

# Going Home

## Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

### Editorial Januar 2021

Liebe Leserinnen und Leser

Schon lange bevor die ersten Auswirkungen des Coronavirus auf unsere Arbeit spürbar waren, hatten wir beschlossen, uns mit dem medizinischen Aspekt der Rückkehr zu befassen. Dieser Blickwinkel scheint uns heute von noch grösserer Relevanz zu sein. Die Pandemie wirkt sich erheblich auf die Rückkehrberatung aus. Dies zeigt sich in den Herausforderungen, mit denen wir beim Verfassen dieses Newsletters konfrontiert waren. Mitten in der «ersten Welle» haben sich Vertreterinnen und Vertreter des Lausanner Universitätszentrums für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit (Unisanté) zwischen zwei Krisensitzungen Zeit für uns genommen. Dabei durften wir miterleben, wie das Gesundheitspersonal zur Bewältigung dieser Krise mobilisiert wurde. Wir haben den Inhalt und den Zeitplan für diesen Newsletter mehrmals angepasst, weil sich die Prioritäten sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten, die wir stärker zu Wort kommen lassen wollten, als auch im Bereich der Rückkehrhilfe verschoben haben. So wurden unsere Mitarbeitenden in Genf neben ihrem Tagesgeschäft in die Bereitstellung von finanzieller Nothilfe an vulnerable Personen einbezogen. Trotz dieser Zusatzbelastung haben sie sich bereit erklärt, zu dieser Ausgabe des Newsletters beizutragen.

Im ersten Artikel zeigen wir auf, wie sich das Coronavirus konkret auf die Organisation der freiwilligen Rückkehr ausgewirkt hat. Der medizinische Aspekt war jedoch schon lange vor der Gesundheitskrise ein wichtiger Teil unserer Arbeit. Die Statistiken der letzten Jahre zeigen, dass immer mehr gesundheitlich angeschlagene Personen in ihr Herkunftsland zurückkehren. Wir zeigen die verschiedenen Massnahmen im Rahmen der Rückkehrorganisation auf, die medizinische Abklärungen erfordern. Zwei Beiträge aus den Kantonen befassen sich mit der Zusammenarbeit zwischen den Rückkehrberatungsstellen und dem Gesundheitspersonal, die für ein reibungsloses Verfahren unabdingbar ist.

In einem weiteren Artikel lassen wir die Tochter einer Äthiopierin, die in ärztlicher Begleitung freiwillig in ihr Heimatland zurückgekehrt ist, zu Wort kommen. Wir befassen uns auch mit der Thematik der Rückkehr von psychisch erkrankten Personen, zunächst aus theoretischer Sicht und dann anhand von zwei konkreten Beispielen einer Rückkehrberatung.

Ein Interview mit der Abteilung von Unisanté, die auf die Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung spezialisiert ist, rundet diesen Newsletter ab. Dieser Austausch, bei dem es um kulturell bedingte Vorstellungen, Erklärungsmuster für Krankheiten und die Schwierigkeiten bei der Kommunikation ging, war für uns sehr bereichernd.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und danken Ihnen für die hervorragende Zusammenarbeit auch unter diesen besonderen Umständen. In der Hoffnung, dass das neue Jahr ein einfacheres werden wird, wünschen wir Ihnen alles Gute für 2021.

*Pier Rossi-Longhi, Leiter des IOM-Büros Bern*

### Inhalt

#### 1. Schwerpunktthema: Medizinische Probleme

- Freiwillige Rückkehr und Reintegration und COVID-19: Die Herausforderungen
- Medizinische Fälle und Programm SIM – Statistiken, Trends und Analyse 2018–2020
- Rückkehren von Personen mit medizinischen Problemen – Vorgehensweise von IOM

#### 2. Stimmen aus den RKB

- Impressionen aus dem Tessin
- Eindrücke aus Genf – Georgien als Herausforderung

#### 3. Medizinische Rückkehrhilfe aus Sicht einer Begünstigten

#### 4. Rückkehr von Personen mit psychischen Problemen

- Psychiatrische Berücksichtigungen
- Erfahrungen aus dem Aargau
- Erfahrungen aus Zürich

#### 5. Interview mit Unisanté



# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

## 1. Schwerpunktthema: Medizinische-probleme

### Freiwillige Rückkehr und Reintegration und COVID-19: Die Herausforderungen

Sylvie Heuschmann und Paul Marquardt, IOM Bern

Die Organisation einer freiwilligen Rückkehr stellt uns seit dem Ausbruch der Pandemie vor grosse Herausforderungen; sowohl in der Schweiz als auch in den Rückkehrländern.

Die Organisation von Flugreisen war monatelang fast ganz gestoppt. IOM unternahm in dieser Zeit alles, um jede Möglichkeit einer Rückkehrorganisation auszuschöpfen. Der Druck auf die Rückkehrberatungsstellen und auf das SEM war teilweise gross, da Personen monatelang auf ihre Rückkehr warten mussten. IOM war im ständigen Kontakt mit anderen Europäischen Büros, um eventuelle Kooperationen für Charterflüge zu besprechen. Und wenn keine kommerziellen Flüge zur Verfügung standen, hat IOM versucht, die Personen auf sogenannte „Rescue Flights“ zu buchen. Diese Flüge wurden von den Behörden der Zielländer organisiert und sollten vor allem dazu dienen, gestrandete Personen nach Hause zu bringen. IOM konnte so, trotz geschlossenen Grenzen und fehlenden kommerziellen Flügen, die Rückkehr von Personen nach Georgien, Kolumbien, El Salvador, Mongolei etc. organisieren.

Generell muss auch neu die Situation im Transit- und Herkunftsland sowie auch die Bestimmungen der Fluggesellschaften bei jeder Rückkehr einberechnet werden. Gewisse Transit- oder Zielländer verlangen COVID-19 Tests, teilweise werden diese nur in Englischer Sprache akzeptiert, für gewisse Destinationen muss man sich auf bestimmten Apps oder Online-Portale registrieren vor der Einreise, ohne diese man nicht ins Flugzeug einsteigen kann. Diese Einreisebedingungen ändern sich laufend und IOM stützt sich dabei auf die Informationen, die wir aus erster Hand von unseren Büros erhalten. Häufige Umbuchungen und Annullierungen der

Flüge gehören bei uns seit Monaten zur täglichen Arbeit. IOM, das SEM, die Kantone sowie auch alle anderen involvierten Stellen müssen immer genau darauf achten, dass die Personen, welche sich für eine Rückkehr angemeldet haben, rechtzeitig über die Veränderungen informiert werden, dass die notwendigen COVID-Tests verschoben werden können und dass die Ankunft mit den neuen Daten mit den IOM Büros vor Ort koordiniert werden können.

Auch die Reintegration im Rückkehrland war von der Pandemie betroffen. Direkt nach der Rückreise stellte sich in vielen Ländern die Frage wie die Rückkehrer Covid-Test und Quarantäne bezahlen sollten. Glücklicherweise konnte dafür in Zusammenarbeit mit dem SEM schnell eine Lösung gefunden werden.



Rückkehr eines Ehepaares in den Irak, begleitet von einem Arzt

Durch die Pandemie kam es oftmals auch zu Verzögerungen bei der Auszahlung der Reintegrationsunterstützung. Hierdurch kamen Migranten teilweise in finanzielle Bedrängnis und ad-hoc Lösungen (bspw. die Auszahlung von Teilen der Reintegrationsunterstützung in bar) mussten gefunden werden damit die Rückkehrer ihre täglichen Ausgaben decken konnten. Lockdown-Massnahmen in einigen Ländern verkomplizierten die Situation noch zusätzlich da die Migranten bspw. mit Problemen bei der Papierbeschaffung sowie der persönlichen Kontaktaufnahme mit IOM Personal konfrontiert waren.

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

Darüber hinaus konnten in den Ländern, in denen IOM Trainings Aktivitäten für Rückkehrer aus der Schweiz anbietet, diese oftmals nicht durchgeführt und Monitoringsbesuche nur telefonisch ausgeführt werden. Dort wo Trainings durchgeführt werden konnten, bspw. Afghanistan und Nigeria, war dies nur mit zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen (z.B. Maskenpflicht bei allen Teilnehmenden, Bereitstellung von Desinfektionsmittel, grössere Räumlichkeiten zur Wahrung des Mindestabstands) möglich.

Für 2021 wird erwartet, dass (medizinische) Reintegrationsmandate vermehrt auch zur Deckung von Covid-19 bezogenen Kosten genutzt werden.

IOM versucht täglich trotz diesen Herausforderungen die bestmöglichen Lösungen zu finden, um die Rückkehrenden zu unterstützen.

## Medizinische Fälle und Programm SIM – Statistiken, Trends und Analyse 2018–2020

*Rahul Combernous, IOM Bern*

Die IOM Bern unterstützt den Bund und die Kantone seit 2003 über das Programm SIM bei der Organisation der freiwilligen Rückkehr von vulnerablen Personen. Die Zahl der Fälle, die eine Beurteilung der Reisefähigkeit mittels eines Assessment of Travel Fitness (ATF) erfordern, nimmt stetig zu. Dies hat uns dazu veranlasst, uns näher mit diesem Thema zu befassen.

