



Wenig bis Nichts ist im Leben so wichtig, wie die eigene, intakte Gesundheit. Wer sie verliert, begegnet Hürden und Einschränkungen, sowohl im privaten, wie im öffentlichen Leben. Sicherlich: Unter dem Stichwort «Inklusion» wurden in den letzten Jahrzehnten etliche und grundlegende Fortschritte erzielt. Dennoch ist die körperliche und geistige Unversehrtheit nach wie vor und vielerorts Voraussetzung für eine uneingeschränkte Teilhabe.

Das gefährliche Zusammenspiel zwischen New Public Management, moderner Selbstoptimierung und aktivierendem Sozialstaat räumt dabei wenig Platz und immer weniger Verständnis für Versehr-

heit ein. So wird «Krank sein» zunehmend als lästig angesehen, weniger als Gebrechen denn als Makel, tendenziell selbstverschuldet, zwar schon zu beheben falls wirklich nötig, aber falls, dann bitte möglichst ohne fremde Hilfe und am liebsten auf eigene Kosten. Effizienz regiert, weil

K r a n k h e i t
s i c h n i c h t
l o h n t ; u n d s o
w e r d e n a u s
P a t i e n t : i n n e n
a m b u l a n t e
E i n g r i f f e u n d
n a c h A r b e i t s -
u n f ä l l e n a u s
I n v a l i d e n
W i e d e r e i n z u -
g l i e d e r n d e .
W e r G l ü c k

(lies: Geld) hat, kann sich mitunter besser behaupten, denn grundsätzlich gilt: je prekärer die Lebensumstände, desto prekärer die potentielle medizinische Versorgung. Und je prekärer der Aufenthaltsstatus, desto prekärer die Lebensumstände.

«Armut macht krank und Krankheit macht arm.»

Somit ist ein Grossteil aller Migrant:innen per Definition benachteiligt. Es folgen drei Aspekte zur Illustration des grösseren Ganzen. (cas)

Zu gesund für die IV, zu krank für den Arbeitsmarkt Seiten 2-3

New Public Management im Gesundheitswesen Seiten 4-5

Gesprächsangebot für Geflüchtete und Sans-Papiers Seite 6

«Pikett Asyl» nun überregional aktiv Seite 8

Zu gesund für die IV, zu krank für den Arbeitsmarkt

Seit 2005 ging die Zahl der IV-Rentner:innen in der Schweiz stetig zurück. Der Bund spricht von erfolgreicher Eingliederung, mittlerweile ist jedoch belegt, dass der Abbau auch zu Lasten der Sozialhilfe erfolgte. Wenn aber kranke Menschen statt einer Invalidenrente Sozialhilfe beziehen, dann muss etwas schief gelaufen sein. Eine Kurzanalyse.

Seit Beginn der 1990er Jahre hat sich die finanzielle Situation der Invalidenversicherung (IV) zunehmend verschlechtert. Dies führte in den letzten 20 Jahren zu einer Verschärfung der Rentenpraxis. Einerseits durchlief die IV mehrere Revisionen mit dem Ziel der finanziellen Sanierung. Dazu bedurfte es rigider Sparmassnahmen, wodurch die IV letztlich eine grundlegende Neuausrichtung erfuhr. Mit den insgesamt vier

«Gemäss IV könnte ein Bauarbeiter, der in seinen 50ern starke Rückenbeschwerden bekommt, noch eine leichte Arbeit in einem Lager verüben. In der Berufsrealität finden sich solche Stellen jedoch trotz Umschulung kaum, vor allem nicht für Personen, die jahrzehntlang in einem anderen Bereich gearbeitet haben und schon gar nicht mit Mitte 50.»

Revisionen seit 2004 wurde aus einer Rentenversicherung schrittweise eine Eingliederungsversicherung geschaffen. Dahinter steht der Gedanke, dass mit verschiedenen Anreizen und den richtigen Unterstützungsmassnahmen mehr Be-

troffene in den ersten Arbeitsmarkt reintegriert werden können. Andererseits werden verschiedenste Krankheitsbilder nicht mehr bzw. nur unter äusserst erschwerten Bedingungen als Grund für eine IV-Rente anerkannt. Dazu gehören beispielsweise somatoforme Schmerzstörungen, Schleudertraumata oder verschiedene psychische Erkrankungen.

Trotz der leichten Zunahme der letzten beiden Jahren, wird aus der obenstehenden Grafik ohne weiteres ersichtlich, dass sich die Anzahl der IV-Rentner:innen seit 2005 deutlich verringert hat. So wurden 2021 gut 12 % weniger IV-Renten ausbezahlt – und das, obschon die Gesamtbevölkerung im selben Zeitraum um rund 18 % gewachsen ist. Eine Studie des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) aus dem Jahr 2020 zeigte zudem, dass heute gut 40 % weniger Neurenten zugesprochen werden, wie noch im Jahr 2003.

