

Aus dem Institut für Rechtsmedizin
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung – Wirksamkeit eines Trainingsmoduls für medizinisches Personal

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Sonja Siegel

2023

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Alfons Hugger

Auflistung eigener Publikationen

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Siegel, S., Ritz-Timme, S. & Mayer, F. Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung: Trainings zu Folter(folgen) sind wichtig; strukturelle Herausforderungen sind ungelöst. Rechtsmedizin 32, 444–451 (2022)

Zusammenfassung

Da Folter weltweit verbreitet ist und viele Menschen, die nach Deutschland fliehen und hier Asyl beantragen, aus Ländern kommen, in denen von Folter berichtet wird, ist von einer relevanten Anzahl an Menschen mit Foltererfahrung unter den Geflüchteten auszugehen, wenngleich die genaue Prävalenz nicht sicher festzustellen ist. In vielen Fällen leiden Menschen, die gefoltert wurden, unter physischen und/oder psychischen Folgen, weshalb eine spezialisierte Gesundheitsversorgung notwendig ist. Zudem ergeben sich aus dem Foltererleben Rechte. Sowohl für die Gewährleistung der adäquaten medizinischen Versorgung als auch für die Inanspruchnahme von Rechten ist das frühzeitige Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung notwendig. Dem Gesundheitspersonal kommt hier eine Schlüsselrolle zu. Dieses ist jedoch – ähnlich wie bei der allgemeinen Gewaltopferversorgung – mit Herausforderungen konfrontiert und muss speziell geschult werden.

Ziel der Untersuchung war zu prüfen, ob ein Training zu Folter und Folterfolgen zu mehr (subjektiver) Handlungssicherheit beim medizinischen Personal führt, wie dieses die eigene Rolle hinsichtlich der Versorgung von Menschen mit Foltererleben einschätzt und welche Schwierigkeiten bestehen (bleiben). Daher wurden insgesamt 11 Trainings mit 118 Teilnehmer:innen, vorwiegend in Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen für Geflüchtete, durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels eines *mixed method*-Ansatzes, d. h. zum einen wurden Fragebögen quantitativ, zum anderen Antworten auf Reflexionsfragen qualitativ unter Zuhilfenahme der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Das medizinische Personal und die teilnehmenden Ärzt:innen bewerteten die eigene Rolle als wichtig. Die Handlungssicherheit in Bezug auf potentiell gefolterte Patient:innen stieg beim medizinischen Personal insgesamt signifikant an, bei den Ärzt:innen jedoch nicht. Als wesentliche Schwierigkeiten wurden das knappe Zeitkontingent sowie die Sprachbarriere angegeben. Vor Durchführung der Trainings bestanden Unsicherheiten hinsichtlich der Kommunikation; diese Schwierigkeiten ließen sich durch die Trainings minimieren. Strukturelle Schwierigkeiten bestehen nach wie vor und bedürfen politischer Lösungen. Eine weitere wichtige Erkenntnis bestand darin, dass interprofessionelle Ansätze Chancen für die Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung bieten.

Summary

As torture exists worldwide and as many persons who flee to Germany to seek asylum come from countries wherefrom torture is reported, it is likely that there is a relevant number of persons with torture experience among the group of refugees. However, the exact prevalence is unknown. Many persons who survived torture suffer from physical and/or psychological sequels. Therefore, a specific health care is needed. Moreover, torture survivors have rights concerning their asylum procedure. To guarantee appropriate health care and claiming of rights it is mandatory to identify affected persons early. In this context, medical personnel plays a key role but is – similar to health care of patients who experienced violence in general, e. g. intimate partner violence - confronted with difficulties and need further qualification.

The aim of this study was to examine whether a training addressing torture and its sequels lead to more security in action of the medical personnel with regard to patients who had potentially been tortured and / or are potentially traumatized, how the medical personnel rate their own role and which difficulties exist for and after attending a training. Thus, 11 trainings with 118 participants were carried out. For evaluation, mixed methods were used: on the one hand, questionnaires were evaluated quantitatively, on the other hand answers of reflective questions were evaluated qualitatively using Qualitative Content Analysis.

The medical personnel rated its own role as important. Security in action increased in the medical personnel in general but did not significantly increase in the subgroup of physicians. As relevant difficulties lack of time and barrier of language were named. Before attending the training, the participants felt insecure with regard to communication. This difficulty was minimized through the training. Other problems require political solutions. Another important finding of the study is that interdisciplinary approaches between the different professions are value in guaranteeing an adequate health care.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------------|---|
| AsylG | Asylgesetz |
| AsylbLG | Asylbewerberleistungsgesetz |
| BAfF | Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. |
| EAE | Erstaufnahmeeinrichtung |
| in:Fo | interdisziplinär: Folterfolgen erkennen und versorgen |
| inTo Justice | Interdisciplinary Documentation and Holistic Rehabilitation of Torture |
| LVR | Landschaftsverband Rheinland |
| M | Mittelwert |
| Mdn | Median |
| MFH | Medizinische Flüchtlingshilfe |
| OLG | Oberlandesgericht |
| PSZ | Psychosoziales Zentrum |
| PTBS | posttraumatische Belastungsstörung |
| UN-CAT | United Nations-Committee Against Torture |
| ZUE | zentrale Unterbringungseinrichtung |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 1.1 Vorkommen von Folter | 1 |
| 1.1 Foltermethoden und -folgen | 3 |
| 1.2 Auf Foltererleben begründete Rechte Geschädigter | 5 |
| 1.3 Schwierigkeiten beim Erkennen von Folterfolgen | 7 |
| 1.4 Trainings zu Gewalt-/ Folterfolgen | 8 |
| 1.5 in:Fo Projekt | 9 |
| 1.6 Ziel der Arbeit | 10 |
| 1.7 Ethikvotum | 10 |
| 2. Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung: Trainings zu Folter(folgen) sind wichtig; strukturelle Herausforderungen sind ungelöst. Siegel, S., Ritz-Timme, S., Mayer, F. Rechtsmedizin 32,444-451, 2022. | 11 |
| 3. Ergänzende Ergebnisse | 12 |
| 3.1 Evaluation der Trainings | 12 |
| 3.2 Ergebnisse der Befragung der Sozialbetreuer:innen zu Vorwissen, Rollenverständnis, Handlungssicherheit und Schwierigkeiten | 13 |
| 3.2.1 Quantitative Auswertung | 13 |
| 3.2.2 Qualitative Auswertung | 15 |
| 3.2.3 Vergleich der Ergebnisse der Befragung von medizinischem Personal (inkl. Ärzt:innen) und Sozialbetreuer:innen | 17 |
| 4. Diskussion | 18 |
| 4.1 Wie schätzt das medizinische Personal, insbesondere das ärztliche Personal, die eigene Rolle beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung ein? | 18 |
| 4.2 Ansprechen von Gewalt-/ Foltererleben und Screening | 20 |
| 4.3 Steigt die Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung beim medizinischen Personal durch das entwickelte Training zu Folter und Folterfolgen? | 21 |
| 4.4 Welche Schwierigkeiten beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung bestehen bzw. bleiben auch nach Durchführung des entwickelten Trainings bestehen? | 22 |
| 4.4.1 Ansprechen | 23 |
| 4.4.2 Knappes Zeitkontingent / Ressourcen des Personals | 24 |
| 4.4.3 Finanzierung | 25 |
| 4.4.4 Sprachmittlung | 26 |
| 4.4.5 Weiteres Vorgehen / Weiterleitung von Menschen mit Foltererleben | 28 |
| 4.4.6 Umgang mit potentiell Traumatisierten und Retraumatisierung | 29 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.4.7 | Weitere Schwierigkeiten | 31 |
| 4.5 | Interprofessionalität als Chance | 32 |
| 4.6 | Limitationen | 33 |
| 5. | Schlussfolgerungen | 34 |
| 6. | Literaturverzeichnis | 36 |
| 7. | Anhang | 42 |
| 7.1 | Abbildungsverzeichnis | 42 |
| 7.2 | Tabellenverzeichnis | 42 |
| 7.3 | Ablaufplan des Trainings | 43 |
| 7.4 | Aufklärung und Einverständniserklärung der Teilnehmenden | 44 |
| 7.5 | Quantitative Fragebögen T0 und T1 | 45 |
| 7.6 | Reflexionsfragen | 46 |

1. Einleitung

Im Januar 2022 wurde erstmals in Deutschland ein syrischer Geheimdienstmitarbeiter auf Basis des Weltrechtprinzips wegen Ausübung von Folter in Syrien am Oberlandesgericht (OLG) Koblenz verurteilt [1].

Folter wird von der Antifolterkonvention der Vereinten Nationen (UN-CAT), die von 173 Staaten (u. a. Deutschland) ratifiziert ist [2], wie folgt definiert:

“For the purposes of this Convention, the term "torture" means any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed, or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity. It does not include pain or suffering arising only from, inherent in or incidental to lawful sanctions.” [3]

Gemäß Antifolterkonvention ist Folter absolut verboten; dies gilt immer – auch beispielsweise im Kriegszustand (Artikel 2 der Antifolterkonvention).

1.1 Vorkommen von Folter

Wenngleich Folter international geächtet ist, ist sie dennoch weltweit verbreitet - in Syrien, aber auch in zahlreichen anderen Ländern, beispielsweise Iran, Irak, Afghanistan. Amnesty International dokumentierte zwischen 2009 und 2014 in 141 Ländern Folter [4]. Gleichzeitig fliehen jedes Jahr zahlreiche Menschen und suchen Schutz in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland - darunter Menschen, die aus Ländern kommen, in denen gefoltert wird. In **Abb. 1** sind die häufigsten Herkunftsländer von Asylbewerber:innen in Deutschland 2021 dargestellt. Aus allen genannten Ländern existieren Berichte über Folter [5-15]. Zudem sind Flüchtende häufig auf der Flucht selbst Gewalt bzw. Folter ausgesetzt, beispielsweise in Libyen [16].

die häufigsten Herkunftsländer von Asylbewerber:innen 2021 insgesamt: 148.233

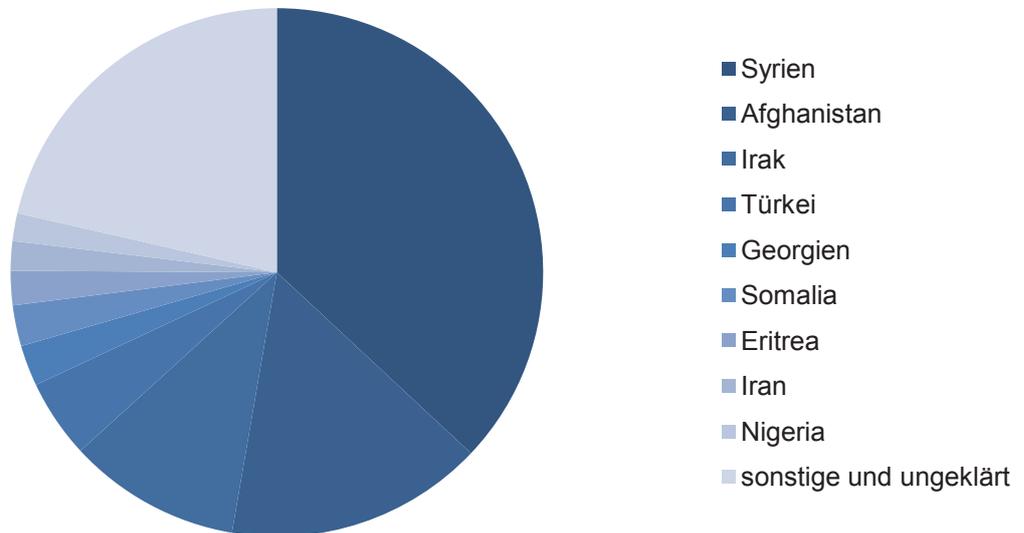


Abb. 1 Herkunftsländer von Asylbewerber:innen 2021 (eigene Grafik, modifiziert nach bamf.de [17])

Wie viele Menschen in Deutschland tatsächlich von (stattgehabter) Folter betroffen sind, ist nicht bekannt. Gemäß einer Studie von Schröder et al. [18], bei der Geflüchtete aus Syrien, Irak und Afghanistan in deutschen Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen u. a. hinsichtlich Folter- und Gewalterleben befragt wurden, gaben 19 % Foltererfahrung an, 15,7 % gaben an, in Lager-, Geisel- oder Isolationshaft gewesen zu sein, 15,4 % hätten Folter, Tötungen oder sexualisierte Gewalt mitangesehen (Mehrfachnennungen waren möglich).

Die Prävalenz von Folter unter Geflüchteten bzw. Migrant:innen wird in verschiedenen internationalen Studien zwischen 6 % [19] (USA) und 45 % [20] (Dänemark) angegeben. In der Studie von Munk-Andersen et al. wurden 2019 Asylbewerber:innen mittels Fragebogen auf das Vorliegen von Folter gemäß der UN-CAT-Definition gescreent und eine Prävalenz von 21,2 % festgestellt [21].

Angesichts der Prävalenz und der weltweiten Verbreitung von Folter ist daher davon auszugehen, dass sich unter den Geflüchteten in Deutschland eine relevante Anzahl an Personen befindet, die Folter erlebt hat.

1.1 Foltermethoden und -folgen

Foltermethoden sind vielfältig und lassen sich grob in physische und psychische Folter einteilen, wenngleich physische Folter immer mit einer psychischen Komponente einhergeht.

Eine – sicherlich unvollständige – Übersicht über mögliche Foltermethoden ist **Tabelle 1** zu entnehmen.

| Physisch | Psychisch |
|---|---|
| Stumpfe Gewalt (Schläge, Tritte) | Drohungen, Demütigungen, Beleidigungen |
| Zwangsstellungen/Hängungen | Scheinhinrichtungen |
| Scharfe Gewalt | Mitansehenmüssen von Gewalt |
| Thermische Gewalt (Verbrennungen, Verbrühungen) | Schlafentzug |
| Haftbedingungen (Nahrungsentzug) | Haftbedingungen (Dunkelhaft, Isolationshaft) |
| Sexualisierte Gewalt, bspw. Penetration | Sexualisierte Gewalt, bspw. erzwungenes Nacktsein |

Tabelle 1 Mögliche Foltermethoden, unvollständige Aufzählung [22, 23], eigene Tabelle

Gewalterleben per se hinterlässt Folgen und gilt als Gesundheitsrisiko [24]. Folter stellt hierbei keine Ausnahme dar. Im Gegenteil: In vielen Fällen hinterlässt Folter chronische physische und psychische Spuren [23, 25].

Menschen, die Folter erlebt haben, leiden häufig an traumareaktiven Störungen, wie beispielsweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) [26]. Die Prävalenz einer PTBS beträgt gemäß der Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ von 2011 bei Folter- und Kriegsopfern 50 % [27] und einer Metaanalyse von Steel et al. zufolge unter Geflüchteten 30,6 %, wobei Folter einen der Hauptrisikofaktoren darstellt [28]. Auch andere psychische Folgen wie Depressionen oder Schlafstörungen kommen gehäuft vor [29]. Als Komorbidität ist des Weiteren Substanzabusus beschrieben [30].

Folter kann zudem physische oder psychosomatische Folgen nach sich ziehen. Menschen, die gefoltert wurden, leiden häufig an chronischen Schmerzen (Rücken, Kopf, Muskeln) [31]. Falanga, eine Foltermethode, bei der die Betroffenen mit Stöcken oder ähnlichen Gegenständen auf die Fußsohlen geschlagen werden, kann zu Schäden u. a. an der Fußsohlensehne und damit

zu Gangstörungen führen [32]. Durch Zwangsstellungen, beispielsweise Hängungen, kann es zur Schädigung von Nervenbahnen kommen [33]. Nach sexualisierter Folter sind (neben psychischen und sozialen Folgen) u. a. Zyklusunregelmäßigkeiten oder Harn- und Stuhlbeschwerden beschrieben [23].

Makroskopisch sichtbare Folterfolgen können beispielsweise Narben, Fehlhaltungen oder (nach Nagelextraktion) fehlende bzw. verdickte Fuß- oder Fingernägel sein [22, 34].

Auch Schröder et al. [18] wiesen bei den von ihnen befragten Geflüchteten nach, dass diejenigen, die traumatische Erfahrungen erlebten, im Vergleich zu denjenigen ohne traumatische Erfahrungen, häufiger unter gesundheitlichen Beschwerden wie Schmerzen, Reizbarkeit und Appetitlosigkeit leiden (vgl. **Abb. 2**).

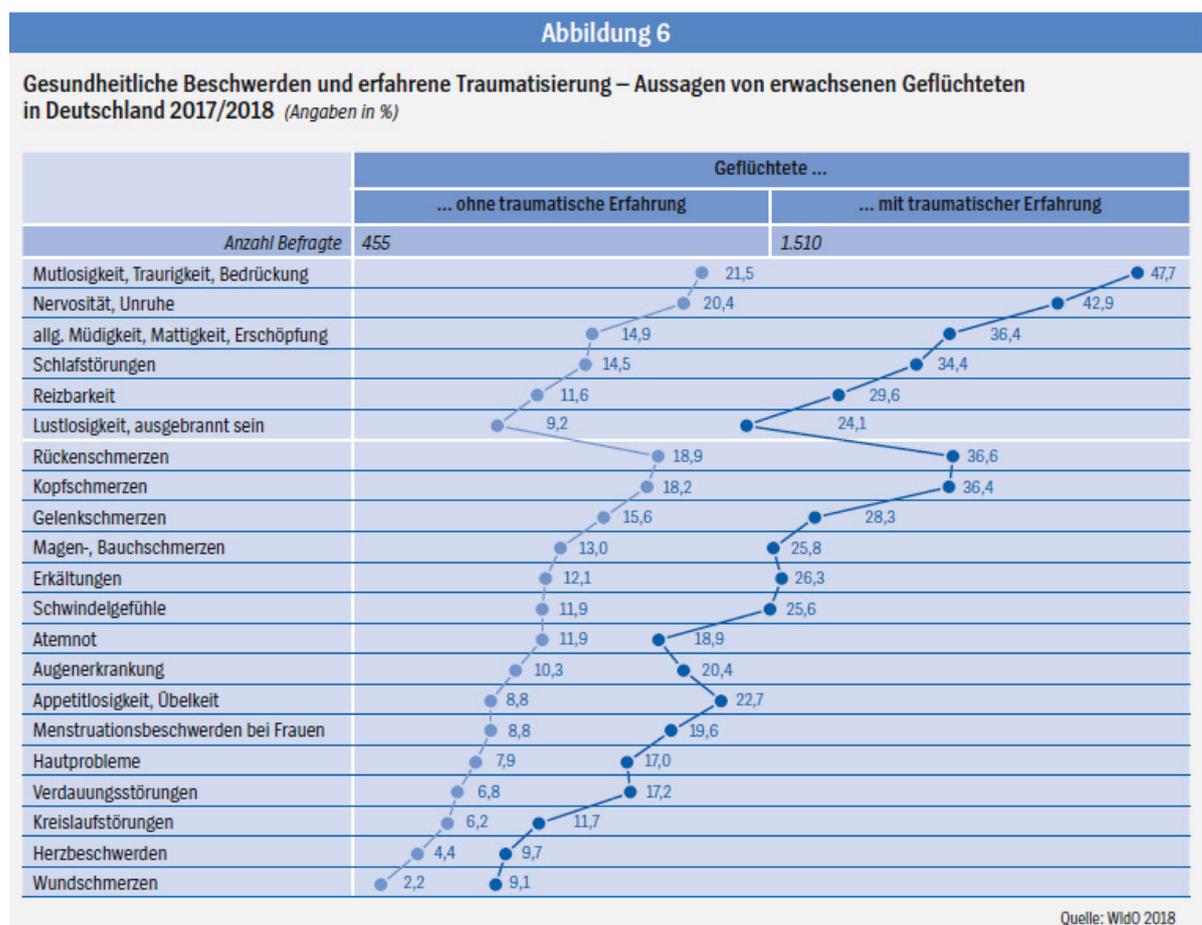


Abb. 2 „Gesundheitliche Beschwerden und erfahrene Traumatisierung“ (mit freundlicher Genehmigung von Helmut Schröder (WiDO) [18])

Zum einen ist daher davon auszugehen, dass sich Menschen mit Foltererfahrung vermehrt in medizinischen/ärztlichen Sprechstunden vorstellen, zum anderen ergibt sich, dass Menschen mit Foltererleben eine angemessene Gesundheitsversorgung – wenn möglich in spezialisierten Versorgungsstrukturen – benötigen. Gleichzeitig ist bei der Versorgung zu berücksichtigen, dass Menschen mit Foltererfahrung noch weitere, vielfältige Bedarfe haben. Eine Übersicht ist **Abb. 3** zu entnehmen.

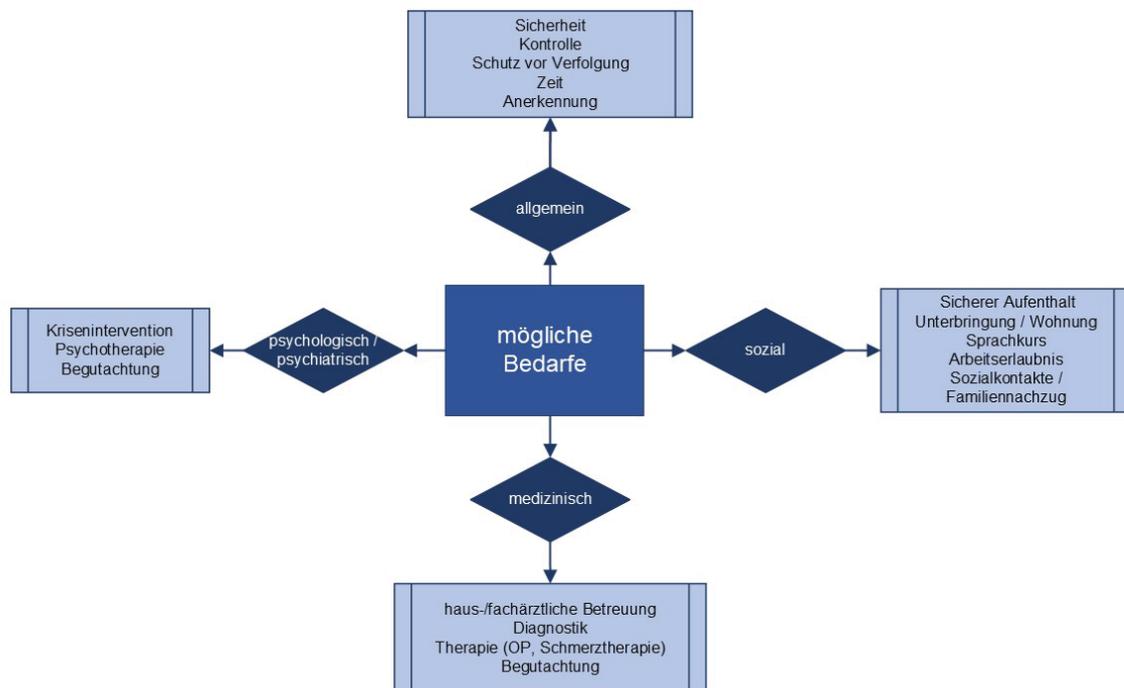


Abb. 3 Mögliche Bedarfe von Menschen mit Foltererfahrung [23, 35-38], eigene Grafik

1.2 Auf Foltererleben begründete Rechte Geschädigter

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Menschen, die gefoltert wurden, besondere Rechte zustehen: Nach §4 des Asylgesetzes (AsylG) stellt Foltererleben einen Grund für die Gewährung eines Schutzstatus dar.

