

amnesty international

ai-Aktionsnetz der Heilberufe

Täter Helfende

Helfende Experten

Dossier Heilberufe

Opfer Täter Helfende Experten

Opfer Täter Helfende Experten Opfer Täter Helfende Experten

Täter

Opfer Täter Helfende Experten

Opfer Täter Helfende Experten

ai

amnesty international

FÜR DIE MENSCHENRECHTE

Vorwort

25 Jahre Aktionsnetz der Heilberufe innerhalb der deutschen Sektion von amnesty international – ein Jubiläum, das uns innehalten und zurückblicken lässt auf die letzten Jahre Menschenrechtsarbeit. Es soll aber auch Rückblick und Standortbestimmung sein. Anlässlich dieses Jubiläum erscheint die dritte Ausgabe des „Dossier Heilberufe“. Es sind zumeist altbekannte Themen, die sich bei unserer Arbeit als Dauerbrenner erwiesen haben und die wir daher erneut in das Bewusstsein der Leserschaft rücken möchten.

Neue Aspekte finden sich in der – durch zahlreiche Gesetze verschärften und dadurch weltweit restriktiver gewordenen – Menschenrechtspolitik und ihren Auswirkungen auf die Betroffenen.

Mit dieser Informationsschrift wollen wir Ihnen die verschiedenen inhaltlichen Aspekte und konkreten Tätigkeitsschwerpunkte des Aktionsnetzes näher bringen. Sie wendet sich an Mediziner, an das Pflegepersonal, Psychologen und Psychotherapeuten – an alle Berufsgruppen, die in medizinisch-therapeutischen oder psychosozialen Bereichen tätig sind. Wir möchten Ihr Interesse wecken und Ihr Bewusstsein dafür schärfen, dass zur körperlichen Gesundheit auch die psychische Stabilität oder das Wiedererlangen derselben gehört.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechlichkeit“, somit

stellt sie eines der zentralen Menschenrechte dar.

Allen Beteuerungen zum Trotz hat sich die Situation der Menschenrechte in den vergangenen Jahren nicht verbessert, und wir sind aufgerufen, uns mit allen Kräften dafür einzusetzen, dass der so oft beiläufig gebrauchte Begriff „Menschenrechte“ nicht zur bloßen Worthülse verkommt, sondern seine eigentliche Bedeutung wieder erfährt.

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

Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe stellt sich vor

Das Aktionsnetz der Heilberufe ist Teil eines weltweiten Aktionsnetzes innerhalb amnesty internationals. Es wird gebildet von Angehörigen der so genannten Heilberufe. Dies ist der Oberbegriff für alle Berufsgruppen, die im medizinisch-therapeutischen oder psychosozialen Bereich tätig sind.

Der Begriff Heilberufler (engl.: „health professionell“) umfasst neben Ärzten auch die Gesamtheit der in Pflegeberufen arbeitenden Personen, daneben Psychologen, Psychotherapeuten sowie Angehörige aller Disziplinen, die in einem therapeutischen Prozess mitarbeiten, etwa Ergo-, Kunst- und Sprachtherapeuten.

Als themenspezialisierte Gruppe ist es unser Ziel, die fachliche Identität und Kompetenz von Angehörigen der Heilberufe bezüglich der gesundheitlichen und psychosozialen Folgen von Folter und anderen

Formen organisierter staatlicher Gewalt in die Arbeit von ai einzubringen. Unsere Berufsgruppen stehen in einem besonderen Spannungsfeld, da Heilberufler im Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen Opfer, Täter, Helfende und Experten sein können.

Heilberufler als Opfer von Menschenrechtsverletzungen

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

mentationen zu verfassen, sehen sie sich oft selbst Verfolgung und Misshandlung ausgesetzt.

Heilberufler als Täter von Menschenrechtsverletzungen

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

Heilberufler als Helfende nach Menschenrechtsverletzungen

Häufig kommen Angehörige der Heilberufe als erste unmittelbar mit den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von Menschenrechtsverletzungen, von Flucht und Exil in Berührung. Sie haben daher eine besondere Verantwortung bei der Diagnostik und Begutachtung der gesundheitlichen Auswirkungen. Darüber hinaus erfordern die gravierenden und nachhaltigen Folgen der seelischen und körperlichen Traumatisierung eine qualifizierte Beratung, Behandlung und Rehabilitation.

Heilberufler als Experten bei Menschenrechtsverletzungen

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

Wie wir arbeiten

Das Aktionsnetz der Heilberufe engagiert sich in vielfältiger Weise. Neben den Brief- und E-Mail-Aktionen mit heilberuflichem Hintergrund gehören die Aufklärung der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen sowie der Kontakt zu den Landesorganisationen unserer Berufsgruppen zu unseren Tätigkeitsschwerpunkten.

In der Bundesrepublik besteht das bundesweite ai-Aktionsnetz der Heilberufe seit 25 Jahren mit derzeit etwa 25 aktiven Mitgliedern, die sich zweimal jährlich treffen.

Jede Berufsgruppe (Mediziner, Pflegenden, Psychologen) hat einen Sprecher. Dieser ist offizieller Ansprechpartner, z. B. im Falle von Anfragen an das Aktionsnetz, und Koordinator der Arbeitsschwerpunkte.

Des Weiteren gibt es Referenten für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie für die Finanzen. All diese Aufgaben werden in offenen Wahlen während unserer Tagungen verteilt.

Die Frühjahrstagung findet April oder Mai und die Herbsttagung im Oktober bzw. November statt, wobei die Tagungsorte wechseln. Die Tagungen bestehen stets aus einem öffentlichen Teil, der Samstag nachmittags stattfindet. Er beinhaltet meist einen Vortrag mit anschließender Diskussion oder eine Podiumsdiskussion.

Diese Veranstaltung bietet neben dem inhaltlichen Schwerpunkt die Möglichkeit, sich über das Thema Heilberufe und Menschenrechtsarbeit zu informieren und in Kontakt zu unserem Arbeitskreis zu treten. Im Rahmen des öffentlichen Teils werden die laufenden Projekte und Aktivitäten vorgestellt. Oft bietet der öffentliche Teil unserer Tagung auch ein lebhaftes Forum für aktive Heilberufler, die hier Anregungen für ihre Arbeit und qualifizierten Austausch finden.

Die Teilnahme am internen Teil der Tagung am Sonntag ist Mitgliedern des Aktionsnetzes vorbehalten. Da das Aktionsnetz Teil der deutschen ai-Sektion ist, müssen alle, die aktiv mitarbeiten wollen, ai-Mitglied sein. Im internen Teil werden aktuelle Themen diskutiert, neue Arbeitsschwerpunkte festgelegt und Aufgaben verteilt. In den Monaten zwischen den Halbjahrestreffen stehen die Mitglieder untereinander in regelmäßigem Kontakt.

Via Internet und E-Mail-Forum werden laufende Aktionen koordiniert, das Wissen über aktuelle Entwicklungen ständig aktualisiert und diskutiert sowie die Ergebnisse der auf den Halbjahrestagungen verteilten Aufgaben und Recherchen ausgetauscht.

Lokalgruppen

In größeren Städten wie Berlin oder Hamburg existieren Lokalgruppen. Deren Mitglieder treffen sich regelmäßig, meist einmal im Monat, um an regionalen Projekten zu arbeiten. Dies kann die Vorbereitung einer öffentlichen Veranstaltung, die Bearbeitung und Betreuung von Einzelfällen oder die Kontaktaufnahme zu lokalen Behörden oder Behandlungszentren sein.

Netzwerke

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

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

Autorin



Dr. med. Petra Fischer arbeitet als Ärztin für Anästhesie im Krankenhaus in Wipperfürth. Sie ist Mitglied des Aktionsnetzes seit 1996 und hat 2001 die Aufgabe der Kassen- und Finanzreferentin übernommen.

www.ai-Aktionsnetz-Heilberufe.de

Das Internet-Zeitalter hat auch in die Menschenrechtsarbeit Einzug gehalten: amnesty international bietet eine Homepage an (www.amnesty.org), über die unter anderem konkrete Menschenrechtsaktionen organisiert werden. So wurde ai für seine Anti-Folter-Webpage www.stoptorture.org mit dem „Revolution 2001 Award“ für die optimale Nutzung von E-Mails ausgezeichnet: In Fällen drohender Folter werden über das Internet innerhalb kurzer Zeit viele Menschen mobilisiert, elektronische Protestschreiben an die Verantwortlichen zu verschicken. Auch die deutsche Sektion von ai verfügt über eine Homepage (www.amnesty.de), über die etwa die „Briefe gegen das Vergessen“ abgerufen werden können.

Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe stellt auf seiner Homepage (www.ai-Aktionsnetz-

Heilberufe.de) seinen selbstgegebenen Auftrag in Form eines „Arbeitskonzeptes“ dar. Erweiterungen finden sich im „Dossier Heilberufe“, das als pdf-Datei abrufbar ist. Aktuelle Medical Actions, d.h. Briefaktionen mit heilberuflichem Bezug, können über die Homepage bezogen werden. Hierfür existiert neben dem konventionellen Briefverteiler auch ein Mailverteiler, über den die Medical Actions direkt zugesandt werden. Publikationen von Mitgliedern des Aktionsnetzes werden ebenfalls auf die Homepage gestellt.

Schließlich besteht das ai-Aktionsnetz der Heilberufe auch virtuell: Als zusätzliches Kommunikationsforum zu den halbjährlichen Treffen wurde eine Mailingliste eingerichtet. Diese dient zur inhaltlichen Diskussion, für Anfragen, Abstimmungen und als Informationsbörse. Die Liste ist dezentral und unmoderiert eingerichtet, d.h. jeder Teilnehmer kann Inhalte eingeben, die alle anderen Teilnehmer erreichen. Nur Mitglieder des ai-Aktionsnetzes der Heilberufe, einschließlich der Lokalgruppen, können in die Mailingliste aufgenommen werden. Voraussetzung zur Teilnahme ist ein mindestens einmaliges persönliches Erscheinen bei den Treffen des Aktionsnetzes und eine aktive Beteiligung.



Briefe können Mauern sprengen

Shareef Cousin war 17 Jahre alt, als der Staat seinem Leben ein Ende setzen wollte. Doch Cousin lebt. Auch, weil sich so viele Menschen weltweit für den jungen Mann eingesetzt haben. „Ich hätte nie erwartet“, schrieb Shareef Cousin, „dass mich so viele Menschen unterstützen würden.“ Der Mann war zum Tode verurteilt, saß seit 1996 nach einem äußerst fehlerhaften Prozess in der Zelle. Er war gerade einmal 17 Jahre alt und der jüngste Todeskandidat in den USA. ai-Mitglieder und Unterstützer reagierten damals sofort und schickten unzählige Briefe.

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

Wenn Sie sich an unseren Briefaktionen beteiligen, erhalten Sie, je nach Wunsch, monatlich oder alle drei bis vier Monate vorbereitete Appellbriefe mit Hintergrund-

informationen zu zwei Fällen. Diese Briefe müssen Sie nur noch mit Ihrer Absender-Adresse, Datum und Unterschrift versehen und an die angegebenen Adressen schicken. Sie können dies per Fax oder per Brief tun.

Wie entstehen solche Appellbrief-Aktionen?

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

Meistens engagieren wir uns im Rahmen der Briefaktionen für Menschen mit Bezug zu den Berufsgruppen der Heilberufe. So geht es zum Beispiel um die medizinische Versorgung in Gefängnissen, um die Forderung, eine Behandlung nicht im Gefängnis, sondern im Krankenhaus zu gewäh-

ren, um die Verbesserung der oft unmenschlichen Haftbedingungen oder auch darum, geistig behinderte und psychisch kranke Straftäter vor der Hinrichtung zu bewahren. Zudem engagieren wir uns für Kolleginnen und Kollegen aus den Heilberufen, die Opfer von Menschenrechtsverletzungen sind.

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

Ja, diese Briefe haben Erfolg! Shareef Cousin zum Beispiel wurde freigelassen, die Vorwürfe gegen ihn hielten einer Überprüfung nicht stand. Aktionen wie diese zeigen, welche Wirkung Ihr Engagement haben kann. Die jahrzehntelange Erfahrung von amnesty international mit diesen Appellbrief-Aktionen haben gezeigt, dass es in etwa der Hälfte der Fälle durch den öffentlichen Druck, der hinter solchen Briefaktionen steht, zu Erfolgen kommt. Das kann die Verbesserung der Haftbedingung sein, die unabhängige Untersuchung von Foltervorwürfen, die oft in Anklagen ge-

gen die Folterer münden, das kann die Verhinderung einer Hinrichtung sein oder gar die Freilassung eines gewaltlosen politischen Gefangenen.

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

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

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

Haben Sie Interesse an der Teilnahme an unserem Briefnetz? Wir freuen uns auf Ihre

Mitarbeit! Sie können wählen, ob Sie monatlich per E-Mail eine Appellbrief-Aktion zugesandt bekommen oder alle drei bis vier Monate zwei Fälle per Post.

