

Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ – Kurzfassung

sowie Standards für die niederschwellige Betreuung und Therapie psychisch kranker und traumatisierter Personen des Asylbereichs

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge – BFF

2003

Ackermann Ch., Burtscher P., Mohamed A., Schär Sall H., Sölch A., Stutz D., Wetli E., Zoller R.

ausgeführt durch:

Ethnologisch-Psychologisches Zentrum – EPZ – der Asyl-Organisation Zürich

Bern, im Juli 2004

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Studie des Ethnologisch Psychologischen Zentrums (EPZ) der Asylorganisation Zürich entstand im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge (BFF). Die Studie wurde vom BFF im Rahmen seiner Mitbeteiligung an der Strategie Migration und Gesundheit des Bundes für die Jahre 2002-2007 finanziert. Konkret ist das BFF für den Interventionsbereich 4 der Strategie I „Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende“ zuständig. Dabei geht es einerseits um niederschwellige Angebote für traumatisierte Asylsuchende und andererseits um dezentral verfügbare, spezialisierte Angebote für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge oder Personen mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive in der Schweiz.

Das EPZ stellt ein solches niederschwelliges Angebot für Asylsuchende dar. Niederschwellig ist es in Bezug auf den Zugang, die Betreuungsdichte und die Kosten, nicht aber hinsichtlich der Komplexität der Fälle oder der Qualität der Therapie und Betreuung. Aus diesem Grund wurde das EPZ unter der Leitung von Frau Heidi Schär Sall beauftragt, im Rahmen der vorliegenden Forschungsstudie seinen Therapie- und Betreuungsansatz zu beschreiben und gleichzeitig Empfehlungen bzw. Betreuungsstandards zu formulieren, welche für ähnliche Einrichtungen Anwendung finden könnten. Diese Standards sind deshalb wichtig, weil es sie bisher nicht gibt und weil keine Institution in der Schweiz für die Überprüfung und Zulassung vergleichbarer niederschwelliger Institutionen zuständig ist.

Die Studie des EPZ beschreibt nicht nur einen viel versprechenden Therapie- und Betreuungsansatz, sondern zeigt auch eindrücklich auf, wie kostengünstig ein solches Modell ist: mit durchschnittlichen Tageskosten von rund 80 Franken pro Person können zum Teil schwer psychisch kranke und traumatisierte Personen untergebracht, betreut und behandelt werden. Abgesehen davon, dass dadurch eine Entlastung der normalen Unterbringungsstrukturen von schwierigen Fällen erfolgt, können damit oft auch Einweisungen in teure

psychiatrische Kliniken vermieden oder verkürzt werden, was wiederum zu massiven Kosteneinsparungen führt.

Das EPZ ist für den Kanton Zürich, aber auch weit über die Kantons Grenzen hinaus zu einer wichtigen Einrichtung geworden. Es bleibt zu hoffen, dass das EPZ und sein Modell auch in anderen Kantonen Nachahmung finden. Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zu einer fachgerechten Behandlung und Betreuung von Personen mit psychischen Problemen und Traumatisierungen im Asylbereich geleistet werden, dies sowohl im Hinblick auf eine Rückkehr als auch auf eine Integration in der Schweiz.

BUNDESAMT FÜR FLÜCHTLINGE

Beatrice Reusser, Direktionsbereich Finanzen und Soziales

Ziel der Studie

Eine fundierte Beschreibung, Analyse und Beurteilung eines niederschweligen Therapie- und Betreuungsansatzes für traumatisierte Asyl Suchende, inkl. Formulierung fachlicher Qualitätsstandards.

Das EPZ: ein Überblick

Grundsatz des EPZ:

Bei der Definition der Ziele wird Wert auf eine psychische wie auch soziale Integration gelegt, da die eine ohne die andere nicht möglich ist. Von dieser Grundannahme geht die ethnopsychologische Praxis des EPZ aus.

Zielgruppe:

Personen mit Status N oder F (Asyl Suchende und vorläufig Aufgenommene) oder (seltener) anerkannte Flüchtlinge mit Traumatisierungen, psychischen oder sozialen, migrationsbedingten Schwierigkeiten (z.B. Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, posttraumatischen Störungen, Misshandlungen), welche die üblichen Strukturen im Asyl-, Sozial- und Psychiatriebereich überfordern oder dort keine ihnen entsprechende oder geeignete Hilfe erhalten. Es sind dies erwerbstätige wie nichterwerbstätige Männer, Frauen und Familien, die ihren Alltag (Haushalt, Kochen) selbständig bewältigen können, nicht pflegebedürftig sind, aber eine spezifischere und intensivere, ihrem Migrationshintergrund entsprechende Betreuung brauchen.

	Geschlecht		Alter					Einzelpers.		In Familie	Total
	m	w	-12	13-18	19-30	31-40	41-				
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)	26	32	19	11	6	16	6	5	53	58	
Depression	25	18	1	-	13	19	10	29	14	43	
Primäre und sekundäre Trauma-Störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	20	15	1	5	8	15	6	23	12	35	
Suizidalität	14	10	-	-	8	11	5	17	7	24	
Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychotische Episoden)	16	6	-	-	7	11	4	19	3	22	
Somatische Erkrankung	10	12	3	-	3	9	7	8	14	22	
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	7	9	2	-	5	5	4	6	10	16	
Suchtprobleme	13	2	-	1	7	3	4	12	3	15	
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)	10	4	-	-	4	6	4	8	6	14	
Entwicklungsstörungen	4	6	6	4	-	-	-	-	10	10	
Verwahrlosung	7	2	1	1	3	4	-	6	3	9	
Schulschwierigkeiten	4	5	7	2	-	-	-	-	9	9	
Gewalttätigkeit	6	1	-	2	1	3	1	3	4	7	
Schwache kognitive Fähigkeiten	2	3	1	1	-	-	3	2	3	5	
Total Nennungen	164	125	41	27	65	102	54	138	151	289	
Anzahl Personen	68	51	24	13	26	36	20	53	66	119	

