schwerwiegenden Erlebnissen in ihren Herkunftsländern ist die Situation für Roma als Asylsuchende in Deutschland sehr problematisch. Zum einen ist ihre Chance als Flüchtling anerkannt zu werden gering. Zum anderen werden sie in Deutschland nicht als Flüchtlinge wahrgenommen, sondern als sogenannte „Sozialtouristen“[1]. Im Folgenden werde ich diese komplexen Problemlagen der Roma sowie die daraus entstehende Herausforderung an die Therapie darstellen.

Wie bereits oben angedeutet, wird den Roma nachgesagt, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen ihre Länder verlassen und nur der Sozialleistungen wegen nach Deutschland kämen. Diese sogenannten „Zigeuner“ würden nicht in die deutsche Gesellschaft passen, da ihre Lebensweise nicht den hiesigen kulturellen Gegebenheiten entspräche. Von den Mehrheitsgesellschaften in Europa wird den Roma zumeist unterstellt, dass sie gegen die vorherrschenden Werte und Normen verstoßen. Die Vorstellungswelten der Mehrheitsbevölkerung werden seit Jahrhunderten von rassistischen Vorurteilen und Stereotypen beherrscht. In der Forschung werden diese Ausgrenzungsmechanismen von Roma als „Antiziganismus“ bezeichnet. Diese Stigmatisierung und Diskriminierung, Ausgrenzung und Verfolgung der Volksgruppe der Roma resultiert in massiven Einschränkungen ihrer Lebenschancen im gesamten europäischen Raum.

Die Frauen, Kinder und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien, die ich therapeutisch begleite, berichten alle von Diskriminierung, Ausgrenzung und Verfolgung in ihren Herkunftsländern, welche allein auf ihre Zugehörigkeit zur Volksgruppe der Roma zurückgeführt werden kann. Die Familien leben am Rande der Gesellschaft – in Wellblechhütten, im Wald, im Müll, in Slums, ohne Strom und Trinkwasser. Oftmals bleibt ihnen der Zugang zur Bildung und zur Aufnahme einer Arbeit verwehrt. Neben diesen existenziellen

[1] DIE ROMA AUS DEN EU STAATEN BULGARIEN UND RUMÄNIEN WERDEN EBENSO ALS SOLCHE WAHRGENOMMEN, HABEN ABER ALS EU BÜRGER EINEN ANDEREN RECHTLICHEN STATUS.

Armuts- und Ausgrenzungserfahrungen erleiden die Menschen weitere Diskriminierungen. Generell berichten viele Roma-Flüchtlinge, dass gewalttätige Übergriffe von Seiten der Mehrheitsbevölkerung zur Tagesordnung gehören, viele Frauen haben sexualisierte Gewalt erlebt. Auch Kinder haben bereits Übergriffigkeiten erdulden müssen. Sie erzählen, dass sie in der Schule von ihren Mitschülern beschimpft und geschlagen werden. Auch macht es keinen Unterschied, ob die Betroffenen nun aus Serbien, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien oder dem Kosovo kommen.

Nun leiden sie nicht nur an den Folgen der Traumatisierung durch die aktuelle Diskriminierung, Armut und Gewalt in ihren Herkunftsländern. Viele Roma leiden noch immer an den Folgen der Kriege in Ex-Jugoslawien in den 1990er Jahren. Um dies verständlich zu machen, werde ich kurz von einigen traumatischen Erlebnissen meiner KlientInnen während dieser Kriege berichten. Ein Klient aus Serbien, der gezwungen wurde 1992 in der serbischen Armee zu dienen und Gräueltaten an bosnischen Muslimen zu begehen, sagt, es sei so schrecklich gewesen, er könne darüber nicht sprechen und werde diese Bilder nie wieder los. Eine Klientin wurde kurz nach dem Krieg in Bosnien 1995 von serbischen Freischärlern verschleppt. Sie wurde gemeinsam mit anderen Frauen fünf Tage in ein Haus gesperrt und systematisch sexuell missbraucht und vergewaltigt. Eine andere Klientin leidet noch immer an Traumafolgestörungen aufgrund der NATO Bombenangriffe auf Städte in Serbien während des Kosovokrieges 1999. Sie berichten alle, dass sie nie eine medizinische Hilfe oder therapeutische Behandlung nach den Kriegen erhalten haben. Es habe für sie in ihren Herkunftsländern keinen Zugang zu medizinischer Versorgung gegeben und auch nicht zu Sozialleistungen.

Diese Menschen sind komplex traumatisiert, d.h. sie haben im Laufe ihres Lebens immer wieder unterschiedliche traumatische Erlebnisse durchgemacht. Diese führen zu Traumafolgestörungen, wie Schlafstörungen, Albträume, kreisende Gedanken und aufdringliche Bilder, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen, Ängste, Gefühllosigkeit, Schreckhaftigkeit u.v.m. Zusätzlich können auch andere psychische Störungsbilder auftreten, wie Depressionen, Persönlichkeits- und Angststörungen oder auch Suchterkrankungen. Das Erleben von Ruhe und Sicherheit, Akzeptanz und sozialer Integration ist essenziell, um vor reaktiven Traumafolgestörungen geschützt zu sein. Die Problematik bei meinen KlientInnen ist, dass ihnen aufgrund der Ausgrenzung aus der Gesellschaft nie Schutzfaktoren in ihren Herkunftsländern zuteilwurden. Die Betroffenen leiden alle an einer chronifizierten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und anderen psychischen Störungsbildern. Eine adäquate medizinisch-therapeutische Behandlung der psychischen Belastung oder Störung blieb aus. Sie befanden sich in einem ständigen Überlebenskampf.

Auch in Deutschland treffen diese Flüchtlinge auf eine schwierige Lage, die sich wie folgt äußert: Da Roma in der Regel nur eine Duldung erhalten, gibt es keine Arbeitserlaubnis, kein ruhiges zu Hause, keine Chance der Leistungsfähigkeit oder entsprechende Bildungsmöglichkeiten. Auch hier sind Roma den Vorurteilen der Aufnahmegesellschaft ausgesetzt. Die psychische Belastung hält so auch im Aufnahmeland an.

JUTTA GERNEERT
FOTO DER MFH

Nach der Flucht, in Deutschland angekommen, haben diese Menschen Abstand zur belastenden Situation im Heimatland, was sie ihre traumabedingten Symptome umso belastender erleben lässt. So suchen sie entweder selbst Hilfe oder ihre seelische Belastung fällt den SozialarbeiterInnen der Übergangswohnheime oder den behandelnden HausärztInnen auf. Diese fragen oftmals bei der MFH um Rat. Da die Zahl der Roma, welche ihre Herkunftsländer auf der Suche nach existenzieller Sicherheit verlassen, ständig steigt, erhöht sich auch die Nachfrage nach therapeutischer Hilfe bei der MFH.

Die besondere Problematik in der therapeutischen Arbeit mit Roma hier in Deutschland besteht in psychosozialen Problemen – der unsichere Aufenthalt, die ständig drohende Abschiebung und die damit verbundenen Ängste; die Wohnsituation, Sprachprobleme und weitere Hindernisse im Alltag. Die Menschen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, benötigen Ruhe, Sicherheit und geeignete Hilfe um ihre psychische Gesundheit wieder zu stabilisieren. Die KlientInnen berichten, dass sie sich in unseren Therapieräumen wohl und sicher fühlen. Sie sagen es sei hilfreich, dass sie ihre Geschichte erzählen und auch über ihre aktuellen Sorgen in Deutschland berichten können. Sie empfinden eine Therapiestunde mit Gesprächen, Entspannungsübungen und stabilisierenden Imaginationstechniken als sehr wohltuend und stärkend. Sie fühlen sich ernst genommen und anerkannt mit ihrem Leid. Konnten wir gemeinsam eine Stabilisierung ihrer psychischen Situation erreichen, kommt es häufig zu erneuten Erschütterungen durch Abschiebeandrohungen oder Abschiebungen von anderen Menschen aus der direkten Umgebung. Dies führt zu einer weiteren Destabilisierung der psychischen Gesundheit. Ebenso sind schwierige Situationen im Übergangswohnheim oder im alltäglichen Leben ein sogenannter Trigger für Retraumatisierungen, d.h. ein Vorfall, der an das vergangene traumatische Ereignis erinnert, löst erneut eine Symptomatik aus. Eine abschließende Traumatherapie ist aufgrund der unsicheren Situation der Roma gar nicht möglich. Da es sich häufig um eine Krisenintervention handelt, werden Maßnahmen zur Stabilisierung der seelischen Gesundheit angewendet. So habe ich es mir in der Therapie zur Aufgabe gemacht, mit meinen KlientInnen eine innere Sicherheit zu erarbeiten, auf die sie selbst in angstbesetzten Situationen immer wieder zurückgreifen können. Um die äußeren Umstände – wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus – bei entsprechend belasteten KlientInnen als Therapeutin mit zu beeinflussen, sind psychosoziale Stellungnahmen über die psychischen Belastungen unserer KlientInnen zur Vorlage bei den Behörden oder für Gerichtsverfahren, hilfreich. Diese können die Verlängerung einer Duldung wegen Reiseunfähigkeit der KlientInnen oder die Überprüfung eines Aufenthalts aus humanitären Gründen in Deutschland erreichen.

