

*Rehabilitation
für Folterüberlebende
in Deutschland*

Fragmente einer
gerechten Versorgung

Inhalt

05	<i>Einleitung</i>	32	Grenzen und strukturelle Brüche
13	<i>Analyse des Rehabilitationssystems</i>	33	Versorgungsbarrieren und strukturelle Hürden
13	Einleitung und methodischer Rahmen	33	Bürokratie und institutionelle Intransparenz
14	Identifikation von Folterüberlebenden und Zugang zu Rehabilitation	35	Fehlende Sprach- und Kulturmittlung
14	Fehlende systematische Erfassung, Screening und Erstgespräche	35	Strukturelle Diskriminierung und rechtliche Barrieren
15	Vermittlungswege und Netzwerkverweis	38	Good Practice und förderliche Bedingungen
16	Dokumentation und Begutachtung	38	Interdisziplinäre Kooperation als Schlüsselstruktur
20	Strukturelle Rahmenbedingungen der Rehabilitation	39	Bedeutung von Standards und Qualifizierung in Netzwerken
20	Finanzierungslogiken und bü- rokratische Barrieren	40	Zusammenfassung
23	Projektabhängigkeit und institutionelle Instabilität	41	Gerechtigkeit
24	Unterschiedliche institutionelle Logiken	41	Subjektive und therapeutische Deutungen
28	Emotionale und institutionelle Folgen für Fachkräfte	41	Institutionelle und strukturelle Dimensionen
28	Kooperationen und Netzwerke	44	Politisch-gesellschaftliche Perspektiven und Menschenrechtsbezug
28	Informelle Kooperation als Rückgrat der Versorgung		
29	Rolle des Case Managements		
31	Beispiele gelingender Netzwerke		

47	<i>Quantitative Ergänzung und Kontextualisierung der qualitativen Befunde</i>	59	<i>Gerechtigkeit heilt</i>
47	Überblick	59	An der Seite von Überlebenden im Kampf für Gerechtigkeit
47	Prävalenz dokumentierter Foltererfahrungen	60	Gerechtigkeit heilt – Sichtbarmachung und Anerkennung des Erlittenen
48	Formen und Umfang der Dokumentation von Folterfolgen	60	An der Seite von Überlebenden
49	Gründe für fehlende Dokumentation von Folterfolgen	61	Sichtbarmachung und Anerkennung des Erlittenen
50	Weitervermittlung von Folterüberlebenden	62	Folterdokumentation als Mittel der Wahrheitsfindung
50	Gesamtinterpretation	64	Bericht an UN Sonderberichterstatter zu Folter
51	Schlussfolgerungen		
51	Zentrale Ergebnisse im Überblick		
53	<i>„Wenn alle wenigstens eine Person in die Behandlung aufnehmen würden, wäre das schon ein Anfang.“</i>	67	<i>Fazit und Forderungen</i>
53	Über Traumatisierung auf der Flucht	68	<i>Impressum</i>
55	Über ein müde gewordenes System		
56	Über strukturelle Diskriminierung und Verantwortung		
57	Reflexion: Haltung zeigen – Verantwortung übernehmen		

Einleitung

Aus welcher Position sich Lesende dieser Publikation auch annähern mögen, haben sie entschieden, sich einem Thema zuzuwenden, welches zu einem großen Teil in der Unsichtbarkeit stattfindet. Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, werden unter anderem durch Verborgenheit ermöglicht. Die psychischen Folgen für die Überlebenden und Angehörigen und die schiere Unfassbarkeit der menschengemachten Gewalt sollen das Sprechen über das Erlebte verhindern. An dieser Stelle sei den Lesenden daher eine erste Anerkennung für ihre Zuwendung ausgesprochen.

Vielleicht sind Lesende im Gesundheitsbereich tätig, lassen sich momentan ausbilden oder blicken aus einer politischen Perspektive auf das Thema. Vielleicht haben sie von der **UN-Antifolterkonvention (UN-CAT)**, dem Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe gehört, welche 1984 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und 1987 völkerrechtlich in Kraft getreten ist. Die UN-CAT, die 1990 auch in Deutschland ratifiziert wurde, hat unter anderem die Rehabilitationsansprüche von Folterüberlebenden formuliert. In Artikel 14 heißt es: „Jeder Vertragsstaat stellt in seiner Rechtsordnung sicher, dass das Opfer einer Folterhandlung Wiedergutmachung erhält und ein

einklagbares Recht auf gerechte und angemessene Entschädigung einschließlich der Mittel für eine möglichst vollständige Rehabilitation hat.“¹

Der **Ausschuss gegen Folter der Vereinten Nationen (Committee against Torture, CAT)** ist das Überwachungsorgan der UN-Antifolterkonvention (UN-CAT) (CAT, 1984). Um die Anwendung und Auslegung der Konvention zu präzisieren, veröffentlicht der Ausschuss sogenannte **Allgemeine Bemerkungen (General Comments)**. Diese dienen der Interpretation einzelner Artikel des Übereinkommens und konkretisieren die Verpflichtungen der Vertragsstaaten im Lichte aktueller menschenrechtlicher Entwicklungen und Praxis. In der **Allgemeinen Bemerkung Nr. 3 (General Comment No. 3)** heißt es, dass eine ganzheitliche Rehabilitation medizinische und psychologische sowie rechtliche und soziale Betreuung umfassen sollte. Die UN-CAT betont, dass Rehabilitation ein integraler Bestandteil der Verpflichtungen eines Staates ist, um Folterüberlebenden eine menschenwürdige Unterstützung zu bieten und ihre Würde wiederherzustellen.² Der Kommentar betont außerdem, dass Rehabilitation nicht als Gnade oder karitative Leistung zu verstehen ist, sondern als völkerrechtlich verbindliche Pflicht. Sie muss zeitnah, zugänglich und nachhaltig sein und darf nicht von der Bereitschaft der verantwortlichen Staaten oder dem Aufent-

¹ United Nations. (1984). Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. New York: United Nations.

² Allgemeine Bemerkung Nr. 3

haltsstatus der Betroffenen abhängen. Damit bildet die Allgemeine Bemerkung Nr. 3 einen zentralen menschenrechtlichen Referenzrahmen für die Arbeit von Psychosozialen Zentren, Therapeut*innen und staatlichen Akteur*innen, die mit Überlebenden von Folter arbeiten.

Die Rehabilitation von Folterüberlebenden stellt eine komplexe Aufgabe dar, die weit über medizinische oder psychotherapeutische Interventionen hinausgeht. Traumatische Erfahrungen wie Folter, Krieg, politische Verfolgung oder Flucht wirken sich auf vielfältige Weise auf Körper, Psyche und soziale Lebenszusammenhänge aus.³ Eine adäquate Unterstützung erfordert daher eine interdisziplinäre, kultursensible und menschenrechtsorientierte Herangehensweise, die individuelle Heilungsprozesse ebenso wie strukturelle Rahmenbedingungen berücksichtigt.⁴

In Deutschland übernehmen diese Aufgaben seit den 1980er Jahren die **Psychosozialen Zentren (PSZ)** für Geflüchtete und Folterüberlebende, die ein bundesweites Netzwerk bilden und einen zentralen Bestandteil der Rehabilitationslandschaft darstellen.⁵ Sie haben sich als spezialisierte Einrichtungen etabliert, die therapeutische, medizinische, soziale und rechtliche Angebote unter einem Dach bündeln und damit eine umfassende Form der Rehabilitation ermöglichen. Diese Angebote sind nicht strukturfinanziert, sondern müssen von den PSZ, die als Akteure aus dem NGO-Bereich agieren, immer wieder neu ausgehandelt werden.⁶ Der Umfang der Rehabilitation ist damit auf prekäre Art und Weise immer von dem aktuell herrschen-

den politischen Umgang mit Schutzsuchenden und Überlebenden von Gewalt abhängig.

Die Wurzeln der Psychosozialen Zentren liegen in den Solidaritätsbewegungen der 1970er Jahre, insbesondere im Kontext der Aufnahme von Geflüchteten aus Chile nach dem Militärputsch von 1973. Das erste Zentrum dieser Art entstand 1979 in Frankfurt am Main, gegründet von Exil-Chilen*innen, die selbst Folter und politische Verfolgung erlebt hatten. Diese Aktivist*innen brachten nicht nur ihre eigenen Erfahrungen, sondern auch das in Lateinamerika entwickelte Konzept einer politisch verstandenen psychosozialen Arbeit nach Deutschland. Sie verstanden Heilung als einen Prozess, der untrennbar mit sozialer Gerechtigkeit, Solidarität und der Wiederherstellung von Würde verbunden ist.⁷ Damit stellten sie die damals dominierende medizinisch-individualistische Sichtweise auf Traumafolgen in Frage und forderten eine sozial und politisch eingebettete Form der Rehabilitation.⁸

Aus dieser Initiative entwickelte sich ein Modell, das bundesweit Nachahmung fand. In den folgenden Jahrzehnten entstanden in vielen Städten ähnliche Zentren, die sich schließlich in der **Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)** zusammenschlossen. Dieses Netzwerk fungiert bis heute als Dachverband, Interessenvertretung und Qualitätsforum der Einrichtungen. In den letzten 40 Jahren hat sich eine enorme Professionalisierung des Feldes, unter anderem in Bezug auf Traumatherapie und -sensibilität,

3 Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200–207.

4 BAfF e.V. (2020). *Rehabilitation von Folterüberlebenden in Deutschland*. Leitfaden für psychosoziale Arbeit. Berlin.

5 BAfF e.V. (2018). *Versorgung von traumatisierten Geflüchteten in Deutschland*. Herausforderungen und Perspektiven. Berlin.

6 BAfF e.V. (2025). *Policy Paper*. Finanzierungslücken bei Bundes- und EU-Mitteln zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter. Abzurufen unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2025/10/Policy-Paper_Finanzierungsluecken-PSZ-1.pdf

7 Rauchfuss, K., Cleusters, C., & Schmolze, B. (2024). An der Seite der Überlebenden: Therapiezentren für Folterüberlebende als Produkt der internationalen Solidarität. *PERIPHERIE - Politik, Ökonomie, Kultur*, 44(1), 53-78.

8 Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1449–1462.

Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200–207.

Transkulturalität und Antidiskriminierung sowie Sprach- und Kulturmittlung, ergeben.⁹

Ein zentrales Merkmal der PSZ ist ihre interdisziplinäre Struktur. Die interdisziplinäre Arbeit der PSZ umfasst typischerweise folgende Elemente:

- **Psychologische und (Trauma)therapeutische Versorgung** (z. B. Stabilisierung, Psychotherapie, Krisenintervention)
- **Sozialarbeit** zur Unterstützung bei Unterkunft, Existenzsicherung, sozialer Teilhabe und Behördenkontakten
- **Rechtsberatung** in aufenthalts- und asylrechtlichen Fragen, oft in Kooperation mit Fachanwält*innen
- In selteneren Fällen **medizinische Diagnostik und Behandlung** psychiatrischer und somatischer Folgen von Gewalt und Folter
- **Sprach- und Kulturmittlung**, um Kommunikation und kulturelle Sensibilität zu gewährleisten
- **Öffentlichkeits- und Menschenrechtsarbeit**, um auf strukturelle Ursachen von Gewalt und Flucht aufmerksam zu machen (BAfF, 2020).

Diese Bündelung von Fachdisziplinen ermöglicht es, individuelle Heilungsprozesse zu fördern und gleichzeitig die gesellschaftlichen Bedingungen der Betroffenen zu verbessern.

Die psychosoziale Arbeit mit Folterüberlebenden ist stets auch **menschenrechtlich** begründet. Die PSZ verstehen sich als Teil eines globalen Netzwerks von Einrichtungen, die die Umsetzung des Artikels 14 der **UN-Antifolterkonvention (CAT)** fördern, der das Recht auf wirksame Rehabilitation festschreibt. Das Leitprinzip der Arbeit ist die **Wiederherstellung**

von Würde, Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe.¹⁰ Ziel ist nicht allein die Linderung von Symptomen, sondern die Stärkung von Ressourcen und die Befähigung der Betroffenen, wieder Kontrolle über ihr Leben zu erlangen.¹¹ Dieser ermächtigende Ansatz unterscheidet die PSZ grundlegend von rein therapeutischen oder medizinischen Angeboten: Er betont, dass Heilung ein sozialer Prozess ist, der Solidarität, Anerkennung und strukturelle Gerechtigkeit erfordert.

Im menschenrechtlichen Sinne umfasst **Rehabilitation** nicht nur medizinische und psychologische Versorgung, sondern auch die **rechtliche und materielle Wiedergutmachung** für erlittene Folter oder andere schwere Menschenrechtsverletzungen. Nach **Artikel 14 der UN-Antifolterkonvention (CAT)** haben Staaten die Pflicht, sicherzustellen, dass Folterüberlebende ein durchsetzbares Recht auf Entschädigung und umfassende Wiedergutmachung erhalten. Diese Pflicht schließt die Rehabilitationsmaßnahmen ausdrücklich mit ein.

Im strafrechtlichen Kontext bedeutet dies, dass Überlebende von Folter grundsätzlich Anspruch auf **Schadensersatz, Schmerzensgeld und andere Formen materieller Entschädigung** haben, wenn die Täter*innen strafrechtlich verfolgt und verurteilt werden. Die Entschädigung kann dabei Teil des **Adhäsionsverfahrens** sein – also eines zivilrechtlichen Anspruchs, der im Strafprozess geltend gemacht wird – oder sie erfolgt nachträglich über zivilrechtliche Klagen gegen die Täter*innen oder den Staat.

In der Praxis ist der Zugang zu solchen Entschädigungen jedoch für viele Folterüberlebende **stark eingeschränkt**. Gründe sind die oft **fehlende strafrechtliche Verfolgung der Täter*innen**, mangelnde Beweissicherung (etwa bei Folter außerhalb des deutschen Hoheitsgebiets) und **hohe rechtliche Hürden** bei der Anerkennung von Folterfolgen als entschädigungsrelevanter Schaden.

9 www.baff-zentren.org

10 Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. Basic Books.

11 Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 9(3), 301–312.

Darüber hinaus können nach dem deutschen **Strafrechtlichen Entschädigungsgesetz (StrEG)** oder dem **Opferentschädigungsgesetz (OEG)** Leistungen in Betracht kommen, wenn die Tat in Deutschland verübt wurde. Bei im Ausland begangener Folter sind Entschädigungen regelmäßig nur über **völkerrechtliche Verfahren, zivilrechtliche Klagen oder Menschenrechtsmechanismen** (z. B. UN-Ausschüsse, Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte) zu erreichen.

Menschenrechtlich betrachtet ist Entschädigung nicht bloß eine finanzielle Leistung, sondern Teil des **Gesamtprozesses der Anerkennung und Gerechtigkeit**. Sie soll das Leid der Überlebenden sichtbar machen, gesellschaftliche Verantwortung herstellen und den Weg zur Rehabilitation ergänzen – gemeinsam mit medizinischer, psychologischer und sozialer Unterstützung.

Die vorliegende Publikation ist ein Ergebnis des Projekts „ExTo - Expansion and Strengthening of Structures for Identification and Rehabilitation of Torture Survivors“¹², welches die Verbesserung der Versorgung für Überlebende von Folter und anderer grausamer und unmenschlicher Behandlung in Deutschland zur Aufgabe hatte. In einer vorhergehenden Publikation wurde bereits ein **interdisziplinärer und idealtypischer Versorgungspfad** vorgestellt, der im Rahmen des Projektverbundes entwickelt und umgesetzt wurde.¹³

Das Projekt ExTo zielte darauf ab, die Versorgung und Rehabilitation von Menschen zu verbessern, die Folter oder andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende

Behandlung überlebt haben. Aufbauend auf den in Nordrhein-Westfalen entwickelten Versorgungsstrukturen wurden im Rahmen von ExTo bundesweit Verfahren erprobt und standardisiert, die eine frühzeitige Identifikation, Dokumentation und interdisziplinäre Begleitung von Betroffenen ermöglichen sollen.¹⁴

Im Mittelpunkt standen dabei die Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen – Psychotherapie, Medizin, Sozialarbeit, Rechtsmedizin und Asylrecht – um die oftmals fragmentierte Versorgung von Folterüberlebenden zu überwinden. Durch gezielte Schulungen in Aufnahmeeinrichtungen, Behörden, medizinischen und sozialen Diensten wurden Fachkräfte befähigt, Anzeichen von Folterfolgen zu erkennen und Betroffene an spezialisierte Stellen weiterzuleiten. Ein zentraler Bestandteil war die Entwicklung eines interdisziplinären Case-Managements, das Diagnostik, Dokumentation und Koordination von Hilfen zusammenführt. Grundlage bildete das **Istanbul-Protokoll** (siehe Infokasten), der internationale Standard zur Untersuchung und Dokumentation von Folter und deren Folgen.

Darüber hinaus wurden innerhalb des Projekts standardisierte Dokumentations- und Begutachtungsverfahren erprobt bzw. eingesetzt, unter anderem auf Basis der „**Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SBPM)**“¹⁵, **Empfehlungen zur forensisch-medizinischen Untersuchung von Gewaltopfern und Empfehlungen zur forensisch-medizinischen Untersuchung von Menschen mit Foltererleben**.¹⁶ Mit Blick auf die Aufgaben, welche das Istanbul-Protokoll unter „documentation of torture“ zusammen-

12 Gefördert durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfond (AMIF), 01.01.2023-31.12.2025

13 Into Justice (2022). Überlebende von Folter und schwerer Gewalt – Wege in die Rehabilitation. Abzurufen unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/04/Überlebende-von-Folter-und-schwerer-Gewalt.-Wege-in-die-Rehabilitation_BAIF_2023.pdf

14 Das Projekt wurde unter der Koordination der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V. in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, dem Psychosozialen Zentrum Düsseldorf e.V. und der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) durchgeführt. Gefördert wurde ExTo durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union. Weiterführende Informationen zum Projekt können hier abgerufen werden: <https://folterfolgen.de/>

15 Zugang zu den verschriftlichten Standards sowie Möglichkeiten der Fortbildung unter <https://www.sbp.de/>

16 Forensisch-medizinische Untersuchungen allgemein: Banaschak, S., Gerlach, K., Seifert, D. et al. Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Rechtsmedizin 24, 405–411 (2014). <https://doi.org/10.1007/s00194-014-0976-z>
Forensisch-medizinische Untersuchungen bei Foltererleben: Mayer, F., Ahls, F., Heyde, C. et al. Forensisch-medizinische Untersuchung von Menschen mit Foltererleben. Rechtsmedizin 33, 81–87 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00194-022-00603-y>

Das **Istanbul-Protokoll** ist das weltweit anerkannte Handbuch der Vereinten Nationen zur **Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe**. Es wurde 1999 erstmals veröffentlicht und 2022 umfassend überarbeitet (*Istanbul Protocol 2022 – Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*). Entwickelt wurde es durch ein internationales Netzwerk aus Ärzt*innen, Jurist*innen, Psychotherapeut*innen und Menschenrechtsorganisationen – mit dem Ziel, einen verbindlichen, multidisziplinären Standard für die Dokumentation von Folterfolgen zu schaffen.