Gemäß EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU gehören Menschen, die gefoltert wurden, zu der Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen. Die Aufnahmestaaten sollen „*innerhalb einer angemessenen Frist*“ beurteilen, ob die ankommenden Personen eine besondere Schutzbedürftigkeit aufweisen [39]. Ihnen steht zudem medizinische und psychologische Behandlung zu [39].

Die Verfahrensrichtlinie 2013/32/EU gibt zudem vor, dass Menschen mit Foltererfahrung besondere Verfahrensgarantien haben [40]. Auch für die Inanspruchnahme dieser Rechte ist ein (frühes) Erkennen von Betroffenen unabdingbar.

Im Rahmen des Asylverfahrens haben sie zudem Anrecht auf eine:n Sonderentscheider:in [41]. Zudem gilt das sogenannte Non-Refoulement (Artikel 3 der UN-Antifolterkonvention), das heißt, dass Menschen, die gefoltert wurden, nicht zurück in das Land der Folter geschickt werden dürfen, wenn ihnen erneut Folter drohen könnte.

Eine Begutachtung von Menschen mit Foltererfahrung erfolgt idealerweise nach dem Istanbul Protokoll. Beim Istanbul Protokoll handelt es sich um (gemäß Untertitel) *„das Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“* [22]. Seit 2004 ist das Istanbul Protokoll offizielles UN-Dokument.

Grundsätzlich sollte sowohl die Begutachtung der physischen als auch der psychischen Folterfolgen vorgenommen werden. Das Vorgehen bei der Begutachtung der physischen Folgen entspricht prinzipiell der Begutachtung körperlicher Folgen von Gewalt generell [42], d. h. es findet eine Anamnese zu den ursächlichen Traumata sowie eine Untersuchung der gesamten Körperoberfläche auf Spuren von Verletzungen statt. Gegebenenfalls werden weitere Untersuchungen (z. B. Bildgebung) durchgeführt. Festgestellte Verletzungen (im Falle von Folter bei Geflüchteten insbesondere Narben) werden gerichtsfest dokumentiert [42, 43]. Die psychische Begutachtung in Deutschland sollte nach den von Expert:innen entwickelten und von der Bundesärztekammer zertifizierten Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) erfolgen [30, 44]

Das eingangs erwähnte Urteil am OLG Koblenz unterstreicht die strafrechtliche Relevanz des Erkennens von Menschen mit Foltererfahrung, da Folter – unabhängig vom Ort des Stattfindens oder der Staatsangehörigkeit der Folternden und Gefolterten – auf Basis des Weltrechtsprinzips weltweit verfolgt und gerichtlich verhandelt werden kann.

Sowohl die adäquate gesundheitliche Versorgung als auch die Wahrnehmung von Rechten erfordert ein frühzeitiges Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung. Das frühzeitige Erkennen muss in den Ländern, in die die Betroffenen flüchten, gewährleistet sein.

1.3 Schwierigkeiten beim Erkennen von Folterfolgen

Das Erkennen von Folterfolgen kann jedoch aus vielen Gründen schwierig sein. Zum einen hinterlässt Folter nicht immer sichtbare Spuren, dies gilt insbesondere für psychische Foltermethoden. Aber auch zahlreiche physische Foltermethoden heilen ohne sichtbare Zeichen aus, beispielsweise Hautunterblutungen nach stumpfer Gewalteinwirkung, oder hinterlassen nur unspezifische Narben. Da Folter weltweit geächtet ist, werden mitunter Foltermethoden gewählt, die keine Spuren hinterlassen [23, 45].

Erschwerend kommt hinzu, dass Folter aus verschiedenen Gründen von Betroffenen nicht berichtet wird. Folter – insbesondere sexualisierte Folter – ist häufig schambesetzt [46, 47]. Um von Folter erzählen zu können, ist daher in der Regel die Ausbildung einer Vertrauensbasis notwendig [46]. Menschen mit Foltererleben können zudem, beispielsweise im Rahmen einer PTBS, an Gedächtnis- oder Konzentrationsschwierigkeiten leiden, sodass sie die stattgehabte Gewalt nicht (gut) verbalisieren können [29]. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass Foltererfahrung zu Misstrauen führen kann [29]. Eine weitere Schwierigkeit stellt die Sprachbarriere dar: In den meisten Fällen sprechen die Betroffenen kein Deutsch, sodass die Verständigung über Sprachmittlung erfolgen muss [48], was zum einen die Gefahr von Missverständnissen birgt und zum anderen die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre erschweren kann.

Zum anderen wird vom Gesundheitspersonal häufig nicht nach Gewalt- bzw. Foltererleben gefragt [49-52]. Betroffene häuslicher Gewalt geben jedoch gleichzeitig an, dass sie gerne von Ärzt:innen angesprochen worden wären [51, 52]. Und auch Menschen mit Foltererfahrung bekunden, dass sie gern mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin über das Erlebte gesprochen hätten [50].

Eppel et al. [53] kommen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass medizinisches Personal zwar generell die Bereitschaft zeigt, Patient:innen beim Verdacht auf Gewalterleben anzusprechen, die Häufigkeit von Patient:innen mit Gewalterleben in ihrer Praxis jedoch unterschätzt, und schlussfolgern, dass ein Ansprechen nur bei sehr offensichtlichem Verdacht erfolgt. Auch andere Studien zeigen, dass Betroffene häuslicher Gewalt von Ärzt:innen nicht erkannt werden [54], ähnliches gilt für Folter [19]. Hürden in Bezug auf das Ansprechen von Gewalterleben bestünden im zur Verfügung stehenden Zeitkontingent, der Unsicherheit, ob und wie Betroffene angesprochen werden möchten, sowie Unklarheiten hinsichtlich des weiteren Vorgehens [53, 55, 56].

Aufgrund der Parallelen zwischen häuslicher Gewalt und Folter ist davon auszugehen, dass die genannten Schwierigkeiten auch beim Ansprechen und Erkennen eines möglichen Foltererlebens bestehen.

1.4 Trainings zu Gewalt-/ Folterfolgen

Aufgrund der bestehenden Schwierigkeiten bei der Gewaltopferversorgung generell und insbesondere im Hinblick auf Folter besteht Schulungsbedarf. Bis auf das Problem des Zeitmangels kommen Eppel et al. [53] zu dem Schluss, dass sich die meisten Schwierigkeiten durch Schulungen lösen oder mindern lassen. Elliot et al. [49] konstatieren, dass Trainings in der nahen Vergangenheit dazu führen, dass Ärzt:innen Patientinnen eher auf häusliche Gewalt screenen. Eine Erhebung von Studierenden vor und nach einem Training zu häuslicher Gewalt zeigte u. a., dass diese sich nach einem Training sicherer im Erkennen von häuslicher Gewalt fühlen [57]. Angesichts der Verantwortung von Ärzt:innen zur Dokumentation von Folter empfiehlt der Weltärztebund die Förderung von Schulungen hinsichtlich Folter und Folterfolgen [58].

Genuiner Teil der klinischen Rechtsmedizin ist die Beurteilung von Verletzungsfolgen, inklusive Folterfolgen [59]. Des Weiteren besteht Expertise bei der Vermittlung von Inhalten zur Verletzungsbeschreibung und -entstehung durch universitäre Lehre und Schulungen für ärztliche Kolleg:innen im Bereich der Gewaltopferversorgung, beispielsweise hinsichtlich häuslicher Gewalt [55, 60]. Insofern kommt den rechtsmedizinischen Instituten auch im Hinblick auf

Trainings zur Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung eine Schlüsselrolle zu.

Zu Folter und ihren Folgen bestehen bereits verschiedene Trainingsangebote, beispielsweise mehrtägige Schulungen zum Istanbul Protokoll von der Medizinischen Flüchtlingshilfe (MFH) Bochum [61] oder einen online-Kurs von medical peace work [62]. Auch international werden und wurden Schulungen zu Folter(folgen) durchgeführt [63, 64].

1.5 in:Fo Projekt

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Wirksamkeit eines Trainingsmoduls zu Folter und Folterfolgen für medizinisches Personal untersucht, das für das in:Fo-Projekt [65] entwickelt wurde. In:Fo war ein interdisziplinäres, von der Europäischen Union gefördertes Projekt mit dem Ziel, Menschen mit Foltererfahrung besser zu erkennen und die Sachverhaltsaufklärung und Versorgung bei erlebter Folter zu verbessern [66]. Neben dem Institut für Rechtsmedizin des Uniklinikums Düsseldorf waren das Psychosoziale Zentrum (PSZ) Düsseldorf, die MFH Bochum sowie das LVR-Klinikum Düsseldorf beteiligt. Innerhalb des Projekts fanden neben den Trainings für medizinisches Personal u. a. Schulungen für Sprachmittler:innen statt. Außerdem wurden Gutachten hinsichtlich psychischen und/oder physischen Folterfolgen erstellt.

Das in diesem Zusammenhang entwickelte Training zu Folter und Folterfolgen hatte den Vorteil, dass es niedrighschwellig war, d. h. das Training fand in der Regel vor Ort in den Einrichtungen für das dort tätige Personal statt. Aufgrund der Förderung war es kostenfrei für die Teilnehmenden und mit einer Zeitdauer von drei Stunden gut in den Arbeitstag integrierbar. Zudem war das Training speziell auf die Bedarfe des medizinischen Personals in Unterbringungs- und Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete ausgerichtet und wurde im Verlauf der wiederholten Durchführungen anhand der vorangegangenen Erfahrungen leicht angepasst (ohne die Grundstruktur und damit die Vergleichbarkeit zu verändern).

Die Trainings wurden vorrangig in Unterbringungs- oder Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete durchgeführt, weil, wie eingangs dargestellt, in Deutschland ganz überwiegend Menschen mit Fluchthintergrund von stattgehabter Folter betroffen sind. Da in diesen Einrichtungen nicht nur Ärzt:innen oder Angehörige anderer medizinischer Berufe Bezugspersonen für Betroffene darstellen, sondern auch Sozialbetreuer:innen, waren die Trainings offen für alle interessierten und mit dem Thema konfrontierten Berufsgruppen in den Einrichtungen. Die Auswertung konzentrierte sich aber überwiegend auf das medizinische Personal.

1.6 Ziel der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, zu prüfen, ob das entwickelte Training zu Folter und Folterfolgen für medizinisches Personal wirksam ist.

Es wurden drei Hauptfragestellungen untersucht:

1. Wie schätzt das medizinische Personal, insbesondere das ärztliche Personal, die eigene Rolle beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung ein?
2. Steigt die Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung beim medizinischen Personal durch das entwickelte Training zu Folter und Folterfolgen?
3. Welche Schwierigkeiten beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung bestehen bzw. bleiben auch nach Durchführung des Trainings bestehen?

1.7 Ethikvotum

Da im Rahmen der Trainings pseudonymisiert Daten erhoben wurden, wurde vor Beginn der Durchführung ein Votum der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (2019-405-ProspDEuA) eingeholt.

2. Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung: Trainings zu Folter(folgen) sind wichtig; strukturelle Herausforderungen sind ungelöst. Siegel, S., Ritz-Timme, S., Mayer, F. Rechtsmedizin 32,444-451, 2022.

<https://doi.org/10.1007/s00194-022-00566-0>



Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung: Trainings zu Folter(folgen) sind wichtig; strukturelle Herausforderungen sind ungelöst

Sonja Siegel¹ · Stefanie Ritz-Timme² · Felix Mayer²

¹Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Köln (AöR), Köln, Deutschland

²Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Zusammenfassung

Folter ist weltweit verbreitet, u. a. in Ländern, aus denen Menschen fliehen, um in Deutschland Asyl zu beantragen. Menschen mit Foltererfahrung stellen eine vulnerable Gruppe dar und benötigen eine adäquate Versorgung. Insbesondere beim Erkennen von Personen mit Foltererfahrung kommt dem Gesundheitssystem, v. a. medizinischem Personal in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete, eine Schlüsselrolle zu. In der Praxis stellt dies häufig eine Herausforderung dar. Ziel dieser Studie war daher, zu untersuchen, ob Trainings zu Folter und Folterfolgen von Ärzt:innen und anderen medizinischen Professionen zu mehr Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung führen, wie das medizinische Personal die eigene Rolle bei der Versorgung von Betroffenen einschätzt, und welche Herausforderungen in diesem Kontext gesehen werden. Die durchgeführten Trainings wurden quantitativ sowie qualitativ ausgewertet. Auf der Basis von Fragebogen wurde ermittelt, ob das Training Auswirkungen auf die Handlungssicherheit bei medizinischem Personal insgesamt und bei den geschulten Ärzt:innen im Speziellen hat. Weiterhin beantworteten die Teilnehmer:innen Reflexionsfragen hinsichtlich Anwendbarkeit der Trainingsinhalte, Rollenverständnis und bestehenden Schwierigkeiten. Nach dem Training fühlten sich die Teilnehmer:innen insgesamt signifikant sicherer im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung als vor dem Training, wobei sich für die geschulten Ärzt:innen kein signifikanter Unterschied ergab. Die eigene Rolle bei der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung wurde als wichtig bewertet. Allerdings ergab sowohl die quantitative als auch die qualitative Auswertung, dass sich die Teilnehmer:innen in der Praxis mit großen Schwierigkeiten, die politischer und struktureller Lösungen bedürfen, konfrontiert sehen.

Schlüsselwörter

Gewaltopferversorgung · Menschenrechte · Klinische Rechtsmedizin · Geflüchtete · Schutz

Sonja Siegel hat die alleinige Erstautor:innenschaft inne.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hintergrund und Fragestellung

Folter findet weltweit statt, u. a. in Syrien, Irak, Afghanistan [1] – Ländern also, aus denen Menschen fliehen, um in Deutschland Asyl zu beantragen [3]. Laut einer Studie von Schröder et al. geben 19% der aus den oben genannten Ländern geflüchteten Menschen an, Folter erfahren zu haben; 15,4% hätten Folter, Tötungen und sexua-

lisierte Gewalt mitangesehen; 15,7% seien in Lager-, Geisel- oder Isolationshaft gewesen [29] (Mehrfachnennungen waren möglich).

Folter ist sehr vielgestaltig. Grob lassen sich physische und psychische Foltermethoden unterscheiden, wenngleich physische Folter immer auch eine psychische Komponente aufweist. Mögliche Foltermethoden umfassen (neben zahlreichen

anderen) stumpfe Gewalt, simuliertes Ertränken, Scheinhinrichtungen und sexualisierte Gewalt [10].

So unterschiedlich Folter ist, so vielfältig sind auch ihre Folgen. Menschen mit Foltererfahrung weisen häufig traumareaktive Krankheitsbilder, beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), oder andere psychische Folgen wie Depressionen oder Suchterkrankungen auf [17, 28, 34]. Auch somatische Folgen wie Funktionseinschränkungen, Nervenschädigungen oder Schmerzen können auftreten [23, 24, 32]. Für eine angemessene Versorgung dieser Patient:innen ist zunächst ein frühes Erkennen Betroffener erforderlich, um insbesondere eine Weiterleitung in spezialisierte Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Dadurch wird auch die Gefahr einer Chronifizierung verringert und die Chance auf Rehabilitation erhöht.

Grundsätzlich unterscheidet sich die Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung nicht von der „anderer“ Gewaltopfer [2, 26]. Die Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung weist jedoch Besonderheiten auf: Zum einen liegt das Gewalterleben typischerweise weiter in der Vergangenheit, sodass in der Regel keine frischen Befunde bzw. aufgrund der zeitlichen Latenz oder der angewandten Foltermethode keine bzw. nur wenige (sichtbare) Befunde erhoben werden können, die zudem häufig unspezifisch sind [5, 11]. Zum anderen sprechen die wenigsten Betroffenen ausreichend gut Deutsch, sodass die Anamneseerhebung nahezu immer mithilfe von Sprachmittlung erfolgen muss [18]. Außerdem sind psychische Auffälligkeiten vielgestaltig und eine Verbalisierung wird neben einer Sprachbarriere auch durch Scham und Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen erschwert [19, 34].

Neben der Relevanz der angemessenen medizinischen Versorgung ist auch zu berücksichtigen, dass sich aus dem Foltererleben Rechte hinsichtlich eines Schutzstatus oder eines Abschiebeverbots ergeben. Es gilt zudem das Gebot des Non-Refoulement, d. h. der Anspruch auf Nicht-Zurückweisung in einen Staat, in dem Folter oder andere Menschenrechtsverletzungen drohen (UN-Antifolterkonvention, Artikel 3). Gemäß EU-

Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU und EU-Verfahrensrichtlinie 2013/32/EU haben schutzbedürftige Personen Anspruch auf besondere Verfahrensgarantien [8, 9]. Auch aus strafrechtlicher Perspektive ist der Nachweis von stattgehabter Folter bedeutsam: Jüngst wurde am OLG Koblenz ein ehemaliger syrischer Geheimdienstmitarbeiter der Beteiligung an Folter in Syrien – auf Basis des Weltrechtprinzips – schuldig gesprochen [31]. Als Partner in lokalen Versorgungsnetzwerken hat die Arbeit rechtsmedizinischer Institute mit ihrer Kernaufgabe der klinischen Rechtsmedizin, zu welcher auch die Untersuchung von Menschen mit Foltererleben zu zählen ist [25], insbesondere bei der Frage der Objektivierung erlittener Folter große Bedeutung [12, 30].

Hinsichtlich des frühzeitigen Erkennens von Foltererleben kommt dem Gesundheitssystem eine Schlüsselrolle zu. Der geschützte und vertrauensvolle Kontakt zu Ärzt:innen, gerade in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete, aber auch zu Pfleger:innen, Rettungssanitäter:innen oder Psycholog:innen als wesentlicher Teil des medizinischen Versorgungsteams in solchen Einrichtungen, bildet hierfür die Grundlage. Wir untersuchten, ob ein Training zum Erkennen von Folter und Folterfolgen zu mehr Handlungssicherheit des versorgenden medizinischen Personals, insbesondere in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete, im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung führt, wie das medizinische Personal selbst seine Rolle bei der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung einschätzt und insbesondere, welche Herausforderungen in diesem Kontext gesehen werden.

Die durchgeführten Trainings waren in das von der EU durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfond geförderte Projekt „in:Fo – interdisziplinär: Folterfolgen erkennen und versorgen“ (www.folterfolgen-erkennen.de) eingebettet, dessen Ziel die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung war.

Methoden

Curriculum-Erstellung

Ausgehend von einer Literaturanalyse und bereits entwickelten Schulungen zu Gewalt und Folter (u. a. [11, 13, 21]) erstellten wir entlang Kerns „six step approach“ [16] ein dreistündiges Trainingsmodul, konzipiert für 9 bis 12 Teilnehmer:innen. Die Trainings wurden beobachtend begleitet und nach jeder Durchführung angepasst, wobei die Grundstruktur im Hinblick auf die Vergleichbarkeit beibehalten wurde. Die Trainings wurden interdisziplinär (Rechtsmedizin, Psychologie) ausgearbeitet und vermittelten die in **Tab. 1** aufgeführten, übergeordneten Inhalte. Die Themenblöcke „Foltermethoden/-folgen“ und „Körperliche Untersuchung und Dokumentation“ umfassten einen kurzen Überblick über forensische Traumatologie, Hinweise dazu, wann Narbenbilder auffällig sind und wie diese dokumentiert werden können. Zur Optimierung der Nachhaltigkeit des Trainings wurden den Teilnehmer:innen Handouts zur Verfügung gestellt.

Trainings

Im Zeitraum von April 2019 bis Dezember 2020 wurden 11 Trainings mit 118 Teilnehmer:innen durch eine:n rechtsmedizinische:n Dozent:in durchgeführt. Die Trainings waren fokussiert auf Ärzt:innen und anderes medizinisches Personal. Allerdings wurde auch für weitere Berufsgruppen, die für Geflüchtete wichtige Bezugspersonen darstellen können (z. B. Sozialbetreuer:innen), eine Teilnahme ermöglicht. Diese Berufsgruppen wurden nicht in die Auswertung des Trainingserfolgs einbezogen. Eine Übersicht über Trainingsteilnehmer:innen und -orte ist **Tab. 2** zu entnehmen.

Auswertung – methodischer Ansatz

Die Wirksamkeit des Moduls hinsichtlich der Handlungssicherheit der Teilnehmer:innen und der Frage, wie sie selbst ihre Rolle bei der Erkennung und Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung einstufen, wurde mit einem „Mixed-methods“-Ansatz überprüft: Von den Teilnehmer:innen wurden zum einen Fragebogen

Tab. 1 Übergeordnete Themenblöcke des entwickelten dreistündigen Trainingsmoduls

| |
|--|
| Prävalenz und Vorkommen von Folter |
| Foltermethoden, Folterfolgen |
| Mögliche (physische) Behandlungsanlässe, mit denen sich Betroffene ärztlich vorstellen |
| Traumafolgestörungen/psychische Symptome |
| Anamnese bei Verdacht auf Folter/Gewalt, Screening |
| Umgang mit schwierigen Gesprächs- oder Untersuchungsmethoden (beispielsweise Dissoziation) |
| Sprachmittlung |
| Körperliche Untersuchung und Befunddokumentation |
| Verweisen von Betroffenen |
| Selbstfürsorge |

vor (T0) und nach dem Training (T1) ausgefüllt; zum anderen beantworteten sie nach dem Training schriftlich 3 Reflexionsfragen. Alle Daten wurden pseudonymisiert. Vor Durchführung der Trainings wurde ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf eingeholt (2019-405-ProspDEuA).