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

MedicalActions@aktionsnetz-heilberufe.de

Autorin



Dr. med. Ulrike Augustin ist seit 1994 Mitglied bei amnesty international. Sie hat zunächst in einer Lokal- und einer Asylgruppe mitgearbeitet und betreute fünf Jahre lang die Briefaktionen des Aktionsnetzes. Seit Frühjahr 2004 ist sie Sprecherin des Aktionsnetzes für den Bereich Medizin. Sie befindet sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Menschenrechtsverteidiger in der Türkei

Repressionen und Strafprozesse gegen heilberufliche Menschenrechtsverteidiger und Mitarbeiter der Menschenrechtsstiftungen in der Türkei (TIHV)

Seit Jahren werden Heilberufler in der Türkei bedroht, beobachtet, angeklagt. Viele von ihnen wurden gefoltert. Sie wurden zum Teil mehrere Jahre inhaftiert, von ihren Ämtern enthoben, aus Kliniken entlassen oder an abgelegene Orte verbannt. Bis heute wirft man ihnen Unterstützung von Terroristen vor.

Ungeachtet dessen, setzen die Kollegen ihren Einsatz gegen Folter und Misshandlung, für menschenwürdige Unterbringung in Gefängnissen, Unterstützung von Hungerstreikenden, fort.

Beispiele für Schikanen, Bedrohungen und Behinderungen der Arbeit von Menschenrechtsverteidigern in den Jahren 2003 bis 2005:

- Behinderung von offiziell angemeldeten Fortbildungen für Ärzte in Izmir, die forensische Gutachten erstellen wollen: Während eines solchenurses

wurden die Teilnehmer und Veranstalter durch Sicherheitskräfte verhört. Die Motivation für weitere Kurse wird den Ärzten auf diese Weise vorerst genommen.

- Gerichtsverfahren gegen die gesamte Führungsspitze der Menschenrechtsstiftung der Türkei (TIHV):

Sie standen unter dem Vorwurf des illegalen Spendenaufrufs zur Behandlung von Gefangenen, die an den Folgen des Hungerstreiks litten, und dem Vorwurf der Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen und Einrichtungen, die nach der Satzung zur Gründung von Stiftungen der Genehmigung durch das Innenministerium bedürfen.

- Ermittlungen gegen einen Arzt wegen „Verletzung ethischer Grundsätze“ bei der Untersuchung eines Gefangenen:

Gegen Dr. Ilker Mese, einen Arzt in der Notfallambulanz eines Krankenhauses in Tekirdag, einer Küstenstadt

westlich von Istanbul, wurde ermittelt, weil er sich weigerte, einen Gefangenen in der Gegenwart von Sicherheitskräften zu untersuchen. (Wegen eines solchen „Deliktes“ oder auch Attestierung von Folterfolgen sind schon seit Jahren Anklagen und Verurteilungen gegen die Ärzte bekannt). Aus disziplinarischen Gründen wurde der Kollege an ein anderes Krankenhaus versetzt, Ermittlungen gegen ihn wurden eingeleitet wegen „Beleidigung“ der Sicherheitskräfte und der Verletzung eines neuen Gesetzes, das ihm bis dahin nicht bekannt war. Dieses neue Protokoll vom Oktober 2003 gestattet die Anwesenheit von Sicherheitskräften während der Untersuchung eines Patienten, wenn der Untersuchungsraum nicht sicher ist, wenn der Gefangene (Patient) „terroristischer“ Vergehen verdächtigt wird oder wegen solcher verurteilt wurde.

- Anklage und Eröffnung eines Verfahrens am 11. 7. 2004 gegen einen Mitarbeiter des TIHV in Adana, der sich geweigert hatte, Informationen über

die Arbeit des TIHV und Akten dazu herauszugeben. Menschenrechtsverteidiger werden weiterhin durch die Regierung großem Druck und dem Vorwurf ausgesetzt, mit „illegalen, terroristischen Organisationen“ zusammenzuarbeiten.

- Beendigung der Arbeit der Gruppe für Verhütung von Folter (IOG) des Anwaltsvereins Izmir:

Eine sehr bedenkliche Entwicklung ereignete sich im Dezember 2004 mit der Auflösung der sehr wichtigen Arbeitsgruppe zur Verhütung von Folter (IOG) der Anwaltskammer in Izmir. Zusätzlich wurde im Januar 2005 sämtliches Material, persönliche Gegenstände und Klientenakten aus den Räumen entfernt.

Diese Gruppe hatte seit ihrer Gründung im Jahr 2001 in kurzer Zeit eine sehr effektive Arbeit zur Verhütung von Folter und gegen Straffreiheit geleistet. Unter Einbeziehung von etwa 25 Rechtsanwälten wurde 575 Vorwürfen von gefolterten Menschen nachgegangen, diese mündeten in 116 öffentlichen Verhandlungen gegen Folterer, in den anderen Fällen wird weiter recherchiert.

TIHV und IOG arbeiteten eng und erfolgreich zusammen. Ärzte und Mitarbeiter des TIHV führten bei Rechtsanwälten Fortbildungen zur Durchsetzung von Standards zur Untersuchung, Begutachtung und Verfassen von Berichten durch, während die IOG die anwaltlichen Vertretungen dieser Menschen übernahm. Die Maßnahmen bedeuten einen schweren Rückschlag für die Durchsetzung internationaler Standards in der Menschenrechtsarbeit und geben Folterern Auftrieb.

Gerichtsverfahren gegen Mitarbeiter der Menschenrechtsstiftung TIHV in Izmir

Stellvertretend sollen hier die Prozessverläufe gegen den Psychiater Dr. Alp Ayan und weitere Mitglieder des Teams des TIHV Izmir beschrieben werden. Sie wur-

den alle durch internationale Prozessbeobachter begleitet. Die Prozesse wurden über Jahre immer wieder wegen Belanglosigkeiten vertagt.

Am 13. Februar 2004 wurden nach mehr als vierjähriger Prozessdauer Dr. Alp Ayan und Günseli Kaya, beide Mitglieder des Rehabilitationszentrums der Menschenrechtsstiftung TIHV in Izmir und andere Angeklagte zu 18 Monaten Gefängnisstrafe verurteilt.

Grund der Anklagen war die Teilnahme an der Beerdigung von Nevzat Ciftci, der am 26. September 1999 als Häftling im Ulucar Gefängnis in Ankara getötet worden war.

Nach dem türkischen Gesetz ist die Teilnahme an einer Beerdigung jedem Bürger erlaubt, unabhängig davon, wer der Tote ist. Die Teilnahme an der Beerdigung Ciftcis war ohne jeden demonstrativen Charakter. Wie auf einem Video, das während der Beisetzung gedreht wurde, festzustellen war, haben die Polizisten nicht zur Auflösung aufgerufen.

Ursprünglich plädierte die Anklage auf 3 bis 5 Jahre Gefängnis, da die Gäste „Gendarmen mit Steinen und Flaschen attackiert haben“. Erst am letzten Prozesstag wurde das für die Angeklagten entlastende Video als Beweismittel zugelassen und die Anklage in diesem Punkt fallen gelassen. Wie das Video zeigte, ging die Gewalt von den Sicherheitskräften aus.

Der Einspruch gegen das Urteil läuft. Es ist damit zu rechnen, dass in der Zwischenzeit die Verjährung eintritt, so dass es weder einen Freispruch noch eine Verurteilung geben wird.

Ein weiteres Verfahren gegen Dr. Alp Ayan, TIHV in Izmir, und Ecevit Piroglu, ehemaliges Vorstandsmitglied des Menschenrechtsvereins IHD in Izmir, vor dem Strafgericht in Izmir unter der Anklage der „Durchführung einer illegalen Demonstration“, endete im April 2004 nach mehreren Jahren mit Freispruch.

Bei den Demonstrationen und Pressekonferenzen ging es um Menschenrechtsverletzungen während der „Gefängnisopera-

tionen“ im Dezember 2000, die den Tod von 32 Personen verursachten.

In diesem Zusammenhang kam es zu weiteren Strafverfahren gegen Alp Ayan und andere Menschenrechtsverteidiger, die ebenfalls nach mehrjährigen Verfahren im März 2004 mit Freispruch endeten.

Sie hatten sich gegen Gewalt und Menschenrechtsverletzungen in den Typ F-Gefängnissen gewandt. Die Anklage war gemäß § 159 des Türkischen Strafgesetzbuches wegen „Beleidigung des Staates“ erhoben worden.

Zum Hintergrund: Die Hochsicherheitsgefängnisse vom Typ F, in denen die Insassen in Zellen statt in offenen Schlafsälen untergebracht sind, wurden im Dezember 2000 eingeführt. Viele Gefangene in der ganzen Türkei traten daraufhin aus Protest in den Hungerstreik. Am 19. Dezember 2000 stürmten Sicherheitskräfte 20 Gefängnisse, um den Hungerstreik mit Gewalt zu beenden. 30 Gefangene und zwei Soldaten starben während des Einsatzes. Hunderte von Gefangenen wurden in die neu gebauten Gefängnisse vom Typ F verlegt, wo sie in Einzelhaft gehalten wurden und den Hungerstreik in vielen Fällen fortsetzten.

Die Arbeit von Menschenrechtsverteidigern hilft:

Wie wir als Kollegen und internationale Prozessbeobachter immer erneut mit großem Respekt feststellen, findet Menschenrechtsarbeit in der Türkei unter großen Gefahren statt. Sie braucht Mut, Solidarität, Ausdauer und einen unerschütterlichen Glauben an demokratische Werte und an die Kraft der Gerechtigkeit.

Als Begleiter und internationale Prozessbeobachter stellen wir fest, dass es Sinn macht, Solidarität zu zeigen und auch vom Ausland aus Einfluss zu nehmen.

Die erstmaligen Freisprüche sind wohl zu verdanken

- dem langen Atem der KollegInnen in der Türkei,
- der internationalen Unterstützung und Anwesenheit bei den Prozessen,

- den Briefen und Berichten über die Prozessbeobachtungen an Politiker im Inland und in der Türkei und
- im Frühjahr 2004 einer Petition der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF), in der Solidarität mit den KollegInnen zum Ausdruck gebracht wurde.

Diese Maßnahmen erhöhten auch den Druck auf die türkische Regierung, die neuen Gesetze umzusetzen.

Aktuelle Lage der Menschenrechte in der Türkei:

Oberflächlich hatte sich die Atmosphäre in der Türkei in den vergangenen Jahren etwas entspannt. Anfang 2005 jedoch brachen im Südosten der Türkei erneut kriegerische Auseinandersetzungen aus. Außerdem drohen die gerade begonnenen Verbesserungen im Bereich der Menschenrechte rückgängig gemacht zu werden, Reformen und Gesetze werden nicht umgesetzt. Die Gesellschaft in der Türkei ist eingeschüchtert, da weiterhin Folter stattfindet.

Obwohl neue Gesetze für mehr demokratische Rechte, faire Gerichtsverfahren insbesondere für Minderheiten, geschaffen und ein absolutes Folterverbot entsprechend der Parole „Null-Toleranz“ ausgesprochen wurde, gibt es in der Praxis weiterhin Festnahmen, Folter, schwere Misshandlungen, „Verschwinden“ von Menschen und in zunehmendem Maße extralegale Hinrichtungen. Mit großer Beunruhigung stellen wir ebenfalls eine erneute Zunahme von Bedrohungen und Repressionen gegen Menschenrechtsverteidiger fest.

Mit der Verabschiedung des neuen Türkischen Strafgesetzbuches im Mai 2005

besteht die Gefahr, dass das Recht auf freie Meinungsäußerung eingeschränkt wird, dass Personen als gewaltlose politische Gefangene inhaftiert und Anklagevertreter bei der strafrechtlichen Verfolgung der Folter behindert werden.

Die Situation von Opfern von Menschenrechtsverletzungen in den Aufnahmeländern

Aber auch in den Aufnahmeländern von Folterüberlebenden aus der Türkei stellen wir große Defizite fest. Als Asylbewerber haben sie in Deutschland wenig Aussicht auf Anerkennung ihres erlittenen Unrechts und als politische Flüchtlinge. Wenn überhaupt, erhalten diese Flüchtlinge aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse ein krankheitsbedingtes Abschiebehindernis auf Zeit.

Angaben im Lagebericht des Auswärtigen Amtes zur Türkei müssen zurück genommen werden. So heißt es dort etwa, dass abgelehnte Asylbewerber aus Deutschland in der Türkei, speziell in den Menschenrechtsstiftungen, adäquate Behandlung erhielten und insgesamt eine ausreichende

Behandlung psychischer Krankheiten gewährleistet sei. Dies ist nicht der Fall.

Möglicherweise vorhandene Psychiater haben nicht die entsprechende Ausbildung, um traumatisierte Menschen zu behandeln, die sichere soziale Anbindung fehlt. Eine solche Kapazität der fünf Rehabilitationszentren ist durch die Behinderung der Arbeit und der nötigen Versorgung der vielen Patienten und Folterüberlebenden nach jahrzehntelangen kriegsähnlichen Zuständen nicht vorhanden. Zusätzlich wurden die finanziellen Mittel für die Arbeit der Menschenrechtsstiftungen, u. a. durch EU und UN 2004, auf rund die Hälfte gekürzt.

