

Katamnestiche Studie über Langzeitverläufe bei Personen des Asylrechts mit psychischen Belastungen

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Migration – BFM

2007

Ackermann Ch., Mohamed A., Stutz D., Wetli E.

ausgeführt durch:

Sozialtherapeutisches Zentrum der Asyl-Organisation Zürich

Impressum

Bundesamt für Migration (BFM)

Quellenweg 6

3003 Bern-Wabern

Tel: 031 325 11 11

www.bfm.admin.ch

Vorwort von PD Dr. Mario Erdheim	5
1 Einleitung / Ziele der Studie	6
2 Kurzbeschreibung des EPZ	8
<hr/>	
3 Vorgehen / Methodik	11
3.1 Wahl der Methodik	11
3.2 Population	11
3.3 Verfahren	12
3.4 Validität	14
<hr/>	
4 Qualitative Beschreibung von acht exemplarischen Fallverläufen	15
4.1 Verlaufsstudie Frau G. (30-jährige Frau aus Somalia, seit elf Jahren in der Schweiz)	15
4.2 Verlaufsstudie Herr D. (26-jähriger Mann aus Ostafrika, seit elf Jahren in der Schweiz)	27
4.3 Verlaufsstudie Familie I. (vierköpfige Familie aus dem Mittleren Osten, seit acht bzw. vier Jahren in der Schweiz)	37
4.4 Verlaufsstudie Frau A. mit Sohn Berat (57- bzw. 18-jährig, seit 13 Jahren in der Schweiz)	48
4.5 Verlaufsstudie Herr C. (40-jähriger Mann aus dem Mittleren Osten, seit sieben Jahren in der Schweiz)	62
4.6 Verlaufsstudie Familie O. (sechsköpfige Familie aus Südosteuropa, seit neun Jahren in der Schweiz)	70
4.7 Verlaufsstudie Frau P. (30-jährige Frau aus Südostasien, seit fünf Jahren in der Schweiz)	81
4.8 Verlaufsstudie Herr T. (23-jähriger Mann aus Westafrika, seit sieben Jahren in der Schweiz)	90
4.9 Kommentar zu den die Fallverläufe beeinflussenden Faktoren	95
4.9.1 Individuelle Faktoren	95
4.9.2 Strukturelle Faktoren der Aufnahmegesellschaft	100

5	Quantitative Resultate und Analysen	102
5.1	Veränderung des Gesundheitszustands und Integrationsverlauf 2002 bis 2006	102
5.2	Rechtlicher Status und Gesundheitsverlauf	105
5.3	Erscheinungsbilder – Symptomatik nach Geschlecht, Alter und Familienstand	108
5.4	Arbeit und Beschäftigung	110
5.5	Nutzung medizinischer / therapeutischer Angebote 2002 bis 2006	112
5.6	Betreuungssituation, Gesundheit, Integration	113
5.7	Art des Austritts, Gesundheit, Integration	118

6	Diskussion / Empfehlungen	123
	Literatur	127
	Anhang A – Leitfaden	129
	Anhang B – Erhebungsblatt	130
	Anhang C – Grenzwerte für CHI-Quadrat-Tests	132

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1	102
Tabelle 5.2	103
Tabelle 5.3	105
Tabelle 5.4	106
Tabelle 5.5	108
Tabelle 5.6	110
Tabelle 5.7	112
Tabelle 5.8	113
Tabelle 5.9	114
Tabelle 5.10	116
Tabelle 5.11	118
Tabelle 5.12	119
Tabelle 5.13	121

Vorwort von PD Dr. Mario Erdheim

In welchem Ausmaß migratorische Prozesse, besonders infolge von katastrophischen ökonomischen und kriegesischen Entwicklungen, den Menschen psychisch verletzen, wurde lange nicht wahrgenommen. Erst in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts begann man sich darüber Rechenschaft abzulegen. Eine kaum mehr überblickbare Vielzahl von Untersuchungen aus allen Weltteilen belegt heute, wie verzweifelt die Lebenssituation der von solchen Katastrophen gezeichneten Individuen ist. Hinzu kommt, daß es nicht nur um die unmittelbar Betroffenen geht, sondern, daß sich das Leiden auch auf die nächsten Generationen überträgt. Man weiß dies zwar alles, aber es wird nicht gesellschaftlich relevant. Manchmal wird es für kurze Zeit anerkannt, und in der Öffentlichkeit wird die Frage diskutiert, wie Grausamkeiten und Unmenschlichkeiten möglich gewesen sind, aber es dauert nicht lange, und diese Frage ebenso wie die gefundenen Antworten geraten wieder in Vergessenheit.

Diese Studie von Christoph Ackermann, Amr Mohamed, Daniel Stutz und Elena Wetli bezeugt eine Etappe im Kampf gegen diese Vergeßlichkeit. Sie belegt, wie das Leiden von Menschen, die im letzten Jahrzehnt in der Schweiz Zuflucht fanden, wahrgenommen, anteilnehmend behandelt und verstanden werden konnte. Sie zeigt den Standard, der möglich wäre, aber aus politischen Gründen, die sich als ökonomische verkleideten, nicht aufrecht erhalten werden konnte.

1 Einleitung / Ziele der Studie

Anlass für die vorliegende Untersuchung waren vorerst zwei verschiedene Interessen: Zum einen das Interesse des Bundesamtes für Migration (BFM) an Langzeitverläufen von Personen des Asylrechts mit psychischen Belastungen, um so weitere Grundlagen zur Empfehlung von adäquaten Massnahmen für diese Personengruppe zu erhalten. Zum andern gab es das Interesse der MitarbeiterInnen des Sozialtherapeutischen Zentrums (STZ) der Asyl-Organisation Zürich (der Nachfolge-Einrichtung des Ethnologisch-Psychologischen Zentrums EPZ) an der Frage, was wohl aus den ehemaligen KlientInnen des EPZ geworden sei und wie es ihnen seit ihrem Austritt ergangen sei.

Es ist das Verdienst von Frau Patricia Ganter Sonderegger vom BFM, diese beiden Interessen erkannt und zusammengeführt zu haben, so dass schliesslich diese Studie realisiert werden konnte.

Für die Lektüre dieses Berichtes sind ausserdem folgende Hintergrundinformationen wichtig: Das EPZ war eine von der Asyl-Organisation Zürich im Auftrag des Sozialamts des Kantons Zürich geführte Einrichtung zur stationären Betreuung von traumatisierten und psychisch belasteten Asyl Suchenden. Im Jahr 2003 erschien eine vom EPZ im Auftrag des BFM verfasste Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ, für welche viele Daten damaliger KlientInnen des EPZ aus dem Jahr 2002 erhoben und verarbeitet worden waren. Auf Ende 2004 wurde ein Teil des EPZ geschlossen und das Angebot von 100 auf 42 Plätze reduziert. Im Zuge dieser Teilschliessung mussten viele KlientInnen vorzeitig aus der Betreuung entlassen werden. Es lag daher nahe, für die Auswahl der in dieser Arbeit untersuchten Fälle zwei Gruppen zu bilden: Personen, die im Zuge dieser Teilschliessung aus der Betreuung durch das EPZ entlassen wurden, und eine zweite Gruppe von Personen, welche unabhängig von dieser Angebotsreduktion austraten.

Auf Anfang 2006 wurde auf Wunsch des kantonalen Sozialamtes das Konzept der Einrichtung verändert, und das Ethnologisch-Psychologische Zentrum wurde umgewandelt zum Sozialtherapeutischen Zentrum. Der Leistungsauftrag für das STZ wurde vom kantonalzürcherischen Sozialamt aber nicht verlängert, und so wurde das Zentrum auf Ende 2006 geschlossen.

Ziel dieser Studie ist es einerseits, Einblick zu geben in Langzeitverläufe von Personen der untersuchten Gruppe, um durch plastische Darstellung von acht konkreten Einzelfällen relevante Faktoren zu erkennen, welche die Entwicklung der Gesundheit und der Integration dieser Personen beeinflusst haben.

Andererseits wird versucht, mit quantitativen Daten, welche für drei verschiedene Zeitpunkte erhoben wurden, statistische Angaben zu machen über Langzeitverläufe dieser Personengruppe und auf diese Weise ebenfalls Tendenzen aufzuzeigen und Faktoren sichtbar zu machen, welche auf diese Verläufe einen Einfluss hatten. Die quantitativ untersuchte Gruppe umfasst 47 Personen (32 Fälle).

Für die wissenschaftliche Beratung beim Erarbeiten dieser Untersuchung möchte sich das AutorInnenteam bedanken bei Frau Dr. phil. Corina Salis Gross, Forschungsleiterin Public Health am Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich, und bei Herrn Dr. Mario Erdheim, Ethnologe und Psychoanalytiker in Zürich.

2 Kurzbeschreibung des EPZ

Zur Geschichte des EPZ

1991 wurde die Asyl-Organisation für den Kanton Zürich von der AG Behördendelegation beauftragt, ein professionelles Team aufzubauen, welches durch ambulante und stationäre Angebote die Gemeinden bei der Betreuung von Asyl Suchenden mit besonderen Schwierigkeiten unterstützt. Die in der Folge entstandene Einrichtung für traumatisierte und psychisch kranke Asyl Suchende, die im Auftrag des Kantons Zürichs geführt wurde, trug den Namen „Foyers für Asylsuchende“. 1998 wurde die Einrichtung in „Ethnologisch-Psychologisches Zentrum“ (EPZ) umbenannt. Das Angebot umfasste 100 Plätze für Asyl Suchende (bei maximal 640 Stellenprozenten). Ende 2004 reduzierte der Kanton den Leistungsauftrag und die Hälfte der Einrichtung wurde geschlossen. Ende 2005 wurde das EPZ in „Sozialtherapeutisches Zentrum“ (STZ) umbenannt, es wurden noch 42 Plätze (bei 280 Stellenprozenten) angeboten. Auf Ende Dezember 2006 wurde auch dieses restliche Angebot geschlossen.

Zielgruppe

Die Zielgruppe waren Personen mit Status N oder F (Asyl Suchende und vorläufig Aufgenommene) mit psychischen oder sozialen, migrationsbedingten Schwierigkeiten (z.B. posttraumatischen Störungen und Retraumatisierungen, psychische Krankheiten und Persönlichkeitsstörungen, migrationsbedingte Krisen, polyvalente diffuse Störungen, Gewalt in der Familie, psychosomatische Beschwerden), welche die Betreuungsmöglichkeiten der üblichen Angebote im Asyl-, Sozial- und Psychiatriebereich überforderten oder dort keine ihnen entsprechende Hilfe erhielten.

Aufgenommen wurden Asyl Suchende, die ihren Alltag selbständig bewältigen konnten, nicht pflegebedürftig waren, aber eine spezifischere und intensivere, ihrem Migrationshintergrund entsprechende Betreuung brauchten. Eine Besonderheit des Angebotes war, dass nebst Einzelpersonen auch Familien (darunter auch allein erziehende Frauen) aufgenommen wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der betreuten Einzelpersonen und Familien betrug ca. drei Jahre.

Das Angebot

Für die genannte Zielgruppe wurden 100 (ab 2005: 42) Plätze zur therapeutischen Begleitung angeboten, allfällige Sozialhilfe miteingeschlossen. Die Fachpersonen arbeiteten vor Ort, die Büros befanden sich im untersten Geschoss der Wohnhäuser der Klientel. Tagesstrukturen (Deutschkurse, Beschäftigungsprogramme) wurden extern organisiert. Die KlientInnen wohnten in Wohngruppen in 3- oder 4-Zimmer-Wohnungen, verteilt auf drei Wohnhäuser in Zürich (bzw. ab 2005 in einem Wohnhaus). Für Einzelpersonen stand jeweils ein Zimmer zur Verfügung.

Die Betreuung wurde von einem Fachteam bestehend aus EthnologInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen gewährleistet. Das EPZ arbeitete eng mit anderen Fachstellen aus der Psychiatrie, Medizin und dem Sozialbereich zusammen.

Die Struktur des EPZ war in sich niederschwellig. Nach einer Aufnahme ins EPZ (nach erfolgten Vorabklärungen und Vorgesprächen mit den Asyl Suchenden) war die Präsenz der Fachpersonen vor Ort von Montag bis Freitag zu Bürozeiten gewährleistet. Dank des offenen Settings waren (telefonische) Anmeldungen nicht notwendig, soziale und kommunikative Barrieren waren so weitgehend ausgeschaltet.

Der ethnopsychologische Ansatz

Die therapeutische Begleitung der KlientInnen wurde von den Fachpersonen des EPZ nach einem eigens für diese Aufgabe entwickelten ethnopsychologischen Konzept gewährleistet. Dabei kamen Ansätze aus Ethnologie, Psychologie, Psychoanalyse und Ethnopsychanalyse zur Anwendung. Dieser Ansatz kann im Rahmen dieser Studie nur kurz skizziert werden (für weitere Ausführungen vgl. Ackermann et al. 2003, S. 40-51 sowie die Publikationen des EPZ).

Grundlegend für die Betreuungsarbeit im EPZ war der Aufbau und die Aufrechterhaltung von tragfähigen Beziehungen zu den KlientInnen. Da ein Zeichen einer Traumatisierung die Zerstörung des Vertrauens in die sozialen Beziehungen ist, ist oft ein über lange Zeit hinweg konstanter Bezugsrahmen nötig, damit sich überhaupt eine Vertrauensbeziehung entwickeln kann. Durch dieses Beziehungsangebot wurde versucht, das Grundvertrauen wieder herzustellen und die Erfahrung zu vermitteln, dass die Welt berechenbar ist.

Der Aufbau der therapeutischen Beziehungen geschah im EPZ durch im Alltag integrierte Gesprächs“räume“. Die Gespräche und Begegnungen mit den KlientInnen knüpften primär am Alltäglichen an, wie z.B. an Budgetauszahlungen, Gesundheitsproblemen, Problemen mit dem Aufenthaltsstatus, Arbeitssuche, Konflikten mit Wohnungsnachbarn, Schulfragen usw.

Diese lebensweltbezogene Verstehens- und Herangehensweise, der Zugang über den Alltag, die Präsenz der FachmitarbeiterInnen an Ort und Stelle und die „an“teilnehmende Beobachtung sind Methoden der Ethnologie, die im EPZ in die Praxis umgesetzt wurden. Ethnopsychologisch heisst in diesem Sinne: Wahrnehmen, verstehen, sich einlassen auf das Fremde, Anteil nehmen, Zeuge sein des Alltags und der Geschichten, der Vergangenheit und der Gegenwart der Asyl Suchenden, sowie deren Leiden und Ressourcen. Dabei steht nicht allgemeines, abrufbares Wissen über spezifische Kulturen im Vordergrund, sondern das Individuum in seinen lebens- und migrationsgeschichtlichen Zusammenhängen, die erst über die therapeutische Beziehung erfahrbar werden.

Der Gruppe als Betreuungsinstrument kam im EPZ eine zentrale Bedeutung zu. Die Fachpersonen übernahmen als Gruppe einerseits eine Haltefunktion. Andererseits konnte durch die Reflexion in der Gruppe (Super- und Intervision) etwa eine drohende „Ansteckung“ des Traumas (stellvertretende Traumatisierung) erkannt und thematisiert werden.

Das EPZ wurde als Übergangsraum in verschiedenster Weise verstanden: als Schonraum, als Ort, der Sicherheit und Halt bietet, als ein potentieller Raum, wo es möglich ist, neue Handlungsspielräume zu entdecken, als Ort wo der Anschluss der Vergangenheit an die Gegenwart erprobt werden kann und vielleicht zu etwas Neuem, Drittem führt.

3 Vorgehen / Methodik

3.1 Wahl der Methodik

Bei der Studie handelt es sich um eine Längsschnitt-Untersuchung (Panel-Studie): mit denselben Methoden wurden dieselben Personen zu mehreren Zeitpunkten untersucht. Dadurch wurde es möglich, Verlaufs- und Entwicklungsprozesse zu untersuchen.

Die Daten wurden zu drei Zeitpunkten erhoben: der Zeitpunkt der Datenerhebung für die Studie *Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ* (September 2002), der Zeitpunkt des Austrittes aus dem EPZ (zwischen 2003-2005) und der aktuelle Zeitpunkt (September 2006).

Nebst vorwiegend qualitativer Methoden – die dem explorativen Charakter der Studie Rechnung tragen – wurden auch quantitative Methoden gewählt, um die Hypothesen, die im deskriptiven Teil gewonnen wurden, anhand eines grösseren Samples zu überprüfen und allgemeine Merkmale und Korrelationen zu eruieren.

3.2 Population

Für den qualitativen Teil:

Die qualitative Analyse beinhaltet acht exemplarische Fälle (15 Personen): Vier Fälle wurden auf Grund der Angebotsreduktion im Dezember 2004 aus der Betreuung des EPZ entlassen, die anderen vier traten in den Jahren 2003 bis 2004 mit Zustimmung des EPZ aus.

Die Gruppe beinhaltet sechs Fälle, welche in der Studie *Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ* (2003) mittels Verlaufsbeschreibungen untersucht wurden. Weitere zwei Fälle wurden aufgrund ihres Familienstandes und ihre Geschlechts ausgewählt. Das Sample umfasste schliesslich drei Familien, zwei allein stehende Frauen, eine allein stehende Frau mit Kind sowie zwei allein stehende Männer.

Für den quantitativen Teil:

Die Erhebungseinheit, die der Population der katamnestischen Studie zu Grunde liegt, umfasst sämtliche KlientInnen, die im Jahr 2002, dem Zeitpunkt der ersten Studie, vom EPZ betreut wurden (n=119).

Ausgeschlossen wurden folgende Personen: Personen, die ausgereist / verschwunden sind; Personen die erst kürzlich – d.h. im Jahr 2006 – ausgetreten waren und bei denen deshalb eine katamnestische Untersuchung nicht möglich war; Personen, die als MediatorInnen im EPZ waren. Die Anzahl der untersuchten Personen reduzierte sich so auf 47 (32 Fälle).

Bei 16 der 32 Fälle (27 Personen) handelt es sich um KlientInnen, welche auf Grund der Angebotsreduktion im Dezember 2004 aus der Betreuung durch das EPZ entlassen wurden. Darunter waren 12 Personen, bei denen ein Austritt mit Zustimmung des EPZ bereits vorgesehen war. Bei den anderen 16 Fällen (20 Personen) handelt es sich um KlientInnen, die von der Teilschliessung nicht betroffen waren und die zwischen 2003 und 2005 mit (18 Personen) oder ohne (2 Personen) Zustimmung des EPZ austraten.

Um die spezifischen Gesundheitsprobleme und Bedürfnisse von Frauen und Männern, aber auch von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu analysieren, wurde sowohl eine geschlechts- wie auch eine altersspezifische Unterteilung vorgenommen.

3.3 Verfahren

Qualitative Erhebung und Auswertung

Der qualitative Teil umfasste die Erhebung der Selbsteinschätzung und der Fremdeinschätzung. Befragt wurden die ehemaligen KlientInnen sowie die aktuell zuständigen Fachpersonen (SozialberaterInnen, Ärztinnen, eine Pflegefachfrau, eine Beiständin, eine Pflegemutter, ein Mediator). In die Fallverläufe einbezogen wurde auch die Einschätzung des Sozialtherapeutischen Zentrums.

Die Datenerhebung bei den ehemaligen KlientInnen wurde mittels semi-strukturierter Interviews durchgeführt (vgl. Anhang). Der aktuelle Wohnort der Leute wurde, sofern nicht bekannt, über die kantonalen Behörden in Erfahrung gebracht. Die

Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch oder schriftlich. Alle angefragten Personen erklärten sich zu einem Gespräch bereit. Einer der Klienten konnte nicht angefragt werden, da er untergetaucht war. In diesem Fall wurde lediglich die Fremdeinschätzung erhoben. Eine Person gab die Zusage für ein Gespräch, erschien jedoch nicht zum verabredeten Termin und war später nicht mehr erreichbar. Die Interviews fanden entweder im Büro der ehemaligen BetreuerInnen oder in der Wohnung der KlientInnen statt. Die Gespräche dauerten zwischen 1-2 Stunden.

Die Datenerhebung bei den aktuell zuständigen Fachpersonen erfolgte durch offene Fragen zur gesundheitlichen Entwicklung und dem Verlauf der Integration.

Bei der Aufarbeitung der Fallstudien wurden die Akten des EPZ (Aktennotizen, Dokumente, die Studie *Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ*, 2003) hinzugezogen.

Quantitative Erhebung und Auswertung

Für die Daten der ersten beiden Zeitpunkte konnte auf die Akten des EPZ zurückgegriffen werden. Für den heutigen Stand wurden die aktuell zuständigen Stellen befragt. Der quantitative Teil umfasst die Erhebung der Fremdeinschätzung der aktuell zuständigen SozialberaterInnen. Jene Personen, die mittlerweile ohne Betreuung leben, wurden direkt befragt (Selbsteinschätzung). Die Datenerhebung wurde mittels strukturiertem Fragebogen durchgeführt (vgl. Anhang). Erfasst wurde unter anderem der Gesundheitszustand (allgemeiner Gesundheitszustand, Symptomatik), die Nutzung der Betreuungs- und Medizinsysteme, die Angemessenheit der Betreuungssituation sowie der Verlauf der Integration (Status, Arbeit und Beschäftigung, Deutschkenntnisse, soziale Netzwerke). Die Interviews dauerten zwischen einer halben bis zu einer Stunde.

Folgende sich auf Klientinnen und Klienten beziehende Daten wurden statistisch ausgewertet:

- Herkunft, Alter, Geschlecht, Familienstand
- Aufenthaltsdauer im EPZ/STZ
- Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder
- Nutzung der Medizin- und Betreuungssysteme
- Erwerbstätigkeit und Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen
- Anzahl und Dauer von Klinikaufenthalten
- IV-Bezüge resp. -anmeldungen
- Deutschkenntnisse

- Wohnsituation, Betreuungssituation
- Veränderung des Gesundheitsstands, Prognose und Integrationsverlauf

(Vgl. *Erhebungsblatt* im Anhang). Grundlage dieser Erhebungen waren monatliche Belegungsstatistiken, KlientInnendossiers, Daten aus dem Krankenkassenwesen usw.

Zum Nachweis von Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Merkmalen gelangten Chi-Quadrat-Tests zur Anwendung. Untersucht wird jeweils die Nullhypothesen, ob zwei Merkmale stochastisch voneinander unabhängig sind. Wird diese mit hinreichendem Signifikanzniveau verworfen, so kann mit tiefer Irrtumswahrscheinlichkeit von einem Zusammenhang zwischen den Merkmalen ausgegangen werden. – Die Tests geben keine Hinweise auf kausale Zusammenhänge.

Die quantitativen Erhebungen (deskriptive Statistiken) wurden jeweils mit Kommentaren ergänzt. Da die Qualität der Daten statistisch in Bezug auf Verlässlichkeit, Homogenität und Validität nicht gesichert ist und zusätzlicher Erhebungen bedürfte, sind die quantitativen Aussagen ergänzt durch einen qualitativen Teil.

3.4 Validität

Die Studie weist eine hohe interne Validität auf. Aufgrund des Hintergrundwissens und der langjährigen Beziehungen der InterviewerInnen zu den Befragten konnten die Aussagen der GesprächsteilnehmerInnen kontextualisiert werden und ein Einblick in die komplexen Lebenszusammenhänge der Betroffenen gewonnen werden. Die Nachvollziehbarkeit durch die transparente analytische Problemerkfassung gilt als weiteres Gütekriterium.

Notwendige Bedingungen für die Validität der Ergebnisse waren die wissenschaftliche Begleitung der Studie durch externe Fachpersonen, Super- und Intervision sowie genügend gute Beziehungen der ForscherInnen zu den InformantInnen.

Die Aussagekraft der Studie ist auf die untersuchte Gruppe beschränkt. Da es sich um Menschen mit hoher Vulnerabilität handelt, sind die Resultate der Studie nicht repräsentativ und können nicht ohne weiteres auf andere MigrantInnen / MigrantInnengruppen übertragen werden. Die externe Validität ist somit, wie bei allen explorativen Studien, eher gering.

4 Qualitative Beschreibung von acht exemplarischen Fallverläufen

Um die Lesbarkeit zu verbessern und Vergleiche zu erleichtern, sind die folgenden Verlaufsbeschreibungen alle in der gleichen Gliederung aufgebaut: Auf ein kurzes Abstract folgt die Beschreibung der Vorgeschichte, des Verlaufs im EPZ und des Verlaufs seit Austritt (aus der Sicht der KlientInnen, aus der Sicht weiterer involvierter Personen, aus der Sicht des STZ). Anschliessend wird die gesundheitliche Entwicklung und der Verlauf der Integration kommentiert. Zum Schluss werden jeweils Faktoren aufgelistet, welche den Fallverlauf beeinflusst haben.

4.1 Verlaufsstudie Frau G. (30-jährige Frau aus Somalia, seit elf Jahren in der Schweiz)

Abstract

Frau G. ist eine heute 30-jährige Frau aus Somalia, die vor elf Jahren in die Schweiz kam und hier seither vorläufig aufgenommen ist. Nach gut zwei Jahren in der Schweiz wurde sie auffällig und war in den üblichen Asyl-Strukturen nicht länger tragbar. In der Folge wurde sie während mehr als fünf Jahren durch das EPZ betreut. Sie entwickelte eine schwere psychische Krankheit, die sich immer mehr chronifizierte. Heute ist sie IV-Rentnerin, hat eine Beiständin und lebt abwechslungsweise in einer psychiatrischen Klinik oder in betreuten Wohneinrichtungen.

Vorgeschichte

Frau G. wuchs in ihrem Herkunftsland in einer mittelständischen Familie auf. Ihre Mutter war Krankenschwester, der Vater Polizist. In ihrer Jugendzeit erlebte sie den Bürgerkrieg und war schwer traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt. So wurde sie einmal beschossen, als sie mit ihrer jüngeren Schwester unterwegs war. Ihre Schwester wurde getroffen, blutete stark und verlor das Bewusstsein. Ihre Schwester tragend, rannte Frau G. in Todesangst an einen geschützten Platz, während das Blut der leblosen Schwester über sie strömte und sie nicht mehr unterscheiden konnte, ob das Blut von ihr oder ihrer Schwester stammte. Später wurde sie zudem noch Opfer sexueller Gewalt, was sich in ihrer Erinnerung im Nachhinein mit der als Mädchen erlittenen Genitalverstümmelung (Beschnei-

dung) vermischte. Über all diese Ereignisse konnte sie lange Zeit nicht sprechen, und dann nur bruchstückhaft und verwirrend, wie Sequenzen aus einem Alptraum.

Mit 19 Jahren kam sie in die Schweiz und stellte ein Asylgesuch, wenige Monate nachher wurde sie vorläufig aufgenommen, nicht aber als Flüchtling anerkannt. Ihren jüngeren Bruder, der ebenfalls in die Schweiz gekommen war, lehnte sie ab und hatte nur wenig Kontakt mit ihm. Sie lernte schnell Deutsch und teilweise sogar noch andere, im Durchgangszentrum und in der Unterkunft der Gemeinde, in der sie anschliessend wohnte, gängige Sprachen wie Albanisch und Serbokroatisch. Dank ihrer kontaktfreudigen und fröhlichen Art war sie allgemein beliebt, bis sie – jeweils nachdem sie Alkohol getrunken hatte – aggressive Ausbrüche entwickelte, bei denen sie MitbewohnerInnen bedrohte und Treppengeländer, Fenster und Türen der Asyl-Unterkunft zerstörte. So wurde sie schliesslich für diese Gemeinde untragbar und kam, zweieinhalb Jahre nach ihrer Ankunft in der Schweiz, ins EPZ.

Verlauf im EPZ

Frau G. wurde fünfeinhalb Jahre vom EPZ betreut, anfänglich stationär, später dann ambulant, während sie in verschiedenen Wohnformen extern lebte (Personalzimmer eines Hotels, Privatunterkünfte, Kliniken, Wohngruppen).

Anfänglich war Frau G. recht stabil, liess sich auf die Betreuung ein und fühlte sich auch unterstützt. Zwar hatte sie auch hier manchmal Konflikte mit MitbewohnerInnen und aggressive Ausbrüche, meistens nach Alkohol-Konsum, aber dank der Betreuung konnten die Konflikte immer wieder entschärft und die Situation beruhigt werden. Frau G. konnte sich jeweils an ihre Ausbrüche praktisch nicht mehr erinnern und gab ihren MitbewohnerInnen die Schuld für die Schwierigkeiten beim Zusammenleben. Mit der Zeit problematisierte sie selber ihren Alkohol-Konsum und sah darin einen Grund für ihre Ausfälle. Ihr Verhalten und auch ihr Erleben während und nach diesen Ausbrüchen wirkten zunehmend psychotisch. Für eine Psychotherapie liess sie sich nicht motivieren.

Überraschend fand sie eine Stelle als Zimmermädchen in einem grossen Hotel und zog dort in ein Personalzimmer. Mit grossem Elan arbeitete sie mehrere Monate, und ihre Vorgesetzten waren höchst zufrieden und des Lobes voll über ihre Arbeitsleistung. Eines Tages sei sie jedoch völlig verändert gewesen, sei wahllos in Zimmer gegangen und habe dort die entsetzten Gäste angerempelt und unflätig beschimpft. Das Fünf-Sterne-Haus

kündigte ihr fristlos, nicht ohne den Verlust der sonst so geschätzten Arbeitskraft ausdrücklich zu bedauern.

Frau G. entschloss sich zu einer Behandlung mit Antabus, obwohl ihr Alkohol-Konsum nur sporadisch war, etwa alle ein- bis zwei Wochen, und sie dann jeweils nur relativ geringe Mengen trank. Doch auch dieser Versuch verhinderte nicht, dass Frau G. eine weitere Arbeitsstelle nach kurzer Zeit wieder verlor und sich ihr psychischer Zustand zunehmend verschlechterte. Waren psychotische Anteile vorher nur bei ihren Ausbrüchen zu erkennen gewesen, so wurden nun wahnhaftige Vorstellungen und Ängste immer häufiger. Sie verlor immer mehr persönliche Gegenstände und wirkte zunehmend verwahrlost.

Für Frau G. war das EPZ ein Schutz- und Rückzugsraum, den sie mit der Hilfe der Betreuer trotz immer brüchiger werdender Realitätswahrnehmung eine Zeit lang weiter erhalten konnte. In den Gesprächen mit den Betreuern verloren die beängstigenden Wahnvorstellungen etwas von ihrem Schrecken. Die Konstanz und Präsenz der Betreuer stellte so etwas dar wie ein fester Boden inmitten der zusammenbrechenden subjektiven Realität.

Die Grenzen der Belastbarkeit dieses Rahmens wurden aber erreicht, als die Ausbrüche von Frau G. für die MitbewohnerInnen des Hauses bedrohlich wurden, zumal sie sich auch in Zeiten ereigneten, in denen keine Betreuungspersonen anwesend waren. So zertrümmerte sie einmal mitten in der Nacht mit einem schweren Feuerlöscher die Wohnungstüre einer über ihrem Zimmer wohnenden Familie, was diese und insbesondere deren Kinder natürlich in Angst und Schrecken versetzte. Am nächsten Tag erinnerte sich Frau G. nur noch sehr bruchstückhaft an die Geschehnisse und war sich ihrer Bedrohlichkeit keineswegs bewusst, sondern wähnte sich in einer Notwehr-Situation. Frau G. musste in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, wo sie längere Zeit stationär behandelt wurde. Der Behandlungserfolg blieb aber begrenzt, und es wurde klar, dass Frau G. auch nach ihrem Klinikaustritt einen engmaschiger betreuten Rahmen brauchen würde und nicht mehr in einem Haus des EPZ untergebracht werden könnte.

In der Folge wurde Frau G. weiterhin ambulant durch das EPZ betreut. Der Betreuer übernahm eine koordinierende Funktion für die involvierten Institutionen und Privatpersonen. Für Frau G. blieb er eine wichtige Ansprech- und Bezugsperson, die Kontinuität vermittelte und immer wieder versuchte, die Bruchstücke ihres Lebens miteinander in Verbindung zu bringen, damit nicht alle Zusammenhänge verloren gingen. Dadurch konnte das Chaos in der äusseren Realität von Frau G. eingedämmt und der völligen (inneren und äusseren) Desintegration entgegengewirkt werden.

Frau G. unternahm noch weitere Versuche, ausserhalb eines institutionellen Rahmens zu leben, die aber nach wenigen Wochen oder Monaten scheiterten und zu weiteren Klinik-Aufenthalten führten. Einmal wohnte sie bei der Familie ihres inzwischen mit einer Schweizerin verheirateten und Vater gewordenen Bruders, ein anderes Mal lebte sie in der Wohnung eines Freundes, mit dem sie versuchte, eine Beziehung einzugehen. Immer wieder wurde sie von Ängsten und teils wahnhaften Vorstellungen überwältigt, die zu aggressiven Ausbrüchen führten, welche diese nicht-institutionellen Rahmen sprengten und Frau G. und die anderen Beteiligten hilflos und überfordert zurückliessen.

Nach längerer Suche fand der Betreuer des EPZ eine Einrichtung, die Frau G. aufnahm, und wo ihr auch eine ihr angepasste minimale Tagesstruktur angeboten werden konnte. Die ambulante Betreuung durch das EPZ lief weiter. So konnte Frau G. während mehr als einem Jahr in einer sozial und gesundheitlich stabileren Verfassung leben, und eine weitere Desintegration blieb aus. Doch auch hier kam der Moment, an dem diese Einrichtung durch aggressive Ausbrüche von Frau G. überfordert war und sie nicht weiter tragen konnte. Wieder wurde sie per FFE in eine Klinik eingewiesen, wo sie monatelang blieb, da es wegen ihrer Symptomatik sehr schwierig war, eine für sie geeignete Einrichtung ausserhalb der Klinik zu finden. Ein vom Betreuer des EPZ vor längerer Zeit eingereichter IV-Antrag wurde inzwischen gutgeheissen, was die Chancen bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung etwas erhöhten. Doch Frau G. wollte nicht länger warten und trat gegen alle Empfehlungen aus der Klinik aus. Da verweigerte die zuständige kantonale Behörde jede weitere Kostengutsprache für eine so genannte Sonderunterbringung von Frau G. und platzierte sie in einem neben dem Flughafengefängnis gelegenen so genannten Minimalzentrum. Die weitere ambulante Betreuung durch das EPZ war dadurch unmöglich geworden, da auch die Fallverantwortung von der kantonalen Behörde an dieses Minimalzentrum übertragen worden war.

(Eine Beschreibung des Fallverlaufs bei Frau G. im EPZ findet sich auch in der vom BFF in Auftrag gegebenen Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ. 2003, S. 142-148.)

Verlauf seit Austritt aus dem EPZ

Bevor die verschiedenen Sichtweisen auf den Verlauf dargestellt werden, sollen hier kurz die äusseren Stationen chronologisch benannt werden.

Nach ihrem Austritt aus dem EPZ im Februar 2004 war Frau G. während sechzehn Monaten in der erwähnten Notschlafstelle beim Flughafen untergebracht. Sie lebte dort ohne fachliche Betreuung als einzige Frau zusammen mit meist delinquenten, z.T. auch gewalttätigen Männern, hatte allerdings ein eigenes Zimmer zur Verfügung. Sie wurde in dieser Zeit manchmal von MitarbeiterInnen des EPZ an einem belebten Platz in Zürich gesehen, der auch von Alkoholikern, Junkies und Obdachlosen häufig frequentiert wird. Von den MitarbeiterInnen des EPZ wurde sie da jeweils als verwahrlost, manchmal verwirrt und sozial desintegriert wahrgenommen. In diesen sechzehn Monaten wurde sie ca. zehn Mal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert.

Im Juni 2005 wurde die Fallführung direkt von der kantonalen Behörde übernommen. Frau G. lebte dann ein Jahr in einer psychiatrischen Klinik, davon etwa sechs Monate in einer Aussenwohngruppe der Klinik.

Im Juni 2006 fand der Sozialdienst der Klinik ein Wohnheim für Frau G., aus dem sie aber nach drei Monaten wegen „verschiedenen Verstössen gegen die Hausordnung“ wieder ausgeschlossen wurde. Seither lebt Frau G. wieder in der Klinik.

Frau G. hat seit Dezember 2005 eine von der Vormundschaftsbehörde bestellte Beiständin.

Aus der Sicht der Klientin

Zum Kontext: Der ehemalige Betreuer des EPZ kontaktierte Frau G. telefonisch in der Klinik und fragte sie, ob sie bereit wäre, mit ihm ein Gespräch zu führen darüber, wie es ihr ergangen sei seit ihrem Austritt aus dem EPZ. Sie war sofort einverstanden und der Betreuer vereinbarte mit ihr einen Termin, an dem er sie in der Klinik besuchen werde. Frau G. freute sich offensichtlich über den Besuch des ehemaligen Betreuers, den sie seit mehr als zweieinhalb Jahren nicht mehr gesehen hatte. Vom Pflegepersonal wurde ein Aufenthaltsraum zur Verfügung gestellt, in dem der Betreuer und Frau G. ungestört miteinander sprechen konnten.

Das Gespräch mit Frau G. ist sehr lebendig, aber nicht immer einfach nachzuvollziehen, da Frau G. Themen und Schauplätze häufig unvermittelt wechselt. Der Betreuer gewinnt den Eindruck, dass Frau G. nebst in der auch von Anderen wahrgenommenen Welt gleichzeitig in einer parallelen Welt lebt, deren Realität aber nur von ihr erlebt wird. Der Bezug zu der auch von Anderen geteilten Realität ist dabei aber nicht verloren, sondern besteht weiter.

Sie erzählt, dass sie aus dem Wohnheim ausgeschlossen worden sei, nur weil sie einmal einen Arzt-Termin nicht rechtzeitig wahrgenommen habe. Unmittelbar darauf sagt sie, dass sie ins Herz eines alten Mannes gefahren sei, was ganz schrecklich gewesen sei. Über den verpassten Arzt-Termin kommt sie mit dem Betreuer auf das Thema ihrer Medikamente zu sprechen. Sie ist überzeugt, dass die Medikamente ihr schaden würden. Schon 60 Mal habe sie eine Depotspritze bekommen, jetzt müsse sie glücklicherweise nur noch eine halbe Tablette schlucken. „Wenn ich die Medikamente regelmässig nehme, dann geht es nicht.“ Und dann: „Gott blutete.“

Wenn sie Medikamente nehme, bekomme sie ein Loch im Kopf, der Schädel sei dann offen, und das Herz und der Kopf würden wegen der Medikamente zu stinken beginnen. Sie furze dann aus ihrer Öffnung am Kopf, der Gestank sei fürchterlich. Engel würden dann kommen und sagen: „This girl needs god!“

Die Rede kommt auf die Ärzte, die sagten, dass sie eine Schizophrenie habe. Das sei langweilig, das sage doch überhaupt nichts darüber, was mit ihr passiere, und es habe auch nichts zu tun mit dem, was sie erlebe. Sie habe nur ein Problem mit diesem göttlichen Ding.

