

Folgeplanung II
Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Bericht der Untergruppe 3 „Migranten“ zum SOLL-Zustand ¹

Schlussbericht vom 15. Juli 2002

an der Arbeitsgruppe haben mitgewirkt:

Nella Sempio (Consultorio familiare FOPRAS)

Mara Hermann (MUSUB)

Besnik Abazi (EPD-Liestal)

Susanne Amberger (PUPER Basel)

Andreas Manz (Psychiater in Praxis)

Es wurden 9 Sitzungen durchgeführt

Der 3. Entwurf des Berichtes wurde am 13. November 2001 in der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie besprochen. Der 6. Entwurf wurde am 29.1.2002 der Projektkommission vorgelegt und in dieser diskutiert.

¹ Von 1999-2002 leitete ich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie der Folgeplanung 2 zum Psychatriekonzept Baselland. Neben der zentralen Planungsgruppe bildete ich 5 Untergruppen, die ich ebenfalls leitete und deren Texte ich im Wesentlichen auch selber geschrieben habe – als Ergebnis der in den Untergruppen stattgefundenen Diskussionen. Nella Sempio, Mara Hermann-Aita und Besnik Abazi haben ihre grosse Kenntnis und Erfahrung sowie viel Material in die Arbeitsgruppe eingebracht.

In einer ersten Phase haben wir den IST-Zustand erhoben und Berichte dazu verfasst. Anschliessend planten wir den Soll-Zustand. Dieser Unterbericht war der Abschluss der Soll-Planung in diesem Themenbereich. Die Ergebnisse flossen via Planungsgruppe und Projektgruppe in stark gekürzter Form in den Schlussbericht ein. Diese Untergruppen-Bericht zugänglich zu machen ist deswegen lohnenswert, weil in den Teilberichten Materialien enthalten sind, die später aus Platzgründen weggefallen sind.

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess.....	4
2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes.....	4
2.1 Beschreibung der Situation.....	4
2.2 der Bericht ‚Migration und Gesundheit‘.....	5
2.3 Betreuungsdichte und Bedürfnisse.....	7
2.4 Festgestellte Probleme und Lücken.....	8
3. Gewichtung der evaluierten Probleme.....	11
4. Übergeordnete Zielvorstellungen.....	11
5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege.....	12
5.1 Nutzung der psychosozialen Versorgung.....	12
5.1.1. Beschreibung des Problems.....	12
5.1.2. Beschreibung des Ziels.....	12
5.1.3. Lösungsskizzen.....	13
Beschreibung der Massnahmen.....	13
Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	14
Aufwand.....	15
Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	15
Institutionelle und politische Machbarkeit.....	15
5.2 interdisziplinäres Team.....	15
5.2.1. Beschreibung des Problems.....	15
5.2.2. Beschreibung des Ziels.....	16
5.2.3. Lösungsskizzen.....	16
Beschreibung der Massnahmen.....	16
Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	17
Aufwand.....	17
Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	18
Institutionelle und politische Machbarkeit.....	19
5.3 Psychotherapie von Migranten.....	19
5.3.1 Beschreibung des Problems.....	19
5.3.2 Beschreibung des Ziels.....	19
5.3.3 Lösungsskizzen.....	20
Beschreibung der Massnahmen.....	20
Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	22
Aufwand (Kosten, Personal).....	22
Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	22
Institutionelle und politische Machbarkeit.....	22
5.4 Psychiatrische Hilfe bei Asylanten).....	23
5.4.1 Beschreibung des Problems.....	23
5.4.2 Beschreibung des Ziels.....	24
5.4.3 Lösungsskizzen.....	24
Beschreibung der Massnahmen.....	24
Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	25
Aufwand (Kosten, Personal), Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen und Institutionelle und politische Machbarkeit.....	26
6. Kontroversen.....	26
Kontroverse in der Projektkommission.....	27
Anhang 1: Mediatoren-Ausbildungen in der Region Basel).....	28
Anhang 2: Auszüge aus BAG-Strategiepapier.....	29
Anhang 3: Bedarfsberechnung ausländische Therapeuten.....	32
Anhang 4: Zahlen und Texte zum Asylbereich.....	34

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess

Die Betreuung der Migranten stellt eine der augenfälligsten Lücken in der psychiatrischen Versorgung der Region dar. Zwar ist es dem EPD in den letzten drei Jahren durch die Einstellung von Ärzten und Psychologen aus diversen Mittelmeerländern gelungen, die Versorgung deutlich zu verbessern, was sich u.a. an der Veränderungen gewisser Behandlungsparameter ²⁾ nachweisen lässt. Die erfolgte Initiative stellt aber nicht mehr als einen Tropfen auf einen heißen Stein dar und muss unbedingt durch konzeptionelle und strukturelle Massnahmen verstärkt werden. Insbesondere ist eine regionale Koordination der Massnahmen zur Vermeidung unzumutbarer Patientenwanderungsströme notwendig.

Wir haben aus diesem Grunde die Arbeitsgruppe regional ausgerichtet durch den Beizug von Susanne Amberger, Klinikvorstand der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel, Zweigstelle Claragraben ³⁾.

Zwei Arbeitsgruppenmitglieder ⁴⁾ haben im Verlaufe der Arbeit an einer Begleitgruppe bei der Bestandesaufnahme des Institutes für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ ⁵⁾ mitgewirkt. Der entsprechende Schlussbericht wurde erst im Verlaufe des Frühlings 2002 zugänglich und wurde daher im Kapitel 2.2 erst nachträglich eingearbeitet.

Zwei Arbeitsgruppenmitglieder ⁶⁾ sind Mitglieder der kantonalen Kommission ‚Forum für Migrations- und Integrationsfragen‘.

Zwei Arbeitsgruppenmitglieder ⁷⁾ sind engagiert am Projektentwurf ‚Transkulturelle Beratungsstelle‘

Ein Arbeitsgruppenmitglied ⁸⁾ ist verantwortlich für das Projekt ‚MIGEV‘ der EPD.

Der Bericht wurde auch einer Spezialistin für Migrationsfragen im pädagogischen Bereich vorgelegt. Frau Verena Hartmann, Riehen verdanken wir viele Anregungen.

2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes

2.1 Beschreibung der Situation

Im IST-Bericht der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie vom 7. Juni 2001 wurde im Kapitel 6 die Situation der Behandlung der Bevölkerung mit ausländischem Ursprung ausführlich dargestellt. Folgendes wurde festgehalten:

²⁾ Die Konsultationsrate und die Häufigkeit der Medikamentenverschreibung haben sich dem allgemeinen Durchschnitt angeglichen .

³⁾ Die Beratungsstelle Claragraben (Leiter Dr. Roland Vant) betreut sehr viele Migranten. Diese stellen fast 50% aller Patienten. Gearbeitet wird v.a. mit Dolmetscherdiensten. Gegenwärtig bestehen 8.8 Stellen (1 Leitender Arzt, 2 Assistenzärzte, 1 Psychologe, 1.5 Sozialarbeiter, 3.3 Krankenpfleger).

⁴⁾ Besnik Abazi und Andreas Manz

⁵⁾ Die Bestandesaufnahme ‚Migration und Gesundheit – Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung von MigrantInnen in der Region Basel‘ erfolgte aufgrund eines Auftrages des Regierungsrates Basel-Stadt und Baselland. Projektleiterin: Dr. Elisabeth Zemp.

⁶⁾ Nella Sempio und Besnik Abazi

⁷⁾ Mara Hermann und Nella Sempio

⁸⁾ Besnik Abazi

- In der Region Basel leben ca. 92'000 Menschen mit ausländischer Herkunft.⁹⁾ 78'000 sprechen eine Sprache, die in den Institutionen der Standardhilfe nicht flächendeckend zu finden ist.
- Ausländer verfügen viel häufiger über keine Schulbildung als Schweizer. Mangelnde Schulbildung ist überproportional häufig mit psychischen Krankheiten verbunden.
- Ausländer leiden viel häufiger unter somatoformen Schmerzstörungen als Schweizer und haben häufiger Belastungsstörungen. Der Anteil an Frauen und Männer mit einem schlechten psychischen Wohlbefinden ist bei Ausländer signifikant höher.
- Die Arbeitslosenquote von Ausländern ist etwa doppelt so hoch wie diejenige von Schweizern. Arbeitslosigkeit ist ebenfalls mit einem höheren Grad psychischer Krankheiten verbunden. Integrationsprobleme müssen schliesslich generell als Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Krankheit angesehen werden.
- Aus diesen Gründen wird eine um 20% höhere Erkrankungshäufigkeit angenommen, nämlich ca. 12% der ausländischen Bevölkerung der Region (9'000 potentielle Patienten).
- Betroffen von den Integrationsproblemen der Eltern sind insbesondere auch die Kinder, wengleich diese unsere Sprache meist rasch lernen. Der Weg zur Integration ist sehr erschwert, wenn die Mutter (oder der Vater) leidend ist. Dies hat auch Auswirkungen auf die Schule.
- Eine psychische Krankheit stellt in hohem Masse eine Erkrankung des Familiensystems darstellt. Der familiäre Zusammenhalt ist bei ausländischen Familien grösser als bei Schweizerfamilien. Die Familie ist von der psychischen Krankheit oder Störung eines Familienmitgliedes stark mitbetroffen. Es wird davon ausgegangen, dass jeweils fünf weitere Personen von der Krankheit des einen betroffen sind.
- In den verschiedenen Kulturen gelten verschiedene Wertsysteme. Es ist wichtig, diese Systeme zu kennen, um Reaktionen und Handlungsstrategien zu verstehen.
- Die Anzahl Personen fremdsprachiger Herkunft in unserer Region, die potentiell einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder sozialhelferischer Betreuung bedürfen, wird auf 9'000 betroffene Personen und 36'000 indirekt betroffene Angehörige geschätzt. Sie gliedert sich wie folgt auf die einzelnen Sprachgruppen auf:

betroffene Personen	9.000	direkt und indirekt Betroffene	45 000
italienisch sprachig	3.000		15.000
spanisch sprechend	1.000		5.000
türkisch sprechend	1.800		9.000
serbokroatisch/albanisch	2.300	11.500	
portugiesisch sprachig	.480		2.400

2.2 der Bericht ‚Migration und Gesundheit‘

Nachfolgend sollen die wichtigsten Ergebnisse des Berichtes ‚Migration und Gesundheit – Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung von MigrantInnen in der Region Basel‘, der von einer Arbeitsgruppe unter Leitung von Elisabeth Zemp ausgearbeitet und vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel dem Sanitätsdepartement und vermutlich auch der VSD Baselland vorgelegt wurde, dargestellt werden.

⁹⁾ Statistisches Amt Basel-Stadt und Baselland, Bezugsjahre 1999

- Der Bericht nennt eine noch leicht höhere Zahl ausländischer Menschen in der Region, nämlich 52'333 in BS, 45'799 in BL und einige tausend Personen mit nicht-stabilem Status, die vor allem dem Asylbereich (6'257) zuzuordnen sind, insgesamt also über 100'000 ausländische Personen in den beiden Kantonen. (S.4 und Bestandesaufnahme S.1)
- Das bestehende Integrationsleitbild habe den Gesundheitsbereich explizit ausgeklammert. (S.4)
- Die psychische Befindlichkeit bei Migranten sei generell schlechter als bei der Schweizer Bevölkerung. (S.5)
- Es werden von verschiedenen (Poli-)Kliniken gezielt ÄrztInnen mit Migrationshintergrund eingestellt. Da es sich aber um befristete Stellen handelt, ist die Nachhaltigkeit nicht gewährleistet. Personenunabhängige Pflichtenhefte fehlen. (S.6)
- Die einzige regionale migrationspezifische Gesundheitsberatungsstelle besteht im Bereich Sucht: die MUSUB. (S.6 und Bestandesaufnahme S.3)
- Eine TransKulturelle Beratungsstelle (TBK) für Basel-Stadt und Baselland als eine einheitliche Anlaufstelle für psychosoziale Fragen ist in Planung. (S.6 und Bestandesaufnahme S.4) ¹⁰
- Für den somatischen als auch den psychiatrischen Bereich wird als wichtige Lücke im Versorgungssystem genannt, dass personenunabhängige Pflichtenhefte fehlen. (S.8)
- Da Migration ein kontinuierliches Problem darstellt, wäre ein strukturell verankertes, niederschwelliges migrationspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Betreuung notwendig. (S.10)
- Die Zahl dieser (migrationserfahrene Fachpersonen) Fachleute ist gemessen am Bedarf viel zu gering, u.a. weil die ausländischen Ausbildungen in der Schweiz meist nicht anerkannt werden und die Integration ausländischer Arbeitskräfte in solche Positionen bisher noch zu wenig gefördert wurde. (S.13) Der Einsatz von Fachpersonen mit Migrationserfahrung ist durch die Anerkennung ausländischer Abschlüsse, gezielte Anstellung und spezifische Weiterbildung zu erleichtern. (S.16)

Der Bericht kommt zum Schluss, dass es bei uns vor allem an Koordination mangle und sieht den Haupthandlungsbedarf in den vier bereichen Übersetzung/Mediation, Informationsvermittlung, Vernetzung und Ausbildung. Als erste Massnahme schlägt der Bericht die Schaffung von drei Koordinationsstellen vor, je eine staatliche bei den zwei Kantonen und eine bikantonale private.

Stellungnahme zum Bericht:

Für uns war diese Schlussfolgerung aus den Erhebungen daher erstaunlich, da bei den Erhebungen vor allem das fehlen von nachhaltigen Betreuungsangeboten resp. das Schaffen von personenunabhängigen Pflichtenheften im Vordergrund stand. Die Vorschläge, mehr Geld für Koordination auszugeben, birgt die grosse Gefahr in sich, dass der administrative Hintergrundsapparat den Hauptteil vorhandener Gelder beansprucht und für die direkte Verbesserung der Handlungs- und Betreuungssituation von Migranten nur wenig mehr übrig bleibt. In Anbetracht

¹⁰ Nosostra, die Beratungsstelle für Personen aus der Türkei und das Consultorio familiare haben zwar einen Entwurf für ein Grobkonzept ausgearbeitet. Es fehlt aber am staatlichen Auftrag, eine solche Beratungsstelle zu errichten. Unserer Meinung nach kann ein solch grosses Projekt nicht ohne klaren Auftrag durchgeführt werden. Wir glauben auch, dass die Aufgabe von einer staatlichen Stelle selbst, in Baselland in die EPD, in Basel-Stadt in die PUPER eingegliedert übernommen werden sollte. Davon wird in Kapitel 5 genauer eingegangen.

der heute stark begrenzten finanziellen Ressourcen ist der Vorschlag, gleich drei koordinierende Stellen zu schaffen, für uns schwer verständlich. Wir hatten in der Arbeitsgruppe auch darauf hingewiesen, da uns der Bericht aber nicht als Ganzes zur Besprechung vorgelegt wurde, konnten wir auf die Gewichtung der Vorschläge keinen Einfluss nehmen.