### Bereits 2019 war ein aussergewöhnliches Jahr

2019 war in vielerlei Hinsicht ein besonderes Jahr. Einerseits erfolgten 32,6 Prozent aller freiwilligen Ausreisen aus der Schweiz über das Programm SIM. Zum Vergleich: In früheren Jahren lag der Anteil der Ausreisen im Rahmen des SIM zwischen 20 und 25 Prozent. Andererseits nahm die Zahl der SIM-Ausreisen gegenüber dem Vorjahr um 36,4 Prozent zu (total: 461 Personen). Die zunehmende Anzahl Fälle von vulnerablen Personen widerspiegelt sich in der Anzahl medizinischer Fälle, die 46 Prozent aller Anträge eines SIM-Flugs ausmachten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass wir mit 237 ATF einen Rekordwert erreicht haben. Dies entspricht durchschnittlich einem ATF pro Arbeitstag und einer Zunahme von

54,9 Prozent zwischen 2018 und 2019.

Die IOM hat für 65 Ausreisen eine Begleitung organisiert (durchschnittlich alle 3,7 Arbeitstage). Der Anteil der ärztlichen Begleitungen im Vergleich zur Anzahl der geprüften medizinischen Dossiers blieb zwischen 2018 und 2019 bei rund 27,5 Prozent stabil. Wir stellen auch eine beträchtliche Anzahl Fälle fest, bei denen die Beurteilung keine Ausreise nach sich gezogen hat. Von den 47 Fällen (10 % mehr als 2018) sind 44 Personen mit gesundheitlichen Beschwerden nicht ausgereist, weil sie entweder untergetaucht sind (No-Show), sie es sich anders überlegt haben, sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat oder sie gestorben sind. Nur drei Personen wurden von der IOM als reiseunfähig eingestuft.

### Vorläufige Ergebnisse für 2020

Zwischen April und Juli fanden aufgrund der Covid-19-Pandemie praktisch keine Flüge statt. Auch Ende 2020 galten noch zahlreiche Flug- und Einreisebeschränkungen. Die Zahlen von Mitte November zeigen jedoch, dass die IOM Bern 130 medizinische Dossiers beurteilt und 86 Ausreisen von gesundheitlich vulnerablen Personen sichergestellt hat, darunter 18 begleitete Ausreisen. Wir stellen einen leicht rückläufigen Anteil der medizinischen Fälle fest. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Risikofaktoren / Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit Covid-19 einige Personen veranlasst haben, ihre Rückkehr hinauszuschieben oder darauf zu verzichten.

### Konsolidierung der Gesundheitsstatistiken

Wir haben unsere Statistiken um zehn medizinische Kategorien und 33 Unterkategorien erweitert. Im Jahr 2019 hat die IOM 44 Prozent psychiatrische Dossiers beurteilt. Mehr als ein Drittel dieser Dossiers wiesen einen Suchtbezug auf. Je 11 Prozent der Dossiers bezogen sich auf Herz-Kreislaufkrankungen und chronische Leiden, allen voran Diabetes. Krebserkrankungen machten 8,5 Prozent aus, bei körperlichen Beeinträchtigungen waren es 7,5 Prozent. Die übrigen Kategorien betrafen neurologische, respiratorische, hämatologische und übertragbare Krankheiten sowie Schwangerschaft. Auf sie entfielen insgesamt 18 Prozent der Fälle. Für das Jahr 2020 stellen wir vorläufig fest, dass die psychi-

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

atrischen Dossiers (alle Kategorien) 30 Prozent aller Ersuchen darstellen (gegenüber 47 % im Jahr 2018 und 44 % im Jahr 2019).

## Begleitete Ausreisen

Die IOM organisiert die Begleitung von Personen, die besonders in medizinischer Hinsicht als vulnerabel gelten. Im Jahr 2019 wurden Ausreisen in 24 Länder begleitet. Die betroffenen Personen wiesen folgende Erkrankungen auf: Sucht (38 %), Depression (29 %), Herz-Kreislaufkrankung (27 %), Krebs (24 %), Diabetes (20 %). Eine Begleitung wurde bei 55 Prozent der Krebskranken, bei 51 Prozent der psychiatrisch Erkrankten und bei 40 Prozent der Personen mit neurologischen Störungen empfohlen. Nicht in allen diesen Fällen wurde die begleitete Rückkehr tatsächlich durchgeführt. So wurden 12 der geplanten Ausreisen annulliert. Im Jahr 2020 betrafen 50 Prozent der begleiteten Ausreisen psychiatrisch erkrankte Personen, die in neun verschiedene Länder zurückkehrten.



Trainingskurse für Begünstigte in Afghanistan

## Schwerpunktländer

In den medizinischen Statistiken für das Jahr 2019 stand Georgien weiterhin an erster Stelle. Rund 30 Prozent der Ersuchen um Beurteilung entfielen auf dieses Land, in das 39 Prozent der begleiteten Ausreisen erfolgten. Sri Lanka machte nur 8,5 Prozent der ATF, aber 19 Prozent der begleiteten Ausreisen aus. Nach Algerien wurden keine begleiteten Ausreisen durchgeführt, obwohl 6 Prozent der ATF dieses Land betrafen. In Bezug auf Somalia und Afghanistan wurde bei allen medizinischen Fällen eine Begleitung empfohlen. Von den insgesamt 22 Fällen

konnten aber nur vier Ausreisen in diese Länder durchgeführt werden. Auch im Jahr 2020 machte Georgien 30 Prozent der ATF aus, gefolgt von Nigeria und Afghanistan mit weniger als 5 Prozent. Die Region Asien und insbesondere Sri Lanka war im Jahr 2020 stark untervertreten.

## Besonderheiten und Anpassung

Für die Beurteilung der ATF und die Flugempfehlungen ist die IOM Bern voll und ganz auf die medizinische Abteilung der IOM (Migrant Health Division, MHD) angewiesen. Unsere in Luftfahrtmedizin spezialisierten Fachärzte sollen eine sichere Flugreise gewährleisten. Dieses Ziel wird im Rahmen des Programms SIM erreicht.

Anhand der Statistiken werden operative Anpassungen vorgenommen, der qualitative Aspekt bleibt aber vorrangig. Wir müssen hier also eher von Wahrscheinlichkeit sprechen, als von einer Übereinstimmung zwischen Krankheiten und ärztlichen Befunden. Jeder Fall wird individuell beurteilt. Während in gewissen Fällen (z. B. Patienten mit Infusion oder Atmungsunterstützung, bettlägerige, psychisch instabile oder körperlich beeinträchtigte Personen) die Befunde naheliegend sein mögen, sind die Flugempfehlungen je nach Fall sehr unterschiedlich. Ein Faktor, der den Gesundheitszustand der erkrankten Person beeinflussen kann, ist die Dauer der Reise oder allenfalls des Transits. Er spielt daher eine wichtige Rolle in diesen Entscheidungen. Von grosser Bedeutung sind auch die Abklärungen in Bezug auf das Umfeld nach der Rückkehr (kontinuierliche Verfügbarkeit der Pflege, Betreuung, Medikamente usw.). Sie sind eine unabdingbare Voraussetzung für eine Rückkehr im Rahmen von SIM. Diese verschiedenen Punkte werden in den folgenden Artikeln näher erläutert.

Aufgrund der zunehmenden Anzahl «schwerer» Fälle mussten einheitliche Verfahren eingeführt werden, damit gesundheitlich vulnerable Migrantinnen und Migranten weiterhin effizient und angemessen unterstützt werden können. Für die IOM Bern bedeutete dies unter anderem: Zentralisierung und Beschleunigung der medizinischen Beurteilungen, Einsetzung einer Bezugsperson für medizinische Fälle, interne Neuzuteilungen, Rückkehr in Begleitung von Spezi-

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

alistinnen und Spezialisten in den Bereichen Sucht, Onkologie, Reanimation usw., Bestrebungen zur Annäherung an die Ärzteschaft in der Schweiz, Verbesserung von operativen Unterlagen und, im Jahr 2020 Anpassung an die besonderen Covid-19-Massnahmen.

Das Programm SIM ist auch zur Unterstützung von Personen gedacht, die bezüglich Alter, Geschlecht, Lebensstandard, Gesundheit, Eigenständigkeit usw. als vulnerabel gelten. Der medizinische Faktor wird also nicht isoliert betrachtet, sondern ist Teil eines multidisziplinären Ansatzes, der vorwiegend nicht medizinische Fachpersonen einschliesst. Dieser statistische Überblick vermag nicht alle Fragen zu beantworten. Er ermöglicht uns aber dennoch, einige wichtige Aspekte quantitativ zu erfassen, um daraus Lehren zu ziehen und unsere Verfahren laufend zu verbessern.

## Rückkehren von Personen mit medizinischen Problemen – Vorgehensweise von IOM

*Tamara Berberovic, IOM, Migration Health Division*

Die IOM setzt sich in all ihren Aktivitäten für ein geordnetes und menschenwürdiges Migrationsmanagement ein. Im Kontext von Migration wird meistens von Bewegungen von Einzelpersonen oder Gruppen gesprochen, welche nach vermeintlich besseren Lebensbedingungen im Ausland suchen. Leider entspricht die Realität oftmals nicht den Erwartungen und der Migrationsprozess verläuft nicht wie ursprünglich geplant. Aus diesem Grund kehren viele Migrantinnen und Migranten wieder in ihr Herkunftsland zurück. Die Rückkehr in die Heimat geht bei vielen Rückkehrenden mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einher. Es zeigt sich, dass die Zahl der Migrierenden mit speziellen medizinischen Bedürfnissen zunimmt<sup>1</sup>. Dies kann zum einen auf eine vermehrte Identifikation von Migrierende mit Gesundheitsproblemen zurückgeführt werden. Zum anderen sind viele Migrantinnen und Migranten mit schwierigen Bedingungen bei der sozio-ökonomischen Integration und schlechten Lebensbedingungen im Gastland konfrontiert.