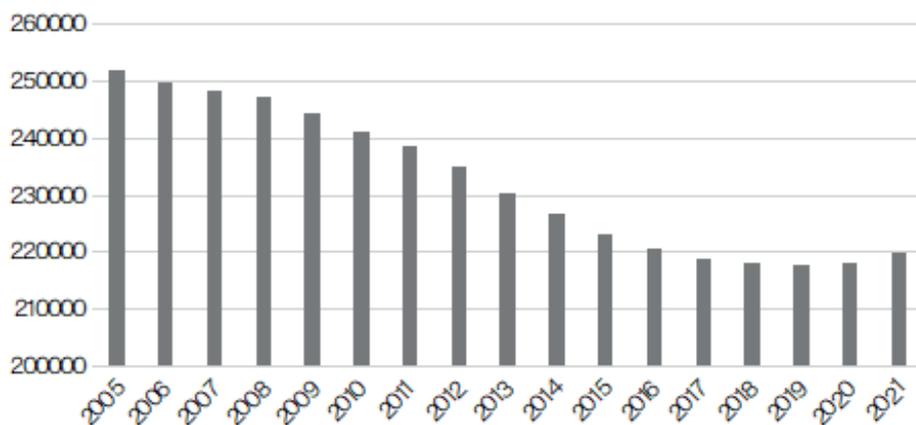
Fragwürdige IV-Praxis

Auch die Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades führt dazu, dass viele Versicherte trotz Arbeitsbeeinträchtigung keine oder nur eine geringe Rente erzielen. Der Invaliditätsgrad ergibt sich

aus der Gegenüberstellung des letzten Erwerbseinkommens und einem fiktiven Invalideneinkommen, das die Betroffenen gemäss IV trotz ihrer Beeinträchtigung noch erzielen können. Ab einer Differenz von 40 % besteht ein Anspruch auf eine IV-Rente, ab 20 % auf eine Umschulung. Bei einer Berufssportlerin, die aufgrund eines Unfalls nur noch im kaufmännischen Bereich arbeiten und deshalb nicht mehr CHF 150'000.00, sondern nur noch CHF 75'000.00 erwirtschaften kann, besteht eine Einkommenseinbusse und folglich ein Invaliditätsgrad von 50 %. Stossend ist die Berechnungsmethode insbesondere für jene Personen, die ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielen. Denn die IV greift beim hypothetischen Invalideneinkommen auf statistische Medianlöhne zurück. Für das tiefste Kompetenzniveau geht sie bei Männern von einem Monatslohn von CHF 5'417.00 aus, bei Frauen von CHF 4'371.00. Diese fiktiven Lohnvorstellungen der IV haben mit dem realen Arbeitsmarkt nur wenig zu tun. Einerseits handelt es sich dabei um Durchschnittslöhne von gesunden Personen, welche gesundheitlich Beeinträchtigte nachweislich kaum erwirtschaften können. Andererseits sind diese Löhne insbesondere für strukturell benachteiligte Menschen, wie beispielsweise viele Migrant:innen, ohnehin illusorisch.

In der Konsequenz fällt die errechnete Lohneinbusse bei Geringverdie-

Total IV Renten 2005 - 2021



ern oftmals zu tief aus. So auch im öffentlich debattierten Fall Abazaj, die vor ihrem Unfall ein Jahreseinkommen von CHF 49'821.—verdiente und gemäss IV nun mit unfallbedingter Einschränkung CHF 52'780.— erwirtschaften können soll. In Ihrem Fall beträgt der Invaliditätsgrad 0 %, obschon sie körperlich stark eingeschränkt ist. Damit hat sie weder Anspruch auf eine Rente, noch auf eine Umschulung. Das Bundesgericht stütze diesen IV-Entscheid jüngst entgegen immer lauter werdender Kritik aus Fachkreisen. Immerhin bemängelte auch das Gericht die Lohnstatistiken der IV und stellte fest, dass es Aufgabe des Bundesamtes für Sozialversicherungen sei, zeitnah eine Veränderung anzustossen.

Abbau der IV auf Kosten der Sozialhilfe

Auch wenn der Eingliederungsansatz in der historischen Entwicklung weniger mit Gesellschafts-, als mit Finanzpolitik zu tun hat, ist er grundsätzlich nicht unsympathisch. Oftmals erweist er sich aber als unrealistisch. Denn obwohl es nach Ansicht der IV in den allermeisten Fällen noch eine zumutbare Arbeit gibt, entspricht dies kaum der Arbeitsmarktlage. Beispielsweise könnte ein Bauarbeiter, der in seinen 50ern starke Rückenbeschwerden bekommt gemäss IV noch eine leichte Arbeit in einem Lager verüben. In der Berufsrealität finden sich solche Stellen jedoch trotz Umschulung kaum, vor allem nicht für Personen, die jahrzehntelang in einem anderen Bereich gearbeitet haben und schon gar nicht mit Mitte 50. Es wäre daher Aufgabe der IV, bessere Voraussetzungen zu schaffen, damit den Betroffenen der neue Berufseinstieg auch tatsächlich ermöglicht wird.