Tabelle 2.1: Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder bei Asyl Suchenden, welche im Jahr 2002 durch das EPZ betreut wurden, geordnet nach Häufigkeit der Nennungen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Angebot:

a) Teilstationär:

Das EPZ kann für die genannte Zielgruppe insgesamt 100 Plätze zur therapeutischen Begleitung vor Ort anbieten, inklusive Sozialhilfe, wo dies nötig ist. Tagesstrukturen werden extern organisiert. Die Wohngruppen leben in 3- oder 4-Zimmer-Wohnungen, verteilt auf drei Wohnhäuser in Zürich. Für Einzelpersonen steht jeweils ein Zimmer zur Verfügung.

Die Betreuung in Zusammenarbeit mit den verschiedensten Fachstellen wird von einem Fachteam, bestehend aus EthnologInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, von Montag bis Freitag gewährleistet. Die Fachpersonen arbeiten vor Ort, die Büros befinden sich jeweils im untersten Geschoss der Wohnhäuser der Klientel. Es gibt keinen Wochenend- und keinen Nachtdienst.

b) Konsiliarisch:

Das EPZ ist auch konsiliarisch tätig im Asylbereich, wie auch in der interinstitutionellen Zusammenarbeit mit der Psychiatrie. Dieser Bereich ist jedoch finanziell nicht geregelt und wird bisher nur nach Möglichkeit abgedeckt und nicht bei Bedarf. Die Entwicklung von

neuen Ansätzen und die Spezialisierung des EPZ im Bereich Migration und Gesundheit, insbesondere für psychisch kranke und traumatisierte MigrantInnen unterschiedlichster Herkunft (im speziellen asylsuchende Alleinstehende und psychisch Kranke mit ihren Familien) führte zu einer grossen Nachfrage nach einer beratenden Tätigkeit, die jedoch das stationäre Angebot übersteigt.

Mit dem Kanton Zürich wurde folgender Leistungsauftrag vereinbart:

Leistungsauftrag

Das Ethnologisch-Psychologische Zentrum verpflichtet sich, Personen des Asylrechts im Rahmen des nachfolgend vereinbarten Leistungsspektrums zu betreuen.

Auftrag (qualitativ)

1. Fallbeurteilung, Abklärung der Zuständigkeit und Empfehlung von Massnahmen bei Problemen psychosozialer Natur.
2. Unterbringung sowie fürsorgliche und psychologische Betreuung von Personen der Zielgruppe.
3. Stationäre oder ambulante Nachbetreuung nach Klinikaustritt.
4. Zusammenarbeit mit Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, namentlich mit psychiatrischen Kliniken und Ambulatorien sowie HausärztInnen und allen im Asylwesen tätigen Einrichtungen und Personen.
5. Abklärung, Beratung und Begleitung bei Fremdplatzierungen.
6. Erledigung der administrativen Arbeiten, die sich aus dem Fachauftrag ergeben (Abrechnungswesen, Berichterstattung, Falldokumentation).

Leistungsumfang (quantitativ)

Kapazität: 100 Plätze.

Angestrebte Wirkungen

1. Senkung der Gesundheitskosten mittels
 - fachgerechter und kostengünstiger Versorgung der Zielgruppe und
 - Vernetzung der involvierten Institutionen und Fachleute (im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen).
2. Verminderung von Dissozialität und Verwahrlosung, Stabilisierung der KlientInnen.
3. Entlastung der regulären Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen, Verminderung der Betreuungsintensität durch Förderung der Selbständigkeit und Stärkung der vorhandenen Ressourcen der KlientInnen.
4. Förderung der sozialen Reintegrations- und der Rückkehrfähigkeit.

Theoretische Grundlagen und Betreuungsansätze

Der ethnopsychologische Ansatz

Grundsätzlich kommen im EPZ Ansätze aus Ethnologie, Psychologie, Psychoanalyse und Ethnopsychanalyse zur Anwendung. Der spezifische Ansatz ist jedoch ethnopsychologisch (eine Richtung der angewandten Ethnologie), stützt sich auch auf psychoanalytisch orientierte Gruppenkonzepte und entwickelt sich laufend aus der Wechselwirkung von Theorie und Praxis weiter.

Die verschiedensten Lebensbereiche werden nicht getrennt aufgefasst, sondern als dynamisches Ganzes betrachtet. Genauso werden die Probleme aufgefasst, welche die Asyl Suchenden in ihrer Migrationssituation im EPZ zeigen. Die Migrationssituation kann man mit einem Begriff aus der Ethnologie als „fait social total“ beschreiben, welcher nicht nur die einzelnen Gegebenheiten und Dinge, sondern das Leben im Zusammenhang des gesellschaftlichen Ganzen umfasst. Diese „totale soziale Tatsache“ manifestiert sich in der gelebten Erfahrung, in der die verschiedensten Lebensbereiche (Politik, Verwandtschaft, Ökonomie, Medizin, Religion, Recht, Ästhetik) ineinander übergreifen. Auf diesem Hintergrund ist der Betreuungsansatz des EPZ konzipiert. Das bedeutet, dass sich die Gespräche und Begegnungen mit den Klientinnen und Klienten primär auf Alltägliches beziehen wie:

- Budgetauszahlungen und den Umgang mit Geld
- Wohnen und Zusammenleben mit anderen Asyl Suchenden
- Arbeit, Beschäftigung, Schule, Schulprobleme und Ausbildung
- Mitorganisation von Tagesstrukturen
- Probleme in Bezug auf ihren Aufenthaltsstatus und den sich daraus ergebenden Konsequenzen und Perspektiven
- Gesundheitliche Probleme.

