
Psychische Gesundheit von geflüchteten Erwachsenen

Eine sozialpsychologische Perspektive auf struktureller und individueller Ebene



Abbildung 1: Titelbild (ChatGPT, 2025)

M382 - Bachelorarbeit

11. August 2025

Studierende:

Lorina Tachtler SP, Andrin Camadini SP

Begleitperson der BA:

Prof. Dr. Rebekka Ehret

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Sozialpädagogik
Kurs VZ 2022 - 2025

Andrin Camadini & Lorina Tachtler

077 421 98 83

079 374 40 14

andrin.camadini@stud.hslu.ch

lorina.tachtler@stud.hslu.ch

Psychische Gesundheit von geflüchteten Erwachsenen:

Eine sozialpsychologische Perspektive auf individueller und struktureller Ebene

Begleitperson:

Prof. Dr. Rebekka Ehret

Institut für soziokulturelle Entwicklung

Diese Arbeit wurde am **11.08.2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale
Arbeit

Abstract

Aus sozialpsychologischer Perspektive wird untersucht, wie prämigriorische, migrationsbedingte und postmigriorische Einflussfaktoren gemeinsam mit psychosozialen Stressoren wie Diskriminierung, Rassismus und Akkulturationskonflikten die psychische Gesundheit beeinflussen. Die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel *Psychische Gesundheit von geflüchteten Erwachsenen* von Lorina Tachtler und Andrin Camadini beschäftigt sich mit der Fragestellung, welche Massnahmen es bedarf, um die psychische Gesundheit von geflüchteten Erwachsenen zu stärken. Die Autor*innen analysieren mittels Literaturrecherche zentrale Einflüsse, Versorgungslücken und Krankheitsphänomene. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit einer Fluchtgeschichte mehrfach marginalisiert sind und sowohl im Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch in anderen Lebensbereichen auf zahlreiche Barrieren stossen. Die Soziale Arbeit kann durch stabilisierende, ressourcenorientierte und strukturverändernde Interventionen einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit von Betroffenen leisten. Auf Basis eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses werden wichtige Ansätze wie traumasensible Begleitung, transkulturelle Kompetenz, gesundheitsbezogene und kritische Soziale Arbeit eingeführt. Die Bachelorarbeit richtet sich an Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Flucht und Migration. Sie verfolgt das Ziel, Handlungsspielräume in einem System restriktiver Asylpolitik sichtbar zu machen. Abschliessend wird deutlich, dass eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung nur mit politischen und gesellschaftlichen Veränderungen möglich ist.

Dank

Die Autor*innen möchten sich hiermit bei allen Personen bedanken, die einen bedeutungsvollen Beitrag für die Bachelorarbeit geleistet haben.

Für die wertvolle fachliche Begleitung und stetige Verfügbarkeit während des Arbeitsprozesses geht ein besonderer Dank an die Begleitperson Rebekka Ehret. Die Autor*innen bedanken sich auch bei Dr. med. Ljiljana Joksimovic, die sie im Rahmen eines Expertinneninterviews mit ihrem Erfahrungswissen inspiriert hat.

Zuletzt gilt der Dank allen Personen aus dem persönlichen Umfeld, die diese Arbeit gegengelesen und mit verschiedenen Ideen bereichert haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Dank.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation, Zielsetzung und Abgrenzung	2
1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit.....	3
1.4 Adressat*innen.....	5
1.5 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit.....	5
2 Psychorelevante Einflussfaktoren im Kontext von Migration, Flucht und psychischer Gesundheit ...	7
2.1 Psychische Gesundheit im Migrations- und Fluchtkontext.....	7
2.2 Migration und Flucht.....	8
2.3 Erklärungsmodell zur Interdependenz von Migration und Gesundheit.....	9
2.3.1 Prämigratorische Einflussfaktoren	10
2.3.2 Migrationsbedingte Einflussfaktoren	11
2.3.3 Postmigratorische Einflussfaktoren	12
2.4 Psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen.....	14
2.4.1 Auswirkungen des Ortswechsels.....	14
2.4.2 Empirische Befunde zur Prävalenz psychischer Erkrankungen	15
2.5 Zwischenfazit.....	18
3 Krankheitsphänomene im Migrations- und Fluchtkontext bei belasteter psychischer Gesundheit..	18
3.1 Trauma in Folge von Krieg, Flucht und Gewalt	18
3.2 Die Traumaverarbeitung	21
3.3 Traumafolgestörungen.....	23
3.4 Posttraumatische Belastungsstörung.....	23

3.5 Depression.....	25
3.6 Angststörungen	26
3.7 Zwischenfazit	27
4 Sozialpsychologische Erklärungen zu Migration, Flucht und psychischer Gesundheit auf struktureller und individueller Ebene.....	27
4.1 Der Kulturbegriff.....	27
4.2 Rassismus und Diskriminierung: eine intersektionale Erklärung im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit	29
4.2.1 Vorurteile, Diskriminierung und Rassismus	29
4.2.2 Intersektionalität und Othering-Prozesse	31
4.2.3 Einfluss von rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit.....	33
4.2.4 Diskriminierung in Behandlungsbeziehungen	34
4.3 Akkulturation und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden geflüchteter Erwachsener	36
4.3.1 Begriffsklärung Segregation, Assimilation, Marginalisierung, Integration.....	37
4.3.2 Akkulturationsstress und Einfluss auf die psychische Gesundheit im transaktionalen Stressmodell	38
4.3.3 Transaktionales Stressmodell.....	40
4.4 Zwischenfazit	41
5. Gesundheitsversorgung in Asylunterkünften: Rahmenbedingungen, Zugänge, Barrieren und Soziale Ungleichheit	42
5.1 Das Recht auf Gesundheit	42
5.2 Rahmenbedingungen und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung in Asylunterkünften	43
5.3 Barrieren bei der Versorgung	45
5.3.1 Sprachbarrieren.....	46
5.3.2 Orientierung im Gesundheitssystem.....	47
5.3.3 Sozio-kulturelle Barrieren.....	47
5.3.4 Verfahren und Asylstatus	48
5.4 Soziale Ungleichheit als Risikofaktor für die psychische Gesundheit	49

5.5 Berufsethik der Sozialen Arbeit.....	51
5.6 Zwischenfazit.....	53
6 Praxisansätze zur psychosozialen Unterstützung im Kontext von Migration, Flucht und Sozialer Arbeit	54
6.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit.....	54
6.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention.....	55
6.1.2 Gesundheitsselbsthilfe	56
6.1.3 Klinische Sozialarbeit.....	57
6.2 Transkulturelle Kompetenz und kultursensible Kommunikation.....	58
6.2.1 Transkulturelle Kompetenz	58
6.2.2 Kultursensible Kommunikation	61
6.3 Kritische Soziale Arbeit.....	63
6.3.1 Antidiskriminierungs- und rassismuskritische Arbeit.....	63
6.3.2 Strukturelle Veränderungen.....	65
6.4 Traumasensible Soziale Arbeit	67
6.5 Psychosoziale Begleitung bezüglich Stresserleben	70
6.5.1 Resilienz als Schutzfaktor im Fluchtkontext.....	70
6.5.2 Therapeutische Behandlungsformen	71
7 Schlussfolgerungen für die Arbeit mit geflüchteten oder migrierten Menschen.....	72
7.1 Rückblick.....	72
7.2 Gesamtfazit – Beantwortung der Fragestellung	73
7.3 Ausblick	75
8. Literaturverzeichnis.....	76
9. Anhang.....	91
A Tabelle Nachweis KI	91
B Flüchtlingsspezifische Inklusionschart IC_Flü.....	92
C Fragekatalog Expertinneninterview	96

Angaben zur Kapitelbearbeitung:

Kapitel 1	Andrin Camadini & Lorina Tachtler
Kapitel 2	Andrin Camadini
Kapitel 3	Lorina Tachtler
Kapitel 4	Andrin Camadini & Lorina Tachtler
Kapitel 5	Andrin Camadini
Kapitel 6	Andrin Camadini & Lorina Tachtler
Kapitel 7	Andrin Camadini

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Titelbild	
Abbildung 2: Erklärungsmodell: Zusammenhang von Migration und Gesundheit	10
Abbildung 3: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	51
Abbildung 4: Systematisierung der Handlungsbereiche, -felder und Basiskonzepte Sozialer Arbeit im Kontext Gesundheit	55
Abbildung 5: Säulenmodell transkultureller Kompetenz	60
Abbildung 6: Angebot der –SUI-App	61
Abbildung 7: Übersicht Prinzipien professionelles Handeln in der Sprachmittlung	62

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AS	Asylsuchende
AU	Asylunterkünfte
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAZ	Bundesasylzentrum / Bundesasylzentren
BV	Bundesverfassung
BEKO	Betriebskonzept Unterbringung
et al.	und andere
KU	Kollektivunterkunft / Kollektivunterkünfte
o.J.	ohne Jahr
o.S.	ohne Seite
PSZ	Psychosoziales Zentrum
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
S.	Seite
SA	Soziale Arbeit
SEM	Staatssekretariat für Migration
SU	Soziale Ungleichheit
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNO	United Nations Organization
vgl.	vergleiche
zit.	zitiert

1 Einleitung

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Darlegung der Ausgangslage. Im weiteren Verlauf werden zunächst die Motivation und Zielsetzung der Autor*innen erläutert, anschliessend erfolgt eine detaillierte Auseinandersetzung mit der Relevanz für die Soziale Arbeit (SA). Abschliessend folgen die Fragestellungen und die daran orientierte Struktur der vorliegenden Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Weltweit sind rund 281 Millionen Migrant*innen auf Wanderung. Dies ist dem letztjährigen Weltmigrationsbericht der internationalen Organisation für Migration zu entnehmen (McAuliffe & Oucho, 2024, S. 4). Gemäss dem aktuellen Mid-Year Trends-Report vom United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), waren davon im Juni 2024 weltweit 122,6 Millionen Menschen auf der Flucht (UNHCR, 2024, S. 2). Bereits seit 12 Jahren steigt die Anzahl der zur Flucht gezwungen Menschen kontinuierlich an (UNHCR, 2024, S. 5).

Menschen sind aufgrund der zum Teil verheerenden Umstände im Herkunftsland, der Risiko behafteten Flucht und den restriktiven Verhältnissen im Ankunftsland nach der Flucht besonders verletzlich. Die Mehrheit der geflüchteten Menschen weisen aufgrund der Fluchtumstände eine schwere psychische Belastung auf. Trotz ihrer offensichtlichen Not stossen sie im psychosozialen Versorgungssystem auf erhebliche Probleme (Ghaderi, 2022, S. 2). Individuelle, soziale und strukturelle Hürden erschweren den Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung und haben Einfluss auf die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen (Ghaderi, 2022, S. 3; Heiniger & Kaiser, 2020, S. 56). Die Hindernisse reichen von Informations- und Versorgungsdefiziten bis hin zu Sprachbarrieren, mangelhafter Unterbringung oder Rassismus und Diskriminierung. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Zugangsbarrieren erfolgt im Kapitel 5.3.

Erhalten die Betroffenen keine angemessene psychosoziale Gesundheitsversorgung droht eine Chronifizierung der psychischen Erkrankungen (Ghaderi, 2022, S. 2). Belastungsfaktoren können allesamt eine Bedrohung der psychischen und physischen Integrität darstellen und die soziale, materielle und kulturelle Lebensgrundlage Betroffener aus dem Gleichgewicht bringen (Maier & Schnyder, 2019, S. 73). Fachliteratur zeigt, dass etwa 30 Prozent der Asylsuchenden (AS) unter einer Traumafolgestörung leiden (Müller et al., 2018, S. 9). In einer Aufnahmeeinrichtung in Bayern wurde 2012 bei 63,6 Prozent der AS eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt (Hauth et al., 2016, S. 1).

Schweizer Expert*innen schätzen den Anteil von psychisch erkrankten AS auf 50 bis 60 Prozent. Die Schätzungen beruhen jedoch auf subjektiven Erfahrungen und nicht auf einer repräsentativen und validen Studie. Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass die Verfahren zur Erhebung der Prävalenz von Traumatisierungen und psychischen Erkrankungen unterschiedlich sensitiv sind und im Allgemeinen in der Schweiz kaum aussagekräftige Ergebnisse liefern (Müller et al., 2018, S. 9–10).

Trotz der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen bei AS fehlten in der Schweiz bereits im Jahr 2013 rund 500 Behandlungsplätze oder alternative Versorgungsmodelle (Oetterli et al., 2013, S. 3). Es ist zu erwarten, dass der Bedarf in Zukunft weiter ansteigen wird. Die unzureichende Versorgung führt dazu, dass Betroffene primär Notfallstrukturen aufsuchen und damit hohe Folgekosten im Gesundheitssystem verursachen. Gemäss Studien suchen und finden geflüchtete Menschen weniger psychotherapeutische Angebote als Schweizer*innen (Satinsky et al., 2019).

Die vorherigen Ausführungen zeigen ein klares Defizit in der Gesundheitsversorgung der AS auf. Dies steht im Widerspruch zu den Inhalten des Betriebskonzepts Unterbringung (BEKO) des Staatssekretariats für Migration (SEM), in dem ein Zugang der AS zum Gesundheitssystem verankert ist. Oftmals beschränken sich die Hilfsangebote für AS auf die Krisenintervention. Längerfristige, begleitende Angebote sind schlicht zu wenige oder keine vorhanden oder aus asylpolitischem Interesse gar nicht erst vorgesehen (Müller et al., 2017, S. 55). Somit kommt es zur strukturellen sozialen Benachteiligung von ohnehin bereits vulnerablen Personengruppen.

1.2 Motivation, Zielsetzung und Abgrenzung

Die Verfasser*innen nutzen die Bachelorarbeit als Gelegenheit, sich vertieft und über einen längeren Zeitraum mit einem Thema auseinanderzusetzen, das sie persönlich anspricht und gesellschaftlich relevant ist. Obwohl sie bisher keine beruflichen Erfahrungen im entsprechenden Arbeitsfeld der SA sammeln konnten, hat insbesondere das Modul «Flucht und Asyl» ihr Interesse für die Thematik geweckt. Die komplexen Herausforderungen, mit denen geflüchtete Menschen konfrontiert sind, insbesondere im psychischen und sozialen Bereich, haben sie nachhaltig bewegt.

Diese Betroffenheit und das Interesse an strukturellen sowie individuellen Zusammenhängen haben sie dazu motiviert, sich im Rahmen einer Fachliteraturarbeit mit der Wechselwirkung zwischen Flucht- und Migrationsprozessen sowie der psychischen Gesundheit betroffener Erwachsener auseinanderzusetzen. Ziel ist es ausserdem, zu untersuchen, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit geflüchtete Menschen im Aufnahmeland psychosozial besser unterstützt werden können. Es sollen Handlungsspielräume für die SA und deren Aufgabenbereich der psychosozialen Versorgung in einem strukturell eingrenzenden Kontext aufgezeigt werden. Die Thematik psychische Gesundheit im Fluchtkontext stellt ein umfangreiches und interdisziplinäres Forschungsgebiet dar.

Deshalb ist es im Rahmen dieser Bachelorarbeit nötig, einige Themen bewusst auszugrenzen. Der Schwerpunkt liegt auf der psychischen Gesundheit geflüchteter Erwachsenen ab 18 Jahren im deutschsprachigen Raum. Unbegleitete minderjährige AS werden nicht berücksichtigt, da ihre Lebenslage spezifische rechtliche und betreuungsbezogene Anforderungen mit sich bringt, die eine eigenständige Betrachtung erfordern.

Auch psychotherapeutische Ansätze werden lediglich am Rande behandelt, da sie nicht zum Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit zählen. Die körperliche Gesundheit wird insofern thematisiert, als sie in engem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit steht, jedoch nicht vertieft behandelt, da der Fokus explizit auf psychischer Gesundheit liegt. Ergänzend werden individuelle, politische sowie strukturelle gesellschaftliche Rahmenbedingungen berücksichtigt, da sie zentrale Einflussfaktoren für die psychosoziale Versorgung von geflüchteten Menschen darstellen.

1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Gesundheitliche Unterschiede, die systematisch durch soziale Ungleichheiten bedingt sind, werden als *gesundheitliche Ungerechtigkeit* bezeichnet. Ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz, sie gefährden die soziale Kohäsion und sie führen zu unnötigen Mehrkosten (Weber, 2020, S. 7). Gemäss dem Berufskodex der SA von AvenirSocial (2010) ist diese dazu verpflichtet, einen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten, insbesondere für diejenigen Personen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauerhaft in ihrem Leben unrechtmässig eingeschränkt sind oder deren Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen unzureichend gewährleistet ist. Ausserdem unterstützt die SA Menschen und Gruppen in sozialen Notlagen und versucht diese zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern (S. 7). Die Profession SA fördert Problemlösungen und Ermächtigung mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen zu steigern (AvenirSocial, 2010, S. 9). Für die Berufspraxis sind die Menschenrechte und die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit zentral. Es gilt ausserdem der Grundsatz der Gleichbehandlung. Professionelle der SA begleiten Menschen ungeachtet von Geschlecht, 'race', Status oder individuellen Besonderheiten mit Grundsätzen der Menschenwürde, Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit. Weiter bestimmt der Grundsatz der Integration einen Auftrag im Bereich des Asylwesens. Professionelle der SA sind dazu verpflichtet, die physischen, psychischen, spirituellen, kulturellen und sozialen Bedürfnisse der Menschen zu achten (AvenirSocial, 2010, S. 10).

In der Arbeit mit geflüchteten Menschen sind Rahmenbedingungen gesetzt und daher der Handlungsspielraum begrenzt. Die SA bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen dem Zweck der Migrationskontrolle und die Regelung der Lebensverhältnisse der geflüchteten Personen. Auf der anderen Seite steht der Auftrag im Vordergrund, dem Menschen eine autonome Lebensgestaltung zu ermöglichen (Scherr & Scherschel, 2016, S. 124).

Als Professionelle der SA gilt es, die rechtlichen Regelungen und Machtstrukturen zu reflektieren und diese auch kritisch zu hinterfragen (Staub-Bernasconi, 2018, S. 218-219). Die SA unterstützt geflüchtete Menschen bei der Klärung der Ausgangs- und Problemsituation. Zusammen mit den Adressat*innen werden Bedürfnisse, Werte und Normen erfasst, die zu einer Veränderung der Situation beitragen sollen (Staub-Bernasconi, 2018, S. 263). Arbeits- und Wohnraumbeschaffung, Sprachunterricht, Bildungsangebote, finanzielle Leistungen oder Sozialinformationen können dabei behilflich sein. Diese Unterstützung kann jedoch nur wirksam sein, wenn die Betroffenen im Vorfeld in Kenntnis der Rechtslage im Sozial- und Gesundheitswesen gesetzt werden (Domenig, 2007, S. 124). Dazu sind transkulturelle Kompetenzen gefragt (vgl. Kapitel 6.2.1).

Die viel zu hohen Betreuungsschlüssel in den Bundesasylzentren (BAZ) und Kollektivunterkünften (KU) sind problematisch und die Unterbringungen insgesamt lückenhaft. Im BEKO des SEM ist ein Betreuungsschlüssel von 1:50 vorgesehen (SEM, 2025, S.20). In solchen Verhältnissen scheint eine trauma- und kultursensible Arbeitsweise kaum möglich. Weiter bedarf es in Bezug auf die Zugangsbarrieren Lösungen im Bereich Information, rassistische Diskriminierung und Sprachmittlung. Es handelt sich also in unserer Arbeit vorwiegend um eine Praxislücke. Die Angebotsvielfalt und ebenso die Angebotseignung sind unzureichend. Daher erscheint es den Autor*innen wichtig, konkrete Handlungsmöglichkeiten für die Fachpersonen der SA rund um das Thema migrations- und traumasensibles Arbeiten zu konzipieren und gleichzeitig auf die asyl- und gesundheitspolitischen Strukturen aufmerksam zu machen. Es wird darum gehen, herauszufinden, wo Handlungsspielraum in einem gegebenen Rahmen zu finden ist. Im Idealfall sind die Interventionen nicht im Sinne einer Krisenbewältigung, sondern einer frühzeitigen Abklärung und psychosozialen Begleitung, sodass sich Erkrankungen nicht chronifizieren.

1.4 Adressat*innen

Diese Bachelorarbeit richtet sich an alle Vertiefungsrichtungen der SA im Handlungsfeld der Arbeit mit geflüchteten Menschen, bei welchen Bedarf an psychosozialer Versorgung angezeigt ist.

1.5 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Nachfolgend wird die Kapitelübersicht in Bezug auf die Fragestellungen vorgestellt, um einen Überblick über die Bachelorarbeit zu erhalten. Übergeordnet soll sich die Arbeit der folgenden Fragestellung widmen: *«Welche Massnahmen bedarf es, damit Professionelle der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum, in einem strukturell eingeschränkten Kontext die psychische Gesundheit von geflüchteten Erwachsenen stärken können?»* Das zweite Kapitel widmet sich der Theoriefrage: *«Was wird unter psychorelevanten Einflussfaktoren im Zusammenhang mit Migration, Flucht und psychischer Gesundheit verstanden?»* Mittels Beschreibungs- und Erklärungswissen aus der Sozialpsychologie soll die Fragestellung beantwortet werden. Das Kapitel befasst sich mit dem Erklärungsmodell zur Interdependenz zwischen Migration und Gesundheit, wobei Bezüge auf verschiedene Ebenen erfolgen. Die Einflussfaktoren werden in der Zeitdimension auf prä migratorische, migrationsbedingte und post migratorische Einflussfaktoren unterteilt.

Die Kapitel drei und vier befassen sich mit der Theoriefrage: *«Inwiefern wirken sich die benannten Einflussfaktoren im Hinblick auf das Erleben von sozialer Benachteiligung, Diskriminierung und Rassismus auf die psychische Gesundheit der geflüchteten Erwachsenen aus und mit welchen Theoriebezügen lässt sich das erklären?»* Um unmittelbare Auswirkungen aufzuzeigen, befasst sich Kapitel drei mit den am häufigsten vorkommenden Krankheitsphänomenen im Migrations- und Fluchtcontext. Um zu erläutern, wie sich die Einflussfaktoren auswirken, untersuchen die Verfasser*innen im vierten Kapitel Bezüge aus der Sozialpsychologie auf individueller und struktureller Ebene. Sie gehen auf die Vielfalt des Kulturbegriffs ein und machen Bezüge zu Intersektionalität, Rassismus, Diskriminierung, Akkulturation und Stresspsychologie.

Im fünften Kapitel wird die folgende Fragestellung bearbeitet: *«Wie ist der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten für Erwachsene in Bundesasylzentren und Kollektivunterkünften geregelt und im Hinblick auf soziale Ungleichheit problematisch?»* Zu Beginn wird das Recht auf Gesundheit thematisiert. Im Anschluss folgen die Struktur- und Rahmenbedingungen und der damit verbundene Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Ausserdem umfasst Kapitel 5.3 die Barrieren im Zugang zum Versorgungssystem in der Schweiz und Deutschland. Kapitel 5.4 schätzt den Einfluss von Sozialer Ungleichheit (SU) auf die psychische Gesundheit ein. Schlussendlich folgt im Kapitel 5.5 eine fachliche Bewertung auf Grundlage der Menschenrechte und des Berufskodexes der SA.

Die abschliessende Praxisfrage lautet: *«Mit welchen bereits existierenden Praxisansätzen können geflüchtete Erwachsene, die an psychischen Belastungen leiden, adäquat unterstützt werden und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei einnehmen?»* Im sechsten Kapitel sollen Handlungsmöglichkeiten für die SA aufgeführt werden, welche die psychosoziale Unterstützung von geflüchteten Erwachsenen in Bezug auf die bestehenden Barrieren verbessern.

Im siebten Kapitel folgen zum Schluss ein Rückblick und das Fazit, in welchem die übergeordnete Fragestellung beantwortet wird. Zudem wagen die Verfasser*innen einen Ausblick in die Zukunft, wobei der aktuelle Bedarf noch einmal betont wird. Im Kapitel zwei wird nun der Zusammenhang von Migration, Flucht und psychischer Gesundheit erklärt.