<sup>1</sup> Der Anteil der Migrierenden in prekären Situationen bei den weltweiten freiwilligen Rückreisen stieg von 2017 bis 2018 von 5% auf 7%.

Die begleitete freiwillige Rückkehr und Reintegration kann grob in vier Phasen unterteilt werden: Die Vorbereitung, die eigentliche Rückreise einschliesslich möglicher Transitaufenthalte, die Ankunft im Herkunftsland, sowie letztendlich die Reintegrationsunterstützung. Wie für alle anderen Migrierenden auch, gelten diese vier Phasen der freiwilligen Rückkehr auch für Migrantinnen und Migranten mit spezifischen gesundheitlichen Problemen. Es sind jedoch in allen Phasen spezifische Ansätze nötig, weil für Migrierende, die an einer Krankheit oder Behinderung leiden, in jeder Phase der Rückkehr ein erhöhtes Risiko für medizinische Komplikationen besteht. IOM entwickelte in Übereinstimmung mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) einen standardisierten Ansatz zur Bewertung der Gesundheitsrisiken für die freiwillige Rückkehr. Während des ersten Schritts des Rückkehrprozesses wird den Migrierenden eine Einwilligungserklärung zur Offenlegung vertraulicher medizinischer Informationen vorgelegt<sup>2</sup>. Ohne die Zustimmung des Migrierenden kann der Prozess nicht fortgeführt werden. Darüber hinaus ist eine ärztliche Bestätigung, die bescheinigt, dass die rückreisewillige Person über ausreichende geistige Fähigkeiten verfügt, um eine begründete Rückkehrentscheidung verstehen und treffen zu können, von Nöten<sup>3</sup>. Danach wird der Gesundheitszustand des Migrierenden klinisch bewertet. Alle Informationen werden von der behandelnden ärztlichen Fachkraft im ATF-Formular zusammengefasst. Dieses enthält eine kurze Anamnese sowie eine Übersicht zu den aktuellen Symptomen und Diagnosen. Auf dieser Grundlage erfolgt im ATF-Formular eine abschliessende Einschätzung, inwiefern sich die Erkrankung möglicherweise auf die Rückreise auswirken könnte. Besonderes Augenmerk verlangen in diesem Zusammenhang psychische Erkrankungen, Drogenmissbrauch oder Suchtthematiken. Wenn diese Erkrankungen nicht stabil sind, besteht ein hohes Risiko, dass sich während der Reise Symptome manifestieren. Diese können nicht nur für die rückkehrende Person selber, sondern auch für andere

<sup>2</sup> In Übereinstimmung mit den Datenschutzrichtlinien der IOM

<sup>3</sup> In einigen Ländern wird dies direkt durch Ärzte der IOM durchgeführt, in anderen Ländern werden diese Bestätigungen durch medizinische Fachpersonen des lokalen Gesundheitssystems ausgestellt.

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

Passagiere ein Risiko darstellen.

Während der Flugreise müssen die Reisebestimmungen der IOM mit dem medizinischen Handbuch der International Air Transport Association (IATA) übereinstimmen, das für alle Passagiere gilt. Die Beurteilung der individuellen Gesundheitsbedürfnisse ist von grösster Bedeutung, um für die Rückreise signifikante medizinische Zustände und Vorerkrankungen zu erkennen (Zustand, Krankheit oder Behinderung, welche sich auf die Reise auswirken können). Um eine sichere Rückkehr zu unterstützen, sind neben dem eigentlichen Gesundheitszustand auch die Länge der Reise, der niedrige Kabinendruck, längeres Sitzen und die Transitzeit zu berücksichtigende Faktoren. Zur Reisetauglichkeit gehören auch Vorkehrungen zur Gewährleistung einer angemessenen Reisehilfe. Dies kann ein Rollstuhl, medizinische Begleitung, Sauerstoff an Bord, Stretcher-Flüge, oder ein Krankentransport mit sofortiger Krankenhauseinweisung nach der Rückkehr sein. Die Migrierenden müssen mit ausreichend Medikamenten versorgt werden, damit der Bedarf für die erste Zeit nach der Rückkehr gedeckt ist (wobei deren Verfügbarkeit für jeden Fall vor der Rückreise geprüft werden muss). Die Fortsetzung der Behandlung und/oder Versorgung im Rückkehrland ist für die Migrantinnen und Migranten von wesentlicher Bedeutung und erleichtert die erfolgreiche Wiedereingliederung. Die Rückkehr von Migrierenden mit Gesundheitsproblemen reduziert sich demnach nicht darauf, eine Flugreise zu überstehen. Es geht darum, Migration zu einer zirkulären Erfahrung zu machen, welche die Chance bietet Gesundheitsrisiken bei der Rückkehr zu mindern und so zu einer nachhaltigen Reintegration beizutragen.

## 2. Stimmen aus den RKB

### Impressionen aus dem Tessin

*Mirka Studer, RKB Tessin*

È inutile negarlo: i casi di persone con uno stato di salute precario che vogliono tornare al loro paese sono aumentati nell'ultimo periodo.

Per poter svolgere il lavoro nel modo migliore bisogna perciò attivare tutte le risorse di cui disponiamo,

come il sostegno di IOM nell'organizzazione del ritorno. Questo comporta l'uso del "famigerato ATF". Lo chiamo famigerato perché quando ho sfogliato l'ultima versione che ci è stata fornita, mi sono chiesta: "Ma i medici, vendendosi recapitare questo formulario, come reagiranno?". Quest'ultima versione infatti sembra avere mille pagine e altrettante domande...

Come prima cosa l'ho inviato ai colleghi infermieri che lavorano presso il Servizio Sanitario di Croce Rossa (servizio che si occupa della salute dei richiedenti l'asilo all'interno dei centri collettivi) per chiederne la loro opinione, e questo è quanto mi è stato risposto:

"Buongiorno Mirka!

Grazie mille. Indubbiamente la compilazione elettronica faciliterà parecchio le cose, anche se dovendo firmare manualmente poi bisogna sempre fare un passaggio via scan. Comunque, in linea di massima, questo formulario ATF mi sembra molto chiaro e ben strutturato, più immediato e forse più semplice da compilare. C'è anche un tentativo di semplificare il testo, mi pare di notare... Ho visto poi le migliorie nella sezione legata alle dipendenze, che spesso e volentieri è quella più problematica. **Dunque direi ottimo, nel complesso..!**

Un caro saluto e buon lavoro

*F. (Responsabile del Servizio Sanitario di Croce Rossa)"*

Questo commento mi ha rassicurata un po'.

A dicembre 2019 ho seguito due casi di persone vittime di reato LAVI, entrambe con problemi di salute. Ho quindi spedito il formulario ATF alla dottoressa che le aveva in cura. È importante menzionare che non avevo mai visto né sentito questa dottoressa, e non era perciò scontato che desse seguito alle mie richieste.

Con mio stupore, il formulario è stato riempito senza nessuna reazione, come se fosse una prassi normale. Quando l'ho potuta incontrare, le ho chiesto se avesse trovato il formulario ATF complesso o pesante. La sua risposta è stata negativa, anzi: ho l'impressione che l'abbia trovato del tutto normale.

Ma allora questo formulario, che inizialmente

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

sembrava temuto e addirittura rifiutato da alcuni, forse non è così terribile come mi era parso in un primo momento.

Perché in Ticino non sembrano esserci obiezioni alla compilazione dell'ultima versione del formulario ATF?

Ecco, secondo me, le risposte possibili:

- sostegno al Servizio di Consulenza alla Partenza da parte dell'equipe infermieristica, preparata e disponibile a mediare con i medici per poter svolgere i rientri nel modo migliore;
- in Ticino è presente un Centro Federale Asilo, perciò il personale della SEM informa costantemente i medici presenti sul territorio riguardo alle procedure da effettuare (compresa quella dei formulari da compilare) per poter organizzare rientri e rimpatri nel modo più efficiente.

Malgrado fossi inizialmente preoccupata a causa le possibili reazioni dei medici e dal lavoro di convincimento e spiegazione che avrei dovuto elargire per ottenere le informazioni necessarie per svolgere il lavoro nel modo migliore, posso dire (per ora): viva il formulario ATF!

## Eindrücke aus Genf – Georgien als Herausforderung

*Sabrina Diaz, RKB Genf*

Im Jahr 2019 hat unser RKB-Büro mehrere Dossiers von Asylsuchenden aus Georgien bearbeitet. Die Probleme bei der Organisation der Rückkehr dieser Personen sind in erster Linie dadurch bedingt, dass es für die beratende Person schwierig ist, auf verschiedenen Ebenen Informationen zu deren Gesundheitszustand zu beschaffen.

Eine der wichtigsten Besonderheiten ist, dass die Mehrheit der georgischen Staatsangehörigen, die in die Schweiz einreisen, gleich mehrere körperliche und/oder psychische Erkrankungen aufweisen. Dadurch erhöht sich die Zahl der medizinischen Untersuchungen, aber auch der Bedarf an Fachspezialistinnen und Fachspezialisten.