Am Ende dieses Textes möchte ich mit einem Beispiel aus meiner therapeutischen Arbeit mit den Menschen der Volksgruppe der Roma aus Ex-Jugoslawien abschließen, um die Hoffnungslosigkeit der Menschen dieser Volksgruppe deutlich zu machen. Bei einer imaginativen Übung während der therapeutischen Sitzung mit einem Klienten aus Serbien waren wir gemeinsam auf der Suche nach seinem inneren „Sicheren Ort“ (eine Grundübung in der Traumatherapie). Der Klient hatte große Schwierigkeiten sich an schöne Bilder oder Ereignisse in seinem Leben zu erinnern. Auf die Anregung, er solle sich einfach etwas Angenehmes und Schönes vorstellen, was für ihn Ruhe und Sicherheit bedeute, antwortete er: „Ruhe gibt es für mich nur im Tod, das ist mein „Sicherer Ort“.

FEHLER IM SYSTEM

VON EIKE LEIDGENS
DIPL. PSYCHOLOGE,
PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

Wenn Arzt/Ärztin und PatientIn nur wenige Wörter in der gleichen Sprache sprechen, sind viele Gesundheitsleistungen durchaus schwierig zu realisieren. Dass von der Anamnese, über die Diagnose, den ärztlichen Rat und die Medikamentenverschreibung, bis hin zum Operationsvorgespräch nicht alles nonverbal geklärt werden kann, kann man sich unschwer vorstellen. Dass es auch problematisch sein könnte, Familienangehörige als Laiendolmetschende im Gesundheitswesen einzusetzen, wird jedem Menschen klar, der schon mal über Sprach-, Kultur- und Schamgrenzen hinweg Stille Post mit medizinischen Fachbegriffen gespielt hat – mit Kindern. Denn es sind oft Kinder, die als Laiendolmetschende herangezogen werden. Ganz zu schweigen von der Last, die ihnen damit aufgebürdet wird.

Das ist alles nicht neu. Der eklatante Mangel im deutschen Gesundheitssystem durch die fehlende Kostenübernahme für Übersetzende ist in der MFH-Therapiegruppe für männliche Roma aus Serbien besonders deutlich geworden. Im Verlauf der Sitzungen wurde klar, dass zwei von vier Teilnehmer medikamentenabhängig sind. Das ist an sich nichts ungewöhnliches, denn viele Menschen mit schweren traumatischen Erfahrungen entwickeln neben typischen posttraumatischen Symptomen wie Flashbacks und Schlafstörungen auch Substanzabhängigkeiten. Alkohol, Marihuana, oder auch verschiedene Medikamente können die Symptome und Erinnerungen lindern, die meist als sehr belastend erlebt werden. Die Anfälligkeit für zusätzliche Suchterkrankungen ist daher relativ nachvollziehbar. Die traumatischen Erfahrungen der Klienten aus der Männergruppe liegen zum großen Teil in weiter Vergangenheit in den Jugoslawienkriegen. Die Klienten leiden dementsprechend seit Jahrzehnten an posttraumatischen Symptomen und nehmen seither oftmals Benzodiazepine. Das sind angstlösende Medikamente, die hilfreich eingesetzt werden können, aber auch starke Nebenwirkungen aufweisen. Die Traumaforschung geht davon aus, dass die dauerhafte Einnahme von Benzodiazepinen nicht nur stark süchtig macht, sondern auch die eigenständige oder therapeutische Bearbeitung traumatischer Erfahrungen verhindert. Das erklären Forscher so, dass durch die Einnahme der Benzodiazepine zwar die Symptome und die Angst gelindert würden, aber die Ursache der Angst bestehen bleibt. Die Verarbeitung des Traumas sei aber nur über die Angst möglich. Ob der entscheidende Effekt bei der Verarbeitung die Gewöhnung, die Konfrontation, oder die Akzeptanz der Erinnerungen und Ängste ist, das sei der Wissenschaft überlassen. Fest steht, die Abhängigkeit von Benzodiazepinen steht der Wirksamkeit vieler traumatherapeutischer Prozesse entgegen.

Wenn Klienten bereits im Herkunftsland

psychiatrisch behandelt worden sind und Zugang zu Medikamenten hatten, dann wird dies von Behörden und Gerichten verwendet, um einen Aufenthalt aus gesundheitlichen Gründen abzulehnen, da offensichtlich auch im Herkunftsland eine Behandlung stattfinden kann. Wie gut diese Behandlung im Herkunftsland ist und dass Psychotherapie die indizierte Behandlung bei Traumafolgestörungen ist, spielt dabei scheinbar eine untergeordnete Rolle.

Zurück zu der medizinischen Versorgung in Deutschland. Unsere KlientInnen aus Serbien sind schon seit mehreren Jahren in Deutschland. Sie sind auch seit Jahren bereits in externer psychiatrischer Behandlung. Da die medizinischen Leistungen für AsylbewerberInnen stark eingeschränkt sind und viele Hürden vor dem Beginn einer Psychotherapie in der Regelversorgung liegen, sind unsere Wartelisten lang. Eine psychotherapeutische Behandlung konnte daher also erst in diesem Jahr beginnen. Bis dahin wurden viele KlientInnen von ihren PsychiaterInnen mit Psychopharmaka und Benzodiazepinen „notversorgt". Grundsätzlich ist an der Versorgung mit Psychopharmaka natürlich nichts Schlechtes. Eine Anamnese, Diagnosestellung oder ein in irgendeiner Form behandlungseinleitendes Gespräch hat de facto allerdings in den meisten Fällen nicht stattgefunden, weil die Kosten für Dolmetschende weder vom Sozialamt noch von den Krankenkassen übernommen werden. Innerhalb von wenigen Minuten wird ein „Gespräch" ohne gemeinsame Sprache geführt und ein Rezept für ein Medikament ausgestellt, welches seit Jahren einfach nur noch verlängert wird. Es ist allen recht: die Kommunen zahlen eine relativ billige Behandlung, der/die PsychiaterIn rechnet die Verschreibung und wahrscheinlich sogar noch das „Gespräch" ab und der Klient bekommt das Suchtmittel, welches seine Genesung blockiert. Es mag diese Art der „Behandlung" auch ohne Sprachbarrieren geben, denn es ist der einfachste Weg für alle. Aber ÄrztInnen und PatientInnen müssen die Möglichkeit haben, auch einen besseren Weg zu gehen: Mit dem ersten Schritt eine richtige Diagnose stellen, mit dem zweiten die richtige Behandlung einleiten und im späteren Verlauf etwaige Abhängigkeiten erkennen und alternative Behandlungen veranlassen können. Doch das funktioniert nicht ohne gemeinsame Sprache oder Übersetzung. Hierfür bedarf es einer Kostenübernahme für Dolmetschende

im Gesundheitssystem und einen kostenlosen Telefondolmetscherdienst, wie es ihn in einigen europäischen Ländern bereits gibt. So könnte eine gute psychiatrische Behandlung, bei Bedarf ergänzend zur Psychotherapie stattfinden. Bei traumatisierten Flüchtlingen ist zusätzlich zu bedenken, dass die notwendige Psychotherapie aufgrund der fehlenden Kostenübernahme für Dolmetschende erst Monate oder Jahre später beginnen kann. Denn Zentren wie die MFH können zwar Psychotherapie mit Dolmetschenden anbieten, aufgrund ihrer Finanzierungslage kann sie aber nicht all das auffangen, was in der mangelhaften Regelversorgung nicht geleistet werden kann. Mindestens eine Seite der Medaille muss also besser gestellt werden. Die Finanzierung von Dolmetschenden und Psychotherapien in der Regelversorgung, oder die Regelfinanzierung von Zentren wie der MFH. Dann könnte die MFH auch Stellen für eine psychiatrische Versorgung sowie für Übersetzungsleistungen realisieren, um die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen zu optimieren.