2 Psychorelevante Einflussfaktoren im Kontext von Migration, Flucht und psychischer Gesundheit

Dieses Kapitel befasst sich mit Themen wie psychische Gesundheit, Migration und Flucht. Ausserdem folgt eine Analyse der psychorelevanten Einflussfaktoren und deren Auswirkungen. Bevor das Zwischenfazit das Kapitel abrundet, werden empirische Befunde präsentiert.

2.1 Psychische Gesundheit im Migrations- und Fluchtcontext

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beschreibt psychische Gesundheit als ein vielschichtiges Thema, das von vielen Faktoren abhängt. Sie bilde die Basis der allgemeinen Gesundheit und sorgt dafür, dass sich Menschen wohlfühlen, am sozialen Leben teilnehmen können und zudem die Möglichkeit auf Entwicklung haben (BAG, 2025, o. S.). Im Bericht zur weltweiten psychischen Gesundheit der World Health Organization (WHO) lassen sich sozioökonomische, biologische und ökologische Faktoren herauslesen, welche die psychische Gesundheit beeinflussen. Die WHO umschreibt psychische Gesundheit als ein Zustand, in dem Menschen ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die Belastungen des Lebens bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gesellschaft leisten können. Der beschriebene Zustand von psychischer Gesundheit ist jedoch nicht als starr anzusehen. Die Grenzen zwischen Wohl- und Unwohlbefinden sind teilweise sehr nah. Ein Gleichgewichtsbestreben von passenden Ressourcen und bewältigbaren Herausforderungen wird aufrechterhalten, um bei psychischer Gesundheit zu bleiben (WHO, 2022, S. 11).

Die psychische Gesundheit umfasst weit mehr als die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen. Psychische Gesundheit beinhaltet sowohl individuelle Resilienz als auch die Bewältigungskompetenzen für die Herausforderungen aller Lebensbereiche. Im Laufe des Lebens von geflüchteten Menschen können beispielsweise Probleme wie Erwerbslosigkeit, soziale Isolation und Einsamkeit, Verlusterfahrungen oder traumatische Erlebnisse aufkommen, welche bewältigt werden müssen. Dabei kann Bildung und Erziehung, Schutz vor Gewalterfahrungen, Rechtssicherheit, Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit das Gefühl von Sicherheit fördern und Ohnmachtserfahrungen vermeiden. Diese Aspekte weisen sich ebenfalls als förderlich für die psychische Gesundheit aus (McDaid et al., 2017; WHO, 2013; Botezat et al., 2018; CarodArtal, 2017; zit. in Hapke, 2023, S. 25-26).

2.2 Migration und Flucht

Migration wird nach Müller (2024) als eine besondere Form der räumlichen und zeitlichen Bewegung bezeichnet (S. 24). Es liegen unterschiedliche Gründe vor, weshalb Menschen migrieren. Daher kann in verschiedene Typen von Migration differenziert werden (Müller, 2024, S. 26). In der Unterkategorie erzwungene Migration ist gemäss Müller (2024) unter anderem der Begriff Flucht zu verordnen. Betroffene fliehen, da sie sich aufgrund von Verfolgung und Gewalt um ihr Leben und das ihrer Familie fürchten (S. 35). Fluchtmigration entsteht dann, wenn staatliche und halb- oder parastaatliche Akteur*innen das Überleben, politische Partizipationschancen, die Sicherheit und Freiheit Einzelner oder von Kollektiven so stark gefährden, dass Betroffene ihre Heimatorte verlassen müssen (Carey, 2018, S. 23). Auch Sauer und Brinkmann (2016) unterscheiden in verschiedene Formen von Migration und betrachten Flucht als eine davon. Daneben migrieren Menschen auch aufgrund ihrer Arbeitssituation oder der Familienzusammenführung. Losgelöst vom Untertyp beschäftigt sich die Migrationsforschung mit Motiven und Gründen der Wanderung und der individuellen und gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Folgen in den betroffenen Ländern (S. 3). Thomas (2023) fügt hinzu, dass die Sehnsucht nach Rechtssicherheit und Stabilität sowie der Wunsch nach besseren Lebensverhältnissen und Entfaltungsmöglichkeiten, als Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung, ebenso Gründe zum Ortswechsel sind (Thomas, 2023; zit. in Schmid & Utler, 2023, S. 10).

Im Art. 3 Abs. 1 und 2 des Schweizerischen Asylgesetzes (1998), SR 142.31, wird festgehalten, wie die Flüchtlingseigenschaft definiert ist:

Flüchtlinge sind Personen, die in ihrem Heimatstaat oder im Land, in dem sie zuletzt wohnten, wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Anschauungen ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden. Als ernsthafte Nachteile gelten namentlich die Gefährdung des Leibes, des Lebens oder der Freiheit sowie Massnahmen, die einen unerträglichen psychischen Druck bewirken. Den frauenspezifischen Fluchtgründen ist Rechnung zu tragen.

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus hauptsächlich auf der psychischen Gesundheit von geflüchteten Menschen. Dafür werden sowohl migrationsbezogene als auch fluchtspezifische Fachquellen berücksichtigt. Da Flucht als eine besondere Form der Migration verstanden werden kann, sind auch bestimmte migrationsbezogene Erkenntnisse für geflüchtete Menschen relevant. Zur einheitlichen Darstellung wird die Bezeichnung geflüchtete Menschen oder alternativ Menschen mit Fluchtgeschichte verwendet, um die besondere Vulnerabilität der Gruppe aufgrund der prekären Verhältnisse zu betonen. Die Verfasser*innen der Arbeit verwenden, wo es ihnen notwendig erscheint,

kontextbezogen auch Begriffe rund um die Migration. Das nachfolgend ausgeführte Erklärungsmodell zur Interdependenz von Migration und Gesundheit soll die Vielschichtigkeit der Determinanten aufzeigen, die Einfluss auf das Wohlbefinden der geflüchteten Menschen haben. Auch wenn sich das Modell primär auf Migration im allgemeinen Sinn bezieht, erscheint es für diese Arbeit sinnvoll, die zentralen Determinanten des Modells auf die Gesundheit geflüchteter Menschen zu übertragen. Die Annahme stützt sich auf die Tatsache, dass Flucht als spezifische Form von Migration verstanden wird und mit besonderen psychosozialen Belastungen, die später aufgeführt werden, einhergeht. Dies bedeutet, dass die Einflussfaktoren im Modell bei Flucht zum Teil in verschärfter Form auftreten.

2.3 Erklärungsmodell zur Interdependenz von Migration und Gesundheit

Schenk (2007) entwickelte ein multikausales Erklärungsmodell, das der Zusammenhang von Migration und Gesundheit in verschiedene Einflussfaktoren bündelt und eine Unterteilung in der zeitlichen Dimension macht. In der Fachsprache spricht man dann von prämigrationen, migrationsbedingten und postmigrationen Einflussfaktoren. Gemäss Riecken und Terkowski (2022) ist diese Unterteilung künstlich, da sich vorhergehende Phasen immer auf die nachfolgende auswirken kann und im realen Leben verschiedene Prozesse zeitgleich wirken (S. 302).

Das Modell von Schenk (2007) unterscheidet die Situation von Menschen mit einer Migrations- oder Fluchterfahrung von Menschen ohne solche Erlebnisse. Es zeigt jene Dimensionen, die zu möglichen gesundheitlichen Differenzen zwischen der einheimischen Bevölkerung und der Migrationsbevölkerung führen (S. 91-93). Es wird in sechs Dimensionen unterschieden, welche schlussendlich die migrationsbedingte gesundheitliche Ungleichheit beeinflussen. Diese sind erstens Unterschiede gesundheitsrelevanter Bedingungen in Herkunfts- und Aufnahmeland, zweitens das Migrationsereignis selbst, drittens die soziale Lage im Ankunftsland, viertens die rechtliche Lage im Ankunftsland, fünftens die ethnische Zugehörigkeit und sechstens die Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem (Schenk, 2007, S. 93).

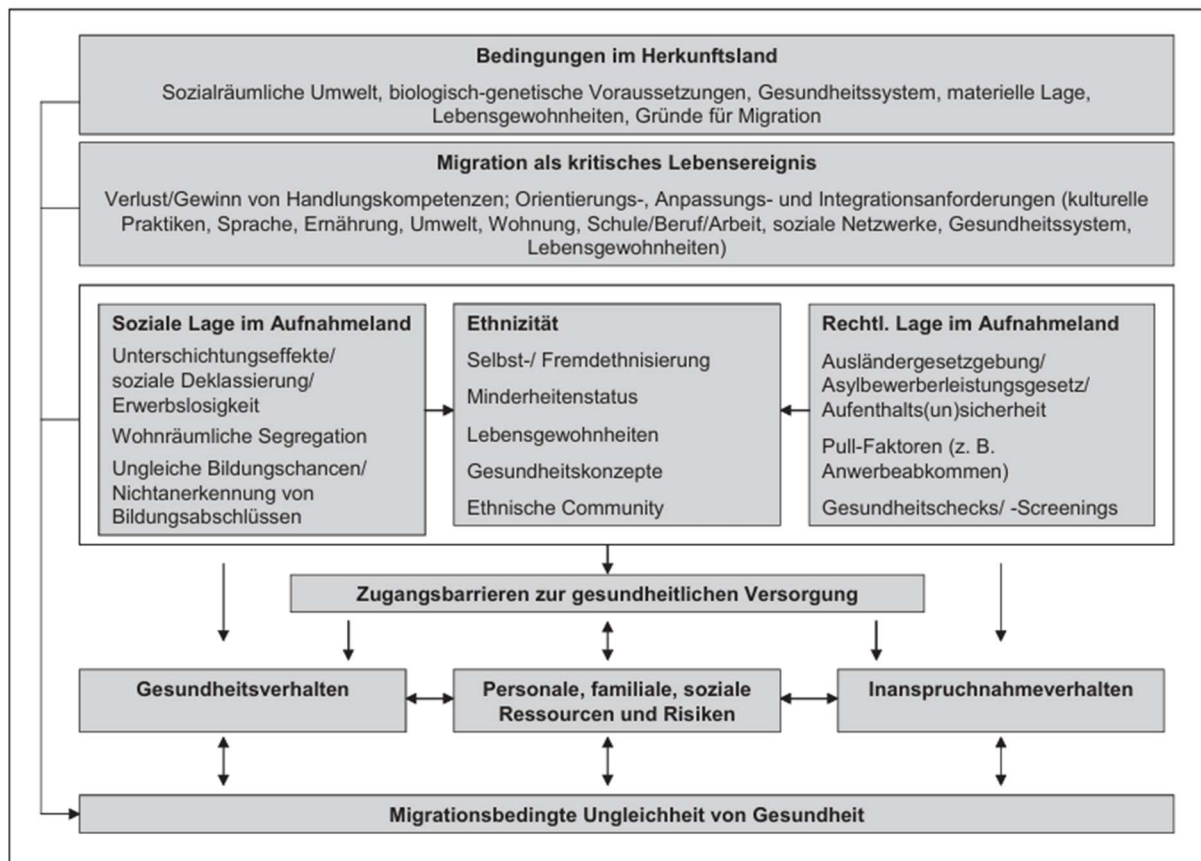


Abbildung 2: Erklärungsmodell: Zusammenhang von Migration und Gesundheit (Schenk, 2007, S. 92)

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die vorhin genannten Dimensionen im zeitlichen Kontext eingebettet und in prämigrationale, migrationsbedingte und postmigrationale Einflussfaktoren unterteilt. Diese Unterteilung ist deshalb wichtig, weil sie für die Ausdifferenzierung der Handlungsstrategien der SA genutzt werden kann (Riecken & Terkowski, 2022, S. 302). Ausserdem werden weitere Einflussfaktoren aus aktueller Fachliteratur in den zeitlichen Dimensionen ergänzt.

2.3.1 Prämigrationale Einflussfaktoren

Hierbei handelt es sich um gesundheitsbezogene Einflussfaktoren, die durch die Situation im Herkunftsland verursacht werden. Viele Menschen haben oft schon vor dem Fluchtakt belastende Erfahrungen gemacht. Unter anderem sind die dortigen Umwelt- und Lebensbedingungen, das Versorgungssystem oder die Lebensführung für die Gesundheit eines Menschen entscheidend. Ausserdem spielen Faktoren eine Rolle, die zu einer freiwilligen oder erzwungenen Migration führen (Schenk, 2007, S. 93).

Dazu gehören beispielsweise innerfamiliäre Gewalt auf verschiedenen Ebenen, das Leben in Armut oder das Leiden an Hunger. Diskriminierungen oder Verfolgung tragen ebenfalls zur psychischen Belastung und zum Migrationsentscheid bei. Manche konnten in ihrem Herkunftsland nicht zur Schule oder zur Arbeit gehen und hatten keine Chance auf weitere Entfaltungsmöglichkeiten. Die zum Teil schlechte sozioökonomische und politische Lage betroffener Menschen wird unter anderem durch systematische Ausgrenzung seitens der aktiven Regierung oder durch die Gesellschaft verstärkt und als weiterer Risikofaktor bestimmt (Maier & Schnyder, 2019, S. 75).

Die Verflechtung von einer schlechten ökonomischen Lage, Wetter- und Klimaphänomenen, Krieg und Bürgerkrieg, Armut sowie verschiedenen Formen von Diskriminierung und Gewalt stellt für Menschen in Krisenregionen die alltägliche Realität dar. Diese Bedingungen gelten nach Behrens (2023) als weitere Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen (S. 14). Die Leopoldina Studie der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (2018) «Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig» beschreibt Einflussfaktoren wie erleben und beobachten von enormer Gewalt, psychische und physische Folter, Bombardierungen und andere Gräueltaten. Einschüchterungen, Hausdurchsuchungen, Entführungen oder Tod von geliebten Personen bedeuten extreme Stresserfahrungen für Betroffene. Status- und Berufsverlust, soziale Entwurzelung, schlechte Ernährung und medizinische Versorgung bedrohen zunehmend die Existenz und haben direkte Auswirkung auf das Wohlbefinden von geflüchteten Menschen (S. 9-10). Ausserdem fliessen mit der Zukunft verbundene Sorgen zu Arbeit, Wohnung und Bedingungen auf der Flucht oder im Ankunftsland mit ein (Braig et al., 2021, S. 248-249). Im folgenden Unterkapitel sollen die Einflussfaktoren während der Flucht erläutert werden.

2.3.2 Migrationsbedingte Einflussfaktoren

Gemäss Schenk (2007) kann der Migrationsakt ein kritisches Lebensereignis darstellen, muss er aber nicht (S. 93). Es kann sich nämlich um ein zukunftsgerichtetes Ereignis handeln, welches wirtschaftlichen, beruflichen, familiären oder persönlichen Gründen freiwillig folgt. Flucht hingegen ist in vielen Fällen traumatisierend, da sie mit Verlusten verbunden ist. Die überstürzten lebensgefährlichen Reisen über teilweise schwieriges Gelände dauern meist lange an und bergen noch weitere Risikofaktoren. Misshandlung, Ausbeutung, Schleuserkriminalität, Prostitution von Frauen und Kindern, Arbeitssklaverei durch Männer oder erneute Verfolgung, Inhaftierung und Folter prägen Menschen auf der Flucht (Maier & Schnyder, 2019, S. 77-78). Während der Flucht ist der Zugang zu Nahrung, Kleidung, Wohnraum und Gesundheitsversorgung nach Riecken und Terkowski (2022) ebenfalls eine moderierende Variable (S. 303).

Wie aus der Leopoldina Studie (2018) zu entnehmen ist, kann der Fluchtakt für einige ein sehr kurzer und sicherer Vorgang sein. Dies zum Beispiel, wenn eine Evakuierung per Flugzeug veranlasst wird. Dennoch stellt eine Flucht für viele ein mehrfach lebensbedrohlicher Leidensweg dar, der sich über eine lange Zeitspanne und verschiedenste Grenzen hinweg erstreckt. Der Verlust von Status, vertrautem Lebensraum, existenziellen Ressourcen, Zugehörigkeit sowie die Ohnmacht innerhalb einer Fluchtsituation führen zu einer tiefgreifenden psychischen Belastung. Der Alltag auf der Flucht ist mit Hilflosigkeit, Ungewissheit und eingeschränkter Selbstwirksamkeit sowie Autonomie verbunden und wirkt auf die meisten geflüchteten Menschen kräftezehrend (S. 10).

Der Fluchtakt stellt einen radikalen biographischen Bruch dar und bringt viele Veränderungen im Leben auf einen Schlag mit sich. Da Geflüchtete zum Teil mehrere Länder durchqueren, zählt Stress im Zusammenhang mit ständig wechselnder Alltagssprache zu einem gravierenden Einflussfaktor. Die Umbruchsituation und damit verbundene Anforderungs-, Anpassungs-, und Belastungskonstellationen können zu damit assoziierten psychischen Erkrankungen führen (Habermann & Schenk, 2020, S. 26).

2.3.3 Postmigratorische Einflussfaktoren

Das Erreichen des Ziellandes stellt nach den Ausführungen von Habermann und Schenk (2020) keineswegs den Endpunkt des Wanderungsprozesses dar (S. 27). Ein Gefühl der Unsicherheit bestimmt den Alltag geflüchteter Menschen. Dies offenbart sich in grundlegend wichtigen Bereichen wie finanzieller und sozialer Sicherung, Aufenthaltsstatus, Zugang zum Gesundheits-, Versorgungssystem und Arbeitsmarkt. Dabei sind geflüchtete Menschen ohne legalisierten Aufenthaltsstatus besonders vulnerabel, da sie unter den Zugangsbarrieren und der ungesicherten Perspektive ausserordentlich leiden (Habermann & Schenk, 2020, S. 27; Ghaderi, 2022, S. 3). Bereits vor Jahren erläuterte Schenk (2007), dass die Situation im Ankunftsland für geflüchtete Menschen und mit ungleichen Bildungschancen, höherer Arbeitslosigkeit, Deklassierungsprozessen, Segregationstendenzen und einem niedrigen sozioökonomischen Status verbunden werden kann (S. 93).

In der Studie von Nutsch und Bozorgmehr (2020) geht ebenso hervor, dass die Lebensbedingungen in der Ankunftsgesellschaft die psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen beeinträchtigen können (S. 1470). Postmigratorische Einflussfaktoren wirken sich auf die soziale Komponente aus. Viele geflüchtete Menschen leiden unter sozialer Isolation, Einsamkeit und dem Verlust des bisherig vertrauten Netzwerks (Priebe et al., 2013; zit. in Erim, 2024, S. 98). Aus der Analyse von Nutsch und Bozorgmehr (2020) stellte sich heraus, dass Einsamkeit, ein abgelehnter Asylantrag oder ein noch nicht entschiedener Asylantrag die Prävalenzrate von Depressionserkrankungen erhöhen. Sind geflüchtete Menschen mit ihrer Wohnlage zufrieden und hat eine ordentliche Anhörung zu Beginn des Landeseintritts stattgefunden, sinkt die Chance für Depressivität hingegen (S. 1481).

Wahrgenommene Diskriminierung scheint sich ebenfalls negativ auf die Prävalenz depressiver Störungen auszuwirken (Borho et al., 2020; zit. in Erim, 2024, S. 99).

Inwiefern sich angekommene geflüchtete Menschen eher wohl oder belastet fühlen, ist unter anderem von den Wohnverhältnissen abhängig. Grosse Sammelunterkünfte mit mangelhafter Intim- und Privatsphäre, wenig psychosozialer Unterstützung und Gemeinschaftsverpflegung können als Belastungsfaktor betrachtet werden. Kleinere Wohneinheiten in Kommunen hingegen bieten gesundheitsfördernde Wohnverhältnisse (van Keuk, 2023, S. 110-111). Von konkreten postmigratorischen Belastungsfaktoren in den Wohnunterkünften berichteten im Jahr 2017 Klient*innen im psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) in Düsseldorf. Gemäss der Befragung seien innerfamiliäre Konflikte, Gewalt in den Unterkünften, sexualisierte Gewalttaten, Zeugenschaft von schwerer Gewalt gegen Dritte und rassistisch motivierte Gewalt die häufigsten Belastungen in den Wohnunterkünften (Klient*innen Statistik PSZ Düsseldorf, 2017; zit. in van Keuk, 2023, S. 111).

Für eine entsprechende Versorgung gibt es immense Zugangshürden. Auf der einen Seite gibt es individuelle Hindernisse bei den Betroffenen, wie Tabuisierung, mangelndes Bewusstsein und Information, sprachliche- und bildungsbedingte Hürden oder ein abweichendes Krankheitsverständnis. Auf der anderen Seite stellt die systembedingte Barriere, wie die ungenügende Früherkennung eines angezeigten Behandlungs- und Betreuungsbedarfs durch das Betreuungspersonal oder medizinische Fachpersonen ein grosses Problem dar. Ausserdem sind bestehende Angebote nicht adäquat angepasst. Die Anwendung der Übersetzungsdienstleistung wird weder durch die Krankenkasse noch von der öffentlichen Hand finanziert (Heiniger & Kaiser, 2020, S. 56). Gemäss Akkaya et al. (2022) spielen die Übersetzungsdienstleistungen bei der Gesundheitsversorgung von AS eine zentrale Rolle. Diese sollen dabei unterstützen die Sprachbarriere zu überwinden, da viele AS die Landessprache nicht oder unzureichend sprechen. Dazu ist es wichtig, die komplexen medizinischen Begriffe oder Anweisungen richtig zu verstehen (S 140-141).

Leider zeichnet sich ab, dass die professionellen Übersetzer*innen überhaupt erst in einem zweiten Schritt, wenn informelle Übersetzungen durch Familienmitglieder oder andere AS unzureichend sind, zum Zuge kommen (Müller et al., 2017, S. 56). Ein weiterer Stressfaktor besteht in Bezug auf Information und Prävention. Während sich der Bund vorwiegend auf übertragbare Krankheiten konzentriert, gehen die grundlegenden wichtigen Informationen zum Schweizer Gesundheitssystem und deren Zugang in den AU unter (Müller et al., 2017, S. 47).

Auch in Deutschland mangelt es an Information und Navigation für die geflüchteten AS. In einer Studie von Führer und Eichner (2015) wird erläutert, dass in Halle's (Saale) Informationsbroschüren relevante Informationen fehlen, die vorhandenen Informationen veraltet sind, oder die Zielgruppe verfehlt wird. Infolge haben die betroffenen Personen keinen Überblick über die einzelnen Instanzen des Gesundheitssystems und die Verbindung mit dem asylrechtlichen Status. Die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem sind vielen geflüchteten AS fremd und erschliessen sich nicht von selbst (S. 25-26). Den Zugang zu medizinischen Leistungen zu finden, gestaltet sich als schwierig. Ein Scheitern der Suche resultiert in Frustration und kann von geflüchteten AS Misstrauen in das Gesundheitssystem assoziieren. Es folgt eine zunehmende Entfremdung von den Versorgungsstrukturen und seinen Beteiligten (Führer & Eichner, 2015, S. 25-26). Das nächste Kapitel gibt einen Überblick, wie sich die psychorelevanten Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit auswirken.

2.4 Psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen

Wie aus dem vorherigen Kapitel 2.3 zu entnehmen ist, erleben geflüchtete Menschen meist kumulativ eine Vielzahl von Stressoren. Daher erscheint es wichtig, deren Auswirkungen genauer darzulegen und empirische Befunde zu präsentieren.

2.4.1 Auswirkungen des Ortswechsels

Laut Spallek und Razum (2021) kann davon ausgegangen werden, dass Migration und Flucht als wichtiges Ereignis im Leben die Gesundheit eines Menschen beeinflusst. Die Gesundheit steht dabei in einem multifaktoriellen Zusammenhang. Verschiedene Prozesse wirken vor, während und nach der Migration oder der Flucht im positiven und negativen Sinne auf die Gesundheit der Betroffenen (S. 81). Daneben spielen die Rechtsgrundlagen, die Asyl- und Gesundheitspolitik und Rassismus- sowie Diskriminierungserfahrungen eine zentrale Rolle, da die Strukturen einen grossen Einfluss auf die Lebenswelt der Individuen haben (Hapke, 2023, S. 16).