Dabei zeigen sich immer neue Nöte, die in ihrem individuellen und sozialen Zusammenhang geklärt werden müssen.

Die Herangehensweise, die durch das Arbeiten am Wohnort der Asyl Suchenden ermöglicht wird, ist ganzheitlich und alltagsorientiert. Es ist damit gemeint, dass der Kontext, in dem sich Asylsuchende bewegen, miteinbezogen wird (anteilmehmende Beobachtung).

Was heisst „niederschwellig“ im EPZ?

Wie bei anderen teilstationären Einrichtungen ist eine Aufnahme ins EPZ mit Vorabklärungen und Vorgesprächen mit den Asyl Suchenden und den bisher zuständigen Fachleuten verbunden. Die Struktur des EPZ ist jedoch in sich niederschwellig: Nach einer Aufnahme ins EPZ ist die Präsenz der Fachpersonen von Montag bis Freitag zu Bürozeiten in der Regel gewährleistet. Da die meisten Asyl Suchenden im EPZ wohnen, ist es einfach für sie, ins Büro zu kommen. Manche sind ausgezogen und werden übergangsweise vom EPZ weiterbetreut, bis die Fallübergabe an eine andere Einrichtung möglich ist. Dank eines offenen Settings sind (telefonische) Anmeldungen nicht notwendig. Die sprachlichen und sozialen Barrieren sind so ausgeschaltet. Da die KlientInnen in Wohngruppen leben, werden auch ihre MitbewohnerInnen manchmal zu wichtigen „InformantInnen“ im ethnopsychologischen Sinne: Häufig kommen sie stellvertretend für eine Person, die sich in einer akuten Krise befindet, ins Büro und informieren über deren Situation. So gibt es durch das Zusammenwohnen im gleichen Haus zwar Konflikte und eine Form sozialer Kontrolle, jedoch sind auch gegenseitige Hilfestellungen möglich.

Für die FachmitarbeiterInnen besteht jederzeit die Möglichkeit, ohne grossen Zeitaufwand die Wohnungen der KlientInnen aufzusuchen, was gerade bei suizidgefährdeten Personen von Bedeutung ist.

Der schmerzhaften Realität der einzelnen Asyl Suchenden, deren inneren und äusseren Verletzungen und Zerstörungen durch Krieg, Traumata, Psychosen und den dadurch entstandenen Fragmentierungen, hält das Team durch seine Präsenz und Kontinuität eine andere, nicht zerstörte und auch nicht zerstörbare Realität entgegen. Phantasierte und erlebte Zerstörung wird in der Realität des Teams nicht reproduziert. Somit kann die Phantasie, dass die äussere Realität den inneren Vorstellungen entspreche, korrigiert werden.

Das Team, welches in fortlaufender Intervision auch die eigene Haltung und die eigene Kultur reflektiert, wird unterstützt durch eine Supervision auf Basis ethnopsychanalytischer Überlegungen.

Diese kontextbezogene Herangehensweise auf dem Hintergrund des „fait social total“ bedingt, dass auf der praktischen Ebene interdisziplinär mit verschiedensten Institutionen und Berufsgruppen zusammengearbeitet wird. Die Aufgabe der therapeutischen FachmitarbeiterInnen besteht unter anderem darin, anderen involvierten Stellen und Personen die verschiedenen Aspekte der Problemsituation verständlich zu machen. Ein enger Kontakt zu diesen Stellen und Personen ist somit unabdingbar.

Interinstitutionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Bedeutung von interdisziplinären Interventionsgruppen im Praxisbereich Migration und Gesundheit ist evident und sollte deshalb in den verschiedenen Bereichen konzeptualisiert und institutionalisiert werden.

Jegliche Zusammenarbeit setzt, je nach Berufsgruppe und Berufs- und Rollenverständnis, die Einhaltung der Schweigepflicht, des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes voraus. Eine Aufhebung ist nur im Einverständnis mit dem Klienten oder der Klientin möglich. Auch im Asylbereich ist diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, was eine professionelle Arbeitsweise erfordert.

Da die Ethnologie eine interdependente Sicht der Phänomene mit einschließt und gleichzeitig eine vermittelnde Kulturwissenschaft ist, ist es sinnvoll, dass sie eine Vorreiterrolle in der Konzeptualisierung der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in diesem Bereich einnimmt.

Trauma

Die Praxis in der Arbeit mit Asyl Suchenden im EPZ hat gezeigt, dass die Erfahrung von Gewalt und Ohnmacht Störungen unterschiedlichen Ausmaßes und unterschiedlicher Ausprägung hinterlassen. Das Trauma kann nicht, wie im Konzept des PTSD impliziert wird, auf ein Set von bestimmbar Symptomen eingengt werden, sondern hat eine erweiterte soziale Dimension. Es ist daher auch nicht einfach, mit einigen Kurzbegriffen, definierbar.

Das EPZ orientiert sich an Konzepten, die zum einen die psychosoziale Dimension des Traumas berücksichtigen und zum anderen in der Konzeptualisierung des Traumas die Zeitachse erschliessen. Dies bedeutet, die längerfristige Entwicklung des Traumas zu berücksichtigen, wie es M. Khans und H. Keilsons Auffassungen vom kumulativen und sequentiellen Trauma nahe legen.

Die Behandlung traumatisierter Asyl Suchender ist dann nicht ausschließlich eine psychotherapeutische Spezialaktivität, sondern umfasst ein breiteres Spektrum von Tätigkeiten. Es wird deutlich, dass - unter den belastenden Umständen, unter denen Asyl Suchende leben - nicht von dem Ziel einer „medizinisch-therapeutischen“ Heilung vom Trauma oder von einer Rehabilitation ausgegangen werden kann.