Die Begünstigten sollten einen Allgemeinarzt haben, der alle diese Informationen bündelt. Dies

ist aber nicht immer der Fall. Manchmal fließt die Kommunikation zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten nicht, und die Allgemeinärzte können die im ATF gestellten Fragen nicht immer genau beantworten. In diesem Fall sind die Informationen bei den Fachärztinnen und Fachärzten einzuholen. Der Zeitaufwand ist insofern höher, als jeweils mehrere Personen kontaktiert werden müssen –

ganz abgesehen davon, dass die Antwortfristen oft nicht eingehalten werden.

Zusätzlich erschwerend kommt hinzu, dass häufig während des Verfahrens neue medizinische Probleme auftreten oder weitere Untersuchungen erforderlich sind, welche die Rückkehrorganisation verzögern. Da für die Beurteilung der Reisefähigkeit aktuelle medizinische Daten benötigt werden, müssen wir mit dem Prozess wieder von vorn beginnen. Es kommt vor, dass man die gleiche Ärztin oder den gleichen Arzt darum bitten muss, das ATF erneut auszufüllen.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass oft nicht ganz sicher ist, ob die Begünstigten ihre Rückkehr tatsächlich selbstständig organisieren möchten. Es ist nämlich gut möglich, dass sie Gesundheitsprobleme geltend machen, um Zeit zu gewinnen. Auf der anderen Seite verstehen die Ärztinnen und Ärzte nicht immer, welches die Rolle der RKB ist. Manche zeigen Vorbehalte gegen das kollaborative Vorgehen, was die vereinfachte Informationsbeschaffung verhindert. Und die Behörden setzen Druck auf, damit die Ausreise möglichst rasch und innert der eingeräumten Frist erfolgt.

Als RKB müssen wir die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten unter einen Hut bringen, um die freiwillige Rückkehr bestmöglich zu organisieren.

Aus allen diesen Gründen erfordert die Organisation dieser Art von Rückkehr, die in der Regel mehrere Monate in Anspruch nimmt, viel Energie, Geduld und Ausdauer.

## 3. Medizinische Rückkehrhilfe aus Sicht einer Begünstigten

*Telefongespräch vom Donnerstag, 26. November 2020*

Wir möchten in diesem Newsletter auch Personen zu Wort kommen lassen, die von unseren Programmen unmittelbar betroffen sind. Frau M., die in der Schweiz lebt, hat zusammen mit einem von der IOM aufgebotenen Arzt ihre Mutter bei deren Rückkehr nach Äthiopien begleitet. In einem Telefongespräch hat sie Rahul Combernous ihre Erfahrungen geschildert. Aus gesundheitlichen und sprachlichen Gründen konnte die Mutter unsere Fragen nicht selber beantworten. Von ihrer Tochter, mit der sie einen regelmässigen Kontakt pflegt, haben wir jedoch wertvolle Informationen erhalten.

### **Was hat Ihre Mutter dazu bewegt, freiwillig nach Äthiopien zurückzukehren?**

Meine Mutter kam 2015 für einen Familienbesuch in die Schweiz. Sie war bereits damals gesundheitlich angeschlagen. Im Empfangs- und Verfahrenszentrum (EVZ)<sup>4</sup> Chiasso reichte sie ein Asylgesuch ein, das aber abgelehnt wurde. Während dreier Jahre versuchten wir, den Entscheid anzufechten. Dies war mit hohen Kosten verbunden. Neben den Anwaltskosten fielen auch Wohn- und Gesundheitskosten für meine Mutter an. Mit der Zeit hatte meine Mutter immer weniger den Wunsch, in der Schweiz zu bleiben. Sie ging nicht aus dem Haus und machte einen sehr deprimierten Eindruck. Nachdem wir das letzte Beschwerdemittel ausgeschöpft hatten, wurde die Situation für sie und für uns belastend. Sie wollte nach Äthiopien zurückkehren. Deshalb haben wir uns bei der Rückkehrberatungsstelle des Kantons Waadt gemeldet.

### **Wie ist die Rückkehrberatung verlaufen? Warden Sie über den medizinischen Aspekt im Rückkehrprozess informiert?**

Der Rückkehrberater war stets sehr nett und hat unseren Antrag sorgfältig geprüft. Er hat uns gut beraten. Zu Beginn wurde der Gesundheitszustand

<sup>4</sup> Neu: Bundesasylzentrum (BAZ)

meiner Mutter als besorgniserregend erachtet und man hat uns geraten, den Entscheid gut zu überlegen. Wir haben aber verstanden, dass meine Mutter dank der Unterstützung nach ihrer Rückkehr in angemessenen Verhältnissen leben können, da namentlich Medikamente und medizinische Hilfsmittel bereitgestellt werden.

### **Hat der RKB Ihnen erklärt, weshalb eine medizinische Begleitung nötig ist?**

Ja. Meine Mutter sträubte sich zunächst gegen eine ärztliche Begleitung. Wir sprachen aber darüber und kamen zum Schluss, dass es wichtig ist, ihren Gesundheitszustand während der Reise zu überwachen, da sie auf zusätzlichen Sauerstoff angewiesen ist. Für uns war klar, dass ich sie ebenfalls begleiten muss. So konnte ich mich während der Reise um sie kümmern und sie nach der Rückkehr unterstützen.

### **War es für Sie ein beruhigendes Gefühl, dass ein Arzt Ihre Mutter begleitete?**

Der Arzt war sehr nett und hat uns enorm geholfen. Er kommt aus der gleichen Region in Äthiopien, und meine Mutter war froh, dass sie mit ihm Arabisch sprechen konnte. Wir fühlten uns während der ganzen Reise sehr gut unterstützt. Wir hatten bereits Anweisungen betreffend der Ausreise, des Transits, der Ankunft und der verschiedenen Formalitäten erhalten. Der Arzt hat uns bis nach Jijiga begleitet und sichergestellt, dass alles gut verläuft. Nach der Ankunft in Jijiga hat er sich wie vorgesehen von uns verabschiedet.

### **Haben Sie den Eindruck, dass Sie vom Bodenpersonal, während der Flüge und bei der Ankunft im Zielland wegen der ärztlichen Begleitung anders behandelt wurden?**

Nein. Nur bei der Abreise in Genf gab es ein Problem. Das Flughafenpersonal wollte uns nicht durch den für Rollstuhlfahrer reservierten Durchgang lassen und verwies uns auf die normale Tür. Der Arzt wie auch das Betreuungspersonal des Flughafens haben uns geholfen zu erklären, dass meine kranke Mutter auf den Rollstuhl angewiesen ist. Danach konnten wir unsere Reise wie geplant fortsetzen. Im Flugzeug, beim Transit und bei der Ankunft in Addis Abeba sowie in Jijiga wurden wir von allen sehr gut



# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

behandelt, auch vom Personal der Fluggesellschaft, der Grenzpolizei usw.

**Wie ging es Ihrer Mutter während des Rückkehrflugs?**

Sie war zufrieden, gut gelaunt und freute sich über die Rückkehr. Es tat ihr gut, nach der Ankunft im Heimatland die Sonne zu sehen. Sie war in einem sehr positiven Gemütszustand.

**Was denken Sie im Allgemeinen über diesen Rückkehrentscheid?**

Meine Mutter hat sich gut eingelebt, so wie sie es sich gewünscht hatte. Ihre Situation hat sich verbessert, und sie macht jetzt einen viel glücklicheren Eindruck. Ich glaube, auch für sie war es ein guter Entscheid.

**Was raten Sie Personen, die in ihr Herkunftsland zurückkehren?**

Wenn jemand in sein Herkunftsland zurückkehrt, sollte man das Flughafenpersonal darauf aufmerksam machen, dass die betreffende Person Unterstützung benötigt und rücksichtsvoll zu behandeln ist. Es ist wichtig, dass sie betreut wird und dass jemand bei Bedarf Hilfe leisten kann, insbesondere wenn diese Person im Rollstuhl sitzt.

**Wie sieht zurzeit die Situation Ihrer Mutter in Äthiopien aus?**

Wir telefonieren regelmässig miteinander. Es geht ihr gut, sie ist von Familienangehörigen umgeben, sie wird medizinisch versorgt und verfügt über die benötigten medizinischen Hilfsmittel. Es geht ihr wirklich sehr gut. Sorge bereitet mir, dass einige Medikamente, die sie braucht, in Äthiopien nicht verfügbar sind. Diese wurden ihr nur für sechs Monate bereitgestellt. Ich musste daher die Medikamente für weitere sechs Monate bezahlen, da sie diese ein Jahr lang nehmen muss. Die anderen Medikamente, die nur für drei Monate bereitgestellt wurden, sind in Äthiopien verfügbar.

**ANMERKUNG DER IOM:** Der Kanton hat ausserdem die Kosten für einen tragbaren Sauerstoffkonzentrator übernommen, und das SEM hat ein zweites solches Gerät finanziert, das in Äthiopien beschafft

wurde.

**Was denken Sie über die Rückkehr in dieser Zeit der Pandemie? Wie hat sich dies auf Sie ausgewirkt?**

Diesbezüglich hatten wir keine besonderen Probleme. Wir haben alle Massnahmen befolgt (PCR-Test, Masken und andere Anweisungen der Fluggesellschaft und der Behörden im Rückkehrland). Das Coronavirus scheint in Äthiopien nicht zu existieren, ich habe mich dort vor dem Virus sicher gefühlt. Dennoch waren wir sehr vorsichtig, denn wir wissen, dass dieses Virus gefährlich ist. Und natürlich wollten wir uns von anderen Passagieren im Flugzeug oder am Flughafen nicht anstecken lassen. Aber alles ist problemlos verlaufen.