Festzuhalten ist jedoch, dass nicht jede Fluchterfahrung zwangsläufig zu psychischen Beeinträchtigungen führt. Daher ist es wichtig, dass Aussagen über die Gesundheit von geflüchteten Menschen nicht verallgemeinernd getätigt werden. Es gilt die Heterogenität dieser Gruppe zu berücksichtigen, da ihre Gesundheitschancen sowie die Krankheitsrisiken sowohl von soziodemografischen als auch fluchtbezogenen Determinanten beeinflusst werden (Bartig et al., 2019, S. 31; Sachverständigenrat für Integration und Migration SRIM, 2022, S. 98). Psychische Erkrankungen können in Verbindung mit der erhöhten psychosozialen Belastung durch die Fluchtumstände häufiger auftreten oder verstärkt werden. Menschen die sich gezwungen sahen, zu flüchten, haben gemäss verschiedenen Studien eine erhöhte Prävalenzrate bestimmter psychischer Erkrankungen (Kizilhan & Klett, 2021, S. 119).

Dies lässt sich durch das grosse Risiko, Stress- und Angstzustände und die generelle Unsicherheit auf der Flucht erklären (Kizilhan & Klett, 2021, S. 120). Uslucan (2021) bestätigt, dass der Ortwechsel als Phase der Veränderung, geradezu über grössere Distanzen, oft mit Stresserleben zusammenkommt. Dadurch erhöht sich das Risiko und die Anfälligkeit für Erkrankungen und ein geschwächtes Immunsystem (S. 780).

Als besonders verletzbare Gruppe gelten Menschen, die über keinen geklärten Aufenthaltsstatus verfügen oder sich illegal im Land aufhalten. Bei beiden Gruppen spielt die ständige Gefahr, in das Herkunftsland abgeschoben zu werden, eine grosse Rolle (Erim, 2024, S. 98; Kizilhan & Klett, 2021, S. 120). Im Allgemeinen scheint die gesundheitliche Situation geflüchteter Menschen ein wichtiger Faktor für die Integration der Betroffenen zu sein. Denn Gesundheit wirkt sich auf die individuellen Bildungskarrieren, Arbeit und soziale Teilhabe aus (Metzing, 2021, S. 293). Diesen Zusammenhang greifen Kizilhan und Klett (2021) in einem ihrer Werke ebenfalls auf. Sie betonen, dass sich psychische Erkrankungen oft auf die verschiedensten Lebensbereiche von Betroffenen auswirken (S. 119). Es folgen nun Studien, welche sich mit der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei geflüchteten Menschen befassen.

2.4.2 Empirische Befunde zur Prävalenz psychischer Erkrankungen

Anders als bei der körperlichen Gesundheit ergibt sich bei der psychischen Gesundheit ein klareres Bild. Dennoch können auch hier keine eindeutigen und generalisierbaren Prävalenzangaben gemacht werden. Menschen mit einer Fluchtgeschichte berichten häufig über einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand. Studien untermauern diese subjektive Einschätzung, denn die Prävalenz depressiver Störungen und posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) ist bei den geflüchteten Menschen aussergewöhnlich hoch (SRIM, 2022, S. 106).

Gemäss einer Metaanalyse von Hoell et al. (2021) liegt die Monatsprävalenzrate für posttraumatische Belastungsstörungen bei geflüchteten AS bei rund 29,9 % (S. 1). Im Vergleich dazu ist die Prävalenz bei der erwachsenen deutschen Bevölkerung mit 2,3 % um ein Vielfaches tiefer (Hoell et al., 2021, S. 8). Die Daten bei depressiven Störungsbildern zeigen ebenfalls deutliche Unterschiede. Die Monatsprävalenz bei geflüchteten AS beträgt gemäss der Metaanalyse 39,8 % (Hoell et al., 2021, S. 1). In der deutschen Allgemeinbevölkerung hingegen liegt die Prävalenzrate nur bei 10,1 % (Hoell et al., 2021, S. 8).

In einer systematischen Metaanalyse untersuchten Turrini et al. (2017) die Vorkommenshäufigkeiten von PTBS, Depression und Angststörungen bei geflüchteten Erwachsenen. Sie kamen auf eine hohe Heterogenität der Punktprävalenzen. Die Ergebnisse zeigten also hohe Schwankungen in den Prävalenzraten wie 4-40 % für Angststörungen, 5-44 % für Depressionen und 9-36 % für PTBS (S. 8).

Nebst methodischen und klinischen Faktoren spielten Messinstrumente eine Rolle, die auf westlichen Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit basierten. Daher ist gemäss Erim (2024) anzunehmen, dass die Einschätzung der Ausprägungen der Symptome in nicht westlichen Populationen unzureichend interkulturell validiert erfragt wurde (S. 100). Dennoch zeigt die Metaanalyse, dass die Prävalenz von Depressionen und Angststörungen so hoch waren wie die von PTBS. Eine von drei geflüchteten Personen ist von einem dieser Krankheitsbilder betroffen. Dieser Befund ist einerseits für die Begutachtung geflüchteter Personen und andererseits für die adäquate psychosoziale Versorgung relevant (Erim, 2024, S. 100).

Auch die systematische Übersichtsarbeit von Giacco und Priebe (2018) zeigt eine stark variierende Prävalenzrate bei den genannten psychischen Erkrankungen, wobei sie dies auf die realen Unterschiede zwischen den Gruppen und Kontexten sowie methodischen Inkonsistenzen zurückführen. Die Autoren berichten, dass sich die Gesamtprävalenz nach der Ansiedlung der Bevölkerung des Ankunftslandes ähnelt. Nur bei den PTBS – Prävalenzraten ist ein grösseres Vorkommen bei geflüchteten Menschen ersichtlich (S. 109-110).

Dem widerspricht eine weitere Metaanalyse von Blackmore et al. (2020), worin eine grössere Verbreitung von PTBS und Depressionen bei geflüchteten Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung festgestellt wurde. Die Lebenszeitprävalenz von PTBS liegt bei der Allgemeinbevölkerung bei rund 3,9 %. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen, dass die Prävalenz bei geflüchteten Menschen mit 31 % deutlich höher ist. Ebenso verdeutlichen die Daten bezüglich der Vorkommenshäufigkeit von Depressionen einen Unterschied. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei geflüchteten Menschen bei 31.5 %. Im Vergleich dazu liegt sie bei der Allgemeinbevölkerung gemäss Daten von der World Mental Health Survey bei 12 % (S. 15).

Die Metaanalyse umfasste 22 adäquate Studien und schloss 15 Länder, darunter die Schweiz und Deutschland mit ein. In einer aktuellen Übersichtsarbeit von Henkelmann et al. (2020) wurden 66 Studien und 14'882 geflüchtete Personen erfasst. Darin wurde ersichtlich, dass die Prävalenzraten höher ausfallen, wenn die Untersuchungen mit Selbstbeurteilungsfragebögen durchgeführt werden, als bei Studien, in denen mit strukturierten Interviews Diagnosen vorgelegt werden (S. 1).

Der systematischen Review von Carroll et al. (2023) greift die Unterschiede von Prävalenzraten bei freiwillig migrierten Personen und jenen die zur Flucht gezwungen wurden auf. Es wird auch auf die verschiedenen Migrations- und Fluchtphasen eingegangen. In der Studie gibt es keinen konkreten Länderbezug, da die Studien nach Angaben der Weltbank auf mit Einkommensstypen unterschieden wurden. Es erfolgte eine Unterteilung in Niedrigeinkommensländer, Mitteleinkommensländer und Hocheinkommensländer bei Herkunfts- und Zielland (S.5).

So zeigt sich beispielsweise, dass sich eine Flucht in ein Niedrigeinkommensland mit erhöhten Prävalenzraten für psychische Erkrankungen verbinden lässt. Diese können dann bis auf 78 % steigen. Studienübergreifend verdeutlichte sich eine höhere Vorkommenshäufigkeit psychischer Erkrankungen bei geflüchteten Menschen (Carroll et al., 2023, S. 6).

Nutsch und Bozorgmehr (2020) untersuchten in ihrer repräsentativen Studie, ob postmigratorische Stressoren mit der Vorkommenshäufigkeit depressiver Symptome bei erwachsenen Geflüchteten in Deutschland verbunden werden können. Sie versuchten einerseits die postmigratorischen und psychosozialen Faktoren, wie auch soziodemografische Daten mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten zu berücksichtigen (S. 1472). Die Autoren kamen dabei zur Erkenntnis, dass beinahe alle einbezogenen postmigratorischen Stressoren mit Depressivität assoziiert werden können. Unter anderem untersuchten sie die Variablen Erwerbslosigkeit, Einsamkeit, Asylstatus, stattgefundene oder nichtstattgefundene Anhörung, Wohnzufriedenheit oder die allgemeine Lebenszufriedenheit und Sprachkompetenzen (Nutsch & Bozorgmehr, 2020, S. 1471-1472). Bei 4'465 durchgeführten Befragungen lagen 4'136 gültige Endwerte vor, wobei davon 19,4 % ein auffälliges Testergebnis bezüglich Depressivität aufwiesen. Personen mit Depressivität gaben auffallend häufig an, dass sie keinen anerkannten Asylstatus haben (49,4 %). Ausserdem gaben 89,2 % der Befragten an, dass sie keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (Nutsch & Bozorgmehr, 2020, S. 1473).

Die Autoren kommen abschliessend zur Erkenntnis, dass soziodemografische und psychosoziale Faktoren im Kontext von Flucht eine klinisch-epidemiologisch relevante Assoziation mit Depressionen aufzeigen. Einsamkeit, Erwerbslosigkeit und Unsicherheiten bezüglich Asylstatus erhöhen die Chance für eine depressive Erkrankung, während eine stattgefundene Anhörung und eine erhöhte Wohnzufriedenheit zu einer kleineren Chance für Depressivität führt (Nutsch & Bozorgmehr, 2020, S. 1481). Schon in einer früheren Untersuchung kamen Schneider und Bozorgmehr (2017) zur Erkenntnis, dass postmigratorische Einflussfaktoren sich eher mit depressiven Störungen assoziieren lassen, während kriegsbezogene Faktoren starke Prädiktoren für eine PTBS sind.

In diesem Kapitel wurden rückblickend verschiedene prä-migratorische, migrationsbedingte und postmigratorische Faktoren aufgeführt, welche die psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrungen beeinflussen. Die zuletzt dargestellten Inhalte verdeutlichen, dass sich die Vorkommenshäufigkeit psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung aufgrund spezifischer Ursachen unterscheidet. Für eine adäquate Begleitung von geflüchteten Menschen erscheint es sinnvoll, danach die am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen näher zu betrachten.

2.5 Zwischenfazit

Die Analyse der prä migratorischen, migrationsbedingten und postmigratorischen Einflussfaktoren zeigt, dass die psychische Gesundheit von geflüchteten oder migrierten Erwachsenen durch eine Vielzahl von Belastungen über die gesamte Biografie hinweg beeinflusst wird. Traumatische Erfahrungen, instabile Lebensbedingungen und strukturelle Ausschlüsse in mehreren Lebensbereichen stehen dabei in Wechselwirkung. Über die psychische Gesundheit der Betroffenen können keine verallgemeinernden Aussagen getätigt werden, ohne den sozialen, rechtlichen und politischen Kontext miteinzubeziehen. Die psychosozialen Belastungsfaktoren sind gemäss mehreren Studien dennoch mit einer höheren Vorkommenshäufigkeit bestimmter psychischer Erkrankungen assoziiert. Weiter unterstreicht die Vielfalt an Einflussfaktoren die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Verständnisses und einer entsprechend differenzierten psychosozialen Unterstützung.

3 Krankheitsphänomene im Migrations- und Fluchtkontext bei belasteter psychischer Gesundheit

Flucht stellt eine herausfordernde Lebenssituation dar, in der vor allem Verlust eine grosse Rolle spielt. Personen auf der Flucht werden mit Themen des Umbruchs und der existentiellen Unsicherheit konfrontiert (vgl. Kapitel 2.3). Diese Umstände können zur Exposition verschiedener psychischer Erkrankungen führen (Kizilhan & Klett, 2021, S. 141). In diesem Kapitel werden unter anderem die bei geflüchteten Menschen häufig vorkommenden psychischen Krankheitsphänomene und deren Folgen vorgestellt.

3.1 Trauma in Folge von Krieg, Flucht und Gewalt

Viele geflüchtete Menschen erfahren Krieg, politische Verfolgung, Gewalt oder Folter. Sie erleben diese Erfahrungen oftmals als traumatisierend (vgl. 2.3.1 & 2.3.2). Laut Baer und Frick-Baer (2023) ist ein Trauma «eine Verletzung, die existentiell bedrohlich ist, die in der aktuellen Situation nicht zu bewältigen ist und nachhaltige Folgen haben kann» (S. 10). Aus dem griechische übersetzt, bedeutet das Wort Trauma *Wunde*. Jedoch ist nicht jede Wunde ein Trauma, denn das subjektive Erleben einer existentiellen Bedrohung ist bei jeder Person verschieden. Nicht das Ereignis an sich spielt eine Rolle, sondern wie sehr sich ein Mensch in seiner Integrität und Identität bedroht fühlt. Dazu kommt, dass die Fähigkeiten einer Person in diesem Moment nicht ausreichen, um die traumatische Erfahrung zu bewältigen. Nachhaltige Folgen eines Traumas können sich sofort oder erst im weiteren Verlauf des Lebens zeigen (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 10-12).

Rund um ein Trauma werden bei der körperlichen Angstreaktion verschiedene Hormone wie Adrenalin und Cortisol ausgeschüttet. Die Muskelanspannung lässt die gesammelte Energie in Handlungen wie Flucht oder Verteidigung umwandeln. Dies wird Kampf-Flucht-Reaktion genannt. Dieses Notfallprogramm steht bei jedem Menschen für solche Situationen zur Verfügung. Personen, die an traumatischem Stress leiden und sich in einer existentiell bedrohlichen Situation befinden, können diese nicht wie gewohnt mit Verteidigung oder Flucht bewältigen. Die dritte archaische Reaktionsform nennt sich *Freeze*. Die bisherigen Reaktionen sind eingefroren und die Person erstarrt. Da sie innerhalb einer traumatischen Situation nicht durch reales Handeln entkommen kann, stellt das Gehirn dieses Entkommen durch die Veränderung der Wahrnehmung her. Ein neurologischer Schutzmechanismus setzt ein, der eine innere Distanzierung von der Bedrohung herstellt (Scherwath & Friedrich, 2025, S. 23-24).

Mit dem Rückzug aus der unerträglichen Realität verändert sich die Wahrnehmung des aktuellen Geschehens. Betroffene berichten von unreal wirkenden Situationen, wobei sie eine Art Außenperspektive einnehmen. Diese Abspaltung beschrieben Zito und Martin (2024) als Dissoziation (S. 24–25). Der Schutzmechanismus erschwert im Nachhinein die Situation einordnen und verarbeiten zu können. Bei traumatischem Stress wird der Hippocampus, zuständig für die örtliche, zeitliche und inhaltliche Einordnung von Ereignissen, in seiner Funktion eingeschränkt. Informationen der traumatischen Situation bleiben daher unverarbeitet und können nicht als Vergangenheit abgespeichert werden (Zito & Martin, 2024, S. 25).

Der Hippocampus und die Amygdala bilden gemeinsam das limbische System des Hirns, das für die emotionale Einordnung und Verarbeitung von Ereignissen zuständig ist. Es wird als emotionales Gedächtnis angesehen, da jede Erfahrung mit einem Gefühl zusammen abgespeichert wird. Die Amygdala bewertet emotionale Reize, speichert existentiell bedrohliche als *Gefahren* ab und löst bei ähnlichen Reizen Alarm aus. In traumatischen Situationen ist sie überaktiv und nimmt zahlreiche Umgebungsdetails als Gefahrenreize auf. Gerüche, Töne oder räumliche Gegebenheiten können als ursprünglich ungefährliche Reize eine Alarmreaktion auslösen, wenn sie mit einer traumatischen Situation verknüpft sind. Die Sinneseindrücke werden dabei nur bruchstückhaft gespeichert, wodurch keine zusammenhängende Erinnerung abrufbar ist. Für die Heilung ist es entscheidend, diese Fragmente zu einem kohärenten Bild zusammenzufügen und als verarbeitete Vergangenheit abzuspeichern (Zito & Martin, 2024, S. 25–27).

Traumata führen zu physiologischen Veränderungen, die sich auf die Funktion der Hirnstruktur und Nervensystem auswirken. Das Erleben der Welt nach einem traumatischen Ereignis ist verändert (van der Kolke, 2024, S. 86; zit. in Scherwath & Friedrich, 2025, S. 25).

Die hochgefahrenene Energie, die nicht durch Kampf oder Flucht abgebaut wurde, bleibt im Körper auf diesem Level gespeichert. Diese hohe psychische und physische Anspannung führt zu einem dauerhaft erhöhten Stresslevel, was eines der Traumasymptome darstellt. Der selbstregulierende Normalzustand des Nervensystems kann nur schwer wieder in die richtige Balance gebracht werden. Die innerliche Übererregung manifestiert sich als permanentes Bedrohungserlebnis und die Alarmbereitschaft hält an. Die hoch sensitive Amygdala stuft bereits kleine Stressoren als Katastrophe ein. Wenn das Nervensystem diese Überaktivität regulieren will, kann dies Immobilisierung erzeugen, was zu Erschöpfung und Depression führen kann (Scherwath & Friedrich, 2025, S. 27-29).

Für die Verarbeitung von Traumata ist eine Unterscheidung der Traumatypen notwendig. *Typ-I-Traumata* entstehen plötzlich und unvorhersehbar, wie bei Unfällen oder Naturkatastrophen. Fluchterfahrungen werden häufig als *Typ-II-Traumata* eingestuft. *Typ-II Trauma* entstehen durch absichtliches Handeln wie Folter, Vergewaltigungen oder Gewalthandlungen anderer Menschen. Sie erschüttert das Vertrauen in Mitmenschen und die Welt tiefgreifend. Viele Geflüchtete erleben im Krieg solche Formen von Gewalt. Potenziell traumatische Erlebnisse enden nicht mit der Ausreise aus dem Herkunftsland, sondern treten häufig während der Flucht in Verbundenheit mit existenziellen Bedrohungen auf (Zito & Martin, 2024, S. 27–28).

Die Symptome eines Traumas zeigen sich bei geflüchteten Menschen grundsätzlich gleich wie bei anderen traumatisierten Personen. Eine deutsche Studie zeigt, dass über die Hälfte der AS vor der Flucht mindestens eine traumatische Erfahrung im Herkunftsland erlebte. Besonders ist daher die *kumulative Belastung*, die sich aus mehreren belastenden oder traumatisierenden Erfahrungen zusammensetzt (Kahn, 1969; zit. in Baer & Frick-Baer, 2023, S. 115- 116). Die Belastung geht über die Folgen eines einzelnen traumatischen Erlebnisses hinaus. Die Bewältigung des Erlebten wird erschwert, da auf eine existenzielle Bedrohung oft unmittelbar die nächste folgt. Dies bietet kein Raum oder Zeit für die Verarbeitung. Die Betroffenen befinden sich also in einem dauerhaften Überlebenskampf (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 115- 116).

3.2 Die Traumaverarbeitung

Die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen wird bei geflüchteten Personen häufig durch anhaltende Belastungen im Aufnahmeland erschwert. Besonders die aufenthaltsrechtliche Unsicherheit, lange Verfahrensdauer und die Angst vor Abschiebung stellen zentrale postmigratorische Stressoren dar. Sicherheit zu erleben, ist für die Traumaverarbeitung sehr wichtig. Dies wird durch die Lebensbedingungen in Sammelunterkünften mit Enge, Lärm, fehlender Privatsphäre und mangelnder Hygiene erschwert. Zusätzlich behindert die verlängerte Dauer des Aufenthalts in Erstaufnahmeeinrichtungen infolge der hohen Anzahl geflüchteter Personen die psychische Stabilisierung nach traumatischen Erfahrungen. Für die Behandlung traumatisierter Personen ist ein frühzeitiger therapeutischer Zugang von entscheidender Bedeutung. Bleiben Stabilität, Sicherheit und Unterstützung über längere Zeit aus, steigt das Risiko für eine Chronifizierung der psychischen Erkrankung (Zito & Martin, 2024, S. 51–53).

Auch Baer und Frick-Baer (2023) beschreiben die *Zeit danach*, also was in der Zeit unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis geschieht, als entscheidend. Es spielt eine wesentliche Rolle, ob und wie schnell die Folgen des Erlebten reduziert werden können. In dieser Zeit brauchen traumatisierte Menschen vor allem Unterstützung aus dem Umfeld, die Anteil nehmen, Trost und Sicherheit bieten. Wenn sie keine Hilfe erhalten oder alleingelassen werden, kann die Wunde nicht heilen. In diesem Fall reagieren Betroffene mit Rückzug, da sie sich niemandem anvertrauen und das Erlebte nicht verarbeiten können (S. 83-84).

Eine stabile äussere Sicherheit bildet die Voraussetzung dafür, dass auch die innere Sicherheit wiederhergestellt werden kann. Dies stellt in der Begleitung geflüchteter Menschen eine zentrale Herausforderung dar, da die sogenannte *reale Sicherheit* häufig nicht gewährleistet ist. Selbst wenn keine unmittelbare Bedrohung für Leib und Leben besteht, bleibt die Unsicherheit über die eigene Zukunft ein grosses Thema (Zito & Martin, 2024, S. 65). Die existentielle Unsicherheit prägt das gesamte Leben und Erleben. Stabilität und Heilung können nur gelingen, wenn grundlegende Lebensbedingungen als sicher erlebt werden. Alle Massnahmen, die zur physischen und sozialen Stabilisierung beitragen, spielen auch eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Dazu gehören unter anderem ein geklärter Aufenthaltsstatus, eine sichere und angemessene Unterbringung, ein strukturierter Tagesablauf mit sinnstiftenden Aufgaben sowie eine stabile körperliche Verfassung. Ebenso bedeutsam ist die soziale Einbindung und die Möglichkeit, tragfähige Beziehungen aufzubauen (Zito & Martin, 2024, S. 65–66).

Persönliche Fähigkeiten, individuelle Ressourcen und Einstellungen können die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen unterstützen. Eine positive Grundhaltung zum Leben sowie der Einsatz aktiver Bewältigungsstrategien wirken förderlich auf die Gesundheit. Den belastenden Ereignissen eine Bedeutung zu geben, und sie in die persönliche Lebensgeschichte zu integrieren, kann die Verarbeitung erleichtern. Geflüchtete berichten, dass die Verantwortungsübernahme und das eigene Engagement in der Arbeit mit Personen, die ähnliche Erlebnisse durchgemacht haben, eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden haben (Zito & Martin, 2024, S. 31).

Traumatische Erfahrungen schädigen das Selbstwertgefühl und das Selbstbild. Gefühle von Verzweiflung, Scham, Schuld und Einsamkeit sind verbreitet. Der Umgang mit der Traumatisierung variiert jedoch. Manche ziehen sich aus der grausamen Welt zurück und nehmen eine passive Haltung ein. Andere wehren sich mit Aggression, um nicht mehr in die Opferrolle zu fallen. Beide Reaktionen können negative soziale Konsequenzen mit sich ziehen und die Lebensqualität einschränken (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 84-85).