Migration und Gesundheit

Gender

Der Asylstatus birgt unabhängig vom Geschlecht hohe gesundheitliche Risiken. Dennoch unterscheiden sich gewisse Problemlagen und Bewältigungsstrategien von Frauen von denjenigen der Männer.

Frauenspezifische Resultate:

Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine besondere Vulnerabilität von *alleinstehenden Frauen* hin. Verglichen mit allen anderen Gruppen haben alleinerziehende Frauen die höchste durchschnittliche Nennung von psychischen, somatischen und sozialen Erscheinungsbilder. Negativ auf die Gesundheit können sich auswirken: fehlende tragende Netzwerke im Migrations- wie im Herkunftsland; soziale Beziehungen, die sich durch eine hohe Abhängigkeit und durch häufigen Missbrauchscharakter auszeichnen; ein hohes Risiko von gender violence; die Mehrfach-Belastung von alleinerziehenden Frauen. Es hat sich aber ebenfalls gezeigt, dass diese Gruppe auch über spezifische Ressourcen verfügt: Alleinstehenden Frauen gelingt in der Alltagspraxis häufig eine raschere Integration (sie sind z.B. häufiger erwerbstätig als alleinstehende Männer), und sie sind eher bereit, professionelle Hilfsangebote anzunehmen (erhöhte compliance).

Bei *Familienfrauen* kommen schwere psychische Krankheiten selten und Suizidalität nicht vor. Dazu ist zu sagen, dass der Eintritt ins EPZ bei der Mehrheit der Familien aufgrund der Krankheit des Mannes erfolgte. Familienfrauen bleiben im Allgemeinen psychisch stabiler als ihre Männer. Da sie ihre Mutter- und Hausfrauenrolle auch in der Migration weiterhin einnehmen, leiden sie weniger als die Männer unter Statusverlust und Erfolgsdruck.

Männerspezifische Resultate:

Es hat sich gezeigt, dass auch Familienmänner und alleinstehende Männer eine vulnerable Gruppe darstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei *Familienmännern* auch die Kinder und die Ehefrauen betroffen sind. Dies führt zu hohen familiären Belastungen und den damit verbundenen familiären Konflikten. Ein zusätzliches Erschweren ist bei Familienmännern, dass das Aufsuchen externer Hilfe für sie mit Scham verbunden ist und deshalb selten in Anspruch genommen wird.

Die *alleinstehenden Männer* leiden am häufigsten unter psychischen Krankheiten, Verwahrlosung, Gewalttätigkeit, Suchtproblemen und sozialer Isolation, da es ihnen häufig nicht gelingt, haltende Netze aufzubauen. Verglichen mit den Familienmännern sind sie jedoch eher bereit, externe psychiatrische oder psychologische Hilfe in Anspruch zu neh-

men. Ein vorrangiges Problem für alleinstehende Männer (und auch Familienmänner) stellt die Arbeit da. Häufig haben diese Männer einen spezifischen Migrationsauftrag, der darin besteht, die Herkunftsfamilie zu unterstützen. Der soziale Druck auf diese Männer ist damit hoch und ein Versagen ist mit einem Gesichtsverlust verbunden. Gerade ein Arbeitsverbot stellt eine enorme Belastung für diese Männer dar.

Asylsuchende Kinder und Jugendliche

Im EPZ hat man es häufig mit Jugendlichen zu tun, die ungünstige Entwicklungen aufweisen. Sie kommen aus stark belasteten „Problemfamilien“. Neben den Jugendlichen, die familiären Belastungen ausgesetzt sind, sind im EPZ asylsuchende Jugendliche untergebracht, die traumatisiert und unter zum Teil schwierigsten Bedingungen und ohne eine Begleitung durch Erwachsene geflüchtet sind. Es sind Jugendliche, die in ihrem Lebensentwurf zu scheitern drohen oder manifest psychisch erkrankt sind. In den meisten Biographien der Jugendlichen, die vom EPZ betreut werden, sind wiederholte Brüche zu finden. Zu den Brüchen der Migration gesellen sich neue Brüche: der Bruch mit den Eltern, die frühzeitige Beendigung der Schule, der Abbruch von Ausbildungen oder der Ausstieg aus Beschäftigungsprojekten. Die Konsequenz aus diesen Erfahrungen ist, dass der Marginalisierungsdruck ansteigt. Die wiederholten Brüche sind das Ergebnis innerer und äusserer Konflikte, die asylsuchende Jugendliche überfordern und von ihnen nicht angemessen bewältigt werden können. Wenn diese Konflikte anhalten, können sie Stress und Isolation, psychische und körperliche Probleme verursachen. Es können emotionale Blockaden beobachtet werden, Phänomene der Ausgrenzung und Selbstausgrenzung ebenso wie Grenzüberschreitungen in Form von Drogenmissbrauch und Konflikte mit dem Gesetz. Für die Jugendlichen bedeutet es eine ungeheure Anstrengung, die Marginalisierung zu durchbrechen, nicht zuletzt deshalb, weil sie sich paradoxerweise im Scheitern gegenüber ihren Eltern, die mit dem Leben im Exil auch nicht zurecht kommen, verbunden fühlen und nur so „wirklich loyal“ bleiben. Im ungünstigsten Fall führen die unlösbaren Konflikte die Jugendlichen, wenn nicht in die Krankheit, dann in die Dissozialität bzw. Delinquenz. Wenn asylsuchende Jugendliche vermehrt mit dem Gesetz in Konflikt geraten, laufen sie zudem Gefahr, ihre meist vorläufige Aufenthaltsbewilligung im Land, das Asyl gewährt, zu verwirken und in das Herkunftsland, das ihnen fremd geworden ist oder das sie nicht einmal kennen, ausgewiesen zu werden.