Quantitative Auswertung

Die Fragebogen erfassten neben der Evaluation formaler Gesichtspunkte u.a. die Aspekte Vorwissen, Handlungssicherheit, Wichtigkeit der eigenen Rolle und Schwierigkeiten. Die Antwortmöglichkeiten waren entsprechend einer 5-stelligen Likert-Skala oder dichotom ja/nein vorgegeben, kombiniert mit der Möglichkeit handschriftlicher Ergänzungen. Am Ende des Fragebogens bestand die Möglichkeit, einen Freitextkommentar zu schreiben.

Neben einer deskriptiven Statistik wurden hinsichtlich der Handlungssicherheit in Bezug auf den Umgang mit psychisch traumatisierten bzw. gefolterten Patient:innen bei 2 abhängigen nichtnormalverteilten Stichproben (T0 und T1) 2-seitige Wilcoxon Matched Pair Tests mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,001$ durchgeführt.

Die Fragebogen wurden mit SPSS (Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0., IBM Corp., Armonk,

Tab. 2 Übersicht über die Trainingsteilnehmer:innen und -orte

| | |
|-------------------------------|---|
| <i>Beruf</i> | 20 Ärzt:innen 54 Angehöriger anderer medizinischer Berufe (Pfleger:innen, Rettungssanitäter:innen, Psycholog:innen) 38 Personen anderer Berufsgruppen (darunter 28 Sozialbetreuer:innen, 2 Einrichtungsleiter) 6 ohne Angabe |
| <i>Berufserfahrung</i> | |
| Medizinisches Personal gesamt | 0 bis 48 Jahre, davon 13 ≤ 1 Jahr und 14 ≥ 30 Jahre (1 ohne Angabe) |
| Ärzt:innen | 0 bis 48 Jahre, davon 7 ≤ 1 Jahr und 7 ≥ 30 Jahre (1 ohne Angabe) |
| <i>Trainingsorte</i> | 9 Trainings für Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) und zentrale Unterbringungseinrichtungen (ZUE) 1 Training für eine psychiatrische Klinik 1 Training für eine Versorgungseinrichtung für Menschen mit Foltererleben (online) |

NY, USA) ausgewertet; es wurden Median (Mdn) und Mittelwert (M) bestimmt.

Qualitative Auswertung

Um weitere für die Teilnehmer:innen wichtige und in den Fragebogen möglicherweise noch nicht genannte Aspekte strukturiert zu evaluieren, wurden die quantitative Methode um eine qualitative ergänzt. Drei Fragen sollten von den Teilnehmer:innen nach dem Training schriftlich als Freitext beantwortet werden: „Wo können die heute gelernten Inhalte zu Folter in Ihrem Arbeitsalltag umgesetzt werden? Wie schätzen Sie Ihre Rolle als medizinische Fachkraft beim Erkennen und Weiterleiten von Menschen mit Foltererleben ein? Wo sehen Sie Schwierigkeiten?“ Die Antworten der Reflexionsfragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet, d.h., es erfolgte eine systematische Analyse anhand eines Kategoriensystems. Dabei wurden zunächst aus den gestellten Fragen 3 Hauptkategorien gebildet: Anwendbarkeit, Rollenverständnis, Schwierigkeiten. Da einige Teilnehmer:innen für von ihnen benannte Schwierigkeiten auch Lösungsstrategien beschrieben, wurde „Lösungsmöglichkeiten“ als weitere Hauptkategorie gebildet. Die Subcodes, also die Unter-Auswertungskategorien der genannten Hauptkategorien, wurden anhand des Materials aus den Antworten der Teilnehmer:innen gebildet. Nach Erstellung des Kategoriensystems (Hauptkategorien und Subcodes) wurden die Antworten der Teilnehmer:innen anhand des Kategoriensystems geordnet (kodiert). Als Unterstützung wurde hierfür MaxQda (MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 1989 – 2021, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) genutzt.

Neben der qualitativen Auswertung diente der Reflexionsbogen auch dem Bewusstmachen der Trainingsinhalte und ihrer Anwendbarkeit und insofern der Nachhaltigkeit des Trainings.

Ergebnisse

Quantitative Auswertung

Der gesamten Berufsgruppe medizinisches Personal waren 74 Teilnehmer:innen zuzuordnen, 20 davon waren Ärzt:innen. Ein Fall aus der nichtärztlichen Gruppe musste ausgeschlossen werden, da nur der T0-Fragebogen ausgefüllt wurde, sodass 73 auszuwertende Fälle verblieben. Bei 7 Fragebogen fehlten vereinzelt Angaben, diese wurden dennoch eingeschlossen.

Gesamtauswertung

Von den 73 in die Auswertung aufgenommenen Teilnehmer:innen gaben 10 an, im Vorfeld bereits eine Fortbildung zu Folter erhalten zu haben (13,7%, 62 verneinten, 1 ohne Angabe). Bereits zum Thema psychische Traumatisierung fortgebildet worden zu sein, bejahten 35 Teilnehmer:innen (47,9%, 38 verneinten). 48 Teilnehmer:innen gaben an, bereits (bewusst) Menschen mit Foltererfahrung behandelt zu haben (65,8%, durchschnittlich 25 Patient:innen mit Foltererfahrung; 19 verneinten, 6 ohne Angabe). Ihr Vorwissen zum Thema Folter schätzten die Teilnehmer:innen auf einer Skala von 1 (sehr viel) bis 5 (sehr wenig) eher mittel ein ($M = 3,38$, $Mdn = 3,0$).

Die Wichtigkeit der Rolle von medizinischen Fachkräften beim Erkennen von Folter schätzten die Teilnehmer:innen so-

Tab. 3 Angaben zur Frage der Anwendbarkeit des Gelernten im Alltag in % (Anteil der Bögen mit entsprechender Nennung); Gesamt: medizinisches Personal inkl. Ärzt:innen, $n = 67$ (insgesamt 6 ohne Nennungen); Ärzt:innen $n = 18$ (2 ohne Nennungen). Mehrfachnennung war möglich

| | Gesamt (%) | Ärzt:innen (%) |
|--|------------|----------------|
| Ich werde meine Patient:innen auf Folter screenen | 50,7 | 55,6 |
| Ich werde begründete Verdachte ansprechen | 80,6 | 100 |
| Ich werde bei der körperlichen Untersuchung verstärkt auf Narben achten | 70,1 | 94,4 |
| Ich werde auffällige Narben/Verletzungsbilder dokumentieren | 79,1 | 83,3 |
| Ich werde Patient:innen mit Verdacht auf Folter an psychosoziale Netzwerke verweisen | 62,7 | 62,7 |
| Ich werde Patient:innen mit Foltererleben ein Attest schreiben | 25,4 | 38,9 |

wohl vor ($M = 1,45$, $Mdn = 1,0$) als auch nach ($M = 1,5$, $Mdn = 1,0$) dem Training als wichtig ein (1: sehr wichtig, 5: sehr unwichtig).

Nach dem Training ($M = 2,51$, $Mdn = 2,0$) fühlten sich die Teilnehmer:innen signifikant sicherer ($p < 0,001$) im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung als vor dem Training ($M = 3,0$, $Mdn = 3,0$; 1: sehr sicher, 5: sehr unsicher). Bezogen auf den Umgang mit psychisch traumatisierten Menschen ergab sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,143$) in der Handlungssicherheit vor und nach dem Training.

Auf die Frage nach dem Training, ob Möglichkeiten gesehen werden, das Gelernte im Alltag umzusetzen, gab die Gesamtheit der Teilnehmer:innen auf einer Skala von 1 (routinemäßig) bis 5 (nie) im Schnitt 2,2 an. Eine Person gab an, das Gelernte nie anwenden zu können. Inwiefern die Teilnehmer:innen Anwendungsmöglichkeiten sahen, ist in **Tab. 3** dargestellt.

Ärzt:innen

Von den teilnehmenden 20 Ärzt:innen gaben 5 an, bereits eine Fortbildung zum Thema Folter erhalten zu haben (25 %, 15 verneinten); zum Thema psychisches Trauma seien 9 von 20 bereits geschult worden (45 %, 11 verneinten). 14 der 20 Ärzt:innen hätten bereits (bewusst) Patient:innen mit Foltererfahrung behandelt (70 %, durchschnittlich 44 Patient:innen; 6 verneinten). Ihr Vorwissen schätzten sie durchschnittlich mit 3,15 (1: sehr viel, 5: sehr wenig, $M = 3,15$, $Mdn = 3,0$) ein.

Ihre Rolle beim Erkennen erlebter Folter bewerteten die teilnehmenden Ärzt:innen als wichtig (vorher $M = 1,6$, $Mdn = 1,0$, nachher $M = 1,55$, $Mdn = 1,0$).

Die Ärzt:innen fühlten sich nach dem Training weder signifikant sicherer ($p = 0,13$) im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung noch im Umgang mit psychisch traumatisierten Menschen ($p = 0,493$).

Bezüglich der Anwendbarkeit des Gelernten im Alltag gaben die teilnehmenden Ärzt:innen im Schnitt 1,8 an (1: routinemäßig bis 5: nie). Details zur Anwendbarkeit finden sich ebenfalls in **Tab. 3**.

Mit Blick auf die Schwierigkeiten beim Ansprechen von Folter wurden in beiden ausgewerteten Gruppen insbesondere die Aspekte „Zeitkontingent“ und „Sprachbarriere“ genannt (**Abb. 1**). Auffällig ist, dass das knappe Zeitkontingent von den Teilnehmer:innen nach dem Training vermehrt als Schwierigkeit benannt wurde.

Qualitative Auswertung

Die Reflexionsfragen wurden von 7 Ärzt:innen und 44 Angehörigen anderer medizinischer Berufe beantwortet.

Anwendbarkeit

Die Inhalte des Trainings anwenden zu können, bejahten 45 Personen. Die Anwendbarkeit sahen viele Teilnehmer:innen im Ansprechen bzw. Screenen (Beispiel (K10): „Die Frage nach Erfahrung mit Gewalt wird mit ins Interview aufgenommen.“), im verstärkten Achten auf Symptome und Hinweise, in der Dokumentation und der Weiterleitung bei Verdacht auf Foltererleben. Drei Teilnehmer:innen sahen ihre Rolle auch als Multiplikator:innen. Eine Übersicht über die entlang des Materials erstellten Subcodes ist in **Tab. 4** dargestellt.

Rollenverständnis

Die eigene Rolle wurde von vielen Teilnehmer:innen als „wichtig“ bewertet. Als Grund wurde hierfür beispielsweise genannt, dass sie eine besondere Vertrauensperson darstellen bzw. in einem geschützten Umfeld agieren würden. Auch sei es ihnen möglich, die Weiterbehandlung zu gewährleisten und zu planen. Ein:e Ärzt:in (K2.8) gab zu bedenken: „Trotz des kurzen Aufenthaltes in der EAE sind die Menschen hier im Zweifelsfall besser (niedrigschwelliger) medizinisch versorgt als in der Zentralunterkunft. Daher denke ich, dass es Sinn macht, Betreuungsangebote von hier aus zu vermitteln.“ Einige der Teilnehmer:innen empfanden ihre Rolle als alternativlos: „Essenziell – wer macht es sonst?“ (L2). Zur Begründung: „[...] da sonst keine Maßnahmen ergriffen werden. Es sei denn, es kommt zufällig auf Eigeninitiative hin beim Flüchtlingsrat auf (oder ähnlichen Institutionen/Organisation)“ (K2.4). **Tab. 5** sind die Subcodes der Hauptkategorie „Rollenverständnis“ zu entnehmen.

Schwierigkeiten

Auffällig war, dass einige Teilnehmer:innen im Freitext zunächst Schwierigkeiten benannten und erst im Folgenden die zwei anderen (chronologisch erstgestellten) Fragen beantworteten. Auch sind zur Frage der bestehenden Schwierigkeiten die meisten Textstellen kodiert; nur 3,8 % der Dokumente sind für die Hauptkategorie Schwierigkeiten unkodiert, während es bei den Hauptkategorien Anwendbarkeit und Rollenverständnis bis zu 39,6 % sind. Die am Material erstellten Subcodes der Hauptkategorie „Schwierigkeiten“ sind in **Tab. 6** dargestellt. Die meisten Textstellen wurden für die folgenden Subcodes kodiert:

- Ressourcen des Personals (von 43,3 % der Teilnehmer:innen genannt): „Schwierigkeiten sehe ich im knappen zeitlichen Rahmen des hoch ökonomischen Gesundheitssystems [...]“ (L7).
- Weiterleiten/-behandeln (von 32,1 % der Teilnehmer:innen genannt): „Eine Langzeittherapie in einer EAE ist so gut wie aussichtslos“ (K2.2), „Ablehnung durch Fachärzte (Flüchtling), Wartezeiten bei Terminen“ (Ärzt:in,

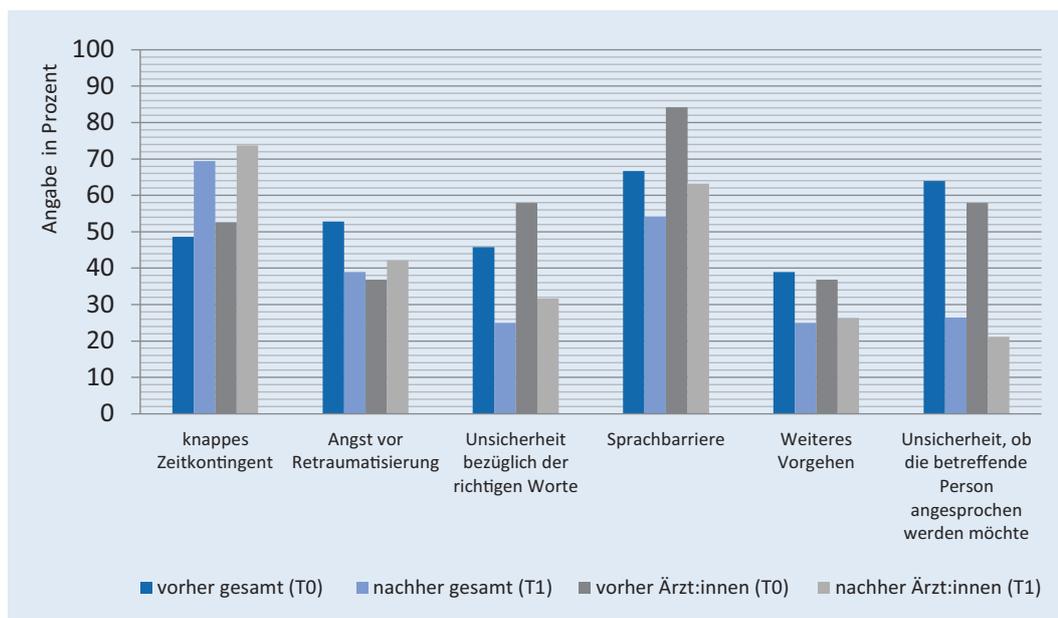


Abb. 1 ◀ Schwierigkeiten beim Ansprechen von Folter (vor und nach dem Training), Gesamtteilnehmer:innen ($n = 72$, 1 ohne Angaben) und Ärzt:innen ($n = 19$, 1 ohne Angaben)

MG4), „Begrenzte Kapazitäten bei den Kliniken, Hilfeeinrichtungen“ (StA3).

- Sprache (von 28,3% der Teilnehmer:innen genannt): „Ein großes Problem ist und bleibt die Sprachbarriere“ (Ärzt:in, BD6).

Spezifische Probleme scheinen insbesondere in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu bestehen: „Große Schwierigkeiten gibt es meiner Meinung nach bei der Kostenübernahme. Wir sind grundsätzlich angehalten, Bewohner*innen mit voraussichtlich längerer Behandlungsdauer auf die Versorgung nach dem Transfer in eine längerfristige Unterkunft zu ‚vertrösten‘. Generell sollen wir nur akute Probleme/Erkrankungen behandeln“ (K2.8).

Vier Teilnehmer:innen wiesen auch auf politische und juristische Schwierigkeiten hin: „Außerdem denke ich, dass diese Dinge nach den Interviews leider nicht mehr ausschlaggebend sind für das Asylverfahren, wenn die erst bei uns [in der ZUE] auffallen“ (W2.2).

Lösungsmöglichkeiten

Sieben Teilnehmer:innen machten im Anschluss an die Benennung von bestehenden Schwierigkeiten Lösungsvorschläge. Unter anderem betonten sie die Relevanz einer engen Zusammenarbeit (speziell auch zwischen EAE und ZUE und der Weitergabe von Informationen) und von Schulungsangeboten. Ein:e Teilnehmer:in

schrrieb: „Hilfreich ist, durch wiederholte Besprechung der Themen mehr Sicherheit in dem oft tabuisierten Bereich zu haben und sich somit auch sicher in einem Bereich bewegen zu können“ (L5).

Diskussion

Angesichts der hohen Prävalenz von Folter unter Geflüchteten (6–45%) [4, 7, 20] und der weltweiten Verbreitung von Folter ist davon auszugehen, dass primärversorgende Ärzt:innen und medizinisches Personal im Allgemeinen eine relevante Anzahl von Menschen mit Foltererfahrung unter ihren Patient:innen haben – insbesondere natürlich diejenigen, die viele Geflüchtete versorgen, beispielsweise in Unterkünften für Asylbewerber:innen. Die Trainingsteilnehmer:innen der vorliegenden Untersuchung verstanden ihre Rolle in diesem Kontext generell als wichtig. Als Gründe wurden beispielsweise das geschützte Umfeld und das besondere Vertrauensverhältnis im Rahmen medizinischer Kontakte genannt.

Da Gewalt per se einen gesundheitlichen Risikofaktor [15] und Folter dahingehend keine Ausnahme darstellt, kommt dem (frühen) Erkennen und Weiterleiten an spezialisierte Versorgungsstrukturen eine hohe Relevanz zu. Im Hinblick auf die anzunehmend hohe Prävalenz von erlebter Folter unter Geflüchteten kann ein Screening sinnvoll sein [6, 22, 27]. Obwohl im

Rahmen der hier durchgeführten Trainings Vorbehalte bzw. Schwierigkeiten beim Ansprechen von Foltererleben benannt wurden, gaben einige Teilnehmer:innen dennoch danach an, die Frage nach Gewalt/Folter mit ins „Interview“ aufnehmen zu wollen. Insbesondere auch die teilnehmenden Ärzt:innen sahen hier eine Anwendungsmöglichkeit der im Training vermittelten Inhalte.

Trainings zur Gewaltopferversorgung sind insbesondere in Bezug auf häusliche Gewalt schon länger etabliert und zeigen gute Ergebnisse hinsichtlich des Förderns von Handlungssicherheit [13]. Auch in unserer Studie konnten wir zeigen, dass durch die Teilnahme an einem Training die subjektive Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung signifikant steigt und die Unsicherheit, die richtigen Worte zu finden, sinkt. Auch gaben die Teilnehmer:innen an, das im Training Gelernte im Arbeitsalltag anwenden zu können. Der Anstieg der subjektiv eingeschätzten Handlungssicherheit betraf insbesondere das nichtärztliche Personal, während die Handlungssicherheit in der Gruppe der Ärzt:innen durch das Training nicht anstieg. Mit Blick auf die medizinischen Versorgungsangebote in den Aufnahmeeinrichtungen und den sehr engen Kontakt des nichtärztlichen Personals mit Geflüchteten, die potenziell Folter erlebt haben, ist dies eine wichtige Erkenntnis. Dass die sub-

Tab. 4 Subcodes zur Hauptkategorie „Anwendbarkeit“, nach Häufigkeit der Kodierung in den Dokumenten sortiert, beginnend mit der häufigsten Kodierung

| Anwendbarkeit |
|---|
| Ansprechen/Screenen |
| Dokumentation |
| Hinweise/Eindrücke weiterleiten |
| Auf Hinweise/Symptome achten |
| Körperliche Untersuchung |
| Multiplikator:in/Sensibilisierung anderer |
| Gesprächsklima |
| Kooperation |
| Plausibilisierung |

Tab. 5 Subcodes der Hauptkategorie „Rollenverständnis“, nach Häufigkeit der Kodierung in den Dokumenten sortiert, beginnend mit der häufigsten Kodierung

| Rollenverständnis |
|---|
| Weiterbehandlung ermöglichen/planen |
| Expertise im Erkennen von Folterfolge und im Umgang |
| Besondere Vertrauensperson/geschütztes Umfeld |
| Erste:r Ansprechpartner:in |
| Alternativlos |
| (Mehr) Zeit |
| Niedrigschwellige Versorgung |
| Folter sichtbar machen |

Tab. 6 Subcodes der Hauptkategorie „Schwierigkeiten“, nach Häufigkeit der Kodierung in den Dokumenten sortiert, beginnend mit der häufigsten Kodierung

| Schwierigkeiten |
|--|
| Ressourcen des Personals (u. a. Zeit) |
| Weiterleiten/-behandeln |
| Sprache |
| Nichtansprechen (seitens der Patient:innen) |
| Kosten |
| Verweildauer/Fristen |
| Politische Anerkennung |
| Erkennen von Folter (insbesondere psychisch) |
| Komplexe Fälle/viele Symptome |
| Große/falsche Hoffnung |
| Eigene Abgrenzung |

ektiv empfundene Handlungssicherheit bei der Gruppe der Ärzt:innen nicht anstieg, lässt sich möglicherweise auf die für diese Zielgruppe seit einiger Zeit vermehrten Angebote zur Versorgung von Patient:innen mit Gewalterleben, eine prominentere Positionierung des Themas im humanmedizinischen Pflichtcurriculum sowie möglicherweise auf die Erfahrung der teilnehmenden Ärzt:innen (etwa ein Drittel gab 30 oder mehr Jahre Berufserfahrung an; 70% gaben an, bereits Menschen mit Foltererfahrung behandelt zu haben) zurückführen.

Bezüglich des Aspekts des Umgangs mit psychisch traumatisierten Patient:innen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede vor und nach dem Training (sowohl in der Gesamtgruppe als auch unter den Ärzt:innen), was sich möglicherweise darauf zurückführen lässt, dass etwa die Hälfte der Teilnehmer:innen vor dem Training angab, dazu bereits eine Fortbildung erhalten zu haben.