Der Betreuer fragt sie nach ihren sozialen Kontakten und ihrer Familie. Sie erzählt, dass ihr Bruder von seiner ersten Frau geschieden sei und jetzt eine Asiatin geheiratet habe, mit der er schon wieder ein Kind habe. Sie habe ihn davon abbringen wollen, doch er habe nicht auf sie gehört. Jetzt habe sie keinen Kontakt mehr mit ihm. Sie spricht sehr verächtlich über ihn, weiss aber, dass er Kontakt zu ihrer Mutter in Somalia hat und ihr regelmässig Geld schickt. Das beruhige sie sehr, da sie nicht in der Lage sei, ihre Mutter zu unterstützen und nicht einmal das Geld habe, um mit ihr zu telefonieren.

Regelmässigen Kontakt habe sie mit der Ex-Frau ihres Bruders und deren zwei Kindern. Mit einer Tante in England telefoniere sie gelegentlich. Einen Freund habe sie nicht, wolle auch keine Beziehung zu einem Mann. Sie habe da dieses Priester-Problem, ein Problem mit dem „Holy-Spirit“. „Und“, sagt sie, „ich bin nicht Frau und nicht Mann.“ Das sei einfach so, sie könne das nicht weiter erklären.

Der Betreuer möchte wissen, wie sie sich ihre Zukunft vorstelle, ob sie eine Idee habe, wie sie in ein paar Jahren leben werde. Er ist überrascht, als Frau G. ihm klar und dezidiert antwortet, dass sie überhaupt nicht an die Zukunft denken könne, solange sie nicht ein offizielles Papier bekommen habe, auf dem stehe, dass sie in der Schweiz bleiben dürfe. Ohne das sehe sie in der Zukunft nichts, sei da alles nur schwarz. Jetzt heiße es ja: „Sie sind ein Gast-Asylant hier, wenn Ihnen das nicht genug ist, können Sie ja gehen.“ Wenn sie eine Aufenthaltsbewilligung hätte, dann könnte sie „etwas egoistischer sein“, dann könnte sie an ihre Zukunft zu denken beginnen.

Das Gespräch kommt auch noch auf die Zeit, in der Frau G. in einem Haus des EPZ gelebt hatte. Die Betreuer seien gut gewesen und hätten sich um sie gekümmert, für sie seien sie „unsterblich“. Aber die anderen BewohnerInnen des Hauses seien schlecht gewesen, hätten ihr übel mitgespielt, sie bei den Betreuern verleumdet und unwahre Geschichten über sie erzählt. Vielleicht weil sie keine Europäerin sei, hätten die Betreuer den anderen Hausbewohnern geglaubt und sich gegen sie gewendet. Doch insgesamt habe es ihr im EPZ gut gefallen. Wenn der Betreuer nicht gesagt hätte, dass sie gehen müsse, wäre sie „ewig dort geblieben“.

Nach etwas mehr als einer Stunde beendet der Betreuer das Gespräch. Frau G. ist sofort damit einverstanden, dass er zu einem späteren Zeitpunkt auch noch mit den behandelnden Ärzten spricht, obwohl sie nicht viel von deren Ansichten hält. Sie lässt es sich nicht nehmen, den Betreuer zum Abschied bis zum Ende des Klinik-Areals zu begleiten, und lässt Grüsse ausrichten an alle BetreuerInnen des EPZ, die sie noch kennt und die sie namentlich anführt.

Aus der Sicht des behandelnden Oberarztes

Der für Frau G. zuständige Oberarzt der Klinik kennt sie seit ca. zweieinhalb Jahren und hat in dieser Zeit ihre häufigen Klinik-Ein- und Austritte miterlebt. Er schätzt, dass sie seither etwa einen Drittel der Zeit stationär behandelt wurde und etwa zu zwei Dritteln in der Aussenwohngruppe der Klinik lebte.

Diagnostisch möchte er sich nicht festlegen. 2004 sei ein „Verdacht auf paranoide Schizophrenie“ und „Alkohol-Abusus“ konstatiert worden, doch die Frage nach der genauen Diagnose finde er eher akademisch.

Die richtige Medikation für Frau G. zu finden sei schwierig, da sie generell allen Medikamenten gegenüber negativ eingestellt sei, insbesondere auch gegen die Depot-Medikamente, die gespritzt werden müssen. So werde nun versucht, sie mit Hilfe eines über mehrere Tage wirkenden, oral einzunehmenden Neuroleptikums zu stabilisieren. Da sie so nur zweimal pro Woche eine Tablette schlucken müsse, erhoffe er sich eine verbesserte Compliance bei der Behandlung.

Die grösste Schwierigkeit findet er, einen für Frau G. geeigneten Platz zu finden mit einem Umfeld, das sie leben lasse und doch Struktur gebe. Alleine leben werde sie sehr wahrscheinlich auch in Zukunft nicht können, sie brauche einen Lebensrahmen, der ihr Struktur und Förderung biete, da sonst die Gefahr der Verwahrlosung drohe. Ihre Coping-Strategien seien begrenzt und ihr Griff zum Alkohol erschwere jeweils immer wieder Vieles. In der Zukunft sieht er sie am ehesten in einer therapeutischen Wohngruppe „mit Toleranz“, wo eine „wohlwollende Begleitung“ gewährleistet wäre. Sie brauche einen Schutzraum. Auch an einem solchen Ort würde es Höhen und Tiefen geben, doch wenn dort eine Beziehung zu ihr aufgebaut werden könnte, wäre darauf basierend eine weitere Entwicklung vorstellbar. Dass Frau G. künftig stabile Freundschafts- oder Liebesbeziehungen eingehen könne, sieht er als eher unwahrscheinlich an.

Wenn man Frau G. etwas Gutes tun wolle, sollte geschaut werden, dass sie einen geregelten Aufenthalts-Status bekomme. Der Oberarzt findet, dass damit ihre Prognose wesentlich verbessert werden könnte. Frau G. habe ein feines Gespür für Akzeptanz oder Ablehnung und reagiere sehr sensibel auf entsprechende Veränderungen.

Aus der Sicht der Beiständin

Veranlasst durch den Sozialdienst der psychiatrischen Klinik ernannte die Vormundschaftsbehörde vor einem Jahr für Frau G. eine Beiständin. – Sie sei zu Beginn einigermaßen entsetzt gewesen, wie wenig sich die fallführende kantonale Stelle bisher um die Belange von Frau G. gekümmert habe. So sei z.B. ihr gesetzlicher Wohnsitz unklar gewesen, und es habe ihr viel Aufwand gekostet, bis sie diesen an der Adresse des Sozialzentrums, in dem sie arbeitet, einrichten konnte.

Die Beiständin empfindet die auch für die materielle Hilfe zuständige kantonale Stelle als bürokratisch und kleinlich, was eine positive Entwicklung von Frau G. zusätzlich erschwere. Sie hofft, dass Frau G. durch die von ihr beantragten Zusatzleistungen zur IV-Rente bald von der Sozialhilfe und damit auch von dieser kantonalen Stelle unabhängig

werden könne, und dass damit sie als Beiständin auch freiere Hand bei der Suche nach geeigneten Lösungen für Frau G. bekäme.

Aber auch dann werde es nicht einfach sein, eine „differenzierte Platzierung“ zu machen, d.h. einen Ort zu finden, an dem Frau G. ausserhalb der Klinik adäquat betreut leben könnte. Den richtigen Platz für Frau G. werde es wahrscheinlich nicht ein für alle Mal geben, und so werde ihr wohl auch die Arbeit mit Frau G. nicht ausgehen.

Aus der Sicht des STZ

Vergleicht man den Verlauf seit Austritt aus dem EPZ mit der in der Studie von 2003 gemachten Prognose, so fällt zunächst auf, dass die gesundheitliche Entwicklung von Frau G. negativer verlaufen ist als prognostiziert. Zwar wurde schon 2003 ausgeschlossen, dass Frau G. künftig selbständig und unabhängig leben könnte, doch wurde auf Grund ihres jugendlichen Alters „ein grosser Spielraum an Entwicklungsmöglichkeiten“ gesehen (S. 148). Zu diesem Zeitpunkt wurde aber auch davon ausgegangen, dass für Frau G. nebst der medizinisch-psychiatrischen Hilfe auch eine angemessene sozialtherapeutische Begleitung gewährleistet sein würde. Dies war aber nicht der Fall. Als die kantonale Behörde im Februar 2004 die Platzierung von Frau G. in einem Minimalzentrum verfügte und eine weitere Sonderunterbringung verweigerte, wurde damit eine angemessene Betreuung und Begleitung von Frau G. verunmöglicht.

Für den weiteren Verlauf hatte das negative Konsequenzen. Da Frau G. während dieser Zeit wie eine renitente oder kriminell gewordene Asyl Suchende behandelt wurde, wurde ihre soziale Desintegration gefördert und verstärkt, und der Chronifizierung ihrer psychischen Krankheit wurde Vorschub geleistet. In diesem Umfeld war Frau G. verstärkt retraumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt, ein Umstand, der in Kenntnis ihrer Vorgeschichte möglichst hätte vermieden werden müssen. Die Chancen für eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation wurden damit auf lange Sicht deutlich reduziert.

Während dieser Phase existierte keine Form von Case-Management mehr, d.h. es gab keine Fachperson mehr, die die Geschichte und den Fallverlauf bei Frau G. kannte, und die eine koordinierende und vermittelnde Funktion für die in den Fall involvierten Stellen und Personen hätte ausüben können.

Erst im Dezember 2005 kam mit der Beiständin wieder eine Person ins Spiel, deren Aufgabe es ist, die Interessen von Frau G. zu wahren und für eine angemessene Unterbringung

und Betreuung besorgt zu sein. Die Kontinuität und Verlässlichkeit der Betreuung, von der in der 2003 gemachten Prognose noch ausgegangen wurde, war demnach über eine Zeit von fast zwei Jahren nicht mehr vorhanden.

Für die weitere Zukunft von Frau G. wird es mit entscheidend sein, ob wieder eine solche Kontinuität und Verlässlichkeit der Betreuung aufgebaut werden kann, und ob sie Erfahrungen machen können, die nicht von Abbruch und Ausschluss geprägt sind.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Das Beispiel von Frau G. zeigt über die ganze Zeit seit ihrer Einreise in die Schweiz vor elf Jahren gesehen eine negative Entwicklung, sowohl gesundheitlich als auch – damit zusammenhängend – was ihre soziale Integration betrifft. Sie erkrankte psychisch schwer, wurde für ihr Umfeld immer wieder untragbar, erlebte entsprechend viele Abbrüche und war in den letzten Jahren zu einem grossen Teil in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert. Wie konnte es so weit kommen? Ein zentraler Punkt in ihrer Geschichte ist sicher ihre in ihrem Heimatland erlittene schwere Traumatisierung. Die ihr zur Verfügung stehenden persönlichen, sowie die ihr von aussen zur Verfügung gestellten Ressourcen genügten offensichtlich nicht, sie vor den negativen Auswirkungen dieser Erlebnisse zu schützen. Die Frage, ob ein solcher negativer Verlauf insgesamt hätte verhindert werden können, kann nicht beantwortet werden, es können aber auf Grund der Verlaufsgeschichte Faktoren genannt werden, die positiv oder erschwerend einwirkten:

Ein kritischer Punkt im Verlauf der Geschichte von Frau G. war da, als sie eine Arbeit aufgenommen hatte. Sie war da eine Zeit lang unabhängig von Sozialhilfe und auf dem Weg, sich sozial und gesellschaftlich zu integrieren, bis sie wie oben beschrieben die Stellen wieder verlor. Wenn die Arbeitgeber flexibler auf die besonderen Schwierigkeiten von Frau G. hätten reagieren können, indem sie sie z.B. nach einer Krise weiterbeschäftigt hätten, wäre vorstellbar gewesen, dass ihr die Integration in die Arbeitswelt hätte gelingen können. Entsprechende „geschützte Arbeitsplätze“ waren aber nicht verfügbar.

Ein weiterer Faktor, der den Verlauf günstig hätte beeinflussen können, wäre eine psychotherapeutische Behandlung gewesen, in der Frau G. ihre Vergangenheit hätte verbalisieren und in einen Zusammenhang mit ihrem jetzigen Leben stellen können. Auf ein solches Angebot konnte Frau G. aber nicht eingehen, u.a. wegen ihrem Wunsch, die traumatische Vergangenheit zu vergessen und ihrer Illusion, immer wieder neu und unbelastet beginnen zu können.

Die Betreuung durch das EPZ konnte den Ausbruch ihrer psychischen Krankheit zwar nicht verhindern, doch konnten dank dieser Betreuung die Auswirkungen davon gemildert und begrenzt werden. So konnte dank der Konstanz der Betreuung durch das EPZ verhindert werden, dass nach einer Krise jeweils sämtliche Lebensbereiche von Frau G. von Abbrüchen betroffen waren. Eine völlige Desintegration und Verwahrlosung konnte dadurch in dieser Zeit vermieden werden. Die Erfahrung, dass es einen Ort gab, an dem es nach Krisen trotz allem weiterging, wirkte zudem einer Chronifizierung ihrer psychischen Krankheit entgegen.

Den weiteren Verlauf negativ beeinflusst hatte sicherlich die Entscheidung der kantonalen Behörde, Frau G. in einem Zentrum zu platzieren, in dem sie fachlich nicht adäquat betreut werden konnte. Dies führte zu Re-Traumatisierungen, sehr vielen und langen Klinik-Aufenthalten und letztlich zu einem Fortschreiten der Chronifizierung ihrer Krankheit. Ein Case-Management fehlte in dieser Phase völlig.

Als weiterer Faktor muss der über elf Jahre bis heute andauernde unsichere Aufenthaltsstatus genannt werden. Für Frau G. bedeutete die vorläufige Aufnahme keine Sicherheit, sondern bis jetzt eine Ungewissheit bezüglich ihres Bleiberechts in der Schweiz. Bei Menschen, die schwere Traumatisierungen erlitten haben, ist daraus resultierend fast zwingend der Glaube an die Verlässlichkeit sozialer Beziehungen zerbrochen. Jede Art von Ungewissheit wirkt sich bei diesen Personen verheerend aus, da damit die Berechenbarkeit der Welt und der eigenen Situation immer wieder zunichte gemacht wird und somit die Basis für einen Wiederaufbau des Grundvertrauens fehlt. Das Wissen um ein sicheres Bleiberecht wäre deshalb eine wichtige Grundlage für eine Entwicklung hin zu vermehrter Integration und psychischer Gesundheit. Frau G. formulierte das so, dass sie sich ohne dieses Wissen ihre Zukunft nicht einmal vorstellen könne, sondern nur schwarz sehe, wenn sie versuche in die Zukunft zu blicken.

Über den ganzen Verlauf betrachtet wird der Lebenswille von Frau G. als wichtige Resource sichtbar. Ohne ihre Fähigkeit, nach Rückschlägen und Krisen immer wieder aufzustehen und unerschrocken weiter zu gehen, hätte sie wohl kaum bis jetzt am Leben bleiben können.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- Mittelschicht, Bildung, Rollenvorbild Mutter (Krankenschwester)
- kontinuierliche Betreuung durch EPZ
- Lebenswille
- Kontakt mit Ex-Frau des Bruders
- soziale Kompetenzen

Negative Faktoren:

- Traumatisierung, sexuelle Gewalt, Beschneidung, psychische Krankheit
- Status F : wird subjektiv als unsicher erlebt; keine Entwicklung von Zukunftsperspektiven möglich
- besondere Vulnerabilität als traumatisierte, alleinstehende Frau: Gefahr von sexuellem Missbrauch, Unfähigkeit eine Liebesbeziehung einzugehen
- keine Betreuungskontinuität, fehlendes Case-Management
- fehlende adäquate Betreuung
- Verdrängung des Traumas / der Vorgeschichte
- kein Netzwerk bei Ankunft, aktuell wenig soziale Beziehungen
- „individualisiertes“ Krankheitsverständnis, unterschiedliche Arzt- und Patientenperspektiven bezüglich der Benennung und Behandlung des Leidens
- fehlende Compliance
- keine Psychotherapie
- Fehlen von flexiblen Arbeitgebern, die auch psychisch kranke Menschen beschäftigen

4.2 Verlaufsstudie Herr D. (26-jähriger Mann aus Ostafrika, seit elf Jahren in der Schweiz)

Abstract

Die Verlaufsstudie handelt von einem heute 26jährigen Ostafrikaner, der vor 11 Jahren als Minderjähriger in die Schweiz kam und ein Asylgesuch stellte. Zwei Jahre nach seiner Einreise begann er an wiederholten psychotischen Episoden zu leiden. Er hörte auf zu sprechen und lebte sozial vollkommen isoliert. Aufgrund seiner Krankheit kam er ins EPZ, wo er während vier Jahren betreut wurde. Durch sicherheitsspendende Rituale und durch einen niederschweligen, haltgebenden Rahmen gelang es der Betreuerin mit der Zeit, den Zugang zu ihm zu finden und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Schliesslich war er bereit, sich psychiatrisch behandeln zu lassen.

Entgegen der ärztlichen Prognosen verbesserte sich sein Zustand mit der Zeit deutlich. Er begann zunächst in einem Beschäftigungsprogramm zu arbeiten und fand später eine Arbeit in einem Restaurant. Er pflegte soziale Kontakte und lernte seine Partnerin, eine Landsfrau von ihm, kennen. Zwei Jahre nach dem Austritt aus dem EPZ hat Herr D. zusammen mit seiner Partnerin zwei Kinder, er ist erwerbstätig und besitzt die Aufenthaltsbewilligung B.

Vorgeschichte

Herr D., aus einem ostafrikanischen Land, stammt aus städtischer Umgebung und seine Familie gehörte der Oberschicht an. Er flüchtete 1995 vor dem Bürgerkrieg und kam als 15jähriger allein in die Schweiz, wo er als MNA (mineur non-accompagné) ein Asylgesuch stellte. Zwei Jahre nach seiner Einreise erhielt er die vorläufige Aufnahme. Da Herr D. in der Schweiz keine familiären Bezugspersonen hatte, wohnte er in einer betreuten Jugendwohnung der Asyl-Organisation. Er besuchte die Integrationsklassen von TAST (Deutsch- und Krankenpflegekurs). Sein Verhalten war zunächst unauffällig bis er mit der Zeit zunehmend aggressiv wurde. Häufig fühlte er sich von seinen Mitbewohnern und BetreuerInnen bedroht. Die Integrationsklasse brach er ab und isolierte sich mehr und mehr. Schliesslich hörte er auf, zu sprechen. Die betreuenden Personen meldeten ihn im EPZ an.

Verlauf im EPZ

Während der ersten Monate im EPZ lebte Herr D., damals 20jährig, sehr zurückgezogen. Zur Betreuerin kam er lediglich, um sein Fürsorgegeld zu holen. Ein Gespräch mit ihm war nicht möglich, da er auf Fragen nicht reagierte oder nur mit ja oder nein antwortete. Herr D. wirkte misstrauisch, ängstlich und lebte in einer eigenen Welt, zu der die Fachmitarbeiterin keinen Zugang hatte. Er lehnte jegliche ärztliche Hilfe ab. Häufig verschwand er wochenlang ohne sich abzumelden. Mit der Zeit konnte ihn die Fachmitarbeiterin jedoch motivieren, regelmässig in ihr Büro zu kommen. Diese Termine spielten sich wie ein Ritual ab: Er gab ihr die Hand, blieb schweigend einige Minuten sitzen, bedankte sich und ging.

Das Team erfuhr, dass Herr D. ausserhalb des EPZ zeitweise ein aggressives, tätliches Verhalten zeigte. Ohne äusseren Grund schlug er einen Landsmann und verletzte ihn, einmal beschädigte er ein Polizeifahrzeug. In seiner Isolation war dies offenbar die einzig mögliche Form von Kontaktaufnahme. Als sein Zimmernachbar der Betreuerin erzählte, dass Herr D. nachts in der Wohnung mit einem Messer in der Hand herumlaufen und laut schreien würde, beschloss das Team, den Notfallpsychiater zu holen. Dieser wies ihn per fürsorglichen Freiheitsentzug in die psychiatrische Klinik ein. Dort diagnostizierten die Ärzte eine paranoide Schizophrenie. Frühere traumatische Erlebnisse schlossen sie bei Herrn D. nicht aus. Die Ärzte stellten Herrn D. eine ungünstige Prognose: sie befürchteten eine bereits fortgeschrittene Chronifizierung der Krankheit.

Die Klinikeinweisung erwies sich als richtiger Schritt. Herr D. machte die Erfahrung, dass es ihm mit Medikamenten besser ging: er war weniger ängstlich und hörte keine Stimmen mehr. Nach seinem Austritt aus der Klinik begann er eine ambulante psychiatrische Behandlung. Gleichzeitig nutzte er auch das Angebot des EPZ vermehrt. Einige Monate später bekam er eine 100 % IV-Rente und wurde damit fürsorgeunabhängig.

Nach zwei Jahren des Schweigens begann Herr D. zu sprechen. Er sprach viel und schnell und er stellte viele Fragen. Er fing an, Forderungen zu stellen und sich gegen fürsorgliche Bestimmungen aufzulehnen. Er entwickelte Zukunftspläne. Sein Wunsch war es, eine Familie zu gründen. Er beantragte (vergeblich) einen Reiseausweis, da er eine Weltreise unternehmen wollte. Er plante, den Führerschein zu machen und erkundigte sich, wie er eine Aufenthaltsbewilligung B erhalten könnte. Als ein Anwalt ihm sagte, dass er zuerst zwei Jahre arbeiten müsse, bat Herr D. die Betreuerin, ihm eine Stelle als Krankenpfleger zu suchen.

Tatsächlich schien Herr D. die Adoleszenz nachzuholen: er begann sich gegen fürsorgliche und bevormundende Auflagen aufzulehnen und gleichzeitig Gefühle der Selbstüberschätzung zu entwickeln. Es war wichtig, seine Wünsche nach Autonomie so weit wie möglich zu unterstützen. Gleichzeitig hielten diese einer Realitätsprüfung noch nicht stand. Mit der Besserung seines Zustandes wollte Herr D. zeitweise auch die Medikamente wieder absetzen, und es waren intensive Gespräche mit ihm notwendig.

Herr D. begann, sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen. Er sagte, er wisse nicht welche Krankheit er habe. Die Ärztin habe ihm den Namen einmal aufgeschrieben, aber er verstehe das Wort nicht, er müsse jemanden finden, der es in seine Muttersprache übersetzen könne. In seinem Heimatland sei er noch gesund gewesen, auch während des Krieges. Erst in der Schweiz sei er krank geworden, weil er hier am Anfang viel Stress gehabt habe. Er sei sehr jung gewesen und „habe nichts gekannt.“. Nach der Schule sei er am Abend in sein Zimmer gegangen, habe die Türe hinter sich zugemacht und zu niemandem Kontakt gehabt.

Herr D. begann in einem Beschäftigungsprogramm zu arbeiten. Nachdem er einige Monate dort tätig war, fand er – entgegen aller Erwartungen – eine Stelle in einem Restaurant. Die IV stellte ihre Zahlungen aufgrund seiner Arbeitsfähigkeit wieder ein. Dann lernte Herr D. eine Landsfrau kennen und verlobte sich mit ihr. Sie wurde schwanger und zog zu ihm ins EPZ.

Als der Geburtstermin nahte, verschlechterte sich der Gesundheitszustand von Herrn D. massiv. Er wirkte nervös und misstrauisch, stellte die gleichen Fragen in einem aggressiven Ton immer wieder und war verbal nicht mehr zugänglich. Seine Partnerin, eine sonst sehr zurückgezogene Frau, kam eines Morgens weinend ins Büro und erzählte, dass Herr D. in der Nacht Selbstgespräche führe und mit einem Messer in der Hand herumlaufe. Aus Angst vor ihm und aus Angst um ihr ungeborenes Kind habe sie sich in ihr Zimmer einschließen müssen. Seine Medikamente nehme er seit längerer Zeit nicht mehr ein. Das Team holte die Notfallpsychiaterin, die nach Einschätzung der Situation auch die Polizei beizog. Herr D. blieb zwei Wochen in der Klinik, wo es ihm mit der Medikamenteneinnahme schnell besser ging. Trotz verschiedener Gespräche nach Austritt aus der Klinik konnte Herr D. den Grund für seine Klinikeinweisung nicht nachvollziehen. Er meinte, er sei völlig gesund gewesen. Seine Partnerin hatte Angst, ihm zu sagen in welchem Zustand er war und dass sie beim Team um Hilfe gebeten hatte.

Kurz danach zog das EPZ in neue Räumlichkeiten in einem anderen Quartier der Stadt. Das Team hielt es für sinnvoll, Herrn D. und seiner Familie weiterhin zu betreuen. Es war nicht auszuschließen, dass sich Herrn D.s Zustand mit der Geburt des Kindes und den

damit einhergehenden Überforderungen wieder verschlechtern und er in einer solchen Situation wieder gewalttätig werden würde. Herr D. lehnte es jedoch ab, an den neuen Ort zu ziehen und wurde fortan von der Sozialberatung der Asyl-Organisation betreut.

(Eine Beschreibung des Fallverlaufs bei Herrn D. im EPZ findet sich auch in der vom BFF in Auftrag gegebenen Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ 2003, S. 160-162).

Verlauf nach Austritt aus der Sicht des Klienten

Gesprächskontext: Die ehemalige Betreuerin kontaktierte Herrn D. telefonisch. Bereits nach zehn Minuten war Herr D. in ihrem Büro. Sie erklärte ihm den Zweck des Interviews und wollte für die nächsten Tage einen Termin mit ihm vereinbaren. Herr D. war bereit, das Gespräch zu führen, doch er wollte dies auf der Stelle machen. Er meinte, er habe sonst keine Zeit, er habe sehr viel zu tun.

Den Verlauf nach seinem Austritt aus dem EPZ vor zweieinhalb Jahren schilderte Herr D. wie folgt: Er habe eine Vollzeitstelle als Hilfskoch in einem Restaurant, mit seiner Partnerin habe er zwei Kinder und dieses Jahr habe er endlich eine B-Bewilligung bekommen. Er habe sehr lange gekämpft dafür und immer wieder Briefe ans Migrationsamt geschrieben. Elf Jahre lang habe er auf diese Bewilligung gewartet, was eine sehr lange Zeit sei. Endlich mache er jetzt auch seinen Führerschein.

Herr D. schätzte seinen aktuellen Gesundheitszustand als gut ein. Es gehe ihm viel besser als früher, er höre keine Stimmen mehr und sei nicht mehr blockiert und ängstlich. Heute könne er „offen“ reden. Einmal im Monat gehe er ins psychiatrische Ambulatorium. Er nehme Medikamente, da die Ärztin sage, dass er diese immer noch brauche. Seit seiner Zeit im EPZ sei er nie mehr in der Klinik gewesen.

Auf die Frage, an welcher Krankheit er leide, meinte er, „er habe Probleme im Kopf gehabt“. Als er die Ärztin einmal gefragt habe, habe sie ihm einen Namen gesagt – ähnlich wie „Schizo.“ -. Er verstehe dieses Wort jedoch nicht und habe auch keine Übersetzung in seiner Muttersprache gefunden.

Um seine Gesundheit zu verbessern, bemüht sich Herr D., nicht nervös zu sein und keinen Stress zu haben: „Ich versuche optimistisch zu sein, Spass zu haben im Leben und freundlich zu sein mit den Leuten. Ich scherze und lache viel. Und dann nehme ich auch

meine Medikamente ein.“ Auf die Frage, ob der Glaube eine Rolle bei der Gesundheit spielen würde, meinte er erstaunt, dass die Religion für ihn selbstverständlich das Wichtigste sei. Er gehe am Sonntag in die katholische Kirche und er glaube an Gott und an die 10 Gebote.

Die gegenwärtige Betreuung bei der Asyl-Organisation bezeichnete Herr D. als unzureichend. Er habe viele Fragen, er brauche Hilfe, die Betreuerin habe jedoch wenig Zeit. Zudem habe er bei der Asyl-Organisation seit einigen Monaten ein Hausverbot, und er wisse nicht warum. Er fände es wichtig, seine Frau dahin zu begleiten und bei den Gesprächen dabei zu sein.

Die Zeit im EPZ sei ein schwieriger Lebensabschnitt gewesen. Er habe lange Zeit „nichts gemacht“. Er habe nicht arbeiten können und sei nicht in die Schule gegangen, denn er sei krank gewesen und „in sich gefangen“. Die BetreuerInnen hätten ihn jedoch bei seinen Anliegen gut unterstützt. Was er jedoch nicht verstehe, sei, dass er in dieser Zeit häufig von der Polizei kontrolliert worden sei. Er sei im Gefängnis gewesen, obwohl er nie kriminell gewesen sei. Er verstehe auch nicht, wieso die Betreuerin einmal die Polizei geholt habe. Sie habe ihm einen Termin im Büro gegeben, er sei hingegangen und eine Ärztin sei anwesend gewesen. Dann sei die Polizei gekommen und habe ihn in die psychiatrische Klinik gebracht. Dabei sei er zu jenem Zeitpunkt nicht krank gewesen. Er verstehe das alles nicht. Es sei sehr schlimm gewesen, auch der Aufenthalt in der Klinik. Dies habe sich negativ auf seine Arbeitsstelle ausgewirkt.

Seine Wohnverhältnisse bezeichnete Herr D. als gut. Das Haus, indem er wohne, sei zwar von der Asyl-Organisation gemietet, aber es würden auch Schweizer da wohnen. Auf Nachfragen hin meinte er, dass es Familien seien, bei denen die Eltern eine F-Bewilligung hätten, deren Kinder aber eingebürgert seien. Er habe jedoch wenig Kontakt zu den Nachbarn, jeder lebe für sich.

Sein gegenwärtig grösstes Problem sei, dass er keinen Reisepass habe. Er wolle unbedingt reisen und in die Ferien gehen. Die Behörden hätten ihm den Reiseausweis jedoch verweigert und er habe mit einem Anwalt eine Beschwerde gemacht.

Für die Zukunft hat Herr D. viele Pläne: er möchte seine Partnerin heiraten, damit die gemeinsamen Kinder eine Aufenthaltsbewilligung B bekommen. Er möchte die Fahrprüfung bestehen und reisen. Sein grösster Wunsch sei es, eine Ausbildung zu machen, aber er wisse, dass dies sehr schwierig sei. Er habe Krankenpfleger gelernt in der Schweiz, und er würde gerne Arzt werden (er lacht dabei).

Verlauf nach Austritt aus der Sicht der Sozialberaterin

Die Sozialberaterin schätzte den Gesundheitszustand von Herrn D. als relativ stabil ein. Die Voraussetzung für diese Stabilität sei jedoch die regelmässige Medikamenteneinnahme. Herr D. neige zeitweise zu aggressivem Verhalten, was bei ihr jeweils Angst auslöse. Vor ein paar Monaten habe er sie verbal massiv angegriffen und einen Mitarbeiter mit dem Fingernagel verletzt. Der Grund sei gewesen, dass sie die Kosten für die Medikamente seiner Frau nicht übernommen habe. Er habe daraufhin ein (zeitlich limitiertes) Hausverbot bekommen.

Herr D. ist ihrer Meinung nach gut integriert, er sei erwerbstätig und seit vier Jahren fürsorgeunabhängig. Er wisse, wo und wann er die nötige Hilfe bekommen könne. Er kenne das System hier, könne es nutzen und mache von seinen Rechten Gebrauch. Herr D. verfolge seine Ziele mit grosser Beharrlichkeit. Fürsorgeunabhängig zu werden sei für ihn sehr wichtig gewesen, um eine reguläre Aufenthaltsbewilligung zu bekommen.

Die Betreuung von Herrn D. findet sie angemessen. Er würde zu ihr in die Beratung kommen, wenn er es für nötig halte und wisse sich durchzusetzen. Die Partnerin von Herrn D. habe früher einmal familiäre Probleme angedeutet, Herr D. sei ihr gegenüber offenbar gewalttätig. Er bevormunde und kontrolliere sie. Später habe die Partnerin von Herrn D. jedoch nie mehr etwas über ihre familiäre Situation erzählt, auch nicht auf Nachfragen hin, so dass sie als Sozialberaterin nichts unternehmen könne. Die Partnerin von Herrn D. sei sehr zurückhaltend und spreche kaum Deutsch. In Anwesenheit von Herr D. spreche sie nicht.

Die Sozialberaterin schloss eine erneute Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Herrn D. nicht aus. Ihrer Einschätzung nach wird Herr D. auch in Zukunft fürsorgeunabhängig bleiben, entweder durch sein Erwerbseinkommen oder durch den Bezug von IV-Leistungen.

Verlauf nach Austritt aus der Sicht des STZ

Herr D. vermittelte beim Gespräch das Bild eines vielbeschäftigten Mannes, dem es durch Einsatz und Hartnäckigkeit gelingt, seine Ziele zu erreichen: er hat einen sicheren Aufenthaltsstatus, er hat eine Familie gegründet und wohnt in einem Haus, „wo auch Schweizer wohnen“. Seine Wünsche sind heute der Realität angepasst: Zwar möchte er Arzt werden, doch er weiss, dass dies nicht möglich sein wird. Auffallend ist, dass in seinen Schilderungen seine Frau lediglich als Mutter seiner Kinder vorkommt.

Sein Verhalten während des Gespräches zeigt aber auch seine fortdauernde, krankheitsbedingte Vulnerabilität: Herr D. war immer wieder misstrauisch, sodass die ehemalige Betreuerin die Fragen sehr vorsichtig stellen musste. Verstand er eine Frage nicht, reagierte er aggressiv und fragte, „was dieses Gespräch überhaupt solle“. Zeitweise verlor Herr D. den Faden und schien verwirrt. Er zeigte ein grosses Kontrollbedürfnis: er bestimmte den Zeitpunkt des Interviews, er versuchte auch zu überprüfen, ob die ehemalige Betreuerin seine Aussagen richtig aufschreibe. Sehr erregt war er, als die Sprache auf die frühere Klinikeinweisung kam. Die Vorgeschichte von Herrn D. ist (wie bei vielen anderen EPZ-KlientInnen) nur rudimentär bekannt, aber es ist zu vermuten, dass die Ängste, die die Begegnungen mit der Polizei auslösten, Erinnerungen an ein altes Trauma weckten.

Einige Wochen nach dem Gespräch bekam die ehemalige Betreuerin einen Anruf von der Schwester von Herrn D., die in Österreich lebt. Sie sagte, sie habe von Bekannten in der Schweiz gehört, dass es ihrem Bruder sehr schlecht gehe, er nehme die Medikamente nicht mehr und sei seiner Frau gegenüber gewalttätig. Seine Frau sei aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen. Er müsse dringend stationär behandelt werden.

Da Herr D. die Entbindung vom Arztgeheimnis nicht unterschreiben wollte („er unterschreibe grundsätzlich nichts“), konnte die behandelnde Ärztin nicht über seinen Gesundheitszustand befragt werden.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Der Gesundheitszustand von Herrn D. kann heute als relativ stabil bezeichnet werden. Ein Indikator dafür ist, dass Herr D. während drei Jahren nicht mehr in der Klinik war und trotz seiner psychischen Krankheit seit mehreren Jahren ununterbrochen erwerbstätig ist.

Wie die aktuelle Entwicklung zeigt, können jedoch erneute psychotische Episoden nicht ausgeschlossen werden. Dies kann vor allem dann der Fall sein, wenn Herr D. sich gesund fühlt und seine Medikamente nicht mehr einnimmt.

Gerade im Fall von Herrn D. war der Übergangs- und Schonraum des EPZ von grosser Bedeutung. Als unbegleiteter jugendlicher Asyl Suchender, der allein flüchtete, war er besonders vulnerabel und gefährdet, weil ihm ohne Bezugsperson jeder Halt und jede Orientierung fehlte. Im EPZ konnte die Betreuerin einen Zugang zu ihm herstellen und die notwendige psychiatrische Behandlung einleiten. Das EPZ bot einen Raum, in dem er seine Handlungsmöglichkeiten und –spielräume erweitern und Zukunftsperspektiven entwickeln konnte. Im EPZ vollzog Herr D. den Übergang vom Adoleszenten zum Familienvater und vom Bezüger von IV-Leistungen zum Erwerbstätigen auf dem freien Arbeitsmarkt. Als sehr wichtig erweist sich die auch die Kontinuität der psychiatrischen Behandlung: Herr D. geht seit Jahren in dasselbe Ambulatorium und hat zu seiner Ärztin eine tragfähige Beziehung entwickelt.

Als wichtige gesundheitliche Ressource ist die Erwerbstätigkeit von Herrn D. zu gewichten. Auch wenn es eine Tätigkeit ist, die sich durch hohe körperliche Belastung auszeichnet und zudem schlecht bezahlt ist, hat sie einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Herrn D. Für ihn stellt die Arbeit in der Küche keinen Statusverlust dar, sondern ist identitätsstiftend und stärkt sein Selbstwertgefühl. Dies zeigt sich auch darin, dass Herr D. häufig im Anzug und Krawatte zur Arbeit geht.

Herr D. nutzt nicht nur die bestehenden psychiatrischen Angebote, er hat auch eigene gesundheitserhaltende Strategien entwickelt. Er versucht entspannt und in Harmonie mit sich und den anderen zu leben. Sein Glaube spielt eine grosse Rolle in Bezug auf sein Wohlbefinden. Herr D. versteht Gesundheit mehrdimensional: psychisch, physisch, sozial und religiös-spirituell (vgl. Büchi, 2006 zum Gesundheitsbegriff von resilienten MigrantInnen aus Afrika).

Negativ auf die Gesundheitssituation wirkt sich eine fehlende Krankheitseinsicht aus. Selbst- und Fremdeinschätzung sind sehr unterschiedlich. Herr D. nimmt nicht wahr, dass sein zeitweise aggressives Verhalten bei anderen Menschen Ängste auslösen kann. Herr D. spricht von seiner Krankheit in der Vergangenheitsform und die Medikamente nimmt er, weil es ihm die Ärztin – eine Autoritätsperson – sagt. Die psychiatrische Benennung der Krankheit bleibt ihm fremd, seit Jahren sucht er nach einer Übersetzung in seine Muttersprache. Dazu ist jedoch zu sagen, dass gerade Schizophrenie eine Krankheit von extrem subjektiver Ausprägung ist, was es entsprechend schwierig macht, eine gemeinsame

Sprache in Bezug auf die Benennung dieses Leidens zu finden. Das Fehlen einer Krankheitseinsicht ist denn auch weniger migrations- denn krankheitsspezifisch.