Das Protokoll beschreibt detailliert, wie **medizinische und psychologische Untersuchungen** durchzuführen sind, um glaubhafte, objektivierbare Nachweise für erlittene Folter und Misshandlung zu erbringen. Ziel der Anwendung ist die **Erstellung eines Gutachtens**, das die erhobenen Befunde und Einschätzungen zu Art, Ausmaß und Folgen der Folter systematisch zusammenführt. Ein solches Gutachten kann in **Asyl-, Straf- oder Entschädigungsverfahren** entscheidende Bedeutung haben, da es eine qualifizierte Grundlage für die Bewertung der Glaubwürdigkeit und der Schutzbedürftigkeit der Betroffenen bietet.

Darüber hinaus definiert das Istanbul-Protokoll die **Pflichten der Staaten**, bei Hinweisen auf Folter unabhängige und unparteiische Untersuchungen zu gewährleisten und den Überlebenden Zugang zu wirksamer Rehabilitation zu sichern. Es versteht Folter dabei nicht nur als individuelles Trauma, sondern als **Verletzung der Menschenwürde und des Völkerrechts**.

fasst, ist vor allem bezogen auf körperliche Befunde eine Unterscheidung des reinen „Festhaltens“ eventuell vorhandener Befunde und einer gutachterlichen Bewertung / Einordnung sinnvoll. Gutachterliche Aufgaben bezogen auf forensisch-medizinische Fragestellungen fallen im deutschsprachigen Raum in weiten Teilen Fachärzt*innen für Rechtsmedizin zu. Diese werden nach der ärztlichen Approbation im Rahmen einer wenigstens fünf Jahre dauernden Weiterbildung explizit dahingehend geschult. Die gutachterlichen Tätigkeiten der Rechtsmedizin beinhalten konkret auch die sachverständige Bewertung äußerlich sichtbarer Gewaltfolgen. Davon abgegrenzt wird ganz explizit die reine schriftliche und fotografische Dokumentation von Verletzungen.

Die Anfertigung eines solchen Befundberichts (ohne weitergehende Interpretation) stellt vor allem auch zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung gewaltbetroffener Personen eine allgemeine ärztliche Aufgabe dar. Entsprechend ist auch im Falle von erlebter Folter anzustreben, dass eine Dokumentation körperlicher Folterfolgen von allen Ärzt*innen geleistet wird, wohingegen die Erstellung eines Gutachtens – ggfs. auf der Basis so entstandener Befundberichte – durch die Rechtsmedizin erfolgt. Im Rahmen des ExTo-Projekts wurde ein digitales Tool entwickelt, das die Dokumentation von physischen Folterfolgen auch für Ärzt*innen ohne rechtsmedizinischen Hintergrund ermöglichen / erleichtern soll.

Mit ExTo entstand ein bundesweiter Modellansatz, der die Verknüpfung von psychosozialer, (rechts-)medizinischer und rechtlicher Unterstützung stärkt und die Rechte von Folterüberlebenden gemäß Artikel 14 der UN-Antifolterkonvention konkretisiert. Ziel ist es, langfristig eine nachhaltige, zugängliche und qualitätsgesicherte Struktur der Rehabilitation zu schaffen – und damit den Anspruch auf Wiedergutmachung in die Praxis umzusetzen.

Die vorliegende Publikation widmet sich der **Rehabilitation von Folterüberlebenden in Deutschland** und vereint qualitative und quantitative Perspektiven auf bestehende Versorgungsstrukturen. Im Mittelpunkt steht die Frage, **wie Zugänge zur Versorgung entstehen, welche strukturellen Bedingungen diese beeinflussen und welche Formen von Kooperation und Netzwerkarbeit eine nachhaltige Rehabilitation ermöglichen.** Neben der Arbeit der PSZ und dem spezifischen Projekt ExTo, mit seiner besonderen Einbindung der Rechtsmedizin, ist die Regelversorgung alleine aufgrund der massiven Folgeerkrankungen seit Jahren mit der Versorgung von Folterüberlebenden befasst, ohne sich als spezifischer Akteur zu positionieren.

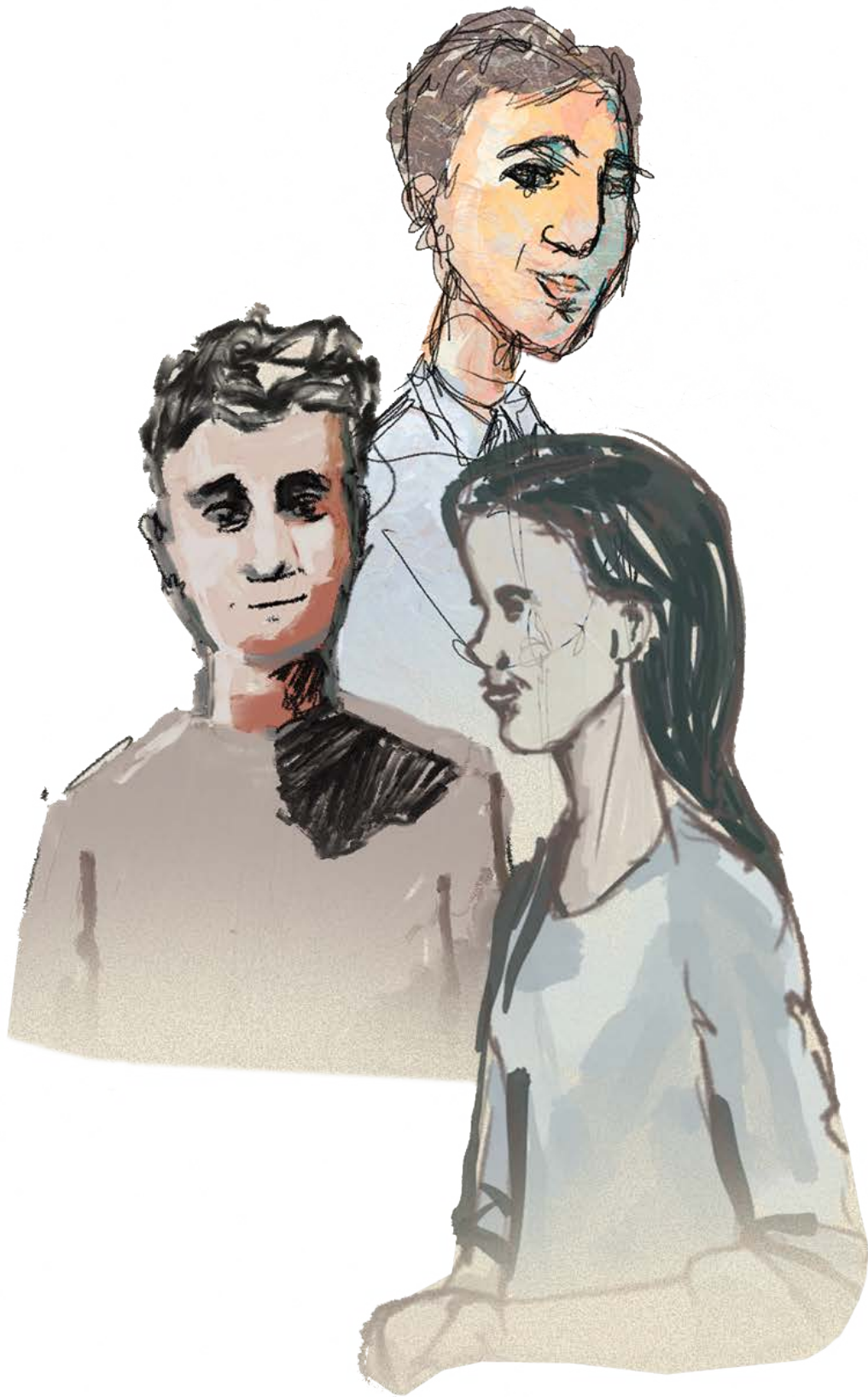
Die Analyse basiert auf Interviews mit Fachkräften aus Psychosozialen Zentren (PSZ), Einrichtungen der Regelversorgung und der Rechtsmedizin sowie auf ergänzenden Daten der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete und Folterüberlebende (BAfF). Sie beleuchtet zentrale Themenfelder: **Zugang und Identifikation, strukturelle Rahmenbedingungen, Kooperationen und Netzwerke, Dokumentation und Begutachtung, Versorgungsbarrieren und institutionelle Hürden, Good Practice und förderliche Bedingungen** sowie das übergreifende Thema **Gerechtigkeit** in der Versorgung.

Die qualitative Auswertung wird durch **quantitative Erhebungsdaten** kontextualisiert, wodurch ein facettenreicher Einblick in die aktuelle Versorgungslage entsteht. Die Ergebnisse sind **nicht repräsentativ**, bieten

jedoch einen **dichten, praxisnahen Einblick** in die Realität bestehender Netzwerke und interdisziplinärer Arbeitsweisen.

Ergänzend zur empirischen Analyse gibt ein Interview mit einer erfahrenen Psychotherapeutin Einblicke in die **psychischen Folgen von Gewalt und Entrechtung auf der Flucht und an den europäischen Außengrenzen.**

Abschließend wird der Ansatz „**Gerechtigkeit**“ vorgestellt – ein theoretisch und praktisch fundiertes Konzept, das die Bedeutung von Anerkennung und sozialer Teilhabe als Teil der Rehabilitation betont. Anhand ausgewählter Fallbeispiele werden die Erfahrungen von Klient*innen nachvollziehbar gemacht, die in ihrem therapeutischen und sozialen Prozess begleitet wurden.



Analyse des Rehabilitationssystems

Einleitung und methodischer Rahmen

Die vorliegende Analyse untersucht Strukturen, Herausforderungen und förderliche Bedingungen der Rehabilitation von Folterüberlebenden in Deutschland. Datengrundlage bilden 15 leitfadengestützte Interviews sowie fünf kürzere Gespräche mit Fachkräften aus unterschiedlichen Versorgungsstrukturen – darunter Psychosoziale Zentren (PSZ) (n=11), transkulturelle Ambulanzen (n=1), Tageskliniken (n=1), Regelversorgungseinrichtungen (n=4), Rechtsmedizin (n=1) und Case Management im Rahmen des ExTo-Projekts (n=2) sowie eine quantitative Auswertung von Versorgungszahlen aus den PSZ. Der Ausgangspunkt der Analyse ist eine Befragung von Mitarbeitenden aus den PSZ, die ihre Klient*innen in die Regelversorgung vermittelt haben.

Ziel der Untersuchung war es, ein vertieftes Verständnis der Funktionsweise von Rehabilitationsnetzwerken zu gewinnen, strukturelle Barrieren zu identifizieren und Konzepte von „Gerechtigkeit“ im Kontext der Versorgung und Dokumentation von Folterfolgen einzubinden. Methodisch orientiert sich die Analyse an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Das deduktive Kategoriensystem (15 Hauptkategorien) wurde durch induktive Kategorien ergänzt. Inhaltlich reicht das Material von konkreten Fallverläufen über Fragen der interdisziplinären Kooperation bis zu konzeptionellen Überlegungen zur Gerechtigkeit und

staatlicher Verantwortung. Alle im Text verwendeten Zitate wurden im Zuge der qualitativen Analyse vollständig anonymisiert. Zur Wahrung der Vertraulichkeit werden die Sprecher*innen durch frei gewählte Initialen gekennzeichnet, die keinen Rückschluss auf reale Personen zulassen.

Identifikation von Folterüberlebenden und Zugang zu Rehabilitation

Fehlende systematische Erfassung, Screening und Erstgespräche

Trotz einzelner Initiativen existiert in Deutschland kein standardisiertes Verfahren zur Identifikation von Folterüberlebenden. Weder Ämter noch Erstaufnahmeeinrichtungen verfügen über einheitliche Protokolle oder verpflichtende Schulungen. Dies führt zu **Untererfassung und verspäteter Unterstützung**. Der Mangel an systematischem Screening stellt eine zentrale Barriere dar, da Foltererfahrungen oft **zunächst nicht erzählt, verdrängt oder schambesetzt** bleiben und nur in einem vertrauensvollen therapeutischen Kontext ansprechbar sind. Die Zugangswege zur Rehabilitation sind von Zufällen abhängig.¹⁷ Einige Einrichtungen nutzen Screening-Verfahren bereits in der Aufnahmephase, um Foltererfahrungen frühzeitig zu erkennen.

„Wir sind bei uns so aufgestellt, dass wir versuchen, zumindest im Aufnahmegespräch schon danach zu screenen, ob Folter passiert ist oder auch Gewalt an den EU-Außengrenzen“

Case Management C., ExTo-Projekt

Diese aktive Abfrage stellt eine wichtige Sensibilisierungsmaßnahme dar – sie ist jedoch nicht flächendeckend etabliert. Einige Fachkräfte betonen, dass eine direkte Nachfrage nur bei konkretem Verdacht erfolgt.

„Wir fragen in den Erstgesprächen nicht explizit nach Folter, es sei denn natürlich, Klient*innen erwähnen das von sich aus explizit oder es wird eine Inhaftierung erwähnt, dann fragen wir auch nach.“

Psychotherapeutin E., PSZ

„Wir benutzen den PROTECT-Fragebogen¹⁸ und da ist schon eine Standardfrage, inwieweit die Person Opfer von Folter oder Gewalt wurde. Aber wir haben auch sehr instabile Klient*innen, wo wir diese Frage nicht am Anfang stellen, sondern nur die Frage nach den Erinnerungen an traumatische Erlebnisse. Also ‘gibt es Dinge, an die sie immer wieder denken müssen, aber noch nicht konkret erzählen wollen, was passiert ist?’ Meistens haben wir die Erfahrung, dass nach drei bis fünf Sitzungen die Klient*innen von sich aus das Bedürfnis haben, tiefer zu gehen und mehr zu erzählen oder dass es bei der Erstellung der Stellungnahme einfach notwendig wird.“

Psychotherapeutin A., PSZ

17 BAfF und Rosa Strippe e.V. (2023): Policy Paper. Empfehlungen zur systematischen Identifizierung besonderer Schutzbedarfe. Abzurufen unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/03/PolicyPaper_besondere-Schutzbedarfe.pdf

18 Der PROTECT-Fragebogen ist ein Instrument zur frühzeitigen Identifizierung von Schutzsuchenden, die Opfer von Folter oder anderen Formen gravierender psychischer, sexueller oder physischer Gewalt geworden sind. In verschiedenen Sprachen abzurufen unter: <https://www.ueberleben.org/unsere-arbeit/projekte/protect/>

„Bei uns kommt es auf den Kontext an. In der Erstaufnahme könnten wir solche Fragen stellen. Wenn die Leute irgendwo ganz unsicher in einer bedrohlichen Lage auf dem Land untergebracht werden, können wir sie nicht stellen. Wenn sie wieder länger bei uns angebunden sind und wir wissen, es ist ein bisschen stabiler geworden, dann können wir sie wieder stellen.“

Psychotherapeutin D., PSZ

Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen spiegeln die Bandbreite zwischen **institutionalisiertem Screening** und **situativem, klinisch-intuitivem Nachfragen** wider. Gründe für den Verzicht auf ein standardisiertes Verfahren liegen in fehlender Qualifizierung, begrenzten Ressourcen oder der Sorge, in unsicheren Kontexten reaktivierende oder sogar retraumatisierende Effekte auszulösen. Zugleich verweisen einzelne Fachkräfte darauf, dass eine gezielte Sensibilisierung im Team – etwa durch Projekte wie ExTo – auch ohne formelles Screening zu einer erhöhten Aufmerksamkeit für das Thema führen kann.

Vermittlungswege und Netzwerkverweis

Zugang zu Versorgung entsteht häufig über **bestehende Beratungs- und Unterstützungsstrukturen**:

„Die Kinder und Jugendlichen sind hauptsächlich unbegleitete Minderjährige [...] angemeldet von den Wohngruppen, psychologischen Fachdiensten oder nach der Kinderpsychiatrie.“

Kinder- und Jugendpsychiater u.
-psychotherapeut N., PSZ

„Da gibt es sowohl Leute, die sich selber melden, als auch über Sozialarbeiter oder Rechtsanwälte.“

Psychotherapeutin E., PSZ

In vielen Fällen spielt das informelle Wissen über spezialisierte Angebote eine entscheidende Rolle: Kanzleien, Sozialarbeitende oder frühere Klient*innen vermitteln gezielt weiter.

„Ich glaube, wir haben den Vorteil, dass viele Organisationen im Raum wissen, dass wir Folterüberlebende versuchen mitzuversorgen, und deswegen explizit zu uns weitervermitteln.“

Case Management G., ExTo-Projekt

Damit zeigt sich: **Erreichbarkeit** ist weniger eine Frage formaler Zuweisung als sozialer Verankerung – ein Beispiel für gelebte Netzwerkarbeit. In einem anderen Beispiel wurde eine Art des Case Managements durch die Stadt sichergestellt:

„Und es gibt tatsächlich vom Gesundheitsreferat der Stadt eine

spezielle Krankenschwester, die sich um ganz schwere Fälle kümmert. Wenn jemand neu angekommen ist [...] von Anfang an waren die Hürden, behandelt zu werden, eben nicht so groß, weil da von der Stadt diese Krankenschwester beteiligt war, die dann ganz viel in die Wege geleitet hat.“

Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie B., PSZ

Dort, wo kommunale Strukturen wie Gesundheitsreferate aktiv sind, können **Koordination und Zugänge erleichtert** werden – eine Form von Good Practice, die in anderen Regionen fehlt.

Dokumentation und Begutachtung

Die Interviewten unterscheiden zwischen **psychologischen Stellungnahmen, fachärztlichen Attesten und rechtsmedizinischen Gutachten**. Während PSZ und Therapeut*innen häufig psychologische Stellungnahmen für Asylverfahren oder Sozialhilfeträger verfassen, findet eine eigentliche **Dokumentation körperlicher Folterspuren** meist nur in Kooperation mit der Rechtsmedizin statt.

„Wir erstellen kürzere psychologische Stellungnahmen für die Anhörung [...]. Gutachterliche Stellungnahmen schreiben wir alle zwei Monate gemeinsam mit einem Facharzt. Dort wird auch die Folter ausführlich beschrieben.“

Psychotherapeutin A., PSZ

„Für Dokumentation wird in das ExTo-Projekt vermittelt. In der Tagesklinik ist der Fokus auf Behandlung. Die Patient*innen sind oft schon im Projekt angebunden und eine Begutachtung der Folterfolgen hat bereits stattgefunden.“

Psychotherapeutin H., Tagesklinik

Die Dokumentation erfordert die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen – Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit, Rechtsmedizin. Rechtsmediziner*innen betonen ihre Rolle als **objektive Instanz**:

„Die Rechtsmedizin besitzt die Expertise zur Begutachtung von körperlichen Verletzungen. [...] Auch Menschen mit Foltererleben

muss ein Zugang zu einer neutralen und objektiven Begutachtung ermöglicht werden.“

Rechtsmediziner I.

Diese Perspektive ergänzt die eher beziehungsorientierte Sicht der Psychosozialen Zentren, die Dokumentation als Teil eines **therapeutisch-unterstützenden Prozesses** verstehen.