Lange Zeit begründete der Bund die abnehmende Anzahl an IV-Renten mit der erfolgreichen (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen in den Arbeitsmarkt. Die Neuausrichtung der IV führte auch tatsächlich dazu, dass mehr Personen in den Arbeitsmarkt reintegriert werden konnten. Gleichzeitig wurden aber auch mehr Personen abgewiesen, die in der Folge Sozialhilfe beziehen mussten. Eine Studie des Büro BASS konnte diesen Zusammenhang nun nachweisen. Im Jahr 2017 etwa handelte es sich immerhin bei 4,2 % aller Sozialhilfedossiers um Personen, die vorher IV-Leistungen bezogen haben. Hierbei nicht eingerechnet sind jene Menschen, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen von der IV abgewiesen wurden. Diese Verschiebung in die Sozialhilfe ist höchst problematisch. Die Sozialhilfe hat zwar ebenfalls den Auftrag, die berufliche Integration der Betroffenen zu fördern. Jedoch handelt es sich hier um gesundheitlich stärker belastete Personen, die spezifische Eingliederungsmassnahmen benötigen. Die Sozialhilfe kann diesen Auftrag angesichts der limitierten Ressourcen und Möglichkeiten kaum wahrnehmen.

Besonders gravierend für Ausländer:innen

Für Ausländer:innen ist diese Entwicklung besonders schwerwiegend. Denn nicht nur fand in den letzten Jahren eine Verlagerung von der IV zur Sozialhilfe statt, sondern wurde auch die Migrationspolitik stärker an die Sozialpolitik gekoppelt. Wie wir bereits in unserer 10. Ausgabe dargelegt haben, laufen Ausländer:innen, die Sozialhilfe beziehen Gefahr, ihren Aufenthaltsstatus in der Schweiz zu verlieren. Dies betrifft insbesondere auch

jene Menschen, die trotz einschneidender gesundheitlicher Beschwerden von der IV abgewiesen wurden und Sozialhilfe beziehen müssen. Der IV-Abbau erfolgt somit auf Kosten der Ärmsten.

Es ist dringend Zeit für tiefgreifende Veränderungen. Ein Hoffnungsschimmer ist die Weiterentwicklung der IV, die 2022 in Kraft getreten ist. Dadurch wurden immerhin Voraussetzungen geschaffen, welche die Integration der Betroffenen in den Arbeitsmarkt verbessern sollen. Die Stossrichtung der IV-Weiterentwicklung geht somit zumindest in die richtige Richtung. (ls)

QUELLEN

- <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>
- <https://www.bernerzeitung.ch/bundesrat-soll-iv-praxis-rasch-aendern-839620203962>
- <https://soziale-sicherheit-chss.ch/de/der-strategiewechsel-der-iv-in-ersten-beurteilungen/>
- Guggisberg/Bischof, Entwicklungen der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe, Forschungsbericht Nr. 8/20, BASS, Bern, August 2020, abrufbar unter: <https://bit.ly/3Du3xhs>
- <https://www.inclusion-handicap.ch/de/politik/iv-weiterentwicklung-519.html>

New Public Management im Gesundheitswesen

Es läuft etwas schief im Schweizer Gesundheitswesen. Spar- und Zeitdruck führen zu unzumutbaren Arbeitsbedingungen und mitunter «herzlose» Umgang mit Patient:innen. Migrant:innen sind auch hier an vorderster Front betroffen, da sie oftmals sozial benachteiligt sind. Lassen sich derartig systemische Missstände überhaupt beheben? Ein Einblick.

Die Arbeit im personenbezogenen sozialen Dienstleistungssektor wie z.B. in Schulen oder Spitälern ist personalintensiv und zeichnet sich generell durch mangelnde Ressourcen zur Bewältigung der eigentlich geforderten Aufgaben aus. Fallpauschalen, Benchmarking, Kostenoptimierungsdruck: Die neoliberale Steuerungs- und Wettbewerbslogik ist im Gesundheitswesen omnipräsent und hat strukturelle Schwierigkeiten noch verschärft. New Public Management führte dabei nicht zu weniger, sondern zu mehr Bürokratie. Die Erfassungs- und Dokumentationspflicht für quantifizierbare und abrechenbare Leistungen hat über die Jahre zugenommen, um die erforderlichen Zahlen für die Kosten- und Wettbewerbsmassstäbe zu generieren. Durch die tendenziell kürzere Verweildauer ist der Durchlauf an Patient:innen höher – was wiederum einen administrativen Mehraufwand für das Personal nach sich zieht, um eine angepasste Behandlung und die damit verbundene Planung sowie entsprechende Abklärungen aufzugleisen. Betroffen davon ist auch die Organisation der Versorgung der Patient:innen nach dem Spitalaufenthalt. Die Strategie «Ambulant vor Stationär» bedeutet zudem, dass der Behandlungsbedarf der Patient:innen, die weiterhin im Spital behandelt werden, höher und komplexer ist. All diese Entwicklungen werden mit einem insgesamt stagnierenden Personalschlüssel und einer

Verkürzung der verfügbaren Einsatzstunden vollzogen.