Herr D. verfügt in der Schweiz über kein tragendes Netzwerk. Dies zeigt sich exemplarisch darin, dass sich bei der aktuellen Krise von Herrn D. die Schwester aus Österreich einschalten musste, um die betreuenden Stellen zu informieren. Da Herr D. seine Familie als ein geschlossenes System, als seine „Privatangelegenheit“ betrachtet, fällt es seiner Frau dementsprechend schwer, externe Hilfe zu holen. Zudem fehlt eine Unterstützung und soziale Kontrolle des Umfeldes, was dazu führt, dass Krisen schlecht aufgefangen werden können.

Der Integrationsverlauf von Herrn D. hingegen kann – trotz seiner schweren Krankheit – als positiv bezeichnet werden: er ist seit Jahren erwerbstätig und hat dadurch einen sicheren Aufenthaltsstatus erworben. Dabei haben die internen personalen Ressourcen von Herrn D. eine Rolle gespielt, sein Beharrungsvermögen und seine Ausdauer im Verfolgen seiner Ziele, seine Durchsetzungsfähigkeit und auch seine Selbstwirksamkeit. Zudem verfügt Herr D. über eine vergleichsweise gute Schulbildung. Eine positive Rolle spielt sein junges Alter bei der Migration insofern, als dass er noch genügend Zeit und Energie hat, seine Migrationsprojekte zu verwirklichen. Ein positiver Faktor ist auch, dass Herr D. bereits nach zwei Jahren eine vorläufige Aufnahme bekommen hat, was die Zeit der Unsicherheit verkürzte und ihm die Perspektiven für den Erwerb der Aufenthaltsbewilligung B eröffnete.

Herr D. verhindert jedoch durch sein Verhalten die Integration seiner Frau, indem er sie dominiert und kontrolliert. Sie spricht bis heute (vier Jahre nach ihrer Einreise in die Schweiz) kein Deutsch und Herr D. verbietet ihr Aussenkontakte. Herr D. ist seiner Frau gegenüber gewalttätig, dass er seine Kinder schlägt, ist nicht bekannt, aber vorstellbar. Die Gewalttätigkeit könnte einen Zusammenhang mit Herrn D.s früheren traumatischen Erlebnissen haben, er wird vom Opfer zum Täter und wehrt auf diese Weise seine Ohnmachtsgefühle ab. Eine Fachbetreuung, die diese Gewaltdynamik aufgreifen und bearbeiten könnte und die zudem der Frau einen Raum bietet, ihre Handlungsfähigkeit und ihre Ressourcen wieder herzustellen, wäre deshalb dringend angezeigt.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- Betreuungskontinuität im EPZ
- Behandlungskontinuität (psychiatrisches Angebot)
- ausgeprägte personale Ressourcen: Durchsetzungsfähigkeit, Beharrungsvermögen. Glaube
- Erwerbstätigkeit
- Elternschaft
- vorläufige Aufnahme nach zwei Jahren
- Status B
- Bildung, Oberschicht
- Vorhandensein gesundheitserhaltender Strategien

Negative Faktoren:

- traumatische Störungen, schwere psychische Krankheit
- keine adäquate Betreuung und Behandlung während der ersten zwei Jahre, später
Behandlungsbeginn
- mangelnde Betreuungskontinuität nach Austritt aus EPZ
- fehlende Krankheitseinsicht; Fehlen eines geteilten Referenzrahmens in Bezug auf die
Benennung des Leidens, zeitweise fehlende Compliance
- Isolation, Rückzug
- tragendes soziales Netz nicht vorhanden
- kein Beziehungsnetz bei Ankunft in der Schweiz

4.3 Verlaufsstudie Familie I. (vierköpfige Familie aus dem Mittleren Osten, seit acht bzw. vier Jahren in der Schweiz)

Abstract

Der physische und psychische Zustand eines 35-jährigen, schwer traumatisierten Mannes aus dem Mittleren Osten führte 1999 zu seinem Eintritt ins EPZ. Vor und auch während der Zeit im EPZ waren wegen psychischen, aber auch somatischen Problemen verschiedene Klinikaufenthalte notwendig. Als auch seiner Ehefrau und seiner Tochter im Jahr 2002 die Einreise in die Schweiz gelang, traf nach vierjähriger Trennung die dreiköpfige Familie hier wieder zusammen. Eine Entfremdung der Eheleute war offensichtlich. Das EPZ bot der Familie den dringend benötigten Raum, um die familiären Beziehungen zu klären und um Sicherheit und Vertrauen (wieder) zu finden. Die Familie wurde zusehends selbständiger in der Lebensgestaltung.

Nach dem vorzeitigen Austritt aus der Betreuung des EPZ (Schliessung des EPZ Ende 2004) schien es, als ob die Familie eine gewisse Stabilität erlangt hätte. Ein zweites Kind wurde geboren. Im Jahr 2005 wurde der Familie der Flüchtlingsstatus zuerkannt. Ein Jahr später trennte sich das Ehepaar jedoch, wobei die zwei Kinder bei ihrer Mutter blieben.

Vorgeschichte

Herr I. ist ein heute 42-jähriger Mann und kommt aus dem Mittleren Osten. Unzufrieden mit dem herrschenden Regierungsapparat seines Landes hatte sich der damals 14-jährige Schüler den Volksmujaheddin angeschlossen. Kurz vor der Maturität wurde der 19-jährige verhaftet und zu 10 Jahren Gefängnis verurteilt. Während des Freiheitsentzugs verbrachte der junge Mann acht Monate in einer Einzelzelle und wurde gefoltert. Mit der Auflage, seine regimiefeindlichen Aktivitäten zu unterlassen, wurde er vorzeitig entlassen. Im Anschluss musste der schwer traumatisierte Herr I. für zwei Jahre in eine psychiatrische Behandlung. Danach war er wieder so weit hergestellt, dass er im Maurerbetrieb seines Vaters mitarbeiten konnte. In dieser Zeit heiratete er, und dem Paar wurde eine Tochter geboren.

Zwei Jahre später wurde Herr I. aufgrund seines politischen Agierens wieder polizeilich gesucht. Die Familie musste in den Norden des Landes flüchten und untertauchen, denn eine erneute Festnahme hätte für Herrn I. die Vollstreckung der Todesstrafe bedeutet. Mit

Hilfe der Volksmujaheddin wurde seine Flucht organisiert und finanziell unterstützt: Auf dem Landweg (zum Teil zu Fuss) über mehrere Länder und Grenzen gelangte er dann in die Schweiz. Seine Ehefrau und Tochter blieben vorläufig zurück und mussten im Untergrund leben.

1998 stellte Herr I. in der Schweiz ein Asylgesuch. Er wohnte zuerst in einem Durchgangszentrum. Dabei fiel auf, dass er sich häufig über die dort herrschenden Verhältnisse aufregte und sich beklagte. Seine Situation hier in der Schweiz, aber auch die Sorge um seine Familie und die Angst vor Verrat wurden zu einer Dauerbelastung. Er isolierte sich mehr und mehr.

Nach der erstinstanzlichen Ablehnung seines Asylgesuches 1998 erlitt Herr I. einen physischen und psychischen Zusammenbruch, was eine Anmeldung beim Hausarzt erforderlich machte. Eine psychiatrische Behandlung wurde notwendig. Im Zuge dessen wurde Herr I. im EPZ angemeldet, wo er im Januar 1999 auch aufgenommen wurde.

Verlauf im EPZ

Es dauerte lange, bis Herr I. sich auf eine engere, regelmässige therapeutische Beziehung einlassen konnte. So war er anfangs thematisch eingeengt auf seine materiellen Wünsche, die er sich erfüllen wollte. Es wurde mit der Zeit klar, dass diese repräsentativ waren für seine unterschweligen Unabhängigkeitsbestrebungen. Wiederholte Male suchte er sich Arbeit oder eine eigenständige Wohnmöglichkeit. Sobald er jedoch zu eigenständig war, dekompenzierte er psychisch und physisch. Im Sinne einer Selbstmedikation machte er vermehrt von illegalen Drogen Gebrauch. Einmal geriet er in Panik und steckte sein Zimmer in Brand.

Wegen der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (sich aufdrängende Erinnerungen an Folter und Demütigung, Flashbacks), Depressionen und Ängsten mit somatischen Begleiterscheinungen (Schwitzen, Herzrasen und innerer Unruhe) befand sich Herr I. in ärztlicher Behandlung. Ein wachsendes psychotisches Erleben zeigte sich in Form von akustischen Halluzinationen (er hörte die Stimme seines Gefängniswärters, der ihn gefoltert hatte) und Verfolgungsideen (er fühlte sich in den Strassen Zürichs bedroht und verfolgt von Mitarbeitern des Geheimdienstes seiner Heimat, die in seiner Muttersprache mit ihm sprachen). Wegen des schweren depressiven Zustandsbildes und

akuten Selbsttötungsabsichten erfolgten mehrere stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken, z.T. per fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE).

Diese Phase war geprägt durch eine wachsende Zahl von Kriseninterventionen, Klinik-Ein- und -Austritten, eine ambulante psychiatrische Behandlung und ein Methadonprogramm. Einzige Konstante war das Angebot im EPZ, wo er mit der Zeit mehr und mehr Betreuung beanspruchte. Lange Zeit kam er täglich ins EPZ-Büro direkt im Haus und fasste in zunehmendem Maße Vertrauen in die betreuende Fachperson des EPZ. Auch die Niederschwelligkeit in der Betreuung und die Nähe des Büros hatten sich bewährt. Herr I. begann, in den Gesprächen von sich und seinen traumatischen Erlebnissen zu sprechen. Seine übertriebene Höflichkeit mit latentem Aggressionspotential verschwand.

Im Jahr 2002 gelang seiner Ehefrau und seiner zu jener Zeit 11-jährigen Tochter die Einreise in die Schweiz. Bei ihrer Ankunft weilte Herr I. gerade wieder in einer Klinik. Die Wiederbegegnung war für alle Beteiligten ein Schock. Frau I. realisierte schnell den schlechten Gesundheitszustand ihres Ehemannes, und dass ihr und ihrer Tochter nicht nur die Schweiz fremd war, sondern auch der Ehemann und Vater. Zusätzlich schwierig für Frau I. war das sich Anpassen-Müssen an die enge Wohngemeinschaft mit anderen BewohnerInnen. Herr I. hatte Angst um seine 11-jährige Tochter, die äusserlich sonnig, kommunikativ und auffällig angepasst war.

Allmählich kam nun auch Frau I. zu den Gesprächen mit. Sie sprachen über intime Angelegenheiten und Familienkrisen. Die Tochter kam mehrmals in der Woche ins Büro. Als sie einmal gefragt wurde, wie es ihr in der Schweiz gefalle, antwortete sie: „In der Schweiz muss mein Papa nicht sterben!“

Oft war die Haltung der Familie klagend und fordernd. Im EPZ konnte dem der dringend benötigte Raum gegeben werden, was zu einer allgemeinen Erleichterung der Symptomatik führte. Das neu gewonnene Gefühl der äusseren Sicherheit erlaubte bei allen Familienmitgliedern die Wiederherstellung bzw. Klärung der Beziehungen innerhalb der Familie.

Die Familie war nun bestrebt, Vieles selbst an die Hand zu nehmen. Das Ehepaar fand selbst eine kleine 3-Zimmer-Wohnung und begab sich auch auf Arbeitssuche. Ein Schritt Richtung Selbstständigkeit war somit getan. Familie I. begann, den Status als Asyl Suchende zu akzeptieren und diesen auszuhalten.

(Eine Beschreibung des Fallverlaufs bei der Familie I. im EPZ findet sich auch in der vom BFF in Auftrag gegebenen Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ 2003, S. 154 – 159).

Verlauf nach Austritt

Der Austritt der Familie aus der Betreuung erfolgte Ende 2004. Damals wurde das betreffende Haus des EPZ im Zuge der Redimensionierung des Betreuungsangebotes für traumatisierte Asylsuchende ersatzlos geschlossen.

Nachfolgend lässt sich aufzeigen, welche Auswirkungen äussere Rahmenbedingungen (z.B. der Aufenthalts-Status) oder das Ausbleiben einer geeigneten Betreuungsmöglichkeit (z.B. ein niederschwelliges Betreuungskonzept) auf den Betreuungsverlauf, den Gesundheitszustand und den Behandlungserfolg haben.

Gesprächskontext: Zwei Jahre nach Austritt aus dem EPZ nehmen die ehemaligen BetreuerInnen telefonisch mit der Familie Kontakt auf. In der Zwischenzeit war noch eine Tochter geboren worden. Dennoch, wie sich zeigt, hat sich das Ehepaar getrennt, friedlich, nicht feindlich, wie sie bemüht sind zu betonen. So interviewen die ehemaligen BetreuerInnen Frau I. und Herrn I. je separat.

Aus der Sicht von Frau I.

Frau I. stimmt einem Besuch bei ihr zu Hause freudig zu und ergänzt, dass sie nun getrennt von ihrem Ehemann lebe. Sie schildert den Verlauf nach ihrem Austritt aus dem EPZ wie folgt:

Anfangs sei es nicht einfach gewesen. Sie hätten versucht, das Leben in die Hand zu nehmen, sich zu organisieren. Sie habe im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms in einer Klinik gearbeitet. Als sie dann schwanger wurde, hätte sie aus Angst vor Infektionsgefahr ihre Arbeit aufgegeben. Sie habe dann ein Mädchen geboren. Darauf sei der alte Konflikt respektive die Entfremdung zwischen ihr und ihrem Ehemann wieder in den Vordergrund gerückt, weitere Konflikte seien dazu gekommen. So sei es sehr schwierig gewesen in dieser kleinen Wohnung (3 Zimmer) mit zwei Kindern und einem kranken Mann. Ihr Mann sei computersüchtig geworden. 20 Stunden am Tag habe er vor dem Computer verbracht und eine Zigarette nach der anderen geraucht. Die ganze Wohnung

mit dem Säugling sei total verbracht gewesen. Sie hätten deswegen sehr viel Streit gehabt, es sei sehr schlimm gewesen.

In dieser Situation hätte ihr die Betreuung, die das EPZ früher leistete, sehr gefehlt. Sie habe keinen Ort mehr gehabt (das EPZ Büro direkt im Haus), wo sie familiäre Konflikte, Erziehungsfragen und die Ausnahmezustände im Zusammenhag mit der Krankheit ihres Ehemannes besprechen konnte. Frau I. meint, dass ihr Mann Hilfe brauche, die sie ihm nicht geben könne oder wolle, da sie ja schliesslich nicht seine Krankenschwester sei. Er brauche Hilfe von aussen, da „Es“ ihn sonst kaputt mache.

Befragt über die Betreuung in der Sozialberatung, gibt Frau I. an, dass sie diese als zuwenig unterstützend erlebe. Sie wolle kämpfen um die Finanzierung einer/ihrer Ausbildung. Da sie Blumen und Pflanzen gern habe, denke sie an eine Ausbildung als Floristin.

Gesundheitlich gehe es ihr gut, sie sehe ihre Gesundheit als den wichtigsten und grössten Reichtum im Leben. Das einzige Problem heute sei, dass sie zuwenig Eisen habe. Sie führe ihr Gesundsein darauf zurück, dass sie nicht rauche, keinen Alkohol trinke und gut schlafe.

Seit der Geburt ihres Kindes habe sie wieder weniger freie Zeit. Gerne würde sie sich vermehrt als Exilpolitikerin engagieren. Früher sei sie Frauenvertreterin der Partei gewesen. Heute nehme sie nur mehr an Demos teil, nicht aber an den wöchentlichen Versammlungen. Mit den Nachbarn habe sie nur wenig Kontakt. Mit SchweizerInnen habe sie keinen Kontakt mehr, seit sie nicht mehr in der Klinik arbeite. Manchmal telefoniere sie mit den ehemaligen Arbeitskolleginnen, mit ihrer damaligen Chefin möchte sie in näherem Kontakt bleiben. Per Internet (Internettelefonie mit Bild) habe sie Kontakt zu ihren Schwestern im Herkunftsland und im Ausland. Gerne würde Frau I. ihre Mutter zu Besuch in die Schweiz einladen oder sie in einem Drittland treffen.

Die ältere Tochter Lo (in der Zwischenzeit Teenager) sei als „Miss Jeans“ nominiert worden. Sie besuche weiterhin die Musikschule und spiele immer noch Violine. Sie sei eine sehr gute Geigenschülerin. Trotzdem wolle die Tochter manchmal damit aufhören, womit sie gar nicht einverstanden sei. Lo sei selbstständig und habe viele Freunde. Lo spreche nicht über das Leben im Herkunftsland, die Musik und die Tänze von dort höre sie nicht gerne, über religiöse festliche Rituale könne sie nur lachen, kommentiert Frau I.. Lo spreche mit ihr Deutsch mit Muttersprache vermischt.

Befragt zum gewohnten Tagesablauf erzählt Frau I., dass sie morgens, nachdem sie ihr Baby in die Krippe gebracht habe, einen Deutschkurs besuche. Herr I. komme seine Kinder besuchen, hole manchmal das kleine Kind von der Krippe ab und spiele mit ihm.

Er habe es sehr gern. Einen Schlüssel zur ehelichen Wohnung habe er nicht. Frau I. meint, dass das Problem für beide Seiten so gut geregelt sei. Durch die Trennung vom Ehemann habe sie ihre Ruhe gefunden, aber gleichzeitig natürlich mehr Verantwortung übernommen. Sie gibt auch an, dass sie nicht immer korrekt gewesen sei gegenüber ihrem Ehemann, sie hätte ihn häufig unterdrückt.

Ihr grösstes Problem sei heute die zu kleine Wohnung. Ein eigenes Zimmer für ihre Tochter fehle. Die Kinder seien in ihrer Bewegung sehr eingeschränkt. Die Betreuung in der Sozialberatung verstehe dies nicht und unterstütze sie nicht genügend.

Frau I. gibt noch an, dass die Betreuung im EPZ länger hätte dauern sollen, allerdings nicht in der damaligen Wohnung mit der unerträglichen Lärmbelastung.

Befragt nach ihren Wünschen für die Zukunft meint Frau I., dass sie gerne eine Ausbildung als Floristin machen würde, damit sie dann einen guten Arbeitsplatz hätte, um keine Sozialhilfe mehr beziehen zu müssen. Die ältere Tochter solle an der Universität studieren. So sieht Frau I. sich und ihre Familie in 5 Jahren.

Aus der Sicht von Herrn I.

Mehrere Anläufe sind nötig, um mit Herrn I. einen Termin für das Interview vereinbaren zu können. Er will nicht, dass man ihn zu Hause besucht, geschweige ihn irgendwo in der Öffentlichkeit zum Gespräch trifft. Bereits am Telefon teilt er mit, dass er sich nach der ehelichen Trennung eine Einzimmerwohnung in der Nähe seiner Familie gesucht habe und jetzt dort lebe. Das Gespräch findet schliesslich in den Räumlichkeiten des STZ statt

Herr I. schildert den Verlauf nach dem Austritt aus dem EPZ wie folgt:

Es sei ihm nicht gut gegangen. Ein Jahr lang habe er wegen nach wie vor bestehenden Abhängigkeitsproblemen die Betreuung im Drop-In (ambulante Therapie-Einrichtung für Drogenprobleme) fortgesetzt. Auch bei seiner Hausärztin sei er weiterhin in Behandlung gewesen. Glücklicherweise sei dann die neue Therapiestelle, das Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer, eröffnet worden. Dort habe er einen Therapieplatz erhalten. Die Therapie sei gut verlaufen. Er habe seine Methadon-Einnahme auf 20mg/Tag (vorher 180mg/Tag) reduzieren können, psychiatrische Medikamente (gegen Depressionen) und Diabetesmedikamente nehme er weiter, aber Schlaftabletten keine mehr. Die schlimmen Alpträume seien heute ganz weg. Er könne sich nicht erinnern, wann er zum letzten Mal von solchen

Träumen heimgesucht (bedrängt) worden sei. Er höre auch keine Stimmen mehr. Der Schlaf sei jedoch nicht gut. Er wisse immer noch nicht, warum dies so sei.

Angesprochen auf die Gesundheit und was er dafür tue, gibt er an, dass er es so sehe, dass das Leben in Verbindung stehe zur Gesundheit. Beides habe er nicht und daher habe er keine Zukunft. Nicht einmal ins Fitness könne er gehen (zu teuer). Fitness wäre das Mindeste, was er wolle.

Zur Trennung von seiner Familie meint er, dass daran eigentlich die Schweiz schuld sei. Die Wohnung, in der sie nach dem Austritt aus dem EPZ gelebt hätten, sei viel zu eng gewesen. Man sei sich auf den Füßen herumgetreten. Die ewige Geldknappheit (die Sozialhilfe reiche einfach nirgends hin) und der Umstand, dass er arbeitslos zu Hause sitzen musste, hätten zu viel Streit geführt, mit dem Resultat der Trennung. Er leide sehr unter dieser, könne darin aber auch Vorteile sehen. Er habe jetzt 40m² für sich allein.

Die Anerkennung als Flüchtling habe ein wenig geholfen. Nicht nur gesundheitlich gehe es ihm seither besser, sondern er habe mehr Sicherheit und Ruhe gefunden.

Angesprochen auf seine Zukunft meint er, dass er diese sehr schwarzsehe. Früher, als er mit 33 Jahren in die Schweiz gekommen sei, wäre er bereit gewesen, jede Arbeit zu verrichten und eine Ausbildung zu absolvieren. Aber dies sei eben nicht erlaubt gewesen. Jetzt, im Alter von über 40 Jahren, könne er das nicht mehr, er sehe keine Möglichkeit mehr für sich. Er habe keine unrealistischen Wünsche, wie nach Ägypten in die Ferien fahren zu wollen, und er wisse, dass er sich keine SFr. 10'000.00 wünschen könne.

Angesprochen auf die gegenwärtige Betreuung meint er, dass diese für ihn, aber auch für seine Frau nicht genügend tue. So habe er seit 4 Monaten kein Bett mehr zum Schlafen. Er habe ein Arzteugnis für eine Gesundheitsmatratze (SFr. 1'500.00). Die betreuende Stelle habe es versprochen. Als die Betreuerin aus den Ferien zurückkam, habe sie gesagt, dass die Regeln geändert hätten und sie nun die Matratze nicht finanzieren könne. So müsse er auf dem Sofa oder mit 2 Decken auf dem Boden schlafen. Seine Frau zum Beispiel würde gerne in eine etwas grössere Wohnung umziehen. Für eine Anmeldung bei der Wohnungsvermittlung brauche es aber Referenzen und eine Mietzinsgarantie. Die Betreuungsstelle gäbe diese aber nicht, und er selber habe keine Mittel.

Politisch (Oppositionspartei im Exil) mache Herr I. seit zwei Monate nicht mehr viel, die Partei sei gespalten. Die Parteikollegen seien mehr mit eigenen, internen Problemen beschäftigt, z.B. wer Chef der Partei werden soll. Herr I. ist enttäuscht. Die Partei im Ausland befinde sich in einem demokratischen Paradies und sollte sich nicht bekämpfen,

meint Herr I.. Es gebe viele Freiheiten in der Schweiz und viele Probleme im Herkunftsland – „und wir streiten uns, wer Chef („General“) wird.“ Als Mitglied des Parteipräsidiums sei es schwierig, diese Funktion nach der Spaltung auszuüben. Daher mache er nichts mehr für die Partei.

Aus der Sicht der Sozialberaterin / Sozialberatung für anerkannte Flüchtlinge

Die Betreuungsperson meint, dass sie Frau I. in ihrer Selbst- und Realitätseinschätzung als sehr bodenständig erlebe. Frau I. sei gewillt, sich hier zu integrieren und setze dies kämpferisch durch. So habe sie sich die Finanzierung eines Deutschkurses erstritten.

Im Gegensatz dazu steht die Beziehung zu Herrn I. Die Betreuungsperson meint, dass die Interaktion blockiert sei, sie erlebe Herrn I. als stimmungslabil. Häufig fühle er sich von ihr in seinen Anliegen nicht verstanden.

Bezüglich der Trennung teilt sie die Ansicht, dass diese für alle Beteiligten gut sei, in dem Sinne, dass möglicherweise eine Eskalation verhindert wurde und eine gewisse Ruhe einkehren konnte. – Zusammenfassend meint sie, dass für diese Familie nebst sozialberaterischer Unterstützung noch komplementäre Betreuung erforderlich wäre. Sie denke an eine Fachberatung (psychologische), die Raum geben würde für die Aufarbeitung vergangener und anstehender Konflikte, und die die Vorgeschichte der Familie und die Krankheit des Ehemannes berücksichtige.

Die zuständige Beraterin im aktuellen Fall steht also in Übereinstimmung mit Frau und Herr I. bezüglich ihres Bedarfs nach ergänzender, fachspezifischer Betreuung. Der von dem getrennt lebenden Ehepaar und der Beraterin geschilderte Betreuungsbedarf entspricht dem Betreuungsangebot des ehemaligen EPZ und des jetzigen STZ, welches seinerzeit von der Familie beansprucht worden war.

Aus der Sicht des STZ

Als Frau I. schwanger geworden war, standen die verdrängten Konflikte und die damals klar erkannte Entfremdung der Eheleute nicht mehr im Vordergrund. Die Geburt des Kindes erweckte den Eindruck, als ob Familie I. einen neuen Lebensplan geschmiedet und ihr Leben in die Hand genommen hätte. Nach der Geburt verflüchtigte sich die Euphorie

schnell. Alte, unaufgearbeitete Ängste und Konflikte tauchten wieder auf, die Auseinandersetzungen wurden heftiger und hörbarer. Das Familienzusammenleben wurde unmöglich.

Seit der gerichtlichen Trennung ist eine Scheinruhe, eine Art Waffenstillstand eingetreten. Die Konfliktsituation hat sich entschärft, aber nicht grundsätzlich gelöst. Tatsächlich müssen Frau und Herr I. die neue Situation gemeinsam oder vielleicht zunächst getrennt mit Unterstützung von einer Fachperson wahrnehmen, besprechen, analysieren und neue Perspektiven schaffen. Herr I. glaubt, dass eine grössere Wohnung die Lösung wäre. Frau I. scheint mit der Trennungssituation zufrieden. Sie wünscht sich zwar eine grössere Wohnung, sagt aber nicht, ob sie diese dann auch mit ihrem Ehemann teilen möchte. Aus der Sicht des STZ kann eine grössere Wohnung die angestauten und verborgenen Konflikte weder lösen noch aus der Welt schaffen. Diese Meinung teilt auch die Sozialberaterin der Familie I.

Die mehrdimensionalen belastenden Faktoren, die sich gegenseitig verstärken, wie die unverarbeiteten Verfolgungs-, Folter- und Fluchterlebnisse und die andauernden Migrationsbelastungen, legen der Familie I. emotionale Blockaden und Hemmungen auf, die unüberwindbar erscheinen.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Die Familie, die durch die Geschehnisse in ihrem Heimatland ohnehin traumatisiert und von den Erlebnissen auf der Flucht erschöpft war, erhielt schliesslich nach langen Jahren der Angst und des Wartens eine Anerkennung als Flüchtlinge. Dieser neue Aufenthalts-Status bedeutet eine relativ sichere Aufenthaltssituation, aber auch eine Anerkennung ihres Hierseins, und dies eröffnet wiederum die Möglichkeit einer Selbst-Anerkennung, die unabdingbar ist für eine gewisse Stabilisierung und Verbesserung und letztlich für eine Weiterentwicklung. – Im vorliegenden Fall kann aufgezeigt werden, dass der Aufenthaltsstatus (als Asyl Suchende bzw. Jahre später als anerkannte Flüchtlinge) einen eminenten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Betroffenen, insbesondere des Mannes, hatte.

Im oben beschriebenen Fall wird auch deutlich, welche Rolle der Familie als Ressource zukommt. Die Ankunft von Frau I. und ihrer Tochter in der Schweiz hatte einen letztlich positiven Einfluss auf den Gesundungswillen von Herrn I. Sukzessive gelang ihm die Reduktion seiner Medikamente unter ärztlicher Obhut. Obwohl es andererseits, wie oben

beschrieben, auch zu starken innerfamiliären Konflikten kam, hat sich beim schwer traumatisierten Mann eine gewisse Stabilität eingestellt, die sich unter anderem auch darin zeigt, dass Herr I. nicht mehr hospitalisiert werden musste.

Frau I., die einen guten Realitätsbezug hat, konnte nach dem Erhalt der Flüchtlings-Anerkennung Zukunftsperspektiven entwickeln. Frau I. gelang es, im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms in einer Klinik zu arbeiten.

Im Verlauf der therapeutischen Begleitung im EPZ konnten alte und neu aufkeimende Konflikte aufgefangen werden. Die Familie konnte sich mit ihrer Selbständigkeit beschäftigen und überhaupt erst jetzt daran denken, ihr Leben in die Hand zu nehmen. Das EPZ verschaffte der Familie im Rahmen der beschränkten Möglichkeiten in der Asylstruktur den dringend nötigen Raum für psychisches und soziales Geschehen. Dieser Raum diente im aktuellen Fall u.a. der Wiederherstellung bzw. der Integration der Beziehungen innerhalb und ausserhalb der Familie.

Eine Integration im engeren Sinne, die da bedeuten würde, erwerbstätig zu sein, Sozialabgaben zu leisten und Krankenkassen-Prämien selber zu bezahlen, ist dieser Familie noch nicht gelungen. Die Familie ist aber in einem weiteren Sinne gesehen integriert, insofern als sie die Gesetze und die Verordnungen des Landes anerkennt und respektiert, bemüht ist, Deutsch zu lernen und aktiv mitwirkt, dass die Kinder eine gute Schulbildung absolvieren können. Darüber hinaus hat die Familie konkrete Pläne bezüglich eigener Ausbildung im Hinblick auf ein von der Sozialhilfe unabhängiges Leben.

Die Ausführungen zeigen beispielhaft, wie eine Familie versucht, sich auf strapaziösem Weg von etwas zu befreien und für etwas frei zu werden. Diese Familie, die noch nicht alle Krisen ausgestanden hat und durch den psychisch labilen Ehemann stark belastet ist, bedarf für einen positiven, integrativen Entwicklungsgang einer intensiveren, fachgerechten Begleitung und Betreuung.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- keine direkte Traumatisierung (Frau I.)
- gelungene Familienzusammenführung
- positive Entwicklung der Kinder
- Anerkennung als Flüchtlinge
- Konstanz der Betreuung durch EPZ
- Behandlung im Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (Herr I.)
- Wohnung ausserhalb der Asylstrukturen
- tragendes Beziehungsnetz in der Schweiz
- politische Aktivitäten (Exil-Partei)
- personale Ressourcen: Intelligenz, Lern- und Anpassungsfähigkeit
- gute Bildung (Herr und Frau I.)
- einvernehmliche Trennung des Ehepaares
- Deutschkurs, positive Erfahrungen in Beschäftigungsprogrammen (Frau I.)
- Lernbereitschaft, geplante Ausbildung (Frau I.)
- Gesundheitsverhalten (Frau I.)

Negative Faktoren:

- traumatische Erlebnisse: Foltererfahrung (Herr I.)
- vierjährige Trennung der Familie (verschiedene Zeitpunkte der Einreise in die Schweiz)
- Isolation (Herr I.)
- Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Erkrankung mit chronischem Verlauf (Herr I.)
- Belastung der Familie durch Krankheit des Familienvaters
- abgelehntes Asylgesuch, Anerkennung als Flüchtling erst sieben Jahre nach der Einreise
- Gesundheitsverhalten: Drogenkonsum (als Selbstheilungs-Versuch) (Herr I.)
- fehlende Betreuungskontinuität
- Externalisierung der Probleme, Opferrolle (Herr I.)
- fehlende Arbeit, Beschäftigung (Herr I.)
- enge Wohnverhältnisse
- fehlende geeignete Rehabilitationseinrichtungen mit Beschäftigungsmöglichkeiten für Asyl Suchende (Herr I.)

4.4 Verlaufsstudie Frau A. mit Sohn Berat (57- bzw. 18-jährig, seit 13 Jahren in der Schweiz)

Abstract

Frau A. ist eine heute 57jährige Frau aus Bosnien. Zusammen mit ihrem damals 5jährigen Sohn Berat ist sie vor 13 Jahren in die Schweiz geflüchtet. Beide haben bis heute Status F. Aufgrund der Depressionen von Frau A. kam die Familie ins EPZ. Bald stellte sich heraus, dass Frau A. nicht mehr fähig war, für ihren Sohn zu sorgen. Berat wurde in einer Schweizer Pflegefamilie untergebracht, wo er sich schnell einzufügen schien. Frau A. blieb weitere fünf Jahre im EPZ. Bei ihrer Betreuung stand nicht eine Heilung im Vordergrund, sondern eine Unterstützung und Begleitung, mit dem Ziel, einer vorzeitigen Invalidisierung entgegenzuwirken. Mit der Zeit chronifizierten sich die Leiden von Frau A. jedoch, und sie trat in ein Pflegezentrum ein.

Die katamnestische Erhebung zeigt, dass Frau A.s Gesundheitszustand heute relativ stabil ist und dass sie im Heim einen haltgebenden und verlässlichen Rahmen gefunden hat. Ein Stressfaktor ist und bleibt ihr unsicherer Aufenthaltsstatus, der sich eindeutig negativ auf Frau A.s Gesundheit und auf ihre Lebens- und Handlungsspielräume auswirkt.

Berats Entwicklung verlief – entgegen der Prognosen der Fachleute – ungünstig. Mit Beginn der Adoleszenz zeigte er Entwicklungsstörungen, deren Gründe in den traumatischen Erfahrungen in seiner Biographie liegen. Berat hat seine Lehre abgebrochen und lebt, getrennt von seiner Pflegefamilie, wieder in einer Asylunterkunft.

Vorgeschichte

Frau A. kommt aus Bosnien. Sie ist in einer ländlichen Umgebung aufgewachsen und hat nur wenig Schulbildung. Als Muslimin heiratete sie einen serbischen Mann, mit dem sie zwei Kinder hat, die heute in Belgrad leben. Frau A. trennte sich von ihrem Mann und von ihren Kindern und heiratete ein zweites Mal, einen muslimischen Bosnier. Von ihm hat sie einen Sohn, mit dem sie später in die Schweiz flüchtete. Ihr zweiter Mann war gewalttätig und unter Alkoholeinfluss schlug er sie und das Kind häufig so massiv, dass sie um das Leben ihres Sohnes Berat fürchtete.

Während des Krieges hielt Frau A. sich mit ihrem Sohn in einem Flüchtlingslager auf. Als sie von einem Bus hörte, der Frauen und Kinder in die Schweiz bringen würde, überlegte sie nicht lange und reiste mit ihrem Sohn ab. Mit ihrer Flucht brach sie alle Brücken zur Heimat ab. In der Schweiz angekommen, teilte sie weder ihrem Mann noch ihrer Familie ihren neuen Aufenthaltsort mit. Sie wollte die Vergangenheit hinter sich lassen und in der Schweiz ein neues Leben beginnen.

In der Schweiz erhielten Frau A. und Berat die kollektive Aufnahme. Sie wohnten während drei Jahren in einer Asylunterkunft für BosnierInnen in einer Gemeinde. Den Betreuerinnen fiel auf, dass Frau A. ihrem Sohn keinerlei Entwicklungs- und Freiräume liess, aus Angst, es könnte ihm etwas zustossen. Bei ihren MitbewohnerInnen galt sie als Aussenseiterin, weil sie sich übertrieben fröhlich gab und keine Trauer über den Krieg und über die Trennung von ihrer Familie zeigte.

Drei Jahre nach ihrer Ankunft in der Schweiz begann Frau A. an akuten Angst- und Verfolgungszuständen sowie an Depressionen zu leiden. Sie verbrachte mehrere Monate in einer psychiatrischen Klinik, wo die Ärzte ein depressives Zustandsbild bei schizoaffektiver Störung diagnostizierten. Berat war während dieser Zeit bei einer bosnischen Familie untergebracht. Nach dem Klinikaufenthalt war Frau A. in der Asylunterkunft nicht mehr tragbar, und sie trat mit ihrem damals achtjährigen Sohn ins EPZ ein.

Verlauf im EPZ

Frau A. lebte insgesamt 5 Jahre im EPZ, davon 7 Monate zusammen mit ihrem Sohn. Nach dem Eintritt ins EPZ verbesserte sich der Gesundheitszustand von Frau A. nicht. Sie lag die meiste Zeit über im Bett, war apathisch, pflegte sich kaum noch und klagte über diffuse Schmerzen. Berat seinerseits wurde psychisch auffällig, er begann ins Bett zu nässen und verweigerte den Schulbesuch, da er seine kranke Mutter nicht allein lassen wollte.

Bald wurde deutlich, dass Frau A. mit der Betreuung ihres Sohnes überfordert war und eine Fremdplatzierung notwendig war. Frau A. teilte diese Ansicht, es war ihr bewusst, dass sie nicht mehr in der Lage war, für Berat zu sorgen, und es war ihr ein grosses Anliegen, dass das Team einen guten Platz für ihn finden würde. Die Suche nach einer geeigneten Fremdplatzierung dauerte mehrere Monate, doch diese Zeit erwies sich für den Ablösungsprozess sehr wichtig, umso mehr als Mutter und Sohn eine sehr symbiotische Beziehung hatten. Die Schuldgefühle sowohl der Mutter wie auch von Berat – er fühlte sich verantwortlich für die Krankheit der Mutter – konnten in intensiven Gesprächen

aufgefangen werden. In dieser Übergangszeit organisierte das Team eine Reihe von Hilfssystemen, die Mutter und Sohn die Bewältigung des Alltags im EPZ ermöglichten, u.a. einen Begleiter für Berat, der ihn jeweils in die Schule brachte und TAST-Schülerinnen, welche die Wäsche besorgten und Frau A. bei der Körperpflege halfen.

Schliesslich war eine Schweizer Familie, die in der früheren Gemeinde von Frau A. und ihrem Sohn wohnten, bereit, Berat bei sich aufzunehmen. Er konnte in eine vertraute Umgebung zurückkehren und schien sich schnell in die Pflegefamilie zu integrieren. Psychische Auffälligkeiten zeigte er keine mehr. Anfangs besuchte er seine Mutter über das Wochenende, was jedoch beide überforderte. Schliesslich kam er nur noch stundenweise, aber regelmässig auf Besuch. Frau A. übernahm mehr und mehr die Funktion der sich sorgenden Grossmutter. Diese neue Rolle entlastete sie von ihren Schuldgefühlen.