EIKE LEIDGENS,
FOTO DER MFH

MFH REALISIERT INTERDISZIPLINÄRE SEMINARE ZUM ISTANBUL PROTOKOLL

VON BIANCA SCHMOLZE,
MENSCHENRECHTSEXPERTIN
VON „GERECHTIGKEIT HEILT“

Im Rahmen ihrer Menschenrechtarbeit hat sich die MFH in den letzten zehn Jahren auf den internationalen Kampf gegen die Straflosigkeit von Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen gegen die Menschheit spezialisiert. In diesem Kontext hat die MFH schon seit einigen Jahren daran gearbeitet, das Istanbul Protokoll in Deutschland zu implementieren. Dies ist ein UN Manual zur gerichtsverwertbaren Dokumentation von Folter und Misshandlungen mit dem Ziel rechtliche Schritte gegen die Täter einleiten zu können.

Gemeinsam mit ihren Projektpartnern, dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich Alexander Universität Nürnberg/ Erlangen sowie dem Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (BZFO) organisierte die MFH im Sommer 2014 drei interdisziplinäre Seminare zum Istanbul Protokoll in Berlin, Düsseldorf und München. Der Internationale Rehabilitationsrat für Folteropfer IRCT übernahm die Schirmherrschaft über die Seminare. Die Zielgruppen für die Seminare waren PsychologInnen, ÄrztInnen sowie AnwältInnen und psychosoziale Einrichtungen für Flüchtlinge und Folterüberlebende.

Das Istanbul Protokoll war und ist in Deutschland noch wenig etabliert, vor allem unter jenen Berufsgruppen, die es anwenden sollen um Folterfälle frühzeitig und angemessen untersuchen und dokumentieren zu können. Um diesem Missstand zu begegnen richtete sich die MFH im Zuge der Seminare der Vorbereitung an die verschiedenen Berufsverbände, um ihre Aufmerksamkeit auf dieses wichtige, international anerkannte Instrument zu lenken. Bereits seit 2001 gibt es in Deutschland die sogenannten „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“ (SBPM), die in der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen angewandt werden. Der Schwerpunkt des IP liegt auf der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen MedizinerInnen, PsychologInnen und JuristInnen und geht also weit über die Begutachtung der psychischen Folterfolgen hinaus. Es ging zunächst darum, zu jenen Organisationen und Personen Kontakte zu knüpfen, die die SBPM entwickelt und bereits erreicht hatten, dass diese Standards für Gutachten in die Curricula von den Berufskammern der Ärzte und Psychologenaufgenommen wurden. Die Zusammenarbeit mit den Initiatoren der SBPM Standards führte 2012 dazu, dass das Istanbul Protokoll in die überarbeitete Fassung der SBPM als Verweis aufgenommen wurde.

Da es also auf der psychologischen Ebene bereits Vorerfahrungen gab, um Folter und grausame Behandlung zu dokumentieren, entschied die MFH gemeinsam mit ihren Projektpartnern den Fokus auf die medizinischen Aspekte der Dokumentation zu legen. Daher

BIANCA SCHMOLZE, FOTOSTUDIO PICTURE PEOPLE BOCHUM

JAMES K. LIN VOM IRCT UND DR. ÖNDER ÖZKALIPCI, FOTO MFH

war auch die Zusammenarbeit mit unserem Dachverband IRCT so wichtig, der über ein Netzwerk in-ternational anerkannter forensischer Experten verfügt. Die MFH nahm in der Folge Kontakt auf zu den wichtigsten deutschen NGOs, die mit Flüchtlingen und/oder Folterüberlebenden arbeiten, um sie für die geplanten Seminare zu sensibilisieren. Viele zeigten großes Interesse und halfen dabei, die Veranstaltungen in den drei Städten zu bewerben. Die MFH erhielt auch Unterstützung durch die Bundesärztekammer. In ihrer Zeitschrift „Deutsches Ärzteblatt" konnte die MFH ausführlich über das Istanbul Protokoll informieren. Einen weiteren Artikel veröffentlichte das Rheinische Ärzteblatt. Und auch das Ärzteblatt Sachsen-Anhalt informierte über die Seminare. Die Seminare wurden in allen drei Städten von den entsprechen Ärztekammern/Psychotherapeutenkammern als Fortbildung zertifiziert.

In Berlin, Düsseldorf und München nahmen fast 60 TeilnehmerInnen verschiedener Disziplinen teil. Den Beginn machte das Seminar in Berlin anlässlich des Internationalen Tages zur Unterstützung von Folteropfern im Haus für Demokratie und Menschenrechte. Eine Woche später fand das Seminar in Düsseldorf in den Räumen der Ärztekammer Nordrhein statt und Ende Juli war das letzte Seminar im Eine Welt Haus München. Die Referenten waren:

- James K. Lin, Koordinator für Projekte zum Istanbul Protokoll beim IRCT Miriam Rewentlow, Rechtsexpertin des IRCT
- Dr. Önder Özkalipci, forensischer Experte des IRCT
- Mechtild Wenk Ansohn and Gisela Scheef Mayer vom BZFO
- Iris Ludwig, Asylanwältin in München in der Kanzlei Lex, Scheer, Ludwig
- Andreas Schüller vom ECCHR
- Dr. Ljiljana Joksimovic von der Düssel dorfer LVR Klinik
- Silke Studzinsky, Anwältin beim ICC Victims Trust Fund und vom RAV e.V Heike Geisweid, Asylanwältin in der Bochumer Kanzlei Mayer und Geisweid
- Dr. Waltraud Wirtgen, die die SBPM Standards mitentwickelte und bei dem Seminar in München ein kurzes Grußwort hielt Barbara Abdallah Steinkopff, Refugio München

Wir möchten uns an dieser Stelle noch einmal bei allen ReferentInnen und UnterstützerInnen ganz herzlich bedanken!

Insbesondere der Beitrag des Forensikers Dr. Özkalipci wurde mit großem Interesse verfolgt. Hier konnten die TeilnehmerInnen das erste Mal eine Vorstellung davon bekommen, wie körperliche Folterfolgen so dokumentiert werden, dass sie als Beweis vor Gericht standhalten können. Dies ist nicht nur wichtig in Bezug auf Strafprozesse, die gegen die Täter angestrengt werden könnten. Die SeminarteilnehmerInnen hörten vor allem deswegen so intensiv zu, da die Untersuchungsmethoden und –ergebnisse auch in Asylverfahren von Bedeutung sein können um zu beweisen, dass jemand tatsächlich gefoltert wurde. Bei allen Seminaren wurde deutlich, dass es hier noch großen Handlungsbedarf gibt – wir brauchen in Deutschland dringend forensische Mediziner, die das Istanbul Protokoll anwenden können und die genau wissen, wie die diversen Verletzungen, die durch Folter entstehen, zu erkennen und zu interpretieren sind. Die Seminare waren für die MFH sehr erfolgreich. Noch immer bekommen wir regelmäßige Anfragen, auch aus dem Ausland, wann es wieder solche Seminare geben wird. Die MFH arbeitet derzeit daran, Trainings zum IP realisieren zu können, um dem Bedarf an medizinisch/forensischer Dokumentation zu begegnen. Wir freuen uns über die Bewilligung eines Projekts in dessen Rahmen wir spätestens in 2017 wieder ein Training durchführen können.