Neu nach Deutschland kommende türkische Asylbewerber berichten, dass sie selbst oder ihre Angehörigen aufgrund der Erfahrung, dass Menschenrechtsstiftungen in der Türkei bedroht werden, sich aus Angst vor erneuter Bedrohung und Folter nicht trauen, sich in Menschenrechtsstiftungen oder Krankenhäusern behandeln zu lassen.

Autorin



Dr. med. Waltraut Wirtgen ist Ärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse und seit ca. 1975 Mitglied im ai-Aktionsnetz der Heilberufe.

Sie war beteiligt am Aufbau von REFUGIO München (Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer) und ist dort seit Mai 1994 als freie Mitarbeiterin, als Ärztin und Psychotherapeutin zur Untersuchung, Diagnostik, Begutachtung tätig.

In den letzten Jahren nahm sie mehrfach an Delegationsreisen der IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War) in die Türkei teil.

Im Rahmen der Verfahren gegen Menschenrechtsverteidiger und Mitarbeiter der Menschenrechtsstiftungen in der Türkei reiste sie seit 2000 mehrmals als Prozessbeobachterin nach Diyarbakir, Ankara und Izmir.

Behandlung und Beratung von Überlebenden der Folter und Flüchtlingen in Deutschland

Zusammenarbeit mit der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF)

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

Gesundheit und Menschenrechtsverletzungen

Gesundheit bedeutet mehr als Freiheit von Krankheit, Schmerz und unnatürlichem Tod. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechlichkeit“. Organisierte Gewalt wird von der Weltgesundheitsorganisation als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet. Sie beeinträchtigt das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden sowohl des Individuums, als auch seiner Familie, einschließlich menschlicher und sozialer Beziehungen und der Gesellschaft als Ganzes.

Für die Betroffenen bedeutet sie eine Aufeinanderfolge von extremem Stress und wiederholten Traumatisierungen und mündet meist in Vertreibung, Exil und Verlust der kulturellen Zugehörigkeit. Organisierte Gewalt hinterlässt tiefe Spuren in Körper und Seele der Menschen.

Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Diese Einrichtungen behandeln und betreuen Menschen, die von schweren Menschenrechtsverletzungen betroffen sind. Es sind vor allem schwer traumatisierte Flüchtlinge aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten, Opfer staatlich organisier-

ter Gewalt und Folter sowie Flüchtlinge, die in Deutschland Opfer von rassistisch motivierter Gewalt wurden.

Die angebotenen Hilfen umfassen eine Kombination aus psychotherapeutischen, sozialen, pädagogischen und medizinischen Methoden. Hinzu kommen medizinische und psychologische Diagnostik, tätige und lebenspraktische Unterstützung sowie Hilfe zu Selbsthilfe und Selbstorganisation der Betroffenen. Nicht zuletzt gehört – in der letzten Zeit zunehmend – das Erstellen von Gutachten oder Stellungnahmen für Verwaltungsgerichte oder Behörden zu den Aufgaben der Mitarbeiter der Behandlungszentren.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF)

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

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) verfolgt diese Ziele:

- Förderung der Vernetzung und Kooperation der Psychosozialen oder/und Behandlungszentren auf nationaler und internationaler Ebene.
- Stärkung des fachlichen Austausches.
- Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb der Psychosozialen Zentren durch Fortbildung, Fachtagungen und Zusammenarbeit mit Ausbildungsinstituten.

- Beratung der (Fach-)Öffentlichkeit (telefonischer und schriftlicher Service, Website).
- Vermittlung von Expertise für Fachtagungen, Entscheidungsträger etc.
- Förderung der engen Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Sozialwesen sowie weiteren öffentlichen Interessenvertretern und europäischen Institutionen.
- Zusammenarbeit auf europäischer Ebene, um gemeinsame Dokumentation von Folterfolgen, Standards für die Prävention und für die Behandlung zu erreichen und Empfehlungen bezüglich der Umsetzung der Richtlinien zu erarbeiten.

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

Die Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass die Zentren immer häufiger Gutachten, Expertisen oder Stellungnahmen für ihre Klienten erarbeiten müssen. Die BAFF hat deshalb Richtlinien für die Untersuchung von Folteropfern erarbeitet und an der Erarbeitung von professionellen Standards für die Begutachtung mitgewirkt, um einem Netzwerk aus Heilberuflern die Arbeit zu erleichtern, aber auch um eine angemessene Versorgung zu garantieren. Inzwischen wurde ein Fragebogen für Rechtsanwälte zur Evaluierung der „gutachterlichen Stellungnahmen und Gutachten“ bundesweit auf den Weg gebracht.

In einer weiteren Expertenrunde entsteht eine „Kritische Reflexion über die Praxis der Begutachtung von psychoreaktiven Traumafolgen bei Flüchtlingen und die

Rolle der Heilberufler im Asylverfahren“. Hier wird zum ersten Mal der Versuch gemacht, aus juristischer, psychologisch-medizinischer Sicht und mit dem Ziel des „größtmöglichen Schutzes der Menschenrechte“, eine ausführliche Bewertung der derzeitigen Praxis vorzunehmen.

Das europäische Netzwerk der Zentren für Folteropfer und Opfer schwerer Menschenrechtsverletzungen (Network of European Treatment and Rehabilitation Centres for Victims of Torture and Human Right Violations)

Durch die Initiative der BAFF ist im Jahr 2002 ein europäisches Netzwerk entstanden. Ziel ist es, den fachlichen Austausch, den Vergleich von Behandlungsmethoden, gemeinsame Dokumentations- und Forschungsprojekte, aber vor allem die Lobbyarbeit in den europäischen Institutionen voranzubringen. Die inhaltliche Arbeit geschieht in sechs Arbeitskreisen, die vorrangig via Internet und E-Mail kommunizieren. Einmal im Jahr findet eine Kon-

ferenz statt, bei der gemeinsame Schritte geplant werden.

Ein konkretes Ergebnis, das von der Gruppe „Legal Advice and Advocacy“ erarbeitet wurde, sind die Bucharest Recommendations. Die EU Direktiven zur Aufnahme von Asylbewerbern schreibt erstmals die Behandlung von Opfern von Folter, Vergewaltigung und andern Gewalttaten rechtlich fest. Diese Direktiven werden ab Anfang 2005 in nationales Recht übertragen werden müssen. Die Bucharest Recommendations machen Vorschläge für die Umsetzung der psychosozialen und medizinischen Behandlung von Opfern schwerer Menschenrechtsverletzungen.

Zusammenarbeit mit amnesty international

Seit der Entstehung des ersten Zentrums vor 25 Jahren in Frankfurt gibt es eine enge Verknüpfung mit ai und dem Aktionsnetz der Heilberufe, dessen deutsche Arbeitsgruppe etwa zur gleichen Zeit gegründet wurde. Die regelmäßige Mitarbeit

von Vertretern der Zentren im Aktionsnetz ist für beide Seiten eine wertvolle Bereicherung. Auch in Zukunft wird eine intensive Zusammenarbeit mit amnesty international und den Verbänden der heilenden Berufe notwendig sein, um unsere spezialisierte Arbeit mehr in die gesundheitliche Regelversorgung einzugliedern. Die uneingeschränkte gesundheitliche Versorgung von Opfern von Folter und Menschenrechtsverletzungen sollte in Deutschland zu einer Selbstverständlichkeit werden.

Autorin

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

Die Unterbringung von traumatisierten Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften

Die oft jahrelange Zwangsunterbringung von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften verstößt gegen eine Reihe von Menschenrechtskonventionen und internationalen Verträge, welche die Bundesrepublik Deutschland unterschrieben hat. (Zum Beispiel: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966; Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948; Kinderrechtskonvention; Europäische Sozialcharta.)

Gemeinschaftsunterkünfte sind lagerähnliche Einrichtungen, die meist abgelegen und von der übrigen Gesellschaft isoliert sind. Sie befinden sich häufig in einem baulich minderwertigen Zustand und sind in der Regel mit einer kontrollierenden Verwaltung besetzt. In ihnen werden Menschen aus verschiedenen Kulturen und unterschiedlichen Verhaltensweisen, Lebensgewohnheiten und Wertvorstellungen auf 4,5 Quadratmeter pro Person

untergebracht, ohne dass eine angemessene Privatsphäre gewährleistet ist. Frauen und Kinder, sowie psychisch Kranke und traumatisierte Menschen gehören zu den verletzlichsten Bewohnern dieser Unterkünfte. Sie müssen unabhängig von ihrem Einkommen oder sonstigen Integrationsbemühungen bis zum Ende ihres Asylverfahrens und in vielen Bundesländern darüber hinaus noch ein Jahr und mehr ausharren. Ausnahmen von dieser Regel sind äußerst selten. Es gibt Menschen, die seit mehr als zehn Jahren unter diesen Bedingungen leben – ohne Perspektive.

Schwere Traumata lösen im Gehirn häufig eine Blockade zwischen explizitem und implizitem Gedächtnis aus. Die Konsequenz: Verschiedene Reize, die an Aspekte ihrer früheren schrecklichen Erfahrungen denken lassen, lösen als Trigger unkontrollierte Erinnerungen, Flash Backs und ein inneres Erleben aus, als ob sie die traumatische Situation mit all ihren Ängsten, Schrecken

sowie körperlichen und seelischen Schmerzen nochmals erleben würden. Nur eine reizarme Umgebung könnte sie vor der Fortsetzung des traumatischen Prozesses bewahren.

Traumatisierte Flüchtlingen klagen meist über dieselben, immer wiederkehrenden Belastungsfaktoren: gefängnisähnliche Bauten mit Zaun und Mauer um die Gebäude; die komplette Verwaltung des Alltages; Lärm, der auf Dauer einen Menschen krank macht (traumatisierte Menschen haben eine Informationsverarbeitungsstörung im Gehirn); räumliche Enge; Einheitseinrichtung mit Stockbett und Blechschrank; Zwangsgemeinschaft mit vielen Konflikten; Isolation von der übrigen Gesellschaft; Gewalt untereinander; regelmäßige Polizeipräsenz; kaum individuelle Gestaltungsmöglichkeiten; Untätigkeit.

Diesen Verhältnissen können sie wegen der Residenzpflicht nicht einmal individuell entfliehen, ohne zu riskieren, mit Geld- oder gar Haftstrafen bestraft zu werden. Eltern müssen jahrelang mit ihren heranwachsenden und pubertierenden Kindern in einem Zimmer wohnen. Frauen, durch sexuelle Gewalt traumatisiert, müssen mit fremden Männern Tür an Tür in permanenter Angst vor neuen Vorfällen ausharren. Nächtliche Polizeieinsätze zur Abschiebung von ausreisepflichtigen Personen lösen oft tage-, manchmal wochenlange panikartige Ängste aus, die die Betroffenen nicht mehr schlafen und auch tagsüber nicht mehr ruhig werden lassen – auch wenn ihnen objektiv nichts dergleichen passieren kann. Sie leben in permanenter Anspannung, extremem Stress und subjektiver Unsicherheit, der sie sich in ihrem Herkunftsland durch Flucht entziehen wollten. Der eigene Schutzmantel, die eigene Vermeidung von Triggern, wird zwangsweise und ungeschützt durch-

brochen, in der medizinisch-psychologischen Terminologie als mögliche retraumatisierende Situation bekannt.

Trauma ist ein vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (Fischer/Riedesser 1998). Menschen, ob vorgeschädigt oder nicht, die jahrelang in diesen Verhältnissen ohne Perspek-

tive ihr Leben einrichten müssen, haben danach oft nicht mehr die Kraft, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Die Folge: sie bevölkern die Arztpraxen mit ihren chronisch psychosomatischen Leiden, sie werden heimatlos und entwurzelt, bleiben arbeitslos und scheitern an der Leistungsgesellschaft. Es schließt sich dann der Lebenskreis, aus dem sie sich durch Flucht aus ihrem Herkunftsland retten wollten und zumindest anfänglich noch die Hoffnung und den Willen aufgebracht haben, diesen aus eigener Kraft zu durchbrechen.

Autor



Ernst-Ludwig Iskenius ist Pädiater und ärztlicher Leiter der Kontaktstelle Refugio für traumatisierte Flüchtlinge in Villingen-Schwenningen. Er ist zudem Vorstandsmitglied der BAFF.