Bei der Betreuung von Frau A. stand immer wieder die Frage nach dem „richtigen Ort“ im Vordergrund: War Frau A. mit den Strukturen des EPZ – die eine gewisse Selbständigkeit voraussetzten – überfordert oder konnte im Rahmen dieses Settings ihre Autonomie gefördert und eine frühzeitige Invalidisierung verhindert werden? Diese Fragen erforderten ein ständiges Abwägen der Situation. Ausschlaggebend war auch, dass Frau A. sich während Jahren explizit für ein Leben im EPZ entschied. Das Wohnen in einem Heim assoziierte sie mit Alter und Sterben.

In den folgenden Jahren wechselten sich bei Frau A. stabilere Phasen mit depressiven Episoden ab. Die Trennung von Berat wirkte sich zunächst als entlastend auf Frau A. aus und ihr Gesundheitszustand verbesserte sich vorübergehend. Während einiger Monate hatte sie weniger Ängste und Schmerzen und konnte für sich selber sorgen. Positiv auf ihren Gesundheitszustand wirkte sich auch aus, dass sie und ihr Sohn in dieser Zeit einen individuellen F-Status bekamen.

Doch Frau A.s Ängste bleiben ein ständiges Thema. Es gab Zeiten, wo sie das Haus kaum mehr verliess, aus Angst, auf der Strasse ohnmächtig zu werden. Eine zeitlang fühlte sie sich von einem Nachbarn verfolgt, und liess die Fensterläden auch tagsüber geschlossen. Die Beschäftigungsprogramme, für welche das Team sie immer wieder zu motivieren versuchte, brach sie jeweils nach kurzer Zeit ab. Frau A. hatte eine Strategie des Rückzugs gewählt und sie lebte in einer emotionalen Erstarrung, was sich auch in der Beziehung zu den BetreuerInnen zeigte. Trotz ihrer fortwährenden Dankbarkeitsbezeugungen – sie bezeichnete das Team als ihre Familie – blieb sie im Kontakt zu den BetreuerInnen emotionslos.

Bei den ersten Anzeichen von Überforderung trat Frau A. in die psychiatrische Klinik ein, wo sie oft monatelang blieb. Häufig waren die Ärzte ratlos – was sich auch an den wechselnden Diagnosen zeigte – da sie nach der Stabilisierung keinerlei Fortschritte machte. Sie nahm zwar regelmässig Medikamente ein, war darüber hinaus jedoch nicht bereit, etwas aktiv zu ihrer Gesundheit beizutragen. Arbeitsbeschäftigung oder Ergotherapie lehnte sie ab.

Die Kommunikation mit Frau A. war ausserordentlich schwierig. Ausser ein paar Wörtern, die sie für den Alltagsgebrauch und zur Beschreibung ihres Zustandes benötigte (wie Nerven, Schmerzen, Schwindel) hatte sie kein Deutsch gelernt. Doch die Kommunikation wurde nicht nur durch sprachliche, sondern auch durch psychische Faktoren erschwert. Dies zeigte sich in den regelmässigen Sitzungen mit einer Übersetzerin: Kam das Gespräch auf Themen, die sie als bedrohlich empfand, wie Konflikte mit MitbewohnerInnen, Autonomiewünsche ihres Sohnes und insbesondere ihre Vergangenheit in Bosnien, nahm sie Zuflucht zu ihren Schmerzen und brach die Gespräche ab.

So war der therapeutische Zugang bei Frau A. nicht vorwiegend über das Gespräch gegeben. Entscheidend war die Arbeit im Alltagskontext, wie etwa die Auszahlung des Fürsorgegeldes, das Organisieren von Arztterminen, das Vermitteln bei Konflikten mit den Nachbarinnen. Der Alltagskontext bot die notwendigen Anknüpfungspunkte, um eine Beziehung aufzubauen und aufrecht zu erhalten. Wichtig war auch die Präsenz des Teams an Ort und Stelle, die Kontinuität der Beziehungen mit den BetreuerInnen, was ihr einen halt gebenden Rahmen vermittelte. So meinte Frau A., dass sie sich von Montag bis Freitag sicher fühlen würde – d.h. zu Zeiten wo das Team im Büro präsent war.

Eine grössere Krise erlebte Frau A., als sie einen Brief von ihrer Schwester aus Bosnien (die Frau A. über das IKRK ausfindig gemacht hatte) bekam, worin stand, dass ihre Mutter bereits vor einem Jahr gestorben sei. Frau A. unternahm einen Suizidversuch und ein mehrmonatiger Klinikaufenthalt war nötig. Auch von ihrem Mann erhielt sie Briefe, in denen er sie bat, zu ihm zurückzukehren. Die Briefe wurden immer drängender, und er begann sie um Geld und um einen Kühlschrank zu beten. Nach längerem Abwägen entschied Frau A., dass sie die Beziehung zu ihrem Mann definitiv beenden wollte. Mit ihrer Schwester hielt sie jedoch weiterhin Kontakt und sie hörte auf, das EPZ-Team als ihre Familie zu bezeichnen.

Diese Ereignisse führten dazu, dass sie mit ihrer Betreuerin das erste mal über ihre Vergangenheit sprach, über die Gewalttätigkeit des Ehemannes, über ihre Albträume, wo sie tote Soldaten sah, und die bedrohlichen Themen konnten ansatzweise bearbeitet werden. Frau A. konnte die notwendige Trauerarbeit leisten und das Vergangene partiell

integrieren und abschliessen. Bezeichnend ist, dass Klinikaufenthalte von diesem Zeitpunkt an nicht mehr notwendig waren.

Frau A. mobilisierte immer wieder auch eigene Ressourcen. Sie hatte im Haus ein Beziehungsnetz zu Frauen aus ihrem Herkunftsland aufgebaut, mit denen sie Kaffee trank und die ihr freiwillig oder gegen eine kleine Entschädigung bei den Haushaltsarbeiten halfen, für sie einkauften und kochten. So stellte die Gruppe der MitbewohnerInnen eine therapeutische Ressource dar.

Mit den Jahren chronifizierten sich ihre psychischen und v.a. auch körperlichen Symptome, sie war praktisch gehunfähig und benötigte für ihre Arztbesuche ein Taxi. Den BetreuerInnen gegenüber verhielt sie sich zunehmend fordernder und begann, an deren Zuverlässigkeit zu zweifeln. Offenbar fühlte sie sich im EPZ nicht mehr sicher genug. Für die Fachpersonen waren es Hinweise, dass der Zeitpunkt für eine engmaschigere Betreuung und auch pflegerische Unterstützung gekommen war. Nach längerer Suche fand die Betreuerin einen Platz in einem Pflegeheim, das unweit vom Wohnort von Frau A.'s Sohn lag. Der bevorstehende Wechsel löste bei Frau A. grosse Ängste aus, und die Vorbereitung auf den Eintritt dauerte mehrere Monate.

Nach ihrem Austritt fand die Betreuerin in ihrem Zimmer ihren Schmuck und alte Briefe und Photos. Frau A. hatte sich ein zweites Mal aufgemacht, ein neues Leben zu beginnen.

(Eine Beschreibung des Fallverlaufs bei Frau A. im EPZ findet sich auch in der vom BFF in Auftrag gegebenen Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ 2003, S. 169-176).

Verlauf nach Austritt aus der Sicht der Klientin

Gesprächskontext: Vier Jahre nach ihrem Austritt aus dem EPZ besuchte die ehemalige Betreuerin Frau A. mit einer Übersetzerin im Pflegezentrum. Frau A. freute sich über ihren Besuch, war jedoch offensichtlich sehr nervös, da sie dachte, dass die Betreuerin wegen eines Asylentscheides gekommen sei. Sie sagte, dass sie grosse Angst habe, dass sie in ihr Heimatland zurückgeschickt werde und sie würde sich eher umbringen, als nach Bosnien und zu ihrem Mann zurückzukehren. Nur mit Mühe gelang es der Betreuerin, Frau A. zu beruhigen.

Frau A. schilderte den Verlauf nach ihrem Austritt aus dem EPZ wie folgt: Es sei ihr in der Zwischenzeit gut gegangen, das Pflegezentrum sei der „richtige Ort“ für sie. Das Personal würde alles für sie tun, die Wäsche waschen, Essen kochen, alles sei gut. Sie gehe in die Aktivierungstherapie und arbeite halbtags an einem geschützten Arbeitsplatz. Dort verdiene sie 200 Franken pro Monat. Zusätzlich bekomme sie monatlich 150 Franken Taschengeld. Sie spare dieses Geld und kaufe sich Schmuck (sie zeigte auf ihre Halskette, die sie vor ein paar Monaten gekauft hat) und unterstütze ihr Kinder in Belgrad und Berat. Berat komme jeden Samstag zu ihr auf Besuch, das sei für sie der schönste Moment der Woche. Er wohne nicht mehr bei seiner Pflegefamilie, den Grund dafür kenne sie nicht. Er wohne jetzt in einer Asylunterkunft.

Gesundheitlich gehe es ihr gut, sie sei selbständiger geworden. Mit den Nerven sei es „100 mal besser“ als früher. Wie ihre Krankheit heisse, wisse sie nicht. Ihr Arzt habe es ihr nicht gesagt. Sie beschreibt ihre Krankheit wie folgt: „morgens sechs Tabletten, mittags drei Tabletten, abends vier Tabletten.“ Die ärztliche Versorgung im Heim bezeichnete sie als optimal. Der Heimarzt komme jeden Samstag, und er gebe ihr die „richtigen“ Tabletten.

Auf die Frage, was sie selbst für ihre Gesundheit tue, meinte sie, dass sie die Tabletten regelmässig nehme, in die Aktivierungstherapie gehe und versuche, ihre Nervosität „zurückzuweisen“. Sie versuche, die Vergangenheit zu vergessen und nicht mehr an ihren Mann zu denken, dann gehe es ihr besser. Manchmal gehe sie auch spazieren oder trinke einen Kaffee im Restaurant des Heimes.

Wenn es ihr schlecht gehe, helfe ihr ihre Zimmergenossin (eine Frau aus Bosnien, ebenfalls eine ehemalige EPZ-Klientin, die Frau A. jedoch erst im Pflegezentrum kennen lernte), sie würden sich gegenseitig unterstützen. So habe sie ihr das Rauchen abgewöhnt, weil das Zimmer immer nach Rauch gestunken habe. Auch Jesus Christus helfe ihr, die Bibel sei ihr wichtig, sie sei jetzt Christin geworden und wolle nichts mehr von Mohammed wissen.

Die Zeit im EPZ bezeichnete sie als schwierig. Sie sei überfordert gewesen, nicht in der Lage, selber zu kochen, einzukaufen. Sie habe Hunger gehabt, aber nicht die Kraft, sich etwas zu kochen. Sie sei zerbrochen gewesen, kaputt. Das „Büro“ habe ihr sehr geholfen, aber die NachbarInnen seien „nicht von Nutzen“ gewesen. Einen typischen Tag im EPZ beschrieb Frau A. wie folgt: Sie sei ständig ins Büro gegangen, zur Betreuerin, habe gesagt „Nerven“, „Schmerzen“, „Taxi“, sie sei unruhig gewesen, hin und her gerannt, es seien schlimme Tage gewesen, aber die Betreuerin hätte alles getan, um ihr die Lage zu erleichtern. Sie wäre jedoch gerne zu einem früheren Zeitpunkt ins Pflegezentrum eingetreten, es wäre leichter für sie gewesen.

In Bauma seien die Tage anders: Sie stehe auf, dusche selbständig, nehme die Tabletten, die wie für sie geschaffen seien – und darüber sei sie überglücklich – dann gehe sie in die Aktivierungstherapie. Am Nachmittag arbeite sie in der geschützten Werkstätte, wo sie mit dem Auto hingebacht werde, was sie sehr schätze. Nach dem Abendessen verbringe sie den Abend mit ihrer Zimmergenossin im Zimmer, sie würden sich „Alte-Weiber-Geschichten“ erzählen und dabei viel lachen, und dann die Tabletten für die Nacht abholen. Um 8 Uhr würden sie dann schlafen.

Leider habe sie nie Deutsch gelernt, was sie sehr ärgere, doch die Sprache würde ihr die Zunge brechen und sie könne sich nicht aufs Lernen konzentrieren. Mit den anderen BewohnerInnen des Heimes könne sie sich deshalb nicht unterhalten und habe wenig Kontakt zu ihnen. Ihre Bezugsperson, eine Pflegerin und die Chefin würden serbokroatisch sprechen.

Ihr grösstes Problem heute sei Berat, sie mache sich Sorgen um ihn, seit er nicht mehr bei seiner Pflegefamilie wohne. Er habe schlechte Freunde, und er interessiere sich sehr für Frauen. Er komme zwar regelmässig zu ihr auf Besuch, doch erzähle er ihr nicht viel von seinem Leben. Ob er betreut werde, wisse sie nicht. Eine grosse Sorge sei auch, dass die Schweiz sie und Berat nach Bosnien zurückschicke.

Ihre Zukunft sieht Frau S. im Pflegezentrum, sie möchte dort bleiben und weiterhin am geschützten Arbeitsplatz arbeiten. Ihr Ziel sei es, Geld zu sparen. Mit dem Gesparten wolle sie sich Schmuck kaufen und ihre Söhne unterstützen.

Aus Sicht des Pflegezentrums

Aus der Sicht der Pflegerin ist Frau A. gut im Heim integriert, sie sei kooperativ und mache bei den Aktivitäten mit. Seit ca. zwei Jahren arbeite sie in einer geschützten Werkstätte und habe seither weniger psychosomatische Schmerzen. Frau A. leide nach wie vor an Depressionen, und zeitweise unter Halluzinationen und Verfolgungsideen. Auf jede Veränderung reagiere sie sehr sensibel.

Sie teile ihr Zimmer mit einer anderen bosnischen Frau; die beiden würden alles gemeinsam machen und seien „wie eine Familie“. Eigentlich müsste die andere Frau auf die Pflegestation verlegt werden, doch man könne die Frauen nicht trennen, der Zustand beider würde sich verschlechtern. Aussenkontakte habe Frau A. – ausser ihrem Sohn und

einer Schweizerin, die sie seit Jahren besuchen komme – keine. Frau A. werde von serbokroatisch sprechendem Personal betreut und spreche kein Deutsch.

Frau A. lebe ein Leben ohne grössere Ereignisse. In depressiven Phasen äussere Frau A. immer wieder die Befürchtung, dass der Aufenthalt im Pflegezentrum nicht mehr weiter finanziert werde und dass man sie auf die Strasse setze. Ihre grösste Sorge sei jedoch, dass man sie und ihren Sohn nach Bosnien zurückschicke. Diese permanente Angst steigere sich zu Panik, wenn sie jeweils im Juni jedes Jahres ihren Ausweis verlängern müsse. Es brauche jeweils wochenlange, intensive psychiatrische und pflegerische Betreuung, bis sie sich wieder stabilisiere. Sie beobachte dies auch bei den anderen Asyl Suchenden, die im Heim wohnen. Jeder amtliche Brief löse in dieser unsicheren Situation enorme Ängste aus.

Aus der Sicht des STZ

Frau A. demonstrierte zu Beginn des Besuches im Pflegezentrum mit ihren Händen, wie sie sich im Falle einer Ausschaffung umbringen würde. Diese dramatische Anfangsinszenierung weist auf existentielle Ängste hin: Die Angst vor der Rückschiebung und die Angst, den Heimplatz zu verlieren. Diese Ängste wirken sich, wie die Pflegerin bestätigt, negativ auf ihre Gesundheit aus.

Im Zusammenhang mit diesen Ängsten kann auch die Überangepasstheit von Frau A. gesehen werden: „Alles ist gut im Pflegezentrum“ „alles ist besser als früher“ – nichts darf in Frage gestellt oder kritisch angesprochen werden. Mit dieser Idealisierung geht eine Entwertung der Vergangenheit einher. So blendet Frau A. aus, dass ihre Mitbewohnerinnen im EPZ – trotz einiger Konflikte beim Zusammenwohnen – ihr auch eine Stütze waren und sie hat „vergessen“, dass es während Jahren ihr expliziter Wunsch war, im EPZ zu bleiben, um selbständig leben zu können.

Frau A. hat im Pflegeheim den richtigen Ort gefunden. Abgesehen von ihren Ängsten vor einer Rückschaffung fühlt sie sich offenbar geschützt in dieser Umgebung. So wirkte sie beim Gespräch insgesamt ruhiger, weniger rastlos als früher und auch gepflegter. In diesem geschützten Rahmen gelingt es Frau A., Ressourcen zu entfalten. Sie arbeitet seit Jahren in einer geschützten Werkstätte, während sie früher die Beschäftigungsprogramme nach kurzer Zeit wieder abgebrochen hat. Eine aktive Rolle nimmt sie auch ein, indem sie ihre Kinder mit ihren geringen Mitteln finanziell unterstützt. Auf diese Weise bewältigt sie den Konflikt, eine abwesende Mutter zu sein, die wenig Einfluss auf das Leben ihrer Kinder

hat. Es gelingt ihr heute aber auch, sich selber Sorge zu tragen, indem sie sich pflegt oder etwa Schmuck für sich selber kauft.

Im Vergleich zu früher verhält sich Frau A. heute ihrer Gesundheit gegenüber weniger passiv. Sie weiss, dass sie aktiv etwas zu ihrer Gesundheit beitragen kann, indem sie in die Aktivierungstherapie geht und versucht, ruhig und stressfrei zu leben.

Mit ihrer Zimmergenossin bildet sie eine Art Schicksalsgemeinschaft. Dabei haben beide eine Anpassungsleistung vollzogen. Frau L., einst Kettenraucherin, hat das Rauchen auf Frau A.s Einwirken hin aufgegeben und Frau A., einst Muslimin, ist zur Christin konvertiert und hat sich vom Islam distanziert. Dass sie dies so explizit betont, könnte damit zusammenhängen, dass ihre Zimmergenossin – eine serbische Bosnierin – ein ausgeprägtes muslimisches Feindbild hat. (Es war während der Zeit im EPZ unmöglich, Personen muslimischen Glaubens in der gleichen Wohnung wie Frau L. zu platzieren).

Die Entwicklung des Sohnes aus der Sicht des STZ

Berat wurde, bis er 16 Jahre alt war, weiterhin von der Fachmitarbeiterin des EPZ begleitet. Das EPZ hatte im Auftrag des Jugendsekretariats die Aufsichtspflicht über das Pflegeverhältnis. Die folgenden Informationen gewann die Betreuerin aus den Besuchen bei der Pflegefamilie.

Berat war 8jährig, als er in die Pflegefamilie kam. Dort war er zunächst unauffällig, angepasst und identifizierte sich schnell mit dem Schweizer Umfeld. Anders als die meisten Kinder von Asyl Suchenden lebte er in komfortablen Wohnverhältnissen und partizipierte an der postmodernen „Spas- Erlebnisgesellschaft“: Er ging Snowboarden, spielte Gitarre und ging zu den Pfadfindern. Wurde er in der Schule nach seiner Familie gefragt, erwähnte er ausschliesslich seine Pflegefamilie.

Mit Beginn der Pubertät begann Berat Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen. Nach Besuchen bei seiner Mutter litt er unter Ängsten, und nahm eine Spielzeugpistole zu sich ins Bett. Wovor er Angst hatte, konnte er der Pflegemutter nicht sagen. Hin und wieder entwendete er Sachen der Familie und stritt alles ab, wenn er entdeckt wurde. Die Pflegeeltern reagierten auf diese Veränderungen, führten Gespräche mit ihm und schlugen ihm vor, in eine psychologische Beratung zu gehen. Berat lehnte dies jedoch vehement ab, mit der Begründung, dass er „nicht mit den Ärzten reden wolle, die mit seiner Mutter zu tun hätten.“

Die Situation wurde erschwert durch den F-Status. Als Pflegekind bereits in einer gewissen Aussenseiterposition, wurde diese noch verstärkt durch die Benachteiligungen aufgrund seines Status. So konnte er z.B. nicht mit seiner Pflegefamilie ins Ausland in die Ferien, da das BFF – trotz mehrfacher Anfragen der Pflegefamilie – keine Reisedokumente für Berat ausstellte. Berat konnte dies nicht nachvollziehen, er gab die Schuld den Pflegeeltern und warf ihnen vor, sie würden ihn gegenüber den anderen zwei Kindern benachteiligen.

Berat fragte seine Mutter häufig nach seinem Vater und nach seiner Familie in Bosnien und beklagte sich, dass diese kaum über die Vergangenheit sprechen würde. Einmal – Frau A. wohnte noch im EPZ und Berat war bei ihr auf Besuch – gelang es der Betreuerin zusammen mit einer Mediatorin, Frau A. dazu zu bewegen, die Namen der Mitglieder ihrer Familie zu nennen. Danach war Frau A. völlig erschöpft, doch Berat hatte einen aufgezeichneten Stammbaum, den er mit nach Hause nahm. Seine Familienmitglieder hatten zwar noch keine Biografie, doch hatten sie zumindest einen Namen und einen verwandtschaftlichen Grad.

... und aus der Sicht der ehemaligen Pflegemutter

Zwei Jahre nach der Beendigung der Aufsichtspflicht nahm die ehemalige Betreuerin telefonisch Kontakt auf mit der Pflegemutter. Die Pflegemutter meinte, es sei alles nicht so gelaufen wie sie gedacht hätten. Berat habe zwar – trotz relativ schlechter Schulnoten und trotz der F-Bewilligung – eine Lehrstelle gefunden. Obwohl ihm die Ausbildung an sich gefallen habe, sei er immer unzuverlässiger geworden. Zunächst sei er häufig zu spät bei der Arbeit erschienen, dann sei er dem Lehrmeister gegenüber frech geworden und habe begonnen, Eigentum des Lehrbetriebes zu entwenden. Der Lehrmeister, der Berat immer wieder eine Chance gegeben habe, musste ihm den Lehrvertrag schliesslich kündigen.

Nach der Kündigung sei auch die Situation in der Familie zunehmend schwieriger geworden. Berat sei tagelang nicht mehr nach Hause gekommen, habe die RAV-Termine und sonstige Vereinbarungen nicht eingehalten, habe sich nichts mehr von ihr sagen lassen und sei verbal nicht mehr erreichbar gewesen. Trotz vieler Bemühungen und Gespräche, mit Einbezug einer Beiständin, seien sie schliesslich gezwungen gewesen, den Pflegevertrag aufzulösen. Berat sei gegangen, ohne sich zu verabschieden und ohne sich seither jemals wieder zu melden.

Berat macht zurzeit ein Praktikum für stellenlose Jugendliche und wohnt in einer Asylunterkunft. Es ist die gleiche Unterkunft, wo er vor 15 Jahren zusammen mit seiner Mutter gewohnt hat.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration bei Frau A. ...

Frau A.s gesundheitlicher Zustand kann heute als (relativ) stabil bezeichnet werden, eine Einschätzung, die sie teilt. Ein Hinweis für die Stabilität ist, dass Klinikaufenthalte seit sechs Jahren nicht mehr nötig waren.

Gerade in ihrem Fall waren die betreuenden Institutionen von grosser Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung, denn Frau A. verfügt über eher wenige externe personale Ressourcen: sie lebt getrennt von ihrer Familie, von ihren Söhnen, und in der Schweiz – ein Land das sie nicht bewusst ausgewählt hat – hat sie keine Verwandten.

Das EPZ stellt bei diesem Verlauf einen wichtigen Übergangsraum dar. Hier vollzog sich die Ablösung vom Sohn und hier fand auch die Kontaktaufnahme mit der Familie in Bosnien statt. Hier fand für Frau A. der Übergang zum Alter und die Vorbereitung für einen Aufenthalt im Pflegeheim statt. Die Bedeutung dieses Übergangsraums zeigt sich darin, dass die migrations- und krankheitsbedingten Brüche ansatzweise aufgefangen wurden und Frau A. neue Lebensentwürfe entwickeln konnte. Im Pflegezentrum hat Frau A. dann einen sicheren Ort gefunden, einen geschützten, verlässlichen Rahmen, der ihrem heutigen Gesundheitszustand angemessen ist.

Behilft man sich der gängigen Kriterien der Integration, so kann Frau A. kaum als „integriert“ bezeichnet werden: sie spricht praktisch kein Deutsch, ist fürsorgeabhängig und verfügt über wenig psychosoziale Ressourcen. An dem Ort, den die Schweizer Gesellschaft für Personen mit ihrem Gesundheitszustand bereitstellt, d.h. auf der Mikroebene der Institution des Heimes (und vorher des EPZ) hat Frau A. jedoch im Rahmen ihrer Möglichkeiten Integrationsprozesse vollzogen. Sie partizipiert an den Heimstrukturen und es gelingt ihr, den Alltag zu bewältigen und soziale Beziehungen zur Mitbewohnerin und zum Personal zu pflegen und aufrecht zu erhalten.

Es hat sich gezeigt, dass sich der unsichere Aufenthaltsstatus eindeutig negativ auf die Gesundheit von Frau A., aber auch auf ihre Lebens-, Handlungs- und Entfaltungsspielräume auswirkt. Die Anfälligkeit von Frau A. auf psychische und physische

Beeinträchtigungen ist dadurch erhöht. Ein sicherer Aufenthaltsstatus würde Frau A. einen grösseren Grad von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens ermöglichen und ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und -gestaltung stärken.

...und bei ihrem Sohn Berat

Trotz des protektiven Umfeldes, das Berat in der Pflegefamilie vorfand, verläuft seine Entwicklung – entgegen der Prognosen der Fachpersonen – ungünstig. Sein Verhalten war lange Zeit unauffällig, angepasst und erst mit Beginn der Adoleszenz zeigten sich gehäuft Entwicklungsstörungen.

Die Gründe für das (vorläufige) Scheitern sind in den belastenden Erfahrungen in seiner Biographie – die Kriegserlebnisse, die Gewalttätigkeit seines Vaters, die Flucht in die Schweiz, die Krankheit seiner Mutter und die Trennung von ihr – zu suchen. Berat wiederholt diese Verlusterfahrungen, indem er die Trennung von der Pflegefamilie und den Abbruch seiner Ausbildung provoziert. Diese wiederholten Brüche sind das Ergebnis innerer und äusserer Konflikte, die Berat überfordern und von ihm nicht angemessen bewältigt werden können. Eine Psychotherapie, die nebst dem stabilen psychosozialen Milieu der Pflegefamilie einen zusätzlichen Schonraum hätte bieten können, lehnte Berat vehement ab.

Eine Prognose zu stellen ist momentan schwierig. Es bleibt zu wünschen, dass Berat aus der Zeit, die er mit der Pflegefamilie verbracht hat, ein „inneres Bild“ von Verlässlichkeit und Stabilität mitnimmt, an das er später wieder anknüpfen kann.

Faktoren, die den Fallverlauf bei Frau A. beeinflusst haben:

Positive Faktoren:

- Betreuungskontinuität
- Sicherheit im EPZ und im Heim
- Beziehung zum Sohn
- teilweise Verarbeitungsmöglichkeit der Vergangenheit im EPZ
- Compliance
- Tätigkeit am geschützten Arbeitsplatz
- Fähigkeit, soziale Kontakte zu pflegen
- Vorhandensein von gesundheitserhaltenden Strategien

Negative Faktoren:

- Traumatisierung durch Krieg, durch häusliche Gewalt. Psychische Krankheit
- Status F (Unsicherheit)
- Vulnerabilität als alleinstehende, kranke Frau
- wenig selbstbestimmtes Leben bereits im Herkunftsland, keine „aktive“ Flucht
- Verlusterfahrungen, Trennungen
- kein Netzwerk bei Ankunft
- keine tragende Netzwerke im Aufnahmeland
- wenig Bildung, Unterschicht, aus ländlicher Umgebung
- fehlende Einordnungsmodelle für ihre Krankheit
- Sorgen aufgrund der negativen Entwicklung des Sohnes
- Rückzugstendenzen

Faktoren, die den Fallverlauf bei Berat beeinflusst haben:

Positive Faktoren:

- Pflegefamilie als verlässlicher Ort
- Schulbildung, Lehrstelle
- Vertrautheit mit schweizerischen Gesellschaft, (Schweizer-) Deutschkenntnisse

Negative Faktoren:

- traumatische Erlebnisse: Krieg, Gewalt des Vater, Trennung von der Mutter
- Status F

- psychische Krankheit der Mutter
- keine Aufarbeitung der belastenden Erlebnisse
- wiederholte Verlusterfahrungen: Abbruch der Lehrstelle, Beendigung des Pflegeverhältnisses

4.5 Verlaufsstudie Herr C. (40-jähriger Mann aus dem Mittleren Osten, seit sieben Jahren in der Schweiz)

Abstract

Herr C. ist ein 40jähriger Mann, Chemiker und Journalist und kommt aus dem Mittleren Osten. Ende der 90er Jahre flüchtete er in die Schweiz, da er in seinem Heimatland politisch verfolgt wurde. Aufgrund seiner depressiven Stimmungen kam er ins EPZ. Dort entwickelte er bald eigene Ressourcen: Er begann er die Bildungsangebote und Beschäftigungsprogramme der Asyl-Organisation intensiv zu nutzen. Diese Tätigkeiten waren identitätsstiftend und erweiterten seine Handlungsmöglichkeiten. Bei seinen vielfältigen Aktivitäten baute er sich ein soziales Netz auf und lernte seine zukünftige Frau kennen.

Vier Jahre nach dem Austritt aus dem EPZ ist der Gesundheitszustand von Herrn C. stabil und der Verlauf der Integration positiv. Herr C. macht ein Nachdiplomstudium an einer Hochschule und arbeitet in der Pharmaindustrie. Mit seiner Frau hat er zwei Kinder.

Vorgeschichte

Herr C. stammt aus einem Land im Mittleren Osten und flüchtete vor neun Jahren in die Schweiz. Er kommt aus einer politisch aktiven Akademikerfamilie. Mehrere seiner Familienmitglieder waren im Gefängnis und auch Herr C. wurde politisch verfolgt. Herr C. hat in seinem Heimatland Chemie studiert und arbeitete als Chemiker und als Journalist.

Nach seiner Flucht in die Schweiz wurde Herr C. für einige Wochen in einem unterirdischen Bunker untergebracht und kam danach in ein Durchgangszentrum. Den BetreuerInnen des Zentrums fiel er durch seine depressiven Stimmungen auf: Er habe psychische Probleme und müsse häufig notfallmässig zum Arzt. Herr C. wurde im EPZ angemeldet. Da es im EPZ zum damaligen Zeitpunkt keinen freien Platz gab, kam er auf die Warteliste. Bis zu seinem Eintritt einige Monate später wohnte Herr C. in einer Asylunterkunft in einem Dorf.

Verlauf im EPZ

Beim Eintrittsgespräch erzählte Herr C., dass er seit seiner Ankunft in der Schweiz unter Depressionen leide. Die Bedingungen im Durchgangszentrum und in der Asylunterkunft im Dorf seien sehr schlecht gewesen. Nicht der Mensch sei dort im Zentrum gestanden, sondern das Organisatorische und die betrieblichen Abläufe. Auch die Befragungen beim BFF habe er als sehr belastend empfunden. Er habe unter unkontrollierten Suizidgedanken gelitten. Daraufhin habe er eine Therapie angefangen und die Suizidgedanken habe er inzwischen unter Kontrolle. Er sehe die Depression auch als Chance. „So kann ich die dunklen Seiten von mir ausdrücken, indem ich sie schreibend verarbeite.“

Herr C. litt unter Gefühlen der Entwertung und unter Statusverlust. In seinem Heimatland war er eine angesehene Fachperson, hier war er ein Asyl Suchender, über dessen Zukunft das Bundesamt für Flüchtlinge entscheidet. Sein schlechtes Befinden zeigte sich auch in seinem zeitweise ungepflegten Äusseren.

Doch Herr C. blieb in seinen Kränkungen und Problemen nicht gefangen und entwickelte eigene Bewältigungsstrategien. Er erkundigte sich nach Lern- und Beschäftigungsmöglichkeiten der Asyl-Organisation und begann die Angebote intensiv zu nutzen. Er besuchte einen Deutschkurs, einen Journalismus- und einen Computerkurs. Später war er als interkultureller Vermittler beim Psychosozialen Dienst tätig, wo er unter anderem mithilfe, HIV-Informationsveranstaltungen für Asyl Suchende zu veranstalten. Er schrieb Artikel für eine Zeitung, die von Asyl Suchenden herausgegeben wurde.

Herr C. fand in seinen Tätigkeiten einen Ort der Anerkennung, der ihm über seine Kränkungen (die Enttäuschung über das Aufnahmeland, der niedrige Status als Asyl Suchender) etwas hinweghalf.

Herr C. unterschied sich von den meisten EPZ-KlientInnen durch seinen hohen Bildungsstand. Die Gespräche mit der Betreuerin drehten sich häufig um allgemein-abstrakte Themen wie etwa Globalisierung, die politische Situation in seinem Heimatland, Juden- und Christentum. Er zeigte der Betreuerin seine selbst erstellte Webseite und Artikel, die er in englischer Sprache verfasst hatte. Über seine Probleme sprach er nur selten.

Als Herr C. einen ablehnenden Asylentscheid bekam, verschlechterte sich sein Zustand. Er war unruhig und deprimiert. Er sprach oft darüber, wie er die Befragungen durch das BFF erlebt hatte. Es habe ein Misstrauensklima geherrscht und er sei nicht genügend zu Wort

gekommen. Er habe den Eindruck gehabt, dass die Befragerin und die Hilfswerksvertreterin das Interview so schnell wie möglich hinter sich bringen wollten. Die Hilfswerksvertreterin habe ihm um 18.00 ein Zeichen gemacht, indem sie auf ihre Coop-Einkaufstasche gezeigt habe.

Herr C. stiess – trotz seines Engagements – immer wieder an die Grenzen seines Asylstatus. Er traf diverse Abklärungen für ein Universitäts- oder Nachdiplomstudium. Doch keines der zahlreichen Ämter, die er kontaktierte, konnte ihm Auskunft geben, ob ein Asyl Suchender das Recht habe, sich an der Universität einzuschreiben. Ein anderes Mal bewarb er sich um eine Teilnahme an einem Kongress des UNHCR in Frankreich. Seine Eingabe, die von Retraumatisierungen Asyl Suchender bei der Befragungssituation handelte, fand Anklang und er wurde zu einem Referat eingeladen. Zwar bekam er vom BFF ein Reisedokument, doch das Gastgeberland des Flüchtlingskongresses gab ihm keine Einreisebewilligung.

Trotz dieser Schwierigkeiten blieb Herr C. aktiver denn je. Gegen Ende seines Aufenthaltes im EPZ hatte er eine 80 % Tätigkeit als interkultureller Vermittler, er war Projektleitungsassistent bei einem interkulturellen Veranstaltungskalender und besuchte abends Deutschkurse.

Bei all diesen Aktivitäten hatte er sich ein vielfältiges Netzwerk aufgebaut. Er lernte seine zukünftige Frau kennen. Es ging ihm sichtlich besser und er wirkte gepflegter. Herr C. heiratete und bekam die Aufenthaltsbewilligung B.

Verlauf nach Austritt aus der Sicht des Klienten...

Vier Jahre nach seinem Austritt erzählte Herr C. bei einem Treffen im Büro der ehemaligen Betreuerin, dass er ein Nachdiplomstudium als Chemiker mache und in der Pharmaindustrie arbeite. Er würde auch Fachreferate geben. Vor allem aber sei er glücklicher Vater zweier Söhne geworden. Er habe inzwischen die Einbürgerung beantragt.

Gesundheitlich gehe es ihm gut und er benötige keine therapeutische Hilfe mehr. Aus heutiger Sicht würde er sagen, dass er während der ersten Jahre in der Schweiz unter einer Anpassungsstörung gelitten habe. „Ich hatte viel Stress in dieser Zeit. Die Gründe dafür liegen in meiner schwierigen Vorgeschichte, ich wurde in meinem Land politisch verfolgt und mehrere meiner Brüder waren im Gefängnis. Und ich war sehr betroffen von der Realität, die ich in der Schweiz vorgefunden habe. Die Migration war für mich ein

„seelisches Schockerlebnis“, teilweise auf der somatischen, aber vor allem auf der seelischen Ebene. Ich wurde in meinem Bild von der westlichen Welt enttäuscht. Dies hat bereits an der Empfangsstelle angefangen, wo man mich nicht ernst nahm, als ich sagte, dass ich von Beruf Chemiker bin. Der Beamte hat mich ausgelacht.“

Das Durchgangszentrum, wo er in den ersten sechs Monaten wohnte, bezeichnete er als eine „Karikatur eines totalitären Systems“: es hätten rigide Strukturen geherrscht und Asyl Suchende, denen es schlecht ging, habe man sich selber überlassen. „In diesem Zentrum ist jeder krank geworden“. Im Deutschkurs sei den Asyl Suchenden ein sehr pessimistisches Bild von der Schweiz vermittelt worden, der Lehrer habe ihnen gesagt, dass sie in diesem Land kaum Chancen hätten und lediglich als Kellner arbeiten könnten. Die Lehrer hätten zudem ohne geeignete Lehrmittel unterrichtet. Einmal sei er im Estrich des Durchgangszentrums gewesen und habe dort zufällig ausgezeichnete Deutschlehrbücher gefunden. Diese Bücher habe man den Asyl Suchenden vorenthalten, da man gar nicht interessiert gewesen sei, dass sie Deutsch lernten.

Er habe die Bedingungen im Durchgangszentrum offen kritisiert, und dies sei von der Leiterin des Heimes als Rebellion aufgefasst worden. Zur Strafe habe man ihn daraufhin aufs Land platziert. „Dort wohnte ich in einem Container, zusammen mit fünfzig Afrikanern, die alle einen negativen Asylentscheid hatten. Wir waren ohne Beschäftigung, Deutschkurse wurden nicht angeboten. Es war eine Strafzone.“ Herr C. setzte es jedoch durch, dass er in Zürich einen Deutschkurs besuchen konnte. Der Lehrer dieses Kurses und auch sein Arzt hätten sich dann dafür eingesetzt, dass er ins EPZ eintreten konnte.

Herr C. meinte, dass er sehr am Statusverlust, den die Migration mit sich brachte, gelitten habe. In seinem Heimatland sei er ein angesehener Akademiker gewesen und in der Schweiz sei er zu einem Asyl Suchenden geworden, der bei Null anfangen musste. „Wenn ich Leute kennen gelernt habe, stand ich jeweils vor der Frage, ob ich mich als Asyl Suchender oder als Akademiker vorstellen sollte. Die ersten drei Jahre habe ich gesagt, ich sei Asyl Suchender. Die Botschaft an der Empfangsstelle war klar gewesen. Ich konnte das Kapital, das ich mitbrachte, zunächst nicht nutzen. Manchmal habe ich das Vertrauen in mich verloren, doch ich habe nicht aufgegeben.“

Als wichtigste Ressourcen bezeichnete Herr C. seine Sozialkompetenzen, seine Ausbildung, seine intellektuellen Fähigkeiten, seine Sprachkenntnisse und seine politischen Erfahrungen. Sehr hilfreich in der ersten Zeit in der Schweiz sei sein Talent zum Schreiben gewesen, denn Schreiben konnte er auch als Asyl Suchender.