„Die wollen es zeigen, sie wollen ihre Geschichte erzählen und dieses Unrecht bekannt machen.“

Kinder- und Jugendpsychiater u.
-psychotherapeut N., PSZ

Die Herausforderung besteht darin, diese beiden Logiken – Objektivität und Subjektivität – **komplementär** statt konkurrierend zu gestalten. Mehrere Fachkräfte betonen, dass Dokumentation über ihren juristischen Zweck hinaus auch eine **symbolische Funktion** erfüllt – als Akt der Sichtbarmachung und Anerkennung. Dokumentation kann eine Form von **Rehumanisierung** sein – ein Prozess, in dem Überlebende ihre Erfahrung in einen sozialen und rechtlichen Kontext zurückholen.





Bedarfsklärung Rechtsmedizinische Begutachtung

Allgemeine Informationen:

Name der anmeldenden Kolleg/in: _____ Datum der Anmeldung: _____

Name Klient/in: _____ Geburtsdatum: _____
Sprachkenntnisse: _____ Geschlecht: _____

Krankenversicherungskarte vorhanden? nein ja: _____

Das rechtsmedizinische Gutachten wird benötigt für:

- Aufenthaltssicherung
 mögliche strafrechtliche Verfolgung der Täter
 sonstiges: _____

Aktueller Verfahrensstand: Asylverfahren, BAMF Interview fertig, noch keine Entscheidung

Bezüglich einer Terminvereinbarung in der RM: Sind Fristen zu beachten? nein ja

Wird eine Stellungnahme im PSZ zur psychischen Symptomatik verfasst? nein ja

Angaben zur Folter und den Folterfolgen:

Über welche Art von Folter wird berichtet?

- 1 Schläge 2 Schläge mit Gegenständen _____
 3 Tritte
 4 scharfe Gewalt: Stiche, Schnitte
 5 Elektroschock (Lokalisation: _____)
 6 Erstickung
 7 Wasserfolter
 8 Verbrennungen/ Verbrühungen
 9 Fesselung 10 Aufhängen 11 Positionsfolter
 12 Hunger 13 Schlafverhinderung 14 Dauerlicht 15 Lärm
 16 erzwungene Zeugenschaft von Gewalt
 17 sexualisierte Folter
 18 Vergewaltigung
 19 Tabubruch/ Beschämung
 20 Zwang zu sexuellen Handlungen
 21 _____
 22 Isolation
 23 _____
 24 _____

Täter: _____

Welche Körperbereiche sind betroffen? (Bitte in Anlage markieren) _____



Wann bzw. in welchem Zeitraum war/en die Foltererfahrung/en? Wie oft?

Ereignis, ggf. Art siehe Ziffer oben	Jahr, Monat, ggf. Datum	Ort	Kommentar, ggf. zugehörige Dokumente

Werden Schmerzen berichtet?

nein ja, in folgenden Bereichen: _____

Werden Funktionseinschränkungen an den betroffenen Körperstellen berichtet (z.B. Sehstörungen, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsstörungen o.ä.)?

nein ja, in folgenden Bereichen: _____

Gab es bereits ärztl. Untersuchungen oder Eingriffe? Gibt es Atteste? Wurde ein Röntgen, MRT, Szintigrafie, etc. durchgeführt?

nein ja, von folgenden Ärzten: _____

Hat der/die Klient*in eigene Fotos von seinem Körper unmittelbar nach der Folter? nein ja

Weiteres:

Psychologische Folterfolgen / Symptome / Diagnosen: _____

Soziale Folterfolgen: _____

Zur Untersuchung in der Rechtsmedizin:

Der Klient ist bereits über die Möglichkeit einer rechtsmedizinischen Untersuchung informiert

nein ja

Es besteht keine akute Suizidalität bzw. der/die Klientin ist ausreichend von Suizidalität distanzierbar.

nein ja ja, aber Zustand kritisch, im Krisenfall kann während / nach der RM-Untersuchung
kann folgende Person angerufen werden: _____

Welche Sprachmittler/in ist geeignet?

Am besten eine konkrete Person sowie Alternativen: _____

Sprache(n): _____ Geschlecht der Sprachmittler/in: _____

Strukturelle Rahmenbedingungen der Rehabilitation

Finanzierungslogiken und bürokratische Barrieren

Fast alle Interviewten nennen Finanzierungsprobleme als entscheidendes Hindernis für ihre Arbeit. Während die Behandlung Geflüchteter formal über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) möglich ist, erschweren lokale Umsetzungspraktiken den Zugang massiv. Insbesondere psychotherapeutische Leistungen sind schwer zu finanzieren, wenn noch kein Aufenthaltstitel oder Krankenversicherung vorliegt. (Für mehr Informationen siehe Infokasten). Einige PSZ bemühen sich um Alternativen zur Finanzierung über die gesetzlich zuständigen Leistungsträger durch Projektgelder, Stiftungsmittel oder ehrenamtliche Behandlungen, doch dies wird als prekäre Zwischenlösung erlebt:

„Wir haben die Psychotherapie tatsächlich jetzt ohne eine Abrechnung über die Krankenkasse über Projekte finanziert. Auch weil sonst die Sprachmittlungskosten nicht gedeckt wären.“

Kinder- und Jugendpsychiater u.
-psychotherapeut N., PSZ

Auch in der Regelversorgung können selbst einzelne Maßnahmen wie Psychotherapie aufgrund der Einschränkungen durch das AsylbLG nur mit einem großen bürokratischen Aufwand erfolgen und sind dem Ermessen der Sozialämter unterlegen:

„In der Regel ist die Finanzierung schon gesichert, wenn Patient*innen in die Tagesklinik kommen. Manchmal wird allerdings nur eine begrenzte Wochenzahl genehmigt. Der Weg über die Krankenkasse ist natürlich viel weniger aufwendig, die Beantragung beim Sozialamt ist ein großer bürokratischer Aufwand und dauert entsprechend.“

Psychotherapeutin H., Tagesklinik

Die strukturelle Unsicherheit wirkt sich unmittelbar auf die Klient*innen aus, es entsteht ein Zustand permanenter Versorgungsprovisorien und Wartephasen, die überbrückt werden müssen.

Die Interviews zeigen deutlich, dass das deutsche Gesundheitssystem auf Sektoren (ambulant, stationär, rehabilitativ) ausgerichtet ist, während die Bedarfe von Folterüberlebenden intersektoral und interdisziplinär sind.

So betont eine Psychotherapeutin:

„Ich glaube, für jemanden im Asylverfahren halte ich das für super unrealistisch, dass es sowas wie eine psychosomatische Reha gibt. Und selbst für jemanden mit sicherem Aufenthalt – das wäre nur möglich, wenn es jemanden gibt, der alle Fäden zusammenhält.“

Case Management C., ExTo-Projekt

Auch die Dokumentation von Folterspuren durch eine Rechtsmedizin muss privat oder über Projekte finanziert werden, da es keine anderen Kostenträger gibt. In der Theorie könnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Begutachtung anfordern, wenn im Rahmen des Asylverfahrens von Foltererfahrungen berichtet wird. In der Praxis ist ein solcher Fall jedoch nicht bekannt. Eine Psychotherapeutin schildert:

„Wir haben über die Jahre immer wieder die Rechtsmedizin hier [...] die uns auch sehr schnell Termine zur Verfügung stellen können. Da ist dann eher die Hürde, dass es sich als sinnvoll erwiesen hat und auch die Rechtsmedizin das wünschenswert findet, dass von uns dann schon eine Stellungnahme im Bericht vorliegt. Dass wir erstmal in Vorarbeit gehen und dann den Termin vereinbaren und natürlich die Finanzierung. Die Untersuchung ist kostenlos, aber die Berichterstellung ist kostenpflichtig. In der Vergangenheit war es so, dass wir das mit den Klient*innen auch immer besprochen haben, ob sie sich das vorstellen können, selbst zu bezahlen. Und zuletzt haben wir über Amnesty International Gelder eingeworben und die auch genehmigt bekommen. (..) Parallel dazu hätten wir jetzt bei Better Place einen Aufruf gemacht.“

Psychotherapeutin A., PSZ

Hier offenbart sich ein grundlegendes Strukturproblem: Rehabilitative Kontinuität – von der Erstversorgung über Diagnostik und Dokumentation bis zur Nachsorge – ist institutionell nicht vorgesehen. Es fehlt an Finanzierung und Koordinationsstellen, die solche Prozesse begleiten könnten.



Psychotherapie und medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Das **Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)** regelt die Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und andere Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Nach § 4 AsylbLG besteht zunächst Anspruch nur auf die **Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände**. Dazu gehören ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die notwendig sind, um akute Leiden zu lindern oder lebensbedrohliche Zustände abzuwenden.

Leistungen, die darüber hinausgehen – etwa **Psychotherapie, Traumabehandlung oder die Behandlung chronischer Erkrankungen** – können nach § 6 AsylbLG gewährt werden, wenn sie im Einzelfall „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ sind. Die Entscheidung darüber liegt bei den Behörden, die für die AsylbLG-Leistungen zuständig sind. Das sind in der Regel die Sozialämter. Die Prüfung erfolgt individuell auf Grundlage eines ärztlichen oder psychotherapeutischen Befundberichts.

In der Praxis führt diese Regelung zu **regional sehr unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten**: In manchen Bundesländern oder Kommunen werden Kostenübernahmen für Psychotherapie regelmäßig gewährt, in anderen nur restriktiv oder nach langer Bearbeitungszeit. Sprachmittlung (Dolmetschen) wird meist nicht automatisch finanziert, obwohl sie für eine wirksame psychotherapeutische Behandlung unerlässlich ist.

Durch das „**Rückführungsverbesserungsgesetz**“, das am **27. Februar 2024** in Kraft trat, wurde der Zeitraum bis zum Erhalt sogenannter **Analogleistungen nach § 2 AsylbLG** verlängert. Analogleistungen bedeuten hier, dass eine Krankenversorgung vergleichbar mit den gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen möglich ist. Statt nach 18 Monaten erhalten AsylbLG-Leistungsberechtigte diese Leistungen nun **erst nach 36 Monaten** ihres Aufenthalts. Die Bundesregierung begründete diese Änderung damit, dass Menschen im Asylverfahren oder mit Duldung in den ersten drei Jahren „noch keine Perspektive auf einen Daueraufenthalt“ hätten (Bundestag-Drucksache 20/10090 vom 17. 1. 2024, S. 22).

Diese Verlängerung verschärft die ohnehin bestehenden Versorgungsbarrieren erheblich: Asylsuchende bleiben länger auf die eingeschränkten Grundleistungen angewiesen, während komplexe Behandlungsbedarfe – etwa nach Folter, Krieg oder Flucht – häufig nicht gedeckt werden können. **Psychosoziale Zentren (PSZ)** und spezialisierte Initiativen übernehmen hier eine zentrale Brückenfunktion: Sie ermöglichen psychotherapeutische Erstversorgung, Begutachtung und Dokumentation, unterstützen bei Anträgen auf Kostenübernahme und vermitteln Betroffene in weiterführende Behandlung.

Fazit: Die psychotherapeutische Versorgung auf Grundlage des AsylbLG ist rechtlich möglich, aber praktisch erschwert. Die Verlängerung des Bezugszeitraums bis zum Anspruch auf Analogleistungen verschärft den Ausschluss vieler Geflüchteter von regulärer Gesundheitsversorgung. Eine strukturelle Finanzierung, inklusive Sprachmittlungsleistungen, bleibt Voraussetzung für eine menschenrechtskonforme und nachhaltige Versorgung traumatisierter Menschen.

Projektabhängigkeit und institutionelle Instabilität

In den Interviews wird deutlich, dass die Rehabilitation von Folterüberlebenden in Deutschland in hohem Maße von projektbasierten Strukturen abhängig ist. Die Interviewpartner*innen berichten, dass grundsätzlich institutionelle Stabilität und kontinuierliche Finanzierungszusagen fehlen.

Das Projekt ExTo („Expansion and Strengthening of Structures for Identification and Rehabilitation of Torture Survivors“) wird wiederholt als zentrale Stütze genannt, deren Wegfall gravierende Folgen hätte. Eine Psychotherapeutin aus dem Projekt äußert sich über das Projektende folgendermaßen:

„Ich glaube, das wird nicht weiterlaufen können, ehrlich gesagt. Also ja, dann wird es wahrscheinlich bei dem Schritt bleiben, dass wir alle möglichen Befundberichte zusammensammeln. Es wird kein übergeordnetes Institut oder eine Fachdisziplinen-Einschätzung geben.“

Case Management G., ExTo-Projekt

Diese Aussage steht exemplarisch für die Sorge vieler Fachkräfte, dass die erreichten interdisziplinären Strukturen – etwa zwischen psychosozialer Beratung, ärztlicher Dokumentation und Rechtsmedizin – zur Begutachtung von Folterfolgen nach Auslaufen der Projektförderung wieder auseinanderfallen. Die Erfahrung zeigt: Während spezialisierte Projekte interdisziplinär, kultursensibel und klient*innenzentriert arbeiten, führt der Rückfall in Einzelstrukturen zu einer **Entdifferenzierung und Abhängigkeit vom Engagement einzelner Fachkräfte** in der Versorgung. Rehabilitation wird damit dem Zufall und den Trends der Projektarbeit überlassen. Verloren geht die Nachhaltigkeit und die Spezialisierung in den PSZ.

Unterschiedliche institutionelle Logiken

Ein wiederkehrendes Muster in den Interviews ist das Spannungsverhältnis zwischen spezialisierten Einrichtungen und der gesundheitlichen Regelversorgung. Während erstere gezielt auf Folterüberlebende ausgerichtet sind, agiert letztere in einem System, das auf Standardfälle und Kosteneffizienz zugeschnitten ist.

„Für die gutachterlichen Stellungnahmen im Sinne von § 60.7 [gemeint ist § 60 Abs. 7 AufenthG - Anm. d. Verfass.] gibt es keine Kooperation in die Regelversorgung. Es gibt einen Psychiater in Rente, der das ehrenamtlich macht.“

Leitung J., PSZ

Diese Aussage verdeutlicht: Für zentrale Elemente wie Dokumentation von Folterspuren oder begleitende Stellungnahmen im Asylverfahren existieren in der Regelversorgung keine systematischen Verfahren oder Zuständigkeiten. Die Folge ist eine Parallelstruktur, in der spezialisierte Akteure Aufgaben übernehmen, die eigentlich staatlich verankert sein müssten.

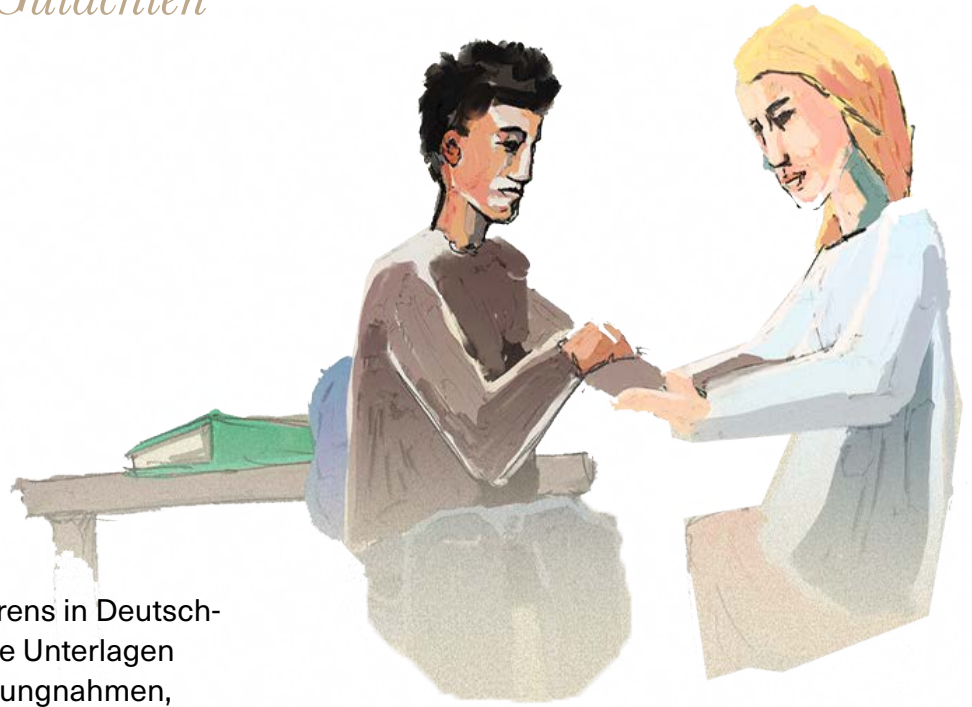
Eine Therapeutin aus einem PSZ betont, dass die Versorgung in der Regelversorgung¹⁹ häufig an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Asylrecht scheitert:

„Ich kann mich entscheiden zwischen: Ich kriege schnell einen Termin bei Ärzt*innen, die uns solidarisch gegenüberstehen, oder wir gehen den langen, aufwendigen Weg über Sani-Stationen, Asylleistungen und Anträge, der Wochen dauern kann.“

Psychotherapeutin E., PSZ

Hier wird deutlich, dass professionelle Standards (Zugangsgerechtigkeit, Fachlichkeit, Nachsorge) in Konkurrenz zu bürokratischen und aufenthaltsrechtlichen Hürden geraten. Rehabilitation wird so nicht nur zu einer medizinisch-psychosozialen, sondern auch zu einer administrativen Aushandlung, in der Fachkräfte die Zugänge erst schaffen müssen.

¹⁹ Unter „Regelversorgung“ sind Leistungen zu verstehen, die allen gesetzlich Krankenversicherten zustehen.



Während eines Asylverfahrens in Deutschland können unterschiedliche Unterlagen – insbesondere Atteste, Stellungnahmen, Berichte und Gutachten – zu unterschiedlichen Zeitpunkten notwendig werden. Diese Dokumente erfüllen verschiedene Funktionen: Sie sollen besondere Schutzbedürftigkeit nachweisen, Änderungen im Verfahrensablauf rechtfertigen, Fluchtgründe untermauern oder Abschiebungsverbote begründen.

Nachweis besonderer Schutzbedürftigkeit (Vulnerabilität)

Diese Unterlagen dienen dazu, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), den Ausländerbehörden und anderen Behörden mitzuteilen, dass eine Person aufgrund besonderer Umstände als schutzbedürftig gilt.²⁰ Dies kann Einfluss auf die Unterbringung, die medizinische Versorgung und den Ablauf der Anhörung haben, um einen Schutz vor Retraumatisierung und ein faires Asylverfahren zu gewährleisten.

²⁰ Mehr Informationen sind im “Leitfaden für die Erkennung besonderer Schutzbedarfe von geflüchteten Menschen” zu finden, abzurufen unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/03/Leitfaden_besondere-Schutzbedarfe.pdf

Typische Unterlagen bei Überlebenden von Folter sind unter anderem:

- Ärztliche Atteste über körperliche und psychische Erkrankungen
- Psychiatrische oder psychologische Stellungnahmen
- Psychotherapeutische Berichte
- Berichte Psychosozialer Zentren (PSZ)
- Entlassberichte nach stationären Aufenthalten
- Sozialarbeiterische Stellungnahmen zur besonderen Belastungslage
- Kurze Bescheinigung besonderer Schutzbedürftigkeit

Sicherstellung besonderer Verfahrensgarantien (insbesondere für die Anhörung)

Der Nachweis über diese Dokumente soll bewirken, dass Anhörungen im Asylverfahren so gestaltet werden, dass die betroffene Person ihre Fluchtgründe vollständig und ohne gesundheitliche Gefährdung schildern kann und eine Fehlentscheidung durch falsch interpretierte Symptome vermieden wird.