## 4. Rückkehr von Personen mit psychischen Problemen

---

### Psychiatrische Berücksichtigungen

*Guglielmo Schininà (Head – Mental Health and Psychosocial Support – Global)*

Für Migrantinnen und Migranten kann die Rückkehr ins Heimatland, selbst wenn diese freiwillig erfolgt, eine bedeutende psychische Herausforderung darstellen. Für viele stellt die Rückkehr den Endpunkt ihres ursprünglichen Migrationsplans dar. Dies kann Gefühle von Scham, Wut, Trauer, Frustration und Schuld hervorrufen. Gleichzeitig löst die Aussicht, bald wieder mit der Familie und Freunden vereint zu sein, auch Gefühle der Erleichterung, Vorfreude und Sicherheit aus. Letztere können die negativen Gefühle zumindest teilweise ausgleichen. Die Gefühle der Migrierenden sind oft positiv und negativ zugleich, beziehungsweise überwiegen in wechselndem Ausmass im Verlauf der Rückkehr. Dadurch befinden sich Rückkehrerinnen und Rückkehrer zuweilen in einem zwiespaltigen psychologischen Zustand. Dies kann Auswirkungen haben auf ihre Verbindlichkeit innerhalb eines Programms zur freiwilligen Rückkehr und Reintegration. Die Wechselwirkung der positiven und negativen Gefühle kann sich nach der Ankunft im Heimatland verändern. Die positiven Reaktionen von wichtigen Bezugspersonen

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

und die Tatsache, mit einer Reintegrationsunterstützung und nicht mit leeren Händen zurückzukommen, können die teils vorhandenen Schamgefühle verringern. Demgegenüber kann die Begeisterung zurückgekehrt zu sein durch Frustration darüber, dass die Erinnerungen an früher und die gegenwärtige Realität weit auseinanderklaffen, abgelöst werden. Es ist daher wichtig, die komplexe psychologische Erfahrung der Rückkehr anzuerkennen und zu verstehen, ohne diese aber zu pathologisieren. Die Gefühle und Reaktionen sind normal, zu erwarten und sollten nicht als Zeichen gedeutet werden, dass mit der Person psychisch etwas nicht stimmt.

Anders ist dies bei der Rückkehr von Migrantinnen und Migranten mit schweren psychischen Erkrankungen. Es handelt sich dabei um Personen, bei denen eine psychiatrische Fachperson eine psychische Erkrankung diagnostiziert hat, d.h. eine Kombination von überschwelliger Symptome von bestimmter Dauer und Intensität, die ihren Alltag in hohem Masse beeinträchtigen. Über alle Bevölkerungsgruppen und Länder hinweg leiden 2-3% der Menschen an einer schweren psychischen Erkrankung, wobei Depressionen, Angstzustände und psychotische Erkrankungen am häufigsten auftreten. Wissenschaftliche Studien zum möglicherweise erhöhten Risiko von Migrierenden, Flüchtlingen und Asylsuchenden psychische Erkrankungen zu entwickeln, kommen zu keinem eindeutigen Resultat und variieren nach Kontext und Bevölkerung. Einzig posttraumatische Belastungsstörungen treten bei Flüchtlingen und Opfern von Menschenhandel stärker auf als bei Bevölkerungsgruppen ohne Migrationshintergrund, jedoch nur zu einem kleinen Prozentsatz. Depression und Angststörungen bleiben dabei – wie bei den anderen Bevölkerungsgruppen – die häufigsten psychischen Erkrankungen von Migrantinnen und Migranten. Gewisse Vorkommnisse in der Phase vor der Rückkehr, wie soziale Isolation oder Inhaftierung, verschlechtern nachweislich die psychische Gesundheit der Rückkehrerinnen und Rückkehrer. Die Auswirkungen der Rückkehr auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen wurden jedoch bis anhin nicht ausreichend untersucht. Daher ist es nicht möglich, Schlussfolgerungen oder Verallgemeinerungen über den Zusammenhang zu Rückkehrmigration und der psychischen Gesundheit der Personen

zu machen. Oft ist es eine einzigartige Kombination aus bereits bestehenden Vulnerabilitäten, der Migrationsgeschichte, der gegenwärtigen Situation und dem Zugang (oder dem fehlenden Zugang) zu Dienstleistungen, die darüber entscheidet ob eine migrierte Person im Vergleich zu einer Person ohne Migrationsgeschichte eher eine psychische Erkrankung entwickelt oder nicht.

Bei Migrantinnen und Migranten mit psychischen Erkrankungen kann dennoch der Wunsch bestehen, ins Herkunftsland zurückzukehren. Vor diesem Hintergrund sollte das Programm der freiwilligen Rückkehr und Reintegration bei der Beratung besondere Bedingungen und Vorkehrungen treffen. Psychische Erkrankungen können allem voran die Urteilsfähigkeit der Personen beeinträchtigen. Dies ist zwar selten, noch seltener dauerhaft und hängt häufig direkt mit einer bestimmten Erkrankungsphase zusammen. In solchen Fällen sollte eine psychiatrische Fachperson die aktuelle Urteilsfähigkeit der Person auf der Grundlage der einschlägigen Schweizer Gesetzgebung beurteilen. Der freiwillige Charakter der Rückkehrhilfe impliziert, dass die Migrierenden urteilsfähig sein müssen, um die Freiwilligkeitserklärung abgeben zu können. Erst dann können sie am Programm teilnehmen. Doch die meisten Migrantinnen und Migranten mit schweren psychischen Erkrankungen sind oft voll und ganz urteilsfähig und können Entscheidungen treffen was ihr Leben betrifft. Nichtsdestotrotz wirkt sich die psychische Erkrankung auf die Art und Weise aus, wie sie mit anderen Menschen interagieren, Entscheidungen treffen und planen können. Daher sollten die Rückkehrberaterinnen und -berater wissen, wie sie mit Menschen mit den häufigsten psychischen Erkrankungen kommunizieren können. So wird eine mögliche zusätzliche Schädigung der betroffenen Person abgewendet und gleichzeitig der Rückkehrberatungsprozess erleichtert. IOM hat eine Reihe von Hilfsmitteln entwickelt, um den Beraterinnen und Beratern Tipps zur Kommunikation mit Menschen mit Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und psychotischen Erkrankungen zu geben. Diese können unter den folgenden Links abgerufen werden:

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

<https://publications.iom.int/books/reintegration-counselling-psychosocial-approach>

<https://publications.iom.int/books/psychosocial-approach-reintegration-counselling>

<https://iraq.iom.int/publications/internal-guidelines-remote-mhpss-working-modalities-0>

<https://publications.iom.int/books/manual-community-based-mental-health-and-psychosocial-support-emergencies-and-displacement> (Kapitel 13 und 14)

Nebst der angepassten Kommunikation ist die Kontinuität der Betreuung ein weiteres wichtiges Element. Informationen darüber, ob die Person in der Lage sein wird, im Herkunftsland die zustehende Behandlung zu erhalten, müssen von den IOM-Vertretungen gesammelt und mit den Migrantinnen und Migranten besprochen werden. Erst dann kann eine endgültige Entscheidung zur Rückkehr getroffen werden. Unter bestimmten Bedingungen ist die Kontinuität der Behandlung mit ähnlichen Standards unabdingbar und daher eine notwendige Voraussetzung für die Rückkehr, unabhängig von der Rückkehrbereitschaft der Person zum aktuellen Zeitpunkt. Abschließend sollte bei der Ausarbeitung eines Wiedereingliederungsplans der psychische Zustand der zurückkehrenden Person berücksichtigt werden. Und zwar nicht nur, um die Kosten für die Behandlung und die Rolle der Familie oder des Staates bei der Bereitstellung von Schutz und Betreuung zu klären. Das Reintegrationspaket sollte auch der psychischen Bereitschaft der Person angepasst werden. Insgesamt gesehen verfügen die Länder, in welche die Migrantinnen und Migranten zurückkehren, unter Umständen über schlecht entwickelte Gesundheitssysteme für die Psychiatrie, wobei eine Investition in die Kapazitätsverbesserung der psychiatrischen Versorgung vor Ort eine wichtige Ergänzung ist zur Rückkehr und Reintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das neue umfassende Handbuch der IOM zur Rückkehrhilfe zeigt Möglichkeiten dazu auf und kann unter nachfolgendem Link heruntergeladen werden.