„Was mir am meisten geholfen hat, war, dass ich immer wieder Menschen getroffen habe, die mich als Mensch und als Akademiker akzeptiert und mich nicht auf den Status eines Asyl Suchenden reduziert haben. Da waren z.B. die Nachtwachen des Durchgangszentrums, Studenten, die mir Kontakte zu anderen Studenten an einer Hochschule vermittelt haben. Es waren meine ersten Kontakte mit der Schweiz „da draussen“, eine entscheidende Erfahrung für mich. Später habe ich an der Hochschule einen Professor kennen gelernt, der mich mit Fachkollegen bekannt gemacht hat“.

Die Betreuung im EPZ bezeichnete Herr C. als menschlich, individuell ausgerichtet und qualitativ gut. „Ich habe von den BetreuerInnen immer Unterstützung erhalten. Vor allem das Zuhören und die Anerkennung waren sehr wichtig für mich.“ Als positiv bezeichnete er auch das eigene Zimmer als Rückzugsort.

„Positiv am EPZ war die Krisenintervention vor Ort, die Nahversorgung. Meinen Zimmernachbarn ist es psychisch sehr schlecht gegangen, und auf diese Weise konnten viele Klinikeinweisungen und damit verbundene Retraumatisierungen verhindert werden. Diese Menschen sind „nicht verrückt“, sie sind nicht krank in einem psychiatrischen Sinn. Sie brauchen Hilfe vor Ort und gehören nicht in eine Klinik.“

Negativ an seinem Aufenthalt im EPZ sei er gewesen, dass er gar nicht gewusst habe, dass er im EPZ wohne. Es sei ein Schock gewesen, als er dies von der Leiterin des Beschäftigungsprogrammes, wo er arbeitete, erfahren habe. Man habe ihn später in der Asyl-Organisation immer wieder gefragt, wieso er im EPZ wohne. „EPZ“ sei überall gestanden: auf seiner privaten Post, als Adresse in seinem Ausweis und in der Asyl-Organisation sei er unter EPZ registriert gewesen. Dies habe er als sehr stigmatisierend erlebt.

Während der Zeit im EPZ sei er sehr aktiv gewesen. Bei den Kursen und Beschäftigungsprogrammen sei er mit vielen Leuten der Asyl-Organisation in Kontakt gekommen. Durch seine Tätigkeiten habe er sehr viel gelernt: „Ich denke, dass man auch als Asyl Suchender, trotz eingeschränkter Möglichkeiten, etwas aus der Situation machen kann.“

Heute habe er „positive Sorgen“: Als er letztthin eine neue Stelle suchen musste, habe er dies weniger als Belastung, sondern als Herausforderung empfunden. Und er habe Glück gehabt, sofort eine neue Stelle zu finden. Er habe mehrfache Überlebensstrategien und ein anderes Stresskonzept als westliche Leute, so empfinde er z.B. ein grosses Arbeitspensum nicht als Belastung.

Für die Zukunft erhofft sich Herr C., dass er das Nachdiplomstudium beenden und dann seine berufliche Position verbessern kann. Er möchte ein Buch über seine Erlebnisse in der Schweiz schreiben und mehr Zeit haben für seine Familie und für seine Hobbys.

... und aus der Sicht des STZ

Die ehemalige Betreuerin rief Herrn C. an, um ihn um ein Gespräch zu bitten. Herr C. war zunächst ambivalent, er meinte, dass er ja kein typischer EPZ-Fall sei. Er habe lange Zeit nicht gewusst, dass er im EPZ wohne. Schliesslich erklärte er sich zu einem Gespräch bereit, bat jedoch die Betreuerin, ihm die Fragen vorher zuzuschicken. Beim Treffen mit der ehemaligen Betreuerin kommentierte er, dass es ein sehr „psychiatrischer Fragebogen“ sei.

Thematisch legte Herr C. den Schwerpunkt des Gespräches auf die Schilderungen der Vergangenheit, auf die ersten Jahre in der Schweiz, wo er offenbar viele Kränkungen erfahren hat. Auffallend sind die Missverständnisse, die es zwischen Herrn C. und den betreuenden Stellen gegeben hat. So war er damals von der Leiterin des Durchgangszentrums im EPZ angemeldet worden, und da kein Zimmer frei war, wurde er in der Zwischenzeit in eine Gemeinde platziert. Herr C. interpretierte dies jedoch als Strafaktion der Leiterin. Im EPZ wurde mit ihm ein Eintrittsgespräch geführt, wo ihm die Institution vorgestellt und der Zweck des Aufenthaltes erklärt wurde. Dass Herr C. sich nicht daran erinnert, könnte als eine Form von Distanznahme von seinem damaligen Zustand interpretiert werden.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Herr C.s Gesundheitszustand ist heute gut und der Verlauf seiner Integration ist positiv. Herr C. selber stuft sich als resilient ein, d.h. er hält Belastungen nicht nur stand, sondern bewältigt sie und stärkt dadurch seine Handlungsfähigkeiten.

Sehr wichtig für den Verlauf waren Herrn C.s personale Ressourcen (seine intellektuellen Fähigkeiten, seine Lernbereitschaft). Er nutzte die bestehenden Gesundheitsangebote, indem er eine Psychotherapie machte, und entwickelte eigene gesundheitserhaltende Strategien. Dabei war das Vorhandensein eines potentiellen Raumes im Gastland entscheidend. Das EPZ bot einen Raum, wo er seine Bewältigungsstrategien entfalten

konnte. Er nutzte in der Folge die Beschäftigungs- und Ausbildungsprogramme der Asyl-Organisation intensiv und erweiterte damit seine Handlungsmöglichkeiten. Er entwickelte individuelle Ressourcen, die für ein autonomes Leben ausserhalb der Asylstrukturen notwendig sind. Dazu gehörte auch, dass er fähig war, sich ein tragfähiges soziales Netz aufzubauen.

Die Übergangszeit der Migration stellt eine instabile, verletzliche Phase dar. Das Vorhandensein eines Übergangsraumes im Gastland, der in verschiedenen Ausformungen bestehen kann (eine Institution wie das EPZ, Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die Aufnahme durch eine bestehende Community oder durch die bereits hier niedergelassene Verwandtschaft) kann deshalb wie im Fall von Herrn C. eine Chronifizierung von psychischem Leiden verhindern (vgl. Künzler, 2005).

Ein zusätzlicher entscheidender Faktor für die gesundheitliche Entwicklung von Herrn C. ist, dass er während einer relativ kurzen Zeit mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus lebte (er heiratete drei Jahre nach seiner Einreise). Dies könnte für das Ausbleiben eines schwereren psychischen Leidens und einer somatischen Krankheit ursächlich sein. Wie eine Studie über Aufenthaltsstatus und Gesundheit zeigt (Hunkeler 2006, S. 65) wirkt sich der gesundheitsbeeinträchtigende Einfluss eines ungewissen Aufenthaltes als Erstes und ausgeprägter auf die psychische Gesundheit aus – wie das auch bei Herrn C. der Fall war. Die physische Angeschlagenheit – psychosomatische Struktur aufweisend – beginnt sich später zu entwickeln, zunehmend, je länger die Betroffenen in grosser Unsicherheit verweilen.

Allgemein kann gesagt werden, dass es bei gut gebildeten MigrantInnen entscheidend ist, dass ihre Ressourcen nicht brachliegen und Bildungs- und Beschäftigungsprogramme angeboten werden, die ihre Qualifikationen berücksichtigen.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- keine traumatischen Störungen
- gute Bildung, Lernbereitschaft, Mittelschicht
- ausgeprägte Sozialkompetenzen
- Aufenthaltsbewilligung B nach drei Jahren („kurze“ Wartezeit)
- Aufbau eines tragenden sozialen Netzes, Familie
- EPZ als Ort, der Entwicklungsmöglichkeiten offen lässt und unterstützt
- Beschäftigungsangebote / Erwerbstätigkeit
- Psychotherapie
- politische und intellektuelle Interessen
- Verständnis für sein (vormaliges) Leiden, kann es in Bezug zu seiner Biographie und zu gesamtgesellschaftlichen Prozessen setzen
- gesundheitserhaltende Strategien

Negative Faktoren:

- belastende Erfahrungen der Vergangenheit
- Statusverlust durch Migration, Kränkungen durch „unfreundliche“, wenig wohlwollende Aufnahme des Asyllandes
- abgewiesenes Asylgesuch
- kein Beziehungsnetz bei der Ankunft vorhanden

4.6 Verlaufsstudie Familie O. (sechsköpfige Familie aus Südosteuropa, seit neun Jahren in der Schweiz)

Abstract:

Die Familie O. lebt seit neun Jahren in der Schweiz und ist hier vorläufig aufgenommen (Status F). Die aktuellen Schwierigkeiten in der Migration verknüpfen sich mit den belastenden Erfahrungen der Vergangenheit. Es kann deshalb von einer Langzeittraumatisierung der Familie gesprochen werden. Die Eltern sind teils fürsorgeabhängig, depressiv und oft körperlich krank. Die Kinder, die durch das Elternhaus emotional belastet sind, sind in ihrer Entwicklung gefährdet und dabei, in der Schule, Lehre/Berufsleben „verhaltensauffällig“ zu werden. Es zeigt sich heute das Bild einer Familie mit erschwertem Integrationsverlauf.

Vorgeschichte

Die fünfköpfige Familie O. ist eine Familie muslimischer Glaubenszugehörigkeit aus Südosteuropa mit 4 Jugendlichen in der Adoleszenz. Die Familie besitzt den Status F und ist teilweise abhängig von Sozialhilfe. Vor ihrem Eintritt in das EPZ wurde die Familie in einer Landgemeinde betreut, wo es zu Konflikten kam und sich die Familie diskriminiert fühlte. Eltern wie Kinder litten an traumatischen Erlebnissen als Mitglieder einer diskriminierten Minderheit in ihrem Herkunftsland und an unverarbeiteten, schwerst traumatisierenden Kriegsgeschehnissen.

Verlauf im EPZ

Frau O. vermisste ihre Kinder aus erster Ehe und ihre Heimat, die durch den Krieg zerstört worden war und sprach offen von Heimweh, trotz der unsäglichen Entbehrungen, die sie und die Kinder während des Krieges erlitten hatten. Herr O. wirkte verstört und schien an seinen äusserst schwierigen Erlebnissen während des Krieges zerbrochen zu sein. Herr und Frau O. litten beide an diffusen Ängsten, die sich bei Frau O. zu Ausbrüchen von Verzweiflung und zu Panikattacken steigern konnten. Sie hatte viele Ängste, die um ihren Körper und ihre Gesundheit kreisten. Sie hatte Angst, unheilbar krank zu sein. Sie hatte Angst, in der Berufsfindung in der Schweiz zu versagen. Sie hatte Angst um die Zukunft

ihrer Kinder. Wie ihr Mann litt Frau O. an Schlafstörungen, Depressionen, an ständiger Erschöpfung und Nervosität. Herr O. ernährte sich ungesund, war ständig bedrückt, verbrachte die Nächte wach und Zigaretten rauchend. Er klagte immer wieder über Magenschmerzen, die trotz einer intensiven medizinischen Behandlung durch einen Facharzt stets wiederkehrten. Herr O. drückte sein Leiden ebenso wie Frau O. über seinen Körper aus.

Frau O. und Herr O. brachen ihre externe ambulante Psychotherapie, die für sie vermittelt worden war, bereits nach kurzer Zeit wieder ab und waren auch nicht bereit, sie wieder aufzunehmen. Die seelisch belasteten Kinder wurden von SchulpsychologInnen betreut.

Die Eltern standen der Schweiz sehr distanziert bis ablehnend gegenüber, obgleich sie schon so lange hier waren. Der Lebensalltag, den die BetreuerInnen durch ihre Präsenz mit der Familie erlebten, gestaltete sich mitunter deshalb schwierig, weil Herr und Frau O. aus einem Gefühl der ständigen Ohnmacht und Überforderung heraus dazu neigten, jede Verantwortung von sich zu weisen, die Schuld an ihrem Schicksal zu externalisieren und äusseren Mächten zuzuschreiben. Gleichzeitig waren sie spürbar erzürnt über die Abhängigkeit vom EPZ, besaßen aber nicht die Kraft, einen Schritt in eine grössere Autonomie zu machen, bzw. sich von den Abhängigkeiten zu befreien. Das Angebot, an einem Deutschkurs der Asyl-Organisation Zürich teilzunehmen, wurde von der Familie abgelehnt.

Die Brüche, die in der Migration auftraten und mit der Erinnerung an vergangene Ängste und Not (Krieg und Verfolgung) assoziiert waren, wurden ausschliesslich dem Versagen äusserer Instanzen zugeschrieben. Herr und Frau O. verliessen nie die Opferposition und fühlten sich verfolgt, benachteiligt oder in ein ständiges Unrecht gesetzt.

Der Notstand war u.a. aufgrund der Situation als Asyl Suchende auch ein strukturell bedingter Notstand. Die inneren und äusseren Notlagen potenzierten sich zu einem unheilvollen Gemisch und führten in regelmässigen Abständen zu explosiven psychischen Entladungen. Dies bewirkte nur allzu oft eine Überforderung der mit der Familie befassten Asyl- oder FachbetreuerInnen.

Das Fehlen von Fähigkeiten, die für ein erfolgreiches Leben in der Schweiz notwendig sind (Schulbildung, Berufsausbildung etc.), erhöhte zwangsläufig den Marginalisierungs- bzw. den Leidensdruck der Familie. Der Einstieg der Familie O. in die normale Berufswelt scheiterte immer wieder, was von den Eltern, die sich ohnehin entwertet fühlten, erneut als Scheitern und Kränkung bzw. als Zurückweisung erlebt wurde und wiederum Ängste,

Depressionen und (Auto-) Aggressionen auslöste. Die Eltern schoben einander die Schuld am Scheitern zu. Trennungsabsichten wurden häufig geäussert.

Was der Familie Halt gab und sich emotional stabilisierend auf sie auswirkte, war das Eingebundensein in das soziale Netz der ExilantInnen in der Schweiz. Der Kontakt untereinander wird im Exil in der Schweiz gepflegt. Die Verwandten besuchen sich regelmässig gegenseitig.

Die Kinder litten mit ihren Eltern. Häufig war die Mutter für die Kinder emotional nicht erreichbar, auch wenn Frau O. die eigentliche Integrationsfigur der Familie war. Herr O. war als Vater meist völlig absent und zurückgezogen. Die beiden jüngeren Kinder gingen gern in die Schule, obwohl sie dort bereits als verhaltensauffällig wahrgenommen wurden. Sie gerieten durch die soziale Einbindung in die Schule, die von engagierten LehrerInnen unterstützt wurde, in einen Loyalitätskonflikt mit den Eltern, die der Schule skeptisch bis ablehnend gegenüberstanden. Die Ablösung des ältesten Sohnes, der delinquent geworden war, von der Familie und sein Erwachsenwerden gestalteten sich dramatisch und lösten ständig familiäre Krisen aus. – Die Eltern schienen in ihrer Erziehungsaufgabe zu scheitern.

Das Leidenssyndrom der Familie O., das sich zusammensetzte aus diffusen Ängsten, Depressionen und körperlichen Beschwerden, war Folge der Lager- und Kriegszeit, der beschwerlichen Flucht, die nicht wirklich zu Ende ging, und der anhaltenden Enttäuschungen in der Schweiz. Der Status der vorläufigen Aufnahme perpetuierte die ständige Lebensgefährdung der Nachkriegsjahre. Die Todesangst und Todesnähe waren für die Eltern subjektiv immer noch präsent und schienen wie das Leidenssyndrom selbst bis zum damaligen Zeitpunkt unüberwindbar zu sein. Die aktuellen Probleme verknüpften sich mit den belastenden Erfahrungen der Vergangenheit. Man kann deshalb von einer Langzeittraumatisierung der Familie sprechen.

Auf dem Hintergrund des Konzeptes einer Holding- bzw. einer Containingfunktion gelang es der Betreuung im EPZ, die Familie über eine geraume Zeit hinweg in einem gewissen Mass zu stabilisieren und zu entängstigen. Gemeinsame therapeutische Familiengespräche in Zusammenarbeit mit einer muttersprachlichen Therapeutin wurden eingerichtet und hatten trotz Mangel an Struktur in der Familie eine gute Wirkung. Abmachungen und Vereinbarungen wurden zwar selten eingehalten. Das Chaos und das Brüchige zeigten sich im EPZ-Alltag ebenso wie in diesen therapeutischen Gesprächen. Die Lebendigkeit und die Zuneigung der Familienmitglieder, die sie füreinander empfinden, konnten dort jedoch manchmal sichtbar werden.

Bei allem punktuellen Gelingen und der erarbeiteten Verständigung überwog in der Familie das Prinzip der Negativität. Das Nicht-Gelingen-Wollen des Lebens im Exil blieb übermächtig und verhinderte weitere Perspektiven. Die Last der Vergangenheit, die Kontinuität anhaltender Entwertungen und Selbstentwertungen, stellten für die Gesundheit der Familie eine grosse Gefahr dar. Die systematische Zerstörung und Schädigung des Selbst war einst die Absicht ihrer Peiniger und Folterer, die verinnerlicht in ihnen fortwirkten.

Wenn die BetreuerInnen zu einem negativen Objekt der feindseligen Übertragung mutierten und entwertet wurden, litten sie unter Erschöpfungszuständen und wurden mit ihren eigenen Grenzen konfrontiert. Die Arbeit mit der Familie erforderte einen hohen Reflexionsaufwand des Betreuungsteams, um nicht mitzuagieren. Das Aushalten-Können und das gemeinsame Durchleben von belastenden Sequenzen durch die EPZ-BetreuerInnen zusammen mit der Familie O. war jedoch für Herrn und Frau O. bedeutsam, weil sie so die Erfahrung machen konnten, nicht erneut verfolgt und zerstört zu werden oder selbst jemanden zu zerstören.

Erstaunlich war der hartnäckige Widerstand gegenüber Veränderungs- und Entwicklungsschritten, und vor allem die Vergeblichkeit aller Bemühungen der Eltern, mit dem Leben in der Schweiz einigermaßen zurecht zu kommen. Die Frage blieb offen, wie es der Familie möglich wäre, eine positive Entwicklung fertig zu bringen, indem ihr der Übergang von einer Lebensphase permanenter Angst und Not in eine Phase der Ruhe und Autonomie in der Schweiz als sicherem Ort gelingen könnte.

(zum Verlauf im EPZ siehe auch in: „Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ“, Studie im Auftrag des Bundesamts für Flüchtlinge. 2003. S. 177 – 189)

Verlauf nach Austritt

Der Austritt der Familie aus der Betreuung erfolgte Ende 2004. Damals wurde das betreffende Haus des EPZ im Zuge der Redimensionierung des Betreuungsangebotes für traumatisierte Asylsuchende ersatzlos geschlossen.

Aus der Sicht von Frau und Herrn O.

Gesprächskontext: Nahezu zwei Jahre nach Austritt aus dem EPZ besuchen die ehemaligen BetreuerInnen die Familie O. an ihrem neuen Wohnort. Mittlerweile wohnen die zwei älteren Kinder, Egon und Aid, nicht mehr im gleichen Haushalt.

Frau und Herr O. zeigen sich erfreut über den Besuch. Die zwei Kinder, die noch bei den Eltern leben, sind gerade nicht anwesend. Ein Gefühl von Stolz zeigt sich auf den Gesichtern von Herrn und Frau O. Sie sind stolz auf die neue 4-Zimmerwohnung, die sehr ordentlich aufgeräumt ist. Das Paar teilt den BesucherInnen mit, dass sie diese Wohnung nach fast zwei Jahren Suche „selber“ gefunden hätten. Nun wohne die Familie seit drei Monaten hier in der „eigenen“ Wohnung. Mit Aufenthaltsbewilligung F sei es für die Familie nicht einfach gewesen, eine Wohnung zu finden, sagt die Mutter mit müden Augen, aber kämpferischem Blick.

Der Austritt aus dem EPZ kam für die Familie ungelegen und verfrüht. „Ohne Büro (gemeint ist die Betreuung im EPZ) schlecht leben, ohne EPZ Katastrophe“, sagt Frau O. Nach Ansicht von Frau O. hätte Familie O. die Betreuung des EPZ noch ein bis zwei Jahre gebraucht. „Besser immer“ ergänzt Herr O. Für Frau O. sind die Unterstützung und die Betreuung des EPZ unvergesslich, sie sagt: „Ich vergesse nie diese Hilfe“ und ergänzt: „Viel besser mit Büro.“

Familie O., die drei Jahre auf der Flucht war, unter strapaziösesten Umständen von einem Ort zum nächsten wechseln musste und in ständiger Lebensgefahr war (Hunger, Infektionskrankheiten, Landminen, Verfolgung), sei gesund in die Schweiz gekommen. Nach sechs Monaten im Durchgangszentrum und all den Problemen dort, allen voran die Sorge um die Kinder, die in die Schweiz mitgeflüchtet waren und um die anderen, die in der Heimat zurückgeblieben oder im Krieg verschollen waren, seien Frau und Herr O. krank geworden. Frau und Herr O. klagen bis heute noch über Schmerzen im ganzen Körper. Die Ärzte stellten fest, dass Frau O. an chronischem Rheumatismus und Migräne leide. Frau O. habe solche Leiden früher nicht gekannt. Die häufigen Migräneanfälle würden sie fertig machen. Seit Jahren sei sie jetzt in ärztlicher Behandlung und nehme Medikamente auch zum Schlafen und gegen Depressionen. Frau O., für die die Gesundheit wichtig ist, sucht ihren Arzt einmal in der Woche auf. Ohne Medikamente könne sie heute nicht leben. „Vielleicht alles von Krieg“, meint sie.

Der im und vom Krieg traumatisierte Herr O. klagt über Bauchschmerzen. Im Gegensatz zu seiner Frau gehe er nicht gerne zum Arzt. „Gespräche bringen nicht weiter“, sagt Herr

O. Eine kürzlich durchgeführte Magenspiegelung blieb ohne Befund. Herr O. sagt, er hätte lieber eine Operation anstatt Medikamente. „Viel Schmerzen, so viel nervos.“

Die zwei noch im gleichen Haushalt lebenden Kinder Naila und Naiv seien körperlich im Allgemeinen gesund und gingen selten zum Arzt. Beide hätten eine Mandeloperation gehabt. Die Tochter klagt über Zahnfleischblutungen. Frau O. plane, ihre Tochter nach Erhalt des Schweizerpasses für eine Zahnbehandlung in die Heimat zu schicken, denn eine Zahnbehandlung koste dort viel weniger als in der Schweiz.

Die Tochter Naila besucht derzeit eine Schnupperlehre in einem Bäckerbetrieb. Der jüngste Sohn Naiv, der noch im gleichen Haushalt lebt, besucht die Sekundarschule. Der älteste Sohn Aid (nicht mehr bei den Eltern wohnhaft), der in der Zwischenzeit gut Deutsch gelernt hat, arbeitete lange Zeit in der Malerabteilung im Projekt GEP (gemeinnützige Einsatzplätze) und befindet sich jetzt in einer Schreinerlehre, teilt Frau O. mit. Es gehe ihm jedoch nicht gut. Er befindet sich nach einem Suizidversuch in psychiatrischer Behandlung. Frau O. erzählt, dass er Alpträume habe und Medikamente nehme. Näheres dazu erzählt sie nicht. Frau O. erzählt weiter, dass der zweite Sohn Egon (ebenfalls nicht mehr bei seinen Eltern wohnhaft) eine Gartenbaulehre mache.

Freudvoll erzählt Frau O., dass sie eine Arbeitsstelle gefunden habe. Sie sei stolz, diese selber gefunden zu haben. Dreimal drei Stunden in der Woche arbeite sie in einem Pflegeheim als Küchenhilfe. Frau O. gibt an, dass sie gerne mehr arbeiten würde. Der Arbeitgeber sehe aber diesbezüglich keine Möglichkeit. Herr O. wolle auch arbeiten. Er suche eine „richtige“ Arbeitsstelle, kein Beschäftigungsprogramm. Er habe immer wieder Gesprächstermine bei der Arbeitsvermittlung der AOZ.

Frau und Herr O. hätten die Theorieprüfung für einen Führerausweis absolviert und bestanden. Mit einem Lernfahrausweis seien sie nun dabei, sich Fahrpraxis anzueignen. Frau O. habe Angst vor der Fahrprüfung.

Frau und Herr O. betonen immer wieder, wie wichtig es im Leben sei, gesund zu sein. Auf die Frage, was sie tun, um gesund zu bleiben, sagen beide: „Arbeit.“ Frau O. sagt: „Ohne Arbeit keine Chance im Leben. Ohne Arbeit ist er (auf Herr O. zeigend) krank. Aid (Sohn) ist depressiv ohne Arbeit.“

Auf die Frage, wer Ihnen helfe, wenn es ihnen schlecht gehe, antwortet Frau O.: „Gott ist zuerst, nachher die Familie“ und ergänzt: „Zuviel reden über die Probleme machen krank.“

Familie O. habe keine Kontakte zum Heimatland. Seit ca. fünf bis sechs Jahren habe Frau O. keinen Kontakt zu ihrer Tochter und ihren Grosskindern. Sie führe diesen Beziehungsabbruch zur Tochter auf ihren Ex-Ehemann und Vater dieser Tochter zurück. Er habe immer mit Gewaltanwendung gedroht. Ihre Eltern seien gestorben. Herr O. stehe in Kontakt zu seinem kranken Vater (Schlaganfall, Parkinson) und zu seinem Bruder und dessen Familie, die alle in der Schweiz in der Nähe von Bern lebten.

Einmal im Jahr nähmen sie an einem traditionellen Kulturfest teil. Herr und Frau O. würden gerne zu Hause ihre heimatliche Musik live spielen. Sie meinen aber, dass es in diesem Haus schwierig sei, „wegen die so vielen Instrumente“.

Gefragt nach der Betreuung im EPZ und der gegenwärtigen Betreuung durch die Sozialberatung der AOZ, meint Frau O., dass ihre Tochter Naila mehr Betreuung bräuchte. Naila würde bei vielen Fragen, die im Zusammenhang mit ihrer geistigen und emotionalen Entwicklung und ihren Zukunftsplänen stehen, eine fachliche Begleitung und zum Teil auch Anleitung brauchen. Ein solches Betreuungsangebot ist derzeit nicht gegeben. Familie O. erlebte das EPZ-Büro u. a. als Zufluchtsort bei Akutsituationen und als Ort der Kontinuität, sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder.

Im Nachhinein sieht Familie O. die Präsenz des EPZ Büros direkt im Wohnhaus auch als Schutz und Garant gegen „Fremdschläfer“, Drogenhandel und daraus resultierende Polizeieinsätze, die auf Grund der Vorgeschichte dieser Familie immer massiv retraumatisierende Erlebnisse waren.

In der jetzigen Wohnung (seit August 2006) habe die Familie keine solchen Probleme mehr. Herr O. habe chronische Schlafstörungen. Er sitze nächtelang wach und versuche sich am TV abzulenken, da er von Bildern und Gedanken an Gewesenes bedrängt werde. Dessen ungeachtet stehe Herr O. jeden Morgen um 6 Uhr auf und arbeite sehr aktiv im und für den Haushalt mit. Frau O. sieht es als Problem, dass Herr O. ohne „richtige“ Arbeitsstelle sei, weil die Familie so nie finanziell selbstständig sein könne. Eine Arbeit würde ihren Mann gesund machen, meint Frau O.

Auf die Frage, wie sie sich die Zukunft vorstellen würden, meint Frau O.: „Oben bei Gott.“ Für sie sei es egal, „nur leben für Zukunft von Kinder“, sagt sie. Die Erwartungen von Frau und Herr O. an „Gott“ sind sehr gross. Für die zwei jüngsten Kinder sieht Frau O. eine positive Zukunft. Am meisten Sorgen mache sie sich um Egon. Aus der Hilflosigkeit und der Ohnmacht heraus bezeichnet sie Egon als „Scheisskind“. Durch schlechte Kollegen baue er „Scheisse“. Aus der Information des Dienstes für spezielle

Fallführung der AÖZ wissen die BetreuerInnen, dass Egon in Haft war. Diese Tatsache verschweigt Frau O. jedoch.

Frau O. stellt fest, dass sie viele Lasten trage und sagt: „Viel Stress, das alles.“ Am Ende des Gesprächs stellt sie die Frage, ob die BetreuerInnen eine Arbeitsstelle für Herrn O. hätten.

Zum Schluss machen Herr und Frau O. für die BetreuerInnen ganz stolz eine Führung durch ihre Wohnung.

Aus der Sicht des Kulturvermittlers, Mediators und Paten der Familie, Herrn S.

Herr S., der sich als Pate der Familie bezeichnet, unterstützt die Familie O. seit Jahren. Das Gespräch mit ihm fand an drei verschiedenen Tagen in den Räumlichkeiten des STZ statt.

Herr S. schildert die Zeit nach Austritt der Familie O. aus dem EPZ. Es sei immer schlimmer geworden nach der Schliessung des EPZ-Büros Ende 2004. Im Haus an der Rosengartenstrasse seien harte und weiche Drogen gehandelt und konsumiert worden. Im Erdgeschoss und in der Waschküche seien gebrauchte Injektionsnadeln und manchmal auch Personen gelegen, die durch Drogen halb betäubt gewesen seien. In solchen Verhältnissen habe Familie O. noch 1 ½ Jahre leben müssen. Durch sein Engagement und das aktive Einschreiten einer Therapeutin habe dann die Familie die jetzige Wohnung finden und mieten können.

Tochter Naila (jüngstes Kind) und der zwei Jahre ältere Bruder Naiv hätten nach dem Austritt aus dem EPZ aufgrund eines Entscheides der Vormundschaftsbehörde einen Beistand erhalten. Darüber hinaus befinde sich Naila in regelmässiger Betreuung des Schulpsychologischen Dienstes. Der zweitälteste Sohn Egon, der delinquent geworden war, befinde sich im Rahmen einer Massnahme des Justizvollzuges in einer geschlossenen Einrichtung und mache dort eine Lehre in Gartenbau.

Herr S. teilt weiter mit, dass Frau O. in einem Pflegeheim für neun Stunden pro Woche arbeite. Frau O., die von sich aus mehr arbeiten wolle, könnte noch einige Stunden mehr arbeiten, meint Herr S.

Laut Herrn S. hat sich die Familie im Allgemeinen stabilisiert und an Selbstanerkennung und Selbstsicherheit gewonnen. Der Bezug der neuen Wohnung, die Erwerbstätigkeit der Mutter und die voranschreitende Schulbildung der Kinder trügen viel dazu bei. Er bestätigt

andererseits, dass die überlastete Mutter noch viel Unterstützung bräuchte, um die vielen Sorgen um ihre Kinder psychisch durchstehen zu können.

Aus der Sicht des STZ

Als der ehemalige Betreuer des EPZ, der ja der Familie persönlich bekannt ist, versucht, einen Gesprächstermin zu vereinbaren, wird er von Frau O. an Herrn S., den Paten der Familie verwiesen. Am Telefon verspricht Herr S., mit der Familie zu telefonieren und ihnen den Sachverhalt der Kontaktaufnahme zu erklären. Erst daraufhin lädt die Familie die BetreuerInnen überraschenderweise noch gleichentags zu sich nach Hause ein. Warmherzig und gastfreundlich, mit Kaffee und Kuchen empfängt die Familie schliesslich die BetreuerInnen.

Äusserlich hat sich manches verändert, u.a. die neue Wohnung in einem Haus weg von der Drogenszene. Auch die Erwerbstätigkeit von Frau O. ist neu. Familie O., die über drei Generationen schwer traumatisiert, psychisch und somatisch leidend ist, berichtet im Interview nur über Positives. Frau und Herr O. versuchen, ein schönes Bild zu malen. Sie erzählen nichts von der Justizvollzugsmassnahme des Sohnes Egon, nichts von der Verhaltensauffälligkeit der Tochter Naila und deren Betreuung durch den Schulpsychologischen Dienst und schon gar nichts von ihren Ängsten und ihrer Unsicherheit. All dies kann nur in ihrem Blick und am zittrigen Körper von Herrn O. vermutet werden. Sein Gesichtsausdruck ist von Angst, von persönlicher Entwertung und von Traurigkeit gekennzeichnet. Frau O. sieht erschöpft aus, scheint aber entschlossen, für ihre Familie zu kämpfen. Es wird deutlich, dass die ganze Alltagsverantwortung auf ihr lastet.

In den Gesprächen mit der Sozialberatung, mit Herrn S., sowie mit der Familie ergeben sich Übereinstimmungen und auch Ergänzungen. Herr O. ist ein von Schuldgefühlen gegenüber seiner Ehefrau und seinen Kindern geplagter Mann. Er bedarf einer Arbeitsmöglichkeit, die zu mehr Vertrauen in sich und seine Umwelt und zu einer neuen Lebenszustimmung führen könnte. Trotz günstiger Integrationsfortschritte und gesundheitlicher Stabilität würde die Familie eine therapeutische und alltagspraktische Begleitung und Betreuung benötigen, allerdings nicht in der gleichen Intensität wie damals im EPZ.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Im Falle der Familie O. zeigt sich, welcher enormer Kraftaufwand die Migration für diese Familie, die einer diskriminierten Minorität angehört, bedeutet. Es zeigt sich aber auch einmal mehr die Langwierigkeit der Nachwirkungen von traumatischen Kriegserlebnissen. Die aktive Präsenz der Betreuung im EPZ-Alltag bedeutete für Familie O. vor allem ein konstantes Beziehungsangebot, das auf die ständigen Ängste und die Not der Familie beruhigend einwirken konnte. Es war ein Angebot, von dem die Erwachsenen wie die Kinder Gebrauch machten und profitieren konnten.

Durch das damals anhaltende Scheitern in der Berufsfindung, durch den Mangel an sozialer Anerkennung und das Versagen in der Rolle als Eltern standen die Fragen offen, wie es der Familie O. gelingen könnte, eine positive Entwicklung zustande zu bringen, und wie der Übergang von einer Lebensphase permanenter Angst und Not in eine Phase der Ruhe und Autonomie in der Schweiz als sicherem Ort vonstatten gehen könnte. Ohne diese Fragen abschliessend beantwortet zu haben, gelang es der Betreuung des EPZ doch, die Familie O. etwas auf die Zeit nach dem Austritt aus dem EPZ vorzubereiten. Es zeigt sich heute das Bild einer Familie mit erschwertem Integrationsverlauf. Familie O. ist relativ stabil und entängstigt. Die geordneten Wohnverhältnisse, die Erwerbstätigkeit von Frau O. und die Erfolg versprechende Schulbildung der Kinder sind ein paar Indizien für einen positiven Entwicklungsverlauf.

Bei allen Fortschritten überwiegt in der Familie das Prinzip der Negativität. Die Phänomene sind uns bekannt: In einer von Trauer bestimmten Welt werden auch die sonst freudig wahrgenommenen Dinge zu Mahnmalen des Verlustes. Ein eingeschränkter Weltbezug verstellt nicht nur Beziehungsmöglichkeiten zu den Mitmenschen und der Umwelt, sondern beeinträchtigt auch die Selbstannahme. Das beständige Ringen um das Gelingen des Lebens im Exil ist zermürend und kräftezehrend. Der Mangel an Struktur ist ein grundsätzliches Problem der Familie O. Die Last des Gewesenen stellt für die Gesundheit der Familie noch immer eine Gefahr dar. Die Folgen der Kriegszeit und der beschwerlichen Flucht, die subjektiv nicht wirklich zu Ende ist, zeigen sich in einer Chronifizierung der Schmerzzustände bei Frau und Herr O., aber auch in den Schwierigkeiten der Kinder, die mit den Gesetzen des Gastlandes in Konflikt gerieten.

Es scheint so, als ob Familie O. eine neue Bewältigungsstrategie entwickelt hat. Sie reden nur über das Positive und blenden das Negative aus, erwähnen es gar nicht oder nur am Rand. Das Negative erfahren wir nur über Drittpersonen. Nur scheinbar hat die Familie mit dem Einzug in die neue Wohnung neuen Lebensmut respektive Daseinsfreude

erworben. Ihre belastende Vorgeschichte und ihre noch anhaltende Depression wollten sie am früheren Wohnort zurücklassen. Die Familie bedarf nach wie vor einer Betreuung, die u. a. bei Krisen und Fragen der Erziehung mit Rat und Tat beisteht. Eine emotionale und eine psychische Verarbeitung der Kriegs- und Fluchterlebnisse müsste der Familie im Rahmen einer Fachbetreuung ermöglicht werden.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- verwandtschaftliches Netz, Familienbezugsperson (Pate)
- EPZ als Raum, um neue Erfahrungen zu machen
- eigene Wohnung, ausserhalb der Asyl-Strukturen
- Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe: Schulpsychologischer Dienst, Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer
- positive Entwicklung von zwei der vier Kinder
- religiöser Glaube als Ressource

Negative Faktoren:

- Traumatisierungen, Kriegs- und Fluchterlebnisse
- Zugehörigkeit zu einer Minderheit, Diskriminierung im Herkunftsland
- Externalisierung der Probleme, Opfer-Haltung
- fehlende psychotherapeutische Behandlung (Herr O.)
- Unsicherer Aufenthaltsstatus
- tiefer Bildungsstand
- fehlende adäquate Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten (Herr O.)
- fehlende Anpassungs- und Lernfähigkeiten

4.7 Verlaufsstudie Frau P. (30-jährige Frau aus Südostasien, seit fünf Jahren in der Schweiz)

Abstract

Frau P. ist eine heute 30-jährige Frau aus Südostasien. Nahezu sieben Jahre lang war sie auf der Flucht: Zunächst im eigenen Heimatland und dann mit Hilfe von Schleppern quer durch zwei Kontinente. Über Südostasien erreichte sie einen mittelafrikanischen Staat. Angeschlagen und körperlich geschwächt konnte sie sich vor weiteren Missbräuchen nicht schützen. Nach zwei Jahren Aufenthalt in Afrika konnte sie mit Hilfe von internationalen Organisationen in die Schweiz gelangen. Frau P. lebt seit fünf Jahren in der Schweiz und besitzt eine Aufenthaltsbewilligung F, was heisst, dass sie eine vorläufig aufgenommene Asylsuchende ist.

Vorgeschichte

Frau P. stammt aus einer kinderreichen Familie (ausschliesslich Mädchen) aus Südostasien. Sie ist die zweitjüngste in der Geschwisterreihe. Wie viele andere Kinder in ihrem Land wuchs sie in Armut und Not auf. In dieser Situation konnte sie keinen Schulabschluss machen. Frau P., die über viele personale Ressourcen verfügt, konnte sich nicht entfalten und sich schon gar nicht ihren Wunsch, Ärztin zu werden, erfüllen.