Untermauerung der Asylgründe / Glaubhaftmachung von Verfolgung

Manche Unterlagen stützen direkt den Vortrag in der Anhörung, insbesondere wenn körperliche oder psychische Spuren der Verfolgung dokumentiert werden, durch die ein Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Folgen und der Fluchtgeschichte hergestellt werden kann.

Begründung von Rechtsmitteln im Klageverfahren

Im gerichtlichen Verfahren gewinnt die Qualität und Tiefe der Unterlagen an Bedeutung. Sie dienen dazu, Fehler des BAMF und anderer Behörden zu korrigieren oder neue Erkenntnisse zum Gesundheitszustand vorzulegen.

Typische Unterlagen:

- Fachärztliche Atteste, psychologische oder psychotherapeutische Stellungnahmen über psychische Verfasstheit und Symptomatik (z.B. Erinnerungslücken, Trigger oder Retraumatisierungsrisiken, Gesprächsunfähigkeit oder eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit)
- Stellungnahmen über die Notwendigkeit bestimmter Anhörungsbedingungen (z. B. gleichgeschlechtliche Anhörer*in, Pausen, traumasensibles Setting)
- Bescheinigungen über besondere Bedarfe von Kindern während der Anhörung

Typische Unterlagen:

- Fachärztliche Atteste (in der Regel psychiatrische), psychologische oder psychotherapeutische Stellungnahmen, die die Verfolgungserlebnisse berücksichtigen und die Diagnostik von z.B. Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), Depression, Angststörung oder anderen Erkrankungen beinhalten (idealerweise orientiert an den SBPM-Standards)
- Ärztliche Dokumentation von Verletzungen
- Krankenhausberichte über frühere Verletzungen oder Folgeschäden
- Interdisziplinäre Gutachten nach dem Istanbul-Protokoll

Typische Unterlagen:

- Fachpsychiatrische oder psychologische Gutachten
- Psychologische und psychotherapeutische Stellungnahmen (auch: Behandlungspläne und Nachweise regelmäßiger Therapie)
- Interdisziplinäre Gutachten nach dem Istanbul-Protokoll
- Krankenhausberichte (stationäre Aufenthalte, Diagnostik)
- Stellungnahmen des Jugendamts oder von Fachstellen
- Berichte zu Versorgungslücken im Herkunftsland (medizinisch, therapeutisch)

Erlangung eines Abschiebungsverbots nach § 60 AufenthG

Diese Unterlagen konzentrieren sich darauf, darzulegen, dass eine Rückkehr in das Herkunftsland zu einer erheblichen Gefahr für Leib, Leben oder Gesundheit führen würde. Seit einer Gesetzesverschärfung werden für diesen Zweck nur noch fachärztliche Atteste anerkannt, obwohl Psychotherapeut*innen die notwendige Expertise mitbringen, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren und ihre Entwicklungen einzuschätzen.²¹

²¹ Positionspapier zur Anerkennung ärztlicher und psychotherapeutischer Expertise in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren, abzurufen unter: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/Positionspapier_Sicherstellung_der_Rechte_von_Schutzsuchenden_im_Asylverfahren.pdf

Erlangung einer Duldung oder Aufenthalt aus gesundheitlichen Gründen

Wenn kein Asyl- oder Abschiebungsschutz besteht, können medizinische Gründe eine vorübergehende oder dauerhafte Duldung rechtfertigen.

Typische Unterlagen:

- Fachärztliche Stellungnahmen zu schweren oder chronischen Erkrankungen
- Psychiatrische Gutachten zu psychischen Erkrankungen, Suizidrisiko und dessen Entwicklung
- Berichte über notwendige, im Herkunftsland nicht verfügbare Behandlungen
- Atteste über die fehlende Versorgungslage oder fehlende familiäre Unterstützung
- Berichte über drohende Verschlechterung des Gesundheitszustands
- Informationen über Medikamentenverfügbarkeit im Herkunftsland

Typische Unterlagen:

- Atteste über vorübergehende oder dauerhafte Reiseunfähigkeit
- Bescheinigungen zur Transportunfähigkeit
- Bestätigungen notwendiger medizinischer Behandlungen, die nicht unterbrochen werden dürfen
- Bescheinigungen zu Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung
- Nachweise über unaufschiebbare Operationen oder Therapien
- Berichte über Abhängigkeit von bestimmten Medikamenten, die im Herkunftsland nicht verfügbar sind



Emotionale und institutionelle Folgen für Fachkräfte

Die strukturellen Barrieren hinterlassen auch Spuren bei den Behandelnden selbst. Die emotionale Belastung entsteht nicht nur durch die Arbeit mit Traumatisierten, sondern auch durch die ständige Konfrontation mit institutionellem Versagen:

„Es frustriert mich, dass ich mich nicht auf das fokussieren kann, was ich eigentlich gelernt habe [...] Das behindert auch die therapeutische Arbeit.“

Psychotherapeutin K., PSZ

Viele Fachkräfte beschreiben Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wut gegenüber den administrativen Realitäten. Diese sekundären Belastungen führen mitunter zu Erschöpfung, aber auch zu einer Politisierung der eigenen beruflichen Haltung:

„Ich glaube, es ist auch politisch wichtig, mich als Subjekt so zu verstehen, dass ich was mitgestalten kann. Wenn das nicht strukturell ist, dann wenigstens im zwischenmenschlichen Kontakt.“

ebd.

Damit wird deutlich: Rehabilitation von Folterüberlebenden ist nicht nur ein gesundheitliches, sondern auch ein politisch-ethisches Feld. Fachkräfte navigieren zwischen professionalisierter Hilfeleistung und menschenrechtlicher Verantwortung.

Kooperationen und Netzwerke



Informelle Kooperation als Rückgrat der Versorgung

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist die Dominanz informeller Netzwerkstrukturen. Kooperationen beruhen weniger auf institutionellen Vereinbarungen als auf persönlichem Vertrauen, langjährigen Kontakten und Erfahrungsaustausch.

„Zum Versorgungsnetzwerk kann gesagt werden, dass es Kontakte gibt aus der Historie der Kolleg*innen. [...] Es gibt also Listen mit Behandler*innen, aber keine Kooperationsverträge.“

Leitung J., PSZ

Diese Art von „Beziehungswissen“ kompensiert strukturelle Lücken – sie funktioniert, solange engagierte Personen verfügbar sind, ist aber hochgradig personengebunden. Fällt eine Schlüsselperson weg, bricht das Netzwerk häufig zusammen.

Rolle des Case Managements

Im ExTo-Projekt wird besonders das Case Management als verbindende Struktur hervorgehoben. Es übernimmt Aufgaben der Koordination, Terminorganisation, Dokumentation und Begleitung. Die Case Manager*innen begleiten die Betroffenen während des gesamten Prozesses der Sachverhaltsaufklärung. Sie koordinieren zwischen den beteiligten Einrichtungen (medizinisch, psychotherapeutisch, sozial, rechtlich) und sorgen dafür, dass alle relevanten Bedarfe erkannt und verbunden werden.

„Da ist das Case Management schon aktiver mit dabei und organisiert solche Sachen auch mit. Häufig auch mit der Hoffnung, Befunde zu sammeln für eine rechtsmedizinische Untersuchung.“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

Diese Form der Begleitung ist gerade für Klient*innen hilfreich, die durch schwere Traumatisierung einen Verlust von Vertrauen und andere tiefgreifende Herausforderungen im sozialen Kontakt erfahren:

„Es ist mühsam, [Klient*innen] die in Richtung Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung eingeordnet werden könnten, dabei zu unterstützen, irgendwie zurückzufinden. [...] Was jetzt mal nicht nur an fehlenden Kooperationen vom Umfeld [liegt], sondern tatsächlich auch an den Schwierigkeiten, die die Menschen selber haben, sich da irgendwie wieder anzuvertrauen.“

Psychotherapeutin L., PSZ

Das Case Management fungiert somit als „Klebstoff“ zwischen Systemen – eine intermediäre Instanz, die Versorgungslücken überbrückt, Informationsflüsse sicherstellt und die Klient*innen stabilisiert. Diese Rolle wird als unverzichtbar, zugleich aber als strukturell unsicher beschrieben.

Auch über das ExTo-Projekt hinaus beschreiben vereinzelte PSZ Case-Management-Strukturen mit geringeren Kapazitäten:

„Wir versuchen immer das, was möglich ist, z.B. an die Heime zurückzugeben, wenn es darum geht, einen Hausarzt- oder Hautarzt- oder auch einen gynäkologischen Termin zu vereinbaren. Aber wir haben auch in unserem Projekt explizit Psycholog*innen im Tandem mit Sozialarbeiter*innen, die die Weiterbegleitung machen. Es ist von den Kapazitäten her nicht möglich bei jedem Klienten, darum versuchen wir schon auch mit den Beratungsstellen und mit den Sozialarbeitern in den Heimen so viel wie möglich zu kooperieren [...] so Micro-Case Management. Weil das sind ja alles nur so halbe oder Viertelstellen und dann sind es halt so zwei Psychologen, ein Sozialarbeiter irgendwo in einem Landkreis und die versuchen das dann.“

Psychotherapeutin A., PSZ

Eine besonders seltene Struktur des Case Managements wurde 2015 über einen kommunalen Gesundheitsdienst eingerichtet und seitdem ausgeweitet:

“Wir kommen eigentlich erstmal wegen medizinischer Belange, also multimorbide Klienten oder wenn noch gar keine Anbindungen stattgefunden haben. Die Sozialdienste sind ja damit auch ein bisschen überfordert. Und dann haben wir einen Termin mit der Klientin oder der Familie und dann kommt das so Schritt für Schritt. Man eruiert erstmal, was ist das Problem? Entweder merkt man das auch gleich, dass da schon Gewalt und Trauma da ist – das ist ja fast in jedem Fall irgendwie da – so ein starkes Trauma oder Folter oder Menschenhandel oder Vergewaltigung oder was auch immer. Das ploppt dann manchmal auch erst später ein bisschen auf oder man bekommt die Infos dann wieder über den Sozialdienst. Und dann fragen wir, ob sie schon angebunden sind und würden dann entweder selbst versuchen da anzubinden, oder sie sind dann schon angebunden worden. Dann nehmen wir natürlich mit den ganzen Helfern, die jetzt eventuell schon in der Familie sind, aus den verschiedensten Bereichen wie Jugendamt, ambulante Erziehungshilfe, PSZ, je nachdem,

Kontakt auf, um zu schauen, dass das gut läuft. Wir versuchen dann praktisch ein Case Management für uns aufzubauen, einfach damit nicht jeder schon irgendwas macht, wovon der andere nichts weiß. Und auch um die Termine zu koordinieren, weil ja dann jeder Helfer irgendwelche Termine hat. So kommt dann eins zum anderen und so bin ich jetzt auch damals bei diesem einen Fall auch zum PSZ reingerutscht und habe dann festgestellt, dass sie tatsächlich ja auch so eine Art Case Management haben und auch vieles schon medizinisch machen, aber wir uns da doch, bis zum gewissen Grad, ein bisschen ergänzen konnten. Wir müssen dann halt auch irgendwann wieder rausgehen. Die Erstanbindung ist wichtig, aber eigentlich ist das Ziel, dass [die Klient*nnen] selbst das Gesundheitssystem verstehen und alleine klarkommen. Wir suchen natürlich auch immer Anschlusshilfen, die dann weitermachen können, wenn wir jetzt unsere Aufgabe sozusagen erledigt haben.“

Pflegefachperson O.,
Kommunaler Gesundheitsdienst

Beispiele gelingender Netzwerke

Einige Interviewpartner*innen schildern, dass tragfähige und gut funktionierende Netzwerke wesentlich zur Versorgung von Folterüberlebenden beitragen. Besonders deutlich wird, dass solche Kooperationen häufig dort entstehen, wo über Jahre hinweg Vertrauen, persönliche Kontakte und gemeinsame Qualitätsstandards aufgebaut wurden.

„Wir haben ja noch das Netzwerk der medizinischen Sprechstunde. Wir haben solidarische Ärzt*innen, die gerade für papierlose Klient*innen, die nicht Teil des Projekts sind, medizinische Versorgung machen können. Und das ist so ein bisschen das, worauf wir auch manchmal bauen, wenn es darum geht, Folterüberlebende mitzuversorgen oder so spezifische Bedarfe zu sammeln für die Rechtsmedizin.“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

Die Verbindung von psychosozialer und medizinischer Versorgung zeigt sich auch in den Kooperationen zwischen Einrichtungen, die auf unterschiedlichen Ebenen tätig sind:

„Wir haben ein Netzwerk von niedergelassenen Psychotherapeut*innen, die helfen auch mit Sprachmittlung und Intervision, und Kolleg*innen kümmern sich um den Ausbau und die Kontaktpflege. Das funktioniert über die Jahre ziemlich gut.“

Leitung J., PSZ



Zugleich verdeutlicht sich an Beispielen aus der klinischen Versorgung, dass institutionelle Strukturen wie transkulturelle Ambulanzen oder enge Kooperationen mit Psychosozialen Zentren den Zugang zur Behandlung erleichtern:

„Da ist der Vorteil, über die transkulturelle Ambulanz in Kooperation mit dem PSZ können internistische Konsile direkt angefordert werden. Im Team ist das einfacher zu stellen als ambulant.“

Psychotherapeutin P.,
Transkulturelle Ambulanz

Diese Beispiele zeigen, dass gelingende Netzwerke auf verschiedenen Ebenen ansetzen: Durch personelle Kontinuität, institutionelle Kooperation und solidarisch getragene Strukturen im lokalen Versorgungskontext. Diese Good-Practice-Erfahrungen verdeutlichen auch, dass erfolgreiche Rehabilitation auf **sozialer Kohärenz und Beziehungskontinuität** basiert – nicht primär auf formalen Systemlogiken.

Darüber hinaus wird deutlich, dass nachhaltige Netzwerkstrukturen nicht zufällig entstehen, sondern Ergebnis **gezielter Aufbauarbeit, verlässlicher Finanzierung und kontinuierlicher Kommunikation zwischen psychosozialen, medizinischen und juristischen Akteur*innen** sind. Wo diese Voraussetzungen gegeben sind, entstehen tragfähige interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke, die eine **dauerhafte und niedrighschwellige Rehabilitation von Folterüberlebenden** ermöglichen.

Grenzen und strukturelle Brüche

Trotz solcher Beispiele bleibt das Gesamtbild von einem Mangel an Vernetzung und Verzahnung der Versorgungsangebote geprägt. Regionale Unterschiede sind groß; in manchen Städten existieren rechtsmedizinische Institute und/oder interdisziplinäre Netzwerke, in anderen fehlen sie völlig:

„In Stadt A gibt’s zum Beispiel gar keine Rechtsmediziner, darum müssen wir nach Stadt B schicken. [...] Wir schauen dann, wie wir das finanzieren.“

Kinder- und Jugendpsychiater u. -
psychotherapeut N., PSZ

„(...) Ich würde sagen, es gibt ein paar sehr engagierte Hausärzte, wo ich merke, die springen da schon drauf an. Gerade wenn ich denen eine Vorinfo gebe, dass wir die [Klient*innen] auch eher noch in die Praxis, die voll ist, reinkriegen. Aber mit Fachärzten ist die Frequenz, wo wir da mal direkt anfragen, an sich noch niedriger. Dass sich da jetzt so ein intensives Netz entspinnen könnte, die Wahrscheinlichkeit ist halt noch mal geringer.“

Psychotherapeutin R., PSZ

Der Mangel an strukturell eingebetteten Kooperationen führt dazu, dass Fachkräfte improvisieren müssen. Netzwerkarbeit wird so zur individuellen Bewältigungsleistung, die stark von persönlicher Motivation und Belastbarkeit abhängt. Auch besteht vereinzelt eine Sorge vor einer Überforderung der bestehenden Netzwerke:

„Für Dokumentationszwecke muss ich sagen, da würde ich mich schwer tun, [Hausärzte] anzufragen. Da habe ich das Gefühl, ich bin froh, wenn sie die behandeln und ich will jetzt nicht noch eine Aufgabe hinterher schieben, [...] sie überlasten oder dass sie das Gefühl hätten. Und dann irgendwann mal sagen: ‚Nee, das ist mir zu viel, was da immer an Forderungen kommt.‘“

Psychotherapeutin F., PSZ

Versorgungsbarrieren und strukturelle Hürden



Bürokratie und institutionelle Intransparenz

Die wohl häufigste Barriere betrifft die Komplexität der Zugangswege zu medizinischen Leistungen. Fachkräfte beschreiben den Weg zur fachärztlichen Untersuchung als **bürokratischen Hindernislauf**:

„Wir rufen die Sani-Station an, wir telefonieren mit dem Arzt im Camp, wir versuchen, den zu überzeugen, warum es notwendig ist, diese Bescheinigung auszufüllen. Dann dauert es Wochen, bis der Termin läuft. Dann ist das Quartal vorbei, der Behandlungsschein verfällt – dann fangen wir wieder von vorne an.“

Psychotherapeutin L., PSZ

„Ich hatte schon auch Fälle, die über anhaltende chronische Schmerzen klagen. Da habe ich versucht, an MRT-Berichte heranzukommen und bei den Ärzten nachzufragen: ‘Könnte das sein, dass das im Zusammenhang steht?’ Das ist meistens im Sande ver-

laufen, weil die angefragten Ärzte direkt meist nicht erreichbar sind und wenn man das über E-Mail macht, kommt nichts. Da muss ich sagen, ist in seltensten Fällen die Kooperation so gewesen, dass das irgendwie im Sinne des Klienten verlaufen wäre.“

Psychotherapeutin K., PSZ

Diese Schilderungen verdeutlichen, dass Fachkräfte regelmäßig administrative Aufgaben übernehmen müssen, die dennoch in der Regel nicht dazu führen, dass Klient*innen eine ihrer Rehabilitation angemessene Versorgung erhalten. Der Zeitaufwand und die Frustration führen nicht selten zu Erschöpfung bei den Fachkräften.