Ärzte als Abschiebehelfer

Im Dezember 2004 berichtet das Deutsche Ärzteblatt über die Abschiebung einer Tunesierin:

„Auf der psychiatrischen Station des Markus-Krankenhauses wird die tunesische Asylbewerberin Suneya Ayari behandelt. Am 2. Februar erscheinen dort in Begleitung eines Arztes sechs Beamte des Bundesgrenzschutzes (BGS) und führen Ayari ab, um sie von einem Amtsarzt begutachten zu lassen. Die Patientin kehrt nicht ins Krankenhaus zurück. Bereits am folgenden Tag wird sie in ihr Heimatland abgeschoben. Für Schlagzeilen sorgte in diesem Zusammenhang nicht nur die Klinikleitung, die widerstandslos eine Patientin abführen ließ, sondern auch der ärztliche Gutachter, der der psychisch kranken und offenbar suizidgefährdeten Tunesierin Reisefähigkeit bescheinigte. Dr. med. Alfred M. (Name geändert), damals noch Mitarbeiter des Westfälischen Zentrums für forensische Psychiatrie in Lippstadt-Eickelborn, handelte im Auftrag des Bundesgrenzschutzes. Als „fahrende Gesellen“ bezeichnet der Menschenrechtsbeauf-

tragte der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ernst Girth, diese „freien“ Gutachter. Die Berliner Tageszeitung „taz“ spekulierte sogar über eine „reisende Ärztetruppe des BGS“, die im Sinne ihres Auftraggebers Abzuschiebenden fast immer Flugtauglichkeit bescheinigte.“ Soweit das Ärzteblatt.

Zum Hintergrund: In Deutschland leben schätzungsweise 250.000 ausreisepflichtige Ausländer mit dem rechtlich eingeschränkten Duldungsstatus, zum Teil schon viele Jahre. Darüber hinaus existiert eine unbekannte Zahl von Menschen ohne Papiere, von denen viele schon im Asylverfahren gescheitert sind, sich aber kaum in der Lage sehen, in ihr Herkunftsland zurückzukehren. Nach neuen internationalen Statistiken ist die Zahl der Flüchtlinge, die an Traumafolgen leiden, hoch (Psychisch reaktive Traumastörungen: nach Krieg 39,3 %, nach Folter und Vergewaltigung 55,5%, entsprechend Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, Arch. of General Psychiatry, 52, 1048-

1060; nach Flatten, Hofmann, Liebermann, Wöller, Siol, Petzold (2001) als Ergebnis von 3 Studien: 50-70% PTSD bei Kriegs- und politischen Gefangenen und Flüchtlingen). Zum Teil leben diese Flüchtlinge im rechtlichen Niemandsland mit einer monatlich zu erneuernden Duldung, ohne dass eine rechtliche Lösung gefunden werden kann.

Bei vielen Flüchtlingen /Asylbewerbern mit psychisch reaktiven Traumafolgen wurde der Asylantrag u. a. aus Gründen ihrer Aussagebehinderungen (PTSD, Scham, Angst) schon bei der Erstanhörung beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge abgelehnt. Viele dieser Patienten stehen am Ende ihres Asylverfahrens vor der zwangsweisen Abschiebung. Sofern sie sich in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befinden, werden sie bisher vor der zwangsweisen Abschiebung durch beauftragte Ärzte (z. B. Amts-, und Polizeiarzte, Ärzte in Justizvollzugsanstalten und Krankenhäusern) in einer verkürzten Fragestellung auf Flugreisefähigkeit untersucht.

Der ärztlichen Mitwirkung bei Abschiebungen stehen mehrere, seit 1996 verabschiedete, Ärztetagsresolutionen entgegen, z. B.: „Abschiebehilfe durch Ärzte in Form von Flugbegleitung, zwangsweiser Verabreichung von Psychopharmaka oder Ausstellung einer Reisefähigkeitsbescheinigung unter Missachtung fachärztlich festgestellter Abschiebehindernisse (z. B. in Behandlung stehende Traumatisierungen) sind mit den in der ärztlichen Berufsordnung verankerten ethischen Grundsätzen nicht vereinbar.“

Anstatt – wie viele europäische Nachbarstaaten – mit einer Altfallregelung dieses humanitäre Problem zu lösen, versuchen die Innenminister Deutschlands mit immer neuen Androhungen, diese Menschen zur Ausreise zu bewegen. Mittlerweile sind allerdings viele Kinder geboren, denen das Herkunftsland fremd ist. Viele verbinden die Heimat ihrer Eltern mit demselben Horror wie ihre Eltern. Diese Menschen sollen nun erneut vertrieben und entwurzelt werden. Sie sollen nach den Vorgaben des neuen Zuwanderungsgesetzes vermehrt in speziellen Ausreisezentren untergebracht werden, um sie zur „freiwilligen“ Ausreise zu bringen. Wegen zu erwartender psychischer Zusammenbrüche und Suizidversuche soll ärztliches Personal herangezogen werden.

Unter maßgeblicher Führung der rot-grünen Koalition in NRW wurden in einer AG „Rückführung“ folgende, durch die Innenministerkonferenz im Dezember 2002 verabschiedete Maßnahmen ausgearbeitet.

Im einzelnen ist geplant:

- Medizinische Fragestellungen sollen sich nur auf „Flugreisetauglichkeit“ beschränken. Erweiterte Fragestellungen wie Rückkehrfähigkeit, Behandelbarkeit im Heimatland, gesundheitliche Folgen einer zwangsweisen Rückkehr oder sonstige gesundheitliche Konsequenzen aus der Abschiebung sollen ausgeblendet werden.
- Kooperierende Ärzte in der Nähe von Flughäfen sollen gefunden werden, um Menschen, die auf dem Weg zum Flughafen „auffällig“ geworden sind (unkontrollierbarer Erregungszustand,

Suizidversuch), dort untersuchen zu lassen und durch geeignete Maßnahmen (z. B. Medikamentengabe) Flugreisetauglichkeit zu erreichen.

- Eventuell notwendige Flugbegleiter sollen unter speziell dazu ausgebildetem medizinischem Hilfspersonal oder ausländischen Ärzten rekrutiert werden.
- Für die Prüfung der Flugreisetauglichkeit im Vorfeld einer Vollzugsmaßnahme sollen die Ärzte in den Gesundheitsämtern umgangen und diese Aufgabe einem kleinen Kreis spezialisierter Gutachter übertragen werden. Aus diesem neu einzurichtenden Pool von Ärzten sollen sich nach den Vorstellungen der Innenminister auch das Bundesamt und die Gerichte bedienen.
- Es soll ein einheitlicher, verbindlicher Fragenkatalog zur Flugreisetauglichkeit und auch ein einheitlicher Maßnahmenkatalog zur Herstellung der Flugtauglichkeit erstellt werden. Damit besteht die Gefahr, dass ärztliches Handeln staatlichen Interessen unterworfen wird.

Diese äußerst unbefriedigende Situation, dass kranke und möglicherweise traumatisierte Patienten zwangsweise in ihre Herkunftsländer abgeschoben werden, führte jetzt zu einem Kompromisspapier. Der „Informations- und Kriterienkatalog“ ist hervorgegangen aus Verhandlungen zwischen Bundesärztekammer und Vertretern der Innenministerkonferenz. Vom Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen wurde er am 16. Dezember 2004 als Erlass herausgegeben.

Da die Innenminister der übrigen Länder den Kompromiss nicht mittragen, gelten in den übrigen Bundesländern die bisher üblichen Verfahrensweisen unverändert weiter.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat dem Kompromisspapier am 26. November 2004 zugestimmt, somit ist er für Ärzte bindend.

Der „Informations- und Kriterienkatalog“ besagt, dass vor der zwangsweisen Durchsetzung einer bestehenden Ausreisepflichtung zu jedem Zeitpunkt beacht-

lichen Indizien für eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Betroffenen nachzugehen ist, die ein Vollstreckungshindernis darstellen könnten. Die beauftragten Ärzte oder psychologischen Psychotherapeuten haben eine ganzheitliche Untersuchung der Gesundheitssituation durchzuführen: Die sorgfältig erhobene Vorgeschichte, Symptomatik, wie die durch den Untersucher erhobenen Befunde und Diagnosen, sind vom Untersuchenden selbst zu beschreiben. In der Prognose ist etwa darzustellen, welche Folgen beim Abbruch einer laufenden Therapie oder einer bestehenden therapeutischen Beziehung, wie auch bei einer zwangsweisen Abschiebung, zu befürchten sind, und welche Gesundheitsgefahren vor, während oder nach der Abschiebung drohen. Von besonderer Wichtigkeit ist die Beantwortung der Frage, inwieweit bei einer zwangsweisen Abschiebung mit einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu rechnen ist. Von den Behörden sind dem Untersuchenden oder Gutachter existierende Krankenunterlagen und die Akten des bisherigen Asylverfahrens zur Verfügung zu stellen.

MitarbeiterInnen in Beratungs- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer, in kirchlichen Organisationen wie auch alle im Bereich der Flüchtlingsarbeit Tätigen werden aufmerksam darauf achten, wie die Abschiebep Praxis gehandhabt wird und wie weit die erforderlichen Abschiebehindernisse bei Flüchtlingen Beachtung finden.

Der 108. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2005 die Notwendigkeit der medizinischen Begutachtung im Rahmen der Rückführung ausreisepflichtiger Ausländerinnen und Ausländer betont sowie einen besseren Abschiebeschutz aus gesundheitlichen Gründen gefordert.

Er begrüßt den Erlass des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 16. 12. 2004 zur Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen. Der Erlass beinhaltet die verbindliche Vorgabe für die nordrhein-westfälischen Ausländerbehörden, den Informations- und Kriterienkatalog „Medizinische Begutachtung bei der Rückführung

von Ausländerinnen und Ausländern“ anzuwenden. Der 108. Deutsche Ärztetag er sucht die Innenminister der Länder, dem Beispiel Nordrhein-Westfalens zu folgen und den Informations- und Kriterienkatalog bei der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen ebenfalls zu erlassen. Der 108. Deutsche Ärztetag bittet die Landesärztekammern den Kriterienkatalog an ihre Kreis- bzw. Bezirksstellen, an die Gesundheitsämter des zuständigen Kammerbezirkes und weitere relevante Institutionen und Personen zu versenden. Der 108. Deutsche Ärztetag begrüßt das von der Bundesärztekammer erarbeitete Fortbildungscurriculum zur „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen

Verfahren bei Erwachsenen“ und bittet die Landesärztekammern, verstärkt Fortbildungsmaßnahmen auf diesem Gebiet anzubieten.

Abschiebung aus stationärer psychiatrischer Behandlung

Notwendige stationäre medizinische Behandlungen dürfen ohne richterlichen Beschluss nur im Einvernehmen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten durch ordnungsrechtliche Maßnahmen zwangsweise beendet oder unterbrochen werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird deshalb gebeten, die politischen Verantwortlichen aufzufordern, die Sicherheit der sich in stationärer Behandlung befindliche

Kranken zu gewährleisten und die ärztliche Behandlungskompetenz nicht infrage zu stellen.

Abrufbar ist der „Informations- und Kriterienkatalog“ unter http://www.aekno.de/htmljava/a/kammerarchiv/kriterienkatalog_nrw.pdf

Autor

Ernst-Ludwig Iskenius ist Pädiater und ärztlicher Leiter der Kontaktstelle Refugio für traumatisierte Flüchtlinge in Villingen-Schwenningen. Er ist zudem Vorstandsmitglied der BAFF.

Die Rolle der Menschenrechtsbeauftragten in den Ärztekammern – Spagat zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Die Notwendigkeit der Berufung von Menschenrechtsbeauftragten bei den ärztlichen Standesorganisationen hat das ai-Aktionsnetz der Heilberufe schon vor mehr als zehn Jahren beschäftigt. Den Anstoß für diese Überlegungen gab das Buch „Medicine Betrayed“, das 1992 von der British Medical Association veröffentlicht wurde. Ausgehend von der Vorstellung, dass auch die verfasste Ärzteschaft in Deutschland zur Frage von Menschenrechtsverletzungen Stellung beziehen sollte, beschloss das ai-Aktionsnetz der Heilberufe im November 1994, die Ernennung von Menschenrechtsbeauftragten bei den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer nachdrücklich zu fordern.

Die Bundesärztekammer reagierte auf diese Forderung zunächst mit deutlicher Zurückhaltung und dem Argument, dass „derartige Ausflüge in ein im weitesten Sinne allgemein politisches Mandat von der Rechtsaufsicht oder der Rechtsprechung immer unzweideutig und strikt unterbunden worden seien“. Grundsätzlich wurde das Engagement in Sachen Menschenrechtsverletzungen zwar durchaus begrüßt, aber es sei effizienter, sich punktuell zu engagieren, so der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar.

Wie schwer sich die Bundesärztekammer allerdings mit diesem Problem tut, zeigt die Tatsache, dass etwa erst auf dem Deutschen Ärztetag 1989 in Würzburg die Todesstrafe geächtet wurde.

1995 ernannte die Ärztekammer Berlin unter ihrem damaligen Präsidenten Ellis Huber zwei Menschenrechtsbeauftragte, den einen für ausländische, den zweiten für inländische Belange. Die Ärztekammer Berlin übernahm damit die Vorreiterrolle auf diesem für den Großteil der Ärzteschaft völlig neuen Terrain. Diesem ersten entscheidenden Schritt folgte die Landesärztekammer Baden-Württemberg Anfang 1996.