In der Praxis zeigt sich weiter, dass die Betreuungsangebote, die intern angeboten werden, zwar genutzt werden, die externen Angebote, die der Entwicklung und Gesundheit förderlich sind, hingegen wenig oder gar nicht angenommen werden. Es kann so interpretiert werden, dass die Eltern, weil sie Angst davor haben die Kinder in der Fremde/an die

Fremden zu verlieren, diese stark an sich binden und keinen externen Institutionen anvertrauen.

Sprache und Übersetzung

Während der Erhebungsperiode wurden Asyl Suchende aus 25 Ländern durch das EPZ betreut, wobei in diesen Ländern 6 Minderheiten zusätzlich je eine andere Sprache sprechen. Rechnet man frankophone und anglophone AfrikanerInnen den jeweiligen Sprachen Französisch und Englisch zu, so ergibt sich ein „Babylon“ von immerhin ungefähr 22 Muttersprachen (nicht eingeschlossen also die afrikanischen Lokalsprachen).

Allein in einem der 3 Häuser des EPZ müssen zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Studie regelmässig Übersetzungen in den Sprachen Albanisch, Farsi, Kurdisch, Russisch, Serbo-kroatisch, Somalisch, Tamilisch und Türkisch angefordert werden.

Es versteht sich deshalb von selbst, dass gute Kenntnisse der deutschen Sprache insbesondere bei der Klientel des EPZ nicht einfach vorausgesetzt werden können.

Für ausführlichere und tiefergehende Gespräche müssen regelmässig ÜbersetzerInnen hinzugezogen werden. Dies bedeutet für die Fachpersonen des EPZ längerfristige Planung und Organisation.

Quantitative Resultate und Analysen

Die Studie dokumentiert Vergleiche mit den Kosten verschiedener psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Weiterhin wird ein aus ökonomischer Sicht ausgewogener Stellenschlüssel berechnet.

Kostenvergleich Psychiatrische Einrichtungen und EPZ

	CHF
PUK	761.—
Sanatorium Kilchberg	518.—
Hard	711.—
Rheinau	592.—
Hohenegg	389.—
Klinik am Zürichberg	630.—

Durchschnitt aller Kliniken im Kanton Zürich (Erwachsenenpsychiatrie)	597.—
---	-------

Tabelle 9.1 Gesamtkosten pro Patienten-Tag in psychiatrischen Kliniken

	Ist	CHF	Soll	CHF
Total Aufwand EPZ (exkl. Gesundheitskosten)		2 205 000.—		2 530 000.—
Pro Klient bei 31 622 Übernachtungen		69.75		80.—
Abzüglich BFF-Pauschale für Unterbringung und Unterstützung		-30.—		-30.—

Mehrkosten		39.75		50.00
------------	--	-------	--	-------

Tabelle 9.2 Gesamtkosten pro Klienten-Tag im EPZ. Die Differenz zwischen *Ist* und *Soll* ergibt sich einerseits aus einer zusätzlichen 100%-Stelle für die Fachbetreuung und andererseits aus einer die Kosten deckenden Abgeltung administrativer Leistungen der Asyl-Organisation Zürich.

Angenommen, 10% der KlientInnen des EPZ (Übernachtungen 2002: 31 622) wären (wenn es das EPZ nicht gäbe) in einer Klinik, ergibt sich ein Spareffekt von CHF 1 666 000.— bis CHF 1 761 000.— pro Jahr.

Daraus ergibt sich, dass der jährliche Beitrag an das EPZ durch den Kanton Zürich in der Höhe von CHF 1 076 000.— aus volkswirtschaftlicher Sicht amortisiert ist, wenn ohne EPZ 5,31 der gegenwärtig ca. 90 KlientInnen in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden müssten.

Relation Stellenschlüssel zu Anzahl generierter Kliniktage

Die Anzahl Klinikeinweisungen während einer Periode und die Dauer der jeweiligen Aufenthalte messen die Wirksamkeit einer Institution wie das EPZ auf einfache Art und Weise.

Die erzielten Resultate der Jahre 2000 bis 2002 zeigen, dass tatsächlich eine Abhängigkeit zwischen Stellenschlüssel und der Anzahl eingesparter Kliniktage besteht und zudem die Reagibilität bei hohem Stellenschlüssel sehr viel ausgeprägter ist als in einer Situation, in

der nur sehr wenig KlientInnen einer FachbetreuerIn zugeteilt sind. Dies hängt wohl damit zusammen, dass es durchaus ein sinnvolles Mass an Klinikeinweisungen gibt, welches zu unterschreiten nur mittels stark erhöhtem Personalbestand zu bewerkstelligen wäre. Mit einer Parabel zweiten Grades wird ein gutes Bestimmtheitsmass der anzupassenden Kostenfunktion erreicht.

Für die Berechnung eines optimalen Stellenschlüssels wurden die real gemessenen Kosten der Jahre 2000 bis 2002 durch zwei Extremwerte ergänzt. Die Studie belegt die diesen Extremwerten zugeordneten Kosten anhand von Vergleichszahlen aus der Praxis (Kosten einer minimalen Betreuung anhand von Vergleichswerten aus der Asyl-Organisation Zürich; jene einer maximalen Betreuung mit Hilfe der *Kenndaten 2000 über die psychiatrische Versorgung im Kanton Zürich*, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich).

Die mit Hilfe einer Grenzwertanalyse berechnete Bandbreite für einen optimalen Stellenschlüssel liegt zwischen 17 bis 19 KlientInnen pro FachbetreuerIn mit einem 100%-Pensum.