ÄRZTLICHE DOKUMENTATION VON FOLGEN DER FOLTER

VERPFLICHTUNG IM NAMEN DER MENSCHENRECHTE MEDIZINISCHE GUTACHTEN, DIE DIE FOLGEN VON FOLTER DOKUMENTIEREN, SIND FÜR DIE ÜBERLEBENDEN VON ENTSCHEIDENDER BEDEUTUNG: SIE KÖNNEN DEN AUSGANG VON ASYLVERFAHREN EBENSO BEEINFLUSSEN WIE DIE GENESUNG.

Folter ist eines der größten Verbrechen gegen Menschenrechte. Spätestens seit dem Beitritt Deutschlands zum Abkommen der Vereinten Nationen (UN) gegen Folter im Jahr 1990 besteht auch hier die menschenrechtlich begründete Pflicht, einem Verdacht auf Folter nachzugehen und den Sachverhalt aufzuklären. Darüber hinaus begründet das UN-Abkommen ein Verbot, Menschen, denen in ihren Heimatländern Folter droht, dorthin zurückzuschicken. Flankiert wird das Abkommen von weiteren internationalen Dokumenten, wie zum Beispiel dem Europäischen Abkommen gegen Folter oder den Entschließungen des Weltärztebundes .

Dass Folter trotz dieser rechtlich eindeutigen Situation nach wie vor ein großes Problem darstellt, belegen die jährlichen Berichte von Amnesty International: Danach wurden im Jahr 2012 in 112 Staaten Menschen gefoltert oder misshandelt.

In Deutschland sind vor allem Flüchtlinge betroffen. Sie stammen oft aus Regionen, in denen zum Teil systematisch gefoltert wird. Wie hoch jedoch die Inzidenz von Folter unter Flüchtlingen ist, ist wissenschaftlich nicht exakt belegt. Eine britische Metaanalyse aus dem Jahr 2001 kommt auf Raten zwischen fünf und 30 Prozent, beruft sich dabei allerdings nur auf zwei Studien, von denen eine bereits aus dem J Jahr 1994 stammt. Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2013 bezieht sich auf Untersuchungen, denen zufolge 85 Prozent der Probanden Folter ausgesetzt waren.

Nach Auffassung der Autoren um die US-amerikanische Public Health Expertin Anne Kalt sind diese Einzeluntersuchungen jedoch nicht generalisierbar. Zum einen seien alle Studien nur retrospektiv an einer zumeist kleinen und zudem klar abgegrenzten Gruppe von Probanden durchgeführt worden, die oft aus derselben Gegend stammten. Zum anderen gäben nicht alle Studien an, nach welcher Definition von Folter sie die Probanden eingeteilt hätten. Dennoch kommen Kalt und ihre Mitautoren zu dem Schluss, dass in allen Fällen das Vorkommen von Folter bei mehr als 30 Prozent lag. Neben der bloßen „Quantität" muss aber auch die „Qualität" der Foltererfahrung betrachtet werden: Folter kann zu einer Vielzahl an schwerwiegenden körperlichen und seelischen Traumata führen. Eine Übersicht bietet beispielsweise das Istanbul-Protokoll der Vereinten Nationen. Die physischen Folgen reichen von Prellungen und Knochenbrüchen über Brandwunden, Narben, Luxationen und Hirnschädigungen bis hin zu den Folgen von Mangelernährung. Da Folterüberlebende in aller Regel jedoch erst geraume Zeit nach ihrer Foltererfahrung in Deutschland ärztlich untersucht werden, sind die verbliebenen Narben meist so unspezifisch, dass sie ohne ausführliche Anamnese und psychologische Befunde nur eingeschränkt als Nachweis dienen können. Deshalb ist die

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, AUSGABE A, 16. MAI 2014, SEITE 882F

psychiatrisch-psychologische Untersuchung von Folterüberlebenden mindestens genauso wichtig wie die körperliche. An psychischen Traumata wird am häufigsten die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) genannt, zusammen mit verschiedenen Formen der Depression, Angststörungen und einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Zwar bildet nicht jeder Folterüberlebende ein seelisches Trauma aus, weshalb das Nicht-Vorhandensein körperlicher oder seelischer Spätfolgen noch kein Beweis dafür ist, dass Folter nicht stattgefunden hat; dennoch zeigt sich bei denjenigen Opfern, die psychiatrisch-psychologisch begutachtet werden „eine überwiegend schwere Symptombelastung". Ärzte und Psychologen können auf verschiedene Art und Weise mit Folterüberlebenden in Berührung kommen: im Rahmen eines „normalen" Arztbesuches; bei der Therapie von seelischen Traumata, zum Beispiel in spezialisierten psychosozialen Zentren zur Unterstützung von Folteropfern; im Rahmen der Erstellung von Attesten, Stellungnahmen oder Gutachten für Asylbewerber und Flüchtlinge, die damit möglicherweise eine politische Verfolgung glaubhaft machen und so ihre Chance auf Asyl oder einen anderen Schutztitel erhöhen wollen. Dabei ist es wichtig, dass die Folgen von Folter im Rahmen von Asylverfahren besonders objektiv und sorgfältig dokumentiert werden, um vor Gericht Bestand zu haben. Im Unterschied zur Therapie geht es bei einer rechtlichen Dokumentation um einen unabhängigen Nachweis, der wesentlich mehr noch als ein therapeutisches Setting eine kritische Einstellung zum Erzählten erfordert. Auch jenseits eines Asylgesuchs kann die Dokumentation von Folgen der Folter für die Patienten direkt von Nutzen sein. Für den Folterüberlebenden kann es entlastend sein, wenn er seine leidvolle Geschichte nicht immer wieder erzählen muss, weil sie bereits in einem Dokument „offiziell" festgehalten wurde. Die Psychologen David Gangsei und Ana Deutsch machen weitere positive Effekte einer Begutachtung aus: Bei vielen Überlebenden verringern sich durch ihr Zeugnis Schuldgefühle, Scham und Furcht; indem sie über ihre Erlebnisse sprechen, bringen sie ihre aktuelle Befindlichkeit mit früheren Foltererfahrungen zusammen, was den Weg für eine bessere kognitive Kontrolle von Furcht bahnen und eventuell eine Grundlage für eine Therapie bilden kann; wichtig ist auch die in der Begutachtung implizierte Anerkennung, dass dem Betroffenen Unrecht angetan wurde. Diese Anerkennung ist Gangsei und Deutsch zufolge elementar, um Schuldgefühle und Scham zu reduzieren. Der Folterüberlebende werde möglicherweise durch den Begutachtungsprozess für seinen Auftritt vor Gericht oder innerhalb des Asylverfahrens gestärkt, das viele als ungerechtes Verhör wahrnehmen. Außerdem, so Gangsei und Deutsch, könne der Betroffene über seine in der Begutachtung enthaltene Lebensgeschichte vor der traumatischen Erfahrung wieder an diese anknüpfen und die Foltererfahrung als nur einen Teil seiner Biografie begreifen.

Wurde die Dokumentation sorgfältig erstellt, so ist damit außerdem ein gerichtsverwertbarer Beweis entstanden, den der Folterüberlebende womöglich noch Jahre später verwenden kann, falls es tatsächlich zu einem Prozess gegen die mutmaßlichen Täter kommen sollte. Obwohl es bereits seit mehr als zehn Jahren anerkannte Standards zur Untersuchung und Dokumentation von Folter und zur psychologisch- psychiatrischen Begutachtung innerhalb von aufenthaltsrechtlichen (Asyl) Verfahren gibt (siehe Kasten), sind diese offenbar noch nicht hinreichend bekannt. Problematisch ist auch, dass es nach wie vor nicht eindeutig geregelt ist, über welche Erfahrungen und Qualifikationen Ärzte oder Psychologen verfügen müssen, um Gutachten im Rahmen von Asylverfahren anfertigen zu dürfen. Selbst Ärzte und Psychologen ohne spezifische Kenntnisse in Psycho-Traumatologie, in der Arbeit mit Schwerst-Traumatisierten und ohne Hintergrundwissen über interkulturelle Faktoren oder die Situation in den Heimatländern der Betroffenen, dürfen Gutachten anfertigen. Wohl nicht ohne Grund kommt deshalb eine deutsche Studie von 2013 zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Zahl der Gutachten und Atteste fachlich nicht ausreichend ist – und dies unabhängig davon, ob diese von Fachärzten für Allgemeinmedizin oder von psychiatrisch-psychologischen oder psychosomatischen Fachärzten erstellt wurden. Das ernüchternde Fazit der Studie: Häufig fehlen in den Gutachten wichtige Informationen, zum Beispiel zu den Dolmetschern, die in solchen Settings eine zentrale Rolle spielen. Die Anamnese fällt teilweise lückenhaft aus, eine Differenzialdiagnostik wird nur in Ausnahmefällen vorgenommen und auf eine somatische Untersuchung wird in den meisten Fällen völlig verzichtet. Dabei ist in diesen Fällen in der Tat klar: „Viel hängt vom Gutachter ab".