Frau P. interessierte sich für das politische Geschehen in ihrem Land. Bereits im Teenageralter schloss sie sich einer Oppositionspartei an. Sie beteiligte sich aktiv am Widerstand gegen das dortige Regime und machte auch von der (Angriffs- oder Verteidigungs-) Waffe Gebrauch.

Im Zuge dieser kriegerischen Handlungen im Herkunftsland wurde sie 1994 an ihrem Wohnort zusammen mit anderen Mädchen von dortigen Sicherheitskräften festgenommen und ins Armeecamp abgeführt. Dort wurde sie vergewaltigt und anschliessend wieder auf „freien“ Fuss gesetzt. Frau P. kann sich nicht mehr an die näheren Umstände dieser Übergriffe erinnern, da sie das Bewusstsein verloren hatte. Vier Monate später merkte Frau P., dass sie als Folge der Vergewaltigung schwanger war. Sie wagte jedoch nicht, dies ihrer Mutter zu erzählen, sondern verliess ihr Elternhaus und lebte bis zur Geburt des Kindes bei Verwandten. 1995 brachte Frau P. im Spital einen Sohn zur Welt. Da sie auf Grund der kriegerischen Ereignisse zwischenzeitlich den Kontakt zu ihren Angehörigen verloren

hatte, begab sie sich nach der Geburt in eine grössere Ortschaft, wo sie in einem Flüchtlingslager unterkam. Von dort setzte sie schon bald ihre Flucht fort, von Ort zu Ort. 1996 begab sie sich schliesslich in ein Gebiet im Süden des Landes, in der Hoffnung, sich mit ihrem Sohn verstecken zu können. Da sie als alleinstehende Frau keine Möglichkeit sah, für ihr Kind zu sorgen, vertraute sie es einer Bekannten an.

1998 reiste Frau P. in die Hauptstadt ihres Landes in der Absicht, sich bei einer dort lebenden Tante niederzulassen. Noch bevor sie ihre Tante aufsuchen konnte, wurde sie in dem von ihr bewohnten Logis von Beamten des Kriminalamtes verhaftet und für drei Monate auf dem Polizeiposten festgehalten unter dem Verdacht, Verbindungen zu der Bewegung einer liberalen oppositionellen Gruppe zu haben. Frau P. wurde während dieser Zeit wiederholt verhört und schwer misshandelt. Schliesslich verfügte der zuständige Richter ihre Freilassung. Sie kehrte darauf wieder in ihre Bleibe zurück, wo sie eine Woche später erneut von der Polizei kontrolliert wurde. Nachdem Frau P. den Sicherheitskräften ihre Situation geschildert hatte und diese bemerkten, dass es ihr gesundheitlich nicht gut ging, wurde sie nicht weiter belästigt.

Nach all diesen Geschehnissen – gegen Mitte 1998 – beschloss Frau P., ihr Heimatland zu verlassen. Sie wollte zu ihrer Schwester in die Schweiz flüchten. Mit Hilfe eines Schleppers wurde sie über mehrere Stationen durch den südlichen Teil der Arabischen Halbinsel geschleust und erreichte schliesslich ungewollt einen mittelafrikanischen Staat. Nach der Festnahme ihres Schleppers, der aus dem Land ausgeschafft wurde, stand Frau P. alleine da: Ohne Obdach und Verpflegung, ohne sich verständigen zu können, ohne Schutz, ohne Familie oder Bekannte und ohne Papiere. Zuerst fand sie Hilfe bei einem Priester und konnte eine Unterkunft bei einer Landsfrau finden. Frau P. ging es psychisch und physisch schlecht.

Endlich konnte sie mit ihrer in der Schweiz wohnhaften Schwester, die sie über 12 Jahre nicht gesehen hatte, telefonieren. Von ihr erfuhr Frau P., dass ihr Sohn (nun fast 5 Jahre alt) bei einer ihrer Schwestern im Heimatort lebt. Der Sohn weiss nicht, dass Frau P. seine Mutter ist. Er lebt im Glauben, dass die Schwester von Frau P. seine Mutter ist. Des Weiteren erfuhr Frau P., dass ihre Eltern im Herkunftsland inzwischen verstorben sind.

Im Sommer 2000 wandte sich die in der Schweiz wohnhafte Schwester an die Individualberatungsstelle des SRK. Sie erbat dort Hilfe für Frau P.. Als sich Frau P. selbst kurz darauf beim dortigen IKRK meldete, war dieses bereits informiert. Frau P. war krank, unterernährt, durch ihre Kriegserlebnisse und ihre Vergewaltigung traumatisiert. Zwei Jahre lebte sie in Afrika, heimatlos, vereinsamt und verängstigt. Im afrikanischen Staat, wo Frau P. sich aufhielt, drohte ihr die Ausschaffung in ihr Herkunftsland, wo ihr Leben gefährdet

gewesen wäre. Die Schwester in der Schweiz konnte auf Grund ihres Status in der Schweiz und ihrer finanziellen Situation keinen Antrag auf Familienzusammenführung stellen. Gegen Ende 2000 stellte das Rote Kreuz Kontakt zwischen den Schwestern her und traf die nötigen rechtlichen Abklärungen. Anfang 2001 reichte Frau P. beim dortigen Schweizer Konsulat ein Asylgesuch ein. Wider Erwarten wurde ihr Ende 2001 eine Einreisebewilligung in die Schweiz erteilt.

Anfang 2002, nach fast sieben Jahren Suche nach Sicherheit und Schutz, konnte Frau P., unterernährt und krank von Afrika aus in die Schweiz einreisen.

Verlauf im EPZ

Die 27-jährige Frau P. kam Anfang 2003 von einem Durchgangszentrum ins EPZ. Beim Eintrittsgespräch fiel den Betreuungspersonen auf, dass Frau P. untergewichtig, leidend und kraftlos war. Sie erzählte ihre Fluchtgeschichte. Die Vergegenwärtigung grauenvoller und schrecklicher Erfahrungen brachte sie zu einem schmerzlichen Weinen. Aus ihren Erzählungen wurde deutlich, dass Frau P. mit all diesen traumatischen Erlebnissen überfordert und auch somatisch sowie psychisch geschädigt war.

Nach dem Eintritt erfuhr die betreuende Person von Frau P., dass ihre in der Schweiz lebende Schwester vor Monaten hier im Exilland Schweiz bei einem Unfall tödlich verunglückt war. Eine Verkettung von schicksalhaften und folgenschweren Geschehnissen ohne Ende, wie es schien.

In den regelmässig abgehaltenen Gesprächen mit Frau P., die zum Teil gemeinsam mit einer Kollegin vom EPZ geführt wurden, dominierten die Themen über die Gesundheit von Frau P., über die Kriegserlebnisse im Herkunftsland, Foltererfahrungen, Misshandlungen und Vergewaltigungen. Dies erfolgte in Bruchstücken und Fragmenten, da das Reden über diese Themen für Frau P. sehr emotionalisierend und belastend war. Häufig durchlitt Frau P. akut depressive Krisen und Angstattacken, die aber jeweils von den BetreuerInnen des EPZ vor Ort aufgefangen werden konnten.

Der therapeutische Zugang zu Frau P. gelang durch die „aner kennende Atmosphäre des Gesprächs“, auch „Anerkennungsspielraum“ genannt. Die BetreuerInnen versuchten, Frau P. mit „Gelassenheit“ zu begegnen, um die Einheit der drei Hauptelemente therapeutischen Wirkens, nämlich Sprechen, Hören und Schweigen zum Tragen zu bringen.

Abhängig von somatischer und psychischer Befindlichkeit wechselten sich bei Frau P. stabilere mit depressiven Phasen ab. Sie litt an Beschwerden im Unterleib, aufgrund derer sie medizinische Versorgung beanspruchte. Diese Beschwerden standen in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrer Kriegs- und Foltergeschichte. Nach mehreren Spitalaufenthalten mit chirurgischen Eingriffen verbesserte sich ihr Gesundheitszustand. Ambulante Kontrollen waren weiterhin nötig.

Nachdem dies alles einigermaßen ausgestanden war, drängte ein anderes, grosses Thema an die Oberfläche. Frau P. vermisste nun zunehmend ihren Sohn, der bereits achtjährig war. Sie klagte auch vermehrt über Einsamkeit. Im Wohnhaus hatte sie kaum Beziehungen zu anderen Bewohnern. Sie wurde beim SRK vorstellig zwecks Abklärung einer möglichen Familienzusammenführung mit ihrem Sohn.

Frau P. litt unter Einsamkeit, insbesondere nach dem Tod ihrer Schwester. Sie überlegte, zu ihrer in Deutschland lebenden Schwester zu fahren. Von der Gemeinschaft ihrer Landsleute kam Frau P. insofern unter Druck, als diese meinten, dass eine Frau in ihrem Alter verheiratet sein sollte. Also zog sie eine Heirat in Erwägung. Für Frau P. kam sowohl ein Landsmann als auch ein Schweizer als Partner in Frage. Der Druck ihres verwitweten Schwagers und der Landsleute, die auf eine Heirat mit einem Landsmann drängten, belastete sie stark. Ihre Haltung gegenüber ihren Landsleuten war sehr ambivalent. Frau P.'s liberale Haltung in Bezug auf die Partnerwahl führte dazu, dass sie innerhalb der Gemeinschaft ihrer Landsleute marginalisiert wurde.

Die Beziehung, die sie suchte, war ein Ort, wo sie Zuwendung, Geborgenheit, Sicherheit und Schutz erfahren könnte. Die erwünschte Beziehung sollte auf Gutherzigkeit und Freundschaft basieren, Sexualverkehr schloss sie aus. Es muss angenommen werden, dass Frau P. sich ein Wunschbild zurechtlegte, um ihre unverarbeiteten Traumata zu verleugnen oder eine Retraumatisierung zu vermeiden. In der Realität aber blieb eine Partnerschaftsbeziehung zu einem Mann nicht verwirklicht.

Frau P. befand sich in einem Dilemma. Einerseits wollte sie der Gesellschaft im Asylland Schweiz frei begegnen, geriet aber dadurch an den Rand ihrer eigenen Gesellschaft. Andererseits sah sie sich hier konfrontiert mit Rahmenbedingungen wie Aufenthaltsbestimmungen, Sozialhilfegesetz usw., die freiheitliche Gefühle nicht aufkommen lassen wollten.

Die BetreuerInnen im EPZ beobachteten, wie Frau P. nach einem Besuch von Landsleuten verstört und verängstigt ins EPZ-Büro kam. Sie klagte über Schmerzen und wollte einen Arzttermin mit dem Hausarzt oder im Ambulatorium vereinbaren. Über den bei ihr

erfolgten Besuch sprach sie nicht. Die BetreuerInnen hegten den Verdacht, dass eine Exilwiderstandsorganisation mit fragwürdigen Methoden versucht hatte, bei Frau P. Geld-„Spenden“ zu sammeln. Dieser Verdacht konnte nicht bestätigt werden, da Frau P. sich darüber ausschwig. Die direkte Frage nach Geldzahlungsverpflichtung an Familienmitglieder oder Freunde konnte die Situation nicht klären, da Frau P. solche Verpflichtungen nicht bejahte.

Motiviert von einem starken Bedürfnis nach Kommunikation und Ablenkung wollte Frau P. Deutschkurse besuchen und eine Arbeitsstelle finden. Frau P. meinte, dass das Geld nicht im Vordergrund stehe. Sie erhoffte sich, dadurch ihrer Einsamkeit und Depression entfliehen zu können. Beides wollte nicht gelingen und scheiterte letztlich an Konzentrationsstörungen, Einsamkeitsanfällen und ständigem Gedankenkreisen um ihren Sohn.

Verlauf nach Austritt

Die Betreuung im EPZ wurde Ende 2004 im Zuge der ersatzlosen Schliessung eines Teils des EPZ (Haus Rosengartenstrasse) beendet. Die FachbetreuerInnen im EPZ planten jedoch noch eine Verlegung der traumatisierten Frau P. in den von der Schliessung nicht betroffenen Teil (Haus Luisenstrasse). Frau P. erlebte diesen erzwungenen Wohn- und Betreuungswechsel als belastend. Der Wohnraum am neuen Ort war wesentlich kleiner, auch weniger hell, und löste bei ihr diffuse Ängste aus. Sie entschied sich, am ihr mittlerweile vertrauten Wohnort zu bleiben, trotz der dort künftig nicht mehr vorhandenen Betreuung. Hier ist beispielhaft zu sehen, wie problematisch ein Wohnortwechsel sein kann, insbesondere für jemanden mit einer Vorgeschichte wie Frau P.

Gesprächskontext: Nahezu 2 Jahre waren seit Frau P.'s Austritt verstrichen. Die Versuche, Frau P. telefonisch zu erreichen, blieben ohne Erfolg. Über ihre Sozialberaterin der Asyl-Organisation Zürich konnte schliesslich der Kontakt zu Frau P. hergestellt werden. Mit fast zwei Stunden Verspätung kam Frau P. zum vereinbarten Gespräch ins STZ-Büro. Nach einem kurzen Gespräch vereinbarten die BetreuerInnen für das Interview einen neuen Gesprächstermin, welcher aber nie zustande kam. Die sechs Wochen dauernden Bemühungen, Frau P. persönlich zu interviewen, blieben ergebnislos.

Aus der Sicht von Frau P.

Voraus muss festgehalten werden, dass Frau P. sich viel besser in Deutsch ausdrücken konnte als noch vor 2 Jahren. Sie hat diesbezüglich beeindruckende Fortschritte gemacht. – Aus dem oben erwähnten, kurzen Gespräch mit Frau P. konnten die BetreuerInnen Folgendes entnehmen: Es stellte sich heraus, dass für Frau P. damals nicht klar war, dass der Verbleib an der Rosengartenstrasse auch eine Beendigung der EPZ-Betreuung bedeutete. Für sie kam das dann zu plötzlich, da ja wie beschrieben, im Zusammenhang mit Veränderungen bei ihr tiefsitzende Ängste mobilisiert wurden. Das Fehlen eines psychologischen Beistands in dieser Situation bekam Frau P. dann drastisch zu fühlen. Depressive Krisen (zum Teil akut) führten dazu, dass Frau P. in der psychiatrischen Poliklinik des Zürcher Universitätsspitals behandelt werden musste. Sie erhielt daraufhin einen Therapieplatz im Therapiezentrum für Folter- und Kriegsoffer in Zürich. Ihre somatischen Beschwerden erreichten einen allgemein stabileren Stand.

Im Zusammenhang mit ihrem Aufenthaltsstatus, welcher ihr nicht ermöglicht, ihren Sohn im Rahmen einer Familienzusammenführung in die Schweiz zu bringen, steht Frau P. im Kontakt mit der unentgeltlichen Rechtsberatung des Vereins Freiplatzaktion Zürich. Immer wieder versucht Frau P., auch Hilfe und Unterstützung beim SRK zu bekommen.

Aus der Sicht der Betreuerin vom Dienst für spezielle Fallführung der AOZ

Seit zwei Jahren wird Frau P. von der Asyl-Organisation Zürich (AOZ), vom Dienst für spezielle Fallführung, betreut. Die Betreuerin teilt mit, dass Frau P. weiterhin im ehemaligen EPZ -Wohnhaus lebe. Frau P. könne sich bei offenen Fragen an die Betreuerin in der Zentrale der AOZ wenden. Eine unregelmässige Gesprächsintensität (ca. einmal im Monat) habe sich etabliert. Die Sprachkenntnisse und die Verständigung in Deutsch beurteilt die Betreuerin als mittelmässig.

Frau P. befinde sich in Behandlung im Therapiezentrum für Folter- und Kriegsoffer in Zürich. Sie klage u.a. über Schlafstörungen und Schmerzen. Die somatischen Beschwerden seien grösstenteils auf die Abwesenheit des Sohnes von Frau P. zurückzuführen, interpretiert die Betreuerin. Der Sohn, der weiterhin bei der Schwester von Frau P. im Ursprungsland lebt, sei jetzt elf Jahre alt.

Frau P. führe ein ruhiges Leben. Aus der Sicht der Betreuerin wäre eine regelmässige Tagesstruktur für Frau P. sehr wichtig. Sie denkt dabei am ehesten an einen Sprachkurs und/oder eine Arbeitsbeschäftigung, die für den Kampf von Frau P. gegen ihre Einsamkeit und die depressive Verstimmung unterstützend sein könnten. Frau P. besuche seit längerer Zeit keinen Kurs mehr und gehe auch keiner Beschäftigung nach. Des Weiteren meint sie, dass eine Familienzusammenführung mit dem Sohn die Lebensqualität von Frau P. positiv beeinflussen könnte. Dies würde vieles verändern, meint die Betreuerin. Frau P. verfüge über ein grosses Netzwerk und sei eine regelmässige Kirchgängerin.

Aus der Sicht des STZ – Kommentar

Frau P., deren Vorgeschichte geprägt ist von Missbrauch, Demütigung, Gewalt und Verfolgung, hat sich während vieler Jahre anpassen, hat alles über sich ergehen lassen müssen und nie „Nein sagen“ dürfen. Frau P. steht verzweifelt zwischen zwei Realitäten, einer inneren (ihre traumatische Vorgeschichte, ihre Kultur im Herkunftsland, ihre Heimat) und einer äusseren (die Anforderungen hier im Exilland Schweiz). Bei der Konfrontation mit der äusseren Realität wird sie immer wieder von der inneren Realität eingeholt. Dass sie einen Sohn in ihrer alten Heimat hat, macht es für sie noch komplizierter. So kann sie dort nicht loslassen und hier hat sie weder die Macht noch die Kraft, das durchzusetzen, was sie gerne möchte. Sie lebt hier in Abhängigkeit von diversen Einrichtungen, wird bevormundet und entmündigt. Einen selbstbestimmten Weg zu finden und zu gehen ist die schwierige Aufgabe von Frau P.

Jetzt, im Zusammenhang mit dem Interview, sieht sich Frau P. mit unangenehmen Befragungen konfrontiert und vermittelt ein zaghaftes und doch bestimmtes „Nicht-Anpassen-Wollen“. Verbal konnte sie zwar kein „Nein“ formulieren, umso deutlicher signalisierte sie dieses mit ihrem Verhalten, indem sie telefonisch nicht erreichbar war und zum einzigen erfolgten Termin erst mit zweistündiger Verspätung auftauchte. In dieser friedlichen, leisen und passiven Ablehnung des Interviews können Ressourcen entdeckt werden, die mit Frau P. unbedingt ausgearbeitet werden sollten. Einen weiteren Beweis für ihr Durchsetzungsvermögen ist an dem Umstand zu erkennen, dass Frau P. sich nicht hat verheiraten lassen. Sie hat offensichtlich dem Druck ihres Schwagers und ihrer Landsleute standhalten können.

Bezüglich der Familienzusammenführungswünsche von Frau P. muss eine differenzierte Haltung eingenommen werden. Ein zielführendes Zusammenkommen zwischen Mutter und Sohn müsste gründlich besprochen und gut organisiert werden, am besten unter

fachlicher Begleitung. Es muss klar festgehalten werden, dass der Sohn von Frau P. seine wahre Geschichte nicht kennt. Er weiss nicht, dass Frau P. seine leibliche Mutter ist. Für ihn ist die Schwester von Frau P. seine Mutter. Frau P. selbst kennt er als „nette Tante“, die hin und wieder telefoniert, manchmal ein paar Franken schickt. Bewusst ist er ihr noch nie persönlich und leibhaftig begegnet. Des Weiteren muss bedacht werden, dass es ungewiss ist, was eine Wiederbegegnung mit dem Sohn, der doch aus einer gewaltsamen, un-natürlichen Begegnung heraus entstand, bei Frau P. auslösen könnte. Es wäre also kurz-sichtig zu glauben, dass nach einer Zusammenführung sich alles schlagartig für beide zum Guten wenden würde.

Die Versuche, ein eigenes Lebenskonzept im Spannungsfeld von eigener Tradition und mitteleuropäischer Lebensweise zu erstellen, scheinen Frau P. noch nicht gelungen zu sein.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positive Faktoren:

- ausgeprägte personale Ressourcen: Selbsterhaltungskraft, Lebenswille, Durchsetzungsvermögen
- EPZ: Krisenintervention vor Ort, Anerkennung
- F-Bewilligung, Einreisebewilligung aus Drittstaat
- therapeutisches Angebot im Therapiezentrum für Kriegs- und Folteropfer
- Beziehungsnetz der Landsleute: Schutz und Unterstützung
- Vorhandensein einer politischen Ideologie /eines religiösen Glaubens (im Sinne eines sozial geteilten Bezugsrahmens)

Negative Faktoren:

- Traumatisierung durch Krieg, Folter (sexuelle Gewalt, Schwangerschaft und Geburt eines Kindes als Folge der Vergewaltigung)
- F-Status (keine Möglichkeit zur Familienzusammenführung, keine Reisemöglichkeiten)
- Vulnerabilität als alleinstehende, traumatisierte Frau: sozialer Druck zur Heirat; durch Traumatisierung bedingte Unfähigkeit, eine Liebesbeziehung einzugehen
- schwere familiäre Verluste, Tod der Schwester (einzige Verwandte in der Schweiz), Trennung von Sohn
- belastende Fluchtgeschichte (über lange Zeit und mehrere Länder)
- fehlende Betreuungskontinuität nach Austritt aus dem EPZ
- einengendes Beziehungsnetz der Landsleute
- wenig Schulbildung, Herkunft aus ländlicher Gegend
- keine Nutzung von Kursen, Beschäftigungsprogrammen. Fehlende Arbeit

4.8 Verlaufsstudie Herr T. (23-jähriger Mann aus Westafrika, seit sieben Jahren in der Schweiz)

Abstract

Herr T., ein heute 23-jähriger junger Mann aus einem westafrikanischen Land, reiste 1999 als 16-jähriger unbegleiteter Minderjähriger in die Schweiz ein. Nach zwei Jahren trat er zusammen mit einem Begleiter wegen verschiedener psychischer Störungen ins EPZ ein, wo er während dreieinhalb Jahren betreut wurde.

Im Zusammenhang mit der Teil-Schliessung des EPZ wurde er Ende 2004 in einer Notschlafstelle platziert. In der gleichen Zeit wurde eine Wiedererwägung seines Asylgesuchs abgelehnt, auf das bei seiner Einreise nicht eingetreten worden war. Als auch die Notschlafstelle geschlossen werden sollte, wurde Herr T. im Sommer 2006 in einer Notunterkunft für Personen mit einem Nicht-Eintretens-Entscheid (NEE) untergebracht, wo er nach zwei Monaten im September 2006 spurlos verschwand.

Da über den aktuellen gesundheitlichen Zustand von Herrn T. und seine jetzige soziale Situation keine Informationen in Erfahrung gebracht werden konnten, wird sein Fall hier nur sehr kurz beschrieben.

Vorgeschichte

Über die Vorgeschichte von Herrn T. ist nur Bruchstückhaftes bekannt. Obschon sein Vater ein streng gläubiger Muslim war, besuchte er eine christliche Schule und wandte sich vom väterlichen Glauben ab. Vom Vater deswegen verstossen, lebte er eine Zeit lang versteckt am Wohnort seiner Grossmutter. Als sein Land in einem Bürgerkrieg versank, wurde er als Kindersoldat missbraucht und geriet in Gefangenschaft. Es muss davon ausgegangen werden, dass Herr T. in dieser Zeit schwer traumatisierenden Erfahrungen ausgesetzt war, auch wenn er mit den betreuenden Personen praktisch nicht darüber sprach. Seine Grossmutter verhalf ihm schliesslich zur Flucht nach Europa. – Da er nach der Einreise in die Schweiz keine Papiere vorweisen konnte und das BFF seine Fluchtgeschichte als unglaubwürdig qualifizierte, wurde auf sein Asylgesuch nicht eingetreten und ein Wiedererwägungsgesuch nach fünf Jahren schliesslich abgelehnt.

Vor seinem Eintritt ins EPZ lebte er während knapp zwei Jahren in verschiedenen Einrichtungen für unbegleitete Minderjährige. Dort konnte er sich kaum an die gegebenen Strukturen halten und fiel auf durch Schlaflosigkeit, Depression, häufiges Erbrechen und Weinkrämpfe.

Als er dann vom Tod seiner Mutter erfuhr, geriet er in eine noch schwerere Krise mit psychotischen Episoden und beging Suizidversuche, was eine Klinikeinweisung nötig machte. In der Klinik wurde auch der Verdacht auf Drogenkonsum geäußert.

Verlauf im EPZ

Im EPZ wohnte Herr T. zusammen mit einem anderen jugendlichen Westafrikaner und zwei älteren Begleitern, so genannten „accompagnants“ (zum Konzept der „accompagnants“ siehe Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ, 2003, S. 49-51). Das erste Jahr war geprägt von Krisen, häufigen Einsätzen von Notärzten und wiederholten Klinikaufenthalten.

Herr T. litt an epilepsieähnlichen, jedoch psychogenen Krampfanfällen, bei denen die Gefahr von Selbstverletzung bestand, und an die er später jeweils keine Erinnerung mehr hatte. – Problematisch war auch Herr T.s Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, den er stets bestritt, obwohl er manchmal offensichtlich war und auch schon polizeiliche Sanktionen nach sich gezogen hatte.

Versuche, ihn an Bildungs- und Beschäftigungsangeboten teilhaben zu lassen, scheiterten jeweils nach kurzer Zeit wegen zu vielen Absenzen, mangelnder Motivation oder Konzentrationsschwierigkeiten.

Trotz all dieser Schwierigkeiten zeigte die Betreuung durch das EPZ mit der Zeit doch eine Wirkung. Da die Betreuerin nicht aufgab und den Faden zu Herrn T. auch nach Krisen immer wieder aufnahm, vertiefte sich die Beziehung zu ihm und sein Vertrauen zu ihr wuchs. Das hatte zur Folge, dass nach etwa einem Jahr Aufenthalt im EPZ bis zu seinem Austritt weitere Klinikaufenthalte vermieden und Krisen dank der Betreuung weitgehend im EPZ bewältigt werden konnten. Ausserdem wurde erreicht, dass Herr T. in eine ambulante psychiatrische Betreuung einwilligte. Dennoch konnte auch in den nächsten Jahren nicht von einer Stabilisierung seiner gesundheitlichen und sozialen Situation gesprochen werden. Seine Unfähigkeit, eine Tagesstruktur aufzubauen, blieb bestehen. Seine persönlichen Freundschaften und Kontakte standen häufig im Zusammenhang mit

Drogenkonsum und -beschaffung und waren nicht von Dauer. Der Eindruck des Chaotischen prägte den Kontakt mit ihm, was für die Betreuenden schwierig auszuhalten war. (Eine ausführlichere Beschreibung des Fallverlaufs im EPZ findet sich in der Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ, 2003, S. 149-153.)

Anlässlich der bevorstehenden Schliessung der Einrichtung wurde der kantonalen Platzierungsstelle vom EPZ empfohlen, Herrn T. in einer höher strukturierten Einrichtung unterzubringen, um weitere Entwicklungsschritte nicht zu verunmöglichen. Dieser Empfehlung wurde aber nicht nachgekommen, u.a. mit Hinweis auf den kürzlich verschlechterten Aufenthaltsstatus von Herrn T. (NEE). Stattdessen wurde er in eine Notschlafstelle gewiesen, wo es zwar sozialpädagogisch geschultes Personal gab, eine engmaschige und adäquate Betreuung von Herrn T. aber allein schon auf Grund des knappen Stellenschlüssels nicht gewährleistet werden konnte.

Verlauf seit Austritt aus dem EPZ aus der Sicht der zuständigen Betreuung ...

Bis zur Schliessung der erwähnten Notschlafstelle lebte Herr T. dort eineinhalb Jahre. Der Verlauf und die Situation um ihn herum werden von den zuständigen Betreuern als oft chaotisch beschrieben. Immer wieder versties er gegen die Hausordnung, wurden so genannte „Fremdschläfer“ in seinem Zimmer angetroffen, und sein von ihm stets bestrittener Drogenkonsum blieb permanent ein Thema. Manchmal blieb er tagelang weg, tauchte plötzlich wieder auf, konnte dann aber jeweils nur unzusammenhängend darüber berichten, was er in der Zwischenzeit erlebt hatte. Eines Morgens habe man im Treppenhaus blutverschmierte Wände vorgefunden und Blutspuren, die zum Zimmer von Herrn T. führten, wo er schlafend angetroffen wurde. Es stellte sich heraus, dass er in der Nacht ein Kellerfenster eingeschlagen hatte, an dessen Glas er sich Hände und Beine zerschnitt, als er wie ein Einbrecher ins Haus gelangen wollte, da er seinen Schlüssel verloren hatte und die Nachtwache nicht stören wollte.

Sein Verhalten schien den Betreuenden häufig bizarr und unverständlich, manchmal auch theatralisch. Sie waren sich nicht sicher, ob Herr T. nicht ein raffiniertes Spiel betrieb, um Vergünstigungen zu erlangen und bevorzugt behandelt zu werden, oder ob er wirklich psychisch angeschlagen und krank war. Diese Unsicherheit blieb bestehen, bis Herr T. auf Grund der Schliessung dieses Zentrums im Sommer 2006 in eine Notunterkunft in einer anderen Stadt umplatziert wurde.

Die Betreuenden dieses Nothilfezentrums nahmen Herrn T. in den zwei Monaten bis zu seinem Verschwinden kaum wahr und konnten sich nicht an besondere Vorfälle im Zusammenhang mit ihm erinnern.

... und aus der Sicht des STZ

Nach dem Austritt aus dem EPZ gelang es Herrn T. offenbar nicht mehr, eine Vertrauensbeziehung zu einer Betreuungsperson aufzubauen. Für die Institution blieb er daher rätselhaft und wurde immer unfassbarer. Er bewegte sich in einem informellen Netz, dessen Tragfähigkeit allerdings unklar ist und mit einiger Wahrscheinlichkeit bezweifelt werden kann. Es ist anzunehmen, dass ihn die Perspektivlosigkeit eines weiteren Aufenthalts ohne legalen Status dazu bewegte, schliesslich den Kontakt zu allen offiziellen Stellen abubrechen.

Kommentar zur gesundheitlichen Entwicklung und zum Verlauf der Integration

Die insgesamt ungünstige Entwicklung im Fallverlauf bei Herrn T. weist auf mehrere Punkte hin.

Obwohl sein schlechter Gesundheitszustand schon kurz nach seiner Einreise auffiel, wurde ihm während der ersten zwei Jahre kein spezialisiertes Betreuungsangebot gemacht. Zum Zeitpunkt seiner Aufnahme ins EPZ war seine Symptomatik schon so ausgeprägt, dass immer wieder Klinikeinweisungen nötig wurden. Eine frühere Reaktion und eine intensivere Betreuung des 16-jährigen Jugendlichen hätten die weitere Entwicklung positiv beeinflussen können.

Die Kontinuität der Betreuung im EPZ führte zwar nicht zu einer Verbesserung auf der ganzen Linie, hatte aber immerhin zur Folge, dass es nach einem Jahr zu keinen weiteren Klinikaufenthalten oder Suizidversuchen mehr kam.

Dadurch, dass das Asylgesuch von Herrn T. nicht behandelt wurde, aber erst nach fünf Jahren definitiv nicht darauf eingetreten wurde, war die Grundlage für eine soziale Integration und für eine erfolgreiche therapeutische Behandlung gar nicht gegeben. Ohne das Gefühl, in Sicherheit zu sein, und erst recht mit dem Verlust eines legalen

Aufenthaltsstatus fehlten die Bedingungen, die es braucht, um mit der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen überhaupt beginnen zu können.

Den Fallverlauf beeinflussende Faktoren:

Positiv:

- Kontinuität der Betreuung im EPZ
- Wohnen mit „accompagnants“
- Psychiatrische Behandlung

Negativ:

- Traumatisierung
- Keine adäquate Betreuung und Behandlung während der ersten zwei Jahre
- NEE nach fünf Jahren
- Verlusterfahrung (Tod der Mutter in seiner Abwesenheit)
- Ausschluss von adäquater Betreuung
- Drogenkonsum (als Selbstheilungsversuch)
- Kein tragendes soziales Netz

4.9 Kommentar zu den die Fallverläufe beeinflussenden Faktoren

Bei den Fallverläufen konnten verschiedene positive und negative Faktoren eruiert werden, die die gesundheitliche Entwicklung und den Verlauf der Integration beeinflussen.

Im Folgenden wird zwischen den strukturellen und den individuellen Determinanten unterschieden. Zu den strukturellen Faktoren zählen der Aufenthaltsstatus, die Betreuungs- und Behandlungsangebote und die Erwerbs- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Individuelle Faktoren sind beispielsweise Traumatisierungen, interne personale Ressourcen, externe psychosoziale Ressourcen, Gender, Alter bei Migration, Krankheitsverständnis, Compliance. Dabei gelten die individuellen Faktoren jedoch nicht als isolierte Faktoren. Vielmehr stehen individuelle, biographische Faktoren in einem interaktiven Zusammenhang mit den rechtlichen, ökonomischen, sozialen und medizinischen Bedingungen der Aufnahmegesellschaft.

4.9.1 *Individuelle Faktoren*

Traumatisierung

In allen beschriebenen Fällen hat sich deutlich gezeigt, dass der Grad der im Herkunftsland erlittenen Traumatisierung einen entscheidenden Einfluss auf den Langzeitverlauf hat. Je stärker das individuelle Trauma ist, desto ungünstiger verläuft die Entwicklung der Gesundheit und der Integration. Umgekehrt ist das Fehlen eines individuellen Traumas in der Vorgeschichte ein Faktor, der den Langzeitverlauf positiv beeinflusst.

Auffällig dabei ist, dass sich die negativen Auswirkungen einer Traumatisierung nicht unbedingt schon in der ersten Zeit nach der Ankunft in der Schweiz bemerkbar machten, sondern z.T. erst nach einem bis drei Jahren. Die Symptomatik verschlechterte sich dann aber jeweils rasch und blieb über mehrere Jahre bestehen oder chronifizierte sich gar. Falls eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung überhaupt möglich war, erwies sich diese als schwierig und langwierig, und die jeweilige Symptomatik schien manchmal wie resistent gegenüber diesen Behandlungsformen.

Diese zeitliche Verzögerung in der Manifestation der Auswirkungen des Traumas hängt zum einen mit dem Versuch der Betroffenen zusammen, die traumatischen Erlebnisse

durch „Vergessen“ (Verdrängung, Abspaltung, Verleugnung) ungeschehen zu machen. Da dies nicht möglich ist, und da diese Formen psychischer Abwehr das Ich schwächen, kommt es mit der Zeit oder bei weiteren Belastungen zu einem psychischen Zusammenbruch oder zu psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen.

Zum ändern sind die Rahmenbedingungen, die in der Aufnahmegesellschaft angetroffen werden, mit entscheidend dafür, ob es zu kumulativen Traumata oder Re-Traumatisierungen kommt (Sicherheit des Aufenthaltsstatus, Integrationsmöglichkeiten, Chancen auf dem Arbeitsmarkt).

Schwere Traumatisierungen können nicht ungeschehen gemacht werden und die Spuren davon können im Leben der davon Betroffenen nicht ausgelöscht, sondern höchstens erträglicher gemacht werden.

Ein Grund dafür ist, dass bei Personen, denen durch andere Menschen absichtlich ein schweres Trauma zugefügt worden ist, der Glaube an die Verlässlichkeit sozialer Beziehungen zerbrochen ist. Das hat für das Leben und die Gesundheit der Betroffenen weit reichende Folgen und kann sich in verschiedenen Erscheinungsbildern äussern: soziale Desintegration, Isolation, familiäre Konflikte, psychosomatische Erkrankungen, psychische Erkrankungen (Depression, paranoide Vorstellungen, psychotisches Erleben). Damit verbunden ist meistens Arbeitsunfähigkeit und häufig dauernde Invalidität.

Um Voraussetzungen zur Wiederherstellung des zerstörten Grundvertrauens zu schaffen, braucht es neben der Sicherheit vor weiterer Verfolgung vor allem tragfähige, verlässliche und konstante menschliche Beziehungen. Da Beziehungen zu traumatisierten Personen in der Regel sehr belastend sind und die privaten Beziehungsnetze häufig überfordern, sind dafür professionelle Beziehungsangebote von Fachpersonen nötig, die durch eine genügende institutionelle Unterstützung befähigt werden, entsprechende Belastungen über lange Zeit zu tragen und auszuhalten.

Schwere Traumatisierungen, die nicht bearbeitet werden konnten, können sich auch noch in der zweiten Generation auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Die Beispiele von Berat, dem Sohn von Frau A., sowie der beiden Söhne Egon und Aid im Fall von Familie O. zeigen, dass Kinder von traumatisierten Eltern insbesondere in der Adoleszenz einem grossen Risiko einer negativen sozialen und gesundheitlichen Entwicklung ausgesetzt sind.

Teilweise Bearbeitung des Traumas

Wo bei den beschriebenen Beispielen eine teilweise Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen möglich war, hat es sich gezeigt, dass dies einen positiven Effekt auf den weiteren Verlauf hatte. – Die Wiederherstellung des verloren gegangenen Grundvertrauens in die Verlässlichkeit sozialer Beziehungen und damit auch in die Berechenbarkeit der Welt ist wie gesagt Voraussetzung für die Möglichkeit der Bearbeitung eines Traumas. Die Erfüllung dieser Bedingung ist aber nicht einfach technisch herbeiführbar, sondern abhängig von einem sehr störungsanfälligen und langwierigen Prozess der Vertrauensbildung. In einigen der beschriebenen Fälle liess sich dieser Prozess nicht so weit fortführen, wie es für eine Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse nötig gewesen wäre.

Trotzdem ist es sehr wichtig, dass es Angebote gibt, die es ermöglichen, dass ein solcher Prozess überhaupt in Gang kommen kann. Nebst dem am Alltag orientierten stationären Angebot des EPZ sticht in den Beschreibungen der Fallverläufe das Angebot des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer der Psychiatrischen Poliklinik des Uni-Spitals Zürich hervor. Für die gesundheitliche Entwicklung derjenigen Personen aus den Fallbeispielen, die dieses Angebot nutzen konnten, resultierte daraus immer ein Gewinn.

Neben solchen Angeboten spielen auch andere äussere Bedingungen für das Gelingen einer Bearbeitung des Traumas eine grosse Rolle, wie z.B. der Grad der Marginalisierung bzw. Integration oder die Sicherheit des Aufenthaltsstatus.