<https://publications.iom.int/books/reintegration-handbook-practical-guidance-design-implementation-and-monitoring-reintegration>

## Erfahrungen aus dem Aargau *Béatrice Zaradez, RKB Aargau*

Freiwillige Rückkehr und psychische Erkrankungen – die Herausforderungen der Rückkehrhilfe

Die psychischen Probleme von Rückkehrwilligen zu erfassen, stellt eine enorme Herausforderung in den Rückkehrgesprächen und bei der Vorbereitung der Rückkehr dar. Wenn vor dem Rückkehrentscheid oder dem ersten Gespräch keine psychische Störung erkennbar war, ist es mitunter schwierig einzuschätzen, in welchem Zustand sich die betreffende Person befindet. Traurigkeit, Angst und Zweifel schwingen in den Gesprächen immer wieder mit. Die Trennlinie zwischen ungünstiger seelischer Verfassung und psychischer Krankheit ist sehr fein. Der Übergang vom einen zum anderen Zustand kann durch ein bestimmtes Ereignis ausgelöst werden oder sich während Monaten oder Jahren entwickeln. Ist die betroffene Person wegen ihres Status in der Schweiz oder wegen einschneidender Ereignisse in ihrem Leben deprimiert? Leidet sie an einer posttraumatischen Störung? Haben wir es mit einer psychischen Grunderkrankung zu tun? Lassen Sie mich die Geschichte eines Äthiopiens erzählen, der etwa 30 Jahre alt ist, nicht unter besonderen gesundheitlichen Problemen leidet und beschlossen hat, in sein Heimatland zurückzukehren.

«Meine Kleider spiegeln den Zustand wider, in dem ich mich befinde»

A. beschloss, nach Äthiopien zurückzukehren. Nur seine Mutter stammte von dort, er selber war in einem Flüchtlingslager in einem Nachbarland aufgewachsen. Es war schwierig, seine Herkunft nachzuweisen. Deshalb dauerte es mehrere Monate, bis seine Reisepapiere ausgestellt werden konnten. Während dieser langen Monate verlor er an Gewicht. Seine Kleider wurden zu Lumpen, die er aber nicht ablegen wollte, obwohl er neue Kleider erhielt. «Meine Kleider spiegeln den Zustand wider, in dem ich mich befinde. Sobald ich zu Hause bin, werde ich meine neuen Kleider anziehen», erklärte er mir. Es schien mir angebracht, bis zur Ausreise seinen Zustand mit regelmässigen Gesprächen zu überwachen. Er war deprimiert darüber, dass er noch nicht zurückkehren konnte. Er konnte sich aber klar

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

ausdrücken und erzählte mir voller Tatendrang und Hoffnung von seinen Plänen in Äthiopien. Hingegen lehnte er es ab, sich bei der Suche nach seiner Familie helfen zu lassen.

Die Rückkehr: das Gefühl, endlich über seine Zukunft bestimmen zu können

Ich wusste, dass er hier verkümmerte. In einer solchen Situation würde es jedem so gehen. Mit dem Vorwand eines Hautproblems überredete ich ihn zu einem Arztbesuch. Der Arzt bestätigte in seinem Bericht, dass A. in der Lage sei, wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen, und dass er allein zurückkehren könne. Dies entsprach auch ganz dem Wunsch von A.

Es ist schwierig, jemanden dazu zu bewegen, eine Psychologin oder einen Psychiater aufzusuchen, wenn er sich nicht krank fühlt. Dass eine Person ihre Krankheit nicht anerkennt oder sich nicht krank fühlt, hat oft mit der psychischen Erkrankung selbst zu tun. Unsere Verantwortung gegenüber den Rückkehrenden – aber auch gegenüber der IOM, dem SEM und den Fluggesellschaften – bringt es mit sich, dass wir im Zweifelsfall einen Arztbesuch und/oder eine Begleitung während des Flugs organisieren müssen. Wenn die betroffene Person dies jedoch ablehnt, wenn wir gleichzeitig der Ansicht sind, dass sie die Rückkehr allein bewältigen kann, und wenn der Arztbesuch kein medizinisches Problem zutage gefördert hat, ist es schwierig und heikel, sich über den Willen dieser Person hinwegzusetzen. Diesen Willen zu respektieren, gehört auch zu unserer Aufgabe.

Psychische Dekompensation und psychosoziale Reintegration

A. kehrte nach Äthiopien zurück. Nachdem er seine Familie im ganzen Land erfolglos gesucht hatte, meldete er sich bei der IOM Addis Ababa. Da er unterernährt war, beschloss die IOM, ihn unverzüglich an eine karitative Einrichtung zu überweisen, die sich um seine dringendsten Bedürfnisse kümmern würde. Gemäss den Arztberichten, die der IOM vor Ort übermittelt wurden, litt er an einer schweren psychischen Dekompensation, die eine psychiatrische Einweisung und eine monatelange, kostenintensive

Behandlung erforderte.

Hätten wir Frühsignale erkennen müssen? Sind diese in den Gesprächen wirklich sichtbar geworden? Die Erfahrungen während der Reise ins Aufnahme-land, die Einsamkeit, ein negativer Asylentscheid, das Warten - sei es auf den Entscheid, auf Reisepapiere oder die eigentliche Rückkehr – all dies wirkt sich auf die psychische Gesundheit aus. Wir beobachten das täglich in unseren Gesprächen. Dieser «Stress» ist nicht immer direkt sichtbar, sondern kann nach einem bedeutsamen Ereignis, wie es die Ankunft im Aufnahmeland oder die Rückkehr in das Herkunftsland darstellt, ein beträchtliches Ausmass annehmen.

Beobachtungen in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand einer asylsuchenden Person können sich unter Umständen nur bei der engen Begleitung durch das Personal in den Aufnahmestrukturen ergeben, und nicht in wöchentlichen Gesprächen mit der RKB. Krankheiten und/oder Traumata sollten bei der Ankunft in der Schweiz erkannt werden, namentlich durch Screening-Instrumente für das Betreuungspersonal oder Angebote zur psychosozialen Begleitung in der Sprache der betroffenen Migrantinnen und Migranten; diese sollten für alle Personen verfügbar sein, gleichgültig, ob sie sich in einem Integrations- oder Rückkehrverfahren befinden<sup>5</sup>.

Ein Schwerpunkt müsste auch auf die Aufnahme bei der Rückkehr gelegt werden, und zwar unabhängig davon, ob die betroffene Person während des Flugs begleitet worden ist oder ob sie vor der Ausreise eine Diagnose erhalten hat. So wird sichergestellt, dass die Person angemessene Unterstützung erhält, um im Herkunftsland wieder Fuss zu fassen. Es sind Möglichkeiten der psychosozialen Reintegration zu fördern, indem in den Zielländern ein Austausch mit Fachleuten aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich aufgebaut wird. Ziel ist, Situationen einer psychischen Dekompensation zu vermeiden, wie dies bei A. der Fall war.

Die Rückkehr muss mit einer bedürfnisorientierten Betreuung und einer Unterstützung nach der An-

<sup>5</sup> Im Kanton Aargau möchte der Verein Paxion im Jahr 2022 ein Projekt zum psychosozialen Support von Geflüchteten für Geflüchtete ins Leben rufen (<https://www.paxion.ch>).

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

kunft im Herkunftsland einhergehen. Diese Unterstützung sollten Personen mit psychischen Störungen erhalten, aber auch Personen, die vielleicht einfach mit anderen über das Erlebte sprechen und sich austauschen möchten. Psychische Stabilität und die psychosoziale Unterstützung einer Person bei ihrer Rückkehr sind die Voraussetzungen für nachhaltigen beruflichen und persönlichen Erfolg im Herkunftsland.

Heute geht es A. besser. Er hat über die IOM die nötige ärztliche Hilfe erhalten, in seinem Land wieder Fuss zu fassen. Dank der Unterstützung des SEM wird er sein berufliches Projekt umsetzen können.

## Erfahrungen aus Zürich

*Deborah Homberger, RKB Zürich*

Herr S. erschien im vergangenen Jahr mit drei Freunden in unserer Rückkehrberatungsstelle in Zürich. Er schildert mir seinen Wunsch, nach Somalia zurückzukehren. Meist erahnen wir schon bei der ersten Begegnung, ob sich die Organisation der Ausreise einfach, herausfordernd oder gar unmöglich gestalten wird. Dieser Fall erscheint mir anspruchsvoller, denn wir unterstützen tatkräftig, sind aber gleichzeitig auf eine gewisse Selbständigkeit der Personen angewiesen. Die Tatsache, dass einige der anwesenden Personen alkoholisiert sind, stimmt mich nicht gerade optimistisch. Nach der Beratung verlässt die Gruppe zufrieden den Raum. Ich bin mir nicht sicher, ob ich Herrn S. wiedersehen werde. Bleibt der Rückkehrwunsch bestehen? Wird Herr S. es schaffen, mit uns Schritt für Schritt die Hürden bis zur freiwilligen Rückkehr zu bewältigen?

Oftmals stehen Personen vor uns, die aufgrund situativer, komplexer Lebensumstände als Kurzschlussbehandlung einen Rückkehrwunsch äussern. Wir geben Zeit, wir schauen hin und wir fragen nach. Empathie, gegenseitiges Vertrauen und Transparenz sind - ganz besonders bei Menschen mit psychischen Problemen - wesentlich für den Erfolg der Beratung. Ebenfalls einen grossen Einfluss haben vorhandene oder nicht vorhandene Ressourcen (z.B. die Familie im Herkunftsland, das soziale Umfeld in der Schweiz, Bezugspersonen, Betreuende, Psychiater und Psychiaterinnen, Ärzte und Ärztinnen, die Wohn- und Lebensverhältnisse) und die persönlichen Co-

ping-Strategien. In diesem Zusammenhang treffen wir leider häufig auf das Thema 'Suchtmittel' wie Alkohol, Drogen und Medikamente.