Ist das Pflegepersonal am Anschlag...

Die Erstellung von Dienstplänen und die Organisation der Bettenbelegung, die insbesondere in den Wintermonaten faktisch oftmals bei über 100 Prozent liegt, erweisen sich vor diesem Hintergrund zunehmend als Sudoku-Rätsel für Fortgeschrittene. Bereits vor der Corona-Pandemie waren die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich kaum zumutbar. Diese beinhalten eine hohe Arbeitsintensität mit fehlenden Erholungsmöglichkeiten bei gleichzeitigem erforderlichem, hohem Konzentrationsniveau. Notabene in einem Arbeitsumfeld, welches generell einer laufenden Neubeurteilung der einzelnen Patient:innesituationen sowie der Priorisierung der Vielzahl der zu erledigenden Arbeiten bedarf. Neunstündige Schichten ohne Pausen sind keine Seltenheit. Oftmals versuchen Pflegenden die unzureichende Personaldecke durch einen höheren Arbeitseinsatz zu kompensieren. Die Folgen sind jedoch Erschöpfung, höhere Krankenstände, kürzere Berufsverweildauer und Flucht in die Teilzeitarbeit. Von der fehlenden Betreuungsmöglichkeit Auszubildender noch gar nicht zu sprechen. Die Zuspitzung dieser Bedingungen durch die vergangenen Corona-Wellen zeigten auf dramatische Art und Weise die bestehenden strukturellen Missstände auf. Ein Blick dorthin, wo es

unmittelbar um Leben und Tod geht, lässt indes feststellen, dass bereits im neoliberalen Normalbetrieb eine angemessene und vorausschauende Versorgung kaum zu erreichen war. Dies trifft insbesondere auch auf die Bildungsaufgaben und sozialarbeiterischen Tätigkeiten des Pflegeberufs zu.

...spüren es die Ärmsten als Erste

Sozial benachteiligte Personen bekommen dies generell umso härter zu spüren. Ein Spitalaufenthalt entspricht meist nicht einem linearen Verlauf von Krankheit zu Genesung durch gezielten Einsatz von Behandlungen. Vielmehr wirft ein Spitalaufenthalt Fragen und Unsicherheiten sowohl bei den Patient:innen als auch beim Personal auf. Die Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältig und die Behandlungsauswirkungen durch Unsicherheit geprägt. Die Herausforderung liegt darin, in einem Arbeitsbündnis zwischen Personal und Patient:innen gemeinsam angepasste Optionen zu eruieren und abzuwägen. Patient:innen werden zum Teil mit lebensentscheidenden Befunden konfrontiert und müssen befähigt werden, einen Umgang mit den damit verbundenen körperlichen Einschränkungen im Lebensalltag nach dem Spitalaufenthalt zu finden. Dabei spielt nicht nur die Schulung der Patient:innen im Umgang mit Medikamenten und technischen Hilfsmitteln eine Rolle, sondern auch der Miteinbezug des

«Es ist von zentraler Bedeutung, gegen die voranschreitende Vermarktlichung des Gesundheitswesens zu kämpfen.»

sozialen Umfelds oder die Organisation entsprechender Unterstützungsangebote. Dieser Prozess ist nicht standardisierbar, da immer auf den Einzelfall eingegangen werden muss. Die notwendige Zeit für entsprechende Abklärungen zu einer ganzheitlicheren Behandlung muss jedoch im meist dichten und schwer planbaren Arbeitsalltag regelrecht erkämpft werden. Der Zeitdruck und der Aufwand zur Sicherstellung der unmittelbaren Versorgungsbedürfnisse, wofür bereits zu wenig Personal vorhanden ist, lässt längere Gespräche zur Herausarbeitung individueller Problemlagen zu einem Mehraufwand werden, der die ohnehin schon knappe Zeitplanung einer Schicht über den Haufen werfen kann. Gleichzeitig sind es gerade sozial benachteiligte Personen mit fehlenden Ressourcen, die für eine adäquate Nachversorgung auf solche Abklärungen besonders angewiesen sind, bevor sie entlassen werden. Hierzu zwei Beispiele.