Wichtig bei der Verarbeitung eines Traumas ist daher der Aufbau eines positiven Selbstbildes. Da belastende Erinnerungen sich häufig unwillkürlich aufdrängen, liegt der Fokus auf einer gezielten Lenkung der Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse. Beispielsweise können Fachpersonen geflüchteten Menschen dazu verhelfen, positive Erinnerungsbilder, wie Fotos, zu verinnerlichen, damit sie später darauf zurückgreifen können (Zito & Martin, 2024, S. 83–85). Ehrliches Interesse und Solidarität anderer Menschen, drückt Wertschätzung gegenüber Betroffenen aus. Durch das wahr- und ernstnehmen von traumatischen Geschehnissen, entsteht klare Parteinahme, wodurch die Opfer ihre Schuldgefühle ablegen und Selbstwertgefühle aufbauen können (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 86).

Räumliche Bedingungen in Unterkünften haben wie erwähnt einen wesentlichen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden geflüchteter Menschen. Saubere, helle und intakte Räume können ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität vermitteln und stehen im Kontrast zu inneren Bedrohungsgefühlen. Für eine traumasensible Unterbringung ist es deshalb zentral, dass die Umgebung Schutz, Ruhe und Geborgenheit ermöglicht. Wenn belastende Wohnbedingungen bestehen, sind Rückzugs- und Aufenthaltsräume mit positiver Atmosphäre umso wichtiger. Erneute Konfrontationen mit beispielsweise gewaltbehafteten Themen können traumatisierte Menschen triggern. Für eine adäquate Begleitung traumatisierter Personen spielt also ein sicherheitsspendender Sozialraum eine entscheidende Rolle (Zito & Martin, 2024, S. 71).

3.3 Traumafolgestörungen

Viele geflüchtete Menschen sind stark belastet und traumatisiert. Der Verlauf psychischer Erkrankungen hängt wesentlich von den Lebensbedingungen im Aufnahmeland ab. Insbesondere unsichere, langandauernde Unterbringung in provisorischen Einrichtungen steht mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen in Zusammenhang. Entscheidend ist, wie das Leben nach dem traumatischen Ereignis gestaltet werden kann (Zito & Martin, 2024, S. 50–51). Laut Zito und Martin (2024) führen traumatische Ereignisse nicht zwangsläufig bei jedem Menschen zu einer längerfristigen Traumafolgestörung. Der soziale und biografische Zusammenhang bildet dabei einen entscheidenden Rahmen. Das Zusammenwirken von Ereignis-, Schutz- und Risikofaktoren beeinflusst die Fähigkeit, bedrohliche Erfahrungen zu verarbeiten und zu integrieren (S. 30).

Verschiedene Ereignisse können unterschiedlich starke Auswirkungen auf die betroffene Person haben. Je nach Schutzfaktoren einer Person können gravierende Bedrohungserfahrungen verarbeitet werden. Von zentraler Bedeutung ist, was im Anschluss an ein belastendes Ereignis geschieht. Erfahren betroffene Personen soziale Unterstützung, Trost und Verständnis durch ihr Umfeld, kann dies zur Verarbeitung beitragen. Fehlende unterstützende Beziehungen sind häufig mit einem verstärkten Belastungsverlauf verbunden (Zito & Martin, 2024, S. 30–31). Ältere Menschen haben meist einen breiteren Erfahrungsschatz und haben entsprechend mehr Bewältigungsmechanismen zur Verfügung. Akkumulierte belastende Erlebnisse können hingegen die psychische Widerstandskraft verringern. Lebensbedingungen in andauernder Unsicherheit, Stress oder existenzieller Bedrohungen erschweren die Traumaverarbeitung zusätzlich (Zito & Martin, 2024, S. 31–32). Kapitel 3.4 beschreibt die bei geflüchteten Menschen häufig vorkommende PTBS.

3.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Wie in Kapitel 2.4.2 dargestellt, sind geflüchtete Personen im Vergleich zur Bevölkerung des jeweiligen Ankunftslandes meist deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen. Etwa jede dritte geflüchtete Person leidet unter einer PTBS. Laut Zito und Martin (2024) ist die PTBS die häufigste Traumafolge. Dabei erleben Betroffene eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltbildes (S. 32).

Die PTBS ist eine verzögerte psychische Reaktion auf ein aussergewöhnlich belastendes, bedrohliches oder katastrophenartiges Ereignis, das bei fast jedem Menschen eine starke psychische Erschütterung auslösen würde. Solche Ereignisse umfassen schwere Unfälle, natürliche oder menschenverursachte Katastrophen, Gewalterfahrungen wie Folter oder Kriegshandlungen (Köhler, 2024, S. 183–184).

Für den Diagnoseprozess relevante Symptome sind das wiederholte Durchleben des Traumas in Form von Flashbacks oder Albträumen, emotionale Abstumpfung und Vermeidungsverhalten bei Reizen, die an das Ereignis erinnern könnten. Betroffene zeigen häufig eine gesteigerte innere Anspannung, übermässige Wachsamkeit und Angst. Eine PTBS wird in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis diagnostiziert, sofern anhaltende traumabezogene Erinnerungen weiterbestehen (Köhler, 2024, S. 183-184).

Der Schweregrad der Belastung soll nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv als hoch eingeschätzt werden (Erim, 2024, S. 93). In neueren Systemen wird zusätzlich die komplexe PTBS als eigenständige Form beschrieben. Sie entwickelt sich durch langanhaltende und besonders schwere Traumatisierungen und ist durch tiefgreifende Störungen der Emotionsregulation, der Persönlichkeit sowie der Selbstwahrnehmung gekennzeichnet. Häufig treten auch dissoziative Symptome, Aufmerksamkeitsstörungen sowie Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Kontakt auf (Erim, 2024, S. 93-94). Der Verlauf der PTBS ist meist chronisch und kann durch Alkohol- oder Drogenkonsum erschwert werden (Köhler, 2024, S. 185).

Auf hormoneller Ebene zeigt sich bei der PTBS, dass traumatische Erfahrungen die Stressachse aktivieren. Dadurch werden die Stresshormone Cortisol und Adrenalin verstärkt ausgeschüttet (Schumacher et al., 2019; zit. in Erim, 2024, S. 94). Die erhöhte Aktivität der Stressachse führt zur konstant gesteigerten Anspannung. Eine zentrale Rolle spielt dabei das Corticotropin-Releasing-Hormon, das an der Auslösung von Angst- und Schreckreaktionen beteiligt ist. Diese neurobiologischen Veränderungen äussern sich in Symptomen wie innerer Unruhe, schnellem Herzschlag und vermehrtem Schwitzen (Erim, 2024, S. 95).

Obwohl bei Vielen die Beschämung als psychisch krank zu gelten im Vordergrund steht, kann eine PTBS – Diagnose für Entlastung sorgen. Im Sinne von Psychoedukation lernen Betroffene ihre emotionalen Überflutungen und irrationales Verhalten einzuordnen. Das Verstehen der Symptome und ihrer Zusammenhänge ermöglicht Orientierung und Stabilisierung. Besonders bei geflüchteten Personen ist die Voraussetzung dafür der Zugang zu verständlichen Informationen. Ausführliche psychologische Stellungnahmen mit gut dargelegter Symptomatik und Behandlungsbedarf können geflüchteten Menschen einen Abschiebeschutz gewähren. Daher scheint die Integration von Standards zur Begutachtung in aufenthaltsrechtliche Verfahren eine schützende Wirkung zu versprechen (Zito & Martin, 2024, S. 32–33).

3.5 Depression

Das depressive Syndrom (Depression) ist eine weit verbreitete psychische Erkrankung, die durch anhaltende Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und ein vermindertes Selbstwertgefühl gekennzeichnet ist. Betroffene berichten von einer Gefühlslosigkeit und die emotionale Reaktion auf positive Reize kann stark eingeschränkt sein. Sie verlieren häufig das Interesse in alltägliche Aktivitäten. Die Symptomatik kann nicht mit gewöhnlichen Stimmungsschwankungen verglichen werden. Depressive Menschen erleben Herausforderungen in wichtigen Lebensbereichen wie zwischenmenschlichen Beziehungen, im familiären Umfeld bis hin zu beruflichen Themen. Schlafstörungen, Appetitverlust, körperliche Unruhe oder Hemmung stellen Begleitsymptome dar. In schweren Fällen treten zusätzlich Suizidgedanken und Suizidvollzüge auf. Die Erkrankung tritt in verschiedenen Formen und Schweregraden auf. Belastende Erfahrungen wie Missbrauch, schwere Verluste oder andere Lebenskrisen, in einem bio-psycho-sozialen Verständnis, gelten als häufige Auslöser der Depression. Ausserdem lässt sich ein enger Zusammenhang zwischen Depression und der körperlichen Gesundheit beobachten (Köhler, 2024, S. 123-124; World Health Organization, 2023a).

Depressionen zählen gemäss Zito und Martin (2024) zu typischen psychischen Folgeerkrankungen (S. 43-44). Geflüchtete Menschen leiden aufgrund der potenziell traumatischen Erfahrungen, der Unsicherheit und Perspektivlosigkeit sowie der belastenden Lebensbedingungen im Ankunftsland häufig unter Depressionen. Dazu kommen unverarbeitete Gefühle von Trauer, Schmerz und Ohnmacht, die zur Entwicklung depressiver Symptome beitragen (Zito & Martin, 2024, S. 44).

Die Diagnose erfolgt einerseits in freien Gesprächen anhand der Anamnese und klinischen Einschätzungen und andererseits mittels Internationaler Klassifikation der Krankheiten (ICD). Für Forschungszwecke oder zur Verlaufskontrolle werden immer mehr standardisierte Verfahren verwendet, um eine gezielte Therapiezuweisung zu ermöglichen (Köhler, 2024, S. 129). Behandlungsformen des Krankheitsbildes umfassen psychologische, psychotherapeutische, beraterische und medikamentöse Interventionen. Therapeutische Verfahren, wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), interpersonelle und problemlösende Therapien sowie Gesprächstherapien sind zentral. Die Auswahl der Therapie sollte sich an individuellen Bedürfnissen, verfügbaren Ressourcen und möglichen Nebenwirkungen orientieren (World Health Organization, 2023a). Zu beachten gilt, dass geflüchtete Menschen aufgrund der multifaktoriellen psychosozialen Belastung einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind. Der zentrale Risikofaktor ist eine unbehandelte depressive Erkrankung. Die Suizidgefahr erhöht sich durch soziale Isolation und das Gefühl von Ausweglosigkeit sowie Kontrollverlust über die eigene Lebenssituation. Bei akuter Selbstgefährdung besteht eine Aufnahmepflicht durch eine psychiatrische Klinik, auch wenn Betroffene nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind (Zito & Martin, 2024, S. 44–45).

Geflüchtete Menschen durchleben beim Fluchtakt vielseitig emotionale Herausforderungen, die verängstigen können. Angst ist eine angemessene Reaktion auf fluchttypische Ereignisse (Zito & Martin, 2024, S. 17). Daher behandelt das folgende Unterkapitel das Thema Angststörungen.

3.6 Angststörungen

Röh und Schreieder (2022) beschreiben Angst als ein Gefühl, das in jedem Menschen verankert und nicht grundsätzlich krankhaft ist. Durch die frühzeitige Erkennung von Gefahren hat Angst eine Schutzfunktion. Sie ist dem Menschen innewohnend und dient dem eigenen Überleben. Angst äussert sich durch unmittelbare oder zukunftsgerichtete Anspannung, Nervosität, Hilflosigkeit oder ein Gefühl der Bedrohung. Die Einschätzung, wann soziale Angst als normale Reaktion gilt und wann sie sich als behandlungsbedürftige Angststörung erweist, stellt Fachpersonen und Betroffene vor eine Herausforderung. Diese Unsicherheit führt häufig dazu, dass die Störung verzögert erkannt oder unterschätzt wird (S. 121).

Köhler (2024) beschreibt verschiedene Formen von Angststörungen. Panikartige Angstattacken treten wiederkehrend und plötzlich auf, ohne dass eine konkrete Gefahr oder ein vorhersehbarer Auslöser vorliegt. Sie charakterisieren sich durch Herzklopfen, Brustschmerzen, Schwindelgefühl und Realitätsentzug (S. 168). Eine generalisierte Angststörung liegt vor, wenn die typischen Symptome wie Nervosität, Schwindel und Herzklopfen über mehrere Wochen hinweg auftreten. Die Angstreaktion tritt in objektiv gefahrlosen Situationen auf (S. 169). Röh und Schreieder (2022) benennen die Angst sich zu blamieren oder an Gruppen teilzunehmen als soziale Phobie (S. 122).

Bei Angststörungen treten Sorgen und Ängste in übermässiger Intensität und Dauer auf. Sie gehen häufig mit körperlicher Anspannung sowie kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen einher, sind schwer kontrollierbar und führen zu erheblichem Leidensdruck. Unbehandelt können sie das alltägliche Leben stark beeinträchtigen. Ängste führen folglich dazu, dass betroffene Personen bestimmte Situationen vermeiden. Angststörungen erhöhen zudem das Risiko für weitere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Substanzmissbrauch. Trotz der guten Behandelbarkeit erhält nur ein kleiner Teil der Betroffenen tatsächlich eine angemessene Therapie. Ein wesentlicher Grund für die unzureichende Versorgung psychischer Erkrankungen liegt im mangelnden Problembewusstsein sowie in den begrenzten Ressourcen der psychosozialen Versorgung. Zusätzlich erschweren Fachkräftemangel und begrenzte finanzielle Mittel den Zugang zu adäquater Hilfe. Besonders negativ wirkt sich die anhaltende gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen aus, die nicht nur die Inanspruchnahme von Unterstützung hemmt, sondern auch zur weiteren Isolation der Betroffenen beiträgt (World Health Organization, 2023b).

3.7 Zwischenfazit

Das Kapitel drei verdeutlicht, dass psychische Erkrankungen wie Traumafolgestörungen in Form von PTBS, Depressionen und Angststörungen bei Menschen mit einer Fluchtgeschichte häufig auftreten. Sie stehen in engem Zusammenhang mit der Flucht, Gewalt und sozialer Ungleichheit. Die Erkrankungen sind Ausdruck extremer individuell erlebten Situationen. Aufgrund des restriktiven Zugangs zum psychosozialen Versorgungssystem für die Betroffenen, droht eine Chronifizierung der Erkrankungen. In der Begleitung von geflüchteten oder migrierten Menschen wird ein klarer Bedarf an traumasensibler Begleitung sichtbar, wobei die SA eine bedeutende Rolle einnehmen kann.

4 Sozialpsychologische Erklärungen zu Migration, Flucht und psychischer Gesundheit auf struktureller und individueller Ebene

Die Ausführungen in Kapitel 2 und 3 lassen erkennen, dass Fluchterfahrungen vielschichtig sind und tiefgreifende Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden haben können. Schouler-Ocak (2020) erwähnt, dass dabei nicht nur individuelle Faktoren wie Verarbeitung von Verlusterfahrungen, Traumata oder Unsicherheiten über Aufenthaltsstatus belastend wirken, sondern auch strukturelle Bedingungen im Aufnahmekontext einen Einfluss haben. Die rechtliche Situation geflüchteter Menschen, Rassismus und Diskriminierung sowie gesellschaftliche Machtverhältnisse prägen deren psychisches Wohlbefinden massgeblich (S. 567-570). Das folgende Kapitel befasst sich daher mit sozialpsychologischen Erklärungen im Zusammenhang von Migration, Flucht und psychischer Gesundheit auf struktureller und individueller Ebene. Dabei wird auf Einflüsse wie Kultur, Rassismus und rassistische Diskriminierung, Intersektionalität, Akkulturation und Akkulturationsstress eingegangen. Zu Beginn folgt eine Einführung zum Kulturbegriff.

4.1 Der Kulturbegriff

Der klassische Kulturbegriff ordnet Menschen in Kulturen ein und sieht diese mitsamt ihren Fähigkeiten und Gewohnheiten als angeboren an. Der Begriff stammt aus der Kolonialzeit und Domenig (2021) beschreibt ihn als längst überholt (S. 139). Die Einteilung beruht auf stereotypischen Zuschreibungen und reduziert ganze Nationen homogen auf bestimmte Charaktereigenschaften. In der Zeit der Migrationsbewegungen dient der Kulturbegriff dazu, ungewohntes Verhalten oder Wertvorstellungen der Eingewanderten zu erklären (Domenig, 2021, S. 120).

Solche stereotypen Bilder verdecken die reale Lebenswelt des Gegenübers. In der Praxis prägt der klassische Kulturbegriff das Handeln der Fachpersonen und dient anfangs dazu, Sicherheit und Orientierung zu erhalten. Ungenügende Reflexion der Funktion dieser Zuordnungen kann jedoch längerfristig der Grund für rassistische Diskriminierung und Ausgrenzung sein (Domenig, 2021, S. 121).

Die Assimilationstheorie geht gemäss Domenig (2021) davon aus, dass sich zugewanderte Menschen und ihre kulturellen Prägungen im Laufe mehrerer Generationen automatisch an die Mehrheitsgesellschaft anpassen. Durch eine Phase der Marginalisierung verändern sich mitgebrachte traditionelle Kulturen geflüchteter Menschen, indem sie sich auflösen oder mit der Mehrheitskultur verschmelzen. Assimilation galt als Voraussetzung für die Integration. Multikulturalismus fordert hingegen, dass kulturelle Unterschiede gleichwertig anerkannt und respektiert werden (S. 129-130).

Der multikulturelle Diskurs hat Eingang in die Praxis gefunden, jedoch nicht mit dem Ziel, andere Kulturen wirklich anzuerkennen. Er dient häufig zur Vereinfachung komplexer Situationen, mit denen Fachpersonen im Alltag konfrontiert sind. Unter Umständen führt die Reduzierung dazu, dass Personen allein über ihre kulturelle Zugehörigkeit definiert und dadurch ausgegrenzt werden. Die pauschale Zuordnung von Menschen in bestimmte Kulturen verdrängt ihre individuellen Erfahrungen und Persönlichkeitsmerkmale in den Hintergrund. In diesem Sinne kann der sogenannte *Kulturschleier* den Blick auf das Persönliche verdecken. Ganze Kulturen als *fremd* zu beschreiben, erscheint dabei einfacher, als sich mit der Komplexität einzelner individueller Lebensgeschichten auseinanderzusetzen (Domenig, 2021, S. 131).

Neuere Konzepte sind weitaus komplexer und Kultur steht nicht mehr für etwas Starres und Unveränderbares. Der Fokus liegt in der Bemühung, das *Andere* und *Fremde* wirklich zu verstehen. Kultur ist ein dynamischer Prozess, der sich durch den Kontakt und die ständige Auseinandersetzung mit anderen Menschen verändert. Interpersonelle Interaktion hat also einen Einfluss auf Kulturen. Durch transnationale Netzwerke über mehrere Landesgrenzen hinweg entstehen neue Formen von Identität und Zugehörigkeit, die über die Vorstellungen von Multikulturalismus hinausgehen. Menschen können sich mehreren Gruppen zugehörig fühlen, wobei Zugehörigkeit ein dynamischer und selbstbestimmter Prozess ist. Gleichzeitig hat Zugehörigkeit eine politische Dimension, da sie sich durch rechtliche und gesellschaftliche Zugänge begrenzen lässt. Merkmale wie Kultur, Ethnie oder Herkunft bleiben im Hinblick auf rassistische Diskriminierung und Ausschluss gesellschaftlich bedeutsam. In der Praxis müssen Menschen mit ihren Problemlagen immer innerhalb eines Kontextes samt dessen Rahmenbedingungen erfasst werden. Eine Reduktion auf die Zuschreibung fixer Eigenschaften erscheint nicht professionell und wäre für den Hilfeprozess unvorteilhaft (Domenig, 2021, S. 135-139).

4.2 Rassismus und Diskriminierung: eine intersektionale Erklärung im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit

Menschen mit Fluchtgeschichte bilden eine vielfältige Gruppe mit unterschiedlichen Herkunftsländern, Bildungswegen und Fluchterfahrungen. Trotz der Heterogenität der Gruppe, sehen sie sich oft mit ähnlichen Herausforderungen und Barrieren konfrontiert. Zudem erfahren sie aufgrund ihrer Herkunft, Hautfarbe, ihres rechtlichen Status oder ihrer religiösen Zugehörigkeit soziale und strukturelle Diskriminierung. Diese Belastungen erhöhen das Risiko für vermindertes gesundheitliches Wohlbefinden (Polat, 2022, S. 183).

4.2.1 Vorurteile, Diskriminierung und Rassismus

Viele Menschen glauben noch immer, dass es biologische Unterschiede zwischen sogenannten 'Rassen' gibt. Merkmale wie Hautfarbe oder Haarstruktur werden fälschlicherweise als Belege für tiefere genetische Unterschiede angesehen. Diese Annahme führt zu der Vorstellung, gesellschaftliche Ungleichheiten seien naturgegeben. Tatsächlich jedoch ist 'Rassen' genauso wie *Gender* ein gesellschaftliches Konstrukt. Äusserliche Unterschiede beruhen auf geografischer Anpassung und sind keine verlässlichen Hinweise auf genetische Vielfalt. Die Vorstellung biologischer 'Rassen' ist wissenschaftlich nicht haltbar, bleibt aber aufgrund historischer, sozialer und wirtschaftlicher Interessen weit verbreitet. Der Begriff 'Rassen' als wandelbares soziales Konstrukt dient zur Rechtfertigung und Aufrechterhaltung bestehender gesellschaftlicher Ungleichheiten und Machtstrukturen, insbesondere zugunsten *weisser* Menschen (DiAngelo, 2020, S. 44-47).

Eine klare Unterscheidung zwischen Rassismus, Vorurteilen und Diskriminierung ist notwendig, um die jeweiligen Phänomene besser zu verstehen. Vorurteile sind kognitiv-emotionale Bewertungen über Menschen, die einer bestimmten sozialen Gruppe angehören. Sie beruhen häufig auf stereotypen Annahmen und entstehen unabhängig von tatsächlichen Erfahrungen. Menschen, die sich innerhalb eines gemeinsamen kulturellen Kontextes bewegen, teilen oftmals ähnliche vorgeprägte Vorstellungen. Diskriminierung ist das sichtbare Ergebnis von Vorurteilen, welches sich durch Ausgrenzung, Abwertung, Bedrohung oder Gewalt kennzeichnet. Starke Gefühle wie Hass führen zu offensichtlicher Diskriminierung. Subtilere Vorurteile zeigen sich hingegen in vermeidendem oder distanzierterem Verhalten (DiAngelo, 2020, S. 50). Laut DiAngelo (2020) haben alle Menschen Vorurteile und entsprechend diskriminieren alle in irgendeiner Weise (S. 51).

Zwischenmenschliche Begegnungen sind durch Vorurteile geprägt. Dies zeigt sich im Denken und Handeln der Menschen. Aufgrund äusserlicher und kultureller Merkmale, ethnischer Herkunft oder religiöser Zugehörigkeit erfolgt eine ungerechtfertigte bewusste oder unbewusste Benachteiligung. Diese Gruppen erleben eine über sich ergehende Hierarchisierung. Dies zum Beispiel bei der indirekten oder strukturellen Diskriminierung (Humanrights & Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR, 2024, S. 25).

Rassismus entsteht unter anderem, wenn kollektive Vorurteile durch staatliche und institutionelle Macht strukturell gestützt werden. Rassismus lässt sich als ein System erklären, das sich durch gesellschaftliche Leitbilder und Ideologien selbst aufrechterhält. Diese Ideologien werden von klein auf durch Bildung, Medien und den Alltag geprägt und selten hinterfragt. In westlichen Gesellschaften dominiert die Vorstellung, dass soziale Unterschiede auf natürlichen Begabungen oder persönlichem Einsatz beruhen. Diese Denkweise macht rassistische Hierarchien scheinbar normal und verharmlost sie zusätzlich. Wer diese Ordnung verinnerlicht hat, trägt zu ihrer Aufrechterhaltung bei. Rassismus ist kein individuelles Problem, sondern ein gesellschaftliches System. Anders als persönliche Vorurteile wirkt Rassismus durch historische Verankerung und institutionelle Macht. Diese Machtstrukturen führen dazu, dass Vorurteile nicht nur anerkannt, sondern auch verfestigt und reproduziert werden (DiAngelo, 2020, S. 51-53).