2.3 Betreuungsdichte und Bedürfnisse

Für die ambulante psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung der Gesamtbevölkerung in der Region Basel (450'000 Einwohner) stehen in den poliklinischen Institutionen und den psychiatrischen und psychologischen Praxen 550 Psychiater und Psychologen für ambulante Therapien und Betreuungen zur Verfügung. Für die Behandlung der 78'000 ausländischen Bevölkerungsteile aus obigen Sprachregionen stehen heute lediglich 15 Therapeuten zur Verfügung, die die entsprechende Muttersprache sprechen. Je nach Sprache werden diese von 47 weiteren Therapeuten unterstützt, die entsprechende Sprachen als Fremdsprache gut oder wenigstens teilweise beherrschen. Diese Zusatzkompetenz der Therapeuten ist aber kaum in der türkischen, albanischen und serbokroatischen Sprache vorhanden. In diesen Sprachen finden wir denn auch die grössten Lücken vor.

Wir haben im Weiteren festgestellt, dass die einzelnen ethnischen Sprachgruppen die institutionelle Psychiatrie sehr unterschiedlich nutzen. Für die KPK gelten beispielsweise folgende Zahlen (rechte Spalte enthält die Verteilung der Wohnbevölkerung) ¹¹⁾:

	KPK	1998 in BL
Türkei	20.0%	14.0%
Ex-Jugoslawien	18.0%	20.0%
Italien	15.0%	30.0%
Spanien	5.4%	4.8%
Deutschland	10.0%	11.0%
alle Ausländer	100%	100%

Wir haben versucht, dieses Phänomen zu erklären und daraus unterschiedliche Bedarfswerte abzuleiten:

Italienisch sprechende Personen:

- Sie nutzen bisher die Psychiatrie unterproportional (ca. zu 50% gemessen an der schweizerischen Bevölkerung). Wir erklären uns das damit, dass Krisen von vielen eigenen Körperschaften (Vereine, Kirchen, Consultorio) aufgefangen werden und die Familien funktionierende Stützen darstellen.
- Es gibt viele niedergelassene Therapeuten, die italienisch verstehen und sprechen.
- Aus der Erfahrung der MUSUB muss aber angenommen werden, dass bei entsprechendem Angebot die Nachfrage auch intensiver wird.
- Wir gehen von einem Bedarf von 70% gegenüber der schweizerischen Bevölkerung aus.

¹¹ Sind in diesen Zahlen die Asylanten enthalten?? Abklären bei stat.Amt. Thema Asylanten und Psychiatrie muss noch bearbeitet werden.

Türkisch sprechende Personen:

- Sie nutzen die psychiatrische Versorgung überproportional. Dabei stehen familiäre Krisen und somatoforme Störungen im Vordergrund, beides stellen Adaptationskrisen dar. Auch sie haben funktionierende eigene Körperschaften (Vereine, Kirche). Die Familien haben aber oft nicht genügend Auffangpotential, stellen innerfamiliäre Spannungen ja häufig Ursache der Krise dar. Zudem sind Türken vermehrt mit schweizerischen Abwehrhaltungen konfrontiert.
- Die Krankheitswahrnehmung ist eine andere, seelische Probleme werden somatisiert und entziehen sich einer adäquaten Behandlung, was später zu dramatischen Dekompensationen führen kann.¹²⁾
- Der kurdische Teil¹³⁾ ist zudem oft mit starken Traumatisierungen behaftet.
- Wir gehen von einem Bedarf von 120% gegenüber der schweizerischen Bevölkerung aus.

Serbokroatisch sprechende Personen:

Damit ist der kroatische, bosnische, serbische und mazedonische Bevölkerungsteil von Serbien, Bosnien, Kroatien, Mazedonien und Montenegro gemeint, die Serbokroatisch als Hochsprache verstehen und nutzen, und deren heutige serbische, kroatische, bosnische und mazedonische Nationalsprache sich nur wenig von der ehemaligen serbokroatischen Amtssprache unterscheidet. In der Region Basel rechnen wir mit 7'000 – 11'000 (Mittel 9'000) serbokroatisch sprechenden Personen.

albanisch sprechende Personen:

Damit meinen wir den albanischen Bevölkerungsteil von Ex-Jugoslawien, insbesondere von Kosovo sowie die Bevölkerung von Albanien. In der Region Basel rechnen wir mit 8'000 – 12'000 (Mittel 10'000) albanisch sprechenden Personen¹⁴⁾.

Gemeinsame Feststellungen:

- Die Bevölkerung von Ex-Jugoslawien ist in der KPK-Statistik leicht unterrepräsentiert.
- Familien funktionieren gut und fangen viele Krisen eigenständig ab, da psychische Auffälligkeiten gesellschaftlich als Schande betrachtet wird. Familien versuchen daher, psychische Auffälligkeiten zu verleugnen, zu verschweigen, zu unterdrücken oder sonst wie zu isolieren.
- Die Zahl von traumatisierten Menschen ist sehr hoch.
- Wir gehen von einem Bedarf von 120%¹⁵⁾ gegenüber der schweizerischen Bevölkerung aus.

2.4 Festgestellte Probleme und Lücken

Folgende Feststellungen können gemacht werden:

- Es besteht ein grosser Bedarf an Betreuung von Migranten. Das MIGEV-Angebot der EPD erfreut sich einer grossen Nachfrage.
- Der EPD ist der Haupt-Ansprechpartner für die Asylantenheime.

¹²⁾ Dieses Phänomen gilt gleichsam für alle mediterranen Völker.

¹³⁾ Obwohl die Problematik der Kurden in ihrem Heimatland diese auch hier sehr beschäftigen, haben wir den Eindruck gewonnen, dass eine primäre Gesundheitsversorgung auch von nichtkurdischen Türken erbracht von den kurdisch stämmigen Türken akzeptiert wird.

¹⁴⁾ Quelle: mündliche Mitteilung durch Dr. Abazi

¹⁵⁾ es gibt viele kriegstraumatisierte Migranten, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erforderlich machen.

- Die Dolmetscherdienste ¹⁶⁾ funktionieren bei den EPD gut und es ist eine gute Nutzung aller Sprachgruppen zu verzeichnen.
- Das Ziel wäre, dass alle Institutionen, Spitäler und Praxen die Dolmetscherdienste rasch und effektiv einsetzen zu können.
- Die Mund-zu-Mund-Propaganda ist für viele Migranten ein Voraussetzung, damit sie ihre Schwellenangst bei der Hilfesuche überwinden können
- Manchmal ist es schwierig, eine Beratung wieder beenden zu können.
- Andere Sprachgruppen werden bei den EPD auch durch Dolmetscher von fremdsprachigen Mitarbeitern bedient. Dies ist zwar unökonomisch, aber zum Teil Folge der vorhandenen Dienstpläne.
- Die Abhängigkeit der heutigen Strukturen von der personellen Besetzung an den allgemeinen Beratungs- und Therapiestellen führt zu Brüchen in der Kompetenzentwicklung und der Bewahrung des Erreichten ¹⁷⁾.
- Damit eine multikulturelle Beratungsstelle in eine psychiatrische Poliklinik integriert und über längere Zeit erhalten werden kann, braucht es ein Pflichtenheft, das die Aufgaben einer solchen Stelle regelt. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass beim Weggehen eines Stelleninhabers diese auch neu entsprechend besetzt werden muss.
- Wenn die Niederlassungsbewilligung für Ärzte ausländischer Herkunft in diesen spezifischen Fällen verbessert würde ¹⁸⁾, könnte sich fachliche Kompetenz auch besser in der Praxis etablieren ¹⁹⁾.
- Zur Lage der ethnischen Beratungsstellen: Meist ist viel gute Absicht vorhanden. Diese und der damit verknüpfte Name stellt aber nach einiger Zeit nur wenig mehr als eine Hülle dar. Von der Vielzahl bestehender Beratungsstellen können nur deren drei professionelle Hilfe oder Dienstleistungen anbieten: Beratungsstelle für Leute aus der Türkei ²⁰⁾, NOSOTRAS ²¹⁾ und Consultorio Familiare FOPRAS ²²⁾. Aber auch hier wird die hauptsächliche Arbeit ehrenamtlich verrichtet. Für Löhne stehen, wenn überhaupt, nur sehr wenig Mittel zur Verfügung.
- Die Probleme der Migranten sind zum grossen Teil nicht psychopathologischer Natur, sondern betreffen allgemeine psychosoziale und kulturelle Frustrationen. Die Versorgung ist also breit anzulegen und es stellt sich natürlich die Frage der Zuständigkeit der Psychiatrie. Psychiatrische Fälle sind aber von den Nicht-Fachleuten nur schwer zu differenzieren. Es braucht ein interdisziplinäres Team.

¹⁶⁾ Eine Weiterfassung deren Dienste im Sinne einer Kultur-Mediation wäre anstrebenswert. Siehe dazu auch Anhang 1.

¹⁷⁾ Beispiel: Durch das Weggehen von Oberarzt Lacisloglu ist eine Lücke in der Beratung der türkischsprachigen Personen entstanden. Würde Dr. Abazi weggehen, wären die albanischsprachigen Patienten wieder ohne Ansprechpartner

¹⁸⁾ Durch die Nutzung des heute schon bestehenden Spielraumes zur Erteilung von Sonderbewilligungen.

¹⁹⁾ Es stellt sich allerdings die Frage, ob sich ausländische Therapeuten während ihrem beruflichen Werdegang in der Schweiz nicht so stark assimilieren, dass sie in ihrer Tätigkeit als niedergelassene Psychotherapeuten nicht mehrheitlich schweizerischen Patienten behandeln werden und für die psychotherapeutische Behandlung ihrer Landsleute nur noch teilweise zur Verfügung stehen?

²⁰⁾ Seit Juni 2001 ist der Beratungsdienst eingestellt, da die weitere Finanzierung fehlte. In einem Umstrukturierungsprozess versucht die Beratungsstelle nun Übersetzungsdienstleistungen anzubieten, für die es eine Finanzierung gibt.

²¹⁾ kann Triage, Begleitungen und Informationsvermittlung anbieten, aber keine Betreuungen.

²²⁾ Sie ist die einzige fremdsprachige Beratungsstelle in Basel, die eigene Betreuungen und Therapien anbieten kann. Aber auch ihre Kapazitäten ist durch eine massive Finanzkürzung durch den italienischen Staat deutlich (auf den fünften Teil) reduziert worden.

- Das „Internetz“ hat seit seiner Gründung 1995 in der interkulturellen Koordination sehr viel bewirkt. Leider wurde per Ende 2000 die Trägerschaft durch das Justizdepartement beendet. Inskünftig soll jedes einzelne Departement seine Tätigkeit im Migrationsbereich selber koordinieren. Für die interdepartementale Koordination ist unter der Leitung des Migrationsbeauftragten die INI = Interdepartementales Netzwerk Integration der kantonalen Verwaltung BS zuständig. Auf privater Ebene sollte der Verein ‚Vita‘ die interkulturelle Koordination fortführen, was aber bisher noch nicht recht in Gang gekommen ist.
- Innerhalb des Internetzes wird seit Jahren eine multikulturelle Beratungsstelle gefordert und geplant. Die Planung ist aber nicht recht vorangekommen. Die 3 Beratungsstellen ‚Beratungsstelle für Leute aus der Türkei‘, ‚NOSOTRAS‘ und ‚Consultorio Familiare FOPRAS‘ haben die Initiative übernommen, eine Bestandesaufnahme gemacht und jetzt das Projektpapier der TransKulturellen Beratungsstelle vorgelegt ²³⁾.
- Im Integrationsleitbild BS fehlt die Benennung der psychosozialen Betreuungsaufgaben von Migranten vollständig. Das Leitbild setzt sich auf den idealen Standpunkt, dass mittels genügend sprachlichen Bildungsangeboten an Migranten diese dann befähigt seien, die Standardversorgung in genügendem Masse zu nutzen. Dem ist entgegen zu halten, dass es noch lange dauern wird, bis wir diesen Zustand auch idealer Weise erreicht haben. Bis dahin braucht es Zusatzangebote für deutsch-sprachunkundige Einwohner. Es muss auch befürchtet werden, dass gerade diejenigen Zuwanderer mit erheblichen psychischen Grundproblemen von den sprachlich-pädagogischen Integrationsbemühungen entweder kaum erfasst werden oder von diesen nicht genügend profitieren können.
- Ansprechpartner in Basel für die Koordination im Migrantenbereich ist Thomas Kessler, in Baselland Julia Morais, beides Migrationsbeauftragte. Im Baselland besteht zudem eine Kommission „Forum für Migrations- und Integrationsfragen“ ²⁴⁾. Diese Kommission hat eine Arbeitsgruppe Gesundheit. Besnik Abazi und Nella Sempio sind Mitglieder dieser Arbeitsgruppe. Diese Arbeitsgruppe beurteilt neue Projekte. Wenn also die Folgeplanung II Vorschläge zu unterbreiten hat, sollten diese u.a. auch dieser Arbeitsgruppe vorgestellt werden, damit diese eine Empfehlung an die Regierung ausarbeiten kann. Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich gegenwärtig mit Informationskampagnen in zweierlei Hinsicht: Schweizer und Migranten werden über Migrationprojekte und über die Hilfsangebote für Migranten informiert. Auf der anderen Seite werden Migranten über das schweizerische Gesundheitssystem informiert, damit diese jenes besser nutzen können.
- Für Probleme im Asylbereich besteht eine Anlauf- und Beratungsstelle für Asylsuchende in Pratteln
- Allgemein kann beobachtet werden, dass von staatlicher und privater Seite sehr viel auf der Metaebene (Planungsebene, Koordinationsebene, Bestandesaufnahmen, Berichte etc.) und auf freiwilliger Hilfeebene geschieht. Auf der konkreten professionellen Handlungsebene bewegt sich seit Jahren kaum etwas (Ausnahme MUSUB).
- Chimienti, Efinayi und Losa geben in ihrer Arbeit ²⁵⁾ eine Übersicht über die epidemiologischen Daten zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz: schlechteres psychisches Wohlbefinden, mehr Arztkonsultationen, höhere perinatale Sterblichkeit, geringe-

²³⁾ Die Projektbeschreibung kann bei der MUSUB bezogen werden.