Es ist ein strukturelles Problem

Ein 80-jähriger Patient wird nach dem Prinzip «ambulant vor stationär» im Anschluss an eine Herzkatheteruntersuchung um 20 Uhr abends nach ärztlicher Planung auf den Austritt vorbereitet. Der Mann wohnt im Jura, ist für die Rückkehr auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen und müsste ein Wegstück zu Fuss zurücklegen, um sein Dorf zu erreichen. Er ist sich nicht sicher, ob er dies noch alleine schaffen würde und kann

niemanden organisieren, um ihn abzuholen. Nur das Einlenken und Insistieren beim Kardiologen durch eine Kollegin, die zuvor mit dem Patienten im Austausch war, ermöglicht, dass er nicht entlassen wird und über Nacht im Spital bleiben kann. Die kurze Verweildauer bei vielen Standardeingriffen verhindert teilweise dieses Zustandekommen von Gesprächen, in welchen Patient:innen mögliche Probleme in der Nachversorgung überhaupt zur Sprache bringen können. Die Einschränkungen, die durch einen gebrochenen Arm oder bereits durch einen gebrochenen Finger entstehen, können die Bewältigung des Alltags für Alleinerziehende mit Sorgearbeitsverpflichtungen oder für Alleinstehende erheblich beeinträchtigen oder gar verunmöglichen. Bei Personen mit Migrationshintergrund, die sich im schweizerischen Gesundheitssystem nicht auskennen, können fehlende Sprachkenntnisse die Situation zusätzlich erschweren. Beispiel: Bei einem eritreischen Patienten, der nur gebrochen Deutsch spricht, steht die Entlassung an. Er war für einen Alkoholentzug in Behandlung, gleichzeitig wurde bei ihm eine Entgleisung des Blutzuckers festgestellt. Eine Kollegin im Dienst bemerkt, dass die Planung einer notwendigen Diabetessprechstunde mit Dolmetscher:in, damit der Patient zu Hause selbstständig die Behandlung mit Insulinen vornehmen kann, unterlassen wurde. Darauf angesprochen meint die verantwortliche Assistenzärztin, dass sie sich nicht sicher sei, ob der Patient zu einem kompetenten Umgang mit Insulinen fähig wäre. Deshalb räumt sie der Organisation der Sprechstunde keine Priorität ein. Die Kollegin der Pflege kann durch den engeren Austausch mit dem Patienten jedoch darlegen, dass er sich ihrer Einschätzung zur Folge die nötigen Kenntnisse aneignen könne, da er beispielsweise ein Smartphone besitzt und Nummern einwählen kann und sie zusammen die entsprechende WLAN-Verbindung eingerichtet haben. Ihr Einsatz, welcher in diesem Arbeitsumfeld immer als beträchtlicher Mehraufwand aufgefasst werden muss, ermöglicht erst die Aufgleisung einer angepassten Nachversorgung. Die oftmals notwendige Übersetzungsarbeit wird meist informell durch Angehörige oder nach Möglichkeit durch Personal, das die Sprache spricht, freiwillig erbracht.

Die dargelegten Fälle sind Schlaglichter, zeigen jedoch Dimensionen eines strukturellen Problems auf: Die adäquate und gleichzeitige Versorgung zahlreicher Klient:innen bzw. Patient:innen mittels ungenügender (Personal)ressourcen begünstigt Simplifizierungen in der Arbeits-

priorisierung, die schlimmstenfalls an rassistische und sexistische Stereotypen anlehnen. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Personaleinsparungen leisten dadurch Formen der Diskriminierung in der Versorgung innerhalb sozialstaatlicher Einrichtungen und folglich der Reproduktion und Verfestigung sozialer Ungleichheiten Vorschub. Dieser Misstand und die dadurch entstehenden Diskriminierungseffekte in wohlfahrtsstaatlichen Institutionen wurden beispielsweise durch Lipsky in seiner Studie «Street-Level Bureaucracy» und von Aulenbacher im deutschsprachigen Raum herausgearbeitet. Zu dieser Dynamik gehört auch die Zuschreibung des Pflegenotstandes auf einzelne Patient:innen, die nicht mehr für sich selbst sorgen können oder von ihrem Umfeld versorgt werden müssen, anstatt darin einen gesellschaftlichen Misstand zu erkennen.

«Gesundheit ist keine Ware!»