Holger Furtmayr, Bianca Schmolze, Mechthild Wenk-Ansohn

IM DSCHUNGEL DER BEWEISMITTEL DER PROZESS GEGEN DIE BEIDEN RUANDISCHEN FDLR-MILIZENFÜHRER

VON SIMONE SCHLINDWEIN
KORRESPONDENTIN DER TAZ
FÜR ZENTRALAFRIKA

03. Mai 2014. Es ist der 227. Verhandlungstag. 227 Mal sind die beiden Angeklagten, Ignace Murwanashyaka und Straton Musoni, in Handschellen in den Gerichtssaal Nummer sechs des Oberlandesgerichts Stuttgart geführt worden. 227 Mal haben die beiden Angeklagten, ihre Strafverteidiger und die Bundesstaatsanwälte in dem schlichten Saal Platz genommen. Zum 227. Mal eröffnet der Vorsitzende Richter Wolfgang Hettich an diesem verregneten Mittwoch die Verhandlung in Deutschlands erstem Kriegsverbrecherprozess unter dem Völkerstrafgesetzbuch. Jetzt geht der Prozess in sein viertes Jahr.

Diese Woche fiel der aus Ruanda anreisende Zeuge aus, ein ehemaliger FDLR-Offizier, der mittlerweile in der ruandischen Armee dient. Er sei nicht abkömmlich, das Verteidigungsministerium Ruandas habe ihm keine Reiseerlaubnis erteilt, heißt es als Begründung. Dass Zeugen ausfallen, passiert jüngst immer öfter. Richter Hettich muss dann kurzfristig umplanen. Stattdessen werden also Telefonmitschnitte abgehört – eine zähe Prozedur.

Wort für Wort wird jeder Satz akribisch übersetzt. Um jede Bedeutung wird gefeilscht. Nach wenigen Stunden dösen drei der sechs Richter in ihren Ledersesseln. Nach nunmehr drei Jahren hat sich Routine eingeschlichen. Lediglich die Sicherheitskontrollen am Eingang des Sitzungssaals erinnern noch daran, dass es sich hier um einen Terrorprozess handelt. Die beiden in Deutschland mit Asylstatus lebenden Ruander Murwanashyaka und Musoni sind angeklagt, als politische Anführer der ruandischen Hutu-Miliz FDLR (Demokratische Kräfte zur Befreiung Ruandas) für von der Miliz im Ostkongo begangene Verbrechen verantwortlich zu sein. Sie seien „Rädelsführer einer terroristischen Vereinigung", so die Anklage. Nach dem Völkerstrafgesetzbuch können in Deutschland jetzt auch Verbrechen verurteilt werden, die nicht in Deutschland selbst begangen wurden – dieser Prozess ist ein Präzedenzfall.

Von vornherein war klar: Dies wird ein aufwendiges Verfahren. In drei Jahren wurden Dutzende Kongo- und Ruanda-Experten gehört, UN-Ermittler und Vertreter von Menschenrechtsorganisationen befragt. Mehrere Dutzend Ex-FDLR-Kämpfer und Offiziere, die sich bereits ergeben haben und in ihre Heimat Ruanda zurückgekehrt sind, wurden nach Stuttgart geflogen und als Zeugen verhört. Knapp ein Dutzend kongolesische Opfer sagten per Videoübertragung aus, unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Sie berichteten unter Tränen und psychischer Anstrengung von ihren Erlebnissen. An schauerlichen Schilderungen mangelt es in diesem Verfahren nicht. Dennoch hat das Interesse der Öffentlichkeit erschreckend nachgelassen. Als das Verfahren am 4. Mai 2011 losging, füllten Scharen

von Journalisten den Zuschauerbereich im Sitzungssaal. Schulklassen besuchten die Verhandlung, Jurastudenten reisten an, sogar Aktivisten von Stuttgart-21 schauten vorbei. Doch heute ist der Zuschauerbereich bis auf ein oder zwei Prozessbeobachter regelmäßig leer. Kaum eine Zeitung oder Sender berichtet noch, was da eigentlich vor sich geht. Jetzt schleppt sich das Verfahren ins vierte Jahr. Und es ist kein Ende in Sicht.

In Düsseldorf begann Ende 2013 ein Verfahren gegen drei weitere Ruander, in Deutschland lebende FDLR-Sympathisanten. Sie werden beschuldigt, FDLR-Mitglieder zu sein, Geld für den Krieg gezahlt zu haben. Die Düsseldorfer Richter werden wohl früher zum Urteil kommen als die in Stuttgart. Die Beweisführung in Stuttgart hat sich in endlos vielen Details verzettelt, so scheint es. Mittlerweile ist ersichtlich: Eindeutige, unbestreitbare Beweise, dass Murwanashyaka und Musoni militärische Befehle für Massaker in den Dschungel gefunkt haben, gibt es wohl nicht. Doch die Angeklagten sind auch keine unwissenden Sündenböcke. Ihre mutmaßliche „Kommandoverantwortlichkeit" für Verbrechen der FDLR liegt irgendwo dazwischen – ist Auslegungssache.

Hunderte Telefonmitschnitte, abgefangne SMS und Emails wurden verlesen, auch andiesem 227. Verhandlungstag. In mühsamer Kleinstarbeit müht sich das Gericht, die Facetten des Kongokrieges und das Innenleben einer Miliz zusammenzupuzzeln. Die Verhandlung verliert sich in spannenden, aber nicht wirklich relevanten Kleinigkeiten. Ein Exkämpfer muss berichten, wie genau der Stromgenerator funktioniert, den die Miliz im Dschungel benutzt. Richter Hettich wirkt dabei wie ein orientierungsloser Kapitän auf hoher See. Verteidigung und Staatsanwälte bekriegen sich vor ihm routinemäßig mit wüsten Worten. Beide Seiten müssen sich mittlerweile damit abfinden, dass der Prozess keine Steilvorlage für eine Starkarriere im Völkerstrafrecht ist. Sondern harte und zähe Arbeit.

25. NOVEMBER: „INTERNATIONALER TAG ZUR BESEITIGUNG VON GEWALT GEGEN FRAUEN“

VON ANAMARIA DIAZ
PSYCHOLOGIN/PSYCHOLOGISCHE BERATUNG
ANGÉLICA URRUTIA GARRIDO
DIPLOM SOZIALPÄDAGOGIN/FLÜCHTLINGSSOZIALARBEIT

Jedes Jahr am 25. November, dem Internationalen Tag zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen, protestieren immer mehr Menschen weltweit gegen die systematische Diskriminierung, Gewalt und Unterdrückung von Frauen. Die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V. organisiert jährlich dazu Vorträge und Veranstaltungen, um auf Menschenrechtsverletzungen, die an Frauen und Mädchen begangen werden aufmerksam zu machen. In diesem Jahr realisierte die MFH am 24. November 2014 eine Veranstaltung mit Sandra Kreil, Projektkoordinatorin der Frauenbegegnungsstätte Utamara e.V. im Kulturcafé der Ruhr-Universität Bochum.