²⁴⁾ Präsident: Oskar Stöcklin,

²⁵⁾ Chimienti M, Efinayi D, Losa S: ‚Caractéristiques epidemiologiques des étrangers en Suisse‘ SFM Neuchâtel 2001

res Geburtsgewicht, mehr SS-Abbrüche, häufigere Konsultationen wegen Depressionen, grösserer Alkoholkonsum. Es bestehen v.a. Zugangsprobleme.

- Vranjes, Bisig und Gutzwiller haben 1992/93 eine repräsentative gesamtschweizerische Querschnittsuntersuchung gemacht ²⁶⁾ Folgendes stellen sie fest: schlechtere Fähigkeit zur Lebensbewältigung, häufiger schlechter subjektiver Gesundheitszustand, häufiger Beschwerden, schlechteres psychisches Wohlbefinden, mehr ärztlich diagnostizierte Depressionen, Männer häufiger eingeschränkte Leistungs- / Arbeitsfähigkeit, mehr Alkoholkonsum.
- Baumgartner und Zuppinger ²⁷⁾ stellen in ihrer Untersuchung fest, dass Türkinnen eher Krankheiten aus dem eigenen Erfahrungskontext, insbesondere psychische Probleme, aufweisen. Besonders gravierend fallen die Verständigungsschwierigkeiten ins Gewicht. Schwierigkeiten bei der Nutzung unseres Gesundheitssystems durch Türkinnen werden insbesondere bei psychischen Beschwerden (Angst vor Stigmatisierung) und Bauch- und Unterleibbeschwerden (Scham) angegeben.

3. Gewichtung der evaluierten Probleme

Zusammenfassend bestehen zweierlei Lücken:

- Migranten sind in der Nutzung des allgemeinen psychosozialen Versorgungsnetzes durch Sprach- und Mentalitätsbarrieren grossen Hindernissen ausgesetzt. Umgekehrt ist die Verständigung auch für die heimischen Leistungsanbieter wesentlich erschwert. Es bestehen zwar verschiedene und zum Teil gute Dolmetscherdienste. Die breite Nutzung dieser Dienste funktioniert dort gut, wo die entsprechenden Finanzen bereit gestellt werden.
- Migranten haben ganz spezifische Probleme, die eigentlich keine psychiatrischen Problemwurzeln haben, die aber in unbehandelter Weise zu psychopathologischen Erscheinungen führen. Die Lösung / Behandlung dieser Probleme braucht ein interdisziplinäres Team, in dem sowohl die Sprach- und Kulturkompetenzen (interkulturelle Mediation), Sozialarbeit, Rechtswissenschaft, Psychiatrie und Psychotherapie vertreten ist.
- Migranten haben gegenüber der schweizerischen Bevölkerung einen sehr grossen Rückstand in der psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapie ist aber auf ein umfassendes gegenseitiges Sprachverständnis angewiesen, das nur zum kleinen Teil mittels Dolmetschern wettgemacht werden kann. Muttersprachige Therapeuten fehlen in ganz grosser Zahl, besonders in den Sprachen türkisch, albanisch und serbokroatisch.

4. Übergeordnete Zielvorstellungen

Nutzung bestehender Angebote

²⁶⁾ Vranjes N, Bisig B, Gutzwiller F: ‚Gesundheit der Ausländer in der Schweiz‘ Schlussbericht SGB 1992/93, Zürich 1995

²⁷⁾ Baumgartner Bicer J, Zuppinger B: ‚Wo es dich schmerzt, dort ist deine Seele‘ Krankheitskonzepte und –kategorien von Bauch- und Unterleibbeschwerden bei Schweizerinnen und Migrantinnen aus der Türkei. Seminararbeit am Institut für Ethnologie der Universität Bern, Mai 1998

- Die psychosoziale Versorgung ist in der Lage, fremdsprachige ²⁸⁾ Patienten adäquat ²⁹⁾ zu beraten und zu behandeln.

Interdisziplinäres Team

- Für die Lösung von migrationspezifischen Problemstellungen, die auch bei Asylanten häufig sind, existiert eine interdisziplinäre Fachstelle. Ihre Aufgabe ist es, als kantonales psychosoziales Kompetenzzentrum die Regelversorgung ³⁰⁾ in ihrer Aufgabenwahrnehmung zu unterstützen, ihr das fachliche Know-how zur Verfügung zu stellen sowie Lücken im Beratungsangebot aufzufangen.

Psychotherapie

- Fremdsprachige Patienten können psychotherapeutische (Langzeit-) Behandlung erhalten.

5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege

Für die Erreichung dieser beiden Ziele sind folgende Massnahmen und Unterziele notwendig:

5.1 Nutzung der psychosozialen Versorgung

5.1.1. Beschreibung des Problems

Migranten sind in der Nutzung des allgemeinen psychosozialen ³¹⁾ Versorgungsnetzes durch Sprach- und Mentalitätsbarrieren grossen Hindernissen ausgesetzt. Umgekehrt ist die Verständigung auch für die heimischen Leistungsanbieter wesentlich erschwert. Es bestehen zwar verschiedene und zum teil gute Dolmetscherdienste. Die breite Nutzung dieser Dienste funktioniert dort gut, wo die Finanzierung geregelt ist. Migranten haben zudem oft spezifische Probleme, die spezifische Kenntnisse und Erfahrungen bei den Behandelnden voraussetzen.

5.1.2. Beschreibung des Ziels

Die psychosoziale Versorgung ist in der Lage, fremdsprachige Patienten adäquat zu beraten und zu behandeln.

Folgende Aspekte und **Unterziele** sind dabei zu unterscheiden:

Ausbildung: Die Fachleute sind in der Lage, die Probleme von Migranten zu erkennen und zu behandeln. Die entsprechenden Einheiten sind in die diversen Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula der verschiedenen Gesundheitsberufe aufgenommen und werden durchgeführt. ³²⁾

²⁸⁾ Hierbei sind diejenigen Sprachen gemeint, die bei der Nutzung der Standardversorgung Probleme mit sich bringen, in erster Linie sind das: türkisch, albanisch, serbokroatisch, spanisch, portugiesisch aber auch italienisch und (v.a. im Suchtbereich) tamilisch.

²⁹⁾ adäquat = die Verständigung ist gewährleistet. Als Indikator gilt: Es gibt in der Sitzungsfrequenz und der Medikationshäufigkeit keine signifikanten Unterschiede zu den schweizerischen Patienten.

³⁰⁾ Mit Regelversorgung meinen wir die soziale, medizinische, psychologische, psychiatrische Versorgung der Gesamtbevölkerung, ohne spezialisierte Aufgliederung in einzelne Ethnien.

³¹⁾ Die psychosozialen Probleme von Migranten sind naturgemäss unterschiedlich und vielfältiger als diejenigen der schweizer Bevölkerung. Der Begriff ‚psychosozial‘ wird hier in einem eher engeren und psychiatrischen Sinne verstanden (Beratung, Betreuung, Therapie, Versorgung von Langzeitkranken, sozialhelferische und pflegerische Tätigkeiten). Der umfassendere Begriff psychosozialer Themen umfasst alle Aspekte des sozialen Lebens und deren Probleme, die dabei entstehen (Gesundheit, Erziehung, Freizeit, Familie, Beruf, Bildung etc.)

³²⁾ Erst ganz vereinzelt sind diese Schritte bisher erfolgt.

Dolmetscherdienste: Eine gegenseitige Verständigung ist Voraussetzung für Diagnose und Therapie. Dolmetscherdienste haben eine gute Qualität ³³⁾, stehen in genügender Zahl zur Verfügung und stützen sich auf eine einheitliche Bezahlung (geregelter Tarif und Kostenträger). ³⁴⁾

Information: Die psychosoziale Versorgung der Region ist den Migranten verständlich und bekannt. Es gibt schriftliche Informationen in den gängigen Sprachen, Mediatoren sind für die mündliche Information ausgebildet, Radiosendungen informieren regional und in den verschiedenen Sprachen (zB. Radio X)

5.1.3. Lösungsskizzen

Beschreibung der Massnahmen

■ Ausbildung: Die Bildungsanstrengungen müssen auf zwei Achsen erfolgen: zum Einen muss die Migrationsthematik und ihre unterschiedlichen Problemstellungen in alle relevanten Ausbildungen im Gesundheits- und Sozialwesen integriert werden. Zum anderen braucht es Mediatoren, die die interkulturelle Vermittlung unterstützen.

Integration der Thematik in die Regelausbildungen: Nach unserer Einschätzung ist dies schon recht weit entwickelt worden.

Mediatoren: es gibt eine Vielzahl von Mediatoren-Ausbildungen. Eine Übersicht findet sich im Anhang 1. Mediatoren ³⁵⁾ sind mehr als Dolmetscher. Die Aufgabe von Mediatoren umfasst: gute Übersetzung, gute interkulturelle Kenntnisse, Fähigkeit, dem Therapeuten das Verständnis für die andersartige Kultur des Klienten zu erklären und dies von anderen Problemen abzugrenzen, Informationsvermittlung. Er ist eine neutrale ³⁶⁾ Instanz zwischen Therapeut und Klient ³⁷⁾, die selber nicht in den Prozess eingreift. ³⁸⁾ Eine gute Kommunikationsfähigkeit in der eigenen wie in der für ihn fremden Sprache ist eine wichtige Voraussetzung in der Mediations-tätigkeit.

Ausländische Fähigkeitsausweise sollten rasch Anerkennung finden. Spezifische Weiterbildungen sollen den Einsatz ausländischer Fachkräfte verbessern.

Im Weiteren sei auf die Vorschläge verwiesen, die das BAG vor kurzem in die Vernehmlassung geschickt hat. ³⁹⁾

Fortbildungsveranstaltungen existieren für verschiedene Berufsgruppen. Eine Übersicht ist uns aber nicht möglich.

■ Dolmetscherdienste: Diese werden vom HEKS, SRK, der Anlaufstelle für Asylsuchende und dem Ausländerdienst BL angeboten. Im weiteren gibt es viele freischaffende Dolmet-

³³⁾ Die Qualität ist unter anderem abhängig von einer entsprechenden Ausbildung.

³⁴⁾ Hierbei ist noch viel zu tun, vor allem bei der Regelung des Kostenträgers.

³⁵⁾ Der Begriff des ‚Mediators‘ ist ein noch recht unscharfer. Es ist uns bekannt, dass es ganz verschiedene Ansichten darüber gibt, was ein Mediator sein soll. Obwohl wir im Anhang 1 auch eine Umschreibung seiner Aufgaben vorlegen, ist uns bewusst, dass wir in diesem Rahmen den Begriff und die daran geknüpfte Aufgaben nicht wirklich schärfer fassen können.

³⁶⁾ Neutralität ist eine typisch mitteleuropäische Eigenschaft, die wir einem Vermittler oder Therapeuten zuschreiben. Für andere Kulturen ist das persönliche Engagement, das Richten, das Stellung beziehen, die fachliche und vor allem gesellschaftliche Autorität das wesentliche Merkmal eines Mittlers. Da es hierbei bereits interkulturelle fundamentale Widersprüche zu beachten gibt, erscheint es uns wichtig, dass die involvierten Instanzen die Rolle des Mediatoren stets aufs Neue reflektieren und definieren.

³⁷⁾ Klient ist oft das ganze familiäre System

³⁸⁾ Siehe dazu auch Umschreibung der Aufgaben eines Mediators in Anhang 1.

³⁹⁾ Im Internet unter www.bag.admin.ch/sucht/d/ zu finden. Auszüge zur hier behandelten Thematik der Ausbildung finden sich im Anhang 2.

scher. Die Dienstleistungen sollten zentral koordiniert werden, eine *einheitliche Finanzierung* sollte geregelt sein, die Dolmetscherausbildung sollte geregelt werden.

Im Weiteren sei auf die Vorschläge verwiesen, die das BAG im März 2001 in die Vernehmlassung geschickt hat.⁴⁰⁾

- **Information:** Einerseits müssen die diversen Migrantengruppen über das schweizerische Sozial- und Gesundheitswesen informiert werden. Zudem benötigen spezifische Risikogruppen besondere Informationen zum Erkennen von Gefahren. Auf der andern Seite benötigen die allgemeinen Leistungserbringer Informationen über Spezialdienste.

Das Forum für Integration bemüht sich um die Informationsbedürfnisse der fremdländischen Bevölkerung und führt Veranstaltungen bei verschiedenen Ausländergruppen über bestehende psychosoziale Angebote durch.

Es existiert eine ‚Migrationszeitung‘ und drei Internetportale, auf die verwiesen werden kann:

www.welcome-to-basel.bs.ch, www.infonetmigration.ch und www.migration.bl.bs.ch

Informationskampagnen sind schon heute im Wesentlichen regional ausgelegt.

Konsulate erfüllen eine wichtige Aufgabe für die Information ihrer Bevölkerung. Sie führen in der Regel gute Institutions-Listen zur Nutzung der schweizerischen Institutionen.

Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Eine verbesserte Integration von Ausländer in unsere Gesellschaft und die Befähigung, unsere psychosozialen Institutionen adäquat zu nutzen sowie deren Befähigung in der netzwerkartigen Hilfestellung an Migranten führt zu eingreifenden Veränderung in Struktur und Arbeitsweisen von vielen Institutionen. Voraussetzung ist eine umfassende Regelung der Nutzung und Finanzierung von Dolmetscherdiensten, damit das System wie bei komplexen Hilfestellungen an Schweizer als Netzwerk funktionieren kann. Die breite Einbeziehung von Ausländer in das funktionierende Regel-Netz ist für sich ein wichtiger Integrationsschritt von Ausländer in unsere Kultur. Es hilft wenig, wenn wir beispielsweise nur die EPD zur migrationsspezifischen Beratung befähigen, die existenziell wichtigen Partner bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation⁴¹⁾ können aber nicht genutzt werden, weil sie im Umgang mit Migranten und Dolmetschern keine Übung oder Logistik haben.

In der psychiatrischen Praxis wird sich ein differenzierter migrationsspezifischer Ansatz auf verschiedene Behandlungsparameter auswirken. Es ist zu erwarten, dass u.a. eine Entlastung der stationären Einrichtungen eintritt und eine Verlagerung zu ambulanten Behandlungszentren einsetzt, was zu einer zusätzlichen Belastung der Letzteren führen wird. Dazu sind strukturelle Anpassung mit interkulturellen Ausrichtung erforderlich⁴²⁾. Die notwendige Differenzierung in der psychiatrischen Versorgung sollte vermehrt den psychosozialen Aspekten Rechnung tragen. Ambulante, gemeindenaher sozialpsychiatrische Behandlungsmodelle müssen daher vermehrt bei der Ausbildung berücksichtigt werden. Migrationsspezifische Ansätze in Ausbildung, Dolmetscherangebot und Information müssen interdisziplinär ausgerichtet sein: z.B. durch Bildung eines interdisziplinären Fachrates für die Beurteilung von Ausbildungskonzepten. Bei Informationsverbreitung muss vermehrt die Bedeutung von Schlüssel-Personen und Institutionen erkannt und genutzt werden.