Struktureller Rassismus ist in der Gesellschaft verankert. Typischerweise zeigt er sich in Werten, Normvorstellungen, Wissensbeständen und in institutionalisierten Praktiken, welche historisch gewachsen sind. Beispiele dafür sind der eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsleistungen oder Diskriminierung im Gesundheitssystem. Von Nicht-Betroffenen wird struktureller Rassismus oftmals nicht erkannt und in der öffentlichen Wahrnehmung als normal betrachtet (Humanrights & Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR, 2024, S. 25).

Rassistische Diskriminierung bezeichnet die ungerechte und benachteiligende Behandlung von Personen aufgrund von Merkmalen wie Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit, Sprache oder tatsächlicher oder zugeschriebener Religion. Im Unterschied zum Rassismus basiert sie nicht zwingend auf einer ideologischen Überzeugung (Fachstelle für Rassismusbekämpfung, 2017; zit. in Braun & Zeeb, 2021, S. 390). Rassistische Abwertung und Ungleichbehandlungen sind zum Teil nicht deutlich fassbar und daher schwer erkennbar. Personen, deren Aussehen als nicht westlich-europäisch gilt, erleben in der Schweiz häufiger rassistische Angriffe in der Öffentlichkeit. Im Gegensatz dazu erfahren Menschen, die von Schweizer*innen äusserlich der Mehrheitsgesellschaft zugeordnet werden, eher subtile Diskriminierung im privaten und beruflichen Umfeld. Das äussere Erscheinungsbild spielt demnach eine zentrale Rolle in rassistischen Hierarchisierungen (Trevisan, 2020, S. 285).

Unabhängig vom äusseren Erscheinungsbild bestehen bei geflüchteten Menschen Benachteiligungen beim Zugang zum Arbeitsmarkt. Im institutionellen Kontext treten sowohl individuelle als auch strukturelle Formen von Rassismus auf. Die Betroffenen erleben durch wiederholte Ausgrenzung oder Abwertung Formen psychischer Gewalt. Das Gefühl, nicht gleichwertig zu sein, steht dabei im Vordergrund. Rassismuserfahrungen werden individuell verarbeitet. Für eine Mehrheit der Betroffenen stellen sie jedoch ein prägendes Lebensereignis dar. Auswirkungen sind häufig soziale Isolation und emotionales Leid. Dabei zeigt sich, dass weder Bildung, beruflicher Status, Migrationsgrund noch Aufenthaltsdauer vor rassistischer Abwertung schützen (Trevisan, 2020, S. 286). Mecheril und Dirim (2010) heben hervor, dass Sprache nicht nur ein Mittel zur Verständigung ist, sondern eine gesellschaftliche Machtfunktion zur Hierarchisierung hat (S. 100). Gemäss Müller (2024) führt Sprachintegration zu Zugehörigkeit und ermöglicht emotionale Bindungen. Gleichermassen verursachen Schwierigkeiten beim Spracherwerb oder das bewusste Nichterlernen der Landessprache Abgrenzungs- und Ausschlusstendenzen (S. 106–107). Dirim et al. (2016) betonen, dass im deutschsprachigen Raum Sprachkompetenzen der Landessprache als wichtiges Unterscheidungsmerkmal dienen (S. 87). Demnach führen sowohl Unterschiede äusserer Merkmale wie dem Aussehen als auch die sprachlichen Fähigkeiten eines Menschen zu rassismusbedingten Ungleichbehandlungen (Dirim et al., 2016, S. 86).

4.2.2 Intersektionalität und Othering-Prozesse

Kimberlé Crenshaw prägte den Begriff der Intersektionalität. Ihr Fokus lag auf von Rassismus und Sexismus betroffenen Schwarzen Frauen in den USA. Ausserdem postulierte sie mittels der Metapher der Strassenkreuzung, dass mehrere Achsen der Differenz und Ungleichheit ineinander verschränkt und nicht voneinander getrennt wirken. Dadurch entstehen verschiedene Diskriminierungsformen (Crenshaw, 1989, S. 149/eigene Übersetzung).

Meyer (2017) beschreibt Intersektionalität als Schnittstelle von Kategorien wie Geschlecht, 'race', Ethnizität, Klasse, Sexualität und anderen Machstrukturen, die mehrfach marginalisiert werden. Intersektionalität bietet eine dekonstruktive Perspektive auf bestehende Machtverhältnisse und dominante gesellschaftliche Kategorisierungen. Sie steht metaphorisch für die komplexen überschneidenden Diskriminierungserfahrungen. Die Ungleichheiten wirken zusammen und schaffen Erfahrungen von Benachteiligung, die durch einzelne Kategorien allein nicht erfassbar sind (S. 11-12). Walgenbach (2017) versteht Intersektionalität als einen theoretischen Rahmen zur Analyse sozialer Ungleichheiten, Diskriminierungen und Kategorisierungen in ihrem Zusammenspiel. Die sozialen Differenzen und Kategorien sind nicht als voneinander getrennte Merkmale oder homogene Gruppen zu verstehen, sondern als verflochtene und in Wechselwirkung stehende Linien, die gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse markieren (S. 55).

Diese werden individuell verschieden erlebt und prägen Identitäten. Diskriminierung reduziert sich demnach nicht auf einzelne Kategorien wie Geschlecht, Herkunft oder sozialen Status, sondern ergibt sich aus deren Wechselwirkung. Kategorisierungen strukturieren soziale Ordnungen und wirken ausgrenzend, oft ohne Absicht. Intersektionale Perspektiven machen diese komplexen Verflechtungen sichtbar und ermöglichen eine kritische Auseinandersetzung mit bestehenden Machtverhältnissen (Walgenbach, 2012, o. S.).

Der Intersektionalitätsansatz versteht soziale Gruppen im Kontext ihrer gesellschaftlichen Einbettung. Unter anderem berücksichtigt Intersektionalität relevante Diversitätsdimensionen wie ethnische Herkunft und Migration (Schirilla, 2023, S. 34). Der Ansatz deckt auf, dass Machtverhältnisse sowie soziale Strukturen bei bestimmten Gruppen zu einer systematischen Benachteiligung führen. Durch bestehende gesellschaftliche Normen werden solche Kategorisierungen aufrechterhalten. Das Ziel ist es also, die komplexe soziale Realität sichtbar zu machen und eine gerechte differenzsensible Perspektive auf soziale Gerechtigkeit und Antidiskriminierung zu fördern (Riegel, 2018, S. 226). Gemäss Riegel (2018) ist sozialpädagogisches Handeln in der Migrationsgesellschaft durch widersprüchliche strukturelle und soziale Bedingungen geprägt. Aktuelle Entwicklungen wie Globalisierung und Migration beeinflussen westliche Gesellschaften und führen zu einer Vielzahl von unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensstilen. Postkoloniale Verhältnisse sowie Migrations- und Grenzregime strukturieren Gesellschaften in Ländern wie Deutschland und sorgen für eine Reproduktion von sozialer Ungleichheit und Rassismus (S. 223).

Diese Machtverhältnisse betreffen unter anderem die Lebensbedingungen, Handlungsmöglichkeiten und Teilhabechancen der Adressat*innen ebenso wie den Spielraum und die Begrenzungen des professionellen sozialpädagogischen Handelns. In der SA zeigt sich die Herausforderung, dass oft die strukturellen Voraussetzungen fehlen, um kritisch mit gesellschaftlichen Ungleichheiten umzugehen. Tatsächlich besteht die Gefahr, bestehende Einteilungen und Machtverhältnisse zu übernehmen und zu verstärken, statt diese zu hinterfragen. Trotz ihres Auftrags, soziale Gerechtigkeit zu fördern, läuft die SA Gefahr, ungewollt zur Reproduktion von Ungleichheitsverhältnissen beizutragen (Riegel, 2018, S. 223-224).

Fachpersonen der SA können sich den widersprüchlichen Verhältnissen nicht entziehen. Sie müssen sich bewusst mit *Othering-Prozessen* auseinandersetzen und ihr Handeln ständig reflektieren, um die gesamte Lebensrealität der Adressat*innen zu berücksichtigen (Riegel, 2018, S. 227). *Othering* bezeichnet die Unterscheidung von *Wir* und die Reduzierung von *Anderen* aufgrund bestimmter Zuschreibungen. Der Prozess basiert auf biologischen und kulturellen Differenzierungen und kann dadurch Formen von Rassismus verstärken. Die zugeschriebenen Differenzen bezeichnen Gruppen oder Individuen als fremd oder minderwertig und führen zu sozialer Ausgrenzung (Riegel, 2018, S. 226).

4.2.3 Einfluss von rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit

Studien zeigen, dass sozial benachteiligte Gruppen wie Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung sowie ethnische Minderheiten besonders gefährdet sind, psychische Erkrankungen zu entwickeln. Rassistische Diskriminierung und gesellschaftliche Ausgrenzung wirken dabei als zentrale Belastungsfaktoren. Wiederholte Erfahrungen von rassistischer Abwertung und Benachteiligung können chronischen Stress auslösen und das Risiko für Depressionen, geringes Selbstwertgefühl oder traumatischen Stress deutlich erhöhen (Carter, 2007; zit. in Trevisan, 2020, S. 284).

Dr. med. Ljiljana Joksimovic betont in einem Expertinneninterview, dass Menschen mit Fluchtgeschichte häufig auf verschiedene Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung stoßen. Darunter fallen sprachliche und kulturelle Unterschiede, ein abweichendes Krankheitsverständnis sowie Erfahrungen von rassistischer Diskriminierung. Diversitätsmerkmale wie Alter, Bildungsstand, Hautfarbe und Sprachkompetenz können im Zusammenspiel zu struktureller Ausgrenzung führen. Die Ausgrenzungspraktiken ähneln oft jenen aus der Herkunftsgesellschaft und verstärken das Gefühl des Ausschlusses im Aufnahmeland. Aus diesem Grund ziehen sich Betroffene oft aus den Behandlungsstrukturen zurück. Sie berichten nur in einzelnen Fällen über Beschwerden. Ohne transkulturelle Kompetenzen seitens der Fachpersonen besteht die Gefahr, dass relevante Informationen übersehen und Behandlungen dadurch erschwert oder abgelehnt werden. Eine kultursensible und diskriminierungskritische Haltung im Gesundheitswesen ist daher unerlässlich (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Bislang gibt es nur wenige Daten zu rassistischer Diskriminierung im deutschen Gesundheitswesen gegenüber Patient*innen mit Fluchterfahrungen. Vorhandene Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, dass Diskriminierungserfahrungen im medizinischen Alltag weit verbreitet sind (Braun & Zeeb, 2021, S. 390). Laut einer umfangreichen Umfrage der Antidiskriminierungsstelle des Bundes berichteten 26 % der Patient*innen im Gesundheits- und Pflegebereich von Diskriminierungserfahrungen. Dabei spielte das Aussehen, die ethnische Herkunft oder die religiöse Zugehörigkeit eine Rolle (Beigang et al., 2018). Weitere Studien belegen, dass Vorurteile und Diskriminierung im Gesundheitswesen für viele Personen mit Fluchtgeschichte zum Alltag gehören. Ein zentraler Kritikpunkt ist aus Sicht der Betroffenen die unzureichende empathische und kultursensible Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen. Dies führt oft zu Unsicherheiten, Ängsten, einem geringeren Vertrauen in die Behandlung sowie zu häufigeren Ärzt*innenwechseln (Braun & Zeeb, 2021, S. 391). Die Analyse von 293 Studien zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Rassismus, rassistischer Diskriminierung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Besonders stark sind die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, zum Beispiel in Form von Depressionen, Angstzuständen und psychischem Stress (Braun & Zeeb, 2021, S. 392).

Trevisan (2020) verdeutlicht durch die biografischen Erzählungen lateinamerikanischer Migrantinnen, dass Erfahrungen von Rassismus und ethnisch motivierter Diskriminierung einen zentralen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit haben (S. 283-284). Regelmässige Abwertung, Benachteiligung und Ausgrenzung aufgrund von Hautfarbe und Herkunft gehören für viele zum Alltag in der Schweiz. Diese Erfahrungen führen zu einem Gefühl der Nicht-Zugehörigkeit und verstärken Selbstzweifel. Das Gefühl, als *Mensch zweiter Klasse* behandelt zu werden, ist mit starken emotionalen Verletzungen verbunden. Ausserdem erschwert die Herabstufung die Entwicklung eines positiven Selbstbildes (Trevisan, 2020, S. 283-284).

Zudem verstärkt die fehlende Erfahrung von gesellschaftlicher Akzeptanz das seelische Leiden betroffener Menschen. Rassismus als Ausdruck sozialer Ungerechtigkeiten muss als potenziell krankmachender Faktor ernst genommen werden. Darüber hinaus bedeuten Rassismus und Diskriminierung Angriffe auf die menschliche Würde und eine Verletzung der persönlichen Integrität. Die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie Zugehörigkeit, Anerkennung, Selbstachtung und das Vertrauen in soziale Beziehungen wird nachhaltig beeinträchtigt. Die Auseinandersetzung mit den emotionalen Folgen von Rassismuserfahrungen ist zentral, um das Entstehen und die Ausprägung psychischer Belastungen besser zu verstehen. Dabei geht es nicht darum, betroffene Personen als passive Opfer darzustellen, sondern ihre emotionalen Reaktionen auf gesellschaftliche Ausgrenzung, Abwertung und strukturelle Benachteiligung sowie deren psychische Auswirkungen sichtbar zu machen (Trevisan, 2020, S. 284).

Rassistische Diskriminierung im Alltag führt bei Menschen mit Migrationsgeschichte zu einem wachsenden Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem. Folglich wirkt sich die geringere Inanspruchnahme medizinischer Angebote, mangelnde Therapietreue und die Unzufriedenheit mit der Versorgung negativ auf die Gesundheit aus. Die gezielte Erfassung rassistischer Erfahrungen hilft, bestehende Antidiskriminierungsmassnahmen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen sowie neue wirksame Strategien gegen strukturelle Diskriminierung im Gesundheitssystem entwickeln zu können (Braun & Zeeb, 2021, S. 394).

4.2.4 Diskriminierung in Behandlungsbeziehungen

Das folgende Unterkapitel befasst sich mit einer Studie aus einem Zeitschriftenartikel, in welcher Erfahrungen und Einstellungen von Ärzt*innen in der medizinischen Versorgung von Patient*innen mit Migrationserfahrungen aufgezeigt werden. Grundlage bilden die Ergebnisse halbstrukturierter narrativer Interviews. Die häufigsten Herausforderungen in interkulturellen Beziehungen zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen wurden in Sprachbarrieren gesehen (Karger et al., 2017, S.281).

Die meisten befragten Ärzt*innen beschrieben ihre eigene Haltung gegenüber Patient*innen mit Migrationserfahrung oder Fluchtgeschichte überwiegend positiv. Selbstkritische Aussagen kommen selten vor. Negative Erfahrungen verbinden sie ausschliesslich mit schwierigen Situationen im Kontakt mit Patient*innen. Die Hälfte der Befragten sah sich bemüht, eine Beziehung auf Augenhöhe mit den Patient*innen zu gestalten. Sie äusserten jedoch eine innere Distanz gegenüber Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte. Von 20 Ärzt*innen schilderten sechs Schwierigkeiten, sich in andere Kulturen hineinzusetzen. Solche Wahrnehmungen führten gelegentlich dazu, dass Ärzt*innen sich emotional zurückzogen, weniger engagierten oder im Extremfall sogar eine Behandlung ablehnten. Bei einigen Fachpersonen bestand die Befürchtung, dass unbewusste Vorurteile den Diagnose- und Behandlungsprozess beeinflussen. Viele fühlten sich unsicher im Umgang mit kulturellen Unterschieden und hatten Angst, aus Unkenntnis Schaden zu verursachen. Dadurch hielten sich die Ärzt*innen mit Interventionen zurück. Ausserdem führten Konflikte kultureller und sprachlicher Art zu Überforderung beider Parteien (Karger et al., 2017, S. 283-284).

Im Gegensatz zum positiven Selbstbild der Ärzt*innen wurden den Patient*innen sowie deren Angehörigen vermehrt kommunikationserschwerende Eigenschaften zugeschrieben. Aus Sicht der Behandelnden sind die Beschwerdeschilderungen der Betroffenen übertrieben, ungenau oder unrealistisch. Die Ärzt*innen glauben, dass den Patient*innen das Verständnis für psychosomatische Krankheiten fehlt. Zudem bemerkten die Fachpersonen eine geringe Akzeptanz gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Stattdessen äusserten viele Patient*innen den Wunsch nach medikamentösen oder körperlich orientierten Interventionen. Patient*innen erschienen in der Behandlung entweder fordernd oder passiv. Teilweise sei der Umgang mit dem eigenen Körper von Scham oder kulturellen Tabus geprägt. Das Einbeziehen mehrerer Angehöriger beschrieben die Ärzt*innen als kommunikativ herausfordernd. Sprachbarrieren stellen eine zentrale Hürde dar. Sie verlängern die Behandlung, erschweren Diagnosen und können eine Kommunikation in Einzelfällen verunmöglichen (Karger et al., 2017, S. 285-286). Aus der Reflexion des eigenen Gesprächsverhaltens und des Umgangs mit Sprachbarrieren zeigte sich, dass von der eigenen Vorstellung abweichendes Verhalten meist als negativ oder falsch bewertet wurde, ohne nach möglichen Hintergründen oder eigenen kommunikativen Anteilen zu fragen. Sprachbarrieren nannten nahezu alle Interviewten als zentrales Hindernis. Bei ausländisch klingenden Namen befürchteten die Behandelnden bereits im Voraus Sprachbarrieren. Trotz dieser Einschätzung kamen professionelle Dolmetschende nur selten zum Einsatz. Gründe dafür waren mangelnde Verfügbarkeit, Zweifel an der Qualität der Übersetzungen sowie geringe Kenntnis über bestehende Angebote. Dies führte beispielsweise dazu, dass Aufklärungen unzureichend waren und Einverständniserklärungen trotz Nichtverstehens unterschrieben wurden (Karger et al., 2017, S. 286-288).

Die Analyse der erhobenen Daten zeigt, dass stigmatisierende ethnische Stereotype einen erheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung von Patient*innen mit Migrations- oder Fluchtgeschichte haben. Patient*innen mit sichtbaren oder sprachlichen Unterschieden wurden von den Behandelnden im Gegensatz zu Menschen aus west- oder nordeuropäischen Ländern häufiger als *fremd* wahrgenommen. Nur vereinzelt erfolgten positive Bilder bei Geflüchteten, denen mit Empathie und Schutzbedürfnis begegnet wurde. Trotz dieser Ergebnisse sah die Mehrheit der Befragten keinen hohen Schulungsbedarf zur kulturellen Kompetenz und verwies auf ihre klinische Erfahrung. Die entwickelten Strategien im Umgang mit kulturell herausfordernden Situationen seien ausreichend. Ein kleiner Anteil der Befragten äusserte den Bedarf an besserer Vorbereitung im Umgang mit Patient*innen mit Migrations- oder Fluchtgeschichte (Karger et al., 2017, S. 286-288).

Die Haltung und das daraus resultierende Verhalten der interviewten Personen entspricht nicht den Anforderungen einer professionellen medizinischen Praxis. Die Auswertung zeigt auf, dass unter anderem im Gesundheitssystem zu wenig kultursensibel gearbeitet wird, was in diesem Beispiel zu Diskriminierung führt und schlussendlich gesundheitliche Folgen für Betroffene mit sich zieht. Das Ergebnis macht deutlich, wie notwendig eine selbstreflektierte, offene und akzeptierende Haltung gegenüber kultureller Diversität ist. Eine Ungleichbehandlung von Patient*innen auf Basis subjektiv empfundener Fremdheit oder Herkunft widerspricht grundlegenden Prinzipien der Gleichbehandlung und Ethik (vgl. Kap. 5.5). Im Kapitel 6.2 der vorliegenden Arbeit wird aufgezeigt, wie transkulturelle Kompetenzen angeeignet werden können, um das aufgezeigte Verhalten zu vermindern. Kapitel 4.3 befasst sich mit individuellen Anpassungsprozessen im Kontext von Flucht und deren Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden.

4.3 Akkulturation und deren Einfluss auf das psychische Wohlbefinden geflüchteter Erwachsener

Im vorgehenden Kapitel standen strukturelle Einflussfaktoren auf das psychische Wohlbefinden geflüchteter Menschen im Fokus. In diesem Kapitel liegt das Augenmerk auf Akkulturation als individueller Anpassungsprozess. Dieser Prozess beeinflusst wesentlich, wie sich Zugehörigkeit, Identität und Wohlbefinden betroffener Menschen im Aufnahmeland entwickeln. Akkulturation umfasst allgemein Anpassungsvorgänge von Personen mit Migrations- oder Fluchthintergrund an eine neue Kultur und der Allgemeinbevölkerung an kulturelle Vielfalt. Frühere Akkulturationsansätze waren auf einen einseitigen Prozess ausgelegt. Die Anpassung erfolgte ausschliesslich auf einem Kontinuum von Beibehaltung der Herkunftskultur hin zur Anerkennung der Aufnahmekultur. Diese Ansätze werden der heutigen globalisierten vielfältigen Realität an Lebenswelten nicht mehr gerecht (Gekeler, 2020, S. 495).

Neuere bidimensionale Ansätze erkennen Beibehaltung und Anerkennung als voneinander unabhängige Variablen. Es ist also möglich, gleichzeitig mit beiden Kulturen verbunden zu sein. Aktuelle Modelle berücksichtigen Theorien der sozialen Identität und untersuchen, wie sich Menschen als Teil der Herkunftsgruppe oder der Aufnahmegesellschaft in Gruppenbeziehungen erleben. Relevanter Einflussfaktor ist dabei die gesellschaftliche Vorstellung über kulturelle Vielfalt und die damit verbundene Offenheit oder Ablehnung des Aufnahmelandes (Gekeler, 2020, S. 495).

Die Einbindung komplexer und reflexiver Bezüge aus der Psychologie ermöglicht es, die Lebensrealität und das Wohlbefinden der betroffenen Personen aussagekräftiger aufzuzeigen. Akkulturation und psychische Gesundheit stehen wechselseitig in Beziehung. Eine gelungene Akkulturation fördert das psychische Wohlbefinden. Zudem sind psychisch stabile und resiliente Personen eher zu einer erfolgreichen Anpassung fähig. Schwierigkeiten bei der Akkulturation hingegen beeinflussen das psychische Wohlbefinden negativ. Dabei wirken individuelle Ressourcen wie Bildung, Sprachkompetenzen und Beruf auf den Prozess ein. Ausserdem spielen gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie eine Willkommenskultur oder Diskriminierung, Ausgrenzungstendenzen, soziale Prozesse sowie das Bedürfnis nach einer positiven sozialen Identität im komplexen Anpassungsprozess eine gemeinsame Rolle (Erim, 2024, S. 40). Ein weiterer Bezug zur Gesundheit lässt sich über den akkulturativen Stress herstellen, da dieser das Wohlbefinden geflüchteter Menschen stark beeinflusst (Gekeler, 2020, S. 495). Zuvor werden im nachfolgenden Kapitel jedoch wichtige Begriffe im Kontext der Akkulturation vorgestellt.