Die Diagnose im Fall von Herr S. ist ernüchternd: Paranoide Schizophrenie, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen aufgrund des Konsums von Alkohol und Kokain. Auch war der Klient straffällig geworden. Die Betreuenden, der Psychiater und der Arzt arbeiten jedoch konstruktiv mit uns zusammen und Herr S. bleibt konstant betreffend seines Rückkehrwunsches – Best Case im Worst Case. Die Organisation der Rückkehr benötigt Zeit. Dies wiederum strapaziert die Nerven und Geduld des Klienten. Die Beschaffung der Papiere ist für den Klienten eine Herausforderung: Herr S. muss persönlich bei seiner Botschaft in Genf vorsprechen – eine Vertrauensperson als Begleitung kann nicht finanziert werden.

Seit dem ersten Treffen mit Herrn S. sind zwei Monate vergangen. Unser Empfang meldet mir, dass der Klient hier ist und mit uns sprechen möchte. Ich gehe zum Beratungsraum und sehe den Klienten in einer Ecke liegen. Er reagiert auf seinen Namen, steht auf und kommt zu mir. Voller Stolz übergibt er mir das Reisedokument.

Nun ist alles vorbereitet. Wir buchen einen SIM Flug. Die IOM Ärzte und Ärztinnen entscheiden, beruhend auf den Empfehlungen des Psychiaters, dass Herr S. von einer medizinischen Fachperson auf der Rückreise begleitet werden muss. Einen Tag vor der Rückkehr landet ein Arzt aus Nairobi in Zürich, der sich gleichentags mit Herrn S. in der Unterkunft trifft. Er wird ihn am nächsten Tag bei der freiwilligen Rückkehr nach Somalia begleiten. Durch IOM erfahren wir, dass die Rückkehr gut verlaufen ist. Wir sind erleichtert und freuen uns für ihn!

## 5. Interview mit Unisanté

### Gesundheitsversorgung der Migrationsbevölkerung

Im Rahmen dieses Newsletters wollten wir uns mit Fachpersonen einer Gesundheitseinrichtung für die Migrationsbevölkerung unterhalten, um die Anforderungen an die Tätigkeit in diesem Bereich besser zu verstehen. Das Lausanner Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit (Unisanté) verfügt über umfassende Erfahrung in diesem Bereich. Kurz bevor die schweizweiten Massnahmen gegen die Ausbreitung des Coronavirus angeordnet wurden, hatten sich einige Vertreterinnen und Vertreter von Unisanté bereit erklärt, uns zu empfangen.

Konkret haben wir uns mit Führungskräften und Mitarbeitenden der USMi (Unité de Soins aux Migrants) getroffen, die dem DVMS (Département vulnérabilités et médecine sociale) von Unisanté angegliedert ist. Diese Einheit ist mehrstufig organisiert: Auf der ersten Stufe stehen die Pflegefachpersonen, die rund 70 Prozent der Konsultationen übernehmen. In einem nächsten Schritt kommt ein Team aus Allgemeininternisten und Psychiatern hinzu. Wir hatten Gelegenheit, mit Vertreterinnen und Vertretern beider Stufen zu sprechen. Diese werden von einem Team unterstützt, das sich um administrative Belange kümmert. Die USMi ist in das kantonale Netzwerk Resami (Réseau santé-migrants) eingebunden, dem rund 150 Ärztinnen und Ärzte angehören und das eng mit dem Departement für Gesundheit und Soziales zusammenarbeitet.

Professor Patrick Bodenmann (Chefarzt des DVMS), Dr. Laure Jaton (Oberärztin an der USMi), Dr. Javier Sanchis (Psychiater und Kaderarzt an der USMi) und Andrea Felappi (Pflegefachmann an der USMi) haben Matthieu Bulliard am 5. März 2020 in ihren Räumlichkeiten empfangen.

#### Wie werden Dossiers in diesem kantonalen Netzwerk übermittelt?

Andrea Felappi: Wir arbeiten eng mit dem EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants) zusam-

men, das für die Unterbringung von Asylsuchenden verantwortlich ist. Kurz nach ihrer Ankunft im Kanton werden diese Migrantinnen und Migranten zu einem Gesundheitscheck aufgebeten. Danach können weitere Massnahmen ergriffen werden, beispielsweise die Überweisung in eine andere Einrichtung oder eine erneute Konsultation bei uns, namentlich zur Impfkontrolle. Dies erfolgt in Zusammenarbeit mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern des EVAM. Der Kanton Waadt zählt rund 5500 Asylsuchende. Diese konsultieren durchschnittlich zweimal jährlich eine Ärztin oder einen Arzt. Somit werden pro Jahr rund 11 000 Konsultationen durchgeführt.

Patrick Bodenmann: Das erste Jahr des Aufenthalts von Asylsuchenden ist massgebend für alle Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit, namentlich in Bezug auf Infektionskrankheiten und das gesamte Impfprogramm. Das Gesundheitsdepartement (Direction Générale de la Santé, DGS) möchte, dass wir auf dieses erste Jahr ein besonderes Augenmerk legen.

#### Inwiefern unterscheidet sich die Arbeit mit Asylsuchenden von derjenigen mit anderen Bevölkerungsschichten?

Javier Sanchis: Die Kommunikation ist sicher eine besondere Herausforderung, vor allem im Gesundheitsbereich. Hier können Missverständnisse schwerwiegende Folgen haben. Beispielsweise wenn nötige Präventionsmassnahmen unterbleiben oder wenn eine Behandlung nicht angemessen durchgeführt wird. Deshalb arbeiten wir mit Dolmetschenden zusammen, aber auch mit Kulturmediatoren oder interkulturell Übersetzenden, die nicht einfach nur übersetzen, sondern die Erklärungen an die jeweilige Kultur anpassen. Dies ist wichtig für eine gute Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt.

Ebenso wichtig ist die Gesundheitskompetenz. Bei einigen Patientinnen und Patienten kann nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass sie eine Behandlung oder eine ärztliche Verordnung verstehen. Die Ärztin oder der Arzt muss sicherstellen, dass dieses Grundverständnis vorhanden ist – bei der schweizerischen Bevölkerung und erst recht bei den Migrantinnen und Migranten.

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

Dann gibt es noch die kulturellen Aspekte, die teilweise auch mit sprachlichen Problemen zusammenhängen, aber darüber hinaus gehen. Wenn beispielsweise jemand sagt, er habe «einen Klumpen im Magen» oder «einen Kloss im Hals», denken wir, dass er nervös ist und dass es sich um ein psychisches Problem handelt. Da diese Person aber körperliche Symptome verspürt, wird es als physisches Problem betrachtet. Es kann sich aber auch um ein Problem im Zusammenhang mit Magie handeln, das von einem «Dschinn», einem bösen Blick oder einem Geist verursacht wird. Dies wirkt sich dann auch massgeblich auf die Erwartungen aus. Vielleicht sucht die betroffene Person ja auch gar keine ärztliche Hilfe, sondern den Beistand eines Imams, Priesters oder Ähnlichem. Der kulturelle Aspekt ist daher wichtig.

Meiner Ansicht nach sollte das Gesundheitspersonal auch ein Augenmerk auf die sozialen Gesundheitsfaktoren legen. Aspekte der Sicherheit oder der Unterbringung können sich unmittelbar auf die Gesundheit einer Person auswirken. Ihr Gesundheitszustand kann also verbessert werden, wenn diesen Aspekten Beachtung geschenkt wird.

Wir müssen uns auch bewusst sein, dass schon ganz zu Beginn Missverständnisse entstehen können. Man muss sich Zeit nehmen, um eine therapeutische Beziehung zu den Patientinnen und Patienten aufzubauen. Später lässt sich das nur mit Schwierigkeiten nachholen. Manchmal wird die Beziehung sogar abgebrochen, weil die Patientin oder der Patient das Vertrauen verloren hat. In diesem Zusammenhang spricht man oft von Ko-Konstruktion in Bezug auf kulturell bedingte Vorstellungen. So kann die Vorstellung vom Schweregrad einer Erkrankung sehr unterschiedlich sein. Wir hatten beispielsweise Personen aus bestimmten Regionen Afrikas mit 40 °C Fieber. Sie waren darüber nicht besonders beunruhigt, da sie hohes Fieber aufgrund von Krankheiten wie Malaria gewohnt sind. Hingegen kann eine Erkältung oder ein Husten diese Personen enorm ängstigen.

PB: Was Dr. Sanchis anspricht, ist das subjektive Krankheitsmodell. Dieses wurde in den 1970er-Jahren von einem medizinischen Anthropologen beschrieben und ist für uns äusserst hilfreich um he-

rauszufinden, was die betroffene Person versteht, was sie beunruhigt, welches ihre genauen Erwartungen sind, was sie über den Nutzen des Medikaments und die mögliche Heilung weiss oder eben nicht weiss. Für uns Westschweizer kann dies aber auch hilfreich sein, wenn wir es mit Patientinnen und Patienten aus dem Tessin oder der Deutschschweiz zu tun haben. Es ist viel breiter anwendbar, wird aber insbesondere in der Arbeit mit Asylsuchenden eingesetzt.

Ich kann ein Beispiel aus der Zeit während des Kriegs in Ex-Jugoslawien nennen: Zahlreiche Patientinnen und Patienten – ohne verallgemeinern zu wollen – sahen nicht ein, weshalb es im Gesundheitswesen einen Hausarzt oder einen Allgemeininternisten braucht. In der Region, aus der sie stammten, war für manche ein solcher Arzt nur jemand, der einen Überweisungsschein für die Konsultation bei einem Neurologen ausstellt, wenn man Kopfschmerzen hat, oder bei einem Gastroenterologen, wenn man Bauchschmerzen hat. Sie sahen daher keinen Nutzen in einem Gesundheitssystem wie dem schweizerischen, in dem die Allgemeinmedizin im Vordergrund steht.