⁴⁰⁾ Im Internet unter www.bag.admin.ch/sucht/d/ zu finden. (siehe Anhang 2)

⁴¹⁾ wie zB. IV, GAW, WWB, eime, psychosoziale Einrichtungen für Senioren und chronisch Kranke, Rehabilitations-einrichtungen, multikulturell ausgerichtete KPJ etc.

⁴²⁾ z.B. Auslandspraktika für schweizerische Ärzte, Anerkennung ausländischer Fähigkeitsausweise u.ä.

Aufwand

Da es sich um einen gesamtgesellschaftlichen Prozess handelt, der alle Schichtungen unseres Gemeinwesens umfasst, kann hier kein Budget errechnet werden. Die Festlegung von Grundsätzen müssen die Richtung weisen und die Bereitschaft enthalten, auch die notwendigen Finanzen bereit zu stellen (z.B. für eine umfassende Möglichkeit zur Beiziehung von Dolmetschern für alle Sparten des Gemeinwesen-Netzwerkes). Neben dem finanziellen Aufwand für Dolmetscherdienste und spezifische Therapiestellen muss vor allem auf der Planungs- und Koordinationsebene mit beträchtlichem Aufwand gerechnet werden.

Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Aufgrund der hohen gesellschaftlichen Durchdringung der vielen kleinen Massnahmen handelt es sich bei der Realisierung eines umfassenden Integrationskonzeptes von Migranten um eine sehr langfristige, eine ganze Generation umfassende Anstrengung. Diese bestehen aus vielen einzelnen Schritten, die sehr direkt definiert und umgesetzt werden können. So können Dolmetscherdienste nach Regelung der Tarife und Kostenträger durch bestehende Angebote in kurzer Zeit beansprucht werden. Für Ausbildung und Informationskampagnen ist eine Koordination mit Basel-Stadt und dem Bund notwendig.

Institutionelle und politische Machbarkeit

Zur Zeit werden auf sehr vielen Ebenen Grundsatzkonzepte und Strategiepapiere erarbeitet und durch politische Instanzen geschleust. Wir verweisen dazu auf:

Integrationsleitbild BS 1999

Migration und Gesundheit, strategische Ausrichtung des Bundes 2002 – 2006

Strategiepapier des Forums für Integrationsfragen BL 1999 (Stöckli)

Migration und Gesundheit, Vorschläge des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2001 (E.Zemp)

Die sieben bilateralen Abkommen Schweiz-EU (siehe www.europa.admin.ch), insbesondere Abkommen 7 zur Personenfreizügigkeit

Kommission für Migrations- und Integrationsfragen BS (Teleki/Kessler)

Bildungskonzept Kessler?

Eidg. Ausländerkommission: ...?

Beauftragte Koordinationszentren für Integrationsfragen sind in BS: GGG, in BL der Ausländerdienst

Wichtig erscheint uns vor allem zu sein, dass von der Konzept- und Koordinationsebene auf die Handlungsebene vorgeedrungen wird. Zur Zeit stellen wir diesbezüglich ein krasses Missverhältnis fest: es wird viel koordiniert und wenig direkt für Klienten erschaffen.

5.2 interdisziplinäres Team

5.2.1. Beschreibung des Problems

Migranten haben öfters spezifische Probleme, die eigentlich keine psychiatrischen Problemwurzeln haben, die aber in unbehandelter Weise zu psychopathologischen Erscheinungen führen.

Die Lösung / Behandlung dieser Probleme ist im Wesentlichen die Regelversorgung ⁴³⁾ zuständig. Damit diese ihre Zuständigkeit aber wirklich wahrnehmen kann, braucht es ein zentrales Kompetenzzentrum im Kanton in Form eines interdisziplinäres Team, in dem sowohl die Sprach- und Kulturkompetenzen (interkulturelle Mediation), Sozialarbeit, Psychiatrie und Psychotherapie vertreten ist.

Das Kompetenzzentrum nimmt Aufgaben im Bildungsbereich der Grundversorgung und die fachliche Unterstützung der Grundversorger wahr. Somit kann diese mit dem Einsatz von Dolmetschern auf solider Basis agieren.

5.2.2. Beschreibung des Ziels

Zur Unterstützung der Regelversorgung im Sozial- und Gesundheitsbereich in den Dimensionen Bildung und fachlicher Unterstützung bei der Lösung von migrationsspezifischen ⁴⁴⁾ Problemstellungen existiert eine interdisziplinäre Fachstelle.

5.2.3. Lösungsskizzen

Beschreibung der Massnahmen

Es ist eine zentrale Dienstleistungsstelle zu schaffen, die einerseits die Aus- Weiter- und Fortbildungsbedürfnisse der Regelversorgung abdecken kann und die der Regelversorgung die nötige fachliche Unterstützung bei schwierigen Fällen bieten kann, die bestehende Lücken auffängt und die vor allem Schrittmacherfunktion in der Kompetenzübernahme der Regelversorgung wahrnimmt.

Da die meisten Defizite die psychosozialen Bereiche betreffen, ist es sinnvoll, diese zentrale Dienststelle den Externen Psychiatrischen Diensten anzugliedern und mit den Stellen, die die Psychotherapie von Migranten wahrnehmen sollen, zu verbinden, womit eine eigene ansehnliche Abteilung entsteht. Die Aufgaben verteilen sich in etwa wie folgt:

Durchführung von Beratungen und Sozialarbeit

Unterstützung und Beratung der Regelversorgung

Aus- und Weiter- und Fortbildungsaufgaben ⁴⁵⁾

Triage von Sozialarbeit, Beratungen, Therapien / Vernetzungsarbeit

Im Gegensatz zur Psychotherapieabteilung soll das zentrale interdisziplinäre Team auch Mitarbeiter der sensiblen Sprachregionen der EU enthalten, also auch Italiener, Spanier und Portugiesen. In der MUSUB wurde die Erfahrung gemacht, dass von migrationspezifischen Beratungsangeboten ganz neue Klienten angesprochen wurden, die selber sehr desintegriert sind und die Integrationsleistung nicht aufbringen, die in der Nutzung der Regelversorgung ausdrückt. Ihnen muss einen Schritt entgegen gekommen werden. Dadurch, dass die Konsulate immer weniger solche Dienste selber anbieten, besteht heute ein Vakuum. Die Konsulate, insbesondere das italienische, haben über Jahrzehnte umfangreiche Angebote im Bildungs- und Sozialbereich aufgebaut. Diese wurden in den letzten Jahren fast vollständig wieder abgebaut und haben eine grosse Lücke hinterlassen.

⁴³⁾ Damit meinen wir die Gesamtheit der Sozial- und Gesundheitsdienste, die in gleicher Weise sowohl für Schweizer als auch für Ausländer zur Verfügung steht.

⁴⁴⁾ Umfasst auch die besonderen psychischen Probleme von Asylanten.

⁴⁵⁾ Diese Position hängt stark von formulierten Bildungsansprüchen der Sozial- und Gesundheitsdienste ab.

Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Die Angliederung an die EPD hat viele organisatorische und fachliche Vorteile. In der Wahrnehmung der Migranten erhöht diese Angliederung aber die Schwelle deutlich, da zu einer staatlichen Stelle besonders von Migranten mehr Misstrauen ⁴⁶⁾ entgegengebracht wird als zu einer privaten (aufgrund eigener leidiger Erfahrungen im Ursprungsland). Die Diskussion ergibt, dass im vorgesehenen Zusammenhang es nicht tragisch ist, wenn die Beratungsschwelle relativ hoch ist, da die Zentralstelle ja nur einen kleinen Teil der Beratungen und Sozialhilfe selber ausführen soll. Die Hauptarbeit soll durch die Regelversorgung erfolgen. Einen Teil selbst durchgeführter Beratungen ist aber für die Schaffung und Verbesserung der eigenen Kompetenz und für die Schaffung der nötigen Netzwerke unerlässlich. Auch sollen damit vorhandene Lücken in der Regelversorgung aufgefangen werden. Zudem soll die Unterstützung und die Kenntnisse, die in die Aus- und Weiterbildung einfließen, praxiserprobt sein. Ein weiterer Vorteil einer staatlichen Stelle besteht darin, dass im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Stellen im Gesundheits-, Erziehungs-, Justiz-, Fürsorge- und Sozialbereich einfacher ist.

Aufwand

Die Dienstleistungen sollen sowohl im sozialarbeiterischen als auch im pflegerischen Bereich vorhanden sein. Letzterer muss u.a. Unterstützungen im Spitexbereich und bei Hospitalisationen bieten können. Die psychologische und ärztliche Unterstützung soll von der Psychotherapieabteilung kommen, damit das Ganze nicht ins Uferlose sich entwickelt. Bietet man das interdisziplinäre Team in allen relevanten Sprachen an, entsteht in Kombination mit der Psychotherapieabteilung folgender Stellenplan:

⁴⁶⁾ Auch wenn die gewisse Hochschwelligkeit der Zentralstelle durchaus gewollt ist, muss in diesem Bereich viel Aufklärungsarbeit geleistet werden, damit Migranten zu unseren staatlichen Stellen Vertrauen finden (auch dies ist eine Aufgabe von Mediatoren)

	Abteilung Psychotherapie		Abteilung Unterstützung Regelversorgung			
	fehlende Kapazitäten	zu schaffende Therpiestellen Aerzte Psychologen		Sozialarbeit	Pflege	TOTAL
serbokroatisch	4.10	1.00	1.00	0.80	0.60	3.40
türkisch	7.70	2.00	2.00	0.80	0.60	5.40
albanisch	4.40	1.00	1.00	0.80	0.60	3.40
tamilisch	0.50		0.50	0.50		1.00
spanisch	1.50			1.00		1.00
italienisch	7.00			0.80		0.80
portugiesisch	1.10			0.50		0.50
Leitung		1.00				1.00
Sekretariat						1.50
TOTAL		5.00	4.50	5.20	1.80	18.00

zu schaffende Planstellen für die ganze Abteilung

Leitender Arzt	1.00
Oberarzt	1.00
Assistenzarzt	3.00
Psychologen	2.50
PG-Psychologen	2.00
Krankenpfleger	1.80
Sozialarbeiter	5.20
Sekretariat	1.50
TOTAL	18.00

Diese Stellengrösse stellt eine eigene Abteilung innerhalb der EPD dar. Sie wurde entsprechend in ein ‚Planspiel EPD‘ eingegeben, das am Freitag 14.12. in der Planungsgruppe diskutiert wurde. Die Diskussion hat ergeben, dass eine Abteilung in dieser Grössenordnung eine gute Begründung bedarf und dass ein Aufbauplan, der sich über einige Jahre erstreckt, ausgearbeitet werden muss. Die zwei hier zu einer Unterabteilung verschmolzenen migrationsspezifischen Teams (Psychotherapie und interdisziplinäres Unterstützungsteam für die Regelversorgung) erzeugen im Vollausbau Kosten von gegen 3 Mio. Franken und bei einem Ertrag von 1.5 Mio. Fr. Neukosten für den Kanton von jährlich 1.5 Mio. Franken.

Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Eine solch grosse Aufgabe kann nicht in einer einzigen Etappe geschaffen werden, braucht aber einen grundsätzlichen Entscheid, der die nachfolgende Dynamik in Gang setzen kann. Einerseits müssen sich die planerischen Annahmen in der realen Umsetzung bewähren und bestätigen. Andererseits steht die Realisierung in Konkurrenz zu anderen wichtigen Projekten, die ebenso grosse Lücken schliessen möchten. Im Weiteren ist die Rekrutierung der nötigen ausländischen Fachleute nicht so ohne Weiteres möglich und braucht ebenso einen längeren Planungshorizont. Wir gehen von einer Realisierungszeit von 10 Jahren aus.

Bei der Etappierung der Massnahmen muss berücksichtigt werden, dass verschiedene Sprachgruppen auf Hilfe warten und nicht die eine gegen die andere benachteiligt werden kann. Das

führt dazu, dass die Institution eine gewisse Anfangsgrösse haben wird, da verschiedene Aufgaben von verschiedenen Berufsgruppen in verschiedenen Sprachen wahrzunehmen sind.

Folgende Etappen, unter der Berücksichtigung schon vorhandener Fachleute in den EPDs (die in spezielle Stellenprofilen zu übertragen sind), erscheinen uns sinnvoll:

Etappen der Realisierung

Startgrösse	Ärzte	Psycholog.	Sozialarbeit	Pflege	TOTAL
serbokroatisch	1.00		0.50		1.50
türkisch	0.50	1.00	0.50	0.50	2.50
albanisch	1.00		0.50		1.50
tamilisch		0.50	0.50		1.00
spanisch				0.50	0.50
italienisch			0.50		0.50
portugiesisch					-
Leitung	0.50				0.50
Sekretariat					1.00
TOTAL	3.00	1.50	2.50	1.00	9.00

Jedes Jahr soll ein weiteres 100%-Stellenkontingent geschaffen und dort eingesetzt werden, wo sich der grösste Bedarf gezeigt hat.

Institutionelle und politische Machbarkeit

Trotz allen vorhandenen positiven Absichtserklärungen von Seiten politischer Gremien erachten wir es als sehr schwierig, das hier formulierte und wohl begründete Postulat wirklich umzusetzen. Eine kluge Etappierung erhöht die Chance, wobei die Institution aus ihrer sprachlichen Vielfaltigkeit und ihres breiten Aufgabengebietes heraus nicht ganz klein beginnen kann. Somit ist ein eindeutiger politischer Wille Voraussetzung dafür, dass das Projekt starten kann. Da die sekundären Folge ungelöster psychischer und psychosozialer Probleme besonders bei Migranten sehr gross sind und volkswirtschaftlich sehr teure Folgekosten⁴⁷⁾ nach sich ziehen, hoffen wir auf eine positive politische Entscheidungsfindung.

5.3 Psychotherapie von Migranten

5.3.1 Beschreibung des Problems

Migranten haben gegenüber der schweizerischen Bevölkerung einen sehr grossen Rückstand in der psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapie ist aber auf ein umfassendes gegenseitiges Sprachverständnis angewiesen, das nur zum kleinen Teil mittels Dolmetschern wettgemacht werden kann. Muttersprachige Therapeuten fehlen in ganz grosser Zahl, besonders in den Sprachen türkisch, albanisch und serbokroatisch.