In der Tat müsste diese so selbstverständlich erscheinende Forderung auch umgesetzt werden, um eine bedürfnisorientierte und niederschwelligere Versorgung zu erreichen. Denn trotz bestehender Gesundheitsinstitutionen macht Armut weiterhin krank und Krankheit arm, wie der Sozialmediziner Gerhard Trabert nicht müde wird zu betonen. Umso wichtiger ist es, sich für eine adäquate Behandlung von sozial diskriminierten Personen im bestehenden System und sich folglich auch für bessere Arbeitsbedingungen des Personals und allem voran gegen die neoliberale Steuerung des Gesundheitswesens einzusetzen. Gesundheit darf nicht nur auf Aspekte der Behandlung und Versorgung reduziert werden und kann nur durch bessere soziale Bedingungen und damit nur durch eine Verbesserung der Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen erreicht werden. Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, gegen die voranschreitende Vermarktlichung dieser Bereiche zu kämpfen. Kommunale Gesundheitseinrichtungen, die diese Aspekte in einer integralen Versorgung in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen, Pfleger:innen, Sozialarbeiter:innen und der Bevölkerung berücksichtigen, können dabei künftig eine wichtige Rolle spielen. (vgl. bspw. **Stadtteil-Gesundheitszentrum Neukölln**; <https://www.arte.tv/de/videos/100300-096-A/re-gesundheit-fuer-alle/>). (smm)

«Es ist gelogen, dass man den Leuten nichts mitgeben kann.»

Der Zugang zu psychologischen Angeboten ist für Migrant:innen mit prekärem Aufenthaltsstatus oft schlecht oder gar nicht vorhanden. Seit verganginem Jahr bietet eine Gruppe von Aktivist:innen ein kostenloses psychologisches Gesprächsangebot für Geflüchtete und Sans-Papiers an. Wir haben mit einer der Initiant:innen des Projekts gesprochen.

Kannst du kurz umreissen, was ihr für eine Gruppe seid und was euch zusammengebracht hat?

Es ist im Prinzip einfach eine Gruppe aus Psychologie-Studierenden, die alle ein politisches Interesse daran haben, etwas gegen die Zustände im Migrationssystem im psychologischen Bereich zu machen. Die Gruppe hat sich gebildet aus aktivistischen Erfahrungen einzelner Leute, die gemerkt haben, dass man im Migrationsbereich immer wieder mit psychischen Schwierigkeiten von Menschen konfrontiert ist. Wir wollten hier eine neue Struktur schaffen.

Wie seid ihr zu der konkreten Form gelangt, die ihr für eure Arbeit gefunden habt?

Es sind im Wesentlichen Limitationen, von welchen wir als Gruppe ausgehen. Was die Menschen oft bräuchten, wäre eine engere therapeutische oder professionelle Begleitung – als Psychologiestudierende haben wir aber die ganz klare Limitation, dass wir genau das leider nicht anbieten können. Eine weitere Limitation zeigt sich bei Zeit als Ressource: weil bei uns allen die Zeit relativ beschränkt ist, sind wir auf ein Gruppen-Setting gekommen. Davon ausgehend haben wir mit berücksichtigt, dass psychologische Angebote oft sehr unzugänglich sind, etwa für Leute aus den

Camps aber auch Sans-Papiers. Deshalb waren Zugänglichkeit und Niederschwelligkeit für uns zu Beginn zentral. Wir haben angefangen einen offenen Nachmittag anzubieten und haben das jetzt – nach einem dreiviertel Jahr – unterbrochen. Weshalb? Weil wir gemerkt haben, dass die Niederschwelligkeit wiederum etwas anderes einschränkt: nämlich die Vertraulichkeit, den Beziehungsaufbau und die Nähe, die es braucht für psychologische Gespräche. Was wir jetzt versuchen wollen, ist, dass sich Leute erst anmelden und dass wir Kurzzyklen durchführen, die angepasst sind an einen Alltag, in welchem die Betroffenen in drei Wochen vielleicht wieder woanders sind. Wo aber trotzdem wichtige Themen besprochen werden, wie etwa der Alltag im Camp, Schlaf, Angst, Depression etc. Und sicher wäre es ideal, wenn selber betroffene Leute in unserer Gruppe involviert wären. Das ist allerdings ganz schwer umzusetzen.

Wie finden die Leute den Weg zu euch?

Sie kommen zu 95% über eine Unterstützungsperson, die vor allem Leute unterstützt, die Farsi sprechen. Zu Beginn sind auf diese Weise eine bis 10 Personen pro Nachmittag zu uns gekommen. Dann gab es einzelne Leute, die unseren Flyer gesehen haben oder über eine Bekannte an uns weitervermittelt wurden. Die Flyer haben aber relativ wenig gebracht, das war

etwas ernüchternd. Andererseits möchte ich mir unsere Überforderung gar nicht erst vorstellen, wenn plötzlich Menschen mit fünf bis sechs verschiedenen Sprachen und kulturellen Hintergründen da gestanden hätten. So gesehen ist es auch ein Glück, dass wir schon in diesem sehr beschränkten Rahmen die Möglichkeit hatten festzustellen, wie anspruchsvoll das ganze ist.

Mit welchen Erwartungen kamen denn die Teilnehmer:innen zu euch?