JS: Einige Patientinnen und Patienten nahmen es uns sogar übel, dass wir sie zu einem Allgemeinarzt schickten. Sie dachten, wir würden sie nicht ernst nehmen, da sie eine andere Vorstellung von einem Gesundheitssystem hatten.

**Kann die psychische Gesundheit ein heikles Thema oder gar ein Tabu sein?**

JS: Die psychische Gesundheit ist besonders komplex. Bei uns wird diese in der Regel von einer Psychiaterin oder einem Psychiater beurteilt. In einigen Ländern ist die Psychiatrie jedoch kaum bekannt. In anderen Ländern bestehen viele Vorurteile (teilweise auch noch bei uns), was den Zugang zu dieser Art von Konsultation einschränken kann. Doch das ist noch nicht alles: Wir fordern die Betroffenen dazu auf, über ihre Gefühle zu sprechen. Für viele ist das aber mit Scham besetzt, ein Tabu. Bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten aus bestimmten Ländern kann es sehr lange dauern, bis man wirklich weiss, was sie beschäftigt. Zunächst müssen alle diese Unterschiede bereinigt und die Hürden besei-

# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

---

tigt werden. Manchmal kommt noch hinzu, dass die betroffene Person sich ihrer Krankheit überhaupt nicht bewusst ist. Dann kann die Behandlung sehr viel länger dauern.

**PB:** Unser dringlichstes Problem ist die psychische Gesundheit – und nicht etwa Infektions- oder Stoffwechselkrankheiten. Diese sind auch von Bedeutung, aber das Hauptproblem ist die psychische Gesundheit. Aus diesem Grund haben einen interkulturellen Psychiater, ein weiterer soll hinzukommen. Der andere Grund ist, dass wir ein Team haben, dessen Arbeitsalltag von dem geprägt ist, was ihnen die Patientinnen und Patienten aus dem Asylbereich erzählen. Das sind oft schwierige und belastende Geschichten. Dr. Sanchis hat bei uns zunächst ein Coaching für das Pflegeteam angeboten. Er steht ihnen zur Seite, um körperliche und emotionale Erschöpfung oder ein Burn-out zu vermeiden. Javier achtet auch darauf, dass sich die Ärztinnen und Ärzte nicht zu stark verausgaben.

## **Sie arbeiten also an zwei Fronten?**

**JS:** Genau. Ich sage immer: Wenn man gut zu den Patienten schauen will, muss man gut zum Gesundheitspersonal schauen.

## **Um nochmals auf das vorher Gesagte zurückzukommen: Mit welchen Profilen haben Sie es in Ihrer Arbeit am häufigsten zu tun?**

**JS:** Ich denke, dass es im Bereich der psychischen Gesundheit hauptsächlich um Trauer geht. Trauer ist keine Krankheit, sondern ein Leiden, das Probleme hervorrufen kann.

Bei den psychiatrischen Erkrankungen handelt es sich vor allem um Angstzustände und Depressionen, aber auch um traumatische Störungen verschiedenster Art. Am häufigsten wird von der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gesprochen, es gibt aber auch andere traumabedingte Probleme wie die dauerhafte Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, die viel heimtückischer und sehr verbreitet ist. Meiner Ansicht nach wird diese Erkrankung manchmal sogar zu wenig diagnostiziert. Das Hauptaugenmerk liegt auf den PTBS, aber es gibt andere, komplexere Traumata, die mitunter etwas schwieriger zu diagnostizieren sind. Dann ha-

ben wir auch psychotische Patienten sowie Fälle von Suchtmittelmissbrauch. Bei einer Minderheit der Betroffenen war der Konsum schon im Herkunftsland problematisch. Bei anderen ist er auf den seelischen Schmerz zurückzuführen, den sie so betäuben wollen. Wir stellen fest, dass wir die Betreuung von Personen mit problematischem Konsum stark verbessern können, wenn wir rasch eine Vertrauensbeziehung aufbauen.

Es gibt also zwei Aspekte: die psychische Gesundheit und das Risikoverhalten. Wir wissen, dass Personen aus dem Asylbereich eher ein Risikoverhalten zeigen, wenn sie mit Untätigkeit, unklaren Perspektiven und enttäuschten Erwartungen konfrontiert sind.

**Laure Jaton:** Was die körperliche Gesundheit betrifft, die nicht immer klar getrennt betrachtet werden kann, so haben wir es oft mit chronischen Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Bluthochdruck, erhöhtes Cholesterin) zu tun, die auch hier immer häufiger vorkommen. Es gibt aber natürlich auch Infektionskrankheiten, je nach Ausbreitung im Herkunftsland. Aber wir befassen uns viel weniger mit der Infektiologie, als man erwarten würde, bevor die spezifische Population bekannt ist.

## **In unserer Arbeit sind wir auf die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten angewiesen, die für uns das ATF ausfüllen. Was halten Sie von diesem Dokument?**

**LJ:** Im Vorfeld ist es für uns und das Pflegepersonal wichtig zu wissen, inwieweit die Rückkehr freiwillig erfolgt. In allen Fällen, mit denen ich bisher zu tun hatte, war da immer ein Leiden, ein Angstgefühl und manchmal eine Ambivalenz in Bezug auf die freiwillige Rückkehr. Die Patientinnen und Patienten laden alle diese Gefühle bei uns ab, wir sind ihre Bezugspersonen. Wir müssen mit all dem umgehen können. Unter diesen Umständen füllen wir das Dokument aus.

**JS:** Die Ambivalenz im Hinblick auf die Rückkehr ins Herkunftsland wird immer angesprochen, vor allem bei Zwangsmigrantinnen und -migranten. (Anm. d. Red.: Für Unisanté sind dies Personen, die ihr Heimat- oder Herkunftsland verlassen müssen und die



# Going Home

Rückkehrhilfe: ein Perspektivenwechsel

daher häufig ein Asylverfahren in der Schweiz durchlaufen.)

**LJ:** Dies gilt umso mehr für erkrankte Zwangsmigrantinnen und -migranten. Die Leute haben einfach Angst, dass sie möglicherweise nicht gesund sind.

Zu erwähnen ist auch der zeitliche Aspekt, der problematisch ist. Manchmal ist es mir nicht möglich, das Dokument fristgemäss auszufüllen, so wie es meine Verpflichtung gegenüber den Patientinnen und Patienten gebietet. Bis die betroffenen Personen das Dokument erhalten und an uns weiterleiten, vergeht schon eine gewisse Zeit. Uns bleiben dann vielleicht noch drei Tage, um das Formular auszufüllen. Bei unserer Arbeitsbelastung ist das äusserst schwierig. Wir möchten es korrekt machen – vor allem, weil sich dies erheblich auf das Leben einer Person auswirken kann. Wenn man von uns verlangt, das Dokument innert so kurzer Frist auszufüllen, ist das sehr schwierig für uns.

Ich habe kein Problem damit, dieses Formular auszufüllen, aber das Drumherum ist manchmal kompliziert.

**PB:** Es muss auch klargemacht werden, dass diese Bescheinigung eine ärztliche Handlung darstellt und dass dies wirklich wichtig ist, namentlich für die Zukunft der betroffenen Personen. Das ist eine Herausforderung, denn Ärztinnen und Ärzte lieben die klinische Tätigkeit, aber sie kümmern sich nicht gerne um Papierkram.

**JS:** Zudem müssen wir oft Konsultationen mit Dolmetschenden organisieren, und dazu reicht ein einziger Termin nicht. Auch wenn wir dabei noch so pragmatisch vorgehen, ein Gespräch in Anwesenheit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher erfordert doppelt so viel Zeit.

Die medizinische Realität deckt sich nicht mit der administrativen Realität. Medizinische Tatsachen sind keine administrativen Tatsachen. Wir brauchen mehr Zeit, um unsere Arbeit gut zu verrichten. Sei es, damit die betroffene Person bleiben kann und wir uns gut um sie kümmern können. Oder sei es,

damit sie ausreisen kann, aber unter guten Bedingungen.

**Besteht ein Austausch mit Institutionen in den Rückkehrländern?**

**LJ:** Wir haben keinen Kontakt mit Institutionen in den Rückkehrländern. Zu diesem Zweck haben wir die Rückkehrhilfebüros. Wir arbeiten mit ihnen zusammen und übermitteln ihnen Informationen. Wir teilen ihnen beispielsweise mit, dass die betroffene Person bestimmte Medikamente oder eine bestimmte Behandlung benötigt. Über die IOM werden diese Informationen dann zusammengetragen. Das ist unsere einzige Vorgehensweise.

## Impressum

**Herausgeber:** SEM und IOM, Rückkehrhilfe Kommunikation (RüKo)

**Redaktion:** Matthieu Bulliard, IOM  
Délia Baumgartner, SEM

**Mitarbeit:** Pier Rossi-Longhi, IOM

**Fotos:** © IOM, SEM

**Layout:** Christa Burger, SEM

**Kontakt:** SEM: 058 465 11 11  
IOM: 031 350 82 11

**E-Mail:** info@sem.admin.ch  
bern@iom.int

**Internet:** switzerland.iom.int  
www.sem.admin.ch  
www.youproject.ch