Eine befragte Pflegefachperson ordnet diese strukturellen Probleme bei spezifischer Versorgung in ein allgemeines Problem des deutschen Gesundheitssystems ein:

„Also ich habe manchmal das Gefühl, es haben alle immer nur so diesen Tunnelblick und: “Das ist meine Arbeit und weiter schaue ich nicht.” Und in Deutschland gibt es eben einfach so viele Angebote, die alle irgendwie das Gleiche machen. Also da sehe ich ja schon nicht durch. Das finde ich sehr hemmend, muss ich ehrlich sagen. Also statt das so zu bündeln: Das würde Finanzen bündeln, das würde Personal bündeln und jeder – also Deutsche wie Auslän-

der würden einfach eine bessere Struktur haben, also einfach besser durchsehen. Aber das ist eben der Föderalismus.“

Pflegefachperson O.,
Kommunaler Gesundheitsdienst

Im Kontakt mit **spezialisierten Beratungsstellen** zeigt sich ein anderes Bild, welches von **höheren Kapazitäten und einem größeren Austausch** geprägt ist:

„Und außerhalb der Regelversorgung funktioniert der Netzaufbau viel besser. Also wenn wir jetzt an Beratungsstellen denken, sei es zum Beispiel für Beratung nach FGM²² oder AIDS-Beratung oder Sucht-Beratung – da gibt es irgendwie klarere Ansprechpartner. Da gibt es mehr Kapazitäten. Deshalb denke ich, es liegt nicht nur an den genannten Punkten, sondern es liegt auch an den mangelnden Kapazitäten, die Erreichbarkeit der Regelversorgung. Es ist überhaupt nicht möglich, eine Antwort auf eine E-Mail zu bekommen, jemanden am Telefon zu erwischen. Die sind so wenig ansprechbar über die aktuelle Versorgung hinaus. Es ist schwierig, in die Strukturen zu kommen um mit denen mal auf einer Metaebene über Fälle zu sprechen. Schwierig bis unmöglich.“

Case Management C., ExTo-Projekt

22 FGM/C steht für “Female Genital Mutilation/Cutting), zu deutsch: “Weibliche Genitalverstümmelung/Beschneidung”)

Fehlende Sprach- und Kulturmittlung

Mehrere Fachkräfte verweisen darauf, dass sprachliche Verständigung zentrale Voraussetzung für eine gelingende therapeutische und medizinische Versorgung ist. Fehlende Sprach- und Kulturmittlung kann dazu führen, dass Symptome missverstanden oder nicht vollständig erfasst werden und wichtige Informationen – etwa über Gewalterfahrungen – unbenannt bleiben. In vielen Fällen führen fehlende Sprachkenntnisse bei den Fachkräften und eine fehlende Sprachmittlung vor allem dazu, dass Angebote erst gar nicht aufgesucht werden können:

„Für weitere Anbindung war es sehr schwierig nach den drei Monaten ambulanter Therapie, weil es immer noch eine Sprachbarriere gab und lange Wartelisten. Kostenfreien Sprachunterricht gab es erst nach ein paar Monaten.“

Psychotherapeutin H., Tagesklinik

„Wir haben ja auch eine Schmerzlinik, da hatte ich mehr Erwartungen, wenn das so eine Spezialklinik ist. Es ist eher so, dass die immer mal an uns überweisen, weil die Therapeuten dort nicht mit Dolmetschern arbeiten. Das ist irgendwie eher im Sande verlaufen, dass ich versucht habe, dahin zu überweisen und anzubinden, trotz dessen, dass ich einen Bericht geschrieben habe oder so. Das war ernüchternd.“

Psychotherapeutin R., PSZ

Fehlende Finanzierung qualifizierter Sprach- und Kulturmittlung wird somit als strukturelle

Hürde beschrieben, die Versorgung in vielen Fällen einschränkt oder gänzlich verhindert.

Strukturelle Diskriminierung und rechtliche Barrieren

Die befragten Fachkräfte schildern übereinstimmend, dass rechtliche und administrative Vorgaben die Rehabilitation von Folterüberlebenden massiv erschweren. Besonders das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) wird als zentrales Hindernis benannt, da es den Zugang zu medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen stark einschränkt.

„Das Ganze ist ja extrem eingeschränkt möglich, weil es diese Neuregelung gibt mit den 36 Monaten Krankenbehandlungsschein, wo ja eigentlich nur lebensbedrohliche Krankheiten behandelt werden dürfen. Das heißt, von der richtigen Rehabilitation kann man da nicht sprechen.“

Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie B., PSZ

„Ich erinnere mich an jemanden, der wirklich massiv durch Brandverletzungen Probleme hatte seinen Arm überhaupt hochzuheben und der sich trotzdem sehr lange mit der Krankenkasse rumärgern musste. Es wurde nicht automatisch übernommen. Es musste immer eine Notwendigkeitsbegründung sein, warum die Person darunter leidet, warum sie dem Alltag so nicht nachkommen kann, warum eine operative Behandlung

erforderlich ist. Wo vielleicht die Folter gar nicht die Frage ist, aber wo die Krankenkassen sich trotzdem querstellen. Die Hausärzte sind schneller bereit, irgendwas anzuordnen, weil sie sehen: ‚Ah okay, da hat jemand wirklich Schmerzen, der wurde gefoltert, dem ist was Schlimmes passiert. Klar verschreibe ich dem MRT oder überweise den in die Fachklinik.‘, aber dann ist es trotzdem nicht so, dass die Krankenkasse immer übernehmen würde. [...] ich weiß nicht wovon es immer abhängt, ob vom Geschlecht oder/ also bei Frauen glaube ich, wird es eher übernommen, aber was genau die ausschlaggebenden Gründe sind, weiß ich ehrlich gesagt nicht.“

Psychotherapeutin L., PSZ

Diese gesetzlich vorgegebenen Beschränkungen führen dazu, dass selbst schwer traumatisierte Menschen oft **nur Notfallbehandlungen** erhalten, während langfristige oder spezialisierte Maßnahmen wie Physiotherapie, Psychotherapie oder Rehabilitationskuren abgelehnt werden. Eine Therapeutin aus einem PSZ beschreibt, dass solche rechtlichen Hürden die therapeutische Arbeit direkt beeinträchtigen:

„Warum sollst du über deine therapeutischen Themen reden, wenn du vor mir sitzt und immer noch Schulterschmerzen hast, die sich niemand anguckt? Oder die Leute sagen: ‚Kann ich nicht machen,

schreib ich dir Voltaren²³ auf. Alles andere musst du nach dem Asylverfahren machen.““

Psychotherapeutin D., PSZ

Neben der eingeschränkten Finanzierung werden **fehlende Fachkenntnisse in Behörden** als ein weiteres strukturelles Problem hervorgehoben. Insbesondere im Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) fehle oft das Verständnis für Folterkontexte und deren psychische und körperliche Folgen:

„Ich habe jetzt gerade eine Anhörung gehabt mit einem Mann, der in Uganda schwerst gefoltert und vorsätzlich mit HIV infiziert wurde. [...] Da können wir noch so viel dokumentieren, wenn auf der anderen Seite kein Wissen da ist und auch tatsächlich keine Erfahrung.“

Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie B., PSZ

Eine qualifizierte und unabhängige Asylverfahrens- und Sozialberatung wird in diesem Zusammenhang als notwendiger Bestandteil von Rehabilitation gesehen:

„Was Verfahrensberatung angeht, sind die Bedarfe von den Klient*innen massiv, die ja oftmals kein Recht [...] oder eine Ablehnung bekommen, weil sie nicht in der Lage sind, aufgrund der spezifischen Problemkonstellation ihre Fluchtgründe ausreichend vorzutragen. Also insbesondere für diese

23 Voltaren ist der Markenname eines Schmerzmittels für die symptomatische Behandlung von leichten bis mäßig starken Schmerzen.

Zielgruppe keine Verfahrensberatung zu finanzieren, verhindert eine effektive Rehabilitation. Wir versuchen irgendwie, uns ums Überleben zu kümmern. Und Rehabilitation kommt dann irgendwann. [...] eine ganzheitliche, vollständige Rehabilitation – das ist noch 100 Schritte weg, weil so viele existenzielle Probleme bestehen.“

Case Management G., ExTo-Projekt

„Und wenn man mit einem ganzheitlicheren Rehabilitationsbegriff arbeitet und sieht, dass Armut und existenzielle Sorgen auch adressiert werden müssen und auch in vielen Zentren adressiert werden, weil die halt eine Rehabilitation verhindern. Also wenn jemand in einer Gemeinschaftsunterkunft lebt, die wie ein Container aussieht, nicht selber kochen kann und da eigentlich ständig getriggert ist, weil ihn das irgendwie an ein Gefängnis erinnert, wo er gefoltert wurde oder so, dann verhindern die äußeren Umstände so sehr eine ganzheitliche Rehabilitation. Dann müssen wir gucken, ob wir vielleicht eine Umverteilung organisieren können. Also die Punkte, mit denen wir beschäftigt sind, die sind sozusagen sehr, sehr noch bei Überleben, Existenzsicherung und sehr basal.“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

„Die Ängste vor Abschiebung, hier keinen Schutz zu bekommen, obwohl der einem zusteht, destabilisieren natürlich enorm [...] und erhöhen die [psychosozialen] Bedarfe sozusagen in der Zielgruppe. Und genau das versuchen wir aufzufangen. Also ganz spezifische Bedarfe, wie vielleicht in einem Fall mal eine Ernährungsberatung, weil aufgrund von Spezifika der Folter und der Unterbringung, da das Essverhalten irgendwie total ungesund ist oder bei sehr schwer kranken Leute eine fachpsychiatrische Pflege oder überhaupt stationäre Aufnahmen, Physiotherapie, körpertherapeutische Maßnahmen. Es gäbe viel, wo man eigentlich wüsste, dass Leute davon sehr profitieren würden, was wir gar nicht mehr zu denken wagen. Also erstens sind wir so mit dem Überlebenskampf beschäftigt oder mit den ganzen existenziellen Sorgen und zweitens ist irgendwie klar, dass das nicht finanzierbar ist in dem System.“

Case Management G., ExTo-Projekt

Diese Schilderungen verdeutlichen, dass **rechtliche und administrative Regelungen** in der Praxis zu **dauerhaften Exklusionsmechanismen** führen. Sie verhindern, dass Folterüberlebende ihr Recht auf Rehabilitation wahrnehmen können, und stehen damit im Spannungsfeld zu internationalen Verpflichtungen Deutschlands aus der UN-Antifolterkonvention.

Good Practice und förderliche Bedingungen

Die Interviews zeigen, dass trotz erheblicher struktureller Hürden gelingende Versorgungsstrukturen für Folterüberlebende möglich sind. Sie entstehen dort, wo interdisziplinäre Kooperation, qualifizierte Fachkräfte, verlässliche Netzwerke und institutionelle Kontinuität zusammentreffen. Good Practice zeichnet sich durch drei zentrale Prinzipien aus: Kooperation, Kompetenz und Kontinuität.

Interdisziplinäre Kooperation als Schlüsselstruktur

Besonders wirksam sind jene Modelle, in denen **medizinische, psychologische, soziale und juristische Kompetenzen** eng verzahnt arbeiten. Solche Projekte, die Rechtsmedizin, Psychotherapie und Sozialarbeit in gemeinsamen Fallbesprechungen verbinden, berichten von besserer Versorgungsqualität und höherer Stabilität der Klient*innen.

„Das Besondere war wirklich, dass wir im ExTo-Projekt regelmäßig alle an einem Tisch saßen – also die Rechtsmedizinerin, jemand aus dem Case Management und ich als Therapeutin. Da wurde dann richtig deutlich, was jede Person beitragen kann. Es geht nicht darum, wer die Verantwortung

trägt, sondern wie wir sie teilen. Das hat ganz viel verändert, auch in der Haltung. Vorher war das eher: ‚Das ist nicht mein Zuständigkeitsbereich.‘ Jetzt war es eher: ‚Was können wir gemeinsam tun, damit die Person das bekommt, was sie braucht?‘“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Versorgung gesehen. Wo eine enge Abstimmung zwischen medizinischen und psychosozialen Perspektiven gelingt, kann das Risiko einer Retraumatisierung bei der Begutachtung reduziert und die Qualität der Dokumentation gesteigert werden.

„Wir haben eine verlässliche Kooperation mit dem Krankenhaus und kurze Kommunikationswege. Wenn eine Klientin dort stationär aufgenommen wird, wissen wir Bescheid und können therapeutisch anknüpfen.“

Psychotherapeutin R., PSZ

Darüber hinaus wird es in der Vermittlung in die Regelversorgung als hilfreich erlebt, wenn die Psychosozialen Zentren in kurzen Briefen oder Berichten einen Sachverhalt schildern:

„Was ich schon als hilfreich beobachtet habe, ist, wenn ich einen relativ ausführlichen Vorbericht schon mitschicke und da eben auch darauf hinweise, was da für schwierige Sachen gelaufen sind. Gerade bei dem einen jungen Klienten weiß ich, das hat ein

bisschen gedauert. Da dachte ich am Anfang auch nach dem ersten Termin: ‘Oh Gott, also jetzt schicken die den ja mit ein bisschen Mirtazapin²⁴ nach Hause.’ Aber die haben ihn kontinuierlich einbestellt und dann auch die Medikationen peu a peu hochgefahren und haben ihm zuletzt – das war jetzt überhaupt nicht mehr nötig – sogar angeboten, die könnten auch für ihn was schreiben, wenn er das für seinen Prozess braucht.”

ebd.

Neben individuellen und netzwerkbezogenen Erfolgsfaktoren zeigen die Interviews, dass **stabile institutionelle Strukturen** die wichtigste Voraussetzung für Good Practice sind. Langfristige Projektfinanzierungen, klare Zuständigkeiten und institutionalisierte Kooperationen ermöglichen **Kontinuität und Qualitätssicherung**.

Gerade bei der Dokumentation von Folterfolgen zeigt sich, dass institutionell verankerte Zusammenarbeit mit Rechtsmedizin, Jurist*innen und Ärzt*innen die Wirksamkeit der Versorgung deutlich erhöht. Solche Strukturen verhindern, dass die Verantwortung allein bei den Psychosozialen Zentren verbleibt und fördern eine **geteilte Verantwortung zwischen Gesundheitswesen, Justiz und Zivilgesellschaft**.

Bedeutung von Standards und Qualifizierung in Netzwerken

Ein weiterer förderlicher Faktor ist die **systematische** Schulung der Fachkräfte. Viele erfolgreiche Ansätze beruhen darauf, dass Teams gezielt zu den Standards des Istanbul-Protokolls oder der Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SBPM) fortgebildet werden.

„Wir haben Kolleg*innen mit SBPM-Schulung, das ist der Standard.“

Leitung J., PSZ

Solche Qualifizierungen stärken nicht nur die Qualität der Dokumentation, sondern auch das berufsethische Selbstverständnis der Fachkräfte. Sie fördern eine Haltung, die auf **Präzision und traumasensible Kommunikation** achtet.

Gleichzeitig berichten Zentren, dass regelmäßige **Supervision, Intervision und Qualitätszirkel** entscheidend sind, um fachliche Standards in der täglichen Arbeit zu sichern – besonders in Kontexten, in denen Mitarbeitende häufig wechseln oder die institutionellen Rahmenbedingungen prekär sind.

„Durch das ExTo-Projekt haben wir endlich angefangen, regelmäßig **Qualitätszirkel** zu machen. Das war vorher nie möglich, weil die Zeit dafür einfach nicht bezahlt war. Jetzt treffen sich die Therapeut*innen, die Ärzt*innen und manchmal auch die Kolleg*innen aus der Rechtsmedizin, um gemeinsam Fälle zu besprechen und zu schauen, wo wir uns noch verbessern können. Das hat extrem viel ge-

24 Mirtazapin ist ein Antidepressivum, welches auch zur Therapie von Schlafstörungen verwendet wird.

bracht – fachlich, aber auch für das Vertrauen im Netzwerk.“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

„Die Qualitätszirkel sind nicht nur Fortbildung, sondern auch Selbstfürsorge. Es geht darum, voneinander zu lernen und sich gegenseitig abzusichern, weil diese Arbeit ja sehr belastend ist. Wenn das Projekt endet, fällt auch das weg – und das wäre wirklich schade.“

ebd.

Auch andere Formen der Vernetzung gelten als „informelle Qualitätszirkel“, in denen Wissen, Fallbeispiele und Strategien geteilt werden. Dadurch entsteht ein kontinuierlicher Lernprozess, der zur Professionalisierung beiträgt – auch dort, wo keine formalen Strukturen bestehen. Regional gewachsene Netzwerke sind auch ein stabilisierender Faktor in einem ansonsten fragmentierten System. Sie ersetzen fehlende institutionelle Strukturen, indem sie informelle Kommunikationswege schaffen.

Zusammenfassung

Förderliche Bedingungen für die Versorgung von Folterüberlebenden entstehen dort, wo

- **professionelle Qualifizierung,**
- **interdisziplinäre Kooperation,**
- **stabile Netzwerke und**
- **verlässliche institutionelle Strukturen aufeinandertreffen.**

Die Interviews machen deutlich, dass Good Practice kein zufälliges Phänomen ist, sondern das Ergebnis **konsequenter Beziehungsarbeit, fachlicher Standards und struktureller Absicherung**. Wo diese Komponenten vorhanden sind, kann Versorgung gelingen – selbst in einem System, das grundsätzlich von Unsicherheit, Unterfinanzierung und rechtlichen Hürden geprägt ist.

Eine Psychotherapeutin beschreibt, wie dieser Prozess emotional wirksam wird:

„Ich glaube, mein Wunschgedanke oder meine Motivation hat viel damit zu tun, dass Klient*innen irgendwann das Gefühl haben, gesehen zu werden und dass das, was ihnen passiert ist, ernst genommen wird. [...] Wenn sie sagen können: ‚Ich habe Hoffnung, dass das Leben auch wieder anders sein kann.‘ Das würde für mich Gerechtigkeit bedeuten.“

Psychotherapeutin R., PSZ

Subjektive und therapeutische Deutungen

In der direkten Arbeit mit Folterüberlebenden wird Gerechtigkeit häufig als **psychologische Kategorie** verstanden – als Erfahrung von gesehen, geglaubt und ernst genommen werden. Therapeut*innen beschreiben Gerechtigkeit weniger als juristisches Ziel, sondern als **existenzielle Anerkennung**.

„Wenn Klient*innen das Gefühl haben, Gerechtigkeit zu erleben, dass immer jemand glaubt – das ist wie ein Aufatmen. Wenn ein Raum entsteht, in dem geglaubt wird.“

Psychotherapeutin D., PSZ

Dieses Zitat verdeutlicht den Kern vieler Aussagen: Gerechtigkeit beginnt dort, wo die Erzählung von Folter Glauben findet. Das Erleben von Empathie und Validierung kann selbst einen therapeutischen Heilungsprozess auslösen. Fachkräfte verstehen sich hier als **Zeug*innen** – Menschen, die Leid bezeugen, es sprachlich festhalten und dadurch Bedeutung verleihen.

Hier verbindet sich Gerechtigkeit mit **Wiederherstellung von Würde** – ein Prozess, in dem psychische Stabilität, Selbstwirksamkeit und Zukunftshoffnung als Indikatoren fungieren. Gerechtigkeit bedeutet, „nicht länger auf die Vergangenheit reduziert zu werden“, sondern wieder **Handlungsspielräume zu gewinnen**.

In diesem Verständnis ist Gerechtigkeit ein innerpsychischer Zustand, der aus einer geglaubten und anerkannten Erfahrung entsteht. Sie steht in engem Zusammenhang mit dem therapeutischen Ziel, Traumatisierung zu integrieren, ohne sie zu negieren.²⁵

Institutionelle und strukturelle Dimensionen

Neben dem individuellen Erleben von Gerechtigkeit taucht in den Interviews eine zweite Ebene auf: die Gerechtigkeit institutioneller Verfahren. Hier geht es um faire Behandlung, Zugangsgerechtigkeit und fachliche Gleichbehandlung – also eine strukturelle Übersetzung von Anerkennung in Handlung.

²⁵ Basoglu, M. (Ed.). (1992). Torture and its consequences: Current treatment approaches. CUP Archive.