Im Gegensatz dazu gab nur rund ein Siebtel der Teilnehmer:innen an, im Vorfeld eine Fortbildung zum Thema Folter besucht zu haben, wenngleich 48 Teilnehmer:innen (also etwa 65%) angaben, bereits Menschen mit Foltererfahrung behandelt zu haben. Hier besteht angesichts der Schlüsselrolle des Gesundheitspersonals Handlungsbedarf. Angesichts der Expertise bei der Beurteilung von physischer Gewalt sowie der Erfahrung aus Trainings und mehreren, z.T. bereits langjährigen (Modell-)Projekten zur Gewaltopferversor-

gung allgemein, kann dieser Bedarf zweifelsfrei nur unter Beteiligung der Rechtsmedizin gedeckt werden – idealerweise in Kooperation mit psychosozialen Partner:innen.

Auffällig bei der qualitativen Auswertung war, dass einige Teilnehmer:innen in der Reihenfolge zunächst Schwierigkeiten erläuterten und anschließend die chronologisch erstgestellten Fragen beantworteten. Auch waren hier die meisten Textstellen kodiert. Beides spricht dafür, dass die Teilnehmer:innen das Thema – trotz des Trainingsangebots – als herausfordernd ansehen.

Mit Blick auf die Ergebnisse der quantitativen Auswertung konnte ein Großteil der genannten Schwierigkeiten durch das Training zwar minimiert werden, z.B. die Unsicherheit, ob potenziell Betroffene überhaupt angesprochen werden sollten oder die Angst vor einer Retraumatisierung. Andere Schwierigkeiten bleiben jedoch nahezu unverändert bestehen. Dies betraf v. a. die zeitlichen Ressourcen und die Sprachmittlung, wobei nach dem Training sogar mehr Teilnehmer:innen das knappe Zeitkontingent als Schwierigkeit benannten als vor dem Training. Während in manchen Kontexten eine laienhafte Sprachmittlung, beispielsweise durch Angehörige oder Mitbewohner:innen, ausreichen mag, ist beim Thema Folter eine professionelle Sprachmittlung unabdingbar [34]. Die Organisation – und entsprechend die Übernahme der Kosten – von Sprachmittlung sowie die Vergröße-

rung von zeitlichen Ressourcen des Personals bedürfen struktureller/politischer Lösungen. Auch die Weiterleitung an Versorgungsstrukturen und deren begrenzte Kapazitäten (u.a. in der Psychiatrie) sowie die Etablierung und Pflege solcher Netzwerke stellen eine Herausforderung dar. Damit gleichen die Ergebnisse dieser Studie denjenigen zur Versorgung von Gewaltopfern allgemein [14].

Spezielle Schwierigkeiten bestehen in Erstaufnahmeeinrichtungen: So ist hier die Verweildauer kurz, und es gilt das Asylbewerberleistungsgesetz, welches nur die Behandlung akuter Erkrankungen vorsieht. Aus medizinischer Sicht ist dies jedoch problematisch. Ein in den Trainings mit den Teilnehmer:innen erarbeiteter Lösungsansatz bestand darin, mit dem Einverständnis des/der Patient:in die positive Folteranamnese in der Krankenakte zu dokumentieren, damit diese in der Folgeeinrichtung sofort bekannt ist und zeitnah darauf reagiert werden kann.

Insofern zeigt unsere Untersuchung, dass von ärztlicher Seite und anderem medizinischen Personal die Wichtigkeit der eigenen Rolle mit Blick auf Personen, die Folter erlebt haben, erkannt und angenommen wird. Dahingehend fokussierte Trainingsangebote vermögen gerade im nichtärztlichen Bereich die Handlungssicherheit zu steigern, grundsätzlich bestehen aber für alle Berufsgruppen Schwierigkeiten, die sich durch solche Schulungen nicht lösen lassen. Vielmehr bleiben aufgrund dieser Schwierigkei-

ten die Empfehlungen der Düsseldorfer Erklärung an politische Entscheidungsträger:innen, beispielsweise hinsichtlich einer ausreichenden Finanzierung von qualifizierter Sprachmittlung, der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Foltererfahrung mit niedrigschwelligen Angeboten sowie des Schaffens von Versorgungsanreizen in der Regelversorgung, hochaktuell [33].

Limitation

Leider konnten ab März 2020 wegen der Coronapandemie nur noch eingeschränkt Trainings stattfinden, sodass die Zahl der Teilnehmer:innen niedriger ausfällt als im Vorfeld beabsichtigt. Nichtsdestoweniger zeigt sich – insbesondere anhand der qualitativen Auswertung – ein Sättigungseffekt, bei dem in Bezug auf die Forschungsfragen kaum neue Aspekte genannt werden. Limitierend ist außerdem die Heterogenität der Teilnehmer:innen: So war Zielgruppe der Trainings zwar medizinisches Personal – da zu den Bezugspersonen von Geflüchteten mit Foltererfahrung aber auch andere Berufsgruppen gehören, waren die Trainings für diese offen. Ihre Frage- und Reflexionsbogen waren jedoch nicht Teil dieser Auswertung. Aus pragmatischen Gründen wurde der T1-Fragebogen direkt nach dem Training verteilt. Es wäre aber sicherlich auch interessant gewesen zu erheben, wie sich das Training auf einen späteren Zeitpunkt (z. B. 3 oder 6 Monate nach dem Training) ausgewirkt hat.

Fazit für die Praxis

Trainings spielen beim Erkennen von Folterfolgen und bei der Ermöglichung einer angemessenen Versorgung der Betroffenen eine wichtige Rolle und erhöhen die Handlungssicherheit des medizinischen Personals. Da die Rechtsmedizin über die nötige Expertise hinsichtlich physischer Gewalt und der Durchführung von Schulungen zur Gewaltopferversorgung verfügt, kann sie die Deckung des Bedarfs an Trainings unterstützen. Das medizinische Personal erkennt die Wichtigkeit seiner Rolle, sieht sich aber mit Schwierigkeiten konfrontiert, die struktureller/politischer Lösungen bedürfen, beispielsweise das Zeitkontingent, die Sprachmittlung (und entsprechend die Kostenübernahme) und zu etablierende Versorgungsnetzwerke betreffend.

Korrespondenzadresse

Sonja Siegel

Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Köln (AöR)
Melatengürtel 60/62, 50823 Köln, Deutschland
sonja.siegel@uk-koeln.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Siegel, S. Ritz-Timme und F. Mayer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten. Vor Durchführung der Trainings wurde ein positives Votum der Ethikkommission eingeholt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Amnesty International (2018) Amnesty international report 2017/2018. S. Fischer, Frankfurt am Main
2. Banaschak S, Gerlach K, Seifert D et al (2014) Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. Rechtsmedizin 24:405–411
3. Bundesamt Für Migration Und Flüchtlinge (2021) Aktuelle Zahlen Februar 2021 – Tabellen, Diagramme, Erläuterungen
4. Crosby SS, Norredam M, Paasche-Orlow MK, Piwowarczyk, Heeren T, Grodin MA (2006) Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. J Gen Intern Med 21:764–768
5. Danielsens L, Rasmussen OV (2006) Dermatological findings after alleged torture. Torture 16:108–127
6. Eisenman DP (2007) CHAPTER 48—screening for mental health problems and history of torture. In: Walker PF, Barnett ED (Hrsg) Immigrant medicine. W.B. Saunders, Edinburgh, S633–638

7. Eisenman DP (2000) Survivor of Torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? West J Med 172:301–304
8. Europäisches Parlament Und Europäischer Rat (2013zu) Richtlinie 2013/32/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes. In: Amtsblatt der Europäischen Union
9. Europäisches Parlament Und Europäischer Rat (2013) Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 des Europäischen Parlamentes und Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. In: Amtsblatt der Europäischen Union
10. Frewer A, Furtmayr H, Krasa K, Wenzel T (2015) Istanbul-Protokoll. V&R unipress, Göttingen
11. Furtmayr H, Schmolze B, Wenk-Ansohn M (2014) Ärztliche Dokumentation von Folgen der Folter: Verpflichtung im Namen der Menschenrechte. Dtsch Arztebl Int 111:882–883
12. Gahr B, Graß H, Ritz-Timme S, Banaschak S (2012) Klinisch-rechtsmedizinische Kompetenz in der Gewaltversorgung. Rechtsmedizin 22:379–384
13. Graß H, Berendes L, Mützel E, Preuss R, Ritz-Timme S (2013) Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. Rechtsmedizin 23:180–185
14. Graß HL, Gahr B, Ritz-Timme S (2016) Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59:81–87
15. Hornberg C, Schröttle M, Bohns S, Kheilaifan N, Pauli A (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Robert Koch Institut, Berlin
16. Kern D, Thomas P, Hughes M, Chen B (2016) Curriculum development—a six-step approach for medical education. Johns Hopkins University Press, Baltimore
17. Knaevelsrud C, Stammel N, Boettche M (2012) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Folter- und Kriegsopfern. Psychotherapeut 57:451–464
18. Küppers L, Mayer F, Rothschild M, Janßen K, Ritz-Timme S (2017) Dokumentation und Begutachtung physischer Spuren von Folter. Rechtsmedizin 27:249–254
19. Maier T, Schnyder U (2007) Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Huber, Bern
20. Masmus TN, Moller E, Buhmann C, Brunch V, Jensen JH, Hansen TN, Jorgensen LM, Kjaer C, Mannstaedt M, Oxholm A, Skau J, Theilade L, Worm L, Ekstrom M (2008) Asylum seekers in Denmark. Torture 18:77–86
21. Medical Peace Work Healing torture victims. <http://www.medicalpeacework.org/mpw-courses/mooc.html>. Zugriffen: 24. Juli 2021
22. Miles SH (2012) Torture survivors: what to ask, how to document. J Fam Pract 61:E1–E5
23. Moisaner PA, Edston E (2003) Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries. Forensic Sci Int 137:133–140
24. Olsen DR, Montgomery E, Bojholm S, Foldspang A (2006) Prevalent musculoskeletal pain as a correlate of previous exposure to torture. Scand J Public Health 34:496–503
25. Pollak S (2004) Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. Forensic Sci Int 144:269–283
26. Pounder D, Vennemann B (2013) Folter – Methoden und Befunde. In: Grassberger M, Türke, Yen K (Hrsg) Klinisch-forensische Medizin – Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen

- und Betreuer von Gewaltopfern. Springer, Berlin Heidelberg, S389–401
27. Rasmussen A, Crager M, Keatley E, Keller AS, Rosenfeld B (2011) Screening for torture: a narrative checklist comparing legal definitions in a torture treatment clinic. *Z Psychol* 219:143–149
 28. Richter K, Peter L, Lehfeld H, Zaske H, Brar-Reissinger S, Niklewski G (2018) Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* 18:206
 29. Schröder H, Zok K, Faulbaum F (2018) Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. *Wido Monit* 15:1–20
 30. Seifert D, Anders S, Franke B, Schröder J, Gehl A, Heinmann A, Püschel K (2004) Modellprojekt zur Implementierung eines medizinischen Kompetenzzentrums für Gewaltopfer in Hamburg. *Rechtsmedizin* 14:183–188
 31. Staib J (2021) Helfer des syrischen Regimes in Koblenz wegen Folter verurteilt. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Frankfurt
 32. Thomsen AB, Eriksen J, Smidt-Nielsen K (1998) Chronic pain in torture survivors. *Forensic Sci Int* 108:155–163
 33. Van Keuk E, Wolf V, Mayer F, Küppers L, Bering R, Ritz-Timme S (2017) Düsseldorf Erklärung. *Rechtsmedizin* 27:263–265
 34. Wenk-Ansohn M, Van Keuk E, Stegman L (2017) Psychische Aspekte der rechtsmedizinischen Begutachtung von Folteropfern. *Rechtsmedizin* 27:255–262

Medical care for people affected by torture: training concerning torture and its sequels are important but structural challenges remain unsolved

Torture exists worldwide, for example in countries from which people flee to Germany to seek asylum. People who have experienced torture represent a vulnerable group and are in need of adequate care. The healthcare system plays a central role when it comes to the identification of people affected by torture, this is especially true for medical personnel working in accommodation facilities for refugees; however, identifying people affected by torture is challenging. Aim of this study was therefore to examine if training concerning torture and its consequences enhances confidence and security of medical personnel when dealing with persons who have experienced torture, how medical personnel assess their own role regarding the care of persons with torture experience and which problems and difficulties are seen. The training carried out was evaluated quantitatively as well as qualitatively. Based on questionnaires we evaluated if the training had an effect on security of action of the medical personnel in general and physicians in particular when handling patients with a torture history. Furthermore, the training participants answered reflective questions concerning the applicability of the training content, their own understanding of their role and existing problems and difficulties. After attending the training, the medical personnel in general felt more secure with regard to patients with torture experience; however, this did not apply for participating physicians. Their own role regarding the care for patients with torture experience was rated as important; however, both the quantitative and the qualitative evaluation revealed that the participants experienced major problems and difficulties in their daily routine that require structural and political solutions.

Keywords

Care for victims of violence · Human rights · Clinical forensic medicine · Refugees · Protection

3. Ergänzende Ergebnisse

Da in Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen neben den medizinischen Fachkräften auch andere Berufsgruppen (z. B. Sozialbetreuer:innen) eine wichtige Bezugsgruppe für die dort lebenden Menschen darstellen (können), waren die Trainings offen für alle interessierten und mit dem Thema Folter konfrontierten Professionen. Die Auswertung der Fragebögen der Sozialbetreuer:innen war jedoch nicht Teil der Auswertung für die Publikation, da hier der Schwerpunkt auf den Ärzt:innen und dem medizinischen Personal lag. Auch die im Rahmen der Evaluation der Trainings erhobenen Daten fanden keinen Eingang in die Publikation. Daher werden diese Auswertungen hier ergänzend aufgeführt.

Die Gesamtgruppe (n = 118) setzte sich, wie in der Publikation dargestellt [67], aus 20 Ärzt:innen, 54 Angehörige anderer medizinischer Berufe (bspw. Pfleger:innen) sowie 38 Personen anderer Berufsgruppen, davon 28 Sozialbetreuer:innen zusammen. Weitere 6 Teilnehmer:innen machten keine Angabe zu ihrem Beruf. Die Antworten der Berufsgruppen, die weder dem medizinischen Personal (inkl. Ärzt:innen) noch den Sozialbetreuer:innen zuzuordnen waren (n=16), wurden von den weiteren Auswertungen (auch der Evaluation) ausgeschlossen. Drei weitere Fälle mussten ausgeschlossen werden (davon 1 medizinisches Personal, 2 Sozialbetreuer:innen), da der T1-Fragebogen nicht oder sehr unvollständig ausgefüllt wurde. Fragebögen mit einzelnen fehlenden Angaben wurden eingeschlossen.

3.1 Evaluation der Trainings

Im T1-Fragebogen wurden im Rahmen der Evaluation der Trainings verschiedene Aspekte abgefragt. In die entsprechende Auswertung wurden sowohl die Antworten des medizinischen Personals als auch die der Sozialbetreuer:innen eingeschlossen.

Insgesamt waren die Teilnehmer:innen zufrieden mit dem Training (Mdn=2.0, M=1.99, 1 = sehr zufrieden, 5 = sehr unzufrieden), 29 Teilnehmer:innen gaben an, sehr zufrieden zu sein; 2 Teilnehmer:innen (1 Ärzt:in, 1 Sozialbetreuer:in) gaben an, sehr unzufrieden zu sein (n=99).

Ihren Lernzuwachs schätzten die Teilnehmer:innen als hoch ein (Mdn=2.0, M=2.17, n=99; 1 = sehr hoch, 5 = sehr niedrig).

Abb. 4 gibt einen Überblick über die Erwartungen der Teilnehmer:innen an das Training (T0) sowie das Maß der Erfüllung dieser Erwartungen (T1). Fragebögen mit unvollständigen Angaben zu diesen zwei Aspekten wurden ausgeschlossen.

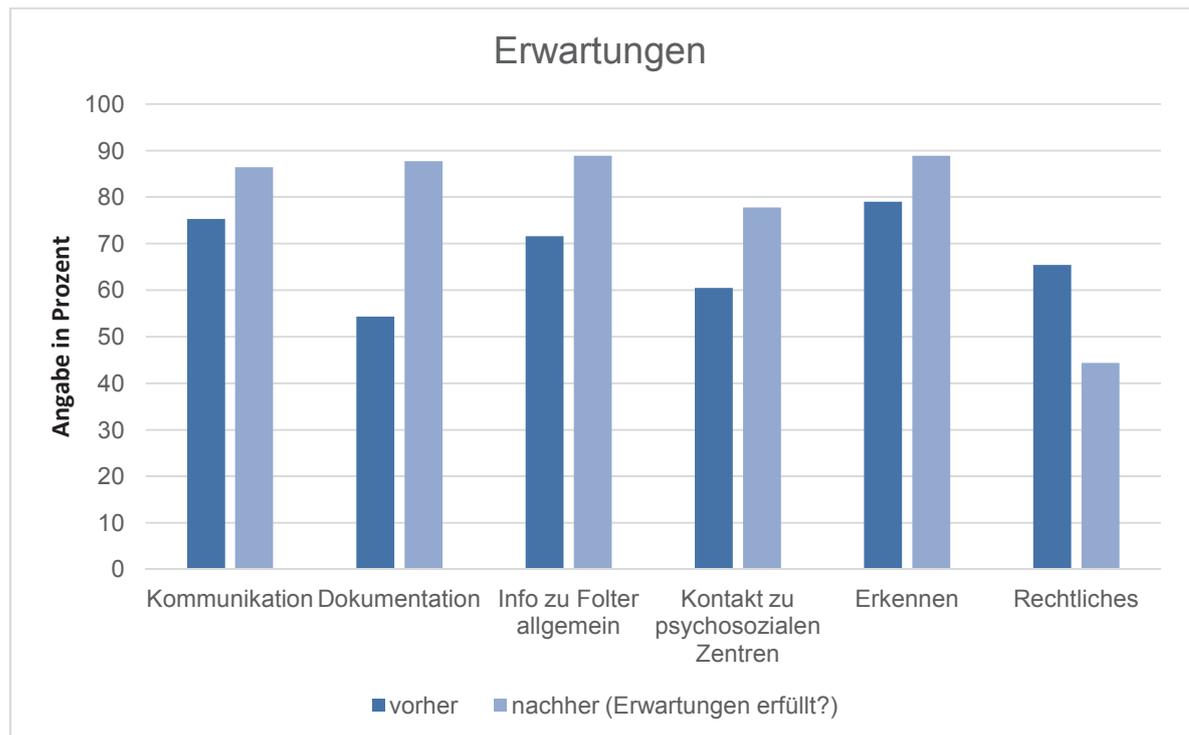


Abb. 4 Erwartungen der Trainings-Teilnehmer:innen an das Training (T0, n=81) und Einschätzung, ob die Erwartungen erfüllt wurden (T1, n=81), Angabe in Prozent

3.2 Ergebnisse der Befragung der Sozialbetreuer:innen zu Vorwissen, Rollenverständnis, Handlungssicherheit und Schwierigkeiten

3.2.1 Quantitative Auswertung

An den Trainings nahmen 28 Sozialbetreuer:innen teil, wobei für die Auswertung 2 Fragebögen ausgeschlossen werden mussten, da der T1-Fragebogen fehlte (MG2) bzw. kaum ausgefüllt war (W1.8).

Die Berufserfahrung der Sozialbetreuer:innen bewegte sich zwischen 1 und 32 Jahren. Ihr Vorwissen schätzten sie mittel bis wenig ein (Mdn=4, M=3.68, 1 = sehr viel, 5 = sehr wenig, n=25, 1 fehlend). 6 Personen gaben an, zum Thema

Folter bereits eine Fortbildung erhalten zu haben. Zum Thema Trauma seien 10 Teilnehmer:innen bereits fortgebildet worden.

Ihre eigene Rolle schätzten die Teilnehmer:innen sowohl vor (M=1.27, Mdn=1) als auch nach dem Training als sehr wichtig ein (M=1.5, Mdn=1, 1 = sehr wichtig, 5 = sehr unwichtig, n=23, 3 fehlend).¹

Die Handlungssicherheit in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung stieg nach dem Training (M=2.68, Mdn=3.0, 1 = sehr sicher, 5 = sehr unsicher, n = 24, 1 fehlend) im Vergleich zu vor dem Training (M=3.39, Mdn=3.0) signifikant an ($p < 0.001$). Auch die Handlungssicherheit mit Blick auf den Umgang mit potentiell traumatisierten Patient:innen stieg durch das Training signifikant an ($p < 0.001$) (vorher: M=3.2, Mdn=3.0, nachher: M=2.68, Mdn=3.0, n = 24, 1 fehlend).

Die von den Teilnehmer:innen genannten Schwierigkeiten sind **Abb. 5** zu entnehmen. Mehrfachnennungen waren möglich. Die Fragebögen von vier Teilnehmenden wurden aufgrund fehlender Angaben ausgeschlossen.

¹ Die Frage war im Fragebogen wie folgt formuliert: „Wie wichtig schätzen Sie die Rolle von medizinischen Fachkräften beim Erkennen von Patient*innen mit Foltererleben ein?“, da die Trainings primär für medizinisches Personal geplant waren. Die Teilnehmer:innen wurden aber vor Ausfüllen der Fragebögen darauf hingewiesen, dass es um die Einschätzung ihrer eigenen Rolle geht.