Qualitative Resultate und Analysen: Fallverläufe

In der Studie werden fünf Fallverläufe beschrieben, um Einblick in die Verschiedenartigkeit der konkreten Problemstellungen, die Vielfalt der in den einzelnen Fällen beteiligten Akteure und in die Arbeitsweise des EPZ zu geben. In allen Beispielen zeigt sich, wie wichtig für den Verlauf die Beziehungen der KlientInnen zu den therapeutischen FachmitarbeiterInnen, zur Gruppe des Teams, aber auch zur Gruppe der MitbewohnerInnen sind. Gleichzeitig wird auch klar, wie die therapeutischen Beziehungen durch äussere oder innere Umstände immer wieder gefährdet werden, und wie viel Zeit, Aufwand und Professionalität nötig sind, um die Tragfähigkeit dieser Beziehungen immer wieder herzustellen, damit Veränderungen in Richtung Selbständigkeit und Integration für die KlientInnen vorstellbar und möglich werden. Es wird fassbar, dass die psychische Integration der traumatischen Migrationsgeschichten Voraussetzung für eine gelingende soziale Integration ist. Die therapeutische Arbeit im teilstationären, niederschweligen Setting des EPZ findet nahe dem Alltag der KlientInnen statt und beinhaltet zu einem grossen Teil auch fürsorgliche Tätigkeiten sowie Koordinations- und Vernetzungsarbeit, um einen möglichst grossen Teil des für jeden Fall wieder anders gewobenen Kontextes in die Behandlung einbeziehen zu können. Dieser Einbezug des Kontextes ist Ausdruck der ethnopsychologischen Herangehensweise des EPZ und wird illustriert durch die beschriebenen Fallverläufe. – Nachfolgend ein für diese Zusammenfassung gerafftes Beispiel:

Verlaufsstudie Herr D.

Die Verlaufsstudie handelt von einem jungen Ostafrikaner, der als Minderjähriger vor dem Bürgerkrieg in die Schweiz flüchtete. Zwei Jahre nach seiner Einreise begann er an einer psychischen Krankheit zu leiden. Herr D. hörte Stimmen und war ängstlich und misstrauisch. Als er ins EPZ eintrat, hatte er seit mehreren Monaten praktisch nicht mehr gesprochen. Auch im EPZ lebte er zunächst isoliert und ohne soziale Kontakte. Er war zu keinem Beschäftigungsprogramm zu bewegen war und brach eine psychiatrische Behandlung mehrmals wieder ab. Sowohl der Arzt wie auch die therapeutische Fachmitarbeiterin befürchteten eine bereits fortgeschrittene Chronifizierung und stellten einen IV-Antrag.

Mit der Zeit gelang es der Fachmitarbeiterin jedoch, den Zugang zu Herrn D. zu finden, ein Vertrauensverhältnis zu ihm aufzubauen und ihn z.B. zu verbindlichen Terminen im Büro zu motivieren. Diese einfachen Alltagsrituale wirkten Herrn D.'s Angst und Misstrauen entgegen, und mit der Zeit konnte er die Verbindlichkeit auch auf eine psychiatri-

sche Behandlung ausgedehnen. Dort machte Herr D. die Erfahrung, dass es ihm mit Medikamenten deutlich besser ging.

Herrn D.'s Zustand stabilisierte sich: Er begann wieder zu sprechen, hörte keine Stimmen mehr und war weniger ängstlich. Er fing an, regelmässig in einem niederschweligen Beschäftigungsprogramm der Asyl-Organisation zu arbeiten. Zu einer weiteren Stabilisierung führte der IV-Entscheid, der positiv war. Herr D. wurde dadurch fürsorgeunabhängig und realisierte, dass sich damit seine Chancen auf eine Aufenthaltsbewilligung B erhöhten. Er sah erstmals wieder Zukunftsperspektiven.

Nachdem er einige Monate im Beschäftigungsprogramm gearbeitet hatte, fand er auf eigene Initiative hin eine Stelle in einem Restaurant. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt arbeitet er seit einem Jahr dort. Die IV hat ihre Zahlungen aufgrund seiner Arbeitsfähigkeit inzwischen eingestellt. Herr D. hat sich in der Zwischenzeit verlobt und wird - sobald er eine Wohnung gefunden hat - aus dem EPZ ausziehen.

Herr D. gehörte zu jenen KlientInnen, die psychisch schwer erkrankt sind, die spontan keine (oder keine kontinuierliche) psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen, da ihnen die Angebote der Psychiatrie fremd sind und die (u.a. aufgrund von Sprachproblemen) auch nicht in einer sozialpädagogischen Einrichtung untergebracht werden können.

Für Herrn D. war deshalb das niederschwellige Angebot des EPZ von zentraler Bedeutung. Der haltgebende Rahmen, die Kontinuität der Beziehung zwischen ihm und der Betreuerin und die minimale Struktur verminderte die Gefahr der Verwahrlosung und Chronifizierung und war Voraussetzung dafür, dass Herr D. den Bezug zur Aussenwelt wieder herstellen und später auch ein psychiatrisches Angebot kontinuierlich nutzen konnte.