Ein Rechtsmediziner formuliert diese Perspektive aus forensischer Sicht besonders prägnant:

„Aus rechtsmedizinischer Sicht bedeutet Gerechtigkeit in diesem Kontext für mich in erster Linie eine Gleichbehandlung aller „Patient*innen“, d.h. eine Gleichbehandlung aller Personen, die Gewalt erlebt haben. Die Rechtsmedizin als forensisch spezialisierte Disziplin innerhalb der Humanmedizin besitzt die Expertise zur Begutachtung von körperlichen Verletzungen. Diese Expertise ist allen von Gewalt betroffenen Personen – ungeachtet des konkreten Hintergrunds der Gewalt – zur Verfügung zu stellen. Insofern muss auch Menschen mit Foltererleben ein entsprechender Zugang zu einer neutralen und objektiven, rechtsmedizinischen Begutachtung ihrer körperlichen Verletzungen ermöglicht werden. Über eine entsprechende Sichtbarmachung, eine Einbindung in Netzwerke sowie idealerweise auch eine Beauftragung von offizieller Stelle wird die interdisziplinäre Sachverhaltsaufklärung gestärkt und darüber auch ein Beitrag zur Rehabilitation geleistet.“

Rechtsmediziner I.

Diese Aussage verdeutlicht den institutionellen Anspruch: **Gerechtigkeit als Gleichheit der Verfahren**. Rechtsmedizin wird hier als neutraler Ort verstanden, an dem keine Unterscheidung nach Herkunft oder Aufenthaltsstatus oder „Art“ der erlittenen Gewalt vorgenommen werden darf.

Dem gegenüber steht die Wahrnehmung vieler psychosozialer Fachkräfte, dass diese Gleichbehandlung in der Praxis häufig **unterlaufen** wird – etwa durch aufenthaltsrechtliche Einschränkungen, fehlende Übersetzung oder strukturelle Benachteiligung:

„Ich halte es fast unmöglich für jemanden im Asylverfahren. Wer soll das finanzieren? [...] Selbst für jemanden mit Aufenthalt ist das schwer.“

Psychotherapeutin D., PSZ

Gerechtigkeit wird hier zur **Frage von Systemgerechtigkeit**: Wer Zugang zu Rehabilitations-Leistungen, Übersetzung oder Begutachtung hat, entscheidet nicht die medizinische Indikation, sondern der aufenthaltsrechtliche Status. Diese strukturelle Asymmetrie wird von mehreren Befragten als **systemische Ungerechtigkeit** wahrgenommen, die den Rehabilitationsgedanken der UN-CAT konterkariert.

„Wir haben viele Gespräche, in denen Klienten sagen: „Ach danke, dass ihr das hier macht.“ Und wir sagen halt ganz oft: „Nee, wartet mal, das ist euer Recht. Also es geht hier irgendwie darum, dass wir euch zu eurem Recht verhelfen. Und das erfordert jetzt keine Dankbarkeit uns gegenüber, sondern es ist euer Recht.“ Es ist leider weder unsere Entscheidung, aber es ist auch nicht unsere Groß-

zügigkeit, wenn es irgendwie ein positives Ergebnis gibt. Und das positive Ergebnis geht ja auch weit über alles hinaus, was therapeutische Beziehung sonst leisten kann oder was das Ergebnis von Therapie sein kann, wenn halt wirklich existenziell unwürdige Lebensbedingungen durch eine Anerkennung und so weiter sich verändern können. Also von daher würde ich schon sagen: Das Ziel unserer Arbeit ist, an der Herstellung von Gerechtigkeit mitzuwirken.“

Psychotherapeutin K., PSZ

Ein besonders deutlicher Befund betrifft die Frage, wie Gerechtigkeit durch **Dokumentation von Folterfolgen** vermittelt wird. Ein Therapeut beschreibt, wie die Sichtbarmachung selbst eine Form institutioneller Wiedergutmachung sein kann:

„Es geht darum, das sichtbar zu machen. [...] Ich erlebe da gar nicht so die Scham, sondern wirklich das Bedürfnis, das zu zeigen und bekannt zu machen. [...] Dass es nicht unter den Teppich gekehrt wird.“

Kinder- und Jugendpsychiater u.
-psychotherapeut N., PSZ

In dieser Lesart ist Gerechtigkeit nicht auf Gerichtsurteile beschränkt, sondern bereits im Akt der **Anerkennung und Aufzeichnung** verwirklicht – sie wird performativ hergestellt, indem dokumentiert wird.

Fachkräfte sehen sich jedoch in der paradoxen Rolle, **Gerechtigkeit herstellen zu wollen, ohne über die institutionellen Mittel dazu zu verfügen**. Viele beschreiben, dass ihnen die rechtliche, zeitliche und finanzielle Struktur fehlt, um Klient*innen zu einer tatsächlichen Gerechtigkeit in der Rehabilitation zu verhelfen. Der Begriff „Gerechtigkeit“ wird dadurch doppelt aufgeladen: als professioneller Auftrag und als ständige Enttäuschung.

Politisch-gesellschaftliche Perspektiven und Menschenrechtsbezug

Auf der dritten Ebene verknüpfen die Interviewten Gerechtigkeit explizit mit gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen. Die Arbeit mit Folterüberlebenden wird als **menschenrechtliche Verpflichtung** verstanden – und zugleich als Spiegel politischer Entwicklungen.

„Gerechtigkeit bedeutet, dass wir uns als Gesellschaft um Folterüberlebende kümmern, vor allem vor dem Hintergrund der politischen Entwicklungen, wenn in Unterkünften Sozialarbeitende eingespart werden.“

Psychotherapeutin E., PSZ

„Es gibt Gerechtigkeit auf so einer individuellen Ebene, von wegen ‚Schutz zu bekommen‘. Und für viele ist das aber auch noch ein viel größeres Thema, weil sie sich auch nur als [...] zufällig Mit-Betroffene oder Teil von vielen anderen, die auch betroffen wurden, in diesen Menschenrechtsverletzungen wahrnehmen. Eine Klientin kommt aus Azerbaijan, da geht es ganz viel um Gewalt gegen Frauen und sie versteht das als System und sagt: „Das passiert jeden Tag und das passiert ja die ganze Zeit.“ Also Gerechtigkeit geht auch über die Ebene von individueller Gerechtigkeit hinaus.“

Psychotherapeutin M., ExTo-Projekt

Hier wird Gerechtigkeit zu einer **sozialen Verantwortung**, die über den Einzelfall hinausweist. Die Interviewten sehen ihre Arbeit aktuell im Kontext einer restriktiven Asylpolitik und einer Aushöhlung sozialer Sicherungssysteme.

Eine Psychotherapeutin beschreibt die politische Spannung, in der sie arbeitet:

„Ich habe das Gefühl, der Diskurs ist häufig: ‚Was verdienen die Leute denn eigentlich?‘ [...] Wir reden hier eigentlich nicht über Gerechtigkeit, sondern über das Recht auf Versorgung – und das wird ständig infrage gestellt. [...] Ich merke, dass mein Verständnis von Gerechtigkeit vergiftet wird, weil ich dauernd rechtfertigen muss, warum Versorgung überhaupt notwendig ist.“

Psychotherapeutin F., PSZ

Dieses Zitat offenbart den Wandel des Gerechtigkeitsbegriffs: Von einer normativen, universalen Kategorie hin zu einem individuellen Anspruch, der im politischen Diskurs verteidigt werden muss. Fachkräfte erleben sich als Akteur*innen in einem Spannungsfeld zwischen professioneller Neutralität und moralischer Parteilichkeit.

In mehreren Interviews wird betont, dass Gerechtigkeit eine **politische und emotionale Arbeit** ist – ein permanentes Aushandeln zwischen Empörung und Erschöpfung.

Der Akt, für Klient*innen zu kämpfen, wird selbst zum Ausdruck von Gerechtigkeit:

„Wir erfahren tagtäglich in unserer Arbeit von den schlimmsten Geschichten der Welt und versorgen diese Überlebenden. Gleich-

zeitig werden sie von Behörden empfangen, die ihnen häufig mit einer Haltung der Ablehnung und Misstrauen begegnen und ihnen keine faire Chance auf ihr Recht geben. Das Folterüberlebende mit den Folgen der Gewalt sowieso weiterleben müssen ist das eine, das man diese ihnen noch abspricht ist nicht nur ungerecht, sondern fahrlässig.“

Arzt T., PSZ

Diese Haltung transformiert Gerechtigkeit von einer Systemleistung zu einer **ethischen Praxis** – etwas, das nur in der Beziehung zwischen Helfenden und Überlebenden entsteht.

In diesem Sinne wird sie zu einer „gelebten Gerechtigkeit“: kleinräumig, relational und oft gegen die institutionellen Bedingungen.



Quantitative Ergänzung und Kontextualisierung der qualitativen Befunde

Überblick

Zur Einbettung der qualitativen Interviewanalyse wurden Daten aus der jährlichen Leistungsabfrage des **Dachverbands der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete und Folterüberlebende (BAfF)** herangezogen. Die Erhebung wurde in den Jahren 2022 und 2023 von n=46 Mitgliedszentren beantwortet. Erstmals umfasste sie spezifische Fragen zur Versorgung und Dokumentation von Foltererfolgen für Folterüberlebende. Insgesamt wurden **25.861 Klient*innen (2022)** bzw. **29.180 Klient*innen (2023)** in diesen Zentren betreut.

Die quantitativen Ergebnisse dienen nicht der statistischen Generalisierung, sondern der **kontextuellen Ergänzung** der qualitativen Befunde. Sie verdeutlichen Reichweite, strukturelle Ressourcen und bestehende Versorgungslücken, wie sie auch in den Interviews beschrieben wurden.

Prävalenz dokumentierter Foltererfahrungen

Bei insgesamt **3.036 Klient*innen (13,5 %)** wurden im **Jahr 2022** dokumentierte Foltererfahrungen erfasst, die auch weiter zurückliegen können. Im Jahr 2023 wurden **4.565 Klient*innen (20,4 %)** angegeben. Diese Zahlen beschreiben ausschließlich jene Fälle, bei denen Klient*innen explizit als Folterüberlebende identifiziert werden konnten. Der tatsächliche Anteil von Folterüberlebenden dürfte deutlich höher liegen, da viele Betroffene ihre Erlebnisse nicht unmittelbar berichten oder sich in therapeutischen Phasen befinden, in denen eine Dokumentation von Foltererfolgen (noch) nicht indiziert ist.

Damit bestätigen die Zahlen das qualitative Muster: **Foltererfahrungen sind bei den Klient*innen der PSZ keine Ausnahme, sondern ein strukturell relevantes Phänomen**, das jedoch untererfasst bleibt. Fachkräfte berichteten im Interviewkontext, dass die Offenlegung von Foltererlebnissen häufig erst nach Monaten therapeutischer Arbeit erfolgt – ein Umstand, der auch die quantitative Unterrepräsentation erklärt.

Formen und Umfang der Dokumentation von Folterfolgen

Ungefähr ein Drittel der Zentren verfügen über interdisziplinäre Dokumentationsstrukturen, die psychische und körperliche Folterfolgen gleichermaßen erfassen. Die qualitative Analyse zeigte ein analoges Bild: Während einzelne Zentren durch Kooperationen mit der Rechtsmedizin strukturiert dokumentieren, bleibt dies vielerorts projektgebunden und personell fragil.

Deutlich mehr Zentren führen niedrighschwellige Formen der Dokumentation, Notiz, Stellungnahme oder Bericht über die psychischen und körperlichen Folgen von Misshandlung und Folter durch.

Welche Berufsgruppen führten die Dokumentation/Begutachtung von Misshandlungen/Folter durch?

	Anzahl Zentren	in Prozent
Psychotherapeut*innen	23	71,9
Ärzt*innen	16	50,0
Psycholog*innen	18	56,3
Sozialarbeitende	4	12,5
Sonstige (Klinik, Jurist*innen, Psychiater*innen)	3	9,4

(n=32 PSZ, Befragung der PSZ 2023)

Fehlende Ausstattung, unklare Zuständigkeiten und die Abhängigkeit von Förderprogrammen prägen die Realität der meisten Zentren und führen zu einer Fluktuation bezüglich der durchgeführten Dokumentationstätigkeiten. Die quantitativen Daten belegen damit die qualitative Beobachtung einer **regional fragmentierten Versorgungslandschaft**.

Gründe für fehlende Dokumentation von Folterfolgen

Im Jahr 2022 nannten von den 29 Zentren, die psychische oder körperliche Folterfolgen nicht dokumentieren oder vermitteln, folgende Gründe als Hauptursache. Gegenübergestellt finden sich die Antworten von 24 Zentren aus dem Jahr 2023.

Gründe, warum Zentren keine psychische oder körperliche Folterfolgen dokumentieren oder vermitteln, in Prozent

Grund	Anteil (%) 2022	Anteil (%) 2023
Fehlendes Wissen / Kompetenzen	72,4	58,3
Fehlende Kooperationspartner	58,6	58,3
Fehlende zeitliche Ressourcen	41,4	58,3
Bewusste Entscheidung zur Psychohygiene	3,4	4,2
Keine bekannten Fälle von Folter	0,0	0,0
Sonstiges	34,5	25,0

Die Zahlen verdeutlichen, dass das Defizit primär **strukturell** und nicht **emotional** begründet ist. Nur ein sehr geringer Anteil (3,4 % bzw. 4,2 %) nannte Psychohygiene als Grund – der Mangel an Dokumentation von Folterfolgen liegt also nicht in einem Bedürfnis der Abgrenzung begründet, sondern in **fehlender Qualifikation, Netzwerkstrukturen und Zeitressourcen**.

Besonders interessant ist eine Veränderung zwischen den Jahren 2022 und 2023. So gaben im Jahr 2023 14,1 % weniger den Grund "Fehlendes Wissen / Kompetenzen" an und 16,9 % mehr den Grund "Fehlende zeitliche Ressourcen". Eine mögliche Interpretation dieser Verschiebung ist, dass sich die Mitarbeitenden weiter qualifiziert haben, jedoch in ihrem Arbeitsalltag nicht die notwendigen zeitlichen Ressourcen haben, was sich nun eindeutiger zeigt.

In den offenen Zusatzkommentaren („Sonstiges“) betonten mehrere Zentren, dass insbesondere der **Mangel an rechtsmedizinischen Kooperationen und finanzielle Engpässe** Dokumentation von Folterfolgen erschweren:

„Um körperliche Folterfolgen zu begutachten, braucht es oft Apparate und mehrere Fachärzt*innen – also eine Forensik. Im Einzelfall versuchen wir Kontakt aufzunehmen, aber es bestehen keine regelhaften Kooperationen.“

Andere wiesen auf die **Projektabhängigkeit** hin:

„Wir haben es bisher nur selten thematisiert, aber immer wenn ich bei euch davon lese, denke ich, wir müssten hier aktiver werden. Vielleicht gehen wir es im Rahmen eines neuen AMIF-Antrags an.“

Diese qualitativen Stimmen spiegeln das Bild einer **chronisch unterfinanzierten Infrastruktur**, in der die Umsetzung des Istanbul-Protokolls von lokalem Engagement abhängt.

Weitervermittlung von Folterüberlebenden

In den Zentren mit Angaben dazu (Jahr 2022, n=9–18) wurden Folterüberlebende im Durchschnitt an folgende Einrichtungen weitervermittelt:

Fachärzt*innen: 12,7 Personen pro Zentrum

Sozialberatungsstellen: 9,9 Personen pro Zentrum

Kliniken: 7,5 Personen pro Zentrum

Diese Angaben haben sich in der darauffolgenden Erhebungsphase stark verringert (Jahr 2023, n=11-14):

Fachärzt*innen: 2,9 Personen pro Zentrum

Sozialberatungsstellen: 3,6 Personen pro Zentrum

Kliniken: 1,6 Personen pro Zentrum

Die Zahlen belegen quantitativ, was in den Interviews als „alltägliche Koordinationsarbeit“ beschrieben wurde: PSZ übernehmen nicht nur die therapeutische Behandlung, sondern auch die **Rolle von Vermittlungs- und Netzwerkschnittstellen**. Quantitativ wird die These gestützt, die Fachkräfte aus der Praxis heraus formulieren: Das Versorgungsnetzwerk ermüdet und es können weniger Klient*innen weitervermittelt werden. Damit wird sichtbar, dass die Versorgung von Folterüberlebenden **ohne funktionierende interdisziplinäre Netzwerke kaum realisierbar** ist.

Gesamtinterpretation

Die quantitativen Daten der BAfF-Erhebung und die qualitativen Interviewbefunde führen zu einem klaren Gesamtbild:

1. Relevanz und Sichtbarkeit:

Mit den im Jahr 2023 erhobenen **20,4 % offiziell dokumentierten Foltererfahrungen (bei noch höherer Dunkelziffer)** ist Folter ein **zentraler Versorgungsaspekt** in der Arbeit der PSZ.

2. Strukturelle Lücken:

Fehlende Zeitressourcen, Kooperationen und Kompetenzen verhindern flächen-deckende Dokumentation von Folterfolgen.

3. Rolle von Projekten:

Netzwerke wie ExTo wirken als „temporäre Verstärker“ für die Versorgungslandschaft, zeigen aber zugleich die Abhängigkeit von Projektförderung.

4. Engagement der Fachkräfte:

Der Wille zur Weitervermittlung zeigt, dass die Fachkräfte deutlich die Bedarfe wahrnehmen, auch trotz institutioneller Grenzen.

5. Ungleiche Bedingungen:

Dokumentation von Folterfolgen, Begutachtung und Rehabilitation hängen wesentlich von **regionalen Strukturen und politischer Unterstützung** ab.

Diese quantitativen Ergebnisse bestätigen, dass die PSZ als tragende Säule der Rehabilitation fungieren – aber unter Bedingungen, die **systematisch unzureichend** sind, um das Recht auf Rehabilitation nach der UN-Antifolterkonvention (UN-CAT) umfassend umzusetzen.

Schlussfolgerungen

Die Analyse zeigt, dass die Versorgung und Dokumentation von Folterfolgen für Folterüberlebende in Deutschland ein hochkomplexes, interdisziplinäres Handlungsfeld ist, das zwischen therapeutischen, medizinischen, rechtlichen und politischen Logiken situiert ist. Trotz struktureller Barrieren und institutioneller Brüche existieren zahlreiche Praxisbeispiele, die zeigen, wie gelingende Versorgung aussehen kann – vorausgesetzt, die Rahmenbedingungen stimmen.

Zentrale Ergebnisse im Überblick

1. Screening und Zugang:

Bei 20,4 % aller Klient*innen der PSZ im Jahr 2022 wurden Foltererfahrungen dokumentiert – eine Zahl, die vermutlich deutlich unter der tatsächlichen Prävalenz liegt.

2. Dokumentation von Folterfolgen als Schnittstelle zwischen Versorgung und Recht:

Die Dokumentation psychischer und körperlicher Folterfolgen ist ein entscheidendes Bindeglied zwischen medizinischer Versorgung, psychosozialer Unterstützung und juristischer Anerkennung. Sie wird jedoch in dieser interdisziplinären Form nur in etwa einem Viertel der Zentren nach anerkannten Standards durchgeführt oder vermittelt.

3. Strukturelle Barrieren:

Die größten zuletzt erhobenen Hindernisse sind **fehlendes Fachwissen (58,3 %)**, **fehlende Kooperationspartner (58,3 %)** und **zeitliche Unterfinanzierung (58,3 %)**. Diese quantitativen Daten decken sich mit den qualitativen Befunden: Fachkräfte beschreiben die Dokumentation von Folterfolgen als zeitintensiven, aber essenziellen Prozess, der ohne institutionelle Unterstützung kaum umsetzbar ist.