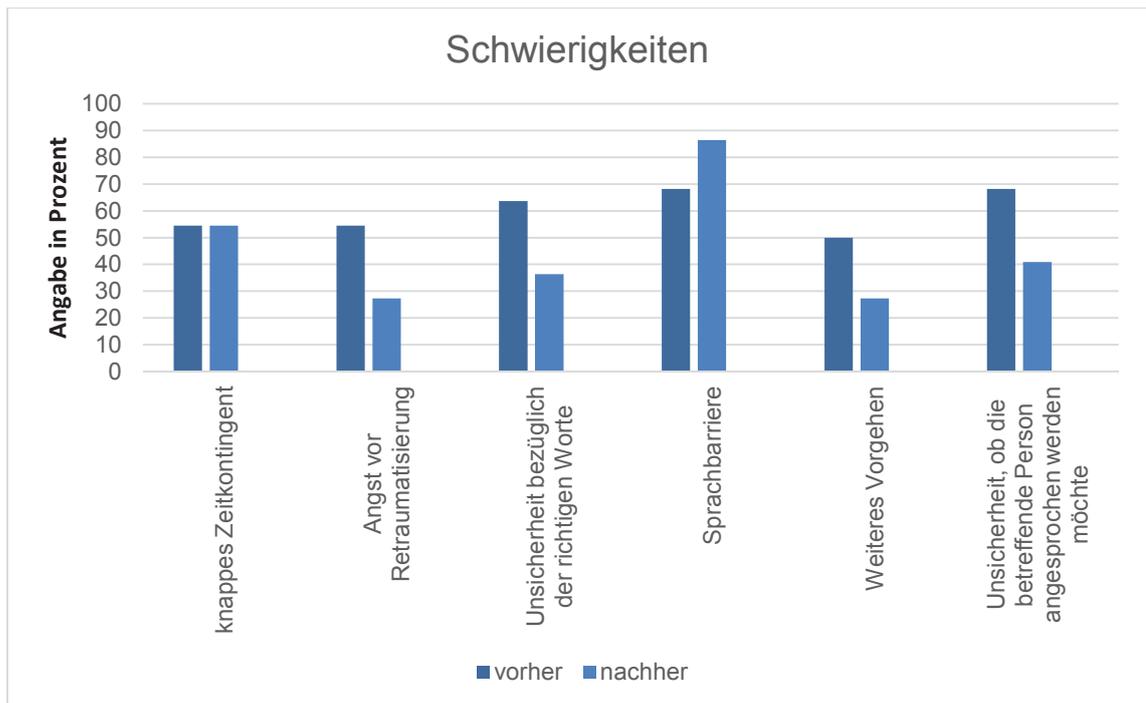


Abb. 5 Von den teilnehmenden Sozialbetreuer:innen angegebene Schwierigkeiten vor und nach dem Training, n=22, Angabe in Prozent

Auf eine Auswertung der Anwendbarkeit der Trainingsinhalte für die teilnehmenden Sozialbetreuer:innen wurde verzichtet, da die Antwortmöglichkeiten (wie z.B. körperliche Untersuchung oder Attest schreiben) für diese Berufsgruppe nur bedingt zutrafen.

3.2.2 Qualitative Auswertung

Analog zur Auswertung der Reflexionsbögen des medizinischen Personals erfolgte die qualitative Auswertung der Reflexionsbögen der Sozialbetreuer:innen mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und deduktiv-induktiver Kategorienbildung, d. h. die Hauptkategorien wurden zunächst anhand der gestellten Fragen gebildet (Rollenverständnis, Anwendbarkeit, Schwierigkeiten). Auch hier wurde eine vierte Hauptkategorie gebildet, da zwei Teilnehmer:innen auch Lösungsvorschläge nannten. Die Unterkategorien wurden anschließend entlang des Materials gebildet. Der Kodierleitfaden des medizinischen Personals [67] wurde als Grundlage genutzt, jedoch angepasst, da einige Themen benannt wurden, die zuvor nicht genannt worden waren; außerdem blieben einige Kategorien unkodiert (beispielsweise die Unterkategorie „Plausibilisierung“ bei Rollenverständnis und bei

Schwierigkeiten; die Unterkategorien „Bürokratie“, „Personalmangel“, „Patient:innenmenge“ bei Schwierigkeiten).

Die Reflexionsfragen beantworteten 21 Sozialbetreuer:innen, wobei in vier Fällen kaum bzw. keine Textsequenzen kodiert werden konnten, weil die Antworten zu kurz waren oder aufgrund einer Sprachbarriere nicht eindeutig waren. Ausgewertet wurden also 17 Reflexionsbögen.

Zwar wurde zur zweiten Frage („Wie schätzen Sie Ihre Rolle als medizinische Fachkraft beim Erkennen und Weiterleiten von Menschen mit Foltererleben ein?“) mündlich mitgeteilt, dass die Sozialbetreuer:innen die Frage auf ihre eigene Rolle beziehen sollten, dennoch beantworteten 10 Sozialbetreuer:innen diese Frage nicht, 5 davon mit Verweis darauf, dass sie keine medizinische Fachkraft seien. Zwei verwiesen explizit darauf, dass sie, gerade weil sie selbst keine medizinische Fachkraft seien, den Kontakt zu anderen Kolleg:innen suchen würden, und betonten die interdisziplinäre Zusammenarbeit: „Da ich keine medizinische Fachkraft bin hilft es mir vor allem zu wissen an wen ich mich bei Verdacht auf Folter wenden kann.“ (W1.7) Auch sonst hoben mehrere Teilnehmer:innen – sowohl hinsichtlich des eigenen Rollenverständnisses als auch der Anwendbarkeit – die Wichtigkeit der Kooperation hervor: „Meine Rolle ist ein Baustein von vielen – wichtig aber ohne interdisziplin. Vernetzung nicht wirksam.“ (L4)

Ein:e Teilnehmer:in stellte Überlegungen hinsichtlich der Abgrenzung der eigenen Rolle an: „Als Schwierigkeiten sehe ich die Abgrenzung von sozialarbeiterischer + therapeutischer Tätigkeit. Also inwieweit lasse ich als Pädagogin Erzählungen bezügl. Foltererfahrung zu. Wie detailliert frage ich + was leite ich an Therapeuten weiter. Muss Anamnese Therapeut machen oder kann ich das auch. Bzw. was brauche ich um das sicher machen zu können.“ (MG10)

Analog zum medizinischen Personal benannten auch die Sozialbetreuer:innen die Kostenübernahme, die Sprachbarriere sowie das Weiterleiten häufig als Schwierigkeiten. Ein:e Teilnehmer:in schrieb: „Schwierigkeiten sehe ich in der Notwendigkeit von Sprachmittlern, Bewohner vertrauen sich eher mir als Person an und das „Zwischenschalten“ weiterer Personen hemmt ggf.“ (StA 2)

Auch weitere Teilnehmer:innen sahen Schwierigkeiten darin, dass Betroffene nicht über das Foltererleben sprechen würden.

Vier Sozialbetreuer:innen gaben an, dass Schwierigkeiten auf Seiten des Personals hinsichtlich mangelnden Wissens lägen. Ein:e Teilnehmer:in notierte als Lösungsmöglichkeit: „Daher ist eine grundlegende Aufklärung im Umgang mit Folter für jede Person in der Flüchtlingsarbeit hilfreich.“ (StA 6).

Ein:e Teilnehmer:in gab als Schwierigkeit an, dass sexualisierte Gewalt häufig – „auch nach langem Therapieverlauf“ (B1.12) – nicht angesprochen würde, sodass hierfür extra Raum geschaffen werden sollte.

3.2.3 Vergleich der Ergebnisse der Befragung von medizinischem Personal (inkl. Ärzt:innen) und Sozialbetreuer:innen

Grundsätzlich sind die benannten Schwierigkeiten sowohl beim medizinischen Personal als auch bei den Sozialbetreuer:innen ähnlich. Beide Gruppen benennen die Themen Sprachbarriere, Kosten und Weiterleitung. Fehlendes Vertrauen bzw. Nicht-Ansprechen wurde von Sozialbetreuer:innen (in Relation zur Zahl der ausgefüllten Reflexionsbögen) häufiger genannt als vom medizinischen Personal, wobei auch beim medizinischen Personal ein:e Teilnehmer:in Sprachbarriere und Vertrauen miteinander verknüpft: „Schwierigkeiten entstehen meistens bei der Sprachmittlung (woher kriegen wir die, wie schnell kann jemand vor Ort sein, wie ist dessen Verhalten, traut der Patient dem Sprachmittler? ...).“ (BD10)

Das knappe Zeitkontingent wurde von vielen Teilnehmenden des medizinischen Personals als Schwierigkeit herausgestellt [67], während die teilnehmenden Sozialbetreuer:innen es kaum nannten. Auch bei der quantitativen Aufwertung wurde Zeit als Schwierigkeit von den Sozialbetreuer:innen deutlich weniger genannt und die Nennung von Zeitmangel als Schwierigkeit stieg nach dem Training, anders als beim medizinischen Personal, nicht an.

Hinsichtlich ihrer Rolle und der Anwendbarkeit betonten mehr Sozialbetreuer:innen den Wert interdisziplinärer Zusammenarbeit und Kooperation, sodass hier das Kodierschema angepasst wurde und eine entsprechende Unterkategorie geschaffen wurde.

4. Diskussion

Eine adäquate medizinische Versorgung ist derzeit in Deutschland für Menschen, die Folter erlebt haben und die, wie eingangs dargestellt, häufig an physischen und/oder psychischen Folterfolgen leiden, notwendig, jedoch oft nicht gewährleistet [68, 69].

4.1 Wie schätzt das medizinische Personal, insbesondere das ärztliche Personal, die eigene Rolle beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung ein?

Für die adäquate medizinische Versorgung (und auch für die Inanspruchnahme von sich aus dem Foltererleben ergebenden Rechten) ist in einem ersten Schritt die Identifikation von Menschen mit Foltererfahrung essentiell. Dass hinsichtlich dem Erkennen – und im weiteren Verlauf dem Versorgen und Weiterleiten – den primärversorgenden Ärzt:innen eine wichtige Rolle zukommt, wurde in vielen Studien und Artikeln [19, 70-73] thematisiert und deckt sich mit den Erkenntnissen hinsichtlich anderer Gewaltopfer, insbesondere Betroffenen von häuslicher Gewalt [54, 74, 75]. Studien im Kontext der Einführung von Curricula zu häuslicher Gewalt konnten nachweisen, dass Ärzt:innen die Wichtigkeit ihrer Rolle anerkennen [76, 77]. In gleicher Weise schätzte das medizinische Personal inkl. der teilnehmenden Ärzt:innen auch in der vorliegenden Studie die eigene Rolle sowohl vor als auch nach dem Training als sehr wichtig ein. Das Annehmen der eigenen Rolle ist eine wesentliche Voraussetzung für das Initiieren weiterer Schritte.

Grundsätzlich zeigt sich das medizinische System für erlebte Gewalt aufgrund des Vertrauensverhältnisses zwischen den medizinischen Fachkräften und den Patient:innen als ansprechbar [24, 78]. Auch in der hier durchgeführten Untersuchung gaben die Teilnehmer:innen das besondere Vertrauensverhältnis als Grund für die Wichtigkeit ihrer Rolle an [67]. Von einigen Teilnehmer:innen der Studie wurde zusätzlich benannt, dass das medizinische Angebot in den Erstaufnahme- bzw. Unterbringungseinrichtungen niedrigschwellig sei [67].

Eine Sensibilisierung für das Thema Gewalterleben im Allgemeinen und Folter im Speziellen ist ein wichtiger erster Schritt, es ist jedoch - analog zur

allgemeinen Gewaltopferversorgung [79] - eine entsprechende Qualifikation notwendig, beispielsweise das Wissen, welche Hinweise für ein Gewalt- bzw. Foltererleben sprechen, wie ein Ansprechen erfolgen könnte, wie eine Dokumentation aussehen könnte und wohin eine Weiterleitung der Betroffenen möglich ist.

Das erarbeitete Curriculum [67] umfasste daher u. a. die o. g. Punkte (Erkennen, Ansprechen, Dokumentieren, Weiterleiten), wobei die Inhalte zur Dokumentation auf wenige Kernsätze beschränkt wurden, beispielsweise: „Bei der körperlichen Untersuchung sind zahlreiche Narben aufgefallen. Eine weitere Sachverhaltsabklärung ist notwendig.“ Dass keine gerichtsfeste Dokumentation empfohlen und gelehrt wurde, begründet sich zum einen darin, dass das medizinische Personal in den Unterbringungs- und Aufnahmeeinrichtungen aufgrund der Ressourcen keine gerichtsfeste Dokumentation leisten kann und zeitlich beim Vorliegen von Narben und damit nicht-flüchtigen Befunden keine Eile geboten ist; zum anderen ist zu berücksichtigen, dass der Fokus in den Unterbringungseinrichtungen weniger auf der Dokumentation für mögliche rechtliche Schritte als auf dem grundsätzlichen Ermöglichen der weiteren, adäquaten (medizinischen) Versorgung lag.

Vor Durchführung der Trainings gab lediglich ca. 1/7 der Teilnehmenden an, bereits zum Thema Folter geschult worden zu sein [67]. Dies ist weniger als in internationalen Studien [63, 64]. Das Vorwissen schätzten die Teilnehmer:innen als „mittel“ ein [67]. Auch, wenn das Gebiet der klinischen Rechtsmedizin mittlerweile Teil des humanmedizinischen Curriculums ist und Folter Parallelen zur allgemeinen Gewaltopferversorgung aufweist, gibt es, wie eingangs aufgeführt, Besonderheiten. Zudem bestehen bei Ärzt:innen auch bei der Versorgung von Menschen mit Gewalterfahrung generell Unsicherheiten und Defizite [53, 55]. Angesichts der Prävalenz von Folter und der damit verbundenen Wahrscheinlichkeit, dass Ärzt:innen und medizinisches Personal – insbesondere in Einrichtungen für Geflüchtete – mit Patient:innen mit Foltererfahrung konfrontiert werden, besteht also Schulungsbedarf.

4.2 Ansprechen von Gewalt-/ Foltererleben und Screening

Ein wichtiger Aspekt beim Erkennen, Versorgen und ggf. Weiterleiten von Menschen mit Foltererleben ist das Ansprechen der etwaig Betroffenen.

Als mögliche Fragen nach dem Gewalterleben wurden den Teilnehmenden folgende Beispiele an die Hand gegeben:

- Haben Sie schwere Gewalt erlebt (unter der Sie noch immer leiden)?
- Viele Patient:innen, die in einer ähnlichen Situation sind wie Sie, wurden gefoltert oder misshandelt. Trifft das auch auf Sie zu?
- Bei der Untersuchung sind mir zahlreiche Narben aufgefallen. Möchten Sie mir erzählen, wie diese entstanden sind?

Derartige bzw. ähnliche Fragen werden nicht nur für Untersuchungen im Kontext von Folter [80], sondern auch mit Blick auf das Erleben häuslicher Gewalt empfohlen [81, 82].

Neben möglichen Fragen nach dem Gewalterleben ist auch das Setting der Untersuchung von Bedeutung. Zwar unterscheidet es sich nicht grundsätzlich von den Anforderungen an ein Gespräch zwischen Patient:in und Arzt/Ärztin, allerdings ist aufgrund des erlebten Kontrollverlustes der Betroffenen verstärkt darauf zu achten, dass das Gespräch in einem geschützten Raum stattfindet und der/die Patient:in die Kontrolle hat. Wichtige Aspekte sind hierbei die Achtung der Schweigepflicht und der Einsatz von professioneller Sprachmittlung (vgl. 4.4.4). Der Eindruck einer Verhörsituation sollte vermieden werden. Zu bedenken ist zudem, dass häufig auch Ärzt:innen an Folter beteiligt sind [72, 83, 84], sodass die Erläuterung der eigenen Rolle wichtig ist [43] und es unter Umständen sinnvoll sein kann, während der Untersuchung auf einen Kittel o. ä. zu verzichten.

4.3 Steigt die Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung beim medizinischen Personal durch das entwickelte Training zu Folter und Folterfolgen?

In Hinblick auf die Wirksamkeit des Trainingsmoduls sollte geprüft werden, ob die subjektiv empfundene Handlungssicherheit beim medizinischen Personal durch die Trainings steigt. Dies konnte für das medizinische Personal insgesamt bestätigt werden [67]. Bei der Gruppe der Ärzt:innen hatten die Trainings jedoch keinen Einfluss auf die subjektiv eingeschätzte Handlungssicherheit [67].

Zwar schätzten sowohl die Ärzt:innen als auch das medizinische Personal insgesamt ihr Vorwissen zu Folter nur als „mittel“ ein. Ein möglicher Grund dafür, dass die Handlungssicherheit in der Gruppe der Ärzt:innen dennoch nicht anstieg, könnte in Spezifika des untersuchten Kollektivs liegen; ca. 1/3 der teilnehmenden Ärzt:innen verfügten über eine Berufserfahrung von mehr als 30 Jahren und viele (ca. 70 %) hatten bereits bewusst Menschen mit Foltererfahrung behandelt [67]. Außerdem ist die klinische Rechtsmedizin Teil des humanmedizinischen Curriculums und es werden verstärkt Weiterbildungsangebote zur Versorgung von Menschen mit Gewalterfahrung unterbreitet [67].

Der Anstieg der subjektiv empfundenen Handlungssicherheit des medizinischen Personals insgesamt ist eine wichtige Erkenntnis, da auch das nicht-ärztliche Personal unter Umständen engen Kontakt zu Patient:innen mit möglicher Foltererfahrung hat. Gerade in Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen für Geflüchtete ist das nicht-ärztliche Personal häufig durchgehend vor Ort, während Ärzt:innen lediglich Sprechstunden anbieten. Somit ist das nicht-ärztliche Personal in vielen Fällen die erste Anlaufstelle.

Hinsichtlich der subjektiv empfundenen Handlungssicherheit im Umgang mit potentiell psychisch traumatisierten Personen zeigte sich weder beim ärztlichen noch beim medizinischen Personal insgesamt eine signifikante Steigerung durch die Trainings [67]. Dies kann darin begründet sein, dass 47,9 % (medizinisches Personal insgesamt) bzw. 45 % (Ärzt:innen) der Teilnehmenden

angaben, bereits zum Thema psychische Traumatisierung fortgebildet worden zu sein [67].

4.4 Welche Schwierigkeiten beim Erkennen von Menschen mit Foltererfahrung bestehen bzw. bleiben auch nach Durchführung des entwickelten Trainings bestehen?

Trotz des Annehmens der eigenen Rolle beim Erkennen und Weiterleiten von Menschen, die Folter erlebt haben, ist das medizinische Personal mit Schwierigkeiten konfrontiert. Auffällig bei den Ergebnissen der qualitativen Analyse war, dass einige Teilnehmende zuerst Schwierigkeiten benannten, bevor sie die beiden in der Reihenfolge zuerst genannten Fragen nach Rollenverständnis und Anwendbarkeit beantworteten [67]. Auch wurden zur Hauptkategorie „Schwierigkeiten“ die meisten Textstellen kodiert [67]. Es ist also davon auszugehen, dass die Teilnehmer:innen das Thema „Folter“ – trotz subjektiv empfundener Handlungssicherheit – dennoch als (noch) herausfordernd betrachten [67].

Als mögliche Schwierigkeiten wurden in der quantitativen Auswertung folgende Items vorgegeben:

- knappes Zeitkontingent
- Angst vor Retraumatisierung
- Unsicherheit bezüglich der richtigen Worte
- Unsicherheit, ob die betreffende Person angesprochen werden möchte
- Sprachbarriere
- weiteres Vorgehen

Ergänzend wurden im qualitativen Teil u. a. folgende Unterkategorien erstellt [67]:

- Kosten
- Verweildauer/Fristen
- eigene Abgrenzung
- Erkennen von Folter (insbesondere psychisch)
- komplexe Fälle/viele Symptome
- große/falsche Hoffnung

- politische Anerkennung
- Nichtansprechen (seitens der Patient:innen)

Im Folgenden soll auf einige genannte Punkte ausführlicher eingegangen werden.

4.4.1 Ansprechen

Sowohl Siegel et al. [55] als auch Graß et al. [60] stellten Schwierigkeiten in der Gewaltopferversorgung durch fehlende fachliche Qualifikationen und Unsicherheit hinsichtlich der Kommunikation fest. Auch in der vorliegenden Studie gaben viele Teilnehmer:innen die Kommunikation vor Durchführung der Trainings als Schwierigkeit an; die abgefragten Items betrafen die Unsicherheit bezüglich der richtigen Worte (von 45,8 % der Teilnehmer:innen benannt) und die Unsicherheit, ob eine möglicherweise betroffene Person überhaupt angesprochen werden möchte (von 63 % der Teilnehmer:innen benannt). Nach dem Training bewerteten deutlich weniger Teilnehmer:innen diese Items als Schwierigkeit (25 % bzw. 26,4 %), sodass Trainings in Bezug auf Unsicherheiten bei der Kommunikation Unterstützung bieten können [67].

In einer Erhebung von Kramer et al. [52] gab ein Großteil der von Gewalt betroffenen Frauen den Wunsch an, im ärztlichen Kontakt nach Gewalt gefragt zu werden, während nur ein kleiner Teil tatsächlich auch dahingehend angesprochen wurde. Und auch eine Studie von Brzank et al. [51] zu häuslicher Gewalt zeigte ähnliche Ergebnisse. In der Studie von Shannon et al. [50] gaben 18 von 42 befragten Geflüchteten an, sie hätten ihr Kriegstrauma bei der ärztlichen Konsultation nicht angesprochen, weil sie von ärztlicher Seite nicht gefragt worden seien, obgleich der Großteil (n=37) angab, mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin gern über das Thema zu sprechen, insbesondere wenn es notwendig für die Gesundheit sei. Hauptgrund dafür, es nicht selbst anzusprechen, sei gewesen, dass den Betroffenen nicht klar gewesen sei, dass solche Traumata ein Thema der Gesundheitsversorgung sind. Umso wichtiger ist, dass Ärzt:innen bzw. das medizinische Personal generell Gewalt- und Foltererleben thematisieren. Eine Möglichkeit wäre das routinemäßige Fragen / Screenen. Routinemäßiges Fragen wird in Bezug auf häusliche Gewalt kontrovers diskutiert [85, 86], als Vorteil wird jedoch u. a. benannt, dass es signalisiert,

dass sich das Gesundheitswesen für dieses Thema ansprechbar zeigt [56]. Übertragen auf Menschen mit Foltererfahrung kann ein Screenen – insbesondere angesichts der hohen Prävalenz von Folter unter Geflüchteten – sinnvoll sein [73, 87, 88]. In der vorliegenden Untersuchung gaben zirka die Hälfte des medizinischen Personals insgesamt und zirka die Hälfte der Ärzt:innen nach dem Training an, ihre Patient:innen auf Folter screenen zu wollen und fast alle Teilnehmenden bzw. alle teilnehmenden Ärzt:innen gaben an, künftig Patient:innen bei begründetem Verdacht ansprechen zu wollen [67].

4.4.2 Knappes Zeitkontingent / Ressourcen des Personals

Als eine der wesentlichen Schwierigkeiten nannten die Teilnehmer:innen das knappe Zeitkontingent. Dies deckt sich mit anderen Studien zu Trainings zur Gewaltopferversorgung [55, 60] und auch grundsätzlich werden mangelnde zeitliche Ressourcen in der medizinischen Versorgung als Problem wahrgenommen [89, 90]. Mehrere Teilnehmer:innen wiesen in der qualitativen Auswertung zudem daraufhin, dass auch die Fachärzt:innen oder Kliniken, an die Betroffene verwiesen werden sollen, zu wenig Zeit hätten und die Wartezeiten auf Termine entsprechend lang seien.