Dem Vorpreschen auf Landesärztekammerebene konnte die Bundesärztekammer nicht widerstehen und berief ihrerseits im Frühjahr 1996 mit Frank Ulrich Montgomery ihren ersten Menschenrechtsbeauftragten. Auf dem ersten Treffen mit Montgomery, das im Rahmen der Tagung des Aktionsnetzes der Heilberufe im November 1996 stattfand, äußerte dieser seine Vorbehalte zur Berufung von Beauftragten auf Landesebene. Diese Berufungen seien sozusagen „contra legem“ erfolgt. Die anstehenden Aufgaben seien nur von dem Beauftragten der Bundesärztekammer wahrzunehmen. Er ließ jedoch of-

fen, wie er die ihm gestellte Aufgabe zu bewältigen gedanke.

Dieser Argumentation konnte und wollte sich das Aktionsnetz nicht anschließen und begründete seine Haltung mit der wirksameren Beobachtung von Missständen vor Ort. Nach diesen anfänglichen Irritationen, die mittlerweile ausgeräumt zu sein scheinen, sind inzwischen in elf von 16 deutschen Landesärztekammern Menschenrechtsbeauftragte berufen. Für die Bundesärztekammer nimmt seit drei Jahren deren Präsident diese Aufgabe neben seinen zahlreichen anderen Verpflichtungen wahr. Aus der Sicht des Aktionsnetzes wäre es wünschenswert, wenn dieses Amt mit einem hauptamtlich Berufenen besetzt würde.

Anfangs trafen sich die Menschenrechtsbeauftragten im Rahmen der Tagungen des Aktionsnetzes, um über ihre Tätigkeit zu informieren. Aus diesem zunächst informellen Erfahrungsaustausch entstand im Laufe der Jahre ein Runder Tisch der Menschenrechtsbeauftragten, anfangs noch angelehnt an die Tagungen des Aktionsnetzes, später als eigenständige Veranstaltungen.

Es besteht weiterhin der Wunsch, dass die Menschenrechtsbeauftragten nicht nur no-

minell ihr verantwortungsvolles Amt bekleiden, sondern auch in vertrauensvoller Zusammenarbeit und Absprache untereinander auf Menschenrechtsverletzungen reagieren. In der Standespresse hat sich Montgomery während seiner Amtszeit mehrfach sehr deutlich zu den Missständen im Asylverfahren geäußert. Besonders scharf kritisierte er 2001 die Durchsuchung von Arztpraxen in Hamburg mit der Beschlagnahme von Patientenakten, die unter dem Vorwurf von Gefälligkeitsgutachten im Zusammenhang mit Reisefähigkeitsbescheinigungen durchgeführt wurde. Aber auch gegen die auf ein unerträgliches Maß beschränkte medizinische Versorgung von Asylbewerbern in Deutschland reagierte er unmissverständlich.

Die dramatische Zuspitzung der Lebensbedingungen von Asylbewerbern machen eine Gegenposition der Menschenrechtsbeauftragten auf allen Ebenen geradezu zwingend. Auch das Ansinnen der Innenministerkonferenz vom Dezember 2002 mit der Forderung an die Bundesärztekammer, Kollegen für AbschiebeprozEDUREN zu rekrutieren, sollte den einmütigen Widerstand der Menschenrechtsbeauftragten hervorrufen.

Angesichts der immer prekärer werdenden Situation für die von Abschiebung bedrohten Asylbewerber scheint es aus der Sicht des Aktionsnetzes zwingend notwendig, dass sich neben den Flüchtlingsorganisationen auch die Menschenrechtsbeauftragten der Ärztekammern unmissverständlich äußern. Denn die Gefahr wächst, dass sich

abseits der gültigen medizinisch-ethischen Standards eine Vorgehensweise entwickelt, in der auch Mediziner zu Tätern werden. In diesem Zusammenhang muss der Fokus wieder verstärkt auf die Bedingungen im eigenen Land gerichtet werden.

Das Aktionsnetz begrüßt ausdrücklich die Resolutionen der vergangenen Deutschen Ärztetage, die zu den die Ärzteschaft unmittelbar berührenden Menschenrechtsverletzungen ergangen sind. Zusammengefasst seien hier noch einmal die möglichen Betätigungsfelder der Menschenrechtsbeauftragten der Bundes- und Landesärztekammern genannt:

1. Arbeitsschwerpunkte im Inland:

- Die verschärfte Asylgesetzgebung mit den Folgen der medizinischen Mangelversorgung von Asylbewerbern;
- Unzureichende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für Flüchtlinge und Folteropfer mit posttraumatischer Belastungsstörung;
- Unterbringungssituation in Sammelunterkünften;
- Rekrutierung von medizinischem Personal für Abschiebemaßnahmen.

2. Arbeitsschwerpunkte im Ausland (das betrifft überwiegend den Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer):

- Organisation von Beobachtern zur Teilnahme bei politisch motivierten Prozessen gegen Kollegen (z.B. Türkei);
- Beteiligung von medizinischem Personal an Hinrichtungen und Folter;
- Organentnahme von Hinrichtungsoptionen zu Transplantationszwecken (z.B. China);
- Solidarität mit medizinischen Standesorganisationen oder deren Mitgliedern, die von politischer Gewalt bedroht sind und ihrerseits Opfer von Menschenrechtsverletzungen werden.

Voraussetzung für eine wirksame Arbeit im Sinne der Aufdeckung oder Verhinderung von Menschenrechtsverletzungen wäre eine Koordination der beabsichtigten Maßnahmen, z.B. in Zusammenarbeit mit anderen Menschenrechtsorganisationen wie ai, BAFF (Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer), Flüchtlingsinitiativen und nicht zuletzt durch eine breite Unterstützung von Seiten der Ärzteschaft.

Autor



Dr. med. Johannes Bastian ist Arzt für Allgemeinmedizin in Mühlacker und seit 1982 Mitglied im ai-Aktionsnetz der Heilberufe. Von 1994 bis 2004 war er Sprecher für die Mediziner im Aktionsnetz.

Psychologie und politische Verfolgung – Facetten der ai-Arbeit

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

hinterlässt weniger Spuren als durch eine rein physische Misshandlung.

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

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

Psychologen als Täter

Psychologen gehören in die Kategorie der so genannten „White-Collar“-Folterer. Sie sind akademisch ausgebildete Menschenquälern, die ihre Opfer nicht mit Schlagstöcken und Zangen, sondern mit Bezie-

hungsfallen, Psychopharmaka, Schikane oder subtilen Zermürbungstechniken misshandeln. Des Weiteren wird psychologisches Fachwissen systematisch herangezogen, um Folter und andere repressive Instrumente zu verfeinern und deren Effektivität zu erhöhen. So gab es etwa bei der Stasi den Bereich „Operative Psychologie“, zuständig für die Analyse und Entwicklung von sozialen Beziehungen in der „politisch-operativen Arbeit“. Tiefliegende Gefühle von verhörten Personen oder „Inoffiziellen Mitarbeitern“ wurden so ideologisch manipuliert und ausgenutzt. Wie Gustav Keller in seinem Buch „Psychologie der Folter“ schreibt, trägt die moderne Folter eine „akademische Handschrift“. Gerade auf psychologischem Gebiet ist es jedoch naturgemäß schwierig, herauszufinden und zu dokumentieren, wo und wie Psychologen ihre Berufsethik verletzen und ihre Kompetenz in den Dienst professioneller Menschenquälerei stellen. Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe hat hierfür die Veröffentlichung des Buches „Die Belagerung des Gedächtnisses: Leben und Arbeit von Psychologen unter den Militärdiktaturen Südamerikas“ von Horacio Riquelme U. unterstützt. In ihm werden sowohl Täter- als auch Opferaspekte bei Psychologen beleuchtet.

Psychologen als Opfer

Psychologen und Angehörige anderer Heilberufe werden auch zu Opfern von Repressalien und schweren Menschenrechtsverletzungen. So werden beispielsweise Mitarbeiter der verschiedenen

Behandlungszentren der Türkischen Menschenrechtsstiftung (TIHV) mit offenkundig konstruierten und jahrelang verschleppten Gerichtsverfahren überzogen, um sie in ihrer Arbeit zu behindern und auch persönlich zu belasten. Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe beteiligt sich an internationalen Prozessbeobachtungen, damit diese Verfahren zumindest nicht im Geheimen stattfinden und öffentlicher Druck auf die Verantwortlichen ausgeübt wird. Das Aktionsnetz lädt die Betroffenen auch nach Deutschland ein, um ihnen hier ein politisches Podium zu bieten.

Psychologen als Therapeuten für politisch Traumatisierte

Die Arbeit von Psychotherapeuten ist ein wesentlicher Bestandteil bei der Rehabilitation von Folterüberlebenden, wie sie heute in weltweit über hundert Behandlungszentren praktiziert wird. Hierzu ist eine spezialisierte, menschenrechtsorientierte Traumatherapie erforderlich, die es erlaubt, das Erlittene im Rahmen einer stabilen Vertrauensbeziehung lebensgeschichtlich zu bear-

beiten. Jedoch stehen einer effektiven psychosozialen Unterstützung häufig große Hindernisse entgegen, namentlich der unsichere Aufenthaltsstatus vieler Klienten in den Fluchtländern, der sich oft äußerst destabilisierend auswirkt.

Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe begrüßt Forschungsprojekte, die derartige Zusammenhänge untersuchen. Die Psychologen des Aktionsnetzes halten selbst auch Vorträge zu diesem Themenkreis und veröffentlichen Beiträge in entsprechenden Fachzeitschriften, etwa „Report Psychologie“ und „Zeitschrift für Politische Psychologie“. Weiter kooperiert das Aktionsnetz eng mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF).

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

Autor



Freihart Regner (rechts im Bild) ist Diplom-Psychologe und Sprecher für Psychologie im ai-Aktionsnetz der Heilberufe. Er promoviert über das Thema „Das Unrechtserleben bei politisch Traumatisierten aus Unterstützersicht – Möglichkeiten ‚therapeutischer‘ Bearbeitung“. Er ist angehender Musik-Gestalttherapeut und arbeitet als freier Mitarbeiter bei XENION, psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte in Berlin.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)

Menschenrechtsengagement des BDP

In vielen Staaten sind Behandlungszentren entstanden, in denen Psychologen versuchen, Überlebenden der Folter eine Hilfe zum Überleben zu geben. Wenn sie Methoden der psychologischen Folter, die verheerenden psychischen Langzeitfolgen von existentieller Bedrohung, Inhaftierung, Isolation und Folter in Verfolgungsstaaten aufdecken, dokumentieren und anprangern, kann dies extrem risikoreich und gefährlich sein.

Während Psychologen als direkte Beteiligte bei Folterungen bislang kaum in Erscheinung traten und ihre Mittäterschaft auch in Ausbildung von Folterern nur spärlich dokumentiert ist, sind Erkenntnisse aus der Verhaltens- und Kommunikationspsychologie nachweislich in die Verfeinerung von Foltertechniken eingeflossen (Stichwort: „saubere Folter“).

Vor diesem Hintergrund hatten der BDP und ai eine Studie in Auftrag gegeben zum

Thema der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Psychologen unter den Militärdiktaturen Südamerikas. Interviews mit Psychologen aus Argentinien, Chile und Uruguay ermöglichen das psychosoziale Klima in Zeiten der Repression nachzuvollziehen und ihre Gedanken und Emotionen wie auch die ihrer Klienten zum täglichen Terror und die psychischen Auswirkungen zu verstehen (Riquelme, H. (Hrsg.), Die Belagerung des Gedächtnisses, Deutscher Psychologen Verlag, Bonn 2001).

Sensibilisierung

Mit dem Ziel, Psychologen vermehrt für menschenrechtsbezogene Themen zu sensibilisieren und diesen mehr Öffentlichkeit zu geben, beschlossen das Aktionsnetz der Heilberufe und der BDP 1997 eine engere Zusammenarbeit. Primäres Anliegen ist es, Psychologen ihre Verantwortung bezüglich einer Funktionalisierung und eines Missbrauchs ihrer Arbeit bewusster zu machen und psychologische Institute, Aus- und Fortbildungseinrichtungen zu motivieren, Menschenrechtsthemen im Curriculum zu etablieren.

Meta-Code of Ethics

Weiterhin wirken wir hin auf eine Erweiterung des Meta-Code of Ethics der European Federation of Professional Psychologists um konkrete menschenrechtsbezogene ethische Kodizes. Langfristig

könnte es eine lohnende gemeinsame Aufgabe sein, den genannten Fragestellungen einen eigenen Forschungsbereich zu widmen.

Solidarisierung

Weitere Ziele der Zusammenarbeit sind, Wege der Unterstützung für verfolgte Be-

rufskollegen zu finden und über die Arbeit der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer zu informieren. Das Seminarangebot der Fortbildungssakademie des BDP wurde um Veranstaltungen zum Umgang mit Extremtraumatisierten und Asylsuchenden erweitert.

Autorin



Dr. Ulrike Heckl ist als psychologische Psychotherapeutin in der Klinik für Tumorbilogie in Freiburg tätig und macht Supervision mit Teams von psychosozialen Beratungsstellen für Flüchtlinge. Im Aktionsnetz der Heilberufe ist sie für die Pressearbeit im Bereich Psychologie zuständig. Sie wurde 1997 zur Präsidiensbeauftragten für Menschenrechtsfragen des Berufsverbandes Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) ernannt.