4.3.1 Begriffsklärung Segregation, Assimilation, Marginalisierung, Integration

Ein bis heute zentraler theoretischer Zugang zur Beschreibung kultureller Anpassungsvorgänge ist das Akkulturationsmodell des Psychologen John W. Berry. Es beschreibt den Umgang mit den Anforderungen zweier Kulturen, wenn ein Individuum in ein neues kulturelles Umfeld migriert. Daraus ergeben sich vier idealtypische Akkulturationsstrategien, welche die Bewahrung und Anpassung der Herkunfts- und Aufnahmekultur beschreiben (Berry, 2001, S. 616-618). Assimilation wird als einseitige Anpassung migrierter Personen an die Aufnahmegesellschaft bei gleichzeitiger Aufgabe der traditionellen Herkunftskultur verstanden, während Separation die einseitige Bewahrung der Herkunftskultur und die Vermeidung von Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft meint. Marginalisierung umfasst das Aufgeben der Herkunftskultur sowie die gleichzeitige Isolation von der Aufnahmegesellschaft und wird von Berry auch als Dekulturation beschrieben. Bei der Integration passen sich migrierte Personen an die neue Kultur der Mehrheitsgesellschaft an. Dies bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Herkunftskultur (Berry & Sabatier, 2010; zit. in Genkova, 2021, S. 705).

Foroutan (2021) bemängelt aus einer postmigrantischen Perspektive, dass solche Akkulturationsmodelle auf einem binären Denken beruhen, welches nicht mit den heutzutage gelebten Realitäten hybrider Zugehörigkeiten vereinbar ist. Es liegt die Vorstellung im Raum, dass ein Bekenntnis zu Klassifikationsmechanismen wie Nation, Kultur, Ethnizität, Religion oder Sexualität erwartet und sogar notwendig wird (S. 124). Das klassische Modell von Akkulturation geht von der Annahme aus, dass Individuen frei zwischen Akkulturationsstrategien wählen können. Es berücksichtigt gemäss Foroutan (2021) jedoch nicht ausreichend, dass Akkulturation als sozial strukturierter Aushandlungsprozess unter Voraussetzungen von Macht, Diskriminierung, strukturellen Ungleichheiten und Rassismus zu verstehen ist (S. 124-125).

Oerter (2021) erläutert, dass Akkulturation immer mit Stress in Verbindung steht (S. 59). Das Stresserleben basiert hierbei auf Einflüssen aus den kulturellen Anpassungsprozessen wie beispielsweise die Ausschlusstendenzen seitens der Mehrheitsgesellschaft gegenüber den geflüchteten Personen (Gröschke, 2021, S. 571).

Studien zeigen, dass subjektiv wahrgenommene Diskriminierungserfahrungen signifikant mit der Gesundheit der betroffenen Person assoziiert sind und zum Akkulturationsstress beitragen (Bartig et al., 2023, S. 24). Wie im folgenden Abschnitt erkennbar, steht Akkulturationsstress wiederum im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit.

4.3.2 Akkulturationsstress und Einfluss auf die psychische Gesundheit im transaktionalen Stressmodell

Akkulturationsstress umfasst das Stressempfinden, welches aufgrund herkunftsbezogener Ablehnung wie Diskriminierung, Vorurteilen und Rassismus durch die Mehrheitsgesellschaft in individuellen psychischen Anpassungsprozessen hervorgerufen wird. Der aufgekommene Stress beeinflusst das psychische Wohlbefinden der betroffenen Personen aus den Herkunftsländern (Madubuko, 2011, S. 74).

Der Ortswechsel an sich, welcher zum Teil über grössere Distanzen erfolgt, stellt einen herausfordernden Übergang dar. Die beschleunigten sozialen und kulturellen Veränderungen auf der Flucht stehen mit einem erhöhten Stressniveau in Verbindung und sind von individuellen und kollektiven Faktoren abhängig. So ist das Mass an Verunsicherung und Stress neben Variablen wie Bildung, sozioökonomischem Status und vergangenen Übergangserfahrungen von den zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie von der kulturellen Distanz zur neuen Lebenswelt und deren Bedingungen abhängig (Uslucan, 2021, S. 780).

Das Mass an kultureller Distanz meint in diesem Kontext allgemeiner formuliert die Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede des Herkunftskontextes mit der neuen Lebenswelt. Verschiedenheit im Übergang, ein radikaler Wechsel des Lebenskontextes und ein Wechsel der kulturellen Deutungssysteme wird oftmals als belastend und stressig empfunden. Die Intensität der Auswirkungen scheint jedoch bei den geflüchteten Personen unterschiedlich stark durchzudringen. Unter anderem lässt sich beobachten, dass Übergänge von Menschen innerhalb westeuropäischer Länder mit weniger Unterschiedlichkeiten und Uneinigkeiten verbunden wird als es bei Übergängen von Übersee oder vom orientalischen Raum nach Westeuropa der Fall ist (Uslucan, 2021, S. 780-781).

Ein Ortswechsel zwischen kulturell stark differenzierenden Ländern ist mit deutlich häufigeren Uneindeutigkeiten im sozialen Alltag verbunden. Dabei stossen die innerhalb der Herkunftskultur oder innerhalb des familiären Kontextes sozialisierten und routinisierten Handlungsformen an ihre Grenzen und Überforderung macht sich bemerkbar. Wenn das Gefühl aufkommt, dass das Leben in der Fremde beinahe nicht zu bewältigen ist, trifft die Verunsicherung auf mangelnde Ressourcen. Diese Situation wird in aller Regel als Stress wahrgenommen (Uslucan, 2021, S. 781-782).

Im Zusammenhang mit dem Phänomen von Migration, Flucht und Akkulturation scheint besonders der postmigratorische Stress eine bedeutende Rolle zu spielen. Belastungsfaktoren nach der Ankunft im Ankunftsland können neben den traumatischen Erlebnissen während und vor der Flucht zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen und somit das psychische Wohlbefinden beeinträchtigen (Schick, 2019, S. 93).

Mit Blick auf das Verhältnis geflüchteter Personen zur Aufnahmegesellschaft korrelieren wahrgenommene Diskriminierung und sozialer Ausschluss mit einer schlechteren psychischen Befindlichkeit und verstärkten depressiven Symptomen. Ablehnung und das Gefühl, herabgesetzt zu werden, können eine konstruktive Akkulturation erschweren und die neuen Lebensbedingungen negativ beeinflussen. Dies wiederum birgt eine niedrigere Lebensqualität und Gesundheit (Schick, 2019, S. 97).

Wie in Kapitel 4.3 erwähnt, besteht die Herausforderung der Akkulturation in der Notwendigkeit, zwei oder mehrere verschiedene Kulturen und situationsbezogene Faktoren zu verbinden und neu zu integrieren. Dabei spielen mitgebrachte Wertvorstellungen, Rollenbilder und die Sozialisierung auf Verhaltensebene eine entscheidende Rolle. Nach der Ankunft findet ein ständiges Ausbalancieren des Einflusses verschiedener Kulturen statt und oftmals stellt man die Gegebenheiten der Kulturen und sich selbst in Frage (Graef-Calliess & Machleidt, 2019, S. 135). Der Balanceakt verlangt gemäss Calliess et al. (2012) eine enorme emotionale Kraft und geht mit einer erhöhten emotionalen Belastung einher (S. 36-37).

Die mit der Akkulturation verbundene Ambivalenz zwischen Neuorientierung im Ankunftsland und Rückkehrwünschen vermag intrapsychische Spannungen zu verursachen und trägt so zu einer erhöhten Vulnerabilität bei (Graef-Calliess & Machleidt, 2019, S. 135). Die erhöhte Vulnerabilität wiederum bedeutet, einem grösseren Risiko ausgesetzt zu sein, psychisch oder physisch zu erkranken (Frahsa, 2025, S. 1).

4.3.3 Transaktionales Stressmodell

Ganz allgemein bezeichnet psychologischer Stress die Beziehung zwischen Person und Umwelt, die vom Individuum für sein Wohlergehen als wichtig erlebt wird und zugleich Anforderungen an die Person stellt, welche deren Bewältigungsmechanismen fordern oder überfordern (Lazarus & Folkmann, 1984, S. 63). Reichhart und Pusch (2023) formulieren Stress als jede Art von Belastung, die das Individuum zu einem Anpassungsprozess zwingt. Die Entstehung von Stress hängt mit den auf die Person einwirkenden Stressoren zusammen. Die Stressreaktion stellt ein Bewältigungsversuch dar, der mit einer Veränderung der Befindlichkeit des Individuums einhergeht. Inwiefern Stressoren jedoch zu Wachstum, Herausforderungen oder Überforderungen führen, ist von deren Dauer, Intensität, Gefährlichkeit, dem Kontext und den Bewertungen der Individuen abhängig. Negativer Stress wird als Distress bezeichnet und wirkt belastend auf die Betroffenen. Positiver Stress, auch Eustress genannt, wirkt motivierend und leistungsfördernd (S. 228). Da jeder Mensch aufgrund biopsychosozialer Einflüsse und Prägungen unterschiedlich belastbar ist, erfolgt eine subjektive Stresswahrnehmung und -bewertung. Der Verlauf des Lebens und bereits gemachte Lernerfahrungen spielen im Bewertungsprozess eine Rolle (Reichhart & Pusch, 2023, S. 230).

In diesem Zusammenhang ist das transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman von zentraler Bedeutung. Die Person-Umwelt-Beziehung steht in Wechselwirkung, und die subjektiv-kognitive Wahrnehmung bestimmt, in welchem Ausmass eine Interaktion der Person mit ihrer Umwelt als stressvoll empfunden wird. In einem kognitiven Prozess werden Umweltbedingungen in ihrer Wichtigkeit eingeschätzt und mit den persönlichen Bewältigungsressourcen und zur Verfügung stehenden Strategien abgeglichen. Das komplexe Konstrukt der kulturellen Anpassung stellt im Zusammenspiel mit tiefgreifenden Stressereignissen während der Flucht eine grosse und oftmals als stressreich empfundene Herausforderung dar (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1998; Genkova et al., 2013; zit. in Genkova, 2021, S. 717). Demgegenüber kritisiert Lorenz (2018), dass die Zuschreibung von Vulnerabilität bei Geflüchteten oftmals mit einer Pathologisierung einhergeht, welche wiederum die Betroffenen als hilflose, verletzte Opfer darstellt. Dieses Verständnis erreicht allgemeine Anerkennung und schreibt somit unreflektiert und kategorisch den geflüchteten Menschen die vulnerable Eigenschaft zu (S. 61-65).

Hax-Schoppenhorst und Jünger (2019) sprechen ebenfalls von einer erhöhten Vulnerabilität bei geflüchteten Menschen. Sie erwähnen jedoch, dass diese genauso bei Nicht-Geflüchteten vorliegen kann. Ein Unterschied besteht darin, dass geflüchtete Menschen häufig dauerhaften sozialen Stress, unter anderem Akkulturationsstress, verarbeiten müssen. Dies kann dazu führen, dass eine bestehende Vulnerabilität in eine psychische Erkrankung umschlägt (S. 65).

Mehl et. al (2021) erwähnen abschliessend, dass sowohl Faktoren der Vulnerabilität einer Fluchterfahrung als auch ungünstige strukturelle Einflüsse die Widerstandskraft der Betroffenen überschreiten können und zu vermehrtem Erleben von akkulturativen Stress führen. Dies wiederum korreliert mit einem erhöhten Risiko für verschiedene psychische Erkrankungen (S. 801).

4.4 Zwischenfazit

Durch die sozialpsychologische und gesellschaftsbezogene Perspektive wird im vergangenen Kapitel klar, dass geflüchtete und migrierte Menschen unter mehrfacher Hinsicht mit Belastungen zu kämpfen haben. Neben individuellen Traumata spielen Rassismus, rassistische Diskriminierung, kulturelle Unterschiede und rechtliche Unsicherheiten als strukturelle Stressoren eine bedeutende Rolle. Diese verschränken sich, angelehnt an das Konzept der Intersektionalität, mit weiteren Faktoren wie einem niedrigen sozioökonomischen Status oder fehlender Teilhabe. Für eine adäquate psychosoziale Unterstützung müssen also gesellschaftliche Machtverhältnisse reflektiert und in die Gestaltung miteinbezogen werden.

5. Gesundheitsversorgung in Asylunterkünften: Rahmenbedingungen, Zugänge, Barrieren und Soziale Ungleichheit

Nachdem im vorherigen Kapitel strukturelle und individuelle Perspektiven der Anpassung und gesellschaftliche Verhältnisse thematisiert wurden, richtet sich der Blick nun auf die gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen in AU sowie die damit verbundenen individuellen und strukturellen Herausforderungen im Versorgungssystem. Im Zentrum steht dabei das Recht auf Gesundheit, der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten, bestehende Barrieren, Soziale Ungleichheit (SU) sowie die berufsethische Verantwortung der SA.

5.1 Das Recht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit stellt eine Rechtsgarantie aus den internationalen und europäischen Menschenrechtsabkommen sowie weiteren völkerrechtlichen Dokumenten dar. Unter anderem ist das Recht auf Gesundheit in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte in Artikel 25, im UNO Menschenrechtsabkommen Internationalen Pakt I über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Artikel 12, in der Antirassismus Konvention in Artikel 5, in der Frauenrechtskonvention in Artikel 12, in der Kinderrechtskonvention in Artikel 24 und in der Behindertenrechtskonvention in Artikel 25 niedergeschrieben (Humanrights & Schweizerisches Menschenrechtsinstitut SMRI, 2025). Die Schweiz schreibt mit Ausnahme des Rechts auf Wirtschaftsfreiheit, Hilfe in Notlagen und Anspruch auf Grundschulunterricht keine verbindlichen Sozialrechte in der Bundesverfassung (BV) vom 18. April 1999, SR 101, fest. Sie reduziert sich bloss auf programmatische Sozialzielbestimmungen. Zum Recht auf Gesundheit steht in Art. 41 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 BV, dass sich Bund und Kantone für die notwendige Pflege im Gesundheitswesen einsetzen. Zudem bemühen sie sich, dass jede Person gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Invalidität, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung, Verwittung und Alter gesichert ist.

Etwas konkreter ausgedrückt umfasst das Recht auf Gesundheit für alle ein erreichbares Höchstmass an geistiger und körperlicher Gesundheit, die Verfügbarkeit quantitativ ausreichender und qualitativ angemessener öffentlicher Gesundheitseinrichtungen und den diskriminierungsfreien Zugang zu den vorhandenen Gesundheitseinrichtungen (Humanrights & Schweizerisches Menschenrechtsinstitut SMRI, 2025).

Der Sozialausschuss der vereinten Nationen definiert im General Comment Nr. 14 (2000) die oben genannten Ansprüche in vier Dimensionen. Diese lassen sich in AAAQ abkürzen und umfassen *Availability, Accessibility, Acceptability und Quality*. *Availability* bezeichnet die Verfügbarkeit von in der Zahl und Kapazität ausreichenden und funktionsfähigen Gesundheitsdiensten und Gütern. Dazu zählen grundlegende Gesundheitsdeterminanten, wie sauberes Trinkwasser, angemessene Versorgung in Krankenhäusern und anderen gesundheitsbezogenen Einrichtungen mit ausgebildetem Fachpersonal. *Accessibility* beschreibt den ungehinderten, diskriminierungsfreien Zugang auch für vulnerable Gruppen. Darunter ist auch die physische und ökonomische Zugänglichkeit zu verstehen. So dürfen Zahlungen im Lebensbereich Gesundheit Menschen in Armut nicht überproportional belasten. Wichtig ist ausserdem der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen. *Acceptability* fordert, dass Angebote kulturell, ethisch und gender-sensibel sein müssen. Gesundheitsdienste achten demnach die Kultur von Individuen sowie Gemeinschaften und vollziehen medizinisch-ethisch vertretbare Handlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen. Ausserdem sind unter dem Begriff *Quality* hohe medizinische und technische Standards einzuhalten (S. 4-5). Wie die tatsächliche Praxis rund um die psychosoziale und gesundheitliche Versorgung für geflüchtete Menschen aussieht und inwiefern sie durch strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst werden, soll nun Bestandteil des nächsten Kapitels sein.

5.2 Rahmenbedingungen und Zugangswege zur Gesundheitsversorgung in Asylunterkünften

Strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen sowie rechtliche Zuständigkeiten prägen die Gesundheitsversorgung in AU wesentlich (Biddle et al., 2021, S. 8). Dazu gibt es unterschiedliche Unterbringungsformen wie Empfangs- und Verfahrenszentren (EVZ), BAZ, kantonale KU oder Unterbringungen in Familien, welche allesamt Voraussetzungen und Herausforderungen mit sich bringen (BAG & SEM, 2017, S. 17). Im Allgemeinen unterstehen schutzsuchende Personen der Krankenversicherungspflicht. Sie erhalten die über die Sozialhilfe zu gewährende medizinische Grundversorgung, die sich aus dem Bundesgesetz über die Krankenversicherungen ableitet. Nach dem Eintritt, der Registrierung und der Abgabe des Asylgesuchs muss ein Beitritt zu einem Krankenversicherer innerhalb von drei Monaten gewährleistet sein. In den EVZ und BAZ sorgt das SEM für einen Versicherungsabschluss. Wenn es bereits vor Ablauf der Frist zu einem Übertritt in einen Kanton kommt, kümmert sich dieser um den Abschluss einer Versicherung. Dabei besteht keine freie Wahl der Versicherungen und Leistungserbringenden für AS. Die Leistungen, welche in Anspruch genommen werden, unterscheiden sich nicht mit jenen für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Eine solche Beschränkung im Leistungsbereich wäre unzulässig (SEM et al., 2018, S. 1).

Der Kanton Luzern schliesst für AS (Ausweis N), Menschen mit Schutzstatus S und Nothilfe kollektive Rahmenverträge bei einer Krankenversicherung ab. Dabei wird für jede zu versichernde Person eine Einzelpolice abgeschlossen. Anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B) und vorläufig aufgenommene Personen (Ausweis F) treten in der Regel in eine Einzelversicherung über, wobei sie grundsätzlich selbst entscheiden, bei welcher Krankenversicherung sie einen Vertrag abschliessen wollen. Solange AS und Personen mit Schutzstatus S weiterhin Asylsozialhilfe beziehen, verbleiben sie in der kollektiven Versicherung. Wenn Personen aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich wirtschaftlich selbstständig sind, liegt ein Abschluss einer eigenen Krankenversicherung in ihrer eigenen Verantwortung (Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern, 2022, S. 1-2). Im Vergleich gelten im Kanton Bern ähnliche Regelungen. Dieser versichert alle sozialhilfeunterstützten AS, vorläufig aufgenommene Ausländer*innen und Personen mit Schutzstatus S kollektiv. Ein Übertritt in eine Einzelversicherung erfolgt, sobald eine Person finanziell selbstständig ist oder wenn ein*e AS als Flüchtling anerkannt wird (Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen KKF, 2024, S. 3).

Im nächsten Abschnitt folgt eine Darstellung der Massnahmen in der Schweiz, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten sollen. Schlüsselstellen bei der Sicherstellung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung sind die Eintrittsinformationen und Terminvergaben für eine Erstkonsultation, das Angebot von Sprechstunden in den Zentren sowie die Zusammenarbeit mit den Grundversorger*innen, den Zentrumsärzt*innen (BAG & SEM, 2017, S. 16). Den Betreibenden der verschiedenen AU kommt eine wichtige Aufgabe zu. Sie haben eine Orientierungs- und Triagefunktion als Schnittstelle zwischen Nutzenden der Zentren und der medizinischen Grundversorgung, Spitälern und Fachspezialist*innen. Nach der Registrierung der Schutzsuchenden soll möglichst rasch die medizinische Eintrittsinformation erfolgen. Diese hat gewöhnlich innerhalb von 24 Stunden, spätestens aber innerhalb von drei Tagen stattzufinden. AS werden in der Schweiz durch eine Pflegefachperson bei der Eintrittsinformation unterstützt. Diese stehen für Rückfragen bereit und übermitteln den Inhalt der Informationsmaterialien für die Asylbewerbenden verständlich kurz und prägnant (BAG & SEM, 2017, S. 16-17). Im Anschluss an die medizinische Eintrittsinformation besteht für die schutzsuchenden Personen die Möglichkeit, eine freiwillige Erstkonsultation bei einer Pflegefachperson des Zentrums zur systematischen Erfassung und Dokumentation des Gesundheitszustandes und dem Impfstatus wahrzunehmen. Dazu verwenden die Zuständigen einen standardisierten elektronischen Fragebogen in verschiedensten Sprachen. Bei dringenden und akuten Gesundheitsproblemen oder bei Verdacht auf eine übertragbare Krankheit kann eine Zuweisung zu Partnerärzt*innen des Zentrums verlangt oder angeordnet werden. Die behandelnden Ärzt*innen haben die Möglichkeit, zur besseren Verständigung Dolmetschende beizuziehen, vorzugsweise den nationalen Telefondolmetschdienst (SEM et al., 2018, S. 1).

Die Organisation des Zugangs zur Gesundheitsversorgung ist in den EVZ und in den BAZ identisch. Hingegen kann sich der Weg zur Versorgung bei Übertritt in die Kantone unterscheiden. Gemäss BAG und SEM (2017) empfiehlt es sich, den Zugang, wie in den EVZ und BAZ, über gut qualifizierte Pflegefachpersonen in Zusammenarbeit mit den Partnerärzt*innen zu gewährleisten (o. S.). Der Interface Bericht, verfasst durch Müller et al. (2017), offenbart diesbezüglich in der Deutschschweiz Probleme. In der Regel erfolgt in diesem Teil der Schweiz der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch medizinisch nicht geschultes Personal (S. 55).

Ein weiterer landesteilspezifischer Unterschied in den Versorgungsstrukturen stellt die Versorgungskultur dar. Beispielsweise ist sich die Bevölkerung der Romandie gewohnt, dass der Staat eine stärkere Rolle in der Gesundheitsversorgung im Sinne von Public Health und Netzwerkarbeit einnimmt und spezifische migrationssensible Strukturen unterstützt. Die Deutschschweiz hingegen verfolgt eher dezentrale Versorgungsstrukturen mit Hausärzt*innen (Müller et al., 2017, S. 53). Kapitel 5.3 verdeutlicht, dass eine Umsetzung der Rahmenbedingungen nur mangelhaft stattfindet.

5.3 Barrieren bei der Versorgung

Im vorherigen Unterkapitel wurde erläutert, wie die Gesundheitsversorgung von AS in der Schweiz aufgegliedert ist. Die Untersuchung von Müller et al. (2017) zeigt jedoch, dass in diesem System Lücken bestehen und geflüchtete Menschen auf unterschiedliche individuelle und strukturelle Barrieren im Lebensbereich Gesundheit stossen. Vergleichbare Hürden finden sich in Deutschland. Daher folgt nun eine Analyse der Barrieren auf der Versorgungsebene in beiden Ländern.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) nennt konkret fehlende Sprachmittlung und bürokratische Hürden als Hindernisse im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Sprach- und Kommunikationsbarrieren, fehlende Kostenübernahme, Diskriminierung, eingeschränkte Versorgungskapazitäten, unzureichende Erreichbarkeiten der Gesundheitsdienstleister*innen oder Informations- und Wissensdefizite über Ansprüche im deutschen Gesundheitssystem beschränken eine adäquate gesundheitliche Versorgung für geflüchtete Menschen (BAfF-Zentren, o.J.).

5.3.1 Sprachbarrieren

Eine Studie von Nowak und Hornberg (2023) aus dem Gesundheitsblatt hebt hervor, dass Sprachbarrieren die Bedürfnisgerechtigkeit mindern und Orientierungslosigkeit, Grenzerfahrungen sowie Um- und Unterbrüche in der Versorgungskette bedingen (S. 1119). Grenzerfahrungen und Ablehnung setzen sich aus Diskrepanzen zwischen der empfundenen Behandlungsnotwendigkeit und langen Wartezeiten, fehlender Fürsorgeverantwortung der Versorgenden, Situationen von Macht- und Hilflosigkeit und Diskriminierungserfahrungen zusammen. Der daraus resultierende Vertrauensverlust in das Versorgungssystem führt zu Abbrüchen einer Behandlung oder einer Umlagerung zu einer anderen Stelle. Interviewte aus der Studie betonen ausserdem die Wichtigkeit der Beziehungs- und Empathiefähigkeit der Versorgenden (Nowak & Hornberg, 2023, S. 1122).