In der quantitativen Auswertung bewerteten 48,6 % der Teilnehmer:innen (Ärzt:innen: 52,6 %) das zur Verfügung stehende Zeitkontingent vor dem Training als Schwierigkeit, danach waren es 69,4 %, (Ärzt:innen: 73,7 %), was bedeutet, dass der Anteil der Teilnehmer:innen, die das vorhandene Zeitkontingent als Schwierigkeit bewerteten, durch das Training anstieg [67]. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen von Graß et al. [60], wonach Ärzt:innen den *zusätzlichen* Zeitaufwand beim Versorgen von Gewaltopfern mit 26 min (Erstkontakt) und 18 min (Folgekontakt) bezifferten. In der vorliegenden Studie kann dies zusätzlich darin begründet sein, dass der richtige Umgang mit Sprachmittlung Zeit kostet (vgl. 4.4.4) und dass bei einer positiven Folteranamnese weitere Handlungsschritte (Dokumentation, Weiterleiten) angezeigt sind. In einer Studie von Mewes et al. gaben viele teilnehmende Psychotherapeut:innen den zusätzlichen formalen Aufwand und die Dolmetscher:innen-Beauftragung als Schwierigkeiten bei der Behandlung von Asylsuchenden an [91]. Graß et al. kommen allerdings auch zu dem Schluss,

dass Schulungen und eine „klare Aufstellung des Praxisteam zum Thema „Gewaltopferversorgung“ zu einem optimierten Zeitmanagement“ beitragen kann [92]. Dies könnte möglicherweise auch für Erstaufnahme- und Unterbringungseinrichtungen gelten, sobald sich routinierte Arbeitsabläufe, beispielsweise hinsichtlich der Organisation von Sprachmittlung und der Weiterleitung, eingespielt haben.

Prinzipiell kann die Anamneseerhebung selbst viel Raum in Anspruch nehmen. Während für eine umfassende Sachverhaltsaufklärung und damit verbundene rechtsmedizinische und/oder psychiatrisch-psychologische Gutachtenerstellung möglichst detaillierte Kenntnisse zu dem erlebten Misshandlungsgeschehen notwendig sind und ausführliche Gespräche auch therapeutisch sinnvoll sein können, ist diese im Rahmen des ersten Ansprechens/des Screenens in der Regel nicht maßgeblich. Die Teilnehmer:innen dieser Studie lernten daher auch, wie ein Gespräch gelenkt und insbesondere auch wieder beendet werden kann.

Auch wenn Trainings möglicherweise zu routinierteren Arbeitsabläufen führen können, ist – insbesondere in Zusammenhang mit den mangelnden personellen Ressourcen – nicht davon auszugehen, dass Trainings hinsichtlich des knappen Zeitkontingents wesentliche Verbesserungen bewirken können. Hier sind strukturelle Lösungen, beispielsweise mehr Personal, Förderung der Strukturen der Weitervermittlung und Stärkung der psychiatrischen Regelversorgung, nötig. Auffällig ist allerdings auch, dass das medizinische Personal insgesamt das Zeitkontingent zwar in vielen Fällen als Schwierigkeit ansieht, die Zahlen für die Subgruppe der Ärzt:innen allerdings höher ausfallen. Ein interprofessioneller Ansatz, auch unter Einbezug der Sozialbetreuer:innen (vgl 4.5.), könnte eventuell Unterstützung bieten.

4.4.3 Finanzierung

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden ist über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, das grundsätzlich vorsieht, nur akute Erkrankungen zu behandeln. In §6 AsylbLG ist allerdings auch festgeschrieben, dass Personen mit besonderen Bedürfnissen, zu denen

explizit auch Menschen mit Foltererfahrung gehören, die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt wird.

Wenngleich die Kostenübernahme also prinzipiell möglich ist, benannten acht Teilnehmer:innen im qualitativen Teil der Auswertung die Kostenübernahme als Schwierigkeit. Ein:e Teilnehmer:in des ärztlichen Personals gab zu bedenken: „Große Schwierigkeiten gibt es meiner Meinung nach bei der Kostenübernahme. Wir sind grundsätzlich angehalten, Bewohner*innen mit vorrausichtlich längerer Behandlungsdauer auf die Versorgung nach dem Transfer in eine längerfristige Unterkunft zu „vertrösten“. Generell sollen wir nur akute Probleme/Erkrankungen behandeln.“ (K2.8).

Bezug genommen wird auch auf die Kostenübernahme der Sprachmittlung. Zudem scheint nicht nur die Kostenübernahme an sich problematisch zu sein, sondern auch die Zeitspanne, bis diese gewährt wird. Ein:e Teilnehmer:in gab an: „Es vergeht zu viel Zeit bis man eine Kostenübernahme bekommt.“ (K2.2.) Dies deckt sich mit einer Erhebung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF), wonach Anträge auf Sprachmittlung immer wieder abgelehnt werden [93].

Hinsichtlich der potentiellen Kosten ist auch zu berücksichtigen, dass die Erstellung von Gutachten zu Folterfolgen zwar im Projekt-Zeitraum über Drittmittel (EU-Förderung) gedeckt war, außerhalb von Projekten allerdings Kosten für die Auftraggebenden entstehen. Eine Verstetigung von Projekten bzw. die Beauftragung von Gutachten zur Sachverhaltsaufklärung durch die zuständigen Behörden (z. B. BAMF) ist sinnvoll. Und auch die psychosozialen Zentren, die auf Psychotherapie von Menschen mit Foltererfahrung spezialisiert sind, sind oft spenden- und/oder projektfinanziert und weithin unterfinanziert [94]. Die Empfehlung der Düsseldorfer Erklärung, Anreize für die Versorgung in Regelstrukturen zu schaffen [68], bleibt aktuell.

4.4.4 Sprachmittlung

Eine Besonderheit bei der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung ist, dass die Betroffenen ganz überwiegend kein Deutsch sprechen und die Kommunikation daher in nahezu jedem Fall mit Unterstützung von

Sprachmittler:innen erfolgen muss [48]. Die Sprachbarriere wurde von vielen Teilnehmer:innen (>80% der Ärzt:innen vor dem Training) unserer Untersuchung als Schwierigkeit benannt [67]. Dies deckt sich mit anderen Studien [95, 96].

Kann in einigen Situationen eine laienhafte Übersetzung, beispielsweise durch Familienmitglieder oder andere Bewohner:innen der Unterkünfte, ausnahmsweise akzeptiert werden, ist bei Themen wie Folter eine professionelle Sprachmittlung unabdingbar [30]. Teil des Trainings war daher, den richtigen Umgang mit Sprachmittlung zu lehren. Sprachmittlung unterscheidet sich von reiner Übersetzung dahingehend, dass auch in der Sprache Impliziertes, im kulturellen Kontext zu Verstehendes vermittelt wird [97]. Der richtige Umgang mit Sprachmittlung beinhaltet, wenn möglich, ein Vor- und Nachgespräch mit dem / der Sprachmittler:in [97]. Idealerweise wird alles, was die betroffene Person sagt, wörtlich übersetzt. Die Pflicht, über die Gesprächsinhalte zu schweigen, gilt selbstverständlich auch für den/die Sprachmittler:in.

Zwar sank die Zahl der Teilnehmer:innen, die die Sprachbarriere nach dem Training als Schwierigkeit benannte, allerdings umfasste sie immer noch über die Hälfte der geschulten Personen [67]. Ein:e Teilnehmer:in schrieb beispielsweise: „Ein großes Problem ist und bleibt die Sprachbarriere.“ (BD6)

Neben dem Umgang mit Sprachmittlung stellen auch die Organisation und die Kostenübernahme Schwierigkeiten dar, mit denen das medizinische Personal konfrontiert ist (vgl. 4.4.3) Dies deckt sich mit einer Studie der BAfF, der zufolge vielen Hausärzt:innen und Psychotherapeut:innen nicht bekannt sei, wie ein Zugang zu Sprachmittlung erfolgen kann [93]. Nicht vergessen werden darf zudem, dass der richtige Umgang mit Sprachmittlung (und auch die zunächst anstehende Organisation) zeitaufwendig ist bzw. sein kann, wodurch sich die Schwierigkeiten hinsichtlich des knappen Zeitkontingent verschärfen können. Auch qua Organisation, Kostenübernahme und Zeitaufwand im Zusammenhang mit Sprachmittlung können Trainings kaum Hilfestellung bieten, es bedarf struktureller Lösungen.

4.4.5 Weiteres Vorgehen / Weiterleitung von Menschen mit Foltererleben

Der Versorgungsbedarf von Menschen mit Foltererfahrung kann nicht in den primär aufnehmenden Einrichtungen allein gedeckt werden, vielmehr bedarf es in vielen Fällen weitergehender, unter Umständen fachärztlicher, Versorgung und Betreuung. Dies betrifft insbesondere psychische Folterfolgen, da viele Menschen, die Folter erlebt haben, – wie eingangs dargestellt – psychische Folgen wie traumareaktive Störungen aufweisen (vgl. 4.4.6).

Die Weiterleitung, beispielsweise an spezialisierte Versorgungsstrukturen, wurde in der vorliegenden Untersuchung von vielen Teilnehmer:innen als Schwierigkeit benannt [67]. Die Schwierigkeiten hinsichtlich des Weiterleitens betreffen insbesondere die psychiatrisch-psychologische Anbindung. In Deutschland gibt es zwar psychosoziale Zentren, die auf die Versorgung von Geflüchteten und insbesondere auch Menschen mit Foltererfahrung spezialisiert sind, diese sind allerdings unterfinanziert und haben keine ausreichenden Kapazitäten [94]. Verschärft wird das Problem der Weiterleitung nach Ansicht der Teilnehmenden durch die kurze Verweildauer in den Erstaufnahmeeinrichtungen, gepaart mit langen Wartezeiten für Termine. Ein:e Teilnehmer:in gab an: „Langzeittherapie in einer EAE ist so gut wie aussichtslos.“ (K2.2)

Mit Blick auf die kurze Verweildauer in Erstaufnahmeeinrichtungen wurde während der Workshops mit den Teilnehmer:innen als Lösungsansatz erarbeitet, in Rücksprache und mit dem Einverständnis der Betroffenen die positive Gewalt-/ Folteranamnese in der Gesundheitsakte zu vermerken und die Information so an die Zentrale Unterbringungseinrichtung, d. h. die Folgeeinrichtung, in der die Betroffenen häufig längere Zeit verbleiben, weiterzugeben [67], um dort die weiteren Versorgungsmöglichkeiten zu klären.

Ein weiterer Aspekt, der vorrangig bei Durchführung von Trainings in ländlichen Regionen deutlich wurde, ist die Übernahme von Fahrtkosten zu den Versorgungsstrukturen bzw. unter Umständen den rechtsmedizinischen Instituten für die Dokumentation und Beurteilung möglicher Narben. Im Rahmen des in:Fo-Projekts und auch im Folgeprojekt inTo-Justice [65, 98] bestand auf Basis einer Förderung durch die EU die Möglichkeit der interdisziplinären

Sachverhaltsaufklärung mit Erstellung von rechtsmedizinischen und psychologisch-psychiatrischen Gutachten und auch die Fahrkosten konnten bei Bedarf übernommen werden; bei fehlender Übernahme der Finanzierung kann dies allerdings eine Hürde für die Weitervermittlung darstellen.

Nicht nur hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte, auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Rechten ist eine gute Anbindung an professionelle Strukturen notwendig. Rechtsmedizinische und psychologische Gutachten erhöhen bei Menschen mit Foltererleben die Wahrscheinlichkeit auf Anerkennung eines Schutzstatus [99, 100]. Auch die Inanspruchnahme der Projekte hat verdeutlicht, dass der Bedarf an Gutachten besteht [101]. Die Versorgung kann jedoch nicht langfristig über drittmittelfinanzierte Projekte gewährleistet werden. Idealerweise sollten die Gutachtaufträge – auf Basis der EU-Richtlinie [39] - durch die zuständigen Behörden (BAMF und Verwaltungsgerichte) erteilt werden.

Das Training richtete sich vorwiegend an Angehörige medizinischer Berufe, weshalb der Schwerpunkt auf den Bedarfen und der Weiterleitung bezüglich der Gesundheitsversorgung lag. Grundsätzlich ist bei der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung allerdings, wie eingangs dargestellt (vgl. **Abb. 3**), zu beachten, dass Betroffene vielfältige Bedarfe haben. Miteinzubeziehen sind auch psychosoziale Aspekte. Durch Postmigrationsfaktoren, wie z. B. eines fehlenden Schutzstatus, kann es zu Symptomaggravierung bei psychischer Belastung kommen [69, 102]. Zito gibt hierzu zu bedenken, dass *„ohne soziale Stabilisierung [...] langfristig keine psychische Stabilisierung möglich [ist]“* [35]. Im Vordergrund können auch das allgemeine Sicherheits- und Kontrollbedürfnis aufgrund der erlebten Ohnmacht oder andere soziale Bedarfe stehen. Die Trainings waren – auch aufgrund der besonderen Strukturen in den Unterkünften – offen für alle etwaig konfrontierten Berufsgruppen und es konnte festgestellt werden, dass insbesondere auch die Sozialbetreuer:innen davon profitierten (vgl. 4.5)

4.4.6 Umgang mit potentiell Traumatisierten und Retraumatisierung

Da traumareaktive Störungen bei Menschen mit Foltererfahrung häufig sind [27, 28] lag hierauf ein weiterer Schwerpunkt des Trainings. Im Rahmen des

Trainings wurde ein Überblick über mögliche Symptome einer traumareaktiven Störung, beispielsweise *Hyperarousal*, Dissoziation oder sozialen Rückzug, gegeben und es wurden *red flags* benannt, beispielsweise Suizidgedanken, bei denen eine psychiatrische Konsultation oder Einweisung ernsthaft in Betracht zu ziehen ist.

Unwissenheit des Gesundheitspersonals hinsichtlich möglicher Symptome kann auch bei Traumafolgestörungen zu einem späteren Erkennen (und damit späterer Behandlung) von Betroffenen führen [103]. Mögliche Symptome können hierdurch verstärkt werden [103, 104]. Auch hier ist es also wesentlich, das potentiell mit psychisch traumatisierten Patient:innen konfrontiertes Personal zu schulen. In der vorliegenden Untersuchung gaben immerhin 47,9 % Prozent der Teilnehmenden an, im Vorfeld bereits eine Fortbildung zu psychischen Traumata wahrgenommen zu haben [67].

Angesichts der Prävalenz einerseits (bis zu 50 %, [27]) und der Gefahr der Aggravierung von Symptomen durch ein spätes Erkennen andererseits [103] kann auch mit Blick auf das Vorliegen einer potentiellen Traumatisierung von Geflüchteten ein routinemäßiges Fragen/Screenen sinnvoll sein. Ein während der Trainings empfohlenes, niedrigschwelliges Tool stellt hierbei der PROTECT-Fragebogen dar [105], der eigens für Geflüchtete entwickelt wurde.

Grundsätzlich ist im Hinblick auf mögliche psychische Erkrankungen und insbesondere traumareaktive Störungen ein ganzheitlicher Blick auf die Bedarfe von Betroffenen notwendig, da beispielsweise auch ein unsicherer Aufenthaltsstatus oder die Lebensbedingungen in Aufnahme- bzw. Unterbringungseinrichtungen zur Fortsetzung der Traumatisierung führen können [38, 103] und sich spezielle allgemeine Bedarfe, beispielsweise das Kontrollbedürfnis betreffend, wie oben erläutert und in **Abb. 3** dargestellt, ergeben können. Psychotherapeut:innen geben als Schwierigkeit bei der Behandlung von Asylsuchenden deren unsichere Aufenthaltsdauer an [91].

Beim Umgang mit psychisch traumatisierten Patient:innen besteht außerdem das Risiko, dass es durch Trigger zu einer Reaktualisierung des Traumas kommen kann. Auch können schwierige Gesprächs- und Untersuchungssituationen entstehen, z. B. weil Betroffene während des

Gesprächs dissoziieren oder ablehnend reagieren. Mögliche schwierige Gesprächs- und Untersuchungssituationen wurden im Rahmen des Trainings mit den Teilnehmenden besprochen und es wurden Hilfestellungen genannt, wie sie reagieren können, wenn ein:e Patient:in beispielsweise dissoziiert.

Die Angst vor Retraumatisierung benannten vor dem Training 52,8 % der Gruppe des medizinischen Personals als Schwierigkeit, aus der Gruppe der Ärzt:innen 36,8 %. Nach dem Training sank die Anzahl derjenigen, die diesen Punkt als Schwierigkeit ansahen, beim medizinischen Personal insgesamt deutlich auf 38,9 %, während er bei den Ärzt:innen leicht anstieg (42,1 %) [67]. Das deutliche Absinken beim medizinischen Personal insgesamt belegt, dass ein Training hinsichtlich der Angst vor Retraumatisierung Hilfestellung bieten kann. Der leichte Anstieg der Ärzt:innen könnte möglicherweise mit einem Bewusstwerden der Prävalenz oder des Themas an sich zu erklären sein.

4.4.7 Weitere Schwierigkeiten

Einige Teilnehmer:innen beklagten auch den fehlenden politischen Willen bzw. juristische Schwierigkeiten [67]. So gab ein:e Teilnehmer:in an: „Außerdem denke ich, dass diese Dinge nach den Interviews leider nicht mehr ausschlaggebend sind für das Asylverfahren, wenn die erst bei uns [in der ZUE] auffallen.“ (W2.2). Ein:e Teilnehmer:in benannte dies als „äußere Grenzen in der Arbeit mit Folteropfern“ (L9).

Eine weitere in den Reflexionsbögen benannte Schwierigkeit war die eigene Abgrenzung. Vorbeugend war Teil des Abschlusses des Trainings ein Themenblock zur Selbstfürsorge, in dem unter anderem auf die Rollenklarheit hinwiesen wurde. Die sekundäre Traumatisierung, d. h. die Traumatisierung von Berufsgruppen, die mit Traumatisierten arbeiten, ist eine in der Literatur beschriebene Komplikation [29]. Nicht nur die traumatischen Ereignisse selbst, auch die psychosozialen Umstände der betroffenen Patient:innen können für die behandelnden Ärzt:innen bzw. Angehörige medizinischer Berufe belastend sein [29, 106]. Hilfreich können kollegialer Austausch und Supervision sein [29].

4.5 Interprofessionalität als Chance

In einigen Studien [92, 107] wurden gute Ergebnisse damit erzielt, das gesamte, also nicht nur das ärztliche, Praxispersonal zu schulen. Auch anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung zeigt sich, dass zum einen insbesondere die Handlungssicherheit im Umgang mit Menschen mit Foltererfahrung beim medizinischen Personal insgesamt, d. h. inklusive Pfleger:innen und anderen Berufsgruppen, steigt, zum anderen, dass auch die geschulten Sozialbetreuer:innen profitieren – und dass diese das vorhandene Zeitkontingent weniger als Schwierigkeit ansehen, was einen möglichen Lösungsansatz für die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Foltererleben darstellen kann. Einer Befragung von Beynon et al. [108] zufolge gaben 46,2 % der befragten Ärzt:innen Zeitmangel als Grund für ein Nicht-Ansprechen von Erleben häuslicher Gewalt an, während nur 27,3% der befragten Pflegekräfte dies taten. Auch in der Studie von Epple et al. gaben Ärzt:innen verglichen mit Pflegekräften, Hebammen und Psycholog:innen am häufigsten Zeitmangel als Schwierigkeit an [53]. In der allgemeinen Gewaltopferversorgung gibt es bereits den Ansatz mit speziell ausgebildeten Pflegekräften, sog. *Forensic Nurses*, zu arbeiten [109]. Ein interprofessioneller Ansatz bietet hier also Chancen.

Wie oben erläutert haben Menschen mit Foltererfahrung zudem viele unterschiedliche Bedarfe (vgl. **Abb. 3**), die neben der medizinischen Versorgung auch die rechtliche Sicherheit und soziale Bereiche betreffen, wie beispielsweise die Wohnumgebung. Sozialbetreuer:innen können hier helfen, den Bedarfen (je nach zur Verfügung stehenden Ressourcen) gerecht zu werden. Dies spiegelt sich auch im Konzept der psychosozialen Zentren wieder, die psychotherapeutische Unterstützung speziell für Menschen mit Foltererfahrung anbieten und in denen nicht nur Psycholog:innen und Ärzt:innen arbeiten, sondern auch Sozialbetreuer:innen. Haenel stellt in Bezug auf die psychologisch-psychiatrische Therapie ebenfalls die Notwendigkeit einer „funktionstüchtigen **Sozialabteilung**“ heraus [29].

4.6 Limitationen

Hinsichtlich der längerfristigen Wirksamkeit der Trainings wäre es grundsätzlich interessant gewesen zu erheben, wie die Teilnehmer:innen ihre Handlungssicherheit zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. beispielsweise drei oder sechs Monate nach dem Training, einschätzen. Aus pragmatischen Gründen wurden die Teilnehmer:innen jedoch gebeten, den T1-Fragebogen direkt nach dem Training auszufüllen.

Auch war initial eine höhere Teilnehmer:innen-Zahl geplant. Aufgrund der Covid-19-Pandemie konnten jedoch seit März 2020 nur eingeschränkt Schulungen stattfinden, sodass die Teilnehmer:innen-Zahl niedriger ausfällt als zunächst beabsichtigt. In der qualitativen Auswertung zeigte sich jedoch ein Sättigungseffekt; es wurden kaum neue Aspekte benannt.

Zu Beginn war angedacht, zu prüfen, ob die Zuweiser:innen-Zahlen zu den Projektpartnern PSZ Düsseldorf, MFH Bochum und LVR-Klinik Düsseldorf durch die Trainings ansteigen. Aus verschiedenen Gründen konnten die Zuweiser:innen-Zahlen jedoch nicht präzise genug erfasst werden: Beim PSZ Düsseldorf wurde beispielsweise lediglich erfasst, wie viele Klient:innen angebunden wurden; die (aus Kapazitätsgründen oder Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien) abgelehnten Personen jedoch nicht. Außerdem fanden im Rahmen des in:Fo-Projekts auch andere Vorträge, Workshops oder Sensibilisierungs-/„Werbemaßnahmen“ statt. Ein dritter Punkt betrifft die geografischen Umstände. Die Trainings fanden NRW-weit statt, sodass ein Teil der Trainingsorte nicht im Einzugsgebiet der kooperierenden psychosozialen Zentren bzw. der LVR-Klinik lagen (z. B. Bad Driburg).