Menschenrechte und Pflege

Der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger, International Council of Nursing (ICN), hat in seinem Ethik-Kodex festgehalten, dass Pflege untrennbar mit der Achtung der Menschenrechte verbunden ist. Dennoch wurden und werden Pflegende Opfer von Menschenrechtsverletzungen, von unfairen Gerichtsverfahren, Entführungen und Repressalien. Pflegende finden sich aber auch in den Reihen obrigkeitstoleranter Komplizen und aktiver Täter. Das Aktionsnetz der Heilberufe, dem auch die Berufsgruppe „Pflege“ angehört, macht auf die weltweiten Menschenrechtsverletzungen aufmerksam und setzt sich für betroffene Kolleginnen und Kollegen ein.

In Ägypten wird 1998 das Urteil gegen die 25-jährige Krankenschwester Aida Nour al-Din Mohammad Abu-Zeid aufgehoben. Es wird eine Neuverhandlung vor einem anderen Strafgericht angeordnet, da das Strafgericht in Alexandria gegen die Strafprozessordnung verstoßen hat. Unter anderem stand die Angeklagte unter Drogen als sie ein Geständnis abgelegt hatte. Die Krankenschwester war zunächst zum Tode verurteilt worden, da sie einen Patienten ermordet und weitere Mordversuche an

Patienten unternommen haben soll. Die neuseeländische Krankenschwester Geraldo Cruz arbeitete im Rahmen eines Einsatzes des Internationalen Roten Kreuzes im Nordkaukasus. Im Mai 1999 wird sie entführt.

Im Mai des vergangenen Jahres werden fünf bulgarische Krankenschwestern und ein palästinensischer Arzt in Libyen zum Tode verurteilt, da sie an der HIV-Infizierung von 426 Kindern eines Kinderkrankenhauses schuld sein sollen. Im Gefängnis sollen die Kontaktmöglichkeiten zu Anwälten und Angehörigen zeitweise unzureichend gewesen sein, wahrscheinlich waren sie Folter und Misshandlungen ausgesetzt.

Die Menschenrechtsorganisation amnesty international

Nach den Grauen des Zweiten Weltkriegs verabschiedeten die Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 die Erklärung der Menschenrechte. Doch in vielen Ländern ist diese Erklärung ein Stück Papier geblieben. Jeden Tag werden weiterhin Menschenrechtsverletzungen unterschiedlichster Art verübt – oftmals im Auftrag der Regierungen, vielfach mit Wissen, Zustim-

mung und aktiver Beteiligung von Juristen, Ärzten und Pflegenden.

1961 initiierten der englische Rechtsanwalt Peter Beneson und engagierte Freunde die Kampagne „Appeal for Amnesty“. Ziel dieser Kampagne war es, auf die Situation von politischen gewaltlosen Gefangenen aufmerksam zu machen. Der Appell erfuhr eine große Resonanz und in kurzer Zeit bildeten sich zahlreiche kleinere Gruppen, die Gefangene adoptieren und deren Angehörige betreuen. Schließlich gründeten sich weltweit nationale Sektionen, die der Organisation den Namen amnesty international (ai) gaben und den 10. Dezember zum Tag der Menschenrechte erklärten.

Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe

Innerhalb der Menschenrechtsorganisation haben sich Arbeitsgruppen gebildet, die sich für eine spezifische Gruppe von bedrohten Menschen einsetzen. Auch in Deutschland haben sich ai-Mitglieder zusammengeschlossen. Sie setzen sich zum Beispiel für den Schutz von Frauen ein, die von sexueller Gewalt bedroht sind, oder sie erfahren haben. Andere Gruppen konzentrieren sich auf die Situation von Flüchtlingen und Asylbewerbern oder ma-

chen auf Folter und Todesstrafe aufmerksam und fordern deren weltweite Ächtung. Weitere Gruppen haben sich in berufsspezifischen Netzwerken konstituiert, so das 1974 gegründete International Health Professional Network. 1979 gründeten ärztliche und psychologische Berufsvertreter in der Bundesrepublik einen Arbeitskreis, dem sich später die Berufsgruppe Pflege anschloss. Heute trägt dieser Arbeitskreis den Namen „Aktionsnetz der Heilberufe“.

(Berufs-)politische Verantwortung übernehmen

Die skizzierten Schicksale von Krankenschwestern zeigen, dass auch Pflegenden Opfer von Menschenrechtsverletzungen werden, aber sie sind auch Mitwisser von Menschenrechtsverletzungen, mitunter sogar Täter. Hier heißt es, politische und soziale Verantwortung zu übernehmen, als Berufsgruppe und als individueller, verantwortungsbewusster Berufsangehöriger für die Rechte der zu pflegenden Menschen und der Pflegekollegen einzutreten und Menschenrechtsverletzungen öffentlich zu machen – auch oder vor allem, wenn sie von Vertretern der Gesundheitsberufe ausgeübt werden. Die Menschenrechtserklärung und der Ethik-Kodex des International Council of Nursing¹ (ICN) sind ernst zu nehmen und im Berufsalltag umzusetzen. Der Ethik-Kodex für Pflegenden wurde 1953 vom ICN angenommen, seitdem mehrfach – zuletzt im Jahr 2000 – überarbeitet.

ICN Ethik Kodex für Pflegenden

Präambel

- Pflegenden haben vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern,

Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Es besteht ein universeller Bedarf an Pflege.

- Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt.
- Die Pflegenden übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen.

Der Kodex

Der ICN Ethik Kodex für Pflegenden hat vier Grundelemente, die den Standard ethischer Verhaltensweise bestimmen. Elemente des Ethik Kodex:

1. Pflegenden und ihre Mitmenschen

- Die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegenden gilt dem pflegebedürftigen Menschen.
- Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegenden ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.
- Die Pflegenden gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.
- Die Pflegenden behandelt jede persönliche Information vertraulich und geht verantwortungsvoll mit der Informationsweitergabe um.
- Die Pflegenden teilt mit der Gesellschaft die Verantwortung, Maßnahmen zu-

gunsten der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung, besonders der von benachteiligten Gruppen, zu veranlassen und zu unterstützen.

- Die Pflegenden ist auch mitverantwortlich für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt vor Ausbeutung, Verschmutzung, Abwertung und Zerstörung.

2. Pflegenden und die Berufsausübung

- Die Pflegenden ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.
- Die Pflegenden achtet auf ihre eigene Gesundheit, um ihre Fähigkeit zur Berufsausübung zu erhalten und sie nicht zu beeinträchtigen.
- Die Pflegenden beurteilt die individuellen Fachkompetenzen, wenn sie Verantwortung übernimmt oder delegiert.
- Die Pflegenden soll in ihrem beruflichen Handeln jederzeit auf ein persönliches Verhalten achten, das dem Ansehen der Profession dient und das Vertrauen der Bevölkerung in sie stärkt.
- Die Pflegenden gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen.

3. Pflegenden und die Profession

- Die Pflegenden übernimmt die Hauptrolle bei der Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.
- Die Pflegenden wirkt aktiv an der Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen der Profession mit.

1. „Der ICN ist ein Zusammenschluss von 122 nationalen Berufsverbänden der Pflege und vertritt weltweit Millionen von Pflegenden. Seit 1899 ist der von Pflegenden für Pflegenden geführte Verband die internationale Stimme der Pflege und macht sich zum Ziel, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen. Der Vertreter Deutschlands ist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.“ (www.dbfk.de/bv/ICNethikkodex.htm / 21.01.2005)

- Durch ihren Berufsverband setzt sich die Pflegende dafür ein, dass gerechte soziale und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.

4. Pflegende und ihre Kollegen

- Die Pflegende sorgt für eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen aus der Pflege und anderen Professionen.
- Die Pflegende greift zum Schutz des Patienten ein, wenn sein Wohl durch einen Kollegen oder eine andere Person gefährdet ist.

Ausblick

Für Menschenrechte einzutreten, kann und sollte auch heißen, bereits im Vorfeld tätig zu sein. Menschenrechtserziehung muss in die Curricula von Aus- und Fortbildungen

und in die pflegespezifischen Studiengänge integriert werden. Auch über die Erneuerung von Menschenrechtsbeauftragten sollten Pflegende nachdenken und diskutieren.

Autorin



Dr. Gudrun Piechotta ist Krankenschwester, Soziologin (M.A.) und seit 2001 als Professorin für Pflegewissenschaft an der Alice-Salomon-Fachhochschule (Berlin-Hellersdorf) im Studiengang Pflegemanagement tätig.
E-Mail: piechotta@asfh-berlin.de

US-Soldaten foltern im Irak – Unausweichliche Folge des Systems?

Eine Welle des Entsetzens lösten die Folter-Bilder aus dem Irak aus. Die amerikanischen Befreier als quälende Tyrannen irakischer Gefangener, die sich dabei auch noch mit triumphierender Miene fotografieren und filmen ließen – ein kaum erträglicher Anblick. Hinter diesen Schock tritt die Erkenntnis zurück, dass praktisch jeder nach einer entsprechenden mind-in-doctrination zum Folterer werden kann.

Es gibt keine geborene „Bestie“. Dem Menschen ist eine angeborene Tötungsabneigung und ein Mechanismus der Rücksichtnahme eigen: neben genetischen und dispositionellen Faktoren sind es im Wesentlichen Erziehungseinflüsse, die den Menschen formen. Keiner wird als Sadist geboren, sondern erst dazu gemacht. Insofern müssen wir auch Folterer als Opfer von militärischem Drill, als durch die Gesellschaft Geprägte und durch unterschiedliche Anlagefaktoren Gewordene begreifen. Schwierige soziale und wirtschaftliche Situationen sind begünstigend, doch zeigt sich, dass Folterer aus allen Gesellschaftsschichten kommen.

Seelische Demütigungen, körperliche Verwundungen, eine Pädagogik, die den Willen bricht und die Entwicklung eines Selbstbewusstseins gar nicht erst zulässt, können den Menschen zum Ja-Sager im Namen einer Autoritätsperson oder eines

Diktators deformieren. Die schlimmste Schwäche des Menschen ist sein „Einknicken“, der Verlust der Ich-Stärke vor Autoritäten, ergänzt durch seinen Hang zur Bindung sowie der Eigenschaft unseres Gehirns, Realität erst konstruieren zu müssen und so vom Falschen völlig überzeugt sein zu können.

Insbesondere Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene unter besonderem Druck oder mit einer labilen Persönlichkeit können zu Folterern gemacht werden. Kindersoldaten sind zu skrupellosen Mördern sogar eigener Angehöriger geworden. Zwischen 1946 und 1999 betrieb die US-Armee in der Panamakanal-Zone eine Ausbildungsschule für Militärs, die inzwischen in den US-Staat Georgia verlagert wurde. Dorthin schickte z.B. der nicaraguanische Diktator Somoza Soldaten zur Ausbildung. Diese wiederum bauten eine Foltererschule auf, in der Kinder zur staatlich angeordneten Quälerei angeleitet wurden. Zwei Psychiater aus Heidelberg wirkten dabei mit. Auch im irakischen Gefängnis Abu Ghraib sollen Ärzte in verschiedener Weise an Folter beteiligt gewesen sein.

Junge Rekruten werden in Armeen vieler Staaten so gedrillt, dass sie anschließend quälen, wenn die entsprechenden Befehle vorliegen, oder von Vorgesetzten eine Atmosphäre zugelassen wird, die dazu auf-

fordert, den Feind maximal zu demütigen, damit er aussagt. Ist dies der Fall, wird auch hier der Einzelne seine Fähigkeiten, voll und ganz einsetzen – wie es eben militärisch gefordert ist.

Das menschliche Gehirn ist unter Höchststress besonders wenig in der Lage, abwägende Differenzierung und freie Willensentscheidungen zu ermöglichen. So dürfte die eigene Angst, selbst (Attentats-)Opfer zu werden, und das implantierte (Hass-) Feindbild mit nur wenigen Ausnahmen dem einzelnen US-Soldaten wenig Chancen gelassen haben, in der Situation des Abu Ghraib-Gefängnisses aus dem herrschenden und bewusst geförderten Gruppenzwang auszusteigen.

Dabei ist aus militärischer Sicht natürlich derjenige Soldat der „beste“, der die meisten Feinde „erlegt“! Dazu aber muss jegliche angeborene bzw. im bisherigen Leben erworbene Rücksichtnahme möglichst weitgehend abtrainiert werden. Genau dies geschieht in der Ausbildung der Spezial- und Elitesoldaten, die für den Nahkampf geschult werden. Und so verwundert es nicht, dass ein beträchtlicher Teil der bisherigen Angeklagten aus Abu Ghraib, aber auch zivile „Befragter“ zu den Spezial Forces gehörten. Die Biographie der immer wieder auf den Bildern erscheinenden Judy England weist ein anderes in-

interessantes Detail auf, das möglicherweise erhellend ist. Sie war zeitweise beschäftigt in einem Hühnerschlachthof. Auch dies ist ein Teil der Sozialisation zum Töten.