Interne personale Ressourcen

Voraussetzung für einen günstigen Verlauf der Integration (unter den gegebenen schwierigen Rahmenbedingungen) sind u.a. besonders ausgeprägte personale Ressourcen, z.B. ausgesprochene Sozialkompetenzen, Lernbereitschaft (siehe Fallverlauf Herr C.) oder ein besonderes Beharrungs- und Durchsetzungsvermögen (siehe Fallverlauf Herr D.). Bei den zwei allein stehenden Frauen mit schweren Traumatisierungen ist insbesondere ein starker Lebenswille nötig, um überhaupt überleben zu können (siehe Fallverläufe Frau P. und Frau G.).

Ein hoher Bildungsstand (bei den beschriebenen Fällen häufig in Verbindung mit einer Mittelschichts-/Oberschichtsherkunft) ist ein weiterer Faktor, der den Verlauf positiv beeinflussen kann. Eine hohe Bildung kann die Verstehbarkeit der inneren und äusseren

Erfahrungswelt erhöhen, andererseits kann sie die Kommunikation mit den Mitgliedern der Aufnahmegesellschaft erleichtern (vgl. Fallverlauf Herr C.).

Externe psychosoziale Ressourcen

Das Vorhandensein oder das Fehlen eines tragenden Beziehungsnetzes ist bei allen Fallverläufen ein beeinflussender Faktor. Vier der beschriebenen Fälle verfügen über ein tragendes Netz (Verwandtschaft, Vereine, Parteien, Religionsgemeinschaften), was den Verlauf positiv beeinflusst. Bei den anderen vier Fällen fehlt ein solches Netz, was die Isolation und den Rückzug begünstigt und die Abhängigkeit von professionellen Unterstützungssystemen erhöht. Ein Beziehungsnetz kann – wie im Fall von Frau P. – Unterstützung und Schutz bieten, gleichzeitig aber auch einengend sein.

Kinder stellen eine Ressource für die Eltern dar (auch wenn sie gleichzeitig Grund für Sorgen sind), während Traumastörungen oder psychische Erkrankungen der Eltern oder eines Elternteils sich negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken können.

Alter bei der Migration

Das Lebensalter zum Zeitpunkt der Migration ist bei den beschriebenen Fällen kein zentraler Beeinflussungsfaktor. Ein junges Alter bei der Migration kann zwar einen Spielraum an Entwicklungsmöglichkeiten bieten, andererseits ist gerade die Adoleszenz ein besonders vulnerabler Lebensabschnitt (vgl. Fallverlauf Berat und Herr T.). Das Alter erscheint bei den untersuchten Fällen als ein Faktor, der von anderen Einflussgrößen überlagert wird.

Krankheitsverständnis/Compliance

Alle befragten Personen sehen ihr Kranksein (oder ihre schlechte Befindlichkeit) in einem engen Zusammenhang mit den schwierigen Lebenserfahrungen und den prekären Bedingungen in der Migration (unsicherer Status, fehlende Arbeit, nicht ausreichende finanzielle Mittel).

Auffallend ist eine häufig unterschiedliche Arzt- und Patientenperspektive bezüglich der Benennung und Behandlung des Leidens. Krankseins- und krankheitsorientierte Konzepte werden nicht zueinander in Verbindung gebracht und die psychiatrische Diagnose bleibt den Betroffenen fremd (vgl. Fallverläufe bei Herrn D. und Frau G.). Häufig kann die eigene Krankheit nicht eingeordnet werden, und die Benennung und Behandlung des Leidens wird dem Arzt überlassen (vgl. Fallverlauf Frau A.)

Bei zwei der Fallverläufe (Herr I. und Herr C.) zeigt sich, dass die Betroffenen das subjektiv erlebte Leiden in Bezug zum gesamtgesellschaftlichen Prozess stellen. Hier hat die politische Ideologie eine gesundheitserhaltende Funktion. Das Vorhandensein eines sozial und politisch geteilten Wertsystems spielt in diesen Fällen eine wichtige Rolle bei der Traumaverarbeitung.

Ein von der biomedizinischen Perspektive abweichendes Krankheitsverständnis kann – muss aber nicht – zu einer fehlenden Compliance führen. Zwei der beschriebenen Personen zeigen Compliance aufgrund von Autoritätsgläubigkeit („der Arzt hat gesagt, dass ich die Medikamente brauche“).

Gender und Traumatisierung

Bei den vorgestellten Fallverläufen fällt die besondere Vulnerabilität alleinstehender Frauen auf: alle drei beschriebenen Frauen sind aufgrund der erlittenen Traumatisierung (darunter auch sexuelle und häusliche Gewalt) nicht in der Lage, eine partnerschaftliche Beziehung einzugehen und sind damit in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Ausser Frau A., die im Heim an einem geschützten Ort lebt, sind die alleinstehenden Frauen besonderen Gefährdungen ausgesetzt: auf Frau P. etwa wird seitens der ethnischen Community sozialer Druck ausgeübt, einen Landsmann zu heiraten; die Unterversorgung und teilweise Obdachlosigkeit von Frau G. führt zu einem erhöhten Risiko von sexueller Gewalt. Die Gefahr von Retraumatisierungen ist bei diesen Frauen besonders hoch.

Bereits die Studie zum Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ 2003 zeigte eine erhöhte Vulnerabilität von alleinstehenden Frauen. Alleinstehende Frauen litten – verglichen mit den alleinstehenden Männern, den Familienfrauen und den Familienmännern – am häufigsten an depressiven Erkrankungen, an primären und sekundären Trauma-Störungen sowie an Suizidalität. Diese Krankheitsbilder stehen in einem Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Ursachen (vgl. Ackermann et al. 2003: 81).

4.9.2 Strukturelle Faktoren der Aufnahmegesellschaft

Aufenthaltsstatus

Nicht unerwartet ist der Einfluss des rechtlichen Aufenthaltsstatus auf den Verlauf der Integration, aber auch auf die gesundheitliche Entwicklung, wie er bei allen beschriebenen Beispielen sichtbar wird.

Erstaunlicher ist, wie der Status der vorläufigen Aufnahme (F) bewertet wird. Obwohl er objektiv mehr Sicherheit bietet als der Status des Asyl Suchenden (N), wird er subjektiv als hinderlich, ausgrenzend und bedrohlich angesehen. Nur ein geregelter Aufenthaltsstatus (B, Anerkennung als Flüchtling) trägt zu einer deutlichen Verbesserung der Befindlichkeit bei (Herr D., Familie I., Herr C.), während eine jahrelange vorläufige Aufnahme der Perpetuierung der gesundheitlichen und sozialen Schwierigkeiten Vorschub leistet (Frau G., Frau A. mit Sohn Berat, Familie O.)

Dass ein Nicht-Eintretens-Entscheid erst nach fünf Jahren rechtskräftig wird, dürfte wohl eher eine Ausnahme sein, hatte dann aber im Fall von Herrn T. deutlich negative Konsequenzen.

Betreuungs- und Behandlungsangebot

In allen acht beschriebenen Fällen wird das Betreuungsangebot des EPZ als positiver Faktor für die gesundheitliche Entwicklung und den Verlauf der Integration genannt. Es wird von den ehemaligen KlientInnen gesehen als Ort, der Entwicklungsmöglichkeiten unterstützte, als Übergangsraum, in dem neue Erfahrungen gemacht werden konnten, als Schonraum, als sicherer Ort, wo das eigene Leiden Anerkennung gefunden hatte.

Am Auffälligsten und Häufigsten ist aber die Betonung des positiven Einflusses der Konstanz und der Kontinuität der Betreuung durch das EPZ. Diese Kontinuität war Voraussetzung für Entwicklungsschritte, aber auch Garant dafür, dass nach Krisen und neuen Schwierigkeiten nicht immer wieder „bei Null“ angefangen werden musste.

Fälle, bei denen ein Case-Management und eine kontinuierliche Betreuung nach dem Austritt aus dem EPZ fehlten, nahmen einen negativen Verlauf (Frau G., Herr T.). Gerade bei schwer traumatisierten Personen ist eine Kontinuität der Betreuung ein entscheidender

Faktor, der die Voraussetzungen für eine Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse schafft. Dieser Faktor ist zudem einer der wenigen, die von aussen beeinflussbar sind, und verdient auch deshalb besondere Beachtung.

Zu erwähnen ist ausserdem die positive Rolle, welche das Behandlungsangebot des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer bei denjenigen Fällen spielte, die davon Gebrauch machen konnten (Herr I., Frau P.).

Erwerbstätigkeit, Beschäftigungsprogramme

Das Vorhandensein oder das Fehlen einer Arbeit / einer Beschäftigung hat einen Einfluss sowohl auf die gesundheitliche Entwicklung wie auch auf den Verlauf der Integration. Diese Einschätzung teilen sowohl die Fachleute wie auch die untersuchten Personen selber. Arbeit wird mit Gesundheit assoziiert und als Identität stiftend erlebt.

Umgekehrt wirkt sich das Fehlen von geeigneten Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch erkrankte Asyl Suchende negativ auf die soziale und gesundheitliche Integration aus (vgl. Fallverläufe Frau G., Herr I.).

5 Quantitative Resultate und Analysen

5.1 Veränderung des Gesundheitszustands und Integrationsverlauf 2002 bis 2006

Veränderung des Gesundheitszustands

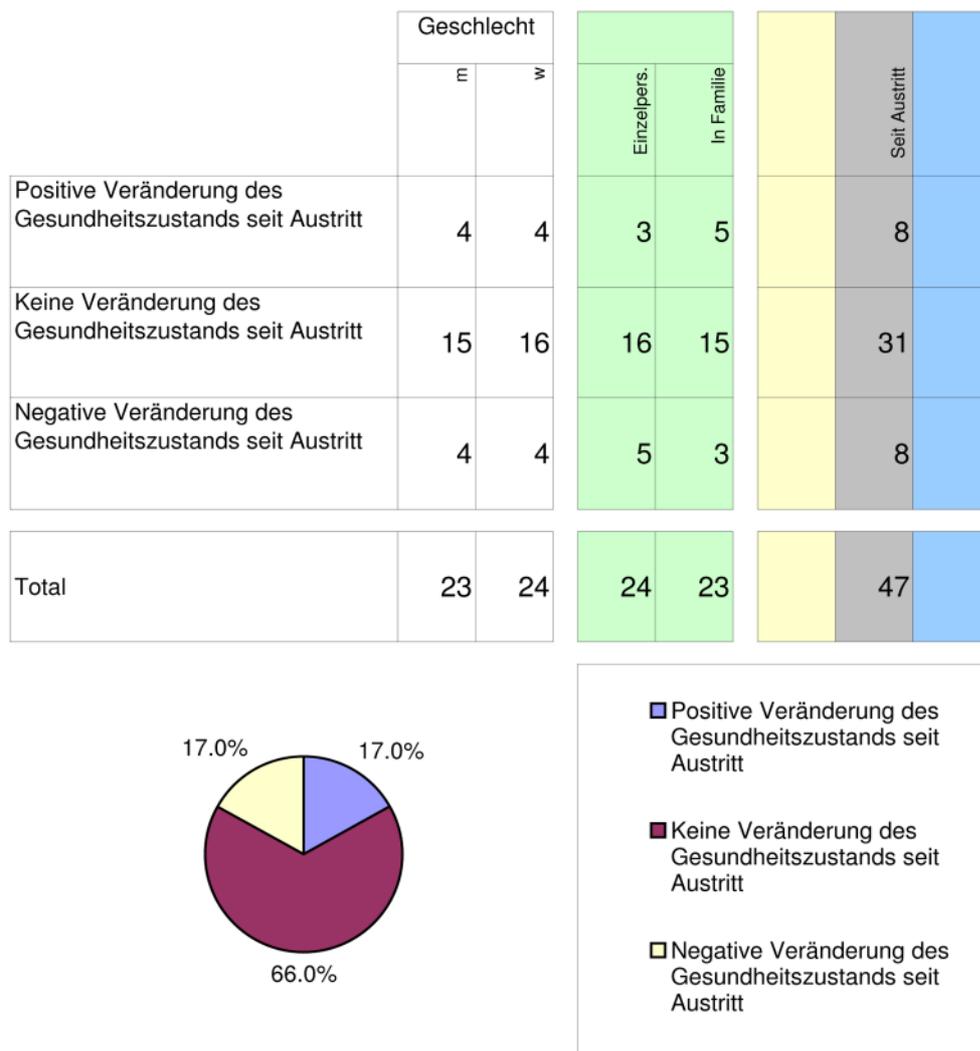


Tabelle 5.1: Veränderung des Gesundheitszustands seit Austritt aus der Einrichtung (EPZ).

Seit Austritt aus dem EPZ zeigt sich bei 17 % der Personen eine positive, bei 17 % der Personen eine negative Veränderung des Gesundheitszustands; bei der grössten Gruppe (zwei Drittel) ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen.

Nicht alle Personen sind mit Zustimmung des EPZ ausgetreten, was sich auf die Verhältniszahlen auswirkt. Unterscheidet man zwischen der Art des Austrittes (mit/ohne Zustimmung), ergibt sich hinsichtlich der Veränderung der gesundheitlichen Situation ein anderes Bild (siehe Tabelle 5.12).

Es ergeben sich keine genderspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Veränderung des Gesundheitszustandes.

Verglichen mit Einzelpersonen zeigen Personen, die in der Familie leben, einen leicht höheren Anteil an positiver Veränderung des Gesundheitszustandes.

Integrationsverlauf

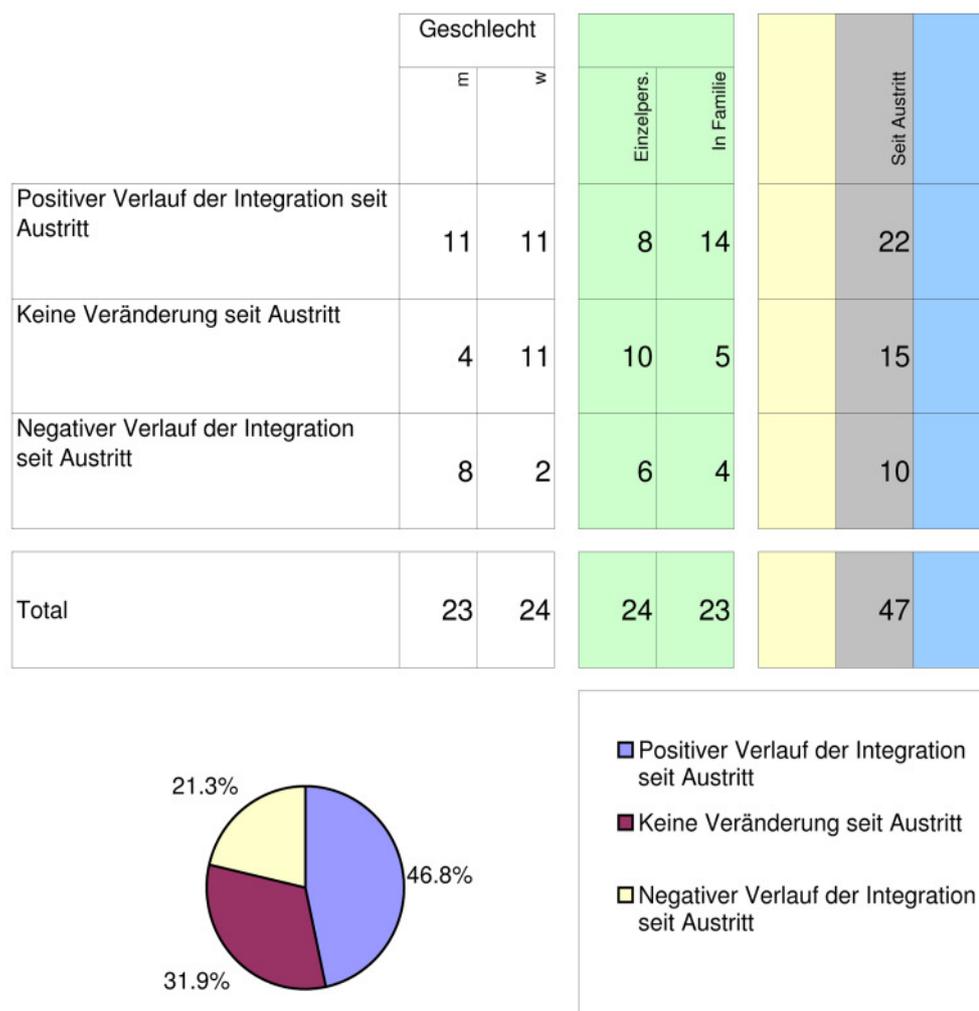


Tabelle 5.2: Integrationsverlauf seit Austritt aus der Einrichtung (EPZ).

Beurteilt wurde der Integrationsverlauf anhand folgender Faktoren:

- Fortschritte beim Zweitspracherwerb (Deutsch)
- Arbeit und Beschäftigung
- Aufbau eines sozialen Netzwerks

Allgemein wird das Vorhandensein (oder die Abwesenheit) von Chancengleichheit auf struktureller, politischer, kultureller und sozialer Ebene als wichtigster Indikator für Integration gewertet. Da nur bei einem sehr kleinen Teil der untersuchten Population auch nur ansatzweise von Chancengleichheit ausgegangen werden konnte, musste auf den Einbezug dieses Kriteriums verzichtet werden.

Bei fast der Hälfte der Personen zeigt sich seit dem Austritt aus der Einrichtung ein positiver Verlauf der Integration, bei ca. einem Drittel bleibt der Zustand gleich und bei einem Fünftel ist der Verlauf negativ (vgl. auch Tabelle 5.13).

Deutlich zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Ein negativer Verlauf der Integration ist bei Männern häufiger, während mehr Frauen als Männer nach Austritt keine Veränderung zeigen. – Ein positiver Verlauf der Integration ist bei Personen, die in Familien leben, häufiger als bei Einzelpersonen.

5.2 Rechtlicher Status und Gesundheitsverlauf

Veränderung des Aufenthaltstatus 2002 bis 2006

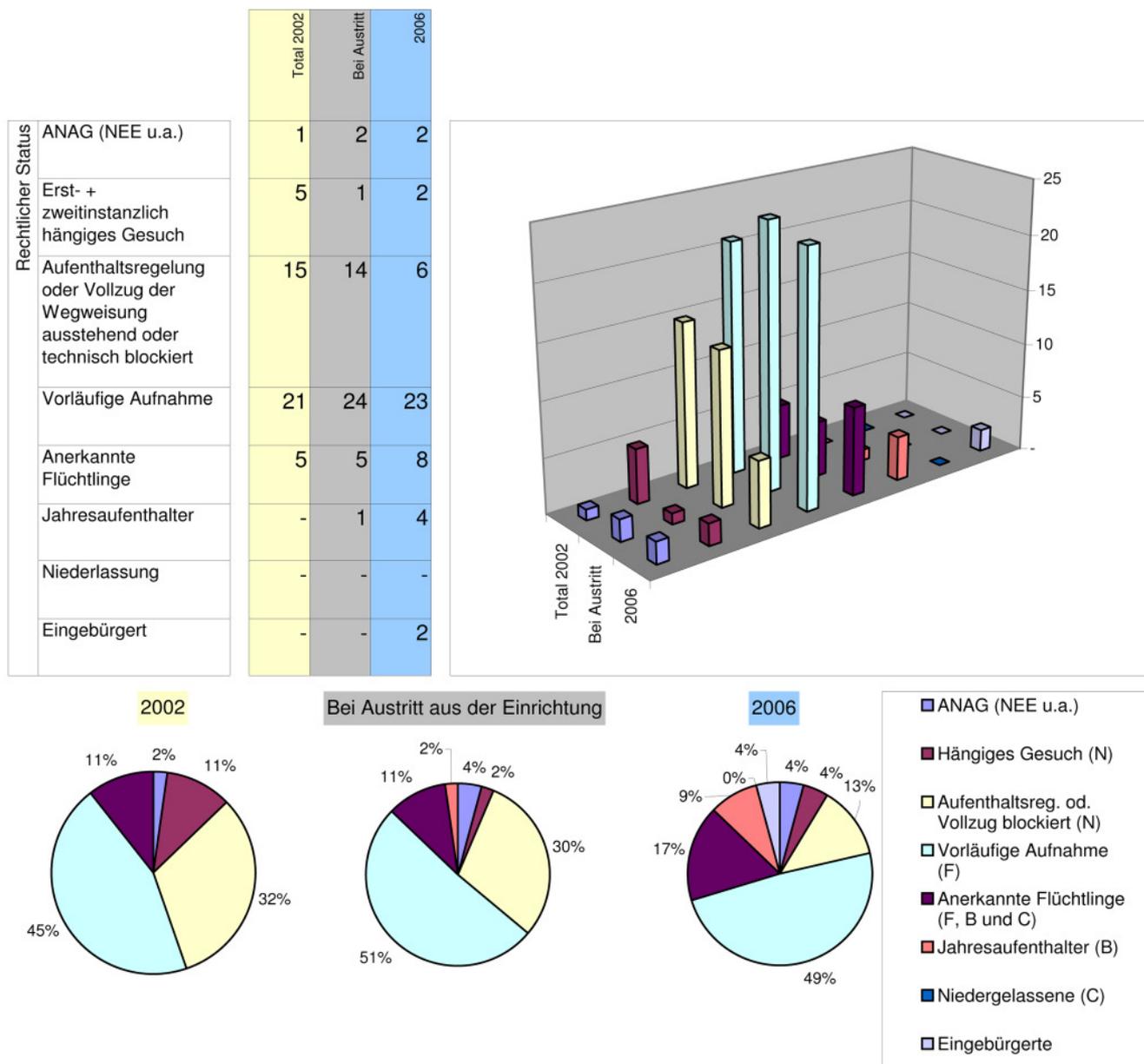


Tabelle 5.3: Rechtlicher Status der KlientInnen am 30.9.2002, bei Austritt (2003 bis 2005) und am 30.9.2006. Anzahl Personen: 47.

Der Anteil der vorläufig Aufgenommenen an den insgesamt 47 untersuchten Personen blieb sich etwa gleich, während der Anteil derjenigen mit unsicherem Status abnahm zu Gunsten des Anteils der Personen mit geregelter Aufenthalt.

Es zeigt sich, dass bei der untersuchten Gruppe innerhalb von vier Jahren eine wahrnehmbare Verschiebung in Richtung sicherer Aufenthaltsstati stattgefunden hat.

Gesundheitsverlauf im Vergleich zum Aufenthaltstatus bei Austritt aus der Einrichtung

Beobachtete Häufigkeiten		Rechtlicher Status			
		ungeregelt (ANAG, NEE und N)	vorläufig (F)	geregelt (Anerkannt, B, C und CH)	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	3	4	1	8
	neutral	5	18	8	31
	besser	2	1	5	8
		10	23	14	47

Wahrscheinlichkeit für Status		0.213	0.489	0.298	1
----------------------------------	--	-------	-------	-------	---

Erwartete Häufigkeiten		Rechtlicher Status			
		ungeregelt (ANAG, NEE und N)	vorläufig (F)	geregelt (Anerkannt, B, C und CH)	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	1.702	3.915	2.383	8
	neutral	6.596	15.170	9.234	31
	besser	1.702	3.915	2.383	8
		10.000	23.000	14.000	47

Berechnung Chi-Quadrat		Rechtlicher Status			
		ungeregelt (ANAG, NEE und N)	vorläufig (F)	geregelt (Anerkannt, B, C und CH)	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	0.99	0.00	0.80	1.79
	neutral	0.39	0.53	0.16	1.08
	besser	0.05	2.17	2.87	5.10
		1.43	2.70	3.84	7.97

Tabelle 5.4: Anzahl Freiheitsgrade: 4. – Bei einem Signifikanzniveau von 0.1 (10% Irrtumswahrscheinlichkeit) besteht ein Zusammenhang zwischen rechtlichem Status und Veränderung des Gesundheitszustands.

Lesebeispiel: Bei 18 der 23 untersuchten Personen mit vorläufiger Aufnahme war der gesundheitliche Zustand seit ihrem Austritt aus dem EPZ (2003-2005) bis zum Datum der Erhebung (September 2006) gleich geblieben.

Die Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustands erfolgte durch die aktuell zuständigen Betreuungspersonen oder bei deren Fehlen durch Selbsteinschätzung der ehemaligen KlientInnen.

In der zweiten Tabelle wird die Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, einen bestimmten Aufenthaltsstatus bei Austritt aus der Einrichtung zu erhalten.

Die dritte Tabelle zeigt die Berechnung der theoretisch zu erreichenden Werte bei gleichmässiger Aufteilung der Population auf die untersuchten Kombinationen verschiedener Merkmale. Beispiel: Theoretisch sollte sich der Gesundheitszustand von etwas mehr als 15 Asyl Suchenden mit vorläufiger Aufnahme nicht wesentlich verändert haben.

In der vierten Tabelle wird danach der Wert der Prüfgrösse Chi-Quadrat nach folgender Formel berechnet:

$$\chi^2 = \sum_{i \in I} \sum_{j \in J} \frac{\left(\frac{h(a_i) \cdot h(b_j)}{n} - h(a_i, b_j) \right)^2}{\frac{h(a_i) \cdot h(b_j)}{n}}$$

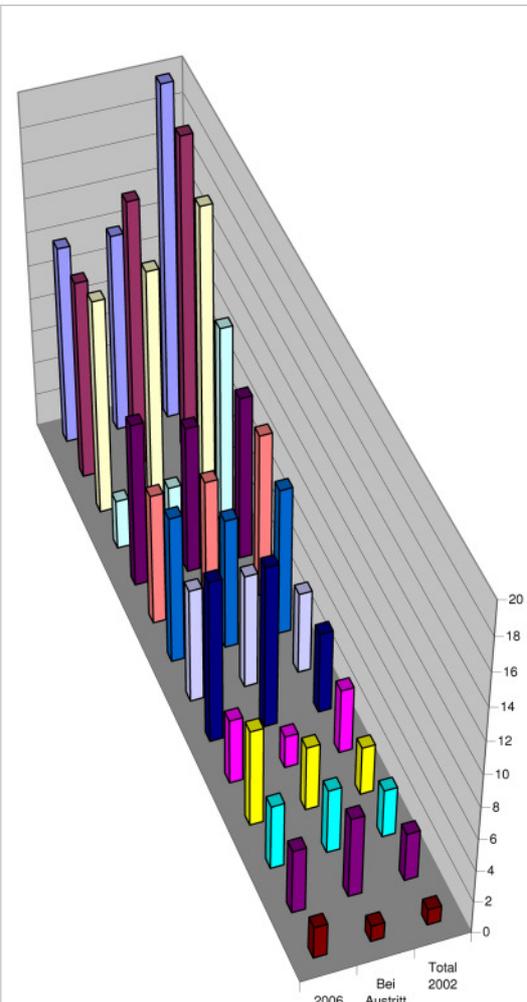
Untersucht wird die Nullhypothese, es bestehe kein Zusammenhang zwischen den Merkmalen. Bei kleiner Prüfgrösse wird vermutet, die Nullhypothese sei wahr, bei einem hohen Prüfgrößenwert wird diese abgelehnt. – Abhängig von einem zu bestimmenden Signifikanzniveau α wird die Nullhypothese abgelehnt, wenn Chi-Quadrat folgenden Wert übersteigt:

$\chi^2(1-\alpha; (m-1)(r-1))$, dem $(1-\alpha)$ -Quantil der χ^2 -Verteilung mit $(m-1)(r-1)$ Freiheitsgraden. (Tabelle für 1 bis 10 Freiheitsgrade siehe Anhang.)

Es wird deutlich, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustands bei Personen mit geregelterm Aufenthaltsstatus häufiger auftritt als bei Personen mit unsicherem Status. Hingegen verlief die gesundheitliche Entwicklung von Personen mit vorläufiger Aufnahme nicht besser als diejenige der Personen mit einem unsichereren Aufenthaltsstatus.

5.3 Erscheinungsbilder – Symptomatik nach Geschlecht, Alter und Familienstand

	Geschlecht		Altersgruppe (2002)					Einzelpers.		Total 2002	Bei Austritt 2006	Total 2006
	E	W	-12	13-18	19-30	31-40	41-	In Familie				
Depression	7	13			3	11	6	14	6	20	12	12
	6	6		1	1	4	6	9	3	9		
	4	8		1	1	5	5	8	4	8		
Primäre und sekundäre Traumastörung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz	7	12	1	2	5	9	2	10	9	19	16	12
	7	9	1	1	5	6	3	11	5	11		
	3	9			4	5	3	8	4	8		
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)	8	9	5	3			8	1	16	17	14	13
	8	6	4	4	1		5	1	13	14		
	7	6	2	4	1		6	1	12	13		
Suizidalität	5	7			2	5	5	10	2	12	3	3
	1	2					3	2	1	3		
	1	2					3	2	1	3		
Psychosomatische Störungen und Krankheiten	2	8	2		2	4	2	4	6	10	9	10
	3	6	1		1	5	2	4	5	9		
	4	6	1		1	6	2	4	6	10		
Somatische Erkrankung	4	6	2		1	5	2	4	6	10	8	8
	5	3			1	4	3	4	4	8		
	4	4			1	3	4	6	2	6		
Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychotische Episoden)	5	4			4	4	1	9		9	8	9
	4	4			4	4		7	1	8		
	5	4			5	3	1	8	1	8		
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)	4	1			2	3		5		5	7	7
	5	2			2	4	1	7		7		
	7		1	1	4	1		6	1	6		
Suchtprobleme	4	1			2	2	1	4	1	5	10	10
	9	1		2	4	2	2	8	2	10		
	7	3	1	2	3	2	2	7	3	7		
Entwicklungsstörungen	1	3	3	1					4	4	2	4
	2			2				1	2	2		
	3	1		3	1			1	3	3		
Gewalttätigkeit	3			1	1	1		2	1	3	4	6
	3	1		1	2	1		3	1	4		
	4	2		1	3	2		2	4	6		
Schulschwierigkeiten	1	2	2	1				3		3	4	4
	3	1	1	2	1			1	3	4		
	2	2	2	1	1			1	3	4		
Verwahrlosung	2	1			1	2		3		3	5	4
	2	3			3	2		5		5		
	2	2			2	2		4		4		
Schwache kognitive Fähigkeiten		1					1	1		1	1	2
		1					1	1		1		
		2			1		1	2		2		
Total	53	68	15	8	23	54	21	67	54	121	103	104
	58	45	7	13	25	37	21	63	40			
	53	51	6	13	25	38	22	60	44			
Anzahl Personen	23	24	7	5	11	17	7	9	38	47	47	47
	23	24	7	5	11	17	7	10	37			
	23	24	7	5	11	17	7	8	39			



- Depression
- Primäre und sekundäre Traumastörung
- Schwere familiäre Konflikte
- Suizidalität
- Psychosomatische Störungen und Krankheiten
- Somatische Erkrankung
- Schwere psychische Krankheit
- Schwere Persönlichkeitsstörung
- Suchtprobleme
- Entwicklungsstörungen
- Gewalttätigkeit
- Schulschwierigkeiten
- Verwahrlosung
- Schwache kognitive Fähigkeiten

Tabelle 5.5: Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder der KlientInnen im Jahr 2002, bei Austritt (2003 bis 2005) und 2006. Die Tabelle ist geordnet nach Häufigkeit der Nennungen im Jahr 2002. Mehrfachnennungen sind möglich.

Im Verlauf der Untersuchungsperiode hat sich die Anzahl Nennungen in Bezug auf die verschiedenen Erscheinungsbilder verändert: Depressionen, Traumastörungen und Suizidalität haben insgesamt deutlich abgenommen. Auch familiäre Konflikte kommen weniger häufig vor. Diese Abnahme zeigt sich am deutlichsten während der Betreuungszeit im EPZ. Um mehr als die Hälfte zugenommen haben hingegen Suchtprobleme sowie Gewalttätigkeit nach dem Austritt.

Schwere psychische Krankheiten wie auch psychosomatische Störungen sind anteilmässig gleich geblieben.

Die Einschätzung der aktuellen Erscheinungsbilder erfolgte mehrheitlich durch die aktuell zuständigen SozialberaterInnen. Diese haben häufig keinen engen Kontakt zu den KlientInnen, und sie sind beraterisch und nicht therapeutisch tätig. Dies könnte die festgestellte Abnahme zum Teil erklären: Die Störungen und Erscheinungsbilder werden aufgrund der Distanz nicht erkannt. Gesehen werden lediglich die „auffälligen“ Erscheinungsbilder wie Gewalt und Suchtprobleme.

Die Ergebnisse bestätigen insgesamt die genderspezifischen Resultat der Studie 2003: Frauen leiden häufiger an Depressionen, Traumastörungen und Suizidalität.

5.4 Arbeit und Beschäftigung

Arbeit und Beschäftigung 2002 bis 2006

	Geschlecht		Altersgruppe (2002)			Arbeitsverbot		Total 2002	Bei Austritt	2006
	E	W	19-30	31-40	41-	Ja	Nein			
Erwerbstätigkeit	1	2	2	1			3			
	1	1	2				2	2		
	4	3	2	5			7		7	
Vollzeit Haus- und Familienarbeit	1	4		5			5			
		3	1	2			3	3		
		4	1	2	1		4		4	
Arbeitslosigkeit	1	2		2	1		3			
		1			1		1	1		
		1		1			1		1	
Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz	1		1				1			
		1			1		1	1		
		1			1		1		1	
Tätigkeit in Beschäftigungsprogramm	4	4	3	2	3	2	6	8	11	7
	6	5	2	7	2	2	9			
	4	3	3	2	2	2	5			
Keine Beschäftigung	8	7	5	7	3	7	8	15	17	15
	9	8	6	8	3	7	10			
	8	7	5	7	3	5	10			
Total	16	19	11	17	7	9	26	35	35	35
	16	19	11	17	7	9	26			
	16	19	11	17	7	7	28			

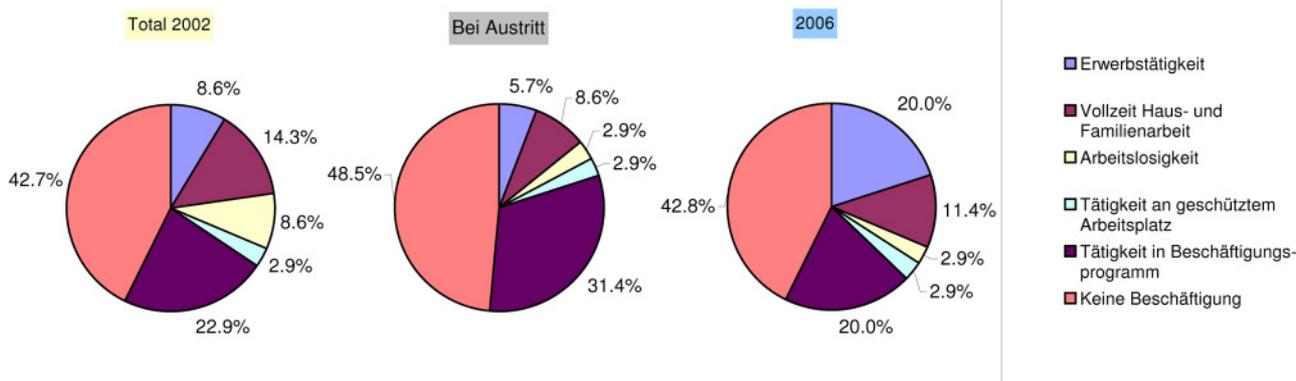
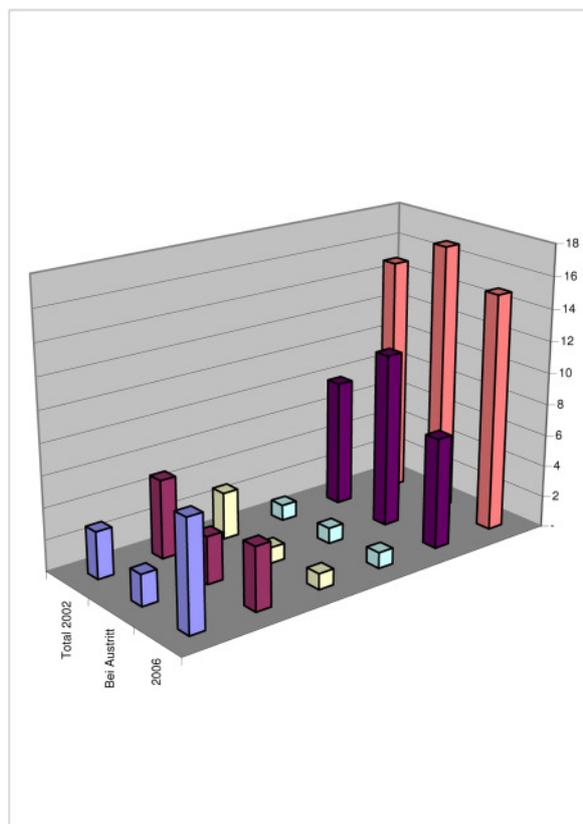


Tabelle 5.6: Anzahl KlientInnen, die Ende September 2002 das 19. Altersjahr vollendet haben, am 30.9.2002, bei Austritt (2003 bis 2005) und am 30.9.2006.

Zunächst fällt der hohe Anteil an Personen ohne jegliche Beschäftigung auf. Das hängt zum einen damit zusammen, dass es für Personen der untersuchten Gruppe (Personen des Asylrechts mit psychischen Belastungen) generell schwierig ist, eine geeignete Arbeitsstelle

oder Beschäftigung zu finden. Beschäftigungsprogramme und Arbeitsplätze, welche speziell auf die Bedürfnisse dieser Personengruppe zugeschnitten sind, fehlen fast gänzlich. Zum andern wird sichtbar, dass im September 2006 ein Drittel der Personen ohne Beschäftigung mit einem Arbeitsverbot belegt waren.

Auffällig ist aber auch die Vergrößerung des Anteils der erwerbstätigen Personen (2006), vor allem in der Altersgruppe der 31-40-Jährigen. Vergleicht man dazu die Entwicklung des Anteils der in einem Beschäftigungsprogramm tätigen Personen, so liegt der Schluss nahe, dass etliche dieser Personen im Laufe der Zeit befähigt wurden, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. – Das bedeutet, dass Beschäftigungsprogramme einen hohen Wert für die Integration in den Arbeitsmarkt haben, indem sie Teilnehmende zur Erwerbstätigkeit befähigen und hinführen können.