4. Rolle von Netzwerken und Case Management:

Erfolgreiche Versorgung entsteht dort, wo **Case Manager*innen aktiv vernetzen**, Termine koordinieren und den bürokratischen Weg mitgehen.

Gerade im Zusammenspiel mit solidarischen Ärzt*innen und Rechtsmedizin werden Versorgungslücken überbrückt, die das reguläre System offenlässt.

5. Therapeutische Beziehung und Stabilisierung:

In den Interviews wird deutlich, dass die **therapeutische Allianz** zentrale Bedeutung für Stabilisierung und Vertrauen hat.

Gute Erfahrungen entstehen, wo Fachkräfte auch außerhalb strenger institutioneller Routinen flexibel handeln – etwa bei unregelmäßigem Erscheinen oder Krisen. Der Prozess des Gesehenwerdens, Glaubens und Gehörtwerdens wird vielfach als „Gerechtigkeit im Kleinen“ beschrieben.

6. Good Practice und institutionelle Stabilität:

Schulungen zu Istanbul-Protokoll und SBPM, Qualitätszirkel, Supervisionen sowie eine feste Kooperation mit Rechtsmedizin oder spezialisierten Kliniken sind die wirksamsten Erfolgsfaktoren. Dort, wo institutionelle Anbindungen und stabile Finanzierungen bestehen, können PSZ nachhaltig dokumentieren und rehabilitativ arbeiten.

7. Gerechtigkeit als Leitmotiv:

Fachkräfte verstehen Gerechtigkeit nicht primär juristisch, sondern als **gerechte Versorgung, Wiederherstellung von Würde und Sichtbarmachung von Gewalt**. Gleichzeitig verweisen sie auf gesellschaftliche Verantwortung: Der Umgang mit Folterüberlebenden wird zum Spiegel für den Zustand von Rechtsstaatlichkeit und Solidarität in Deutschland.

In der Gesamtschau entsteht ein ambivalentes Bild: Einerseits existieren sehr engagierte Fachkräfte und Zentren, die trotz prekärer Rahmenbedingungen wirksame Arbeit leisten. Andererseits bleiben Versorgungsgerechtigkeit, Kontinuität und interdisziplinäre Verankerung in Deutschland stark vom Zufall und der Projektförderung abhängig. Die qualitative Analyse zeigt, dass diese Defizite nicht aus mangelnder Bereitschaft, sondern aus struktureller Überlastung und fehlender institutioneller Einbettung resultieren. Wo Kooperationen, Schulungen und Finanzierung greifen, entstehen dagegen robuste Strukturen, die sich an internationalen Standards orientieren.

„Wenn alle wenigstens eine Person in die Behandlung aufnehmen würden, wäre das schon ein Anfang.“

Warum Psychotherapeut*innen mehr denn je gebraucht werden – Ein Gespräch über die Folgen von Gewalt und Folter auf der Flucht

Im Gespräch berichtet Carina Heyde, eine erfahrene Psychotherapeutin aus dem Psychosozialen Zentrum für Geflüchtete Düsseldorf, von Fällen, die sie nicht loslassen – und von der Verantwortung, die alle tragen, die mit den Folgen von Menschenrechtsbrüchen konfrontiert sind. Ihr Appell: Wir brauchen mehr Haltung, mehr Mitgefühl – und mehr Kolleg*innen, die sich trauen, geflüchtete Klient*innen zu versorgen.

Über Traumatisierung auf der Flucht

Welche Erfahrungen hast Du gemacht in Bezug auf Klient*innen, die vielleicht erst an den europäischen Außengrenzen folterähnlicher Gewalt ausgesetzt waren oder dort retraumatisiert wurden?

Ich habe mehrere gravierende Beispiele. Eines ist der Fall einer 17-Jährigen, die über Schlepper von einem afrikanischen Land nach Deutschland gebracht wurde. Ein Verwandter sollte sie nach Deutschland bringen, sie hatte den Kontakt über eine Tante bekommen. Doch dann waren plötzlich zwei andere Männer dazwischen geschaltet und sie wurde in den Niederlanden an einen Mann übergeben, der sie sexuell missbrauchte. Was mich daran so irritiert, ist, dass es überhaupt

keine Ermittlungen gibt – keine Skandalisierung, kein Schutzprogramm. Der Mann ist irgendwo in einer bekannten Stadt, der muss doch gefunden werden. Was mich besonders bewegt, sind ihre Schuldgefühle, nachdem ihr die Flucht gelungen war. Sie sagt: „Da sind doch jetzt andere Kinder in diesem Zimmer.“

Andere Fälle sind von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten aus Afghanistan, Syrien, Irak und Guinea. Sie sind teilweise seit zwei Jahren hier, konzentriert darauf, es zu schaffen, dass Familienmitglieder ebenfalls einreisen können. Und man muss ihnen jetzt sagen, dass das nicht mehr klappen wird. Sie sind so fokussiert auf diesen Auftrag, dass sie ihre Gefühle abspalten. Sie haben keine PTBS-Symptome, aber vieles ist nicht besprechbar. Die Familiensysteme wirken weiter auf sie ein, sie machen sich Vorwürfe, schlafen schlecht und können nirgends wirklich andocken.

Viele meiner queeren Klient*innen haben jahrelang in der Türkei oder in Griechenland gelebt. Dort mussten sie sich mit inoffizieller Arbeit durchschlagen und waren von sämtlichen Versorgungssystemen ausgeschlossen. Natürlich werden Menschen dann vor Gewalt nicht geschützt, befinden sich in ständiger Gefahr und leben und arbeiten unter menschenunwürdigen Bedingungen. Wenn dann Traumafolgestörungen oder andere psychische Erkrankungen vorliegen oder entstehen, können sie dort nicht behandelt werden. Queere Klient*innen kommen dann mit ihren traumatischen Erfahrungen im Herkunftsland, Retraumatisierung und Chronifizierung nach Deutschland, in der Hoffnung hier Schutz und eine Behandlung zu erhalten.

In einem anderen Fall wurde eine Familie in Litauen inhaftiert. Sie hatten weder zu trinken noch zu essen. Der kleine Junge bat einen Wärter um Hilfe, wurde gestoßen, stürzte und verlor Gehirnflüssigkeit – mit bleibenden Einschränkungen. Jetzt droht ihnen eine Abschiebung wegen der Dublin-Regelung. Selbst wenn in Deutschland Gewalt und deren Folgen nachgewiesen werden können, hat das oft nicht den erforderlichen Schutzstatus zur Folge.

„Manchmal denke ich, ich kann sowieso nichts mehr machen – und das erschreckt mich an mir selbst.“

Über ein müde gewordenes System

**Kommen die Klient*innen im restlichen
Rehabilitationssystem überhaupt an?**

„Viele wollen
helfen – und richten
trotzdem Schaden
an, weil das System
so überfordert ist.“

„Wir müssen
fragen: Was hat
jemand erlebt –
nicht, woher
jemand kommt.“

Das System ist müde geworden. Es gibt schnelle Personalwechsel, gerade in der Jugendhilfe. Und manche Jugendliche haben drei verschiedene Betreuer*innen und keiner weiß, was zum Beispiel Anhörungsunfähigkeit bedeutet. Es gibt viele, die helfen wollen, aber unabsichtlich auch Schaden im asylrechtlichen Prozess anrichten können. Oft wird nur minimal versorgt – Pflegefamilien werden gar nicht erst gesucht, Menschen werden nach zwei Wochen aus der Psychiatrie entlassen. Wenn sie nicht ins Regelsystem passen, gibt es keine Lösung – und dann kommen sie zum PSZ. Aber auch das PSZ stößt an Grenzen, wenn schwere Gewaltfolgen zu Verhaltensauffälligkeiten führen und der Rest des Systems nicht mithilft. Bei akuter Suizidalität sind wir auf die psychiatrischen Strukturen angewiesen.

Bei körperlichen Beschwerden gibt es kaum Follow-up. Das PSZ ist stark gefordert, überhaupt in die fachärztliche Versorgung zu vermitteln, Termine und Sprachmittlung oder Begleitung zu organisieren. Das könnte viel stärker durch reguläre Praxen unterstützt werden. Auch Sprechstundenhilfen sind gefragt – oft sind sie die erste Barriere, wenn Sprache fehlt oder ein Behandlungsschein nicht akzeptiert wird. Ich erinnere mich an eine unbegleitete Minderjährige, die in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Bochum glücklicherweise sehr gute Versorgung durch die Sozialarbeiter*innen und die Sani-Station vor Ort bekommen hatte – und dann in der „normalen“ Versorgung völlig hängen gelassen wurde.

Über strukturelle Diskriminierung und Verantwortung

Was brauchen Deine Klient*innen?

Ein weniger starres Asylsystem. Eines, das Aufenthaltschancen nicht nur vom Herkunftsland abhängig macht, also nicht nur fragt, woher jemand kommt, sondern stärker in den Fokus nimmt, was jemand erlebt hat. Denn das Leid ist das gleiche – und damit auch die Folgen und Bedarfe. Es spielt keine Rolle, ob jemand aus Angola oder aus Guinea kommt. Wenn ein Deutscher dieselbe Symptomatik hätte, würde er stationär aufgenommen und hätte nach einer gegebenen Wartezeit einen ambulanten Behandlungsplatz, wenn er das wünscht. Ich schiebe keiner Fachkraft in der Klinik die Verantwortung zu – beispielsweise wenn jemand nicht weiß, wie er mit einer traumatisierten Person sprechen soll oder woher Sprachmittlung zu organisieren ist. Aber man muss anerkennen, dass dieses System, so wie es jetzt läuft, strukturell diskriminiert und geflüchtete Patient*innen in der Krise benachteiligt.

Anstatt Geld dafür auszugeben, dass andere Länder Menschen zurücknehmen, müssten wir für sichere Fluchtwege sorgen, was bei den fliehenden Menschen aus der Ukraine gut funktioniert hat. Fluchtursachen sollten wir bekämpfen und nicht die flüchtenden Menschen, beispielsweise indem sie Pushbacks oder staatlicher Gewalt an Europas Außen Grenzen ausgesetzt sind. Das soll der Abschreckung dienen, aus psychologischer Sicht ist es eine erneute Traumatisierung durch Gewalterfahrungen. Wir brauchen strukturelle Veränderung – aber im Moment hängt alles am Engagement Einzelner. Die Hürden sind erheblich höher geworden. Wenn jede*r Psychotherapeut*in nur eine geflüchtete Person in Behandlung aufnehmen würde, wäre das schon ein Anfang. Wir dürfen keine Ängstlichkeit oder Scheu haben, uns mit dem Thema Flucht und mit den betroffenen Menschen auseinanderzusetzen – wir brauchen Offenheit, damit diese Themen auch in der Öffentlichkeit und in den Kommunen ankommen.

„Das PSZ allein reicht für die Rehabilitation nicht aus. Wir haben ein Haltungsproblem in Deutschland.“

Reflexion: Haltung zeigen – Verantwortung übernehmen

Dieses Gespräch zeigt eindrücklich, dass psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten immer auch politische Arbeit ist. Die Berichte offenbaren ein System, das überfordert, fragmentiert und vielfach resigniert ist. Was an Strukturen existiert, wird von engagierten Einzelpersonen getragen. Gerade jetzt braucht es mehr psychotherapeutische Stimmen, die sich öffentlich äußern, die Fachwissen mit Haltung verbinden. Es braucht ein Gesundheitssystem, das Traumafolgen ernst nimmt und Menschenrechte nicht an nationalen Grenzen relativiert. Statt Hürden aufzubauen, braucht es Strukturen, die Teilhabe ermöglichen – Sprachmittlung, Versorgungssicherheit, Aufenthaltsstabilität und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Nur wenn psychotherapeutische Versorgung als Teil menschenrechtlicher Verantwortung verstanden wird, kann sie ihr eigentliches Ziel erfüllen: Heilung, Würde und gesellschaftliche Teilhabe.

Gerechtigkeit heilt

Von Bianca Schmolze,
Menschenrechtsreferentin
der MFH Bochum

An der Seite von Überlebenden im Kampf für Gerechtigkeit

„Wir fordern Wahrheit und Gerechtigkeit!“ - Mit dieser Forderung gingen Überlebende von Verbrechen gegen die Menschheit jahrzehntelang weltweit auf die Straße, um für ihr Recht auf Anerkennung des Erlittenen zu kämpfen und die systematische Straffreiheit von Täter*innen zu beenden, aber auch um an jene zu erinnern, die in Folterkellern, in ihren Häusern oder auf offener Straße ermordet wurden.

Insbesondere in den Ländern des lateinamerikanischen Südens, des Cono Sur, haben Organisationen von Überlebenden und Angehörigenvereinigungen deutliche Fortschritte für den internationalen Kampf gegen die systematische Straflosigkeit schwerer Menschenrechtsverletzungen erzielt.

Unterstützt wurden sie dabei stets von mutigen Menschenrechtsorganisationen, die versuchten, die Schicksale von Opfern aufzuklären, Überlebende zu rehabilitieren und die Täter*innen ihrer verdienten Strafe zuzuführen. Sie durchforsteten Archive und Aktenberge, führten Exhumierungen durch, rekonstruierten Tatverläufe, archivierten Beweismaterial und trugen Zeug*innenaussagen zusammen, um so die Einleitung von Strafverfahren zu vereinfachen.²⁶

Es waren diese unermüdlichen Kämpfe gegen die Straflosigkeit, die das internationale Recht erweiterten, neue internationale verbindliche Menschenrechtsverträge und erste Prozesse gegen Täter*innen ermöglichten. Und es war dieser Kampf von Überlebenden, der die MFH Bochum seit 2002 inspiriert für ihre internationale Menschenrechtsarbeit im Sinne von „Gerechtigkeit heilt“.

Nach ersten ad hoc Tribunalen der Vereinten Nationen zu Ruanda, Ex Jugoslawien, Sierra Leone, Kambodscha und Osttimor wurde im Jahr 1998 endlich das Rom Statut verabschiedet und der Internationale Strafgerichtshofs in Den Haag etabliert. Seitdem haben viele Länder mit der Ratifizierung des Rom Statuts das Prinzip der universellen Rechtsprechung übernommen, so auch Deutschland im Jahr 2002 mit dem Völkerstrafgesetzbuch.²⁷

²⁶ Schmolze, Rauchfuss (Hrsg.) (2009): Kein Vergeben. Kein Vergessen. Der internationale Kampf gegen Straflosigkeit. Berlin. Assoziation A

²⁷ Schmolze (2009): Im Namen der Menschheit. Internationale Tribunale zu schweren Menschenrechtsverletzungen. In: Forum Wissenschaft 3/2009

Gerechtigkeit heilt - Sichtbarmachung und Anerkennung des Erlittenen

Im Rahmen des ExTo Projektes wurden Überlebende auch mit dem Ziel unterstützt, ihre Geschichten sichtbar zu machen, um so eine Anerkennung des Erlittenen zu erfahren.

„Gerechtigkeit heilt“ – Dieser menschenrechtliche Ansatz zeigt, dass wir an der Seite von Überlebenden von Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen und Völkermord stehen in ihrem Kampf gegen Straflosigkeit und für Wahrheit, Gerechtigkeit, Entschädigungen und politische Maßnahmen für ein „Nie Wieder!“ Diese UN-Prinzipien wurden hart erkämpft von Überlebenden und Angehörigen von Opfern weltweit, die ein Ende der systematischen Straffreiheit der Täter*innen forderten und eine Erinnerungskultur, die die Überlebenden und Ermordeten in den Mittelpunkt stellt.

„Für Überlebende von Folter stellt sich die Kultur der Straflosigkeit als Barriere für die Aufarbeitung ihrer traumatischen Erfahrungen dar. Im Vordergrund steht dabei die fehlende gesellschaftliche Anerkennung für das Erlittene, die jedoch eine wichtige Voraussetzung für die biografische Einordnung des Erlebten und die Historisierung der Ereignisse darstellt. Ein gesellschaftliches Klima, in dem die begangenen Verbrechen negiert, das persönliche Leid strukturell angezweifelt und die unter der Diktatur verkehrten Täter-Opfer-Rollen nicht korrigiert werden, hält das unter der Folter geprägte Bild des omnipotenten Täters wach und vertieft Entrüstung, Zorn und Aggression vor dem Hintergrund andauernder Ohnmachtsgefühle auf Seiten der Überlebenden.“²⁸

Dabei bezeichnet Straflosigkeit nicht allein das Fehlen von Strafprozessen gegen die Verantwortlichen. Straflosigkeit betrifft die Gesellschaft als Ganzes, denn die gesellschaftliche Ignoranz und Negation dessen, was den Opfern und Überlebenden widerfahren ist, verhindert die individuelle Aufklärung von Schicksalen ebenso

wie die gesellschaftliche Debatte über die Verantwortung für begangene Verbrechen.

Im Vordergrund steht dabei das Fehlen der gesellschaftlichen Anerkennung für das Erlittene, die jedoch eine wichtige Voraussetzung für die biografische Einordnung des Erlebten und die Historisierung der Ereignisse darstellt. Speziell für Folterüberlebende wird in einem gesellschaftlichen Klima, in dem Folterer straffrei bleiben und die begangenen Verbrechen negiert werden, das persönliche Leid strukturell angezweifelt und vertieft bei den Überlebenden Entrüstung, Zorn und Aggression vor dem Hintergrund andauernder Ohnmachtsgefühle. Mit der strafrechtlichen Verurteilung derjenigen, die die begangenen Verbrechen zu verantworten haben, und dem Kampf für Gerechtigkeit erlangen Überlebende und Angehörige von Opfern ihre Anerkennung als solche zurück während jene, die die Verbrechen begangen haben durch Strafprozesse auch in ihrer Rolle als Verbrecher*innen gesellschaftlich wahrgenommen werden. In diesem Sinne leistet auch die juristische Wahrheitsfindung einen Beitrag zur Schaffung einer gesellschaftlichen Wahrheit und der Anerkennung des Erlittenen.

An der Seite von Überlebenden

„Wir fordern Wahrheit und Gerechtigkeit“

„Die Täter müssen bestraft werden! Niemand steht über dem Gesetz!“

„Ich möchte mit meiner Geschichte dazu beitragen, dass die Verbrechen bekannt werden, damit so etwas nie wieder passiert!“

28 Rauchfuss (2008): Die Tragödie beginnt erst nach dem Ende der Verbrechen - Eine Kultur der Straflosigkeit behindert die Rehabilitation von Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen. In: Peripherie, Jg. 28, Nr. 109-110 (1-2008)

Gegen jene vorzugehen, die für Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen oder Genozid verantwortlich sind, kann dabei helfen, die Opferrolle abzulegen, in die sie das Erlittene gedrängt hat. Auf das an ihnen begangene Unrecht hinzuweisen, kann dazu führen, dass Überlebende einen Teil von Selbstkontrolle zurückerhalten, sie werden initiativ, übernehmen erneut Verantwortung bei der Steuerung gesellschaftlicher Prozesse und wehren sich zeitversetzt gegen ihre Wehrlosigkeit in der durchlittenen Situation. Sie werden wieder zu handelnden Subjekten. Auf diese Weise kann die Annäherung an die traumatischen Erlebnisse dazu beitragen, das Erlittene besser in die eigene Biografie zu integrieren.