In Rahmen der psychosozialen Beratung und Betreuung unserer Klientinnen aus allen Kontinenten lernen wir die konkreten Probleme der Frauen kennen, setzen uns mit ihnen auseinander und suchen gemeinsam nach Lösungen. Wir lernen die Frauen nicht nur als Opfer kennen, sondern auch als beharrliche Kämpferinnen um ihre Menschenrechte.

Starke und kämpferische Frauen gibt es überall auf der Welt. Viele kennen beispielsweise die mutige Malala Yousafzai aus Pakistan, die für das Recht auf Bildung kämpft; oder die mutigen Näherinnen in Bangladesch, die sich trotz Verbot und Gewaltandrohung durch die Fabrikbesitzer gewerkschaftlich organisieren und für höhere Löhne und für bessere Arbeitsbedingungen kämpfen. In Indien lassen sich die Frauen trotz systematischer sexualisierter Gewalt nicht einschüchtern. In Syrien kümmern sich die Frauen um die Kranken und um die Verletzten des Bürgerkriegs, organisieren Material, Medikamente, Lebensmittel, Bekleidung u.v.m., wie der italienische Journalist Gabriele del Grande berichtet: „Frauen wie die Krankenschwestern in Syrien tragen die Hauptlast für die Behandlung der Schwerverletzten und Kranken in verlassenen Hospitälern, denn es gibt kaum Ärztinnen und Ärzte vor Ort, vielen von ihnen ist im Gegensatz zu den Krankenschwestern die Flucht gelungen“. In Kurdistan kämpfen junge Frauen gemeinsam mit den Männern an der Front gegen die islamistischen Fundamentalisten des IS.
Auch in Deutschland beteiligen sich rund um den 25. November immer mehr Frauen und protestieren mit kreativen Aktionen gegen Sexismus und Gewalt.

Flüchtlingsfrauen – viele von ihnen seit mehreren Jahren in Deutschland und trotzdem immer noch ohne einen geklärten Aufenthaltstatus und folglich häufig ohne eine Arbeits-, Bildungs- und Aufenthaltserlaubnis- benötigen psychologische Unterstützung, um ihre traumatische Lebenssituation zu ertragen und wenn möglich zu überwinden. Viele kommen aus Kriegsgebieten wie dem Kosovo, Syrien, Tschetschenien, Irak, Afghanistan, Serbien, Kongo, Sudan, Somalia und

ANAMARIA DIAZ,

Kurdistan und sind extrem traumatisiert. Andere kommen aus Ländern, in denen sie aus ethnischen, religiösen, geschlechtlichen oder politischen Gründen verfolgt werden oder wurden wie Armenien, Bosnien, Mexico, Kolumbien, Georgien, Iran, Türkei u.a. Die ursprüngliche Traumatisierung hat sich mit dem Aufenthalt in Deutschland nicht gebessert. Im Gegenteil, die unendliche Unsicherheit, die ständige Angst, jederzeit ausgewiesen und abgeschoben zu werden, macht die Flüchtlingsfrauen noch kränker, schwächer und traumatisiert sie immer weiter. Zumal sie ihrer Rechte auf Arbeit, Bewegungsfreiheit und freie Wohnungswahl beraubt werden und sie sich mit den Behörden in der Amtssprache, die sie nicht ganz verstehen, auseinandersetzen müssen. Sie sind extrem gestresst, beängstigt und krank. Viele leiden an schweren Depressionen und an diversen somatischen Beschwerden. Einige denken auch an Selbsttötung als letzten Ausweg, wenn sie unfreiwillig abgeschoben werden. Doch fliehen Frauen derzeit vor allem vor den Kriegen in Nordafrika sowie im Nahen und Mittleren Osten, sie fliehen vor Mord, Zerstörung, Unsicherheit, Armut und der Gefahr der sexualisierten Gewalt, die als Kriegswaffe eingesetzt wird um ganze Gesellschaften zu zerstören und die Frauen zu stigmatisieren. Sie entscheiden sich zur Flucht und nehmen damit das Risiko in Kauf in völlig überfüllten Flüchtlingslagern, z.B. in Beirut, unterzukommen, in denen es zu wenig essen und so gut wie keine medizinische Versorgung gibt. Vor diesem Hintergrund haben religiöse Fanatiker und Faschisten leichtes Spiel. Unsere Klientinnen aus Syrien und Afghanistan, berichten beispielsweise, wie sie mit ansehen mussten, wie ihre Männer, Töchter und Söhne durch den sogenannten IS sogar aus den Lagern verschleppt und vergewaltigt wurden. Diese entführten Frauen werden dann weiterverkauft und als Sexsklavinnen gehalten, darüber berichtet der Journalist Gabriele del Grande auf seiner Vortragsreihe im Jahr 2013 in Deutschland, die die MFH organisierte. 70 Prozent der Opfer der verheerenden Kriege und Konflikte sind Zivilisten – die meisten von ihnen Frauen und Kinder. Laut UNHCR Bericht sind in den letzten fünf Jahren mindestens 15 neue Konflikte ausgebrochen oder wieder aufgeflammt: Acht davon in Afrika (Côte d'Ivoire, Zentralafrikanische Republik, Libyen, Mali, Nordost-Nigeria, Südsudan und Burundi); drei im Nahen Osten (Syrien, Irak und Jemen); einer in Europa (Ukraine) und drei in Asien (Kirgisistan und in einigen Gebieten von Myanmar und Pakistan). Nur wenige Krisen konnten beigelegt werden, die Mehrzahl

verursacht weiterhin Flucht und Vertreibung.

Methodisch arbeiten wir mit verbalen und sanften körperorientierten Ansätzen. Wir sind der Meinung, dass die Flüchtlingsfrauen, obwohl sie zur Zeit in einer äußert schwierigen Lebenssituation sind, auch eine Menge eigenen Ressourcen und Fertigkeiten besitzen die sie im Laufe ihrer Leben entwickelt haben und die sie auch für ihre Genesung anwenden können. Schon die Tatsache, dass sie den Mut und die Kraft hatten, sich und ihrer Familien in Sicherheit zu bringen, um die Verfolgung, Lebensgefahr, Kriegsbombardierungen, etc. zu überleben, ist an sich ein Beweis ihrer großen Gesundheits- und Lebenspotentiale.

Flucht hat viele Gesichter: Die meisten Menschen, die zu uns kommen, sind Kriegsflüchtlinge und/oder Opfer von politischer-, rassistischer-, geschlechtsspezifischer Verfolgung. Sie haben den Hunger und die Angst um das eigene Überleben über Monate hinweg gespürt. Offiziell berichtet der UNHCR Report 2014 von 60 Millionen Menschen, die weltweit auf der Flucht sind. Im November 2013 kamen laut Angaben der Stadt Bochum ca. 200 Flüchtlinge innerhalb weniger Wochen in die Ruhrgebietsstadt. Einige davon betreuen die Mitarbeiterinnen der MFH Bochum. Die Zahl der Flüchtlinge steigt stetig und es werden dringend Fachkräfte benötigt. Mädchen, junge Frauen, Erwachsene, Alte – alle auf der Suche nach einem Ort, an dem sie in Würde leben und alt werden können. Sie wollen Schutz, Arbeit, Sicherheit und Rech-