5.5 Nutzung medizinischer / therapeutischer Angebote 2002 bis 2006

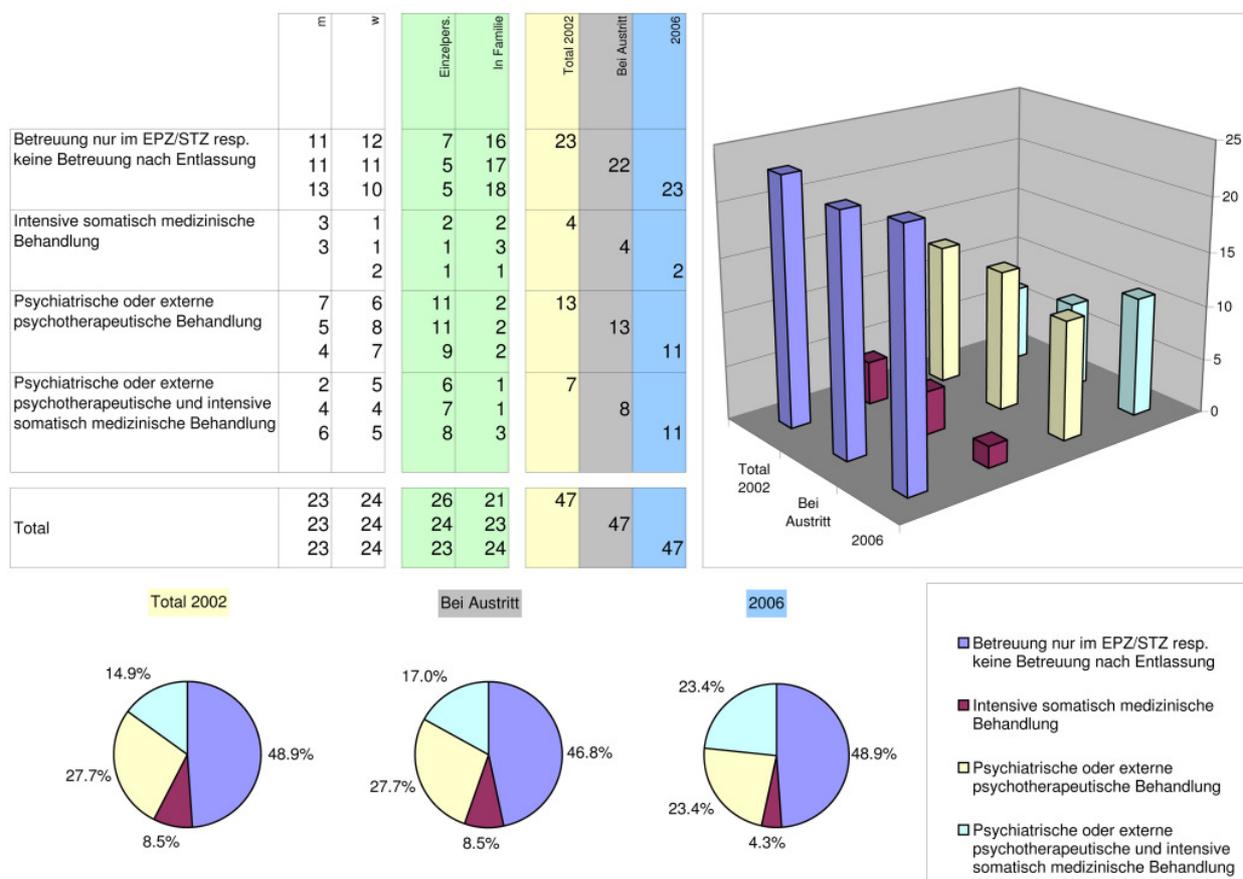


Tabelle 5.7: Anzahl KlientInnen am 30.9.2002, bei Austritt (2003 bis 2005) und am 30.9.2006. Die Intensität somatisch medizinischer Behandlung wird anhand der Häufigkeit medizinischer Leistungserbringung gemessen (*intensiv*: mindestens eine Behandlung pro Woche).

Es fällt auf, dass der Anteil an Personen, die sowohl eine psychiatrische oder psychotherapeutische als auch eine intensive (mindestens einmal wöchentlich) somatisch-medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, zwischen dem Zeitpunkt des Austritts aus dem EPZ (2003-2005) und September 2006 zugenommen hat. – Das könnte bedeuten, dass mit dem Wegfallen des Betreuungsangebots des EPZ vermehrt auch medizinische Probleme auftraten.

Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung wurde von Frauen zum Zeitpunkt des Austritts aus dem EPZ und im September 2006 anteilmässig stärker in Anspruch genommen als von Männern.

Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung (mit und ohne Kombination mit intensiver somatisch medizinischer Behandlung) wurde von alleinstehenden Personen anteilmässig deutlich stärker genutzt als von Personen, die in Familien lebten.

5.6 Betreuungssituation, Gesundheit, Integration

Angemessenheit der Betreuung

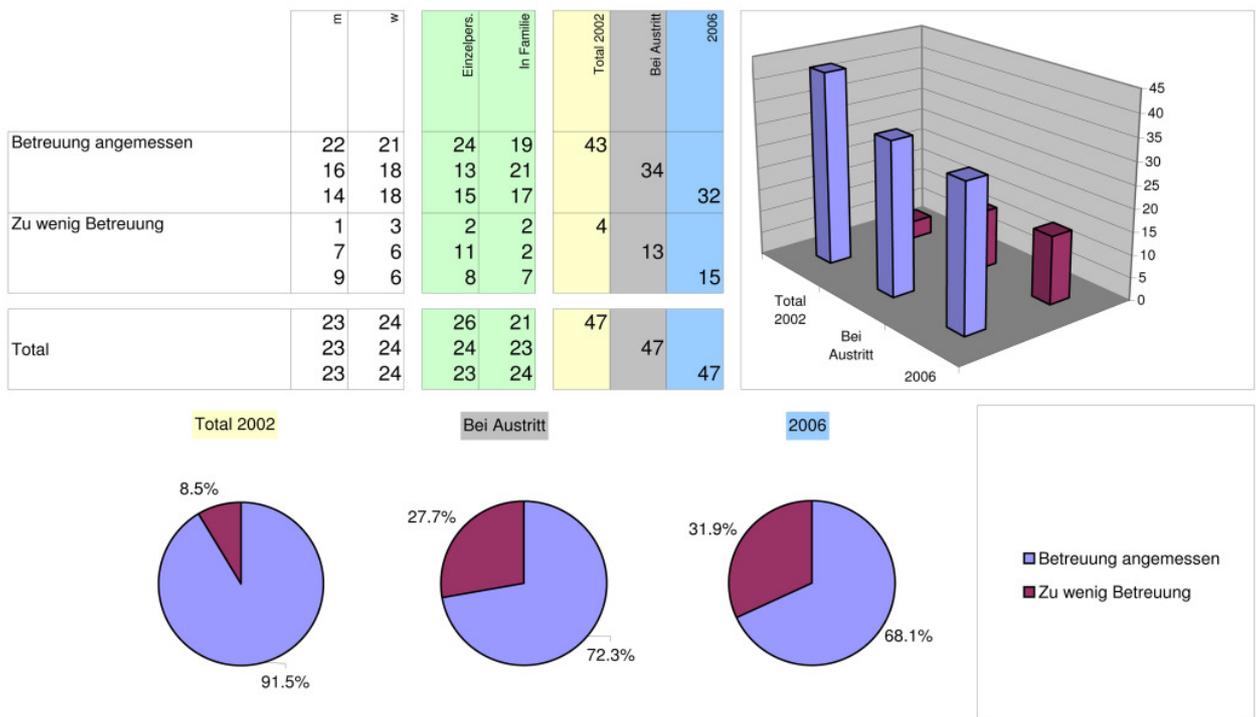


Tabelle 5.8: Anzahl KlientInnen am 30.9.2002, bei Austritt (2003 bis 2005) und am 30.9.2006.

Die Einschätzung, ob die Betreuung angemessen oder zu wenig war, wurde im Jahr 2002 sowie zum Zeitpunkt des Austritts (2003-2005) von den Fachpersonen des EPZ vorgenommen, zum dritten Zeitpunkt (September 2006) von den neu zuständigen Fall führenden Stellen.

Die starke Erhöhung des Anteils der zu wenig betreuten Personen zum Zeitpunkt des Austritts aus dem EPZ hängt mit der Teilschliessung der Einrichtung Ende 2004 zusammen. Viele der davon betroffenen Personen mussten (ohne Zustimmung des EPZ) in wenig oder gar nicht betreute Strukturen entlassen werden.

Die Angebotslücke, die nach der Teilschliessung des EPZ entstand, wurde offenbar nicht geschlossen. Das lässt sich daran erkennen, dass auch noch im September 2006 rund ein Drittel der ehemaligen KlientInnen des EPZ als zu wenig betreut eingeschätzt werden.

Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Angemessenheit der Betreuung

Beobachtete Häufigkeiten		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	3	5	8
	neutral	12	19	31
	besser	0	8	8
		15	32	47

Wahrscheinlichkeit für Art der Betreuung	0.319	0.681	1
---	-------	-------	---

Erwartete Häufigkeiten		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	2.553	5.447	8
	neutral	9.894	21.106	31
	besser	2.553	5.447	8
		15.000	32.000	47

Berechnung Chi-Quadrat		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Veränderung des Gesundheits- zustands	schlechter	0.08	0.04	0.11
	neutral	0.45	0.21	0.66
	besser	2.55	1.20	3.75
		3.08	1.44	4.52

Tabelle 5.9: Anzahl Freiheitsgrade: 2. – Bei einem Signifikanzniveau von etwas mehr als 0.10 (ca. 11% Irrtumswahrscheinlichkeit) besteht ein Zusammenhang zwischen Angemessenheit der Betreuung und Veränderung des Gesundheitszustands.

In dieser Tabelle sticht hervor, dass sich der Gesundheitszustand seit Austritt aus dem EPZ bei keiner einzigen derjenigen Personen verbessert hat, die als zu wenig betreut eingeschätzt wurden (September 2006). Hingegen hat sich der Gesundheitszustand der Personen, die angemessen betreut wurden, in acht Fällen verbessert. Pointiert liesse sich sagen, dass eine angemessene Betreuung Voraussetzung für eine Verbesserung des Gesundheitszustands ist.

Bei der Gruppe der Personen, deren Gesundheitszustand sich seit dem Austritt aus dem EPZ verschlechtert hat, gibt es keine aussagekräftigen Unterschiede zwischen angemessen und zu wenig betreuten Personen.

Integrationsverlauf im Vergleich zur Angemessenheit der Betreuung

Beobachtete Häufigkeiten		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Integrations- verlauf	schlechter	6	4	10
	neutral	4	11	15
	besser	5	17	22
		15	32	47

Wahrscheinlichkeit für Art der Betreuung	0.319	0.681	1
---	-------	-------	---

Erwartete Häufigkeiten		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Integrations- verlauf	schlechter	3.191	6.809	10
	neutral	4.787	10.213	15
	besser	7.021	14.979	22
		14.999	32.001	47

Berechnung Chi-Quadrat		Betreuung		
		zu wenig	adäquat	
Integrations- verlauf	schlechter	2.47	1.16	3.63
	neutral	0.13	0.06	0.19
	besser	0.58	0.27	0.85
		3.18	1.49	4.68

Tabelle 5.10: Anzahl Freiheitsgrade: 2. – Bei einem Signifikanzniveau von 0.10 (10% Irrtumswahrscheinlichkeit) besteht ein Zusammenhang zwischen Angemessenheit der Betreuung und Integrationsverlauf.

Der Integrationsstand hat sich bei den Personen, die als zu wenig betreut eingeschätzt werden, seit ihrem Austritt aus dem EPZ unterdurchschnittlich verbessert, aber stark überdurchschnittlich verschlechtert. – Umgekehrt hat sich der Integrationsstand der Personen, deren Betreuung als angemessen angesehen wird, überdurchschnittlich verbessert und unterdurchschnittlich verschlechtert.

Daraus lässt sich die These herleiten, dass eine angemessene Betreuung für den Verlauf der Integration förderlich ist, zu wenig Betreuung aber die Integration behindert.

5.7 Art des Austritts, Gesundheit, Integration

Austritt mit/ohne Zustimmung des EPZ

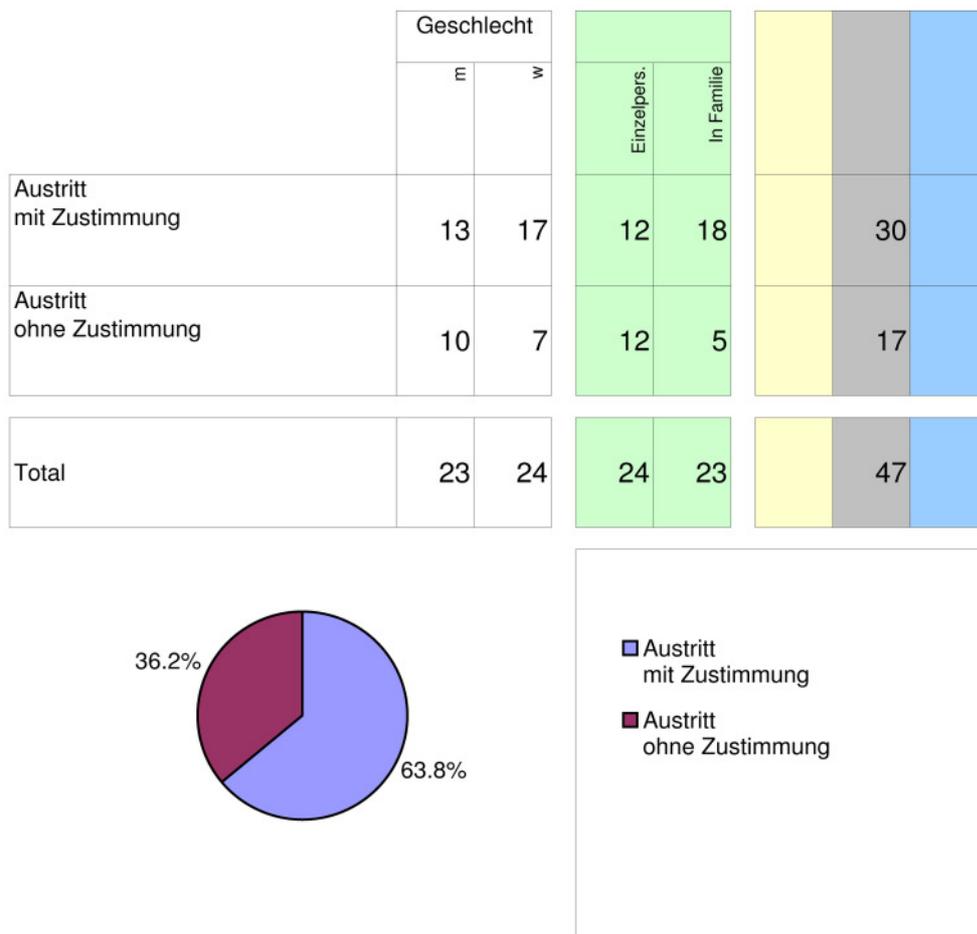


Tabelle 5.11: Anzahl KlientInnen bei Austritt (2003 bis 2005).

17 der insgesamt 47 Personen sind ohne Zustimmung des EPZ ausgetreten. Darunter sind 15 Personen, die aufgrund der Angebotsreduktion im Dezember 2004 aus der Betreuung durch das EPZ entlassen wurden. Eine Person trat selber entgegen der Empfehlung der EPZ-Fachleute aus der Einrichtung aus, bei einer weiteren Person wurde die Fallführung dem EPZ durch die kantonale Platzierungsstelle entzogen.

30 Personen sind mit Zustimmung des EPZ ausgetreten, darunter befinden sich 24 Personen, bei denen sich der Gesundheitszustand gebessert hatte und die die EPZ-Betreuung nicht mehr benötigten. Bei 5 Personen war eine weitere Zusammenarbeit nicht

mehr möglich (davon wurden 2 mit einem Hausverbot belegt), eine der Personen benötigte eine höher strukturierte Einrichtung.

Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Art des Austritts

Beobachtete Häufigkeiten		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Veränderung des Gesundheitszustands	schlechter	6	2	8
	neutral	11	20	31
	besser	0	8	8
		17	30	47

Wahrscheinlichkeit für Art des Austritts	0.362	0.638	1
--	-------	-------	---

Erwartete Häufigkeiten		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Veränderung des Gesundheitszustands	schlechter	2.894	5.106	8
	neutral	11.213	19.787	31
	besser	2.894	5.106	8
		17.001	29.999	47

Berechnung Chi-Quadrat		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Veränderung des Gesundheitszustands	schlechter	3.33	1.89	5.22
	neutral	0.00	0.00	0.01
	besser	2.89	1.64	4.53
		6.23	3.53	9.76

Tabelle 5.12: Anzahl Freiheitsgrade: 2. – Bei einem Signifikanzniveau von 0.01 (1% Irrtumswahrscheinlichkeit) besteht ein Zusammenhang zwischen Art des Austritts und Veränderung des Gesundheitszustands

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes tritt lediglich bei Personen auf, die mit Zustimmung des EPZ austraten. Verglichen mit dieser Personengruppe hat sich der Gesundheitszustand der Personen, die ohne Zustimmung ausgetreten sind, deutlich

verschlechtert. Auffallend bei beiden Gruppen ist der Anteil an Personen, bei denen der Gesundheitszustand nach Austritt gleich geblieben ist.

Tabelle 5.12 zeigt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Art des Austritts (mit / ohne Zustimmung des EPZ) und der Veränderung des Gesundheitszustands bestand. Das Risiko eines sich verschlechternden Gesundheitszustands war bei der Personengruppe, die ohne Zustimmung ausgetreten war, höher als bei jener mit einem regulären Austritt aus der Einrichtung.

Integrationsverlauf im Vergleich zur Art des Austritts

Beobachtete Häufigkeiten		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Integrationsverlauf	schlechter	7	3	10
	neutral	6	9	15
	besser	4	18	22
		17	30	47

Wahrscheinlichkeit für Art des Austritts	0.362	0.638	1
--	-------	-------	---

Erwartete Häufigkeiten		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Integrationsverlauf	schlechter	3.617	6.383	10
	neutral	5.426	9.574	15
	besser	7.957	14.043	22
		17.000	30.000	47

Berechnung Chi-Quadrat		Austritt		
		ohne Zustimmung	mit Zustimmung	
Integrationsverlauf	schlechter	3.16	1.79	4.96
	neutral	0.06	0.03	0.10
	besser	1.97	1.11	3.08
		5.19	2.94	8.14

Tabelle 5.13: Anzahl Freiheitsgrade: 2. – Bei einem Signifikanzniveau von weniger als 0.025 (ca. 2% Irrtumswahrscheinlichkeit) besteht ein Zusammenhang zwischen Art des Austritts und Verlauf der Integration.

Ein deutlich schlechterer Integrationsverlauf zeigt sich bei den Personen, die ohne Zustimmung des EPZ ausgetreten sind (7 von 17), während es bei den Personen, die mit Zustimmung ausgetreten waren, lediglich 3 von 30 sind.

Hingegen hat sich bei 18 der 30 Personen, die mit Zustimmung des EPZ ausgetreten waren, der Integrationsverlauf positiv verändert, währenddem es bei den 17 Personen, die ohne Zustimmung des EPZ austraten, nur 4 Personen sind.

Tabelle 5.13 zeigt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Art des Austritts (mit / ohne Zustimmung des EPZ) und Integrationsverlauf nachgewiesen werden kann. Die Wahrscheinlichkeit eines schlechten Verlaufs war bei der Personengruppe, die ohne Zustimmung ausgetreten war, höher als bei jener mit einem regulären Austritt aus der Einrichtung. Die These, es habe sich als Folge der Angebotsreduktion im Jahr 2004, die Chancen der betroffenen Personengruppe auf einen guten Integrationsverlauf verschlechtert, wird durch die gemachten Beobachtungen gestützt, wenn auch nicht hinreichend bewiesen (siehe Anmerkungen im Abschnitt *Vorgehen / Methodik*).

6 Diskussion / Empfehlungen

Angemessene Betreuung

Aufgrund der qualitativen und quantitativen Ergebnisse dieser Studie kann die These aufgestellt werden, dass eine angemessene Betreuung einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie einem positiven Verlauf der Integration förderlich ist. Es hat sich auch gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit eines schlechten Integrationsverlaufes sowie das Risiko eines sich verschlechternden Gesundheitszustandes bei den Personen, die in Folge der Angebotsreduktion des EPZ in wenig oder gar nicht betreute Strukturen entlassen werden mussten (und somit nicht mehr angemessen betreut wurden), höher ist als bei denjenigen, die regulär aus der Einrichtung austraten (vgl. Tab. 5.12 und 5.13).

Was eine „angemessene Betreuung“ ausmacht, muss von Fall zu Fall entschieden werden. Je nachdem sind ambulante oder stationäre Angebote angezeigt. Zentral ist dabei der Beziehungsaspekt, d.h. der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen Beziehung, möglichst über eine längere Zeit hinweg.

Nebst der Angemessenheit der Betreuung spielt insbesondere die Kontinuität der Betreuung eine Rolle. Gibt es Abbrüche in der Betreuung, kommt es zu deutlichen Verschlechterungen und Rückfällen, was zu einer Chronifizierung der traumatischen und psychischen Störungen führen kann.

Traumatisierung

In den Beschreibungen der Fallverläufe wurde der grosse Einfluss sichtbar, den Traumatisierungen auf den Langzeitverlauf der gesundheitlichen Entwicklung und der Integration haben. Bei den quantitativen Resultaten konnte dieses Ergebnis nicht im gleichen Ausmass bestätigt werden. Ein Grund dafür ist, dass bei der Datenerhebung nicht explizit nach dem Vorliegen einer Traumatisierung gefragt wurde. Die Anzahl traumatisierter Personen ist sicher grösser als diejenige derer, die eine Traumastörung entwickelt haben, welche dann bei der Frage nach der Symptomatik (Tabelle 5.5) als solche benannt worden ist. Auch andere Erscheinungsbilder und Symptome können ihre Ursache in einer Traumatisierung haben. Auch wenn die Frage nach dem Vorliegen einer Traumatisierung gestellt worden wäre, könnte nicht mit grosser Sicherheit davon ausgegangen werden, dass das Resultat die Anzahl Traumatisierter richtig wiedergegeben hätte. Fürsorgerisch zuständige Stellen

wissen häufig wenig oder nichts über allfällige Traumatisierungen ihrer KlientInnen, aber auch Betroffene selber stellen ihre Leiden häufig nicht in einen direkten Zusammenhang zu erlittenen Traumatisierungen.

Hier zeigt sich auch eine Schwierigkeit: Einerseits wäre es günstig, wenn traumatisierte Personen möglichst früh erkannt würden, um sie angemessen betreuen und behandeln zu können, damit sie vor Retraumatisierungen und Chronifizierungen geschützt werden könnten, andererseits lässt sich diese Früherkennung gerade nicht mit einfachen Mitteln bewerkstelligen. Voraussetzung, um Traumatisierungen zuverlässig erkennen und allenfalls auch bearbeiten zu können, ist häufig eine mehrjährige Vertrauensbeziehung zu den betroffenen Personen.

Traumatisierte Personen fallen oft erst längere Zeit nach ihrer Ankunft in der Schweiz auf, werden dann aber oft nicht als Traumatisierte erkannt, sondern auf Grund ihrer Auffälligkeit (z.B. Gewalttätigkeit, Drogenkonsum, Isolation, psychische Störungen) als Renitente oder psychisch Kranke behandelt.

Aufenthaltsstatus

Sowohl die qualitativen wie die quantitativen Resultate belegen den Einfluss des Aufenthaltsstatus auf den Verlauf der Entwicklung des Gesundheitszustands und der Integration.

Positive Entwicklungen zeigen sich häufiger bei Personen mit geregelter Aufenthaltsstatus, während negative Entwicklungen bei Personen mit unsicherem Status (F, N) gehäuft auftreten.

Bemerkenswert ist, dass bei vorläufig aufgenommenen Personen (Status F) kein besserer Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung festgestellt werden konnte als bei Personen mit unsicherem Status (N). Auch in der subjektiven Wahrnehmung der befragten Personen wird der Status der vorläufigen Aufnahme als zu wenig sicher und für die eigene Integration hindernd erlebt. Für die befragten Personen spielt ein sicherer Aufenthaltsstatus eine Schlüsselrolle für eine positive Entwicklung.

Arbeit / Beschäftigung

In den beschriebenen Fallverläufen spielt Arbeit und Beschäftigung ebenfalls eine wichtige Rolle. Wo Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten vorhanden waren und genutzt werden konnten, wirkte sich das günstig auf den weiteren Verlauf aus.

Beschäftigungsprogramme haben einen positiven Effekt. Personen, die an solchen Programmen teilnehmen konnten, wurden befähigt, später eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Zudem wäre ohne Beschäftigungsprogramme der Anteil an gänzlich unbeschäftigten Personen in der untersuchten Gruppe um die Hälfte höher.

Trotzdem ist der Anteil der Personen ohne jede Beschäftigung mit über 40% sehr hoch. Das weist auf die Schwierigkeiten der untersuchten Gruppe hin, vorhandene Angebote zu nutzen, aber auch auf das Fehlen von angepassten Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsplätzen für diese Gruppe. Mit grosser Wahrscheinlichkeit trägt auch die relativ hohe Zahl der mit einem Arbeitsverbot belegten Personen zur Grösse der Gruppe der völlig Unbeschäftigten bei.

Nutzung medizinischer Angebote

Die quantitative Auswertung zeigt wenig Veränderung in Bezug auf die Nutzung der medizinischen Angebote nach dem Austritt aus dem EPZ. Lediglich der Anteil Personen, die sowohl eine psychiatrische oder psychotherapeutische als auch eine intensive somatisch-medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, hat zugenommen.

Angesichts dessen, dass sich der Gesundheitszustand bei keiner der Personen, die als zuwenig betreut eingeschätzt wurden, verbessert hat, muss jedoch angenommen werden, dass langfristig gesehen gerade diese Personen in Zukunft medizinische und psychiatrische Angebote vermehrt nutzen werden.

Empfehlungen

- Eine angemessene Betreuung für traumatisierte und psychisch kranke Flüchtlinge sollte gewährleistet und die Kontinuität der Begleitung sichergestellt werden. Diese Kontinuität sollte institutionell verankert sein. Ideal wäre eine Fallbegleitung über eine lange Zeit, durch die gleiche Person/Institution. Vorstellbar wäre aber auch ein Case-Management durch eine Fachperson, die den Fallverlauf der betroffenen Person kennt, die eine koordinierende und vermittelnde Funktion für die in den Fall involvierten Stellen und Personen übernimmt, und die eine Kontinuität auch bei einem Wechsel der Betreuungseinrichtung sicherstellt.
- Spezifische Angebote zur Betreuung und Behandlung von traumatisierten Asyl Suchenden sollten zur Verfügung stehen (Betreuung durch Fachpersonen und Angebote wie z.B. die Ambulatorien für Folter- und Kriegsopfer in Bern und Zürich).
- Einer besonderen Aufmerksamkeit der Fachpersonen bedürfen Kinder und Jugendliche traumatisierter Eltern. Diese erscheinen zunächst oft als sehr angepasst und unauffällig, und es besteht die Gefahr, dass ihre Problematik unterschätzt wird. Bei der qualitativen Erhebung hat sich gezeigt, dass sich die transgenerationelle Traumatisierung häufig erst später, in der Adoleszenz, auswirkt.
- Der Aufenthaltsstatus von Personen der untersuchten Zielgruppe, die voraussichtlich in der Schweiz bleiben werden, sollte möglichst rasch geregelt werden. Eine lediglich vorläufige Aufnahme ist möglichst zu vermeiden.
- An die Möglichkeiten dieser Zielgruppe angepasste Beschäftigungsprogramme sollten entwickelt und zugänglich gemacht werden.

Literatur

- ACKERMANN, CH., BURTSCHER, P., MOHAMED, A., SCHÄRSALL, H., SÖLCH, A., STUTZ, D., WETLI, E., ZOLLER, R. (2003): *Das Therapie- und Betreuungsmodell des EPZ*. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge. BFF, Bern.
- BAG (HG.) (2006). *Forschung Migration und Gesundheit*. Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2007“, Bern.
- BAZZI, D., SCHÄRSALL, 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. Zürich (Argonaut Verlag).
- HAUG, W. (2006). *Lässt sich Integration messen?* In: Terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration, 9/2006, S. 68–71.
- HUNKELER, B., MÜLLER, E. (2006). *Aufenthaltsstatus und Gesundheit*. In: BAG (Hrsg.) (2006). *Forschung Migration und Gesundheit*. Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2007“. Bern, S. 63–68.
- KÜNZLER, E. (2005). *„Fragt nicht nach meiner Mutter, fragt nach meiner Arbeit“*. Ethnopschoanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken ArbeitsmigrantInnen und -migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät Zürich. Zürich (Studentendruckerei).
- MOSER, C., NYFELER, D., VERWEY, M. (HG.) (2001). *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden*. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich (Seismo Verlag).
- NINCK GBEASSOR, D., SCHÄRSALL H., SIGNER, D., STUTZ, D., WETLI, E. (1999). *Überlebenskunst in Übergangswelten*. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden. Berlin (Dietrich Reimer Verlag).
- OBRIST, BRIGIT; BÜCHI, SILVIA. (2006). *Gesundsein in der Migration*. In: BAG (Hg.) (2006). *Forschung Migration und Gesundheit*. Im Rahmen der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002–2007“. Bern, S. 55–62.

Anhang A – Leitfaden

Leitfaden für Interviews mit ehemaligen KlientInnen des EPZ

1. Seit ihrem Austritt aus dem EPZ vor x Jahren haben wir uns nicht mehr gesehen. Wie ist es Ihnen in dieser Zeit ergangen? (*Einstiegsfrage*)

2. Wie geht es Ihnen heute?(*subjektive Einschätzung*)

3. Wenn sie ihr Leben insgesamt betrachten, welche Rolle spielt Gesundheit / Krankheit im Lebenslauf? (*Einfluss der Migrationssituation auf Gesundheit*)

4. Wie heissen ihre Leiden, seit wann haben Sie diese Leiden? (*subjektive Einschätzung*)

5. Welche medizinischen / therapeutischen Angebote nutzen Sie seit dem Austritt aus dem EPZ?

- Hausarzt
- Psychotherapie
- Spital
- Psychiatrische Klinik (Häufigkeit, Dauer, FFE)
- Medikamente
- Ergänzende Massnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie)
- Beziehen Sie eine IV / EL, seit wann?
- Laiensektor / Folksektor
-

Wie nutzen Sie diese Angebote? Nutzen Sie diese Angebote häufiger/seltener als während der Zeit im EPZ? Sind Sie zufrieden mit der Versorgung?

6. Welche sozialen Angebote nutzen Sie und wie häufig?

- Sozialberatung der Asyl-Organisation, Sozialdienste usw.
- Beratungsstellen

Ist die Beratung ausreichend (genug Möglichkeiten für Gespräche, Unterstützung im Alltag und in Krisensituationen)? Wenn nicht ausreichend: was wäre Ihr Wunsch?

7. Wer hilft Ihnen, wenn sie krank sind (nicht die offiziellen Versorger)

- Familie, PartnerIn, transnationale Beziehungen
- Freunde, Nachbarn (Schweizer?), ArbeitskollegInnen
- Vereine, Parteien
- Religionsgemeinschaft
- Arbeitsbeziehungen

8. Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie? (im Heimatland, in anderen Ländern)

9. Was beeinflusst Ihre Gesundheit, was tun sie um ihre Gesundheit zu verbessern?

10. Arbeiten Sie, gehen Sie einer Beschäftigung nach? Seit wann? Welche Schulen besuchen ihre Kinder? Status, Deutschkenntnisse, Bussen, Betreibungen (Probleme mit Geld), Wohnumfeld (*Integration*)

11. Wenn Sie sich an die Zeit im EPZ erinnern, was war positiv / negativ (was hat Ihnen geholfen, was hat Ihnen gefehlt, was war das grösste Problem, wie sind Sie damit umgegangen). Hätte man etwas verbessern können?

12. Was ist heute ihr grösstes Problem, welche Ressourcen haben Sie, um damit umzugehen?

13. Beschreiben Sie einen Tagesablauf (typischer Tag) im EPZ / nach dem Austritt

14. Fand der Austritt aus dem EPZ für Sie zum richtigen Zeitpunkt statt, ist der neue Ort Ihrer Meinung nach adäquat?

15 Wie sehen Sie Ihre Zukunft? Wo denken Sie, stehen Sie in fünf Jahren?

Anhang B – Erhebungsblatt

Sozialtherapeutisches Zentrum
Zürich, 16. Oktober 2006

Katamnestischen Studie über Langzeit-Verläufe

Name _____
Vorname _____
Geschlecht m
Soz. Umfeld Einzelperson Organisationseinheit 2002 Rg27
Altersgruppe 41- Datenerhebung durch Daniel Stutz
Herkunft Georgien

Status

Nichteintretensscheid (NEE)			
Erst- oder zweitinstanzlich hängiges Gesuch			
Aufenthaltsregelung oder Vollzug der Wegweisung ausstehend oder technisch blockiert			
Vorläufige Aufnahme			
Anerkannter Flüchtling			
Jahresaufenthalter (Bewilligung B – z.B. wegen Heirat)			
Niederlassung (Bewilligung C)			
Eingebürgert			

(Pro Spalte nur ein Feld ankreuzen)

Deutschkenntnisse an einem Stichtag (30.9.2002)¹:

Wenig			
Mittel			
Gut			

(Pro Spalte nur ein Feld ankreuzen)

Wohnsituation an einem Stichtag (30.9.2002)¹:

In Asylstruktur	Mehrzimmer		
	Einzelzimmer		
Heim			
Privat bzw. eigene Wohnung			

(Pro Spalte nur ein Feld ankreuzen)

Status der Angebotsnutzung: Gemessen wird der Zustand an einem Stichtag (30.9.2002)¹.

Als Begleitperson im EPZ	Betreuung nur im EPZ	Intensive somatisch medizinische Behandlung	Psychiatrische oder externe psychotherapeutische Behandlung	Psychiatrische oder externe psychotherapeutische und intensive somatisch medizinische Behandlung

Arbeit und Beschäftigung an einem Stichtag (30.9.2002)¹:

Erwerbstätigkeit			
Vollzeit Haus- und Familienarbeit			
Ausbildung (Schule, Lehre)			
Arbeitslosigkeit (Bezugsberechtigt)			
Tätigkeit an geschütztem Arbeitsplatz			
Tätigkeit in Beschäftigungsprogramm			
Keine Beschäftigung resp. Ausbildung			

(Mehrere Felder können angekreuzt werden)

Kein Arbeitsverbot			
Arbeitsverbot			

(Pro Spalte nur ein Feld ankreuzen)

Teilnahme an Kurs(en)			
Keine Kursteilnahme			

(Pro Spalte nur ein Feld ankreuzen)

Klinikaufenthalte: Gemessen werden die Einweisungen seit dem 1.1.2002, die Dauer des Aufenthalts und die Art der Einweisung:

	von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	per FFE
2002			
Bis Austritt			
Nach Austritt			

(Daten überprüfen (evtl. ergänzen), rechtes Feld ankreuzen bei Einweisung per FFE.)

IV-Fälle: Stichtag (30.9.2002)¹:

Mit Rente			
Rente beantragt			

(Pro Spalte höchstens ein Feld ankreuzen)

Betreuungssituation an einem Stichtag (30.9.2002)¹:

Betreuung angemessen			
Zu wenig Betreuung			

Psychische Gespräche	täglich		
	wöchentlich		
	monatlich		
	seltener		

(Pro Spalte jeweils nur ein Feld ankreuzen)

Psychische, somatische und soziale Erscheinungsbilder

Schwere psychische Krankheit (z.B. Schizophrenie, wiederholte psychische Episoden)			
Schwere Persönlichkeitsstörung (z.B. paranoide Verarbeitung des aktuellen Geschehens, Borderline-Persönlichkeit)			
Depression			
Suizidalität			
Suchtprobleme			
Primäre und sekundäre Trauma-Störung auf Grund von Krieg, Folter, Vergewaltigung, anderer Gewalterfahrung oder sequentieller Traumatisierung in der Schweiz			
Schwere familiäre Konflikte (z.B. Missbrauch, Gewalt in der Familie)			
Verwahrlosung			
Somatische Erkrankung			
Psychosomatische Störungen und Krankheiten			
Gewalttätigkeit			
Schwache kognitive Fähigkeiten			
Entwicklungsstörungen			
Schulschwierigkeiten			

(Mehrere Felder können angekreuzt werden)

¹ Bei Austritt vor resp. Eintritt nach dem 30.9.2002 gilt das Austritts- resp. Eintrittsdatum, in den mittleren Feldern wird der Zustand beim Austritt aus dem EPZ, in den hellen Feldern der aktuelle Zustand (30.9.2006) erfasst.

Luisenstr. 40 Telefon 044/271 79 09 stzadmin@1st.ch
8005 Zürich -fax 044/273 17 03 www.aoz.ch

Sozialtherapeutisches Zentrum
Zürich, 11. Oktober 2006

Katamnästischen Studie über Langzeit-Verläufe

Name Name
Vorname Vorname
Geschlecht m
Soz. Umfeld Einzelperson Organisationseinheit 2002 Rg27
Altersgruppe 41- Fallführung 2002 Daniel Stutz
Herkunft Georgien

Bemerkungen zum allgemeinen Gesundheitszustand	2002	
	Austritt	
	Aktuell	

Prognose Situation in 5 Jahren	
-----------------------------------	--

Netzwerk (familial und ausserefamilial)	2002	
	Austritt	
	Aktuell	

Luisenstr. 40 Telefon 044/271 79 09 stzadmin@1st.ch
8005 Zürich -fax 044/273 17 03 www.aoz.ch

Erhebungsblatts für quantitative Daten (Seite 2)

Anhang C – Grenzwerte für CHI-Quadrat-Tests

		Signifikanzniveau					
		0.1	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001
Anzahl Freiheitsgrade	1	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88	10.83
	2	4.61	5.99	7.38	9.21	10.6	13.82
	3	6.25	7.81	9.35	11.34	12.84	16.27
	4	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86	18.47
	5	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75	20.52
	6	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55	22.46
	7	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28	24.32
	8	13.36	15.51	17.53	20.09	21.95	26.12
	9	14.68	16.92	19.02	21.67	23.59	27.88
	10	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19	29.59

Tabelle zur Bestimmung der Irrtumswahrscheinlichkeiten bei verschiedenen Freiheitsgraden (Quelle: //de.wikipedia.org)

Die AutorInnen

Ackermann, Christoph, lic. rer. pol., Ökonom, Administrator im EPZ und STZ (2001–2006). Mail: ackermann.ch@hispeed.ch

Mohamed, I. Amr, Psychologe und Psychotherapeut, Therapeutischer Fachmitarbeiter im EPZ und STZ (2002–2006). Mail: amr.mohamed@aoz.ch

Stutz, Daniel, lic. phil. I, Ethnologe, Therapeutischer Fachmitarbeiter und stellvertretender Leiter im EPZ (1995–2005), Leiter STZ (2006). Mail: daniel.a.stutz@hispeed.ch

Wetli, Elena, lic. phil. I, Ethnologin und Soziologin, Therapeutische Fachmitarbeiterin im EPZ und STZ (1994–2006). Mail: e.wetli@gmx.ch