Immer wieder werden wir von Klient*innen angesprochen, die den Wunsch haben, mit ihrer Geschichte einen Beitrag für Wahrheit und Gerechtigkeit zu leisten oder sie wünschen sich an die Öffentlichkeit zu gehen, um die Menschen darüber aufzuklären, was sie in ihrem Herkunftsland erleben mussten.

Mit dem „Gerechtigkeit heilt“ Ansatz versuchen wir auf die individuellen Wünsche von Überlebenden einzugehen. Gemeinsam überlegen wir, welche Aktivitäten zu einer Sichtbarmachung und Anerkennung des Erlittenen führen könnten und damit zu einer Form von Gerechtigkeit. Dabei wird jeder einzelne Schritt, den wir gemeinsam gehen, von den Überlebenden selbst bestimmt und sie haben über die gesamte Zusammenarbeit jederzeit die Regie.

Nicht jede*r sucht sofort Wege für die strafrechtliche Verfolgung der Täter*innen. Oftmals äußern Überlebende und Angehörige von Ermordeten den Wunsch, dass sie etwas mit ihrer Geschichte machen wollen, um so einen Beitrag zur Wahrheitssuche zu leisten. Dies kann auf vielfältige Weise geschehen:

Sollen die überlebten Verbrechen z.B. in Form eines Berichts den Vereinten Nationen oder anderen internationalen Gremien, die Beweise für

Verbrechen gegen die Menschlichkeit, Kriegsverbrechen oder Genozid sammeln, geschickt werden, wo sie sicher archiviert und Jurist*innen zur Verfügung gestellt werden können, sollten Verfahren nach universeller Rechtsprechung eröffnet werden?

Was können wir tun, um eine Viktimisierung zu beenden und das Engagement von Überlebenden zu unterstützen?

Sollten Überlebende den Wunsch hegen, rechtliche Schritte gegen Täter*innen einzuleiten, und über entsprechende Beweismittel verfügen, können in Kooperation mit Menschenrechtsanwält*innen gegebenenfalls Schritte eingeleitet werden. Dies war beispielsweise möglich im weltweit ersten Prozess wegen systematischer Folter durch das Assad Regime vor dem OLG Koblenz, bei dem 29 Folterüberlebende involviert waren.²⁹

²⁹ Vgl. Website des ECCHR: <https://www.ecchr.eu/fall/weltweit-erster-prozess-zu-staatsfolter-in-syrien-vor-dem-olg-koblenz/>, zuletzt abgerufen 15.11.2025

Sichtbarmachung und Anerkennung des Erlittenen

In Zusammenarbeit mit Überlebenden im Rahmen des Projektes wurden Aktivitäten zur Anerkennung des Erlittenen unternommen, die sich einzig an den Wünschen und Forderungen der Klient*innen orientieren. Manche möchten mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit gehen, andere suchen einen diskreteren Weg aus Sorge vor Repression gegen Familienangehörige. Wieder andere suchen gerichtliche Möglichkeiten, um gegen Täter*innen vorgehen zu können, andere wiederum fürchten diesen Schritt. Alle haben jedoch den Wunsch, ihre Geschichte zu teilen, damit sie festgehalten, dokumentiert und nicht vergessen wird, um so vielleicht in ferner Zukunft als Zeug*innenaussage dienen zu können.

Ein Folterüberlebender aus dem Iran, ehemaliger politischer Gefangener, war Zeuge der Gefängnismassaker im Jahr 1988. Er entschied aktiv zu werden aufgrund eines in Schweden stattfindenden Prozesses gegen Hamid Nouri wegen der Ermordung von politischen Gefangenen – der weltweit erste Prozess wegen Verbrechen gegen die Menschlichkeit im Iran. Der Angeklagte wurde 2022 zu lebenslanger Haft verurteilt – ein Urteil das vielen Iraner*innen Hoffnungen machte und eine Anerkennung des Leids politischer Gefangener im Iran bedeutete. Herr N. hat über seine Zeit im Gefängnis und alles, was er dort erlebt und bezeugt hat, zwei Bücher geschrieben, die er seit seiner Haftzeit aufbewahrte und versteckte. Der Prozess in Schweden hatte ihm gezeigt, dass seine Erinnerungen, die er schriftlich festgehalten hat, womöglich in anderen Gerichtsverfahren als Beweismittel oder Mittel der Wahrheitsfindung dienen könnten. Vor diesem Hintergrund wollte er, dass seine Gefängnismemoiren an einem möglichst sicheren Ort untergebracht werden, wo sie auch für Historiker*innen und Jurist*innen zugänglich sind. Nach gemeinsamen Recherchen wurde in Amsterdam das Institut für Sozialgeschichte kontaktiert – eine Institution, die Dokumente aller Art von internationalen Widerstandsbewegungen archiviert. Es wurde eine Fahrt nach Amsterdam geplant, damit die Me-

moiren persönlich übergeben werden konnten. Diese Reise, die Übergabe der Bücher und die respektvolle Entgegennahme und Archivierung durch das Institut sorgten für eine große Erleichterung bei Herrn N. Fotos und eine Videoaufnahme der Übergabe werden eine weitere wichtige Erinnerung für Herrn N.

Die Zusammenarbeit mit einer Künstlerin aus Südafrika gestaltete sich ebenfalls sehr emotional. Sie setzt ihre Musik und ihre Songtexte dafür ein, auf die an ihr begangenen Verbrechen der Sklaverei und geschlechtsspezifischer Verfolgung aufmerksam zu machen. Sie thematisiert die Systematik dieser Verbrechen in ihrem Land und hofft, mit ihrer Stimme andere Frauen erreichen und ihnen Mut geben zu können, gegen die Unterdrückung und sexualisierte Ausbeutung zu kämpfen und sich gegenseitig zu unterstützen. Gemeinsam nahmen wir Kontakt auf zu anderen Künstler*innen und Kulturschaffenden und organisierten einen ersten öffentlichen Auftritt im Rahmen einer interkulturellen Veranstaltung der Stadt Bochum. Diese erste Möglichkeit, in Deutschland aufzutreten mit ihrer Musik, empfand sie als sehr befreiend: „Es ist wie Therapie“.

Folterdokumentation als Mittel der Wahrheitsfindung

Seit dem Prozess zu Folter durch das Assad Regime in Koblenz gibt es syrische Folterüberlebende in Deutschland, die den Wunsch haben, mit ihrer Geschichte dazu beitragen zu können, weitere Täter*innen vor Gericht zu bringen. Doch da die Situation in Syrien auch nach dem Sturz von Assad weiterhin instabil und riskant ist, suchen sie nach sicheren Möglichkeiten, in Deutschland politisch aktiv zu werden.

Herr X kam im Jahr 2023 als Geflüchteter nach Deutschland. Er hatte in Syrien als Menschenrechtsaktivist bei verschiedenen humanitären Organisationen gearbeitet und wurde deswegen vom Regime Assads verfolgt. Er überlebte eine Entführung durch die Al Nusra Front und wurde auch von Assads Schergen im Gefängnis schwerstens gefoltert. Seitdem er in Deutsch-

land ist, sucht er Wege, von hier aus weiterhin politisch aktiv zu sein, um seine Mitkämpfer*innen in Syrien zu unterstützen und mit seiner Geschichte aufzuzeigen, wie brutal das Regime Assads und Islamistische Gruppen gegen Menschenrechtsaktivist*innen vorgehen. Nachdem er von dem Syrien-Prozess vor dem OLG Koblenz erfahren hat, wollte auch er einen Beitrag leisten, Täter vor Gericht stellen zu können und er wusste, dass seine Geschichte eine wichtige Zeugenaussage sein könnte. Aus Sorge vor einer weiteren Gefährdung seiner Angehörigen in Syrien suchten wir gemeinsam nach einer sicheren Möglichkeit, seine Geschichte detailliert zu dokumentieren und relevanten Stellen zugänglich zu machen.

Vor dem Hintergrund, dass viele Syrer*innen in Europa den Wunsch haben mit ihrer Geschichte einen Beitrag zu Wahrheit und Gerechtigkeit zu leisten, nahm die Menschenrechtsreferentin der MFH Bochum Kontakt zum UN Organ „International, Impartial and Independent Mechanism to assist in the investigation and prosecution of persons responsible for the most serious crimes under International Law committed in the Syrian Arab Republic since March 2011“ - kurz IIIM, auf. Dieser UN Mechanismus hat die Aufgabe, Beweise für Kriegsverbrechen, Verbrechen gegen die Menschlichkeit und Verstöße gegen das humanitäre Völkerrecht zu sammeln, aufzubewahren und zu analysieren, um sie dann in Aktenform nationalen, regionalen oder internationalen Strafverfahren zur Verfügung zu stellen, um Täter*innen zur Rechenschaft ziehen zu können. Bei der Übersendung von Informationen entscheiden die betroffenen Personen selbst, in welcher Form IIIM die gewonnenen Informationen verwenden darf.

In mehreren Sitzungen erarbeiteten wir einen ausführlichen Bericht über die an Herrn K begangenen Verbrechen und übergaben diesen an IIIM, wo er von nun an internationalen Jurist*innen zur Verfügung steht, um ggf. Strafverfahren gegen Täter*innen einzuleiten.

Auch Herr Y. hat Folter durch das Assad Regime überlebt mit enormen gesundheitlichen Einschränkungen, unter denen er seither lei-

det. Auch er hatte von dem Prozess in Koblenz erfahren und da er sicher war, einen der Täter in Süddeutschland erkannt zu haben, wollte er, dass die Justiz in Deutschland aktiv wird. Doch um seine Angehörigen in Syrien nicht zu gefährden, wollte er zunächst anonym aussagen. Dadurch wurde eine Zeugenaussage bei der Polizei schwierig. Wir schickten daher einen weiteren detaillierten Bericht mit allen verfügbaren Informationen an IIIM, wo die Informationen geprüft und archiviert wurden. Leider wurden die Informationen zu dem vermuteten Täter in Deutschland als unzureichend gewertet, um die Justiz in Deutschland einzuschalten. Dennoch können seine Aussagen und Angaben in zukünftigen Verfahren gegen jene, die für die Folter verantwortlich waren, von Relevanz sein und darauf hofft Herr Y, erleichtert, dass seine Geschichte sicher aufbewahrt ist und Jurist*innen damit zugänglich.

Bericht an UN Sonderbericht- erstatter zu Folter

Durch die Mitgliedschaft im International Rehabilitation Council (IRCT) bekam die MFH Bochum Kontakt zur UN Sonderberichterstatterin zu Folter Dr. Alice Edwards. Sie hatte in 2024 und 2025 zusammen mit IRCT-Mitgliedszentren kontinentale Hearings (Afrika, Asien, Lateinamerika) durchgeführt, um Folterüberlebenden die Möglichkeit zu geben ihr direkt, ihre Geschichte zu erzählen, um einen Bericht an die UN Menschenrechtskommission zu übergeben, der die Überlebenden in den Mittelpunkt rückt. Nach einem direkten Austausch wurde ein Bericht verfasst, der Folter an den EU Außengrenzen in den Fokus rückt. Es werden in dem Bericht insgesamt 12 Fälle präsentiert, darunter auch Fälle von UMF, die schildern, welche Gewalt sie an den EU Außengrenzen erleben mussten.

Die in dem Bericht aufgeführten Fälle umfassen:

- Herr X der zwischen Lettland und Weißrussland im Winter 2022/2023 sich in Wäldern verstecken musste. Er berichtet von illegalen Haftlagern welche völlig überfüllt waren, von Elektroschocks durch lettische Sicherheitskräfte, die ihn bis zur Bewusstlosigkeit schlugen. Wenn er ohnmächtig wurde, überschütteten sie ihn mit kaltem Wasser. Zigaretten wurden auf seinem Körper ausgedrückt. Es gibt Fotos von den Verletzungen. In einem Interview mit BBC sagte Herr K: „Ich möchte, dass meine Stimme die Welt und andere Migranten erreicht, dass die lettischen Grenzschutzbeamten Lügner und extrem rassistisch sind.“
- Eine junge Kurdin aus Syrien versuchte via Türkei nach Griechenland zu fliehen. Insgesamt 18 Mal erlebte sie zwischen den beiden Ländern illegale pushbacks. Insbesondere die griechische Küstenwache sei sehr brutal gewesen. Mit insgesamt 20 Frauen war sie in einer Zelle eingeschlossen, die nur 2x2 Meter umfasste. Dort musste sie mehrere Tage ohne Essen und Trinken ausharren. Sie musste beobachten wie insbesondere Frau-

en, die einen Hijab trugen, sexualisierten Angriffen ausgesetzt waren.

- Ein 16 jähriger Jugendlicher aus Syrien wurde in Libyen über 1,5 Jahre in ein Gefängnis gesteckt, zusammen mit 20 anderen Personen in einer kleinen Zelle. Er hat viele Narben an seinem Körper durch Messerschnitte und Verbrennungen durch ausgedrückte Zigaretten.
- Ein 16 jähriger Jugendlicher aus Iran erlebte auf seiner Flucht an der bulgarischen Grenze unmenschliche Behandlung, wo er nach mehreren illegalen pushbacks über eine längere Zeit mit erwachsenen Männern in eine Zelle eingesperrt wurde und wo er nichts zu essen bekam.
- Ein weiterer junger Mann aus Syrien berichtet, dass er mehrere Monate in der Türkei im Gefängnis war. Er wurde geschlagen, so dass sein Arm brach, und er bekam weder Nahrung noch eine Decke.
- Eine jetzt 18 Jährige aus Somalia berichtet, dass sie 2023 von der griechischen Küstenwache illegale pushbacks erlebte. Die türkische Küstenwache brachte sie wiederum mehrfach ins Gefängnis. Dort erlebte sie, dass die Gefängniswächter Essen in die Zellen warfen, um das die Insassen dann kämpfen mussten. Außerdem berichtet sie von Schlägen.
- Ein junger Mann aus Somalia berichtet, als er 17 Jahre alt war, wurde er in Polen festgenommen, wo er von Polizisten geschlagen und von Polizeihunden gebissen wurde. Er musste mehrere Tage ohne Essen und Trinken auskommen und wurde geschlagen, da er sich weigerte, Dokumente zu unterzeichnen.
- Eine weitere junge Frau aus Somalia musste in Libyen mit ansehen, wie geflüchtete Frauen vergewaltigt wurden. Sie berichtet, dass sie in einem Haus untergebracht war, das "torture camp for refugees" genannt wurde.
- Ein Jugendlicher aus Guinea berichtet von Zwangsarbeit und Folter durch die Polizei in Algerien.

Der Mut und die Entschlossenheit all dieser Menschen, die uns ihre Geschichte geschildert haben, trotz der massiven psychischen Belastungen, ist beeindruckend. Wir versuchen sie auf ihrer Suche nach Gerechtigkeit zu begleiten, an ihrer Seite zu stehen und ihnen eine Stimme zu geben. Durch Menschenrechts- und Lobbyarbeit kann mit ihrer Hilfe stärker Druck auf die Verantwortlichen der EU und ihrer Mitgliedsstaaten ausgeübt werden, das absolute Folterverbot zu respektieren und jene, die für Folter gegen Geflüchtete verantwortlich sind, vor Gericht zu stellen. Denn: „Gerechtigkeit heilt“!



Herr N. schrieb im Gefängnis zwei Bücher über seine Erfahrungen.

Foto: Bianca Schmolze

Fazit und Forderungen

Die Versorgung von Folterüberlebenden in Deutschland steht an einem Wendepunkt. Die vorliegende Publikation belegt, dass gute Versorgung möglich ist, wenn **Kooperation, Qualifikation, institutionelle Verlässlichkeit und frühzeitige Identifizierung** zusammenkommen. Zugleich wird deutlich: Gerechtigkeit in der Versorgung lässt sich nur erreichen, wenn Folterüberlebende nicht länger als Sonderfall betrachtet werden, sondern teilhaben an der gesundheitlichen Regelversorgung.

Dafür braucht es **bundesweit verankerte Strukturen**, in denen Psychosoziale Zentren, Rechtsmedizin, Kliniken, Fachärzt*innen und spezialisierte Beratungsstellen verbindlich zusammenarbeiten können. Kooperation darf nicht vom Engagement einzelner Fachkräfte abhängen, sondern muss systematisch finanziert und koordiniert werden. Regelmäßige Schulungen nach Istanbul-Protokoll und SBPM sollten zum Standard gehören, begleitet von qualitätssichernden Formaten, die fachliche Weiterentwicklung ermöglichen.

Eine **langfristig gesicherte Finanzierung** – insbesondere für Case Management und Sprachmittlung – ist zentrale Voraussetzung für Versorgungsgerechtigkeit. Ohne diese Ressourcen bleibt Rehabilitation von Zufällen abhängig und scheitert an Systemgrenzen, die für die Betroffenen existenziell sind. Zugleich zeigen die Interviews, wie stark gelingende Versorgung vom Engagement einzelner

abhängt. Wo Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Menschenrechtsbeauftragte und andere genauer hinsehen, dokumentieren, vernetzen und aushandeln, entsteht nicht nur bessere individuelle Unterstützung. Sie leisten damit auch einen Beitrag zur **gesellschaftlichen Erinnerungskultur**, zur **Sensibilisierung für politische Gewalt** und zur Verteidigung universeller Menschenrechte. Die Rehabilitation von Folterüberlebenden hat immer ethische und politische Aspekte, die in der interdisziplinären Arbeit der verschiedenen Professionen mitzuberücksichtigen sind.

Abschließend wird deutlich, dass weiterer Austausch zwischen Praktiker*innen und politischen Entscheidungsträger*innen notwendig ist, damit das, was in der Praxis schon bekannt ist, in Entscheidungen einfließt. **Eine gerechte und wirksame Versorgung erfordert strukturelle Reformen, stabile Ressourcen und eine klare gesellschaftliche Haltung – sowie Fachkräfte, die diese Verantwortung professionell und menschlich tragen.**

Impressum

Autor*innen: Leo Teigler, Bianca Schmolze

Layout: Anis Anaïs Looalian

Zitiervorschlag: ExTo (2025). Rehabilitation für Folterüberlebende in Deutschland – Fragmente einer gerechten Versorgung.

Unser Dank gilt

wie immer in erster Linie unseren Klient*innen.

den Projektpartner*innen und Teilnehmenden der Erhebung für ihre wertvollen Erfahrungen und ihre essentielle Arbeit in der Versorgung von Folterüberlebenden.

Yukako Karato und Marie Melior für ihre Mitarbeit bei der Erhebung und inhaltliche Schärfung.

Namık Celik (www.gstltnng.com) für die erneute Freigabe der Illustrationen.

Weitere Informationen und Kontakte unter:
www.folterfolgen.de



EXTO:
EXPANSION AND STRENGTHENING OF
STRUCTURES FOR IDENTIFICATION AND
REHABILITATION OF TORTURE SURVIVORS



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer



Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum



PSZ Düsseldorf e.V.
Hilfe für Überlebende von
Folter, Krieg, Gewalt

UKD Universitätsklinikum
Düsseldorf



Qualität für Menschen

Gefördert durch:



Finanziert von der
Europäischen Union