Ljiljana Joksimovic (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025) erzählte in einem Expertinneninterview, dass die angesprochenen Sprachbarrieren stark davon abhängen, wie lange eine Person bereits im Aufnahmeland ist. Wer seit fünf oder zehn Jahren in Deutschland lebt, hat meist deutlich bessere Sprachkenntnisse als frisch geflüchtete Menschen und daher bessere Chancen sich im Versorgungssystem zurechtzufinden. Demnach erscheint es in ihrer Meinung sinnvoll, differenzierte Anpassungen im Zugang für jene Personen zu entwickeln, die sich erst seit kurzer Zeit im Aufnahmeland befinden. Selbst unter idealen Bedingungen erfordert der Erwerb einer neuen Sprache einen längeren Zeitraum. Der Spracherwerb wird in Politik und Medien unter anderem pauschal als individueller Erfolgsfaktor oder Integrationsnachweis dargestellt. Die strukturellen Bedingungen sind dabei insgesamt zu wenig an die Bedürfnisse der Menschen mit Fluchtgeschichte angepasst und erschweren es so, die Landessprache zu erlernen (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai). Ausserdem schränkt die mangelnde Bereitschaft zum Einsatz von Sprach- und Integrationsmittler*innen im Umgang mit geflüchteten Menschen deren Zugang ins Versorgungssystem massiv ein. Die ungenügende Nutzung solcher Unterstützungsmechanismen ist auf Kostenfragen und fehlende Routinen in der Praxis zurückzuführen. Bei Fachpersonen bestehen beispielsweise Unsicherheiten, hinsichtlich der Genauigkeit der Übersetzung oder der Präsenz einer dritten Person im Gespräch. Eine grundsätzliche Ablehnung von Sprachmittlung und Übersetzungsleistungen birgt das Risiko, dass Betroffene gar keinen Zugang zu Versorgung erhalten. Umso wichtiger ist es, dass Fachpersonen sich für qualifizierte Sprachmittlung öffnen und vorhandene Schulungskonzepte nutzen (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Kiselev et al. (2020) untersuchten sprachliche, strukturelle und sozio-kulturelle Barrieren, auf die syrische AS und anerkannte Flüchtlinge im Bereich psychische Gesundheit stossen. Die Barrieren bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung wurden aus Sicht der Betroffenen selbst, von Fachpersonen und anderen relevanten Stellen wie behördliche Institutionen untersucht (S. 2).

Unter anderem beziehen sich die strukturellen Barrieren auf das Gesundheitssystem mit zum Teil sehr langen Wartezeiten von bis zu 18 Monaten für einen Therapieplatz. Aufgrund des föderalistischen Aufbaus der Schweiz, unterscheiden sich die Kostendeckungen für Dolmetscher*innendienste kantonale. In der Deutschschweiz existieren keine einheitlichen Leitlinien für die Finanzierung der Übersetzungsdienste. Dies wird einerseits von den betroffenen AS und andererseits von den Fachpersonen der psychosozialen Versorgungsstellen als Barriere erlebt und mindert die Qualität sowie die Wirksamkeit der Therapie (Kiselev et al., 2020, S. 4-5). Der Zugang zum Gesundheitssystem ist bei psychischen Beschwerden zusätzlich erschwert. Während körperliche Beschwerden nonverbal gezeigt werden können, erfordert die Beschreibung psychischer Belastungen eine differenzierte Sprache.

5.3.2 Orientierung im Gesundheitssystem

Die syrischen geflüchteten Personen aus der Studie haben ausserdem Schwierigkeiten das komplexe schweizerische Gesundheitssystem zu verstehen. Bürokratie, Überweisungswege und Kostenübernahmen durch Versicherungssysteme stehen im Zusammenhang mit einem mangelnden Verständnis des Systems (Kiselev et al., 2020, S. 5).

Auch Ljiljana Joksimovic (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025) erwähnte im Interview, dass die fehlende Orientierung im Gesundheitssystem des Aufnahmelandes eine Barriere darstellt. Die grossen globalen Differenzen in den Gesundheitssystemen verlangen umso mehr eine adäquate Information über bestehende Versorgungsangebote. Stattdessen liegt der Fokus im Moment oft auf Verhaltensregeln und Verbote, die geflüchtete Menschen einzuhalten haben. Die dadurch entstandenen Informationslücken können strukturell oder unbewusst bedingt sein, etwa durch Kostenbedenken oder mangelnde Sensibilität für die Bedeutung frühzeitiger Unterstützung. «So verlieren die Menschen viel Zeit im System» (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai). Die fehlende Aufklärung führt dazu, dass belastete Personen erst mit erheblicher Verzögerung Hilfe in Anspruch nehmen. Dadurch können sich Krankheitsverläufe chronifizieren und soziale Isolation verstärken (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

5.3.3 Sozio-kulturelle Barrieren

Unterschiedliche Einstellungen, Werte und Wissen über psychische Erkrankungen der geflüchteten Menschen sind Einflussfaktoren in Bezug auf sozio-kulturelle Barrieren. Syrische geflüchtete Personen aus der Studie von Kiselev et al. (2020) vermeiden es zum Teil, Hilfe zu suchen, da psychische Erkrankungen in ihrer Kultur schambehaftet sind. Sie haben Angst vor Stigmatisierung. Einige glauben nicht, dass es sich um echte Krankheiten handelt. Andere wiederum sehen das psychische Leid als Prüfung Gottes und verorten die Herausforderung in einer religiösen Angelegenheit (S. 6-7).

Ljiljana Joksimovic (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025) benennt Scham als eine zentrale Barriere im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Personen mit Fluchtgeschichte schämen sich häufig, die Sprache des Aufnahmelandes nicht ausreichend zu beherrschen. Scham bleibt oft unausgesprochen, kann jedoch das Gefühl von Unzulänglichkeiten und Angst vor Stigmatisierung verstärken. Die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer erkrankter Menschen führt dazu, dass psychisches Leid häufig weniger offen thematisiert und psychotherapeutische Behandlungen weniger oft in Anspruch genommen werden als bei körperlichen Beschwerden. Geflüchtete Menschen suchen daher eher medizinische Hilfe bei sichtbaren Symptomen wie Schmerzen oder Verletzungen, während psychische Belastungen oft verborgen bleiben.

Geflüchteten Menschen fehlt häufig die Erfahrung mit psychotherapeutischen Angeboten, was zu Unsicherheiten im Verständnis und in der Akzeptanz entsprechender Behandlungsformen führt. Das Konzept von Privatpraxen ist vielen Menschen mit Fluchtgeschichte unbekannt oder wird mit hohen Kosten assoziiert. Aus Angst vor Abweisung meiden geflüchtete Menschen hausärztliche Praxen. Stattdessen suchen viele Betroffene bei nicht akuten Beschwerden Notfallstationen auf, da sie diese als zugänglicher wahrnehmen. Diese Form der Inanspruchnahme erschwert jedoch eine kontinuierliche medizinische Betreuung mit guter Versorgungsqualität, da oft keine medizinische Fachperson aus Hausarzt*innenpraxen in die Krankengeschichte und den Versorgungspfad eingebunden ist. So kommt es aufgrund mangelnder Absprache regelmässig zu paralleler Inanspruchnahme verschiedener und zum Teil nicht passender Angebote (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Fehlende interkulturelle Kompetenz auf Seiten der Leistungserbringenden bringen wiederum interpersonelle Barrieren, wie Vertrauensprobleme, Diskrepanzen von Erwartungsvorstellungen und Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zwischen Therapeut*in und zu behandelnden Personen zum Vorschein. Die Forderung nach transkulturellen Kompetenzen steht sogar im Raum. Ohne diese drohen wichtige Informationen nicht zu den Patient*innen durchzudringen (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

5.3.4 Verfahren und Asylstatus

Verlegungen in andere Unterkünfte und regelmässige Wechsel der Betreuungspersonen erschweren den Vertrauensaufbau (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai). In der Schweiz finden längerfristige Behandlungen durch Partnerarzt*innen im BAZ nicht statt, da eine Verschiebung in den ersten 140 Tagen nach Ankunft vorgesehen ist (SEM, 2025, S. 39–40).

Oftmals beschränken sich die Hilfsangebote ausschliesslich auf die Krisenintervention. Andauernde, begleitende Angebote sind schlicht zu wenige vorhanden und aus asylpolitischen Interessen gar nicht erst vorgesehen, bis eine positive Entscheidung über das Asylverfahren vorliegt. Somit kommt es zur strukturellen sozialen Benachteiligung von ohnehin bereits vulnerablen Personengruppen (Müller et al., 2017, S. 55). Ein offener oder negativer Asylstatus schränkt geflüchtete Menschen im Zugang zum Versorgungssystem ein. Auch in Deutschland beschränkt sich die reguläre Versorgung bei Menschen mit Fluchtgeschichte in Abklärung auf akute Erkrankungen, Schmerzen oder lebensbedrohliche Zustände. Formale und bürokratische Hürden in Bezug auf die Krankenversicherung erschweren den Zugang zusätzlich. Besonders problematisch ist dies für psychisch belastete Personen, da psychosoziale und therapeutische Angebote kaum zugänglich sind (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai). Folgendes Unterkapitel verbindet den Begriff SU mit der psychischen Gesundheit.

5.4 Soziale Ungleichheit als Risikofaktor für die psychische Gesundheit

Die im vorherigen Abschnitt aufgezeigten Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen verweisen auf tiefgreifendere gesellschaftliche Strukturmuster, welche durch die Schweizer Asyl- und Gesundheitspolitik beeinflusst werden. Diese Muster lassen sich als Form von SU beschreiben, die auf die psychische Gesundheit Einfluss nehmen. In diesem Kapitel wird der Begriff *SU* eingeführt und dessen Bedeutung als Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen erläutert (Hoell & Salize, 2019, S. 1187; Kolland & Rohner, 2024, S. 985–986).

SU zeigt sich in unterschiedlichen Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. Die ungleiche Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen wie Einkommen, Vermögen, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziales Kapital verursacht SU (Hoell & Salize, 2019, S. 1188). Die meisten materiellen und immateriellen Ressourcen stehen in enger Beziehung zueinander. So haben Menschen mit höherem Einkommen, Macht und Bildung ein grösseres Wissen über Erkrankungen und nehmen Angebote häufiger wahr. Ausserdem ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen signifikant einfacher (Hoell & Salize, 2019, S. 1194). Ein Fluchtstatus stellt nach Hoell und Salize (2019) ein horizontales Gruppenmerkmal dar, welches als Indikator zur Operationalisierung SU herangezogen werden kann (S. 1188). Borde und Blümel (2020) ergänzen, dass statistische Daten trotz grosser Heterogenität der Gruppe im Schnitt ein niedrigeres Bildungs- und Einkommensniveau bei der geflüchteten Bevölkerung aufzeigen als bei der einheimischen deutschen Bevölkerung. Menschen mit Fluchtgeschichte weisen also häufig einen niedrigeren sozioökonomischen Status auf. Eingeschränkter Zugang zur Bildung, instabile Beschäftigungsverhältnisse oder prekäre Wohnverhältnisse wirken als sozioökonomische Faktoren nachweislich negativ auf den Gesundheitszustand (o. S.). Nachfolgend bettet ein Modell zur SU den Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit ein.

Das in Abbildung 3 und in Anlehnung an Greyer (2018) dargestellte Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit veranschaulicht die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, SU und gesundheitlichen Folgen. Angepasst wurde die Abbildung durch Hoell und Salize (2019). Das Modell setzt bei gesellschaftlichen und geografischen Verhältnissen und Bedingungen, wie etwa politische und soziale Rahmenbedingungen, ökonomische Krisen, dem Bildungssystem oder migrations- und gesundheitspolitischen Entscheidungen an (Hoell & Salize, 2019, S. 1191).

Es handelt sich um den strukturellen Kontext, in welchem SU entsteht und sich reproduziert. Genetische sowie epigenetische Faktoren und individuelle Merkmale, wie Alter, Geschlecht und Persönlichkeitsmerkmale beeinflussen die gesundheitliche Entwicklung einer Person. Aus den in Wechselwirkung stehenden Faktoren entsteht die SU, welche sich in systematischen Unterschieden im Bildungsstand, Einkommen oder sozialen Kapital zeigen kann (Hoell & Salize, 2019, S. 1191).

SU wirkt sich direkt auf die gesundheitliche Belastung sowie auf die Verfügbarkeit gesundheitsbezogener Ressourcen aus. Zudem beeinflusst sie die Qualität und Zugänglichkeit gesundheitlicher Versorgung. Individuelle Bewältigungsstrategien und Verhaltensmuster, wie Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress, stehen ebenfalls im Zusammenhang mit SU und spielen bei der Entstehung von Krankheiten jeglicher Art eine Rolle. SU sowie Unterschiede in den gesundheitlichen Ressourcen, dem Zugang zur Versorgung und im Gesundheits- Krankheitsverhalten können zu stressbedingten Erkrankungen, psychiatrischen Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten oder einem früheren Krankheitsbeginn und übergeordnet zur gesundheitlichen Ungleichheit führen (Hoell & Salize, 2019, S. 1191-1193). Diese manifestiert sich in systematischen Unterschieden im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen, die auf soziale Benachteiligung im Vergleich zu privilegierten Gruppen zurückzuführen sind (Hoell & Salize, 2019, S. 1189). Die gesundheitliche Ungleichheit kann wiederum die SU verstärken oder zu gesellschaftspolitischen Veränderungen und Vorstößen führen, wie durch die gestrichelte Linie im Modell zu erkennen ist (Hoell & Salize, 2019, S. 1191).

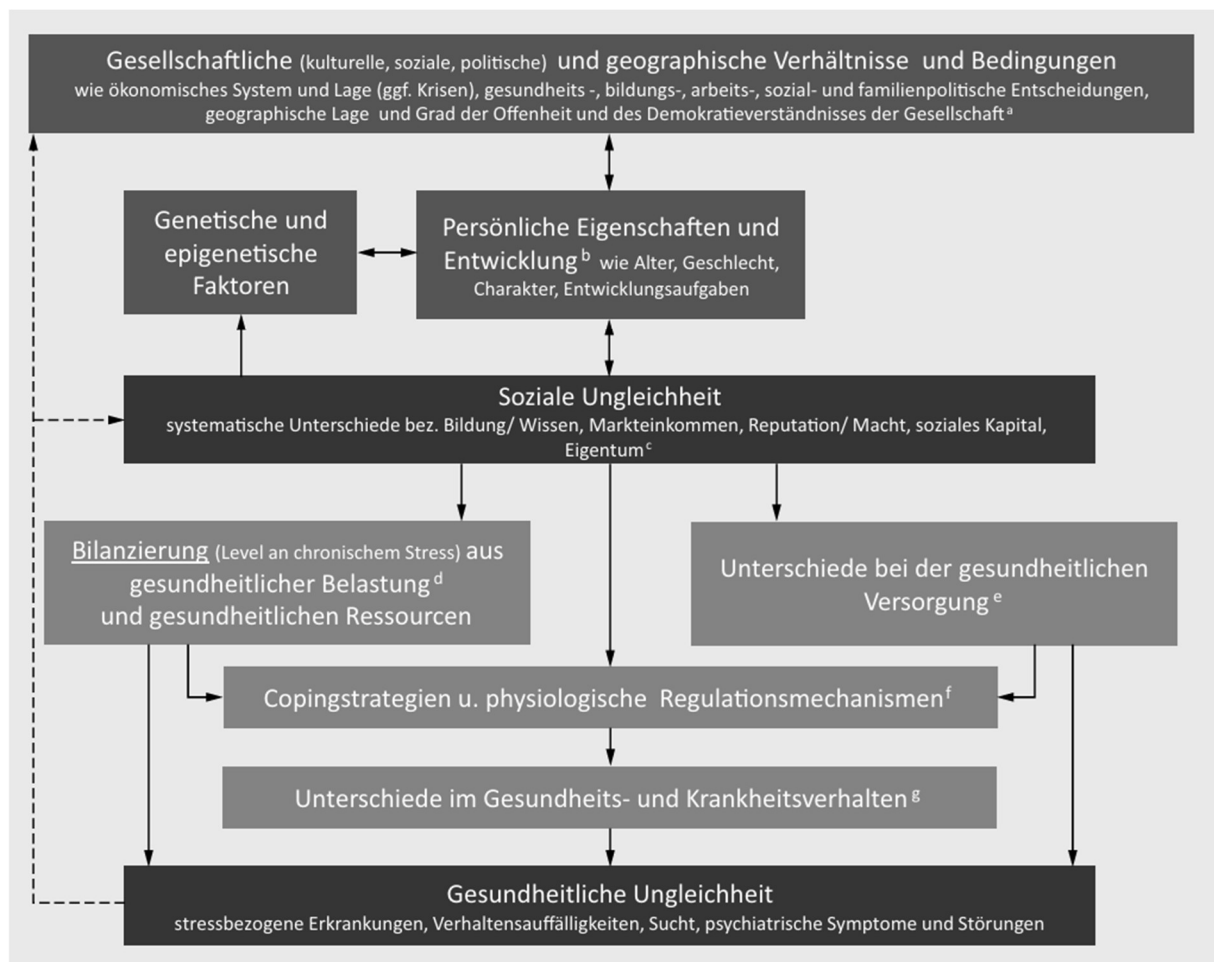


Abbildung 3: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit (in Anlehnung an Greyer, 2018; zit. in Hoell & Salize, 2019, S. 1192)

Gemäss Köchling-Farahwaran (2021) soll SA zur Verringerung SU beitragen und sich im Rahmen von gesundheitsbezogener SA engagieren. Einige Aufgabenbereiche der SA umfassen den Abbau von Zugangsbarrieren, Erwerb von Wissen um Kultur und Gesundheit, interpretieren von Verhaltensmustern und adäquate Information im Fluchtkontext (S. 60-62). Im nächsten Unterkapitel folgen nähere Ausführungen zu berufsethischen Perspektiven der SA im Fluchtkontext in Verbindung mit Gesundheit.

5.5 Berufsethik der Sozialen Arbeit

In mehreren vergangenen Kapiteln wird erkennbar, dass geflüchtete Menschen oft sozialen und strukturellen Nachteilen ausgesetzt sind und rassistische Diskriminierung erfahren. SA muss in dieser Angelegenheit in ihrem Anspruch als Menschenrechtsprofession Position beziehen und einen professionellen Umgang mit diesen Herausforderungen entwickeln. SA findet in der Migrationsgesellschaft statt, welche durch machtförmige Differenzverhältnisse strukturiert ist. Das Wirken gegen SU, Klassen- und Machtverhältnisse und Diskriminierungsformen gehört zum Kern der Profession (Berner et al., 2021, S. 11).

Wie Gründer (2018) jedoch betont, befindet sich SA immer innerhalb einer unterschwellig konflikthaften Werteorientierung eines Wohlfahrtsstaates mit staatlichen Verpflichtungen. Sie ist also dazu verpflichtet, Menschen in Not zu helfen und diese in der Integration an gesellschaftliche Normen und Strukturen zu unterstützen. Dies, obwohl genau diese Strukturen Hauptverursacher von SU und Ausschlussprozessen sind. Es kommt daher zu einem Widerspruch zwischen dem staatlichen Auftrag und den berufsethischen Verpflichtungen (S. 256-257).

Sonnenberg (2023) weist darauf hin, dass die Menschenrechtsperspektive im Sinne der Berufsethik überwiegen muss. Sie schliesst soziale und kulturelle Rechte mit ein. SA setzt sich daher für marginalisierte und stigmatisierte Personen oder Gruppen ein und tritt unter anderem in der Rolle kultureller Vermittler*innen auf. Dabei ist ein hohes respektvolles und reflektiertes kritisches Bewusstsein im Einklang mit sozialer Gerechtigkeit und der Menschenwürde gefordert (S. 65-68). Fachpersonen der SA setzen sich also kritisch mit ihrer eigenen Rolle und Haltung auseinander und sind sich deren Machtposition und möglichen Vorurteilen bewusst. Ausserdem hinterfragen sie gesellschaftliche und politische Strukturen, die zu Ein- und Ausschlusstendenzen oder Benachteiligung von geflüchteten Menschen führen (Wanner, 2018, S. 631). Gemäss Berner et al. (2021) sollten die Professionellen der SA das innovative Potential, das Flucht und Migration in einer sich globalisierenden Welt mit sich bringt, fördern. Zeitgleich darf sich die SA jedoch keinesfalls an der Reproduktion defizitärer Zuschreibungen, Herstellungsprozessen von Ungleichheit und an Marginalisierung und Ausgrenzung von bestimmten Personen beteiligen (S. 11).

Das Dilemma dabei ist jedoch, dass SA mit der Verbindung zum ersten Mandat selbst Teil der ungleichheitsproduzierenden Verhältnisse ist. Dies bedeutet, dass nicht nur Unterstützung individueller Lebensbewältigung, sondern auch ein Wirken auf struktureller Ebene, etwa durch Stellungnahmen, institutionelle Kritik oder professionsethisches Engagement zum Auftrag SA wird (Gründer, 2018, S. 255–257).

Der Berufskodex der SA richtet sich an die Professionellen der SA und ihre Berufsorganisationen, Institutionen sowie Aus- und Weiterbildungsstätten. Er ist zudem für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren Berufsbranchen relevant. Darin finden sich ethische Richtlinien für das moralische berufliche Handeln in der SA. Wie aus dem Berufskodex zu entnehmen ist, haben alle Menschen Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse und Integration in ein soziales Umfeld. SA setzt sich für gerechte Kooperation und gerechte Sozialstrukturen ein, welche ein erfülltes Menschsein ermöglichen sollen. Sie ist ein gesellschaftlicher Beitrag für diejenigen Gruppen, die vorübergehend oder dauerhaft in der Lebensverwirklichung illegitim eingeschränkt werden (AvenirSocial, 2010, S. 5–7).

Eine solche Einschränkung umfasst beispielsweise Barrieren im Zugang zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen wie die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen (AvenirSocial, 2010, S. 5–7). Ein weiteres Ziel SA ist, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Sie respektiert die Grundwerte der Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit eines jeden Individuums (AvenirSocial, 2010, S. 9). Mit dem Grundsatz der Integration schlägt die SA eine Richtung ein, welche die integrative Berücksichtigung und Achtung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen zum Ziel hat (AvenirSocial, 2010, S. 10).

Ein bedeutsamer Zweig der SA lässt sich in der gesundheitsbezogenen SA identifizieren. Sie beschäftigt sich mit der Gesundheit der Adressat*innen unter Berücksichtigung einer bio-psycho-sozialen Gesamtperspektive (Dettmers, 2021, S. 19). Im nächsten Kapitel sollen abgeleitet aus den Aufgaben der SA Praxisansätze zur Begleitung von psychosozial beanspruchten geflüchteten Menschen vorgestellt werden. Unter anderem wird die gesundheitsbezogene SA als interessanter Handlungsbereich im Zusammenhang mit Flucht Thema sein.

5.6 Zwischenfazit

Trotz des universell verankerten Menschenrechts auf Gesundheit zeigt die Auseinandersetzung mit der Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen erhebliche Defizite im Zugang, in der Qualität und in der Vielfalt der Angebote. Es bestehen zahlreiche strukturelle, institutionelle und individuelle Barrieren, die eine adäquate psychosoziale Versorgung beeinträchtigen. Psychosoziale Interventionen beschränken sich im Moment vorwiegend auf Kriseninterventionen und riskieren damit eine Chronifizierung der Erkrankungen. Die missliche Lage entspringt aus einer restriktiven Asylpolitik, welche die strukturellen Ungleichheiten mitverursacht. Daher ergibt sich hier ein Aufgabenfeld der SA, um solche Ungleichheiten sichtbar zu machen.