ANGÉLICA URRUTIA GARRIDO, FOTO DER MFH

VERANSTALTUNGSFLYER
DER MFH

te für sich und ihre Familien. Es sind mutige Frauen, die Ungewissheit und Gefahren auf sich nehmen, um ihrer dramatischen Situation zu entkommen und um ihre Lebenslage zu verbessern. In Deutschland kämpfen sie weiter, um bleiben zu können. Ihre größten Wünsche sind: Eine Wohnung, in der sie leben können wie sie wollen; eine Arbeit um den Lebensunterhalt selbst zu verdienen, eine Zukunftsperspektive für ihre Kinder und eine Möglichkeit, das erlebte Leid aufzuarbeiten. Wir als MFH unterstützen die Frauen dabei. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Flüchtlinge unzählige und aufwendige Prozeduren für ein Bleiberecht über sich ergehen lassen. Unsere Klientinnen suchen uns auf, weil sie diese bürokratischen Abläufe überfordern. Sie verfügen über keine deutschen Sprachkenntnisse, kennen die örtlichen Strukturen nicht und haben keine gesetzlichen Kenntnisse. Ein wichtiges psychologisches Hindernis für Flüchtlinge ist § 47 Aufenthaltsgesetz über das „Verbot der politischen Betätigung". Zwar ist es Flüchtlingen nicht untersagt, im Rahmen der „freiheitlich demokratischen Grundordnung" politisch aktiv zu sein. Dennoch stößt der Paragraph auf Unverständnis bei den Flüchtlingen. Denn viele von ihnen sind politisch bewusste Menschen, die in ihrem Land politisch aktiv waren und/oder aus diesem Grund Folter und Gefängnishaft erlitten haben. Viele Frauen wollen sich aktiv für ihre Rechte auch hier in Deutschland einsetzen, aber sie meinen sie dürfen es nicht. In vielen Bürgerkriegen gehören systematische Vergewaltigung und die Ermordung von Frauen und Mädchen zur erklärten Kriegsstrategie. Frauen, die Opfer von Gewalt wurden, leiden unter psychischen Langzeitfolgen, von Depressionen bis hin zu Selbsttötungsgedanken und sozialer Isolation. Die jungen Frauen, denen es mit Hilfe von Schleusern gelungen ist, könnten Bücher schreiben über die Diskriminierung und Erniedrigung, die sie erlitten haben und heute noch erleiden. Dabei haben sich viele dieser Länder dazu verpflichtet, gegen die Diskriminierung von Frauen vorzugehen. Gemäß dem Fakultativprotokoll zum Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 6. Oktober 1999 wurde die Möglichkeit geschaffen, gegen konkrete Fälle von Frauendiskriminierung beim Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau Individualbeschwerde einzureichen. Dieses Fakultativprotokoll verpflichtet die Vertragsstaaten zum unverzüglichen Ergreifen aller geeigneten Mittel zur Beseitigung der Diskriminierung von Frauen. Es ist am 22. Dezember 2000 in Kraft getreten und bisher von 104 Staaten (Stand: 4. Dezember 2013) ratifiziert worden". Deutschland hat das Protokoll erst 2002 ratifiziert. Die Erstunterbringung in Deutschland wird von vielen Flüchtlingsfrauen nach oft monatelanger Flucht häufig als stark belastend erlebt. Die Trennung von den Kindern, wenn diese gerade volljährig sind, setzt die Frauen zusätzlich unter enorme psychische Belastung. Viele Frauen berichten von Schlafstörungen, Panik, und psychosomatischen Beschwerden. Auch Ehepaare werden oft getrennt. Sie werden in verschiedenen Städten in Flüchtlingsheimen in kleinen Zimmern untergebracht mit Menschen aus den verschiedensten Krisenregionen der Welt. Es entstehen neue bedrückende Situationen. Das verstärkt die psychosomatischen Erkrankungen, die sie ohnehin mitbringen. Viele erkranken und verharren jahrelang in diesem Zustand. In vielen Fällen fehlt es an professioneller Unterstützung. Sie brauchen Zeit, um die Erfahrungen zu verarbeiten und sich ein neues Leben aufbauen zu können. Die MFH bietet den Frauen diese Möglichkeit durch die psychosoziale Begleitung und Unterstützung. Grundsätzlich braucht jeder Mensch einen

sicheren Aufenthaltsstatus, einen Arbeitsplatz, eine regelmäßige und sinnvolle Tätigkeit, Geld, um die Familie vernünftig ernähren zu können. Warum sollte es für Flüchtlingsfrauen anders sein? Die Realität zeigt jedoch, dass die Flüchtlingsfrauen weit entfernt davon sind. Angesichts dieser Situation, während Europa jeden Tag die Grenzen dichter macht und neue Mauern errichten lässt, müssen wir Frauen uns vereinigen, verbinden und zusammen kämpfen! Wir heißen die Flüchtlingsfrauen herzlich Willkommen und fordern Freiheit für die gefangenen Frauen die in allen Abschiebungseinrichtungen sind. Wir sichern ihnen unseren Respekt und unsere Anerkennung zu! Wir fordern Respekt und mehr Solidarität für Flüchtlingsfrauen und für Frauen ohne Papiere! Wir fordern eine Regelung ihrer Situation und ihre Anerkennung als Mitbürgerinnen in diesem Land!

VERANSTALTUNGEN DER MEDIZINISCHEN FLÜCHTLINGSHILFE IN 2014

SYRIENKONFERENZ

VERANSTALTUNGS-FLYER DER MFH

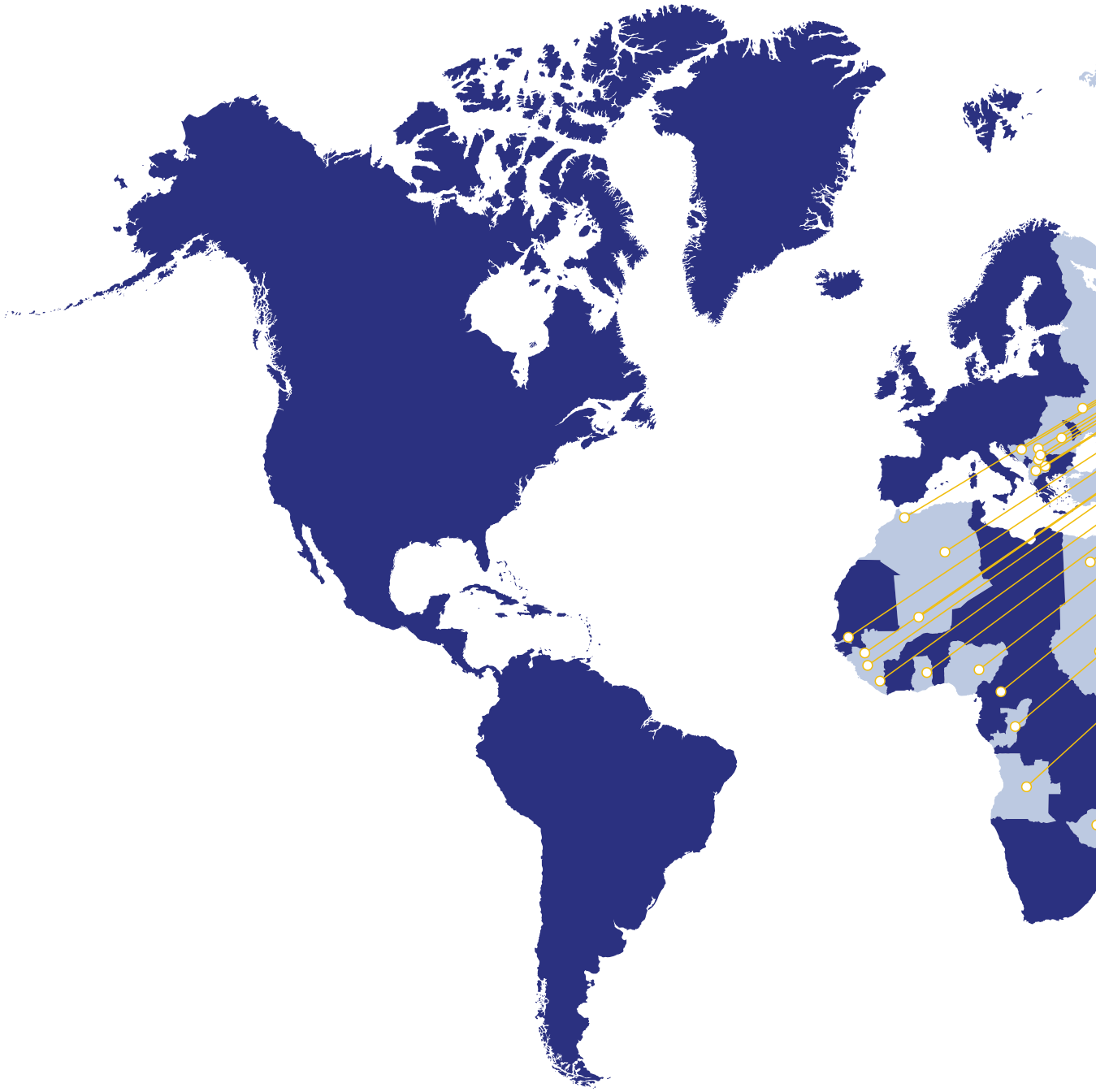
Am 1. November 2014 realisierte die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum, der Flüchtlingsrat NRW und die Rosa-Luxemburg-Stiftung NRW eine „Syrienkonferenz für den Frieden", bei der mehr als 130 Personen teilnahmen, um über die humanitären Auswirkungen des Syrien-Krieges zu diskutieren. Als Referenten kamen Andreas Zumach, Journalist und UN-Experte, der einen Vortrag über die historischen Gründe des syrischen Bürgerkriegs hielt. Ferdinand Dürr von „Adopt a Revolution" sprach über die verschiedenen Kriegsparteien und deren Interessen an diesem Krieg. Simon Jacob, Vorsitzender des „Zentralrats Orientalischer Christen in Deutschland" konzentrierte sich in seinem Reisebericht vor allem auf die Situation von Minderheiten in der Region. Auch die Situation von syrischen Flüchtlingen in Deutschland und in Bochum wurde auf der Konferenz engagiert diskutiert und die TeilnehmerInnen waren sich einig: Wir brauchen schnellere humanitäre Hilfe für syrische Flüchtlinge, einen zügigen Familiennachzug und die psychosoziale Versorgung traumatisierter SyrerInnen!