Es gehört zur Tragik des Militärischen – und eben nicht nur für das US-Militär –, dass Gehorsam, schnelles, nicht überlegendes Handeln und Mitleidslosigkeit zu seinen eigenen Voraussetzungen gehören: Der Friedensforscher Christian Büttner schrieb in der Frankfurter Rundschau: „Wer weiß, wie harmlosen jungen Bürgern in der militärischen Kampfausbildung (...)

ein Verhalten der Gnadenlosigkeit antrainiert wird, wird sich keine Illusionen machen, dass es in Zeiten militärischer

Herrschaft über ein besetztes Land nicht zu Übergriffen kommt – einerlei von welcher Seite.“

Autor



Dr. med. Peter Boppel ist Arzt und Psychotherapeut in Arolsen. Er ist langjähriges Mitglied im ai-Aktionsnetz und arbeitet schwerpunktmäßig zu den Themen Entstehungsbedingungen von Folter und der Sozialisation von Folterern, sowie neurowissenschaftlichen Fragestellungen.

Vom Hippokratischen Eid zu den Menschenrechten

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

Im Eid verpflichtet sich der angehende Arzt: „In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen des Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien aber auch Sklaven. Über alles,

was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach außen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten.“ Schon seit langer Zeit schwören Ärzte nicht mehr den „Hippokratischen Eid“, nicht zuletzt, weil er auch diese Gesellschaft widerspiegelt.

Aber Grundgedanken des Hippokratischen Eides, der seine historischen Bezüge allmählich abstreifte, durchziehen die Geistesgeschichte und bestimmen heute noch unser Denken. So verabschiedete die zweite Generalversammlung 1948 in Genf in Anlehnung an den Hippokratischen Eid das „Genfer Gelöbnis“, das der 59. Deutsche Ärztetag in München 1956 übernahm. Es dient den Berufsordnungen

der Landesärztekammern leicht modifiziert als Präambel, nicht Recht setzend, aber als ethischer Anspruch. Das „Genfer Gelöbnis“ passt Grundgedanken des Hippokratischen Eides den Erfordernissen unserer Zeit an, wenn der Arzt sich verpflichtet: „Ich werde es nicht zulassen, dass sich religiöse, nationale, rassistische, Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen meine Pflichten und meine Patienten drängen.“ Über die medizinische Berufsethik hinausgedacht beeinflusst der Hippokratische Eid unser Verständnis der Menschenrechte und das Selbstverständnis von amnesty international.

(Literatur zum Thema finden Sie auf der Homepage des Aktionsnetzes.)

Autor



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

Eine humane Art zu töten?

„Der Gefangene wird von 2 Wärtern in den Raum mit der Liege gebracht. Er wird auf den Rücken gelegt und in dieser Position werden mit Fesseln Beine, Bauch und Brust fixiert. Der Arm, in den die Nadel eingeführt wird, wird ausgestreckt festgeschnallt. Der Anästhesist führt eine 16er Nadel und einen Plastik-Katheter in den Arm ein. Auf ein Signal hin wird der Knopf der Injektionsmaschine gedrückt. Die erste Flüssigkeit, ein Narkotikum, wird injiziert. Nach einer Minute wird ein weiteres Mittel zugeführt, das zum Atemstillstand führt. Mein Platz ist hinter einem Schirm und ich überwache die Herzrhythmusaktivität des Gefangenen auf einem EKG-Monitor. Während dieser ersten Phasen ist das EKG normal. Zum Schluss wird Kalium injiziert, und erst jetzt sind die Veränderungen auf dem EKG zu sehen.“

Dies ist der Bericht eines Gefängnisarztes im US-Bundesstaat Missouri über den Ablauf einer Hinrichtung durch die Giftspritze. Seine Aufgabe ist es außerdem, dem Todeskandidaten vor der Hinrichtung ein Beruhigungsmittel und ein angstminderndes Medikament zu geben.

Zwischenfälle in den USA

Die Vereinigten Staaten sind die letzte westliche Industriemacht, die noch an der Todesstrafe festhält. Seit der Entscheidung des Verfassungsgerichtes 1972 zugunsten der Strafe sehen derzeit 38 Bundesstaaten die Todesstrafe in ihrer Gesetzgebung vor. In 32 davon sind Hinrichtungen mit der Giftspritze erlaubt. Normalerweise werden dem Todeskandidaten nacheinander drei verschiedene Mittel injiziert. Das erste führt zur Bewusstlosigkeit, die zweite Injektion lähmt den Atemtrieb und erst die dritte führt zum Tod durch Herzstillstand. Seit der ersten Hinrichtung im Jahre 1982 wurden mehr als 270 Menschen durch eine Injektion getötet. Dabei kam es nicht selten zu erschreckenden Zwischenfällen. So dauerte es bei dem Amerikaner Raymond Laundry 1988 40 Minuten, bis eine passende Vene gefunden wurde. Raymond Laundry war erst 24 Minuten später tot, nachdem eine neue Nadel gelegt worden

war. Das Beispiel Ricky Ray Rector aus dem Jahre 1992 zeigt, dass das Finden von Venen dem Personal immer wieder Probleme bereitet. Er konnte nur hingerichtet werden, weil er fast eine halbe Stunde mit-half, eine passende Vene zu finden.

Effektivere Organentnahmen

Weitere Länder, die die Giftspritze als alternative Hinrichtungsmethode neben Erschießen, Erhängen oder dem elektrischen Stuhl einführen, sind Taiwan, China, Guatemala und Thailand.

In Taiwan kam es 1992 zur Gesetzesänderung, nachdem sich Krankenhausärzte für eine Verbesserung der Hinrichtungsmethode zum Zwecke einer leichteren Organentnahme eingesetzt hatten. Der Chirurg und Direktor eines Krankenhauses, Wie Cheng, regte an, dass bei einer Entscheidung für die Giftspritze gleichzeitig auch die Einrichtung von Operationsmöglichkeiten an den Exekutionsstätten erlaubt werden sollte, damit es zu keinen Verzögerungen bei der Organentnahme komme. Dieser Einsatz von Heilberuflern für die Giftspritze ist ein grober Verstoß gegen alle Kodizes medizinischer Ethik. Bis jetzt ist die Giftspritze in Taiwan selten eingesetzt worden.

Im gleichen Jahr hat auch die Volksrepublik China die Giftspritze als Hinrichtungsmethode eingeführt. Auch dort wurde somit nicht nur der Ablauf einer Hinrichtung rationalisiert, sondern ermöglicht, dass Organentnahmen „effektiver“ und schneller möglich sind. Die Hinrichtung mit der Giftspritze bietet den „Vorteil“, dass keine wichtigen Organe beschädigt werden. Im Oktober 1997 berichtete der US-Fernseher ABC, dass Nieren für Transplantationen von chinesischen Militärkrankenhäusern nach Exekutionen bereitgestellt werden könnten. Die chinesische Nachrichtenagentur „Xinhua“ dementierte diesen Bericht. Offizielle chinesische Medien berichteten im März vergangenen Jahres, dass die Provinz für fast eine Million Euro 18 Exekutionsfahrzeuge angeschafft habe. In diesen mobilen Hinrichtungsstätten können Todesurteile mittels Giftspritze

vollstreckt werden. Der Vorteil für die Behörden: Die Henker werden psychisch weniger belastet, und es ist auch weniger Personal für die Vollstreckung nötig. Mittlerweile sind auch andere chinesische Provinzen dazu übergegangen, Hinrichtungsfahrzeuge anzuschaffen. Es handelt sich dabei um in China umgebaute Kleinbusse, ausgestattet mit einer Liege für den Todeskandidaten, Sitzplätzen für die amtlichen Beobachter sowie einem Arbeitsplatz für den Henker nebst Kühlschranks zur Lagerung des Giftes.

„Verbesserung der Hinrichtungsmethoden“

In Guatemala fand im September 1996 nach 13 Jahren die erste Hinrichtung statt. Pedro Castillo Mendoza und Roberto Girón waren zum Tode durch Erschießen verurteilt worden. Nachdem der Führer des Erschießungskommandos zum „Gnadenschuss“ ansetzen musste und dies die ganze Nation an ihren Bildschirmen mitverfolgen konnte, beschloss der guatemaltekeische Kongress, künftig die Giftspritze einzusetzen. Im Sommer des darauffolgenden Jahres wurde in einem Gefängnis südöstlich von Guatemala-City eine entsprechende Hinrichtungskammer fertiggestellt. Die Presse in Guatemala kündigte die Giftspritze als schmerzlos, menschlicher und als ein nur 30 Sekunden dauerndes Geschehen an. Schließlich wurde im Februar diesen Jahres Manuel Martínez Coronado wegen mehrerer Morde im Zusammenhang mit familiären Landbesitzstreitigkeiten durch die Giftspritze hingerichtet.

Nach einem Hinrichtungsmoratorium wurde 1995 in Thailand die Vollstreckung der Todesstrafe wieder aufgenommen. In den vergangenen sechs Jahren sind mindestens 54 Gefangene hingerichtet worden. Die Vorbereitungen zu den Hinrichtungen wurden teilweise im Fernsehen gezeigt – offenbar auf Anweisung des Staatspräsidenten. Im Oktober 2003 löste die Hinrichtungsmethode mit der Giftspritze die Praxis der Hinrichtung durch ein Erschießungskommando ab.

Ein Land wird rückfällig

Seit der Wiedereinführung der Todesstrafe auf den Philippinen im Jahre 1993 wurden 410 Todesurteile verhängt, meistens für Mord, Vergewaltigung und Drogendelikte. Auch dort ist ein Exekutionsraum im Nationalgefängnis in Muntinlupa bereits fertiggestellt, so dass die Hinrichtung durch die Giftspritze wieder möglich ist. Der einzige elektrische Stuhl des Landes wurde bei einem Brand zerstört, der als Ersatz gedachte Bau einer Gaskammer verzögerte sich.

Die erste Hinrichtung seit mehr als 20 Jahren hat am 5. Februar 1999 stattgefunden. Verurteilt worden war im Sommer 1996 der 35-jährige Anstreicher Leo Pilo Echegaray wegen Vergewaltigung seiner Stieftochter. Bis zur letzten Minute kämpften die philippinische Nichtregierungsorganisation FLAG (Free Legal Assistance Group) dafür, eine der führenden Vereinigungen philippinischer Rechtsanwälte, die Todesstrafe von Leo Echegaray in eine lebenslange Haft umzuwandeln.

Die Philippinen schafften vor elf Jahren unter der Präsidentschaft von Corzón Aquino als erstes asiatisches Land die Todesstrafe ab. Im Jahre 1986 wurden die Philippinen Vertragsstaat des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, in dem unter anderem das Recht auf Leben

betont wird. Trotz vehementer Kämpfe zahlreicher Menschenrechtsgruppen und der katholischen Kirche führte Staatschef Fidel Ramos die Todesstrafe sechs Jahre später, im Jahre 1993, wieder ein für 13 sogenannte abscheuliche Verbrechen darunter Mord, Vergewaltigung, Drogendelikte, Menschenraub und Brandstiftung. Nach einer Studie von FLAG werden die Mehrzahl der Todesurteile häufig gegen Menschen mit niedrigerem Sozialstatus und geringerer Bildung verhängt, die sich in den seltensten Fällen einen Anwalt leisten können und auf Grund der geringeren Schulbildung oft dem in der englischen Amtsprache geführten Gerichtsverfahren nicht folgen können.

Die Anwesenheit eines Arztes oder anderen Heilberufers bei der Vollstreckung der Todesstrafe verurteilen immer wieder Vereinigungen von Ärzten und Krankenschwestern. Die American Medical Association verabschiedete 1980 eine Stellungnahme, in der es heißt: „Ein Mediziner darf als Mitglied einer Berufsgruppe, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leben zu bewahren, solange noch irgendeine Hoffnung besteht, auf gar keinen Fall an einer Hinrichtung beteiligt werden“. Leider sieht die Praxis anders aus: In mehr als der Hälfte der amerikanischen Bundesstaaten, bei denen Giftspritzen verwendet werden, verlangt das Gesetz

die Anwesenheit von mindestens einem Arzt.

In drei der fünf Länder, in denen die Anwendung der Giftspritze legalisiert wurde, taten medizinische Verbände ihren Widerstand im Falle einer geforderten Beteiligung kund. Die International Association of Nurses hat ebenfalls klar zum Ausdruck gebracht, dass die Beteiligung von Krankenschwestern sowohl bei der Vorbereitung als auch bei der Durchführung der Todesstrafe gegen die ethischen Grundsätze von Heilberuflern verstoße. amnesty international spricht sich ohne Einschränkung gegen die Todesstrafe aus und ruft in Anlehnung an den Hippokratischen Eid, des Kodexes medizinischer Ethik des Weltärztebundes von 1949 und der Erklärung von Tokio aus dem Jahre 1975, die Angehörigen der Heilberufe auf, sich in jeder Hinsicht einer Beteiligung an der Vorbereitung oder Durchführung der Todesstrafe zu widersetzen.