Empfehlungen und Standards

Die Herleitung und Begründung von Empfehlungen und Standards bilden das Fazit der Studie. Vorliegend die wesentlichen Aussagen in einer gekürzten Fassung.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Eine Einrichtung wie das EPZ weist idealerweise folgende Struktur auf:

- teilstationäres, nach erfolgtem Eintritt in sich niederschwelliges Angebot
- ambulantes Angebot
- konsiliarisches Angebot

Stationäre gesundheitsfördernde Einrichtung

- Zentrale Lage in urbaner Umgebung in einem Wohnquartier
- Eigenes Zimmer für Alleinstehende; für Familien möglichst eigene Wohnung
- Wartung und Reinigung der Häuser ist gewährleistet
- Arbeitsräume der FachmitarbeiterInnen befinden sich in der Wohneinheit
- Keine allein arbeitenden FachmitarbeiterInnen; mindestens drei FachmitarbeiterInnen pro Wohneinheit, weshalb eine gewisse Belegungsgrösse pro Wohneinheit (Haus) nicht unterschritten werden darf
- Der ethnische Hintergrund kann, muss aber nicht Kriterium für die Zusammensetzung einer Wohngruppe sein (verschiedene Kriterien wie soziale Erscheinungsbilder, Geschlecht, Alter etc. spielen ein Rolle)
- Allgemeine Öffnungs- und Präsenzzeiten von Montag bis Freitag sind festgelegt
- Der optimale Stellenschlüssel beträgt pro 100% Betreuungsstelle ca. 17 bis 19 zu betreuende KlientInnen
- Das Betreuungsteam ist als Gruppe konzeptualisiert
- Regelmässige Super- und Intervision sind garantiert
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit mit Psychiatrie u.a.m. sind unabdingbar
- Der administrative Mehr-Aufwand bei Spezialfällen wird von Vorteil von einer spezialisierten Stelle zusätzlich übernommen

Zielgruppe, Aufnahme und Aufenthaltsdauer

- Zielgruppe: psychisch kranke und traumatisierte Asyl Suchende, welche die üblichen Strukturen im Asylbereich überfordern oder für die im Sozial- und Psychatriebereich keine entsprechenden Angebote bestehen. Es sind dies Alleinstehende und Familien unterschiedlichster Herkunft mit dem Status N oder F, unterschiedlichen Alters und Geschlechts, die nicht pflegebedürftig sind
- Die Aufnahme ist freiwillig, sie erfolgt in gegenseitigem Einverständnis und nach umfassenden Vorabklärungen und Vorgesprächen
- Die Wartezeit zwischen Anmeldung und Aufnahme ist nicht zu lange (Keine Notfälle)
- Die Aufenthaltsdauer ist fallbezogen und beträgt durchschnittlich 1-3 Jahre
- Ergänzend zur stationären Einrichtung braucht es zur Nachbetreuung ein ambulantes, Kontinuität garantierendes Angebot derselben Einrichtung

Personelle Rahmenbedingungen

Qualifikationen der FachmitarbeiterInnen:

- Team aus EthnologInnen und PsychologInnen
- Feldforschungserfahrung oder langjährige Auslandsaufenthalte, psychotherapeutische Erfahrung oder Ausbildung, Erfahrung und Kenntnisse in Ethnopschoanalyse
- Gute Fremdsprachenkenntnisse, Erfahrung und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit professionellen ÜbersetzerInnen
- Langjährige Berufserfahrung in der Betreuung resp. Therapie mit MigrantInnen oder Marginalisierten
- Wissenschaftliches Interesse und wissenschaftliche Erfahrung
- Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen

Qualifikationen der Leitung:

- Mehrjährige Berufserfahrung in angewandter Ethnologie und Psychologie im Migrations- und Gesundheitsbereich
- Mehrjährige Führungs- und Aufbauenerfahrung im Sozial- bzw. Gesundheitsbereich
- Projekterfahrung
- Erfahrung im wissenschaftlichen Austausch (Referate, Publikationen)
- Erfahrung in der institutionellen und interinstitutionellen Aufbau- und Vernetzungsarbeit sowie in der Öffentlichkeitsarbeit

Betreuung

Allgemeine Betreuungsempfehlungen respektive Standards für Einrichtungen im Asylbereich für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende

- Die Einrichtung ist niederschwellig
- Die Früherkennung ist Bestandteil der Betreuungsarbeit
- Die Einrichtung dient den BewohnerInnen als Übergangsraum, der im Sinne Winnicotts „genügend oder hinreichend gut“ sein muss
- Das Team als Gruppe übernimmt die dafür nötige Haltefunktion (Containing)
- Bessere strukturelle Lebensbedingungen sind Voraussetzung für nachhaltige Betreuungserfolge
- Asylverfahren und Betreuung sind strikt getrennt

Betreuung traumatisierter Asyl Suchender

- Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses ist grundlegend und dauert Monate bis Jahre
- Ein über lange Zeit hinweg konstanter Bezugsrahmen ist notwendig (Kontinuität)
- Die niederschwellige therapeutische Arbeit mit Traumatisierten umfasst die gesamten Lebensverhältnisse (auch Wohnen und Arbeit)
- Für die stationäre inkl. ambulante Betreuung, resp. Therapie traumatisierter Asyl Suchender braucht es Gruppenkonzepte, auch für das Team
- Die Facheinrichtung für Traumatisierte ermöglicht einen kontextbezogenen Ansatz, der nicht medikalisiert

Betreuung von Kindern und Jugendlichen

- Tragfähige, unterstützende und autonomiefördernde Perspektiven sind zu suchen
- Betreuungskontinuität und örtliche Nähe sind gewährleistet
- Ergänzende Angebote werden mit einbezogen
- Bei der Einleitung von vormundschaftlichen Massnahmen wird die Migrationsproblematik und -geschichte berücksichtigt (sorgfältige Abklärungen)
- Familien- bzw. Gruppensitzungen werden als Betreuungsinstrument eingesetzt
- Die Umsetzung des Konzeptes zum Schon-, resp. Übergangsraum mit der entsprechenden stützenden Haltefunktion ist bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere MNA Teil der Betreuung

Genderspezifische Empfehlungen und Standards

- Es stehen Wohnungen ausschliesslich für Frauen zur Verfügung
- Gleich- und gegengeschlechtliche Betreuungsangebote sind Standard

Sprache und Übersetzung

- FachmitarbeiterInnen sprechen mehr als eine Fremdsprache und Übersetzungsdienste müssen abrufbar und professionell sein
- Zusammenarbeit mit gleichgeschlechtlichen professionellen ÜbersetzerInnen bei Bedarf
- Längerfristige Arbeitsbeziehungen mit ÜbersetzerInnen sind zur Vertrauensbildung und für die Kontinuität wichtig

Ausblick

Eine Einrichtung wie das EPZ wirft bei den Behörden immer wieder die Frage auf, wo das EPZ strukturell lokalisiert werden soll. Gehört eine solche Einrichtung in den Sozial- oder Gesundheitsbereich? Handelt es sich dabei gar um eine Parallelstruktur?