5.3.2 Beschreibung des Ziels

Fremdsprachige Patienten können psychotherapeutische (Langzeit-) Behandlung erhalten.

Folgende Aspekte und **Unterziele** sind dabei zu unterscheiden:

⁴⁷⁾ In Form von Hospitalisationen, Arztbesuchen, Arbeitsunfähigkeit, Berentung, Kriminalität etc.

Die Anerkennung von ausländischen Fachdiplomen wird verbessert und die nötigen Verfahren beschleunigt. Damit verbessern sich die Rekrutierungsmöglichkeiten von fremdsprachigen Ärzten und Therapeuten.

Ausländischen Ärzten und Therapeuten wird in kürzerer Zeit eine Niederlassungsbewilligung erteilt. Damit können fremdsprachige Ärzte nach ihrer Assistenz- und Oberarztzeit in die Praxis wechseln und die institutionellen Stellen wieder frei geben.

Der Bedarf an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie an Psychiatern ist in den zentralen ⁴⁸⁾ Sprachen gedeckt.

5.3.3 Lösungsskizzen

Beschreibung der Massnahmen

■ a) *Die Anerkennung von ausländischen Fachdiplomen wird verbessert und die nötigen Verfahren beschleunigt. Damit verbessern sich die Rekrutierungsmöglichkeiten von fremdsprachigen Ärzten und Therapeuten: und*

■ b) *Ausländischen Ärzten und Therapeuten wird in kürzerer Zeit eine Niederlassungsbewilligung erteilt. Damit können fremdsprachige Ärzte nach ihrer Assistenz- und Oberarztzeit in die Praxis wechseln und die institutionellen Stellen wieder frei geben:*

Auf welchem Instanzenweg diese beiden Unterziele umgesetzt werden können, ist uns nicht bekannt. Wir wissen lediglich, dass auch andere Tätigkeitsgebiete (Informatik, Krankenversorgung) mit Rekrutierungsproblemen von Fachleuten zu kämpfen haben und dass differenzierte Bewilligungsverfahren notwendig sind. Wir nehmen an, dass schon heute unter Nutzung des gesetzlichen Spielraumes Niederlassungsbewilligungen rascher erteilt werden können.

■ c) *Der Bedarf an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie an Psychiatern ist in den zentralen ⁸⁾ Sprachen gedeckt.*

Psychotherapie ist auf ein umfassendes gegenseitiges Sprachverständnis angewiesen, das nur zum kleinen Teil mittels Dolmetschern wettgemacht werden kann. Im Anhang findet sich eine Berechnung der fehlenden Psychotherapeuten in den einzelnen sensiblen Sprachbereichen. Die Berechnungen kommen zu folgender Einschätzung:

Bedarf an Psychologen und Psychiater in Region

	Bedarf	vorhanden	mit Dolmetscher zu kompensieren	fehlend
italienisch	21	11.1	2.1	8
portugiesisch	4	0.6	0.4	3
spanisch	8	1.9	0.8	5
türkisch	21	1.0	2.1	18
albanisch	14	1.0	1.4	12
serbokroatisch	13	3.0	1.3	9
tamilisch	1	0.0	0.1	1
total	82	18.7	8.2	55

⁴⁸⁾ türkisch, albanisch, serbokroatisch, spanisch, portugiesisch, italienisch z.T. tamilisch

Die grössten Lücken bestehen im türkischen und albanischen Sprachbereich, wo zusammen über 30 Therapeuten in unserer Region fehlen. Aber auch im italienischen und serbokroatischen Sprachbereich klaffen beträchtliche Lücken.⁴⁹⁾ Dabei kann festgestellt werden, dass die heute noch fehlenden Psychotherapeuten aus Ländern der Europäischen Union nach Inkrafttreten der Bilateralen Verträge rasch geschlossen werden können. Planerische Anstrengungen müssen für Psychotherapeuten aus Nicht-EU-Staaten gemacht werden.

Bei dieser grossen Zahl an fehlenden Therapeuten, ist die Schaffung von poliklinischen Stellen mit entsprechenden sprachlich-kulturellem *Pflichtenheft* unerlässlich. Dazu benötigt die entsprechende Stelle – in unserem Vorschlag die EPD – einen entsprechenden staatlichen Leistungsauftrag. Zusätzlich zu diesem Leistungsauftrag sind die schon erwähnten flankierenden Massnahmen notwendig, die nochmals aufgelistet werden sollen:

Die Anerkennung von ausländischen Fachdiplomen muss verbessert und die nötigen Verfahren beschleunigt werden, damit die Rekrutierung von fremdsprachigen Ärzten und Therapeuten überhaupt möglich wird.

Diesen ausländischen Ärzten und Therapeuten muss in kürzerer Zeit eine Niederlassungsbewilligung erteilt werden, damit die fremdsprachige Ärzte nach ihrer Assistenz- und Oberarztzeit in die Praxis wechseln und die institutionellen Stellen wieder frei geben können.

Da auch ein kantonales Vorgehen bei der Schaffung der notwendigen Stellen denkbar ist, soll für obige Zusammenstellung der Kanton Baselland ausgezogen werden. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass sich eine regionale Koordination der Entwicklungsarbeit unbedingt empfiehlt, weil sonst grosse Patienten-Wanderungsströme zu erwarten sind.

Die Situation präsentiert sich für den Kanton Baselland folgendermassen:

Bedarf an Psychologen und Psychiater in BL

	Bedarf	vorhanden	mit Dolmetscher zu kompensieren	fehlend
italienisch	10	2.2	1.0	7
portugiesisch	1	0.0	0.1	1
spanisch	2	0.4	0.2	2
türkisch	9	0.0	0.9	8
albanisch	6	1.0	0.6	4
serbokroatisch	6	1.0	0.6	4
tamilisch	1	0.0	0.1	1
total	35	4.7	3.5	26

Wir empfehlen, einstweilen die Hälfte der fehlenden Psychotherapiekapazitäten in türkischer, albanischer, serbokroatischen und tamilischen Sprache bei den Externen Psychiatrischen Diensten in Etappen zu schaffen.

⁴⁹⁾ In dieser Berechnung sind die Angebote von hiesigen Therapeuten, die einer entsprechenden Fremdsprache kundig sind, anteilmässig eingerechnet.

Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Sollte etwa die Hälfte der notwendigen Therapeutenzahl beim EPD geschaffen werden, wird das die Grösse der EPD derart einschneidend verändern, dass dies auch Konsequenzen auf dessen Struktur haben wird. Die Zahl der Therapeutenstellen werden um die Hälfte vergrössert (von heute 26 auf 35). Eine solch grosse Mitarbeiterzahl mit thematischen Sonderfunktionen stellen für die Organisation eine Herausforderung dar. Zudem sind in der allgemeinen Beratungsstelle die diversen Nationalitäten zu integrieren.

Da die psychosozialen Probleme der Migranten nicht ausschliesslich psychiatrischer Natur sind, ist die Platzierung der nötigen Sonderkompetenz bei einer psychiatrischen Institution auch mit gewissen Nachteilen verbunden. Die Hilfesuchenden könnten eine Psychiatrisierung ihrer Probleme befürchten, was zu einer Angst vor Stigmatisierung führen könnte.

Bei den sprachkompetenten Hilfestrukturen sollen aber in erster Linie therapeutische Valenzen abgedeckt werden, die nicht auf längere Zeit mit Dolmetscherdiensten durchführbar sind. Andere Beratungsfunktionen können weiterhin mit Dolmetschern ausgeführt werden. Die Sprach- und Kulturkompetenz soll aber auch dort zum Einsatz kommen, wo besonders hohe Abwehrhürden zu überwinden oder besonders komplexe Situationen zu verstehen sind.

Die Anwesenheit eines migrationskompetenten Teilteams wird auch auf die Kompetenz der übrigen Beratungsstelle einen wesentlich befruchtenden Einfluss ausüben.

Aufwand (Kosten, Personal)

Die Lösung des Therapeutenmangels in den einzelnen sensiblen Sprachbereichen ist mit beträchtlichen finanziellen Aufwendungen verbunden. Diese sollen im folgenden abgeschätzt werden:

- Wir gehen davon aus, dass in Ermangelung von freipraktizierenden Kapazitäten etwa die Hälfte der zu schaffenden Therapeutenkapazitäten mindestens vorübergehend institutionell zu schaffen sind.
- Dabei ergeben sich bei angenommenen Lohn- und Infrastrukturkosten von 180'000.- pro Therapeuten regionale Gesamtkosten von ca. 3.5 Mio Franken jährlich. Für den Kanton Baselland ist mit einer Grössenordnung von 1.5 Mio. zu rechnen.⁵⁰⁾

Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Die konzeptionellen Feinarbeiten können sofort an die Hand genommen werden. Für die breit angelegte Umsetzung ist die Koordination mit dem Kt.BS unerlässlich. Damit qualifizierte Therapeuten aus den einzelnen Sprachenregionen gefunden werden können, sind die skizzierten administrativen Massnahmen sehr wichtig. Wir stellen uns vor, dass eine konzeptionelle Verstärkung der heutigen MIGEV-Initiative der EPD innerhalb eines Jahres durchführbar ist und damit weitere Stellen geschaffen werden können. Der ganze Ausbau im skizzierten Umfang sollte innerhalb einer 10-Jahresperiode möglich sein.

Institutionelle und politische Machbarkeit

Die Probleme, die Migranten bei uns haben, müssen ernst genommen werden. Wir können es uns auf die Dauer nicht leisten, dass eine der am meisten belasteten Bevölkerungsgruppen auf die Dauer in der Masse unterversorgt ist, wie dies heute noch der Fall ist. Eine professionelle und adäquate Hilfe bei bestehenden psychischen Problemen hat einen hohen legalen und ökonomischen Wert.

⁵⁰⁾ Zum Vergleich: Aufwand Polikliniken BL 2000 = 14 Mio Franken (EPD 7.5 Mio, KJPD 4 Mio, DBL 2000 2.6 Mio)

misch präventiven Effekt. Unbehandelte Probleme in kompakten familiären Systemen vergrössern die Gefahr von kriminellen und gesundheitlichen Entgleisungen, was mit den entsprechenden Statistiken unschwer nachzuweisen ist. Zudem stellt der gleichwertige Anspruch auf Hilfe bei Krankheit und seelischen Problemstellungen ein Menschengrundrecht dar.

Trotzdem ist uns bewusst, dass die politische Machbarkeit der vorgeschlagenen Massnahmepalette mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein wird, vor allem was die Grösse der zu schliessenden Lücke angeht. Die Verbindung der notwendigen Psychotherapie-Infrastruktur mit einer Zentralstelle zur Unterstützung der Regelversorgung macht zwar die Institution noch grösser, sie verbessert aber deren Realisierung aus der Tatsache heraus, weil mehr involvierte Stellen direkt daran interessiert sind und mithelfen werden, das Postulat umzusetzen.

5.4 Psychiatrische Hilfe bei Asylanten⁵¹⁾

5.4.1 Beschreibung des Problems

Flüchtlinge⁵²⁾ haben in der Schweiz (und in anderen Ländern) mit einer Vielzahl von Problemen zu kämpfen. Nachfolgend seien einige der wichtigsten aufgezählt:

Sprache: Die Schwierigkeiten mit einer gegenseitigen Verständigung bildet eine dichte Mauer gegenüber der Umgebung und erschwert die nötige Bearbeitung der durchgemachten Traumatisierung. Bei Notfallsituationen stehen Dolmetscher oft nicht zu Verfügung.

Medizinische Versorgung: In Basel-Stadt ist der Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Ausweis N, F und für Schutzsuchende ohne geregelten Aufenthaltsstatus eingeschränkt. Ein Arzt der Medizinischen Universitätspoliklinik entscheidet, welche Behandlung durchgeführt werden kann. Der Zugang zur medizinischen Grundversorgung ist somit analog einer HMO-Versicherung geregelt. Ein ‚A-Care-Ausweis‘ dient als Versicherungsausweis. Im Kanton Baselland besteht eine Kollektivversicherung bei der CSS. Diese ermöglicht weitgehend einen freier Zugang zu den Grundleistungen der medizinischen Versorgung im Wohnkanton.

Unterkunft: Das Leben in grossen Aufnahmezentren ist für viele Flüchtlinge zusätzlich traumatisierend. Für eine Beruhigung der psychischen Aufgewühltheit ergibt sich daraus eine sehr ungünstige Ausgangslage. Eine zusätzliche Traumatisierung ist oft die Folge. Die Verbesserung der Wohnsituation durch Umsiedlung in ein Kleinheim oder eine eigene Wohnung dauert oft sehr lange. Bestehende Probleme finden nur selten eine entsprechende Berücksichtigung bei der Verbesserung der Wohnsituation.

Finanzielle Situation: Die Unterstützung ist sehr unterschiedlich und meist derart knapp, dass Flüchtlinge den Weg in eine illegale Mittelbeschaffung als verzweifelten Lösungsversuch begehen. Sie treffen in Westeuropa auf alle Elemente einer Überflusgesellschaft und können selber mit dem zugeteilten Bargeld nicht ihre basalen Bedürfnisse befriedigen. Erschwerend kommt dazu, dass Flüchtlinge in den Augen eines Teils der schweizer Bevölkerung als Parasiten ange-

⁵¹⁾ Unter Asylanten verstehen wir Asylbewerber (Ausweis N), vorläufig aufgenommene Personen (Ausweis F) und anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B)

⁵²⁾ Wer als Flüchtling zu gelten hat, sagt Artikel 3 des schweizerischen Asylgesetzes: „Flüchtlinge sind Ausländer, die in ihrem Heimatstaat oder im Land, wo sie zuletzt wohnten, wegen Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt werden. Als ernsthafte Nachteile gelten namentlich die Gefährdung von Leib, Leben oder Freiheit sowie Massnahmen, die einen unerträglichen psychischen Druck bewirken. Ehegatten von Flüchtlingen und ihre minderjährigen Kinder werden ebenfalls als Flüchtlinge anerkannt, sofern keine besonderen Umstände dagegen sprechen.“

Art. 12 des Asylgesetzes regelt den Nachweis der Flüchtlinseigenschaft: „Wer um Asyl nachsucht, muss nachweisen oder zumindest glaubhaft machen, dass er ein Flüchtling ist“

sehen werden. Dieses Spannungsfeld erzeugt bei Flüchtlingen begreiflicherweise oft starke Aggressionen.