Die Workshops waren absichtlich offen für alle mit der Thematik konfrontierten Berufsgruppen, wenngleich sie inhaltlich auf Angehörige medizinischer Fachgruppen ausgerichtet waren. Die Heterogenität der Teilnehmer:innen (Ärzt:innen, medizinisches Personal, Sozialbetreuer:innen, aber auch Verwaltungsangestellte und andere Berufe) ist einerseits eine Schwäche der Studie. Andererseits stellte die Heterogenität insofern eine Stärke dar, als dass der Zugang zu nicht-medizinischen Berufsgruppen weitere Erkenntnisse zu den Bedarfen einer interdisziplinären Versorgung lieferte.

5. Schlussfolgerungen

Die teilnehmenden Ärzt:innen und das medizinische Personal insgesamt nehmen ihre Rolle beim Erkennen und Weiterleiten von Menschen mit Foltererfahrung an und schätzen sie als sehr wichtig ein. Gleichzeitig verfügten sie über ein mäßig umfangreiches Vorwissen und wurden größtenteils nicht zu Folter geschult.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Angehörige medizinischer Berufe, die mit potentiell Gefolterten arbeiten, von einem Training zu Folter und Folterfolgen profitieren. So stieg zum einen die Handlungssicherheit des medizinischen Personals insgesamt an. Zum anderen konnte ein Großteil der Schwierigkeiten, die vor dem Training benannt wurden, durch das Training minimiert werden. Dies betraf insbesondere das Ansprechen, das Wissen um das weitere Vorgehen und die Angst vor Retraumatisierung.

Andere Schwierigkeiten bleiben jedoch bestehen. So kann zwar der Umgang mit Sprachmittlung gelehrt werden, allerdings bleibt die Sprachbarriere herausfordernd und auch die Organisation von Sprachmittlung (und deren Kostenübernahme) stellt weiterhin eine Schwierigkeit dar. Weiterhin als problematisch benannt wurden auch die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen, das Zeitkontingent sowie die Weiterleitung von Betroffenen, beispielsweise an Fachärzt:innen.

Die Ergebnisse stützen die Düsseldorfer Erklärung [68], die im Nachgang der Fachtagung „Folteropfer sehen – Versorgungspfade bahnen“ 2017 formuliert wurde und in der u. a. die unzureichende Versorgung von Sprachmittlung und spezialisierten Versorgungseinrichtungen sowie die unzureichende Qualifizierung von klinischem Personal festgestellt wurde und empfohlen wurde, u. a. die Kostenübernahme zu klären, niedrighschwellige Versorgungsangebote zu etablieren, das medizinische Personal zum Istanbul Protokoll aus- bzw. weiterzubilden und Anreize in der Regelversorgung zu schaffen. Diese Forderungen bleiben aktuell.

Die vorliegende Arbeit konnte zudem zeigen, dass ein interprofessioneller Ansatz bei der Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung sinnvoll ist, wobei

insbesondere hinsichtlich der knappen zeitlichen Ressourcen und der Optimierung von Strukturen Handlungsbedarf besteht.

6. Literaturverzeichnis

1. Kaleck, W., Weltrecht in Koblenz / <https://www.zeit.de/2022/05/syrien-prozess-anwar-r-kriegsverbrechen-straferfolgung> (letzter Zugriff: 22.02.2023), in DIE ZEIT. 2022: Hamburg.
2. United Nations, Status of Ratification <https://indicators.ohchr.org/> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2022.
3. United Nations, Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 1984.
4. Amnesty International, Die wichtigsten Fakten https://www.amnesty.ch/de/themen/folter/zahlen-fakten-und-hintergruende/wichtigste_fakten#ln%20wie%20vielen%20L%C3%A4ndern%20wird%20gefoltert? (letzter Zugriff: 22.02.2023).
5. Amnesty International, Syrien: Geheimdienste foltern zurückgekehrte Flüchtlinge <https://www.amnesty.de/allgemein/pressemitteilung/syrien-geheimdienste-foltern-zurueckgekehrte-fluechtlinge> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2021.
6. Amnesty International, Sexuell missbraucht <https://www.amnesty.de/urgent-action/ua-214-2016/sexuell-missbraucht> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2016.
7. Amnesty International, Nigeria Selbst Kinder und Frauen systematisch gefoltert <https://www.amnesty.ch/de/laender/afrika/nigeria/dok/2014/kinder-und-frauen-systematisch-gefoltert#:~:text=Folter%20ist%20in%20Nigeria%20laut%20Verfassung%20verboten%2C%20trotzdem.kein%20Gesetz%2C%20wonach%20ein%20solches%20Vergehen%20obestraft%20wird.> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2014.
8. Amnesty International, Nigeria 2019 <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-report/nigeria-nigeria-2019#section-11669044> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2020.
9. Amnesty International, Iran 2021 / Amnesty International Report 2021/2022 <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-report/iran-2021#section-23289532> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2022.
10. Amnesty International, Irak 2021 / Amnesty International Report 2021/2022 <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-report/irak-2021#section-23289419> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2022.
11. Amnesty International, Georgien 2021 / Amnesty International Report 2021/2022 <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-report/georgien-2021> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2022.
12. Amnesty International, Amnesty International Report 2017/2018. 2018, Frankfurt am Main: S.Fischer.
13. Amnesty International, Afghanistan: One year of the Taliban's broken promises, draconian restrictions and violence https://www.amnesty.org/en/latest/news/2022/08/afghanistan-one-year-of-the-talibans-broken-promises-draconian-restrictions-and-violence/?utm_source=TWITTER-IS&utm_medium=social&utm_content=7413457243&utm_campaign=Taliban+takeover+anniversary&utm_term=-No (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2022.
14. Pehlivan, E., Türkei: Bericht bestätigt systematische Folter nach Putschversuch <https://www.fr.de/politik/tuerkei-folter-elektroschock-erdogan-putschversuch-menschenrechte-news-91633660.html> (letzter Zugriff: 22.02.2023), in Frankfurter Rundschau. 2022.
15. Rühl, B., Flüchtlinge aus Eritrea - Ein Leben in Angst <https://www.deutschlandfunk.de/fluechtlinge-aus-eritrea-ein-leben-in-angst-100.html> (letzter Zugriff: 23.02.2023). Deutschlandfunk, 2015.
16. Amnesty International, Eritrea 2020 / Amnesty Report <https://www.amnesty.de/informieren/amnesty-report/eritrea-2020> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2021.
17. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Schlüsselzahlen Asyl 2021. 2022.
18. Schröder, H., K. Zok, and F. Faulbaum, Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. WldO monitor, 2018. **15**: p. 1-20.
19. Eisenman, D.P., Survivors of Torture in a general medical setting: how often have patients been tortured, and how often is it missed? West J Med, 2000. **172**:301-304.

20. Masmak, T.N., et al., Asylum seekers in Denmark. *Torture*, 2008. **18**(2): p. 77-86.
21. Munk-Andersen, E., B. Toftgaard Hansen, and J. Modvig, Screening asylum seekers in Denmark for torture using a structured questionnaire. *Torture*, 2021. **31**(2): p. 99-109.
22. Frewer, A., et al., Istanbul-Protokoll. 2015, Göttingen: V&R unipress.
23. Graessner, S. and M. Wenk-Ansohn, *Die Spuren von Folter - eine Handreichung*. 2000, Berlin: Schriftenreihe Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.
24. Hornberg, C., et al., *Gesundheitliche Folgen von Gewalt*. 2008, Robert Koch Institut: Berlin.
25. American College of Physicians, *The Role of Physicians and Medical Profession in the Prevention of International Torture and in the Treatment of its survivors*. *Annals of Internal Medicine*, 1995. **122**.
26. Richter, K., et al., Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry*, 2018. **18**(1): p. 206.
27. Flatten, G., et al., S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 2011. **3**: p. 202 - 210.
28. Steel, Z., et al., Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 2009. **302**(5): p. 537-549.
29. Haenel, F., Kapitel 36 - Posttraumatische Belastungsstörung, in *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (Zweite Ausgabe)*, W. Machleidt, et al., Editors. 2018, Urban & Fischer: Munich. p. 381-393.
30. Wenk-Ansohn, M., E. van Keuk, and L. Stegman, Psychische Aspekte der rechtsmedizinischen Begutachtung von Folteropfern. *Rechtsmedizin*, 2017. **27**: p. 255-262.
31. Carinci, A.J., P. Mehta, and P.J. Christo, Chronic pain in torture victims. *Curr Pain Headache Rep*, 2010. **14**(2): p. 73-9.
32. Byard, R.W. and B. Singh, Falanga torture characteristic features and diagnostic issues. *Forensic Sci Med Pathol*, 2012. **8**: p. 320-322.
33. Pollanen, M.S., The pathology of torture. *Forensic Sci Int*, 2018. **284**: p. 85-96.
34. Forrest, D., The physical after-effects of torture. *Forensic Sci Int*, 1995. **76**(1): p. 77-84.
35. Zito, D., Arbeit mit dem Unaussprechlichen. Therapie mit Überlebenden von Folter, in *Folterbilder und -narrationen - Verhältnisse zwischen Fiktion und Wirklichkeit*, J. Bee, et al., Editors. 2013, V&R unipress: Göttingen. p. 55-68.
36. Zito, D. and E. Martin, *Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen - Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche*. 2016, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
37. Rehklau, C., Flüchtlinge als Adressat_innen Sozialer Arbeit? Sozialarbeitswissenschaftlicher Zugang, in *Flüchtlinge - Multiperspektivische Zugänge*, C. Ghaderi and T. Eppenstein, Editors. 2016, V&R unipress: Göttingen. p. 305-322.
38. Joksimovic, L., et al., Flüchtlinge als Patienten - Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung, in *Flüchtlinge - Multizentrische Perspektiven*, C. Ghaderi and T. Eppenstein, Editors. 2016, V&R unipress: Göttingen. p. 291-304.
39. Europäisches Parlament und Europäischer Rat, Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 des Europäischen Parlamentes und Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. 2013, Amtsblatt der Europäischen Union.
40. Europäisches Parlament und Europäischer Rat, Richtlinie 2013/32/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes. 2013, Amtsblatt der Europäischen Union
41. Hinz, T., Asylrechtliche Aspekte von Folter. *Rechtsmedizin*, 2017. **27**: p. 237-240.
42. Banaschak, S., et al., Forensisch-medizinische Untersuchung von Gewaltopfern. *Rechtsmedizin*, 2014. **24**(5): p. 405-411.
43. Mayer, F., et al., Forensisch-medizinische Untersuchung von Menschen mit Foltererleben. *Rechtsmedizin*, 2022.
44. Gierlichs, H., et al. SBPM - Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren)
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrStandards_BegutachtungTrauma2012.pdf (letzter Zugriff: 19.03.2022). 2012.

45. Frewer, A., et al., Das Istanbul-Protokoll und die Dokumentation von Folter. Zur Einführung, in Istanbul-Protokoll. Untersuchung und Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen, A. Frewer, et al., Editors. 2012, V&R unipress: Göttingen. p. 13-25.
46. Gurriss, N. and M. Wenk-Ansohn, Folteropfer und Opfer politischer Gewalt, in Posttraumatische Belastungsstörung, A. Maercker, Editor. 2013, Springer: Berlin, Heidelberg. p. 525-553.
47. Wenk-Ansohn, M., Sexualisierte Folter und ihre Folgen. Scham begünstigt chronische posttraumatische Beschwerden und behindert die Kommunikation, in Folterbilder und -narrationen - Verhältnisse zwischen Fiktion und Wirklichkeit J. Bee, et al., Editors. 2013, V&R unipress: Göttingen. p. 89-96.
48. Küppers, L., et al., Dokumentation und Begutachtung physischer Spuren von Folter. Rechtsmedizin, 2017. **27**(4): p. 249-254.
49. Elliott, L., et al., Barriers to screening for domestic violence. J Gen Intern Med, 2002. **17**(2): p. 112-6.
50. Shannon, P., M. O'Dougherty, and E. Mehta, Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. Ment Health Fam Med, 2012. **9**(1): p. 47-55.
51. Brzank, P., et al., Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf - Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe / Rettungstelle. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2005. **48**(3): p. 337-45.
52. Kramer, A., D. Lorenzon, and G. Mueller, Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. Womens Health Issues, 2004. **14**(1): p. 19-29.
53. Epple, F., I. Croy, and J. Schellong, [Domestic violence in patients - underestimated by medical staff: self-report data from medical staff of the outpatient clinical settings in Dresden and Chemnitz and of the inpatient departments of the Medical University of Dresden in Saxony, Germany]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2011. **105**(6): p. 452-8.
54. Mark, H., Häusliche Gewalt gegen Frauen aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Befragung in den Berliner Bezirken Hohenschönhausen und Lichtenberg. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2000. **8**: p. 332-346.
55. Siegel, M., et al., Voraussetzungen für eine gute medizinische Gewaltopferversorgung und eine qualitätsgesicherte „vertrauliche Spurensicherung“. Eine qualitative Studie mit Ärztinnen und Ärzten aus NRW. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2022.
56. Schumann, C., Die frauenärztliche Praxis - Schlüsselrolle bei der Intervention gegen Gewalt an Frauen, in Handbuch Häusliche Gewalt, M. Büttner, Editor. 2020, Schattauer: Stuttgart. p. 201-215.
57. Juszczuk, P., L. Sondern, and B. Pfeleiderer, Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence. GMS J Med Educ., 2022. **39**(Doc56).
58. WMA, Resolution on the responsibility of physicians in the documentation and denunciation of acts of torture or cruel or inhuman or degrading treatment (R-2003-02-2020), in Handbook of WMA Policies, WMA, Editor. 2022.
59. Pollak, S., Clinical forensic medicine and its main fields of activity from the foundation of the German Society of Legal Medicine until today. Forensic Sci Int, 2004. **144**(2-3): p. 269-83.
60. Graß, H., et al., Medizinische Intervention gegen Gewalt an Frauen. Rechtsmedizin, 2013. **23**: p. 180-185.
61. Furtmayer, H., B. Schmolze, and M. Wenk-Ansohn, Ärztliche Dokumentation von Folgen der Folter: Verpflichtung im Namen der Menschenrechte. Deutsches Ärzteblatt, 2014. **111**.
62. Medical Peace Work, Healing Torture Victims <http://www.medicalpeacework.org/mpw-courses/mooc.html> (letzter Zugriff: 22.02.2023).
63. Metalios, E.E., et al., Teaching residents to work with torture survivors: experiences from the Bronx Human Rights Clinic. J Gen Intern Med, 2008. **23**(7): p. 1038-42.
64. Asgary, R., Graduate public health training in healthcare of refugee asylum seekers and clinical human rights: evaluation of an innovative curriculum. Int J Public Health, 2016. **61**(3): p. 279-87.

65. Uniklinikum Düsseldorf, Folterfolgen erkennen <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-rechtsmedizin/forschung/optimierung-der-versorgung-von-gewaltopfern/folterfolgen-erkennen/> (letzter Zugriff: 22.02.2023).
66. Mayer, F., et al., Überlebende von schwerer Gewalt und Folter in Deutschland - Verpflichtung zur Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt, 2021. **1**: p. 22-24.
67. Siegel, S., S. Ritz-Timme, and F. Mayer, Medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung: Trainings zu Folter(folgen) sind wichtig; strukturelle Herausforderungen sind ungelöst. Rechtsmedizin, 2022. **32**(6): p. 444-451.
68. van Keuk, E., et al., Düsseldorfer Erklärung. Rechtsmedizin, 2017. **27**(4): p. 263-265.
69. Böttche, M., C. Heeke, and C. Knaevelsrud, Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2016. **59**(5): p. 621-626.
70. Kläui, H., Allgemeinmedizinische und hausärztliche Behandlung von Folter- und Kriegsopfern, in Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch. 2007, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG: Bern.
71. Hexom, B., et al., Survivors of torture: prevalence in an urban emergency department. Acad Emerg Med, 2012. **19**(10): p. 1158-65.
72. Weinstein, H., L. Dansky, and V. Iacopino, Torture and war trauma survivors in primary care practice. West J Med, 1996. **165**: p. 112-118.
73. Eisenman, D.P., CHAPTER 48 - Screening for Mental Health Problems and History of Torture, in Immigrant Medicine, P.F. Walker and E.D. Barnett, Editors. 2007, W.B. Saunders: Edinburgh. p. 633-638.
74. Banaschak, S. and M.A. Rothschild, Gewalterfahrung von Patienten - Wenn der Hausarzt Zeuge wird. Deutsches Ärzteblatt, 2012. **109**: p. 480-482.
75. Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend., Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland - Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. 2004: Bonn.
76. Insetta, E.R. and C. Christmas, A Novel Intimate Partner Violence Curriculum for Internal Medicine Residents: Development, Implementation, and Evaluation. MedEdPORTAL, 2020. **16**(2374-8265 (Electronic)): p. 10905.
77. Darling, A., et al., Design and Evaluation of a Curriculum on Intimate Partner Violence for Medical Students in an Emergency Medicine Clerkship. Adv Med Educ Pract, 2022. **13**(1179-7258 (Print)): p. 1279-1285.
78. Spielberg, P., Häusliche und sexualisierte Gewalt: Ärzte oft erste Anlaufstelle. Dtsch Arztebl, 2019. **116**: p. A-2366 / B -1942 / C-1882.
79. Jungbluth, P., et al., Gewaltopferversorgung in der Notfallambulanz. Rechtsmedizin, 2012. **22**(3): p. 163-168.
80. Crosby, S.S., et al., Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. J Gen Intern Med, 2006. **21**(7): p. 764-8.
81. Schellong, J., Versorgung von Gewaltbetroffenen im Gesundheitswesen, in Handbuch häusliche Gewalt M. Büttner, Editor. 2020, Schattauer: Stuttgart.
82. iGobsis, <https://gobsis.de/anleitungen/ansprechen/> (letzter Zugriff: 22.02.2023).
83. McColl, H., K. Bhui, and E. Jones, The role of doctors in investigation, prevention and treatment of torture. J R Soc Med, 2012. **105**(11): p. 464-71.
84. von Schrenk, U., Zur modernen Folter gehört ein Arzt. Oppositionelle in einem syrischen Gefängnis <https://www.amnesty.de/journal/2015/august/dr-jekyll-und-mr-hyde> (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2015, Amnesty International.
85. Feder, G., et al., How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess, 2009. **13**(16): p. iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
86. Gielen, A.C., et al., Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. Am J Prev Med, 2000. **19**(4): p. 279-85.
87. Miles, S.H. and R.E. Garcia-Peltoniemi, Torture survivors: What to ask, how to document. Journal of Family Practice, 2012. **61**(4): p. E1-E5.

88. Rasmussen, A., et al., Screening for Torture: A Narrative Checklist Comparing Legal Definitions in a Torture Treatment Clinic. *Z Psychol*, 2011. **219**(3): p. 143-149.
89. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Medizin am Limit: Chirurgie braucht mehr Zeit für den Patienten
https://www.dgch.de/index.php?id=79&L=878&tx_news_pi1%5Bnews%5D=804&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=8450f14b290c65a9c1432968101ed41c (letzter Zugriff: 23.02.2023). 2016.
90. Hamberger, B., Zeit- und Ärztemangel sind die Baustellen im Gesundheitswesen
<https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/zeit-und-aerztemangel-sind-die-baustellen-im-gesundheitswesen-1239/> (letzter Zugriff: 23.02.2023). Gesundheitsstadt Berlin, 2013.
91. Mewes, R., et al., Barrieren und Chancen zur psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden – Eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten in Mittel- und Nordhessen [Obstacles and Opportunities for the Psychotherapeutic Treatment of Asylum Seekers]. *Psychosom Med Psychol.*, 2016. **66**(1439-1058 (Electronic)): p. 361-368.
92. Graß, H.L., B. Gahr, and S. Ritz-Timme, Umgang mit Opfern von häuslicher Gewalt in der ärztlichen Praxis. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2016. **59**(1): p. 81-7.
93. Mohammed, L. and Y. Karato, Sprachmittlung in der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung Ergebnisse aus zwei Befragungen zur Nutzung und Finanzierung von Sprachmittlung. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/03/Sprachmittlung-in-der-psychotherapeutischen-und-psychosozialen-Versorgung_Ergebnispapier-2022.pdf (letzter Zugriff: 22.02.2023). 2021.
94. Bühring, P., A. Haserück, and F. Osterloh, Schnelle Reaktion und Solidarität. *Deutsches Ärzteblatt*, 2022. **11**: p. 381-384.
95. Johnson, D.R., A.Z. Zeirsch, and T. Burgess, I don't think general practice should be the front line: experiences of general practitioners working with refugees in South Australia. *Australia and New Zealand Health Policy* 2008, 2008. **5**: p. 20.
96. Karger, A.M., et al., „Wie fremd ist mir der Patient?“ [‘How strange is the patient to me?’]. 2017. **63**(1438-3608 (Print)): p. 280-296.
97. Van Keuk, E. and C. Ghaderi, Leitfaden zum Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern, in *Diversity - Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*, E.v. Keuk, et al., Editors. 2011, W. Kohlhammer: Stuttgart. p. 266-267.
98. InTo Justice, <https://folterfolgen.de/> (letzter Zugriff: 22.02.2023).
99. Aarts, R., et al., Expert medico-legal reports: The relationship between levels of consistency and judicial outcomes in asylum seekers in the Netherlands. *Torture*, 2019. **29**(1): p. 36-46.
100. Lustig, S.L., et al., Asylum grant rates following medical evaluations of maltreatment among political asylum applicants in the United States. *J Immigr Minor Health*, 2008. **10**(1): p. 7-15.
101. Jühling, M., et al., Impact of (forensic) expert opinions according to the Istanbul Protocol in Germany—results and insights of the in:Fo-project. *International Journal of Legal Medicine*, 2023.
102. Hocking, D.C., G.A. Kennedy, and S. Sundram, Mental disorders in asylum seekers: the role of the refugee determination process and employment. *J Nerv Ment Dis*, 2015. **203**(1): p. 28-32.
103. Graef-Calliess, I.T., et al., Kapitel 26 - Grundsätze psychiatrischer Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in deutschsprachigen Ländern, in *Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie (Zweite Ausgabe)*, W. Machleidt, et al., Editors. 2018, Urban & Fischer: Munich. p. 281-287.
104. Song, S.J., et al., Psychological distress in torture survivors: pre- and post-migration risk factors in a US sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2015. **50**(4): p. 549-60.
105. Mewes, R., B. Fiele, and E. Bloemen, Validation of the Protect Questionnaire: A tool to detect mental health problems in asylum seekers by non-health professionals. *Torture*, 2018. **28**.
106. Birck, A., Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. *Traumatology*, 2001. **7**(2): p. 85-90.