Autorin

Judith Sinzig ist Mitglied des Aktionsnetzes und war lange Zeit für Pressearbeit im Bereich Medizin zuständig. Im Rahmen ihrer Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychiaterin ist sie derzeit in Köln tätig.

Psychiatrie und Menschenrechte

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

- **Wahren der Menschenrechte in der psychiatrischen Versorgung,**
- **Psychiatrie und Todesstrafe,**
- **Missbrauch der Psychiatrie für politische Zweck.**

Wahren der Menschenrechte in der psychiatrischen Versorgung

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

1. Verlust des Realitätssinns: Im Rahmen einer psychischen Erkrankung kann die Wahrnehmung der Wirklichkeit soweit beeinträchtigt sein, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen. In dieser Situation sind psychisch kranke ebenso wie geistig behinderte und andere hilflose Menschen besonders vulnerabel für Missbrauch, Gewalt oder Vernachlässigung.

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

3. Institutionen: Psychiatrische stationäre Institutionen der Langzeitbehandlung aber auch Heime für geistig behinderte Men-

schen stellen aufgrund ihres von der Außenwelt abgeschlossenen Charakters Mikrokosmen mit eigenen Gesetzen dar. Die häufig fehlende Gemeindenähe fördert zusätzlich eine Hospitalisierung von Patienten und Mitarbeitern mit der Gefahr, die Rechte der Betreuten zu missachten und missbrauchen.

4. Stigma und Diskriminierung: Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen führt zu gesellschaftlicher Diskriminierung. Ausgegrenzte Menschen erhalten weniger öffentliche Fürsprache und tragen ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch zu werden. Die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen steht im Zusammenhang mit schlechten Versorgungsbedingungen in der Psychiatrie, wie es in vielen Staaten der Fall ist.

Menschenrechtsverletzungen in der Versorgung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen werden aus mehreren Staaten, auch aus Ländern, die Beitrittskandidaten zur EU sind, berichtet. Dabei wird besonders das Festhalten von psychisch kranken und geistig behinderten Personen ohne rechtliche Grundlage sowie das Anwenden medizinisch nicht akzeptabler, grausamer Behandlungsmethoden, wie Festketten, dauerhafter Isolation oder Elektrokrampftherapie ohne Anästhesie, beklagt.

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

Psychiatrie und Todesstrafe

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

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

Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen haben ein erhöhtes Risiko, juristisch schlechter behandelt zu werden. Gründe hierfür sind ein Verzicht auf Rechtsbeistand (aufgrund krankheitsbedingter eingeschränkter Situationseinschätzung) und ein erhöhtes Risiko, Antworten unter Zwang zu geben oder falsche Geständnisse abzugeben. Darüber hinaus wird auffälliges Verhalten psychisch kranker und geistig behinderter Menschen leicht als verdächtig und willentlich gesteuert fehlinterpretiert. In Todesstrafenprozessen fehlt diesen Menschen häufig die Fähigkeit, für sich selbst günstig zu verhandeln. Ihr Risiko ist höher, durch einen schlechten Rechtsbeistand vertreten zu werden.

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

Weltweit sind gegenwärtig die USA und Japan die einzigen Staaten, welche offiziell die Todesstrafe an psychisch kranken Menschen vollstrecken. Gleichwohl muss davon ausgegangen werden, dass in vielen Ländern, die die Todesstrafe praktizieren, auch psychisch kranke und geistig behin-

derte Menschen hingerichtet werden, allerdings wird ihr geistiger Zustand nicht zum Gegenstand des Prozesses gemacht.

Involvierung von Psychiatern in die Todesstrafe

Eine systematische Beteiligung von Psychiatern beim Verhängen und Ausführen der Todesstrafe ist am besten in den USA dokumentiert. Dies betrifft folgende Bereiche des Verfahrens:

- Gerichtsverhandlung: Hinzuziehen von Psychiatern als Gutachter sowohl für die Verteidigung als auch für die Anklage. Gutachterfragen betreffen den fraglichen psychischen Status des Angeklagten während der Tat, psychische und biographische Einflussfaktoren und die Verhandlungsfähigkeit.
- Urteilsfindung und Festsetzen des Strafmaßes: Psychiatrische Stellungnahme zur zukünftigen Gefährlichkeit des Angeklagten. Für das Verhängen der Todesstrafe ist dies, z.B. in Texas, Bedingung. Da die Hinrichtung von Personen mit einem Intelligenzquotienten unter 70 verboten ist, werden regelmäßig psychiatrische und psychologische Gutachten über die Intelligenz der Angeklagten angefertigt.
- Vollstreckung: Psychiatrische Stellungnahmen über die Fähigkeit des Verurteilten, die Strafe zu verstehen. Ist dies nicht der Fall, so ist eine Exekution gemäß amerikanischer Verfassung verboten. Unter dieser Vorgabe werden psychisch kranke, zum Tode Verurteilte zwangsweise psychiatrisch behandelt, um ihre seelische Gesundheit und damit ihre „Exekutionsfähigkeit“ herzustellen.

Die Beteiligung von Psychiatern an der Todesstrafe widerspricht den von der Weltorganisation der Psychiater (WPA) festgesetzten ethischen Prinzipien: Psychiater sollen sich unter keinen Umständen weder an rechtlich legitimierten Hinrichtungen noch an der Bewertung der Exekutionsfähigkeit von Verurteilten beteiligen. Die in den USA geübte Praxis der Beteiligung psychiatrischer Expertise ist auch unter amerikanischen Psychiatern umstritten: Die

eine Seite weist auf die ethischen Prinzipien gemäß der WPA hin, die andere Seite argumentiert, dass Psychiater als Gutachter vor Gericht nicht psychiatrisch tätig sind und daher nicht an die ethischen Prinzipien der Profession gebunden seien.

Die Vereinigung der amerikanischen Psychiater (APA) unterstützte im Jahr 2000 Forderungen nach einem Moratorium der Todesstrafe

Missbrauch der Psychiatrie für politische Zwecke

Die Grenzen des Fachgebietes der Psychiatrie sind unscharf definiert. Das Einordnen des Verhaltens eines Menschen als krank, delinquent oder nur sozial ungewöhnlich unterliegt unter anderem zeithistorischen und gesellschaftlichen Definitionsprozessen. Dies und das Fehlen objektiver Kriterien der Diagnostik eröffnet vielfältige Möglichkeiten zum Missbrauch psychiatrischer Versorgung, auch für politische Zwecke.

So wurde die Definition der Diagnose Schizophrenie in der ehemaligen Sowjetunion dahingehend ausgeweitet, dass ihr auch

religiöses und politisches Andersdenken zugeordnet werden konnte. In den 70er und 80er Jahren wurden in der Sowjetunion medikamentöse und stationäre psychiatrische Behandlungen als Mittel zur Unterdrückung von Dissidenten missbraucht. Ähnliches wird aus weiteren Ländern Osteuropas, aus Jugoslawien und Südafrika in den 70er Jahren berichtet. Gegenwärtig gibt es Berichte aus China über das Festhalten und das zwangsweise Behandeln von Oppositionellen und religiös anders Denkenden.

Der gezielte Einsatz psychiatrischer Behandlung als Mittel des Umgangs mit politisch Oppositionellen ist generell eine weniger weit verbreitete Praxis. Sie wird fast

ausschließlich aus Ländern berichtet, in denen der Staat die absolute Macht innehat. Ein inadäquates Platzieren und Festhalten von Menschen in psychiatrischen Institutionen hingegen kommt in vielen Ländern vor.

Schlussfolgerung

Die Psychiatrie ist ein für Menschenrechtsverletzungen anfälliges Gebiet. Ziel muss es sein, den Missbrauch der Psychiatrie als politisches Zwangsinstrument und die Involvierung psychiatrischer Kompetenz in das Verhängen und Vollstrecken der Todesstrafe zu verhindern. Es muss gewährleistet sein, dass die Menschenrechte von Personen in psychiatrischer Versorgung gewahrt werden.

Autorin



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

„Geld ist geprägte Freiheit“ (Dostojewski)

Finanzen und die Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung des Aktionsnetzes der Heilberufe

Die Spenden vieler Menschen bilden die finanzielle Grundlage für die Arbeit von amnesty international und ermöglichen es ihnen, die politische Unabhängigkeit zu bewahren.

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

Auch wenn Begriffe wie Budget, Finanzverwaltung und Kontoführung die meisten mit Schrecken an die nächste Steuererklärung denken lassen, soll im Folgenden et-

was Licht in den trockenen Dschungel der Finanzen bei ai und des Aktionsnetzes der Heilberufe gebracht werden:

Die Finanzen bei amnesty international

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

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

Außerdem ist eine solche Organisation ihrerseits von den meisten Steuern befreit. Voraussetzung hierfür ist neben dem ge-

meinnützigen Zweck – in diesem Fall nennt es der Gesetzgeber die „Fürsorge für politisch, rassistisch oder religiös Verfolgte“ –, dass die Finanzbehörde die Verwendung der Gelder prüfen kann. Dies wird durch eine zentrale Buchhaltung im Sekretariat der deutschen Sektion gewährleistet.

Für die einzelnen Gruppen innerhalb ai's besteht keine Finanzautonomie im eigentlichen Sinne. Entsprechend der Organisationsstruktur von ai mit eigenverantwortlich arbeitenden Gruppen gilt aber, dass jede Gruppe, wie z.B. das Aktionsnetz der Heilberufe, über das von ihr beschaffte Geld – in der Regel Spenden und Einnahmen aus Veranstaltungen oder dem Verkauf von Materialien – selbst verfügt. Dass die Zweckmäßigkeit der Ausgabe mit den Gemeinnützigkeitsbestimmungen und anderen Regeln der ai-Satzung konform

geht, wird im Einzelfall durch den Vorstand geprüft.

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

Spender oder Förderer?

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

Spender können auf zwei verschiedenen Arten eine Spendenbescheinigung erhalten: Falls die Spende unter 100 Euro liegt und ein Einzahlungs- oder Überweisungsformular verwendet wird, gilt die Einzahlungsquittung – sofern sie unter dem Punkt Verwendungszweck den Hinweis enthält, dass es sich um eine Spende han-

delt – als Spendenbescheinigung. Falls ein normaler Überweisungsträger benutzt wurde und die Spende mindestens 24 Euro beträgt, wird bei der Verbuchung automatisch eine Spendenbescheinigung ausgestellt, die auf dem Kontoauszug erscheint und vor dem Finanzamt als Spendenbescheinigung gilt.

Wie kann ich zugunsten des Aktionsnetzes der Heilberufe spenden?

Bitte zahlen Sie Spenden zugunsten des Aktionsnetzes auf das allgemeine Spendenkonto von amnesty international ein:

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

Als Verwendungszweck bei einer Spende sollte die Gruppennummer 2900 angegeben werden. Dann wird das Geld zugunsten der Kostenstelle des Aktionsnetzes gebucht und steht speziell der Arbeit der ai-Heilberufler zur Verfügung.

Was passiert mit dem Geld?

Das ai-Aktionsnetz der Heilberufe wird derzeit von etwa 350 Förderern und zahlreichen Spendern unterstützt. Die Spendengelder werden unter anderem für die Finanzierung von internationalen Prozessbeobachtungen verwendet. Auf diese

Weise haben wir beispielsweise in den vergangenen Jahren Berufskollegen in der Türkei unterstützt, die dort wegen angeblich „regierungsfeindlicher Aktivitäten“ im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung vor Gericht standen. In einem Fall konnte in jüngster Zeit ein Freispruch erwirkt werden.

Nicht zu vergessen sind die regelmäßigen Briefaktionen mit heilberuflichem Hintergrund, die über einen Briefverteiler mit über 1000 Adressen sowie eine entsprechende E-Mail Adressenliste versandt werden. Die Porto- und Sachkosten für diese Aktionen werden ebenfalls durch Spendengelder finanziert.

Andere Verwendungszwecke sind Öffentlichkeitsarbeit in Form von Veranstaltungen und Pressearbeit, die Unterstützung von themenrelevanten Publikationen, die Etablierung der Menschenrechtserziehung in Ausbildungsgängen und Curricula unserer Berufsgruppen und – im Einzelfall – die konkrete Unterstützung von Personen oder Gruppen, die ärztlicher oder therapeutischer Hilfe bedürfen.

Petra Fischer

Redaktionsadresse und Impressum

amnesty international | Dossier Heilberufe | 3. Auflage
53108 Bonn
Telefon 02 28 / 98 37 3-0
Telefax 02 28 / 63 99 36

Hier können Sie das Dossier Heilberufe bestellen und sich als Mitglied, Förderer oder TeilnehmerIn der Briefaktionen anmelden.

Herausgeber: amnesty international
ViSdP: Petra Fischer
Druck: Druckerei Leppelt, Bonn
Redaktion: Petra Fischer, Ulrike Augustin, Johannes Bastian,
Udo Sokoll, Peter Wilscher
Satz und Gestaltung: Kippconcept GmbH
Erscheinungsdatum: Oktober 2005
Auflage: 5000
Spendenkonto: Bank für Diakonie | Duisburg
Kto. 80 90 100 | BLZ 370 205 00
Betreff: 2900

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung von ai wieder