Traumaverarbeitung: Flüchtlinge haben oft Krieg, Folter, grosse Entbehrungen, sexuelle Traumatisierungen, den Tod der nächsten Angehörigen usw. erlebt und leiden stark, wenn sie bei uns ankommen. Das Zentrum für Folteropfer in Bern steht für Einzelfälle zur Verfügung. Die Voraussetzungen, die für eine rasche Verarbeitungshilfe der Traumatisierung nötig wären⁵³⁾, sind bei uns oft nicht gegeben.

Arbeitsverbot: Asylbewerber dürfen in den ersten drei Monaten nach ihrer Einreise nicht arbeiten. Manchmal dürfen sie, wenn ihr Gesuch von dem BFF einmal abgelehnt worden ist, weiterhin sehr lange nicht arbeiten. Damit sind sie daran gehindert, einen eigenen Beitrag zur Verbesserung ihrer Lage zu leisten. Sie fühlen sich im Stich gelassen, werden als ‚Parasiten‘ betrachtet und nehmen teilweise entsprechende Verhaltensweisen an.

Folgen eines negativen Asylbescheides: Nach einem solchen Bescheid dekompensieren viele Flüchtlinge und kommen in psychiatrische Behandlung. Damit beginnt ein für alle frustrierender Teufelskreis: Solange sie krank sind und nicht reisefähig, können sie nicht ausgeschaffen werden. Erholen sie sich, werden sie sofort weggebracht. Dieses Wissen ist eine denkbar schlechte Genesungsvoraussetzung. Damit wird den Ärzten eine unlösbare Aufgabe mit hohem Erwartungsdruck und einer riesigen menschlichen Verantwortung zugeschoben. Unerfahrene Ärzte machen dann oft den Fehler, den Flüchtlingen eine falsche Hoffnung zu geben, weil sie die verzweifelte Lage selbst nicht aushalten können. Hier sollten dringend Massnahmen getroffen werden, die den Teufelskreis unterbrechen.

Verzweiflung: Viele Flüchtlinge versuchen mit allen Mitteln, hier bleiben zu können (z.B. durch selbstschädigendem Verhalten; durch Suizidalität; durch Drohungen; durch das Anstreben einer Heirat; durch Gewaltprovokation in der Ehe, was bei einer Trennung den Verbleib in der Schweiz begünstigt⁵⁴⁾,.....). Der verzweifelte Kampf ums Hier bleiben hat für den Asylsuchenden auch stark erniedrigende Aspekte.

5.4.2 Beschreibung des Ziels

Die medizinische und psychologische Grundversorgung ist gewährleistet.

Die Spezialversorgung ist in der Lage, Asylanten bei ihren spezifischen Problemen die adäquate Hilfe zukommen zu lassen.

Die Asylanten haben soviel Geborgenheit im Kanton (Wohnqualität, Achtung, Arbeit,...), dass sie sich seelisch und körperlich erholen können und nicht weiter traumatisiert werden.

5.4.3 Lösungsskizzen

Beschreibung der Massnahmen

Der Zugang zur medizinischen und psychologischen Grundversorgung ist insofern geregelt, indem ein definierter Kostenträger existiert.

Damit die Regelversorgung ihre integrierende Hilfe für Asylanten auch wahrnehmen kann, braucht es genügend Dolmetscher und Mediatoren. Eine Einheitliche Zahlung muss definiert sein (siehe Kap. 5.1.3).

⁵³⁾ Gute Verständigung, stabile und geborgene Wohnsituation, gesicherte Zukunft, geschulte Therapeuten, die das Ausmass des Leidens aushalten können.

⁵⁴⁾ Folgen von Gewaltprovokationen durch ausländische Frauen werden begünstigend behandelt; Gewalthandlungen durch ausländische Männer führt rasch zur Ausweisung. (Zu diesem speziellen Problemkreis haben wir auch keine besseren Lösungsvorschläge)

Die Grundversorger im sozialen und medizinischen Bereich benötigen für ihre Hilfe an Asylanten eine entsprechende Sensibilisierung. Sie müssen deren spezifischen Probleme und Zugangswege, Verarbeitungsmuster, Unterstützungskanäle etc. kennen.

Es braucht ausgebildete Therapeuten, die unter Beizug von Dolmetschern und Mediatoren eine gewisse Verarbeitungshilfe für zurückliegende traumatische Erlebnisse leisten können. Dies kann auch durch entsprechend qualifizierte Kompetenzzentren von psychiatrischen und psychologischen Praxen gewährleistet werden. Für schwere Fälle, die eine langangelegte Hilfe benötigen, braucht es ausgebildete Therapeuten, die selber sprachkundig sind. Solange, bis solche sprachkundige Therapeuten in der Praxis in genügender Zahl vorhanden sind, müssen die EPD diese therapeutische Fachleute heranbilden.

Aufnahme- und Asylantenheime sind so zu führen, dass die Bewohner sich geborgen fühlen und nicht zusätzlich traumatisiert werden. Die Betreiber dieser Heime sind personell entsprechend auszurüsten. Nach der Platzierung der Asylanten in einzelnen Gemeinden sind diese und das kantonale Fürsorgeamt gefordert, den Asylanten behilflich zu sein, ihren Lebensraum so gestalten, dass sie sich erholen, neu ausrichten und sich in die schweizerische Gesellschaft integrieren können. Psychotherapeutische Hilfe hat frühzeitig einzusetzen, insbesondere bereits in Aufnahme- und Asylantenheimen.

Asylantenheime sollten über eine geregelte hauspsychiatrische Versorgung verfügen, die auch dann milieugestaltend tätig ist, wenn sich nicht gerade jemand umbringen will. Dies könnte durch ein Team niedergelassener Psychiater und Psychologen gewährleistet werden, in Zusammenarbeit mit Dolmetschern/Mediatoren. Wichtig ist dabei, dass ein entsprechender Passus ins Pflichtenheft der Asylantenheime Eingang findet.

Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Die skizzierten Massnahmen führen zu einem grossen Schulungsbedarf der Fachleute in der sozialen und medizinischen Regelversorgung. Da alle Prognosen für das angelaufene Jahrhundert darauf hinweisen, dass Migrationsbewegungen noch massiv zunehmen werden, ist mit einem gesteigerten Problembewusstsein in der sich heranbildenden Fachgeneration zu rechnen. Dazu benötigen wir Fachleute, die in den Ausbildungen das notwendige Fachwissen einbringen können.

Für die nötigen Fachleute auf allen Ebenen ⁵⁵⁾ existiert ein steigender Rekrutierungsbedarf. Hierbei gibt es ein chancenreiches Tätigkeitsfeld für Personen der sog. „Zweiten Generation“

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Instanzen/Fachleuten der Psychiatrie, Fremdenpolizei, Sozialfürsorge und den Bundesämtern ist anzustreben und mit hoher Flexibilität zu praktizieren.

Wir werden uns mit dem Argument auseinander zu setzen haben, dass eine gute Versorgung von Asylanten zu einem starken Sogeffekt für nachdrängende Zuwanderer führen würde und damit die Probleme vergrössere, statt sie zu lösen. Hierbei sind wir der Meinung, dass die Sogwirkung durch banale Bilder in den Herkunftsländern bestimmt werden, die wenig mit der realen Wirklichkeit zu tun haben und mehr auf unbestimmte Wohlstandsparameter und wenig mit differenzierten Hilfeinstrumenten zu tun haben. Insofern bezweifeln wir, dass eine gute, auf Integration ausgerichtete Asylantenversorgung eine nennenswerte Sogwirkung zur Folge hat.

Wir sind auch der Meinung (und hier verlassen wir das Feld der psychosozialen Thematik und betreten dasjenige der Flüchtlingspolitik), dass die Zuwanderungsselektion nicht mit den Mit-

⁵⁵⁾ Dolmetscher, Mediatoren, geschultes Personal in der Regelversorgung, sprachkundige Spezialisten

teln einer schlechten Gastfreundschaft oder Integrationshilfe, nicht mit abschreckenden Mitteln durchgeführt werden sollte, weil einer Abschreckung diejenigen Flüchtlinge besser widerstehen können, die auch im Herkunftsland keine andere Situation erlebt hatten und gewohnt sind, sich im Halbschatten der Gesellschaft durch zu schlagen. Diese Zuwanderer dürften uns aber am meisten Probleme machen. Eine auf Gastfreundschaft und Integrationshilfe ausgerichtete Flüchtlingspolitik spricht die Menschen an, die Interesse an einer Integration haben.

Jede Flüchtlingspolitik braucht klare Grundsätze und Grenzen, die im Einzelfall manchmal weich gehandhabt werden. Wir sehen klare Grenzen vor allem auf dem Feld krimineller Handlungen, wo tief angesetzte Grenzen hilfreich erscheinen. Problematisch erscheinen uns heute gängige Grenzziehungen bei allenfalls nötiger Fürsorgeunterstützungen.

Aufwand (Kosten, Personal), Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen und Institutionelle und politische Machbarkeit

Um all die Ziele zu erreichen, muss mit einem grossen Aufwand gerechnet werden, der aber ein enormes präventives Potential hat. Da unsere Berechnungen für die allgemeinen Hilfestellungen an Migranten bereits ein grosses personelles und finanzielles Engagement erforderlich machen, haben wir uns die Mühe erspart, auch für den Asylbereich solche Berechnungen anzustellen. Nur soviel sei angemerkt: wir rechnen damit, dass etwa 20-25% der heute im Kanton Baselland lebenden ca. 4'000 Asylanten auf psychiatrische / psychotherapeutische Hilfe in irgend einer Form angewiesen wären, da sie mittel bis schwer traumatisiert in die Schweiz gekommen sind. Nicht alle würden eine solche Hilfe anfordern. Aber die Grössenordnung lässt vermuten, dass auch hier sehr viel zu tun ist. Wir begnügen uns einstweilen mit dem Hinweis auf die Hoffnung, dass einen Teil dieser Arbeit von den zu schaffenden migrationsspezifischen interdisziplinären Hilfskräften der EPD abgedeckt werden kann. (Kap. 5.2 und 5.3)

6. Kontroversen

In der Arbeitsgruppe wurde kontrovers diskutiert, ob die zu schaffenden Therapiestellen den bestehenden psychiatrischen Polikliniken einzugliedern sind mit genau definiertem Pflichtenheft oder ob eine regionale oder zwei kantonale ‚Traskulturelle Beratungsstellen‘ mit einem erweiterten Auftrag ausserhalb der staatlichen psychiatrischen Versorgung zu schaffen wäre.

Im Suchtbereich wurde dieser Weg beschritten. Die Voraussetzungen sind im Suchtbereich aber etwas anders:

- Es bestehen in der Region sieben verschiedene Suchtberatungsstellen mit je unterschiedlichen Trägern.
- Die Suchtberatungsstellen sind in die Behandlung von legalen und illegalen Süchten aufgeteilt.
- Die Patientenfallzahlen sind deutlich kleiner als in der ganzen psychiatrisch / psychotherapeutischen Problempalette.
- Zwei kantonale Stellen hätten die ohnehin schon kleinen Arbeitspensen der Mitarbeiter unökonomisch werden lassen.
- Der Umfang der Institutionskosten erlaubt eine gemischte Finanzierung von privaten und staatlichen Geldquellen.

Demgegenüber lassen folgende Argumente eine staatliche Lösung, angeschlossen an die bestehenden psychiatrischen Infrastrukturen, ratsam erscheinen:

- Eine kantonale Vorgehensweisen (anstelle einer regionalen Lösung) ist aufgrund der grösseren Fallzahlen möglich. Es entstehen keine unökonomisch kleinen Pensen.
- Der Finanzbedarf übersteigt die Möglichkeiten privater Finanzquellen. Die Trägerschaft ist demnach besser dem Staat zu übertragen.
- Fachliche Synergien mit den bestehenden poliklinischen Strukturen sind nutzbar und wünschenswert.
- Die zu schaffende migrationspezifische Therapiekompetenz soll im Kanton Baselland den EPD angeschlossen werden und gleichsam den KJPD zur Verfügung stehen. Zwei Kompetenzzentren führen zu einer Ressourcenverzettlung.

Kontroverse in der Projektkommission

Anlässlich der Besprechung des Entwurfes dieses Berichtes in der Projektkommission am 29.1.2002 ist eine Kontroverse über integrationsfördernde und –hemmende Vorgehensweisen bei der nötigen Lösung bestehender Probleme von Migranten geführt worden. Die einen gaben zu verstehen, dass die Schaffung von spezialisierten Stellenprofilen für Migranten gleichzeitig eine Delegation der Problemlösung an diese Stellen nach sich ziehe und dies die Zementierung der Marginalisierung der Migranten mit ihren Problemen zu Folge habe. Man könne dem grundsätzlichen Widerspruch nicht entfliehen, dass Probleme bei der Integration mit Spezialhilfen genau die vorhandene Stigmatisierung und das vorhandene Aussenseiterbewusstsein fördere⁵⁶. Dieser Argumentationsweise, so sehr sie abstrakt wichtige Gedankengänge enthält, meint unsere Arbeitsgruppe klar widersprechen zu müssen. Obige Argumentation läuft nämlich Gefahr, von den Kräften, die am liebsten nichts zur besseren Integration von Ausländern tun würden, missbraucht zu werden. Damit eine Regelversorgung auch in ihrer Integrationsaufgabe kompetent handlungsfähig werden kann, muss sie auf eine spezialisierte Zentrale zurückgreifen können. Sie wird nicht ohne besondere Ausbildung automatisch kompetent und muss bei schwierigen Problemstellungen ohne kompetente spezialisierte Unterstützung scheitern. Die nötige Aus-, Fort- und Weiterbildung der Regelversorgung muss auch von jemandem geleistet werden: All dies kann und darf nicht mit abstrakten systemischen Grundsätzen ausgeblendet werden.

⁵⁶ Die Diskussion wird auch bei der Sonderschulthematik in ähnlichem Sinne geführt.

Anhang 1: Mediatoren-Ausbildungen in der Region Basel ⁵⁷⁾

HEKS: Dolmetscher-Einführungskurse (2x 1/2 Tag. Ab 2002 sind neue Konzepte geplant) und Mediatorenprojekt MEL (Die fundierteren Ausbildungen werden nach dem Bedarf von Auftragsgebern durchgeführt. Bisher sind solche vor allem für den Spitalbereich durchgeführt worden)

Internetz: einmaliger zweijähriger Mediatorenkurs ⁵⁸⁾. Nach dem Untergang von Internetz hängt dieser Kurs in der Luft. Der Migrationsbeauftragte sollte als neuer Träger aktiv werden.