107. Feder, G., et al., Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2011. **378**: p. 1788-1795.
108. Beynon, C.E., et al., Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 2012. **12**: p. 473.
109. Hofer, V., et al., „Flying Forensic Nursing“ in der Versorgung und Beratung von Gewaltbetroffenen. *Rechtsmedizin*, 2020. **30**(5): p. 311-317.

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Herkunftsländer von Asylbewerber:innen 2021

Abb. 2 „Gesundheitliche Beschwerden und erfahrene Traumatisierung“
(mit freundlicher Genehmigung von Helmut Schröder (WidO))

Abb. 3 Mögliche Bedarfe von Menschen mit Foltererfahrung

Abb. 4 Erwartungen der Trainings-Teilnehmer:innen an das Training und
Einschätzung, ob die Erwartungen erfüllt wurden

Abb. 5 Von den teilnehmenden Sozialbetreuer:innen angegebene
Schwierigkeiten vor und nach dem Training

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Mögliche Foltermethoden

7.3 Ablaufplan des Trainings

Ablaufplan Schulungsmodul „Patient*innen mit Folterfolgen erkennen“ 14.09.2020

| | Methode | Zeit [min] | Inhalt | Material |
|---|----------------------|------------|--|---|
| Fragebogen | | 10 | Erklären, dass wir das Ganze wissenschaftliche begleiten und deshalb jetzt FB T0, später FB T1 und Reflexion machen | FB Aufklärung Datenschutz |
| Einstieg | Gespräch | 10 | Begrüßung, Vorstellungsrunde Erwartungen, Vorwissen | Flipchart |
| Folter | Lehrvortrag | 10 | Was ist Folter? Wer ist betroffen? Prävalenz Methoden, Folgen | PPP |
| Behandlungsanlässe | Partnerdiskussion | 10 | Warum ist es wichtig, Menschen mit Foltererfahrung zu erkennen? Was könnten mögliche Behandlungsanlässe/Bedarfe sein? | Folie mit Frage Papier und Stifte Flipchart und Klebstift |
| Traumafolgestörung, psychische Redflags, Screeningbögen | Lehrvortrag | 10 | Was ist eine Traumafolgestörung? Prävalenz (nicht alle, zT zeitverzögert) Psych. Redflags Screeningbögen | kl. PPP Screeningbögen? |
| Anamnese I | Diskussion | 10 | Warum screenen? Fallbeispiel | PPP Flipchart |
| Anamnese II | Lehrfilm, Diskussion | 4 10 | Lehrfilm zu Anamnese zeigen Drauf achten, wie Sicherheit vermittelt wird (nochmal Bezug nehmen auf PTBS), wie gescreent wird | Lehrfilm |

Ablaufplan Schulungsmodul „Patient*innen mit Folterfolgen erkennen“ 14.09.2020

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | | | <p>Screeningfrage hervorheben! Strategien zum Beenden eines Gesprächs</p> | |
| <p>Schwierige Untersuchungssituationen</p> | <p>Gruppenarbeit à 3 Teilnehmer*innen</p> | <p>15 min Davon etwa 10 min Gruppenarbeit und 5 min zusammentragen</p> | <p><u>Entweder</u> ein Fallbeispiel von Teilnehmer*innen (Was gab es für schwierige Gesprächssituationen – z.B. durch Traumafolgestörung von Patient*in, was war schwierig, wie wurde es gelöst, was sind grundsätzlich Strategien?) <u>oder:</u> 1 Fallbeispiel(Film) Allgemeine Strategien ansprechen</p> | <p>Fallbeispiel Teilnehmer*innen 1 Lehrfilm als Back-up</p> |
| <p>Pause 20 min</p> | | | | |
| <p>Sprachmittlung</p> | <p>Lehrfilm, Diskussion</p> | <p>10</p> | <p>Erst anhand der schon gesehenen Filme diskutieren, was wichtige Punkte beim Umgang mit Sprachmittlung sind, dann Lehrfilm gucken, noch mal auf Vor-/Nachgespräch etc. eingehen Improvisieren – was kann aus der best practice wie umgesetzt werden?</p> | <p>Lehrfilm</p> |
| <p>Körperliche Untersuchung</p> | <p>Diskussion</p> | <p>10</p> | <p>Wann sind Verletzungen auffällig?</p> | |

Ablaufplan Schulungsmodul „Patient*innen mit Folterfolgen erkennen“ 14.09.2020

| | | | | Befundbeispiele Beispieldokumentation | |
|-------------------------|-------------------|----|--|--|--|
| Patient*innen verweisen | Vortrag | 10 | | Was tun bei V.a. Folter? Bedarfe abklären (auch klinisch) Wohin können Patient*innen bei V.a. Folter überwiesen werden (PSZ (auch lokal), RM), was wird dort gemacht? Konkreter Ablauf in:fo-Projekt | Karte mit Kontakten |
| Reflexion | Einzelarbeit | 20 | | Teilnehmer*innen schreiben eine Reflexion | Reflexionsfragen und Papier |
| Schluss I | Plenumsdiskussion | 5 | | Im Anschluss an Reflexion: Wie kann das Gelernte im Alltag umgesetzt/eingesetzt werden? | Flipchart |
| Selbstfürsorge | Kurzer Input | 5 | | Strategien | PPP |
| Schluss II | Gespräch | 10 | | Offene Fragen? Feedback? Auf eigene Erwartungen von Beginn Seminar zurückkommend Fragebogen T1 | Flipchart mit Erwartungen vom Einstieg |
| | | | | | |

7.4 Aufklärung und Einverständniserklärung der Teilnehmenden



Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf;
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

**Teilnehmer*innen-Information und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben
„Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung –
Entwicklung eines Trainingsmoduls für medizinische Primärversorgende“**

Information

Bitte lesen Sie dieses Informationsblatt sorgfältig durch. Wir werden auch direkt mit Ihnen über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Sie zusätzlich etwas wissen möchten.

Sehr geehrte Trainingsteilnehmerin, sehr geehrter Trainingsteilnehmer,

wir möchten Sie um Ihre Einwilligung zur Teilnahme an einem Forschungsvorhaben bitten. Hierzu erhalten Sie im Folgenden einige Informationen zu unserem Projekt, das die Entwicklung eines spezifischen Trainingsmoduls mit Blick auf die medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung zum Ziel hat.

Ansprechpartner:

Das vorliegende Forschungsvorhaben ist eingebettet in ein übergeordnetes Kooperations-Projekt des Instituts für Rechtsmedizin mit dem Psychosozialen Zentrum Düsseldorf, der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum und dem LVR-Klinikum Düsseldorf (In:Fo – Interdisziplinär: Folterfolgen erkennen und versorgen). Für die Durchführung sind im Institut für Rechtsmedizin Frau Prof. Dr. med. St. Ritz-Timme, Herr Dr. med. F. Mayer, Herr M. Jühling und Frau S. Siegel verantwortlich. Als persönliche Ansprechpartner stehen zur Verfügung:

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf

Dr. med. Felix Mayer

Tel.: 0211/81-19365; **E-Mail:** felix.mayer@med.uni-duesseldorf.de

Marcel Jühling

Tel.: 0211/81-04058; **E-Mail:** marcel.juehling@med.uni-duesseldorf.de

Ziel unseres Forschungsvorhabens:

Kern des vorliegenden Forschungsvorhabens ist es, ein Trainingsmodul für Ärzt*innen zu entwickeln, was speziell die medizinische Versorgung von Menschen mit Foltererleben adressiert.

Folter findet nach wie vor in zahlreichen Ländern der Erde statt und kann für betroffene Personen maßgebliche physische und auch psychiatrisch / psychologische Folgen haben. Nicht selten kommt es zu chronifizierten Krankheitsbildern, die eine Teilnahme am alltäglichen Leben erschweren bzw. unmöglich machen. Unter Geflüchteten werden Menschen mit Foltererleben zu den besonders vulnerablen Personengruppen gezählt. Als solche haben sie spezielle Rechte, die im Asylverfahren geltend gemacht werden können.

Fluchtländer, wie Deutschland, sind daher gehalten, Menschen mit Foltererleben zu erkennen und ihnen die genannten Rechte zu gewähren. Beim Erkennen von Menschen mit Foltererleben kommt gerade auch Mediziner*innen in der Primärversorgung, insbesondere in den Erstaufnahmeeinrichtungen, eine besondere, entscheidende Rolle zu.

Allerdings kann gerade in einem Fluchtland das Identifizieren von Personen, die Folter erlebt haben, sehr schwierig sein. Folter als ein besonderes traumatisierendes Erlebnis wird häufig von den betroffenen Personen nicht selbständig angesprochen, sondern auch gegenüber Ärzt*innen verschwiegen. Zudem sind die Symptome nicht selten diskret bzw. unspezifisch und daher für Mediziner*innen nur schwer zu erkennen bzw. einzuordnen. Körperliche Verletzungen sind in den meisten Fällen bereits verheilt und äußerlich allenfalls noch im Sinne von Narben zu erkennen. Weiter ist zu bedenken, dass bei vielen Foltermethoden zwar Schmerz und Leid verursacht, bewusst aber das Zufügen von dauerhaft sichtbaren Verletzungen vermieden wird. Auch auf der psychischen Ebene können sich nur sehr unspezifische Symptome äußern, welche nicht ohne weiteres als Folge einer Misshandlung erkannt werden können.

Darüber hinaus kann es schwierig sein, Personen mit Foltererleben dahingehend zu befragen bzw. zu untersuchen. Das Erinnern der traumatisierenden Ereignisse kann eine maßgebliche Belastung für die Betroffenen bedeuten und im schlimmsten Fall die Dekompensation eines labilen, psychischen Zustands nach sich ziehen.

Aus diesem Grund ist die Entwicklung eines speziellen Trainingsmoduls für Ärzt*innen dringend notwendig. Das Erkennen von Personen mit Foltererleben im Rahmen der medizinischen Primärversorgung kann nur optimiert werden, indem den daran beteiligten Ärzt*innen notwendiges Wissen und Fertigkeiten zum einen zu Folter selbst, zum anderen zu Anamneseerhebung und Untersuchung von diesen besonders vulnerablen Personen vermittelt wird.

Information zum Datenschutz:

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DGSVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck das Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf in dem genannten Forschungsvorhaben Ihre Daten erhebt, speichert, verarbeitet und weiterleitet.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Sie erreichen die Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums per Mail unter:
datenschutz@med.uni-duesseldorf.de

2. Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung

Wir erheben von Ihnen die folgenden Daten: Alter, Geschlecht, medizinische Fachrichtung, Beschäftigungsstatus

Die Daten werden benötigt und pseudonymisiert verarbeitet, um das Trainingsmodul zur Verbesserung der medizinischen Versorgung für Folteropfer weiterzuentwickeln und zu optimieren. Die Veröffentlichung im Rahmen einer wissenschaftlichen Publikation erfolgt pseudonymisiert.

3. Weiterleitung Ihrer Daten

Ihre Daten werden NICHT weitergeleitet. Sie verbleiben im Institut für Rechtsmedizin und werden dort lediglich von den am Projekt teilnehmenden Wissenschaftler*innen ausgewertet.

4. Speicherung Ihrer Daten

Die erhobenen Daten werden für 10 Jahre aufbewahrt.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über Ihre gespeicherten Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung falscher Daten verlangen.

Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- das Recht auf Löschung von Daten, sowie
- das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung. Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2-4
40213 Düsseldorf

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Unsere Bitte an Sie:

Um unser Ziel im Rahmen des Projekts zu erreichen, ist es wichtig, das Training hinsichtlich seines „Erfolgs“ zu evaluieren und daran orientierend weiter zu entwickeln. **Wir möchten Sie daher um Ihre Teilnahme an dieser Evaluation und die Erlaubnis, Ihre Angaben wissenschaftlich auszuwerten, bitten.** Um den Erfolg des Trainings überprüfen zu können, erbitten wir das Verfassen einer schriftlichen Reflektion, welche mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wird.

Vielen Dank!

Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme



Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf;
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme

**Teilnehmer*innen-Information und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben
„Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Foltererfahrung –
Entwicklung eines Trainingsmoduls für medizinische Primärversorgende“**

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Mir _____ (Name, Vorname),

geboren am _____ (Geburtsdatum) in _____ (Geburtsort) ist bekannt dass bei vorliegender Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten, insbesondere Angaben zu meinem Alter, meinem Geschlecht, meiner medizinischen Fachrichtung und meinem Beschäftigungsstatus zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken in pseudonymisierter Form im Institut für Rechtsmedizin aufgezeichnet, gespeichert und ausgewertet werden. Dritte erhalten keinen Einblick in unverschlüsselte personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die Daten werden nach Studienabschluss 10 Jahre aufbewahrt.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Name, Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Teilnehmers

Aufklärende Person

Der die Teilnehmer*in wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich dem Patienten/Probanden ausgehändigt.

Ort, Datum

Name, Vorname der aufklärenden Person (in Druckbuchstaben)

Unterschrift der aufklärenden Person

7.5 Quantitative Fragebögen T0 und T1

Fragebogen T0

VORHER

Zur Person

Berufserfahrung: ____ Jahre

Geschlecht: m w d

Fachrichtung: _____

Tätigkeitsfeld: Klinik Praxis Aufnahmeeinrichtung _____

Motivation

Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme an diesem Training?

- mehr Sicherheit bei Kommunikation mit Patient*innen mit Foltererleben
- mehr Sicherheit bei der Dokumentation von Folterspuren
- Information zu Folter allgemein
- Kontakt zu psychosozialen Netzwerken
- mehr Sicherheit im Erkennen von Folterspuren/Patient*innen mit Foltererleben
- Information über rechtliche Aspekte bezüglich Folter
- anderes, und zwar _____

Wie wichtig stufen Sie die Rolle von medizinischen Fachkräften beim Erkennen von Patient*innen mit Foltererleben ein?

1= sehr wichtig

1 2 3 4 5

5= sehr unwichtig

Wie viel Vorwissen haben Sie zum Thema Folter und Folterfolgen?

1= sehr viel

1 2 3 4 5

5= sehr wenig

Vorerfahrung

Wie sicher fühlen Sie sich im Kontakt mit Patient*innen mit Folter-/Gewalterleben?

1= sehr sicher

1 2 3 4 5

5= sehr unsicher

Wurden Sie im Studium oder während einer Fortbildung hinsichtlich Folterfolgen geschult?

ja nein

Wenn ja, in welchem Rahmen? _____

Wie sicher fühlen Sie sich im Kontakt mit potentiell traumatisierten Patient*innen?

1= sehr sicher

1 2 3 4 5

5= sehr unsicher

Wurden Sie im Studium oder während einer Fortbildung hinsichtlich Trauma und Retraumatisierung geschult?

ja nein

Wenn ja, in welchem Rahmen? _____

Schwierigkeiten

Wo sehen Sie Schwierigkeiten beim Ansprechen von Folter?

knappes Zeitkontingent

Angst vor Retraumatisierung

Unsicherheit bezüglich der richtigen Worte

Sprachbarriere

Unsicherheit hinsichtlich weiterem Vorgehen

Unsicherheit, ob die betreffende Person darauf angesprochen werden möchte

anderes, nämlich _____

Haben Sie bereits Patient*innen mit Foltererleben behandelt? ja nein

Wenn ja, wie viele (zirka)? _____

Wenn Sie bislang keine Menschen mit Foltererleben behandelt haben, können Sie die untenstehenden Fragen ignorieren.

Wie haben Sie sich bei der Anamnese mit Menschen mit Foltererleben gefühlt?

1= sehr sicher 1 2 3 4 5 5= sehr unsicher

Wie haben Sie sich bei der körperlichen Untersuchung von Menschen mit Foltererleben gefühlt?

1= sehr sicher 1 2 3 4 5 5= sehr unsicher

Wie sind Sie im Weiteren mit den betreffenden Patient*innen verfahren?

- Ich habe die Patient*innen auf mögliches Folter-/Gewalterleben angesprochen.
- Ich habe die Patient*innen körperlich untersucht.
- Ich habe eine Aktennotiz bezüglich positiver Folteranamnese gemacht.
- Ich habe die auffälligen Verletzungs-/Narbenmuster schriftlich dokumentiert.
- Ich habe die Patient*innen weiterverwiesen.

Und zwar an: psychosoziale Hilfseinrichtungen

Rechtsmedizin

Ich habe etwas anderes getan, nämlich _____.

Danke für Ihre Zeit!

Fragebogen T1

NACHHER

Zufriedenheit

Wie zufrieden sind Sie mit dem Training grundsätzlich?

1= sehr zufrieden

1 2 3 4 5

5= sehr unzufrieden

Wie schätzen Sie Ihren Lernerfolg zum Thema Folterfolgen durch das Training ein?

1= sehr hoch

1 2 3 4 5

5= sehr niedrig

Wie bewerten Sie den Aufbau und die Struktur des Trainings?

1= strukturiert, stringent

1 2 3 4 5

5= unstrukturiert, verwirrend

Wie schätzen Sie den zeitlichen Rahmen des Trainings ein?

1= zu lang

1 2 3 4 5

5= zu kurz

War ausreichend Zeit für Diskussion und Fragen?

1= zu viel Zeit

1 2 3 4 5

5= zu wenig Zeit

Wie bewerten Sie die verwendeten Methoden, wie Diskussion, Lehrfilme/Rollenspiele?

1= abwechslungsreich, sinnvoll

1 2 3 4 5

5= nicht zielführend

Wie bewerten Sie die verwendeten Lehrmaterialien, wie Folien und Handouts?

1= brauchbar

1 2 3 4 5

5= wertlos

Hat das Training Ihre Erwartungen erfüllt in Bezug auf:

- mehr Sicherheit bei Kommunikation mit Patient*innen mit Foltererleben j n
- mehr Sicherheit bei der Dokumentation von Folterspuren j n
- Information zu Folter allgemein j n
- Kontakt zu psychosozialen Netzwerken j n
- mehr Sicherheit im Erkennen von Folterspuren j n
- Information über rechtliche Aspekte bezüglich Folter j n

Welche Inhalte hätten Sie sich gewünscht, die im Training nicht abgedeckt wurden?

Wichtigkeit der eigenen Rolle

Wie wichtig stufen Sie die Rolle von medizinischen Fachkräften beim Erkennen von Patient*innen mit Foltererleben ein?

1= *sehr wichtig* 1 2 3 4 5 5= *sehr unwichtig*

Sehen Sie Möglichkeiten, das im Training Gelernte im Alltag umzusetzen?

1= *routinemäßig* 1 2 3 4 5 5= *nie*

Wenn ja, wie:

- Ich werde meine Patient*innen auf Folter screenen.
- Ich werde begründete Verdachte ansprechen.
- Ich werde bei der körperlichen Untersuchung verstärkt auf Narben achten.
- Ich werde auffällige Narben/Verletzungsbildern dokumentieren.
- Ich werde Patient*innen mit Verdacht auf Folter an psychosoziale Netzwerke verweisen.
- Ich werde Patient*innen mit Foltererleben ein Attest schreiben.
- anderes, und zwar: _____

Handlungssicherheit

Wie sicher fühlen Sie sich im Kontakt mit Patient*innen mit Folter-/Gewalterleben?

1= *sehr sicher* 1 2 3 4 5 5= *sehr unsicher*

Wie sicher fühlen Sie sich im Kontakt mit potentiell traumatisierten Patient*innen?

1= *sehr sicher* 1 2 3 4 5 5= *sehr unsicher*

Wo sehen Sie weiterhin bestehende Schwierigkeiten?

- knappes Zeitkontingent
- Angst vor Retraumatisierung
- Unsicherheit bezüglich der richtigen Worte
- Sprachbarriere
- Unsicherheit hinsichtlich weiterem Vorgehen
- Unsicherheit, ob die betreffende Person darauf angesprochen werden möchte
- anders, nämlich _____

Weitere Anmerkungen:

Danke für Ihre Zeit!

7.6 Reflexionsfragen

Reflexion

Wo können die heute gelernten Inhalte zu Folter in ihrem Arbeitsalltag umgesetzt werden?

Wie schätzen Sie Ihre Rolle als medizinische Fachkraft beim Erkennen und Weiterleiten von Menschen mit Foltererleben ein?

Wo sehen Sie Schwierigkeiten?

Danksagung

Ich bedanke mich bei meiner Doktormutter Prof. Dr. Stefanie Ritz-Timme für die Überlassung des Themas, die Betreuung und die konstruktiven Vorschläge. Prof. Dr. Alfons Hugger danke ich für die Zweitbetreuung des Promotionsvorhabens.

Bei Dr. Felix Mayer bedanke ich mich sehr herzlich für die hervorragende (!) direkte Betreuung und das wertvolle und immer zeitnahe Feedback.

Für die Durchführung der Trainings geht mein Dank an Dr. Marcel Jühling, Dr. Felix Mayer und Lisa König.

Den in:Fo-Projektpartnern PSZ Düsseldorf, MFH Bochum und LVR Düsseldorf danke ich - und dabei ganz besonders Jutta Gernert und Veronika Wolf für die Zusammenarbeit, insbesondere auch für die Mitdurchführung einiger Trainings, den Input zu den psychologischen und traumareaktiven Folgen und den Umgang damit. Veronika und Anja möchte ich außerdem dafür danken, dass sie bei der Erstellung der Lehrvideos und dem Schreiben der Filmskripts mitgearbeitet haben und viele sehr gute Ideen eingebracht haben.

Großer Dank geht natürlich auch an die Schauspieler:innen der Lehrvideos (Philipp, Maguy und Yolande) und das Medienzentrum der Heinrich-Heine-Universität, namentlich Ute Clames, für das Drehen und Schneiden der Videos.

Vielen Dank an die Teilnehmer:innen der Trainings und ihre Bereitschaft, Frage- und Reflexionsbögen auszufüllen.

Mein ganz persönlicher, riesiger Dank geht an meine Eltern Anne und Herbert, meine Schwester Sylvie und meinen Partner Till, die mich allzeit unterstützten. Sylvie und Christian danke ich fürs Gegenlesen und Ausmerzen letzter Rechtschreibfehler. Und auch meine vielen tollen Freund:innen und BJJ-Trainingspartner:innen haben einen nicht zu unterschätzenden Anteil am Erfolg der Promotion.