MENSCHENRECHTE IN BURMA

Anlässlich des Internationalen Tags der Menschenrechte veranstaltete die MFH zusammen mit Julia Gorlt, damals Praktikantin bei uns, eine Fotoausstellung zum Thema Menschenrechte in Burma und der Umgang mit Flüchtlingen in Thailand. Über einen Zeitraum von vier Monaten begleitete sie ein ethnologisches Forschungsprojekt für National Human Rights Commission of Thailand. Gemeinsam mit einem karenischen Künstler nahm sie 40 schwarz-weiß Fotografien in dem Flüchtlingslagern Camp Mae auf. Diese präsentierte die MFH am 10. Dezember 2014 eine Woche lang in der Rotunde. Zur Eröffnung hielt Ulrich Delius, Asienreferent der Gesellschaft für bedrohte Völker, einen Vortrag zur aktuellen Lage der Menschenrechte in Burma. Er beleuchtete u.a. auch die Rolle der Friedensnobelpreisträgerin Aung San Suu Kyi. Fast 100 Personen haben sich die Ausstellung mit viel Interesse angesehen. Die Ausstellung inklusive Begleitmaterial kann bei der MFH ausgeliehen werden. Kontakt: pr@mfh-bochum.de

BILD AUS DER AUSSTELLUNG VON JULIA GORLT

AUSSCHNITT 5 JAHRE MEDIZINISCHE FLÜCHTLINGSHILFE BOCHUM



SYRIEN
GUINEA
SERBIEN
MAZEDONIEN
AFGAHNISTAN
IRAN
KOSOVO
GAMBIA
TÜRKEI
IRAK
SERBIEN
MAROKKO
ALBANIEN
BOSNIEN UND HERZ.
NIGERIA
GHANA
TADSCHIKISTAN
MALI
SENEGAL
SIERRA LEONE
INDIEN
RUSSISCHE FÖDERATION
UKRAINE
ÄGYPTEN
ASERBAIDSCHAN
PAKISTAN
CHINA
RUMÄNIEN
ALGERIEN
ANGOLA
ERITREA
SIMBABWE
KONGO
LIBERIA
LYBIEN
KAMERUN
SUDAN
ARMENIEN
LIBANON
USBEKISTAN

FINANZBERICHT

EINNAHMEN

Spenden	25.258,35	€
Mitgliedsbeiträge	3.091,00	€
Teilnahmegebühren Seminare/Schulungen	4.600,00	€
Bussgelder	15.000,00	€
Stadt Bochum	27.900,00	€
Jugendamt der Stadt Bochum	7.645,44	€
Land NRW/Bezirksregierung Arnsberg	101.560,00	€
Stiftungsfond GLS	7.500,00	€
Europäischer Flüchtlingsfond (EFF)	130.444,24	€
Pilot Fund	124.089,88	€
United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture	14.519,16	€
Uno-Flüchtlingshilfe	16.320,00	€
Sonstige Einnahmen	2.466,68	€
Summe Einnahmen	480.394,75	€

AUSGABEN

Personalkosten	348.806,60	€
Honorare TherapeutInnen und DolmetschertInnen	49.748,39	€
Reisekosten und Fortbildungskosten	8.849,05	€
Reisekosten ReferentInnen	3.728,58	€
Kostenerstattung KlientInnen	2.718,42	€
Veranstaltungen	7.098,47	€
Mietkosten	28.268,50	€
Bürobedarf/Porto/Telefon	10.405,57	€
Büroaustattung	411,12	€
Abschreibungen	3.253,24	€
Beiträge zu Verbänden (Baff/DPWV)	3.175,91	€
Gesamtsumme Ausgaben	466.463,85	€
Gesamtsumme Einnahmen – Ausgaben	13.930,90	€

KLIENTINNENSTATISTIK

ANZAHL	
KlientInnen	508
GESCHLECHT	
weiblich	146
männlich	362
ALTER	
0-17 Jahre	181
18-27 Jahre	128
28-49 Jahre	169
50 Jahre und älter	30
BERATUNGSTHEMEN	
Migration und Flucht	992
Psychotherapie und Psychologische Beratung	732
Soziale Sicherung	153
Bildung	102
Beruf	72

(Mehrfachnennungen sind möglich.)

Die Angaben zu den KlientInnen beziehen sich auf den Flüchtlingssozialdienst und die psychotherapeutische Versorgung. Zusätzlich konsultierten ca. 96 Personen (61 w, 35 m) im Jahr 2014 die medizinische Vermittlungssprechstunde. Die Anfragen kamen aus dem gesamten Ruhrgebiet und darüber hinaus.

MITGLIEDSCHAFT

MFH BOCHUM
DR RUER PLATZ 2
44787 BOCHUM

JAHRESBEITRÄGE

ermäßigter Beitrag:	13,00 EUR
StudentInnen, Arbeitslose:	26,00 EUR
Berufstätige:	52,00 EUR
Natürliche / juristische Personen (z.B. Vereine):	78,00 EUR

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V. !

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn nicht zum 31.10. des Vorjahres schriftlich gekündigt wurde.

Meinen Beitrag zahle ich jährlich:

☐ **per SEPA Lastschriftverfahren**

☐ **per Überweisung**

Ort, Datum Unterschrift

_____

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger Identifikationsnummer: DE91 ZZZ 00000 933799
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (KontoinhaberIn): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name und BIC): _____

IBAN: _____

Datum, Ort und Unterschrift

_____

SPENDENINFORMATION

Medizinische Flüchtlingshilfe
Dr. Ruer Platz 2
44787 Bochum

GLS Bank Bochum:
IBAN DE13 4306 0967 4087 0983 00

Sparkasse Bochum:
IBAN DE04 4305 0001 0024 4013 41

Sehr gerne buchen wir die Spende per SEPA-Lastschriftverfahren von Ihrem Konto ab.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger Identifikationsnummer: DE91 ZZZ 00000 933799
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den o.g. Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ **monatlich**

☐ **jährlich**

Name:
Adresse:
Telefon:
E-Mail:

Betrag: Euro
Dauer:
Bank:
IBAN:

Ort, Datum und Unterschrift

SPENDEN AN DIE MFH BOCHUM SIND IN VOLLEM UMFANG STEUERABZUGSFÄHIG. EINE SPENDENBESCHEINIGUNG ERHALTEN SIE BEI ANGABE IHRER ADRESSDATEN AUTOMATISCH ZU BEGINN DES FOLGEJAHRES. ZUM ERHALT EINER SPENDENBESCHEINIGUNG ZU EINEM FRÜHEREN ZEITPUNKT NEHMEN SIE BITTE KONTAKT AUF UNTER: BUERO@MFH-BOCHUM.DE

FÖRDERER

United Nations Human Rights
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS

Stadt Bochum

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen

GLS Treuhand

UNO-Flüchtlingshilfe