Pro Senectute: Mediatorenausbildung zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ steht am Anfang und ist für den Einsatz in Altersheimen, Spitex und Versicherungsfragen gedacht. (180 Stunden in einem halben Jahr)

K5 ⁵⁹⁾: Unter den geschulten eingesetzten Mediatoren befinden sich Lehrkräfte, die in ihrem Herkunftsland ausgebildet wurden. Sie werden in Schulprojekte einbezogen, zB. Für Arbeit mit Eltern oder bei Beurteilungsfragen:

Ekap: Setzt Dolmetscher in ihren Integrationskursen (Sprachlernen und Training von Lebensfertigkeiten) ein. Diese werden auf einem guten Niveau weitergebildet und für ihre Aufgabe vorbereitet und während der Tätigkeit weiter unterstützt.

Caritas Schweiz: Ausbildung von Mediatoren im Asylbereich in diversen Zentren.

Streit.lös.: Quartierprojekt zur Schlichtung von Nachbarschafts- und Quartierkonflikten, das nicht spezifisch auf die ausländische Bevölkerung, sondern auf die Gesamtheit von Quartieren ausgerichtet ist.

Aufgabe der kulturellen Mediatoren/innen

- Sie sind eine Drehscheibe, eine Brücke zwischen ihren Landsleuten und den einheimischen Institutionen / Organisationen.
- Sie üben eine Triagefunktion aus. Sie vermitteln ihre Landsleute an die geeigneten Beratungsstellen, Treffpunkte und Institutionen.
- Sie nehmen weder die Position eines Sozialarbeiters noch diejenige eines Beraters oder Therapeuten ein.
- Sie sind kulturelle Übersetzer/innen.
- Sie sind eine Identifikationsfigur für die Landsleute.
- Sie bieten eine Eigenschaft, die den Prozess der Therapie beschleunigt, in dem sie ein Vorbild für Integration darstellen. Dies ermöglicht eine schnellere empathische Beziehung in der Therapie.
- Sie helfen den Therapeuten, kulturell orientierte Deutungsmuster zu finden. Damit kann die Therapie eine breitere Einsicht in das Leben der Patient/innen gewinnen.

⁵⁷⁾ Die Vielfalt der bestehenden Mediatorenausbildungen hängt wohl mit der gegenwärtigen Erscheinung zusammen, dass für befristete ‚Projekte‘ Bundes- und andere Gelder erhältlich sind, für Dauerinstitutionen aber nur schwer Mittel zu finden sind.

⁵⁸⁾ Geleitet durch V.Gautier, K.Schärli und N.Sempio

⁵⁹⁾ ‚Leute aus 5 Kontinenten‘

Anhang 2: Auszüge aus BAG-Strategiepapier

Das Papier heisst ‚Migration und Gesundheit‘ und wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) erarbeitet und im März 2001 veröffentlicht. Das Papier kann unter www.bag.admin.ch/sucht/d/ gefunden werden unter der Rubrik ‚Migration und Gesundheit‘.

Es werden 5 Interventionsbereiche festgelegt. Es sind dies die Folgenden:

1. Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung),
2. Information, Prävention und Gesundheitsförderung,
3. Gesundheitsversorgung,
4. Therapieangebote für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende
5. Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring).

Die Rangfolge entspricht einer Prioritätensetzung bei der Umsetzung und Finanzierung.

Zitat:

„**1. Im Bildungsbereich** stehen auf der Grundlage von Chancengleichheit und adäquater Leistungserbringung drei Aspekte im Vordergrund:

- Im Gesundheits-, aber auch im Sozialbereich soll eine offiziell anerkannte Ausbildung für das **Dolmetschen** eingerichtet werden. Ziel: Verbesserung der Verständigung im Gesundheitswesen durch professionelle Dolmetscherdienste.
- Im Gesundheits-, aber auch im Sozialbereich soll eine offiziell anerkannte Ausbildung im Bereich der **interkulturellen Vermittlung** eingerichtet werden. Ziel: Verbesserung der Information, Prävention und Gesundheitsförderung bei der Migrationsbevölkerung durch professionelle interkulturelle Vermittlung.
- In den Gesundheitsberufen sollen **Fort- und Weiterbildungsangebote** bereitgestellt werden, die es ermöglichen adäquater auf migrationspezifische Situationen einzugehen. Diese Bildungsangebote betreffen Ärzte und Ärztinnen, das Pflegepersonal sowie das Management von Dienstleistungsbetrieben im Gesundheitswesen. Zudem soll überprüft werden, ob die Sensibilisierung für diese Fragen in die Grundausbildung der Gesundheitsberufe Eingang finden soll. Ziel: Verbesserung der Verständigung mit Migrantinnen und Migranten im Gesundheitswesen.

2. Im Interventionsbereich, der sich auf Information, Prävention und Gesundheitsförderung bezieht, sind in erster Linie zwei Bereiche anzugehen, die sich an den Werten der Selbstverantwortung, der Chancengleichheit und der adäquaten Leistungserbringung orientieren.

- Bei der Migrationsbevölkerung sollen im Gesundheitsbereich jene Initiativen gefördert werden, die migrationseigene Ressourcen mobilisieren, die für diesen Bereich relevant sind. Mit deren Hilfe soll die Wirkung von präventiven Massnahmen sowie das Gesundheitsverhalten ganz allgemein verbessert werden. Ziel: Gesundheitsförderung und empowerment.
- Der zweite Bereich betrifft die Dienstleister im Gesundheitsbereich, die einerseits dahingehend sensibilisiert werden sollen, ihre Angebote auf ein heterogenes Publikum hin aus-

zurichten und andererseits die Fort- und Weiterbildungsangebote in diesem Bereich zu nutzen. Ziel: Das Verständnis für migrationspezifische Anliegen bei Verantwortlichen im Gesundheitswesen fördern als Basis für die Umsetzung von Massnahmen.

3. Bei der **Gesundheitsversorgung** werden drei Massnahmenbündel anvisiert. Orientierungswerte dabei sind Chancengleichheit und Anpassung des Angebotes an die spezifischen Erfordernisse der Migrationsbevölkerung.
 - Leicht zugängliche Angebote sollen in Agglomerationen mit einer hohen Dichte an vulnerablen Migrantinnen und Migranten gefördert werden. Ziel: Abbau von Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und gezieltere Vermittlung.
 - Zudem sollen Vermittlungs- und Koordinationsdienste gefördert werden, die verschiedene Angebote vermitteln und die Koordination zwischen Dienstleistern untereinander und zur Migrationsbevölkerung verbessern. Ziel: Bessere Vermittlung von Diensten, verbesserte Zusammenarbeit der Dienstleister untereinander, gezielte Versorgung.
 - Schliesslich sollen im Gesundheitsbereich vermehrt Dolmetscherinnen und Dolmetscher eingesetzt werden. Ziel: Verbesserung der Kommunikation zwischen Dienstleistern und Klienten.

4. Im Bereich **Traumatherapie** stehen zwei Aspekte im Vordergrund, die sich vor allem an den Werten der adäquaten Leistungserbringung und der Chancengleichheit orientieren.
 - Die Angebote für Kriegstraumatisierte und Folteropfer müssen sowohl einer differenzierten Problematik als auch der Nachfrage entsprechend angepasst werden. Auf der einen Seite sollen deshalb die spezialisierten Angebote weiter unterstützt und deren Effektivität regelmässig ausgewertet werden. Ziel: Verbesserung des bestehenden Angebotes vor allem für Traumatisierte mit längerfristiger Aufenthaltsperspektive.
 - Auf der anderen Seite gibt es nicht genügend niederschwellige Angebote für traumatisierte Asylsuchende (wobei hier Kinder und Frauen als besonderes Zielpublikum für entsprechende Angebote gelten). Ziel: Aufbau leicht zugänglicher, dezentralisierter Angebote für Traumatisierte insbesondere bei solchen mit ungeklärter Aufenthaltsperspektive.

5. Bei der **Forschung** sind drei Bereiche nur unzulänglich abgedeckt. Die Überwindung dieses Mankos stellt eine übergeordnete Aufgabe dar, da sich erst durch eine wissenschaftliche Fundierung und Begleitung Massnahmen zur adäquaten Leistungserbringung und Verhältnismässigkeit umsetzen lassen.
 - Problemorientierte Grundlagenforschung soll punktuell eingesetzt werden, um spezifische Fragestellungen unter einer mittelfristigen Perspektive zu analysieren. Ziel: Wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen anbieten, welche eine entsprechende Ausrichtung von Massnahmen erlaubt.
 - Ein Monitoring zur Gesundheit der Migrationsbevölkerung soll epidemiologische Informationen liefern, die als Ausgangsbasis der Entwicklung von Massnahmen dienen. Ziel: Erkennen von neuen Problematiken und Entwicklung von Hilfen zur zukünftigen Prioritätensetzung.
 - Die Umsetzung der Massnahmen soll von regelmässigen Auswertungen begleitet werden, die deren Effizienz und Effektivität beurteilt. Ziel: Effizienz- und Wirkungsmessung, Ermöglichung von Lernprozessen in Projekten.

An dieser Stelle erscheint uns ein Hinweis wichtig: Die Aufgliederung der Strategie in unterschiedliche Interventionsbereiche erleichtert die Festlegung von Massnahmen, wichtig ist jedoch der Gesamtüberblick. Denn die Interventionsbereiche und Massnahmen verweisen in ihrer Logik aufeinander und stützen sich gegenseitig. So ist die Wirksamkeit einer Massnahme voraussichtlich stärker, wenn die verschiedenen Vorschläge miteinander verknüpft und gemeinsam umgesetzt werden.“

Anhang 3: Bedarfsberechnung ausländische Therapeuten

	Psychiater	Psychologen	total	
EPD-BL	16	10	26	
PUPER	25	15	40	Schätzung ohne KIS
KJPD-BL	10	16	26	
KJPD-BS	12	18	30	Schätzung
Praxis BS	150	140	290	
Praxis BL	75	47	140	
Total	288	264	534	

Region Basel 1998	Bevölkerung ganze Region 450'000				notwendige Psychiater/ Psychologen
		Faktor			
italienisch	25'000	70%	17'500	3.89%	20.8
portugiesisch	4'000	80%	3'200	0.71%	3.8
spanisch	8'000	80%	6'400	1.42%	7.6
türkisch	15'000	120%	18'000	4.00%	21.4
albanisch	10'000	120%	12'000	2.67%	14.2
serbokroatisch	9'000	120%	10'800	2.40%	12.8
tamilisch	1'000	100%	1'000	0.22%	1.2
Total Psychiater / Psychologen in Region		534			81.8

Die folgende Tabelle enthält viele Annahmen und Schätzungen. Trotzdem gibt sie einen Einblick in die ungefähren Grössenordnungen des Therapeutenbedarfes in den verschiedenen Sprachbereichen.⁶⁰⁾

Bedarf an Psychologen und Psychiater in Region

	Bedarf	vorhanden			fehlend		zu schaffen
		Mutter- sprache	Fremd- sprache	total	mit Dolme- tscher		
italienisch	20.8	8	36.7	11.1	9.6	2.1	7.5
portugiesisch	3.8	0.6	0.4	0.6	3.2	0.4	2.8
spanisch	7.6	1	9.85	1.9	5.7	0.8	5.0
türkisch	21.4	1	0	1.0	20.4	2.1	18.2
albanisch	14.2	1	0	1.0	13.2	1.4	11.8
serbokroatisch	12.8	3	0	3.0	9.8	1.3	8.5
tamilisch	1.2	0	0	0.0	1.2	0.1	1.1
total	81.8	14.6	46.95	18.7	63.1	8.2	54.9

⁶⁰⁾ Lesehilfe: Der Bedarf ist aus dem relativen Bevölkerungsanteil multipliziert mit einem sprachspezifischen ‚Bedarfsfaktor‘ und den Anzahl Therapeuten in unserer Region errechnet worden. Bei der Errechnung der vorhandenen Therapeuten sind die muttersprachigen Therapeuten voll und diejenigen, die eine Sprache als Fremdsprache aufführen, teilweise eingerechnet worden. Dabei wurde zusätzlich zwischen voller und teilweiser Fremdsprachenbeherrschung unterschieden. Im weiteren nehmen wir an, dass auch deutschsprachige Therapeuten mit Hilfe von Dolmetschern gewisse psychiatrische Leistungen erbringen können.

Die Tabelle illustriert, dass der Bedarf vor allem in zwei Sprachbereichen besonders gross ist: im türkischen (18 Therapeuten für die ganze Region, 8 für BL) und im albanischen Sprachbereich (12 in Region resp. 4.5 Therapeuten in BL). Aus den gemachten Erfahrungen muss aber geschlossen werden, dass es auch für Italiener, Spanier und Portugiesen nicht leicht ist, einen Therapieplatz in ihrer Muttersprache zu finden. Eine relativ grosse Lücke besteht auch im Sprachraum der serbokroatischen Amtssprache (8.5 in Region, 4 in BL).

Durch die Berechnung der ungefähren Lücken in den einzelnen Sprachen muss eine andere Annahme relativiert werden, dass die Lösung des ungedeckten Bedarfes zwingend eine regionale Anstrengung bedürfe. Aus der Erfahrungen der MUSUB sind wir bisher davon ausgegangen, dass für die Bildung von sinnvollen Arbeitspensen eine Versorgungszuständigkeit für die ganze Region notwendig sei. Das Ausmass der Lücken lassen aber auch in beiden Kantonen sinnvolle Arbeitspensen entstehen. Trotzdem ist ein koordiniertes Vorgehen zur Deckung der Lücken in beiden Kantonen zur Vermeidung grösserer Wanderungsbewegungen von Patienten unabdingbar.

Aus der Tabelle kann auch berechnet werden, in welcher Grössenordnung die finanziellen Dimensionen für die Lösung dieses Problems wir uns bewegen: Nach der Unterzeichnung der Bilateralen Verträge kann erwartet werden, dass sich die Lücken bei den Psychotherapeuten aus EU-Ländern rasch schliessen. Im Vordergrund der Psychiatrieplanung bleiben Psychotherapeuten aus Nicht-EU-Länder. Gehen wir davon aus, dass in Ermangelung von Kapazitäten bei freipraktizierenden PsychotherapeutInnen etwa die Hälfte der zu schaffenden Therapiekapazitäten mindestens vorübergehend institutionell zu schaffen sind, ergeben sich bei angenommenen Lohn- und Infrastrukturkosten von 180'000.-/Therapeuten Gesamtkosten von ca. 3.5 Mio Franken jährlich. Für den Kanton Baselland ist mit einer **Grössenordnung von 1.5 Mio. zu rechnen**.⁶¹⁾ Dabei sind einzelne Verschiebungen in der Sprachgewichtung (Region vs Baselland) auffallend: In BL mit einem relativen Mehrbedarf im italienisch sprachigen Bereich und einem relativen Minderbedarf im türkisch und albanisch sprachigen Teil.