Einige haben sich hingesetzt und gesagt, «mir geht es nicht gut und ich brauche Hilfe.» Oder sie haben sehr spezifisch gesagt «ich schlafe nicht gut, könnt ihr mir Tipps geben?» oder «ich fühle mich verfolgt, was kann ich da machen?». Das war vielleicht so die Hälfte der Leute; die waren vielleicht auch eher neugierig, mal vorbeizukommen und zu schauen, was wir so machen. Weil es ihnen nicht gut ging aber sie vielleicht nicht direkt darüber reden konnten oder wollten. Hier stellte die Rahmung des offenen Treffpunkts dann ein Problem dar, weil die Leute oft zu unterschiedlichen Zeiten kamen, nicht immer die gleiche Sprache sprachen, sich manchmal kannten, manchmal aber auch nicht, etc. Häufig waren diejenigen, die mit spezifischen Fragen und Erwartungen zu uns gelangten dann ein bisschen enttäuscht. Das liegt natürlich auch an der Thematik,

denn ein Thema wie Angst psychologisch wirklich zu bearbeiten, das ist etwas, das nicht so schnell geht.

Ein anderes Problem ergab sich daraus, dass wir von Anfang an eine Kinderbetreuung vor Ort haben wollten. Weil dann aber eben auch Kinder da waren, die im Raum rumrannten, wurden die Gespräche erschwert. Ich denke, viele sind zwar froh, dass es bei uns diese Kinderbetreuung gibt, denn dadurch haben wir den Leuten quasi Entspannung verschafft, aber das war natürlich nicht das, was wir erwartet hatten – wir wollten ja keine Kita zur Verfügung stellen. Aber grundsätzlich ist das etwas vom Spannendsten im gesamten Prozess: dass unsere Erwartungshaltung und diejenige der Leute nicht unbedingt die gleiche ist.

Es geht also auch um die Rahmenbedingungen, die nötig sind, um ein psychologisches Gespräch überhaupt führen zu können.

Total. Und dann kommt noch dazu, dass Gesprächsberatung ein westliches Konzept ist. Diese Idee, dass wir ganz neutral über unseren psychischen Zustand reden und den Dingen einen Namen geben und einsehen, dass wir jetzt professionelle Hilfe brauchen. Das ist etwas, das hier über viele Jahrzehnte entstehen und eine Endstigmatisierung durchlaufen musste. Zu unseren Treffen kommen aber auch Menschen, die überhaupt keinen Sinn darin sehen, zu Reden. Die eher Handeln möchten, sich ablenken, etwa mit Sport. Oder die sagen: «Warum soll ich über meine Probleme reden, ich habe total praktische Schwierigkeiten im Leben. Ich bräuchte jetzt einfach diesen Asylentscheid».

Ein häufiges Argument mit welchem die schlechte psychologische Versorgung im Asylwesen verteidigt wird, lautet:

«Man muss keine Traumatherapie machen, um jemandem helfen zu können.»

«Wir können keine Therapie anfangen, wenn die Leute noch im Asylverfahren sind. Denn wenn sie einen negativen Asylentscheid erhalten und mitten in der Therapie stecken, öffnen wir ein Fass, dass wir nicht mehr schliessen können.»

Das ist eine total selbstentlarvende Aussage. Es gibt selbstverständlich auch psychologische Unterstützung, die nicht therapeutisch in die Tiefe geht. Man muss keine Traumatherapie machen um jemandem helfen zu können. Es gibt ganz klare Ansätze wie Psychoedukation, wo zunächst geklärt wird, welche Symptome vorliegen und worauf die hindeuten – das alleine kann schon helfen. Ein Kontext von überhaupt mal reden und gehört werden kann schon helfen. Dann gibt es ganz simple Verfahren wie Entspannungsübungen, Rituale, Tagesstrukturen und Routinen, die nachweislich die psychische Gesundheit massiv verbessern. Oder soziale Kontakte und Netzwerke – einer der höchsten Resilienzfaktoren überhaupt. Also es ist einfach gelogen, wenn man sagt, dass man

den Leuten nichts mitgeben kann, weil man je nach Ausgang des Asylverfahrens abrechnen muss. Es gibt vieles, was man Leuten immer mitgeben und aufzubauen versuchen kann. Und wir haben uns als Gruppe auf genau diese Dinge fokussiert. Auf niederschwellige, sog. stabilisierende Verfahren, die in formalisierteren Therapieansätzen meistens im Vorfeld einer Therapie angewandt werden.

Wie kann man euch unterstützen?