Diese Fragen können aus ethnologischer Sichtweise als Ausdruck des gesellschaftlichen Wandels verstanden werden, d.h. des sozialen und kulturellen Wandels in einer pluralistischen Gesellschaft, der sich gerade im Bereich von Migration und Gesundheit bemerkbar macht.

Migration an und für sich ist kein neues Thema. Neu ist die Analyse nach der Art der Relation zwischen Migration und Gesundheit. Prof. I. Rossi, Gesundheitsethnologe an der medizinischen Poliklinik in Lausanne, denkt in seinem 2003 erschienen Artikel über „mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration“ folgendermassen darüber nach: „...pour appréhender la problématique santé et migration, il convient de ne pas perdre de vue que les pratiques médicales et soignantes sont aussi des pratiques sociales et culturelles et que, en tant que telles, elles s’inscrivent dans l’évolution de notre société.“

Was uns als EthnopsychologInnen daher beschäftigt, sind die sich im Wandel befindenden gesellschaftspolitischen Voraussetzungen, die es erfordern, auf neue komplexe Zusammenhänge von „Migration und Gesundheit“ zu reagieren und dementsprechende Einrichtungen und neue praxisrelevante Ansätze zu entwickeln.

Eine Einrichtung wie das EPZ kann in diesem Sinne als Sozialpraxis wie als Heilpraxis verstanden werden, welche sich - ethnologisch gesprochen - als „missing link“, d.h. als fehlendes Bindeglied zwischen den heutigen medizinischen und sozialen Einrichtungen einordnet und in diesem Sinne vermittelt. Deshalb liegt eine besondere Bedeutung in der interinstitutionellen Tätigkeit, in der die eigene Einrichtung nicht als in sich geschlossen verstanden wird, sondern als ein offener, kultureller Ort des Wandels. Die einzelnen Lebensbereiche werden so als „fait social total“ (totale soziale Tatsache) - als ineinander-übergreifend – verstanden. Dies führt zu neuen betreuerischen und therapeutischen Implikationen. Damit gemeint ist aber nicht das Zusammenführen herkömmlicher Konzepte aus Medizin, Psychiatrie und Pädagogik, sondern das neu zu denkende Verständnis von sozialen und gesundheitsfördernden Angeboten.

Das EPZ ist eine Institution, die den schwierigen Zwischenbereich, die Vermittlung, die Beziehung zwischen Sozialem, Gesundheit und Migration aufgenommen hat. Gerade darin

liegt seine Bedeutung. Es ist ein ständiges Oszillieren zwischen dem Sozialen und dem Medizinischen, sei es in Form von Vermittlung, im Erkennen der Bedeutungs- und Lebenswelten der Asyl Suchenden, sei es in der Entwicklung entsprechender Institutionen und Konzepte sowie deren Umsetzungen im Bereich Migration und Gesundheit. Insofern ist auch das Interesse der Fakultäten am EPZ als komplementäre Struktur in Forschung und Bildung begreifbar.

Publikationen und Beiträge des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums (EPZ)

1999

NINCK GBEASSOR, D., SCHÄR SALL H., SIGNER, D., STUTZ, D., WETLI, E. (1999). Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin (Dietrich Reimer Verlag).

2000

BAZZI, D., SCHÄR SALL, H., SIGNER, D., WETLI, E., WIRTH, D.P. (2000) Fluchten, Zusammenbrüche, Asyl. Fallstudien aus dem Ethnologisch-Psychologischen Zentrum in Zürich. Zürcher Arbeitspapiere zur Ethnologie 12/2000. Mit einem Vorwort von David Becker. Zürich (Argonaut Verlag).

2001

SCHÄR SALL, H. Intermediärer Raum und ein lebensweltbezogener Zugang zu Asyl Suchenden in psychischen Schwierigkeiten, STUTZ, D. Zur Differenz von Fremdem und Neuem. Die Relevanz der Verknüpfung körperlicher Symptome mit der individuellen Geschichte am Beispiel einer kurdischen Familie, WETLI, E. Krisenprävention und Intervention bei psychisch kranken Asyl Suchenden. In: MOSER., NYFELER, D., VERWEY, M. (HG.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich (Seismo Verlag) 97-113.

2002

SCHÄR SALL, H. STUTZ, D. Wie lebt die Ethnopschoanalyse am Ethnologisch-Psychologischen Zentrum weiter? Teil I und Teil II. In: EGLI, W., SALLER, V., SIGNER, D. (HG.) (2002). Neuere Entwicklungen der Ethnopschoanalyse. Beiträge zu einer Tagung im Dezember 2001 in Zürich. Münster, Hamburg, London (Lit-Verlag).

2003

SÖLCH, ALEXANDER. Männlichkeit und Traumatisierungen. In: FORSTER, E., BIERINGER, I., LAMOTT, FR., (HG.) (2003). Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Münster, Hamburg, London (Lit-Verlag).

2003

SCHÄR SALL, HEIDI, WETLI, ELENA. Kriegstrauma – wie weit kann Rehabilitation gelingen? Schwierige Annäherung an seelische Verletzungen. Die Sprache des Traumas – ein Fallbeispiel. In: NZZ, Nr. 86,12./13.04.2003. Zürich.