Die entsprechende Tabelle sieht für den Kanton Baselland alleine wie folgt aus:

Bedarf an Psychologen und Psychiater in BL

	Bedarf	vorhanden			fehlend	zu	
		Mutter-sprache	Fremd-sprache	total		mit Dolme-tscher	schaffen
italienisch	10.2	1	16.2	2.2	8.0	1.0	7.0
portugiesisch	1.2	0	0.4	0.0	1.2	0.1	1.1
spanisch	2.2	0	5.4	0.4	1.7	0.2	1.5
türkisch	8.5	0	0	0.0	8.5	0.9	7.7
albanisch	6.1	1	0	1.0	5.1	0.6	4.4
serbokroatisch	5.7	1	0	1.0	4.7	0.6	4.1
tamilisch	0.6	0	0	0.0	0.6	0.1	0.5
total	34.5	3	22	4.7	29.8	3.5	26.3

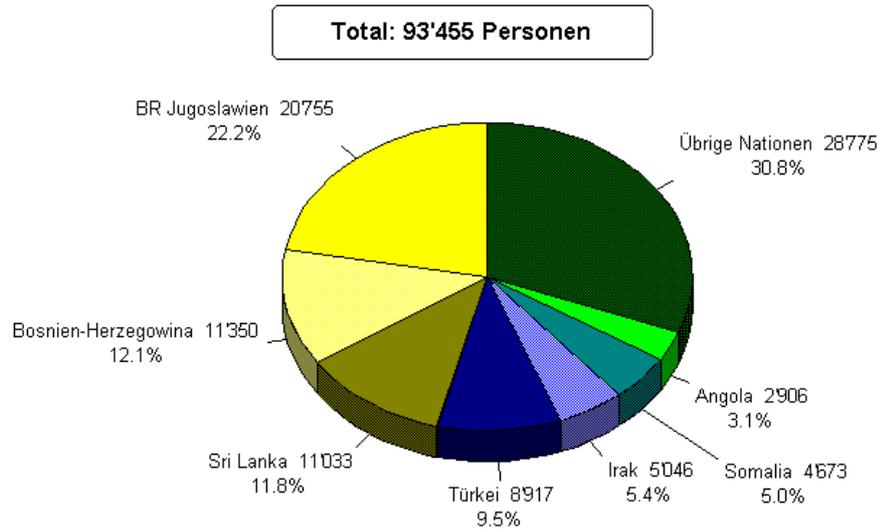
⁶¹⁾ Zum Vergleich: Aufwand Polikliniken BL 2000 = 14 Mio Franken (EPD 7.5 Mio, KJPD 4 Mio, DBL 2000 2.6 Mio)

Anhang 4: Zahlen und Texte zum Asylbereich

Nationale Zahlen

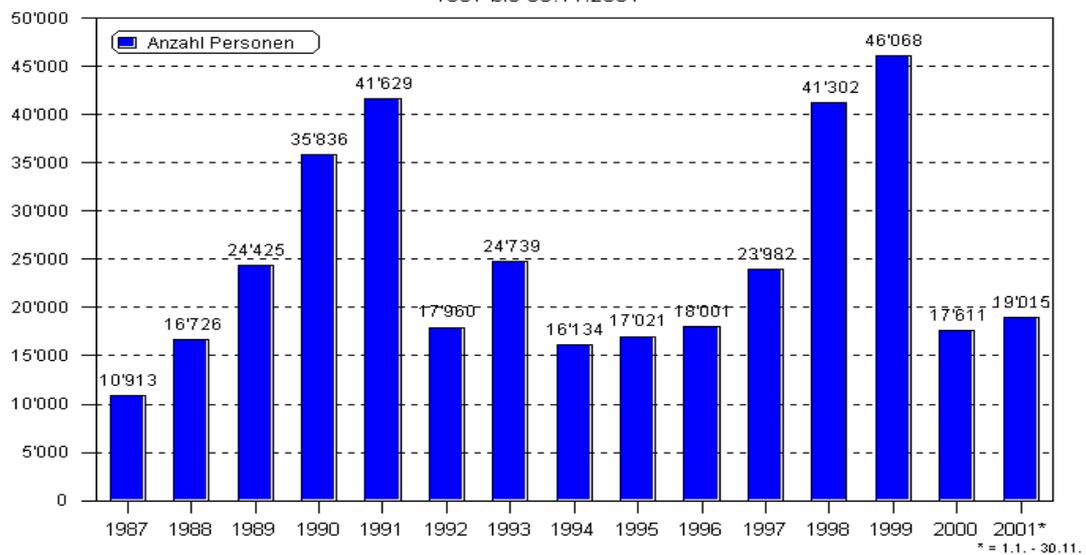
Personen des Asylbereichs: Wichtigste Nationen im Überblick

Bestand am 30. November 2001



Asylgesuche pro Jahr

1987 bis 30.11.2001



A. Folgende Ausweis-Kategorien werden unterschieden:

- Ausweis B: JahresaufenthalterInnen ⁶²⁾
Ausweis C: Niederlassungsbewilligung ⁶³⁾
Ausweis L: KurzaufenthalterInnen bis höchstens 18 Monate ⁶⁴⁾
Ausweis F: Vorläufig aufgenommene AusländerInnen (Flüchtlinge) ⁶⁵⁾
Ausweis N: Asylsuchende ⁶⁶⁾

B. kantonale Beobachtungen

Aus den Mitteilungen der Justiz-und Polizeidirektion BL:

Ausländerkriminalität

1998 verzeichneten wir bei den ermittelten Straftätern einen Ausländeranteil von 50%. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Anzahl der ermittelten Täterschaft von 366 auf 390. Somit konnten im Jahr 1998 mehr ausländische Täter überführt werden. Die politische Öffnung des Ostens und die Kriegswirren in Jugoslawien treiben kriminelle Elemente mit grundlegend andersartigen Kulturansichten in unsere Breitengrade. Die Vorgehensweise ist für uns unorthodox, der Rechtsstaat ist nicht schnell genug, sich dieser Kriminalität anzupassen. Daraus resultieren folgende Kernpunkte:

- Starke Zunahme von kriminellen Asylanten aus dem Balkan (BR Jugoslawien - v.a. Kosovo - Albanien etc.)
- Ca. 10% der Asylanten (ca. 450 Personen) haben ein hohes kriminelles Potential. Vorwiegend bewegen sich diese im Bereich der Drogenkriminalität und Vermögensdelikte, d.h. der Diebstählen in den verschiedenen Varianten .
- Im Bereich der Personen aus den GUS-Staaten stellen wir fest, dass diese skrupellos im Bereich der Vermögensdelikte agieren und tendenziell mehr in Erscheinung treten.
- Rund 80% der ausländischen Täter sind in der Schweiz ansässig, die anderen ca. 20% betätigen sich hier als Kriminaltouristen.

⁶²⁾ Diese Bewilligung ist an das Vorhandensein einer Arbeit geknüpft. Anders ist dies bei anerkannten Flüchtlingen. Diese erhalten eine B-Bewilligung, unterstehen nicht dem Kontingent und die Bewilligung ist nicht an eine Arbeit geknüpft. Nach einem Jahr ist ein Familiennachzug möglich.

⁶³⁾ Nach 5 Jahren B-Bewilligung ist eine Niederlassung möglich für Menschen aus der EU, Finnland und Norwegen.. Dies gilt auch für anerkannte Flüchtlinge und Staatenlose. Bei Menschen aus allen übrigen Ländern werden 10 Jahre B-Bewilligung verlangt.

⁶⁴⁾ Diese Bewilligung kann Schülern und Studenten, Praktikanten, Künstler und Kranken erteilt werden. Diese Bewilligung schafft keinen Wohnsitz.

⁶⁵⁾ Hier handelt es sich um Ausländer, die aufgrund eines negativen Entscheides des Asylantrages eigentlich ausreisen müssten, bei denen aber eine Ausschaffung bis auf weiteres nicht durchführbar (fehlende Reisepapiere) oder unzumutbar (Situation im Herkunftsland) ist. Eine Arbeitsbewilligung ist in Einzelfällen möglich. Hier fallen auch Internierte darunter, die aus Gründen der Sicherheit oder der öffentlichen Ordnung in einer Anstalt eingewiesen worden sind.

⁶⁶⁾ Asylsuchende haben ein Anwesenheitsrecht bis zum Abschluss des Verfahrens. Es besteht in den ersten drei Monaten ein generelles Arbeitsverbot. Danach werden im Einzelfall Arbeitsbewilligungen durch die zuständige kantonale Behörde erteilt.

Die Schwerpunkte lagen 1998 wie folgt:

1.1.2 Türkei:

Die türkischen Täter zeichneten im Jahre 1998 ein Schwergewicht bei den Vermögensdelikten (Einbruchdiebstahl, Diebstahl) sowie beim Raub und den Delikten gegen Leib und Leben (Tätlichkeiten, Körperverletzung) ab.

1.1.3 Jugoslawien:

Bei Einbruchdiebstählen kommt die Täterschaft oft aus den ehemaligen jugoslawischen Teilstaaten. Verhaftungen bestätigen immer wieder, dass der Drogenhandel immer noch in den Händen von Gruppen aus Albanien, BR Jugoslawien (inkl. Kosovo) und Mazedonien ist.

1.1.4 Ehemalige Ostblockstaaten:

Bei Ladendiebstählen werden zunehmend Personen aus den ehemaligen Ostblockstaaten bei Ladendiebstählen registriert. Zoll- und Flughafenorgane stellen fest, dass immer mehr Pakete in ehemalige Ostblockstaaten verschickt werden, die häufig gestohlene Waren - wie Kleider, Elektronikartikel und Elektrogeräte - enthalten. Die Pakete werden meistens unter einem fiktiven Absender abgeschickt. Im Bereich des Rotlichtmilieus stellen wir eine steigende Tendenz von Frauen aus dem Ostblock fest. Trotz der erniedrigenden Arbeit und der zum Teil sklavenähnlichen Behandlung geht es diesen Frauen materiell besser als in ihrem Heimatland. Dieser Umstand sichert diesem Milieu den Nachwuchs.

1.1.5 Mobile ethnische Minderheiten

Diese Gruppen reisen häufig über die grüne Grenze in die Schweiz ein. Teilweise gelangen sie mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in unser Land. In jüngster Zeit reisen sie vermehrt auch wieder mit Personenwagen in unser Land ein, aber auch hier benützen sie vor allem den weniger gesicherten Teil unserer Grenzen. Teilweise legen diese Gruppen, die meistens aus zwei bis drei Personen bestehen, grosse Distanzen zurück um ihre Taten zu begehen. An den Grenzen kommt es immer wieder zu Kontrollen von mobilen, ethnischen Minderheiten (MEM) durch die Grenzorgane bei der Ein- oder Ausreise. Es handelt sich dabei vorwiegend um Jugendliche, wovon der Anteil der weiblichen MEM sehr hoch ist. Bei den kontrollierten Personen wird oft Werkzeug festgestellt, welches sich für die Begehung von Straftaten eignet. Delikte können ihnen aber in den wenigsten Fällen nachgewiesen werden. Vor ihrer Rückreise nach Frankreich wird die Beute oft irgendwo in einem Zwischenlager deponiert ("gebunkert"), um dann später von anderen Sippenmitgliedern abzuholen und nach Frankreich zu transportieren. Der Abtransport der Beute erfolgt meistens auf anderen Wegen; dies bestätigte unlängst die Kontrolle eines französischen Taxis an der Grenze zu Frankreich, in welchem unter einem Sitz eine beachtliche Menge gestohlenen Schmucks sichergestellt werden konnte. Das Deliktgut stammte aus dem Grossraum Bern, was die Mobilität der Gruppierungen bestätigt

Beantwortung verschiedener Fragen im Landrat durch den Regierungsrates 1998:

RR Eduard Belsler beantwortet die drei inhaltlich zusammenhängenden Anfragen gemeinsam: Das in unserem Land über das heutige Asylrecht abzuwickelnde Zuwanderungsproblem pendelte sich in den letzten Jahren zu einem courant normal ein, was bedeutet, dass sich ständig etwa **2000 bis 3000 Personen** unter dieser Rechtsnorm im Kanton aufhielten. In den vergangenen

Jahren wurden die Probleme mit **zwei Durchgangszentren in Pratteln/Schweizerhalle und in Allschwil** bearbeitet und gelöst. Zudem hat der Kanton über kollektive oder dezentrale Unterkünfte in Gemeinden die Aufgabe übernommen und Asylsuchende im Ausmass von 1 bis 1,25 Prozent der Bevölkerung aufgenommen.....Zu den Zahlen: Die VSD rechnet damit, dass bis Ende Jahr etwa 1000 Personen mehr als im letzten Jahr, also **4250 Personen** im Kanton Schutz suchen werden. Dies bedingt etwa 600 zusätzliche Betten. Diese Prognosen stützen sich darauf, dass die Monatszuweisungen von 110 im Juli über 170 im September auf deutlich über 200 im Oktober angestiegen sind. Ein zweiter Indikator ist die Situation bei den Bundesempfangsstellen und den dritten liefern die allgemeinen Informationen aus dem Kosovo. Das Unsicherheitsmoment für die weitere Entwicklung in den nächsten Wochen ist gross.... Der Kanton will die Aufgabe nicht einfach an die Gemeinden abschieben, er ist mit dem Durchgangszentrum Laufen ganz direkt engagiertZum Asylspitzen-Kanton Baselland: Der Kanton Baselland wird in der Zuweisung absolut gleich behandelt und hat nun, weil das Laufental dazugekommen ist nicht mehr einen Anteil von 3,6, sondern von 3,8 Prozent der nationalen Zahlen.

Im Kanton stehen zur Zeit 1293 unerledigte Fälle an, das macht einen Anteil von 5,5 Prozent der gesamtschweizerisch unerledigten Fälle aus. Die Erklärung, dass die Fälle im Kanton Baselland langsamer erledigt werden als anderswo, stammt aus den Jahren 90 bis 92, als der Bund dem Kanton vor allem **Menschen aus Sri Lanka** zugewiesen hatte. Die Erledigungsverfahren für diese Personen sistierte der Bund, weil die Situation zuwenig günstig war, um die Menschen wieder in ihre Heimnat zurückschicken zu können. Der Gesamtbestand der AsylbewerberInnen und vorläufig Aufgenommenen im Kanton beträgt per 30. 9. 98 **3'363 Personen**. Zu einem temporären Aufnahmestopp im Baselbiet sagt der Regierungsrat klar Nein, weil die Situation mit den dargelegten Massnahmen und der Mithilfe der Gemeinden bewältigt werden kann.