Unterstützung können wir sicher brauchen bei Übersetzer:innen und im bekannter machen dieses Projekts. Häufig ist es auch gut, wenn die Leute von einer Vertrauensperson begleitet werden beim ersten Treffen oder wenn jemand hilft bei der Kontaktaufnahme. Das ultimative Ideal wäre natürlich, wenn wir Leute weiter verweisen könnten an solidarische Psychotherapeut:innen, wenn das Netzwerk wächst. Und unser Ideal als Gruppe ist sicher auch, mehr politische und angriffige Arbeit zu machen. Eben nicht «nur» unterstützend da zu sein für Leute, die betroffen sind, sondern auch aktiv Kritik zu üben und aufmerksam zu machen auf die Situation. (mb)

KONTAKT

gespraechsangebot@riseup.met

Impressum

Redaktion, Layout & Lektorat

Moritz Bachmann (mb)
Moreno Casasola (cas)
Stephy-Mathew Moozhiyil (smm)
Linda Spähni (ls).

2500 Exemplare

Spendenkonto

Basellandschaftliche
Kantonalbank
4410 Liestal/H
PC 40-44-0
Clearing Nr. 769
IBAN CH6800769016310143829

Kontakt

Freiplatzaktion Basel
Elsässerstrasse 7
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 691 11 33
infos@freiplatzaktion-basel.ch
www.freiplatzaktion-basel.ch



«Pikett Asyl» nun überregio- nal aktiv



Seit mittlerweile drei Jahren werden alle Asylsuchenden von einer ihnen zugeordneten Rechtsvertretung durch das Asylverfahren begleitet, zumindest erstinstanzlich. Für das zweitinstanzliche Verfahren fällt diese Vertretung oftmals unverhofft weg: der Moment, in welchem der Verein «Pikett Asyl» auf den Plan tritt. Bislang nur in Zürich, neu nun überregional.

Ein kurzer Auffrischer: Seit dem 1. März 2019 werden asylsuchende Personen in der ersten Phase ihres Verfahrens in sogenannten Bundesasylzentren (BAZ) untergebracht. Alle Personen, die seitdem in der Schweiz ein Asylgesuch gestellt haben bzw. stellen, werden von einer ihnen zugeordneten Rechtsvertretung durch ihre Verfahren begleitet. Nach einem negativen oder Nichteintretens-Entscheid ist diese jedoch zur Niederlegung ihres Mandats verpflichtet, wenn sie zum Schluss kommt, dass eine Beschwerde vor Bundesverwaltungsgericht (BVGer) wenig Aussicht auf Erfolg hat. Dies sieht das Asylgesetz so vor. Legt die Rechtsvertretung ihr Mandat nieder, so stehen die Betroffenen mit einer fünf- oder siebentägigen Beschwerdefrist mehr oder weniger alleine da.

Wenn eine derartige Beschwerde aus systemischen Gründen nicht eingereicht wird, untergräbt dies das Recht der asylsuchenden Menschen, sich gegen Entschiede wehren zu können. Nicht selten kommt es nämlich vor, dass sich die Einschätzung der zugeordneten Rechtsvertretung als falsch erweist – schliesslich ist niemand unfehlbar. Und bisweilen gibt es auch sehr gute Gründe für eine vermeintlich oder tatsächlich «aussichtslose» Beschwerde. Sei es, wirklich alles innerhalb der eigenen und gesetzlichen Mög-

lichkeiten probiert zu haben, etwas Zeit für irgendein Anliegen zu gewinnen oder aus Rechtfertigungsdruck gegenüber Angehörigen («weshalb hast du denn keine Beschwerde gemacht?»).

Eine nicht ganz einfache Ausgangslage

Genau hier setzt die Arbeit des Vereins «Pikett Asyl» an. Ziel ist es, dass alle asylsuchenden Personen, deren Rechtsvertretung das Mandat niedergelegt hat, niederschweligen Zugang zu einer unabhängigen Rechtsvertretung – ausserhalb des BAZ – erhalten und über diese eine Beschwerde einreichen lassen können, wenn sie dies wünschen. Dies kann zwar nicht in jedem Fall garantiert werden, aber so oft wie möglich. Gleichzeitig hat sich der Verein das Ziel gesetzt, über kurz oder lang Beratungsstrukturen in unmittelbarer Nähe aller sog. Ausreisezentren des Bundes aufzubauen also beispielsweise in Flumenthal (SO), Kappelen (BE) oder in Giffers (FR). Dazu fehlt derzeit zwar noch die notwendige Finanzierung, aber der Verein ist zuversichtlich. Schwieriger erweist sich die Beantwortung der Frage, wie derartige Strukturen überhaupt aufgebaut werden können, da die Zentren in Giffers und Flumenthal doch äusserst abgelegen liegen.

Nichts desto trotz startet der Verein mit frischem Elan und neuem Personal

seine Arbeit ab dem 1. September 2022 in den Büroräumlichkeiten der Freiplatzaktion Basel an der Elsässerstrasse 7 in Basel. Alle weiteren Infos zur Arbeit von «Pikett Asyl» sind auf folgender website zu finden:

www.pikett-asyl.ch