6 Praxisansätze zur psychosozialen Unterstützung im Kontext von Migration, Flucht und Sozialer Arbeit

Zuvor wurden in dieser Arbeit strukturelle und psychosoziale Belastungen beschrieben. In diesem Kapitel folgen konkrete Praxisansätze, die sich aus der Fachliteratur angelehnt an die Prinzipien der SA ableiten lassen. Ziel ist es, auf theoretischer Grundlage Handlungsmöglichkeiten der SA aufzuzeigen, die zur Stärkung des psychosozialen Wohlbefindens beitragen. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Ansätze nicht als therapeutische Intervention, sondern als sozialarbeiterischer Beitrag zur Förderung von Lebensqualität im Kontext von SU zu verstehen sind. Beginnend mit gesundheitsbezogener SA und deren Handlungsbereichen werden anschliessend Ansätze transkultureller Kompetenz und kultursensibler Kommunikation, kritischer SA, traumasensibler SA sowie psychosozialer Begleitung vorgestellt. Als Abschluss folgen zwei Therapieansätze, die wichtig aber nicht Aufgabe von Fachpersonen der SA sind.

6.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Gesundheitsbezogene SA richtet sich an Menschen und ihre soziale sowie natürliche Umwelt. Ihr Ziel ist es, Menschen zu unterstützen, die aufgrund einer tatsächlichen oder potenziellen gesundheitlichen Einschränkung in ihrer autonomen Alltagsgestaltung benachteiligt sind und allgemein reduzierte Chancen auf soziale Teilhabe haben (Dettmers, 2021, S. 19). Mit für die SA typischen Basiskonzepten wie Ressourcenförderung, Empowerment, Partizipation, Vernetzung und Kooperation soll Gesundheit im Alltag hergestellt beziehungsweise aufrechterhalten und eine gesundheitsbezogene Agency gefördert werden. Agency beschreibt die reale Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit in situativen Kontexten trotz widriger Umstände. Gesundheitsbezogene SA hat die Verbesserung von Gesundheitschancen und die Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zum Ziel. Ausserdem betrachtet sie die Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Benachteiligung durch eine lebensweltorientierte Gesundheitsförderung als Kernaufgabe (Rademaker, 2023, S. 342).

Wie in Abbildung 3 ersichtlich, ergeben sich drei Handlungsbereiche, welche SA und Gesundheit verknüpfen. Die drei Bereiche gesundheitsbezogene SA im Sozialwesen, SA im Gesundheitswesen und Klinische SA fliessen in der Praxis oft zusammen und ergänzen sich gegenseitig (Rademaker, 2022, S. 343).

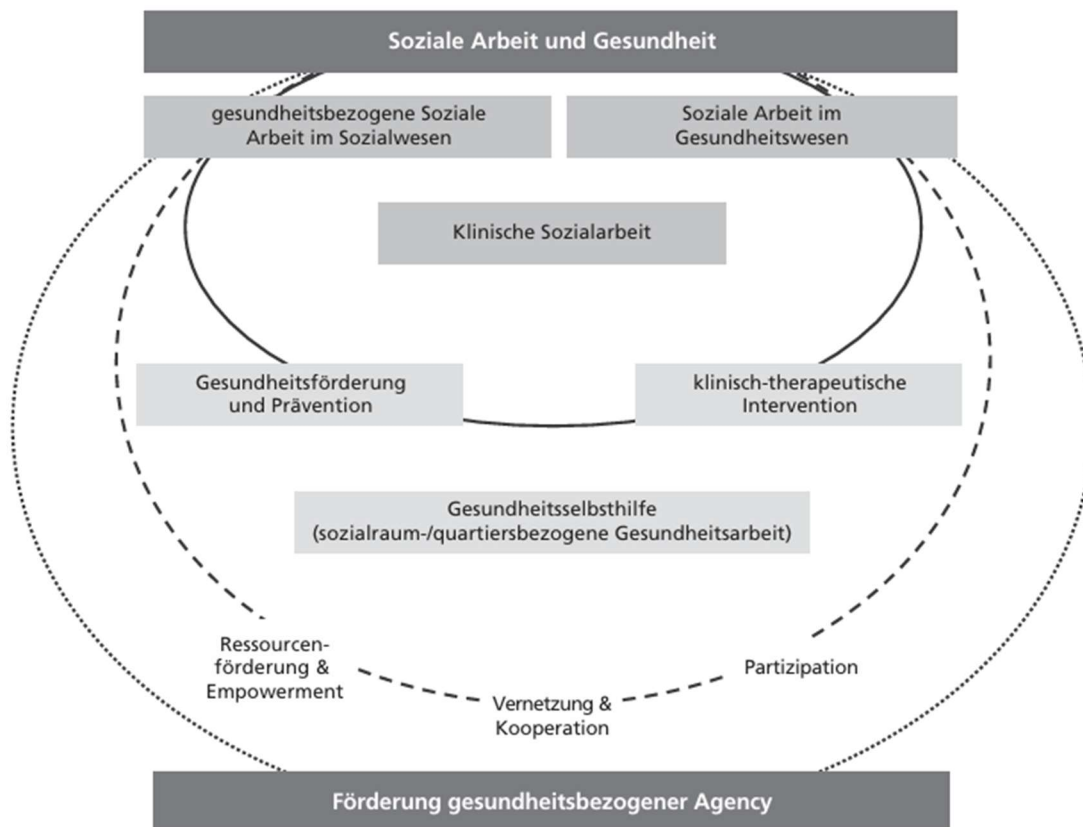


Abbildung 4: Systematisierung der Handlungsbereiche, -felder und Basiskonzepte Sozialer Arbeit im Kontext Gesundheit (Rademaker, 2022, S. 343)

6.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Der Handlungsbereich Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich nach Tallarek et al. (2021) mit Fluchtphänomenen verknüpfen. Der Fokus liegt auf migrationsspezifischen sowie migrations- und diversitätssensiblen Ansätzen als zwei grundlegende Strategien, um Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen anzusprechen (S. 207). Der migrationsspezifische Ansatz stellt spezielle Angebote für die Zielgruppe bereit, geht jedoch von einem pauschalen Verständnis von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung aus. Somit wird er der Heterogenität der Gruppe nicht gerecht. Ein Beispiel für diesen Ansatz wäre ein allgemein zusammengestellter gesundheitsbezogener Workshop in Erstaufnahmeeinrichtungen für alle eingereisten Menschen. Einzelne Gruppierungen wie geflüchtete Menschen können sich jedoch in Situationen befinden, in denen spezifischere Fürsorge gefragt und sinnvoll ist (Tallarek et al., 2021, S. 208-209).

Der migrationssensible Ansatz hingegen strebt die Gestaltung von Angeboten an, welche der Vielfalt der Gesamtbevölkerung gerecht wird. Die Angebote öffnen sich also den unterschiedlichen Bedürfnissen, Wertesystemen und Lebensweisen der heterogenen Gesellschaft samt den Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrungen. Diversitätssensible Ansätze verfügen über den zentralen Vorteil, dass sie die unterschiedlichsten Bedürfnisse innerhalb der Gesamtbevölkerung beachten. Dies hat zusätzlich eine integrierende Wirkung (Tallarek, 2021, S. 208). Hövener und Fiack (2023) führen weiter aus, dass der Blick auf individuelle und strukturelle Barrieren in der migrationssensiblen Arbeit essentiell ist (S. 1070).

6.1.2 Gesundheitsselbsthilfe

Der Handlungsbereich Gesundheitsselbsthilfe knüpft nahe am Basiskonzept Partizipation an. Das Konzept ermöglicht es den Betroffenen, Lösungsprozesse aus ihrem Alltag heraus mitzugestalten. Ausserdem nimmt Gesundheitsselbsthilfe positiven Einfluss auf das Wohlbefinden, indem es Selbstwirksamkeit ermöglicht und fördert (Rademaker, 2022, S. 348). Selbsthilfeszusammenschlüsse im Bereich Gesundheit machen die Bearbeitung von gemeinsamen, speziellen gesundheitlichen oder sozialen Anliegen zum Thema, wobei keine oder nur eine geringe Mitwirkung professioneller Helfer*innen stattfindet. Hier dient Empowerment als eines der Leitprinzipien zur Bearbeitung von psychosozialen Lebenskrisen oder sozialgesellschaftlichen Herausforderungen (Röh & Schreieder, 2022, S. 134-135; Trabert & Waller, 2013, S. 133). In diesem Ansatz stehen regelmässig wiederkehrende Gespräche in Gruppen zur Thematisierung seelischer und psychosozialer Probleme im Fokus, welche durch die Kraft des Austauschs gesundheitsfördernd wirken sollen. Sozialarbeitende übernehmen dabei eine vermittelnde, moderierende oder organisierende Rolle (Röh & Schreieder, 2022, S. 135).

Die sozialraum- und netzwerkorientierte SA liegt einem humanistischen Menschenbild zugrunde. Sie orientiert sich also am Wert des Individuums und geht davon aus, dass der Mensch im Grunde gut ist. Ausserdem betrachtet dieser Zweig der SA nicht nur die individuelle Person, sondern auch die Beziehungen zu anderen Menschen und ihre soziale und geografische Verortung. Ein weiteres Merkmal ist der Fokus auf die Selbsthilfekräfte in Hilfeprozessen durch die Betonung von Ressourcen und Stärken der Menschen und ihrem Umfeld (Gogercin, 2022, S. 91-92). Angelehnt an die geografische Verortung baut Deutschland beispielsweise Gesundheitskioske an Orten, an welchen die Menschen wohnen, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen. Damit sollen Zugänge zur gesundheitlichen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung erleichtert und gesundheitliche sowie SU reduziert werden (Köckler, 2023, S. 35).

Aufgaben für Mitarbeitende eines Gesundheitskiosks sind das Spinnen eines Netzwerks im Bereich Gesundheit und mit anderen Personen im Sozialraum, mit kommunalen Ämtern, Wohlfahrtsverbänden, Vereinen, Jobcentern oder Selbstorganisationsverbänden im Migrations- und Fluchtcontext (Köckler, 2023, S. 38). Für die Niederschwelligkeit ist eine gute Verkehrsanbindung an den öffentlichen Nahverkehr oder eine gute Erreichbarkeit zu Fuss unverzichtbar. Gesundheitskioske können im Rahmen einer engmaschigen Vernetzung an eine bestehende Gesundheitseinrichtung angegliedert sein (Köckler, 2023, S. 39).

Nach Hildebrandt und Stührenberg (2023) liegt das Besondere eines Gesundheitskiosks in der Interdisziplinarität der beteiligten Akteur*innen und der Berücksichtigung einer Vielzahl an Einflussfaktoren (S. 41). Das Leistungsangebot eines Kiosks orientiert sich an der jeweiligen Bevölkerungsstruktur im betroffenen Quartier. Um die Niederschwelligkeit zu gewährleisten, ist das Angebot in möglichst vielen Sprachen zu vermitteln. Beispielsweise können Sozialarbeitende in Zusammenarbeit mit geschulten Peers Ärzt*innenbesuche der Adressat*innen vor- und nachbearbeiten, das Selbstmanagement der Klient*innen erhöhen oder diese an spezielle Gesundheitskurse und -programme weiterleiten. Die Verbesserung der Versorgungsqualität entlang des Behandlungspfades führt zur Überwindung von Sprachbarrieren und Entlastung von ambulanten Strukturen im Krankenhaus (Hildebrandt & Stührenberg, 2023, S. 43-44).

6.1.3 Klinische Sozialarbeit

In der klinischen Sozialarbeit rücken soziale und psychosoziale Faktoren bei den Hilfeprozessen, der Beratung und der sozialtherapeutischen Behandlung betroffener Menschen in den Fokus. Sozialarbeitende aus diesem Handlungsbereich fühlen sich speziell verpflichtet, Menschen in hochkomplexen biopsychosozialen Belastungssituationen zu unterstützen. Sie richten sich besonders an jene Personen, die ansonsten kaum oder nicht angemessen von der Gesundheitsversorgung und psychosozialen Angeboten profitieren können oder nicht erreicht werden (Kröger et al., 2023, S. 359).

Typisch ist die Bearbeitung von Problemlagen auf Grundlage einer *Person-in-Environment*-Perspektive. Ziel ist es, entwicklungs- und gesundheitsförderliche Impulse zur Veränderung für Personen im Zusammenhang mit ihren Umwelt- und Lebensbedingungen zu vermitteln. Klinische Sozialarbeit berücksichtigt ausserdem sozialstrukturelle Verhältnisse wie Zugangsbarrieren im Versorgungssystem (Kröger et al., 2023, S. 359). Der Handlungsbereich versteht Gesundheits- und Krankheitsprozesse psychosozial, soziokulturell, strukturell sowie biografisch bedingt (Kröger et al., 2023, S. 260).

Ein charakteristisches Verfahren klinischer Sozialarbeit stellt die psychosoziale Diagnostik dar, welche als Ausgangspunkt für die weiterführende Planung von personenbezogenen, umfeldbezogenen und beziehungsbezogenen Interventionen dient. Der Diagnoseprozess erfolgt stets unter Beachtung der bereits genannten sozialarbeiterischen Leitprinzipien (Kröger et al., 2023, S. 363).

Um Soziale Diagnostik vorzunehmen, können sich die Fachpersonen einer breiten Palette von Instrumenten bedienen. Beispielsweise entwickelte die BAfF die flüchtlingsspezifische Inklusionschart *IC_flü* (Soyer, 2019, S. 252). Der praxisorientierte Ansatz wurde dem rechtlichen und sozialen Lebenskontext geflüchteter Menschen angepasst, um bei der ersten Achse den Grad der Inklusion in gesellschaftliche Funktionssysteme wie Arbeit, Bildung oder Gesundheitswesen zu messen. Ausserdem ist bei der zweiten Achse das Niveau der Existenzsicherung in den Bereichen Wohnen, Sicherheit, Versorgung und sozialer Unterstützung zu bestimmen. Die Abbildung der individuellen Funktionsfähigkeit, Kompetenzen und Gesundheit rundet als dritte Achse die ganzheitliche Einschätzung ab und ermöglicht es Anknüpfungspunkte für die soziale Beratung zu erfassen (Soyer, 2019, S. 252; Baron et al., 2015, S. 137-140). Das Instrument hat den Charakter einer bedarfsorientierten Diagnostik und deckt Exklusionstendenzen sowie entsprechende Veränderungswünsche und erforderliche Interventionen auf (Baron et al., 2015, S. 143).

6.2 Transkulturelle Kompetenz und kultursensible Kommunikation

Wie unter anderem das Kapitel 4.2.4 schildert, fehlt es in der medizinischen und psychosozialen Versorgung an transkulturellen Kompetenzen wie kritischer Selbstreflexion der Betreuenden, Kommunikationsfähigkeiten und kulturellem Verständnis. Der nachfolgende Abschnitt präsentiert mögliche Wege, bestimmte Barrieren aufzulösen.

6.2.1 Transkulturelle Kompetenz

Ein aufnehmendes Land sollte eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Aufnahme und Integration geflüchteter Menschen übernehmen. Insbesondere im Gesundheitswesen ist es wichtig, Fachpersonen wie Ärzt*innen und Psycholog*innen durch gezielte Fortbildungen und Sensibilisierung auf die spezifischen Lebenslagen und Erfahrungen von geflüchteten Menschen vorzubereiten. Eine professionelle und diskriminierungskritische Haltung ist daher unerlässlich, um Versorgungsungleichheiten zu vermeiden (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Es sollten nicht nur die Andersartigkeit, die Unterschiede und die spektakulären Erlebnisse im Fokus stehen, sondern vor allem das Potenzial für Gemeinsamkeiten. Gerade in der Beratung oder Therapie ist eine Verbindung zwischen Fachperson und Klient*in essenziell, um Vertrauen aufzubauen und Empfehlungen wirksam zu vermitteln. Kulturelle Identität ist dabei kein statisches Konstrukt, sondern ein dynamischer Prozess, der sich je nach Situation verändert. Eine kultursensible Haltung bedeutet, mit dieser Dynamik bewusst und respektvoll umzugehen (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Ljiljana Joksimovic (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025) spricht sich dafür aus, die gesundheitliche Versorgung von geflüchteten Personen zu entdramatisieren. Es sei sinnvoll, vorhandene Konzepte mit fachlicher Offenheit anzuwenden und gegebenenfalls um migrations- und fluchtspezifische Perspektiven zu erweitern, ohne diese als grundlegend anders oder unzugänglich zu kategorisieren. Schwierigkeiten in der Anwendung dieser Konzepte sollten Anlass zur selbstkritischen Auseinandersetzung mit eigenen Unsicherheiten, Irritationen oder kulturellen Fremdzuschreibungen geben. Transkulturelle Kompetenz kann dabei unterstützen, eine reflektierte Haltung zu entwickeln.

Kizilhan und Klett (2021) erwähnen ebenfalls, dass es nicht notwendig ist, neue Ansätze und Methoden speziell für geflüchtete Menschen zu entwickeln (S. 29). Sie postulieren viel mehr eine kultursensitive Anwendung bestehender Methoden. Kultursensitivität meint hier ein Zustand der erhöhten Reflexionsbereitschaft und eine kritische Haltung gegenüber den eigenen professionellen Handlungen. Ausserdem fordert sie Offenheit gegenüber den Anliegen von Klient*innen und die Bereitschaft, Stereotype und Vorurteile zu überdenken. Kizilhan und Klett (2021) legten in Anlehnung an Sue (2019) das Säulenmodell transkultureller Kompetenz fest, welches wie folgt aufgebaut ist (S. 29-30):

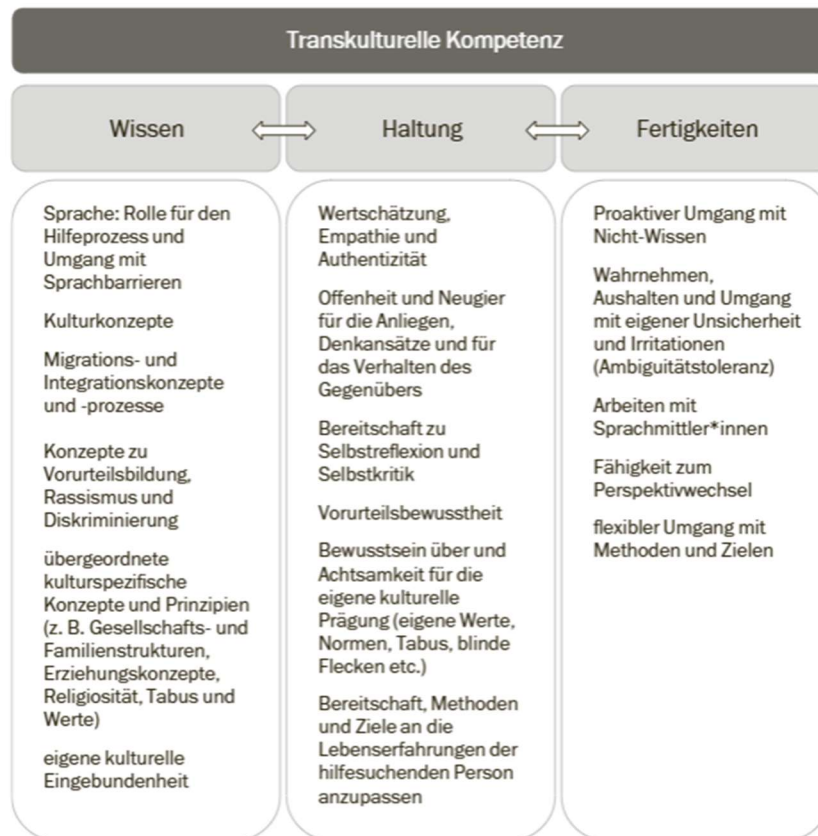


Abbildung 5: Säulenmodell transkultureller Kompetenz (in Anlehnung an Sue, 2019, S. 39; zit. in Kizilhan & Klett, 2021, S. 30)

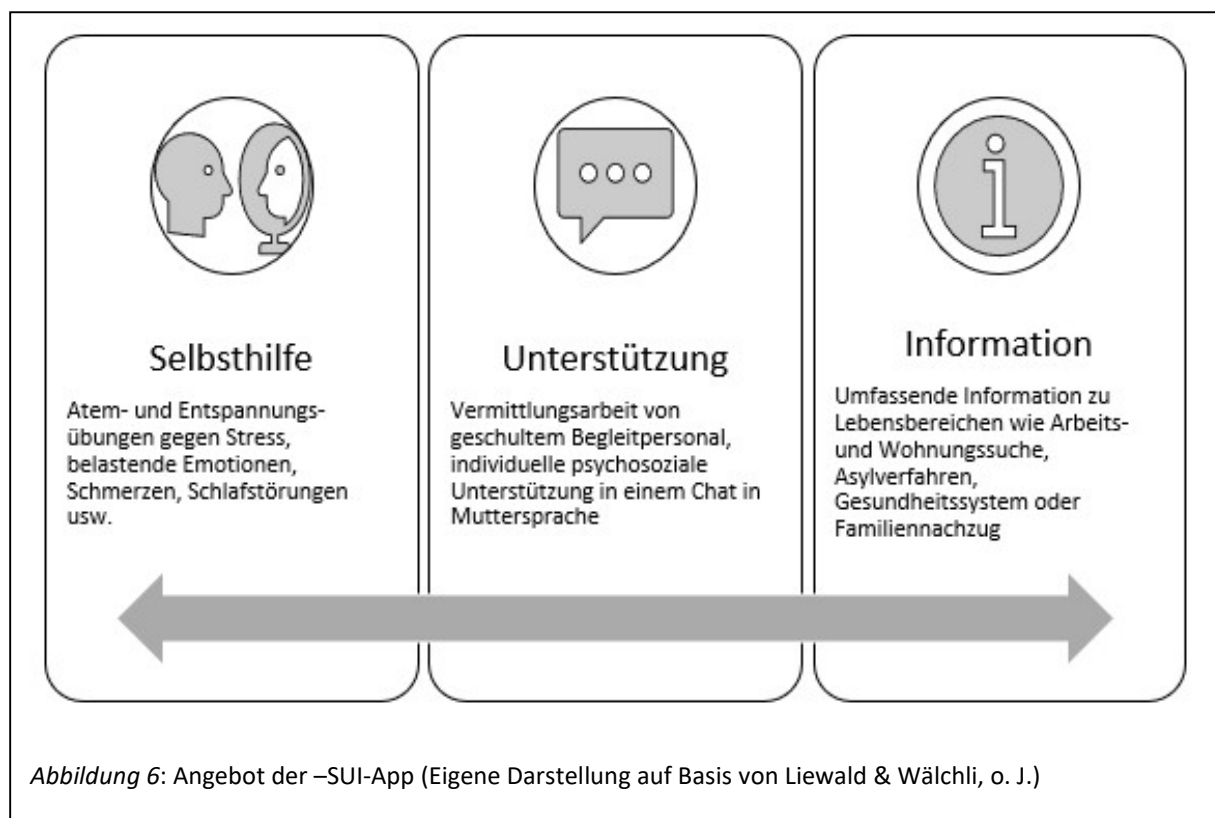
Die Säule *Wissen* beinhaltet Kenntnisse zu relevanten Zusammenhängen von Migration und Flucht. Sie beachtet zudem die zentrale Rolle der Sprache und Sprachbarrieren. Etwas weitergefasst fordert die erste Säule spezifisches Wissen im Bereich Rassismus, Diskriminierung oder auch der eigenen kulturellen Eingebundenheit. Damit ist vorwiegend die Reflexion eigener Werte und Normen gemeint, welche als kulturgebunden anzusehen sind. Dies gelingt, wenn sich Fachpersonen um Wissen über übergeordnete Konzepte wie Gesellschafts- und Familienstrukturen, Religiosität, Traditionen oder Kommunikationsmuster bemühen. Es lohnt sich beispielsweise, tiefer auf das Gegenüber einzugehen und höflich nachzufragen, welche Grundsätze ihnen als wichtig erscheinen (Kizilhan & Klett, 2021, S. 29-31).

So wird die zweite Säule *Haltung* angesprochen, welche sich durch Offenheit, Personenzentrierung und kritische Reflexion zusammensetzt. Den Klient*innen sollten Fachpersonen grundsätzlich mit Respekt für ungewohnte Denkweisen begegnen, welche nicht mit der eigenen Kultur übereinstimmen. Es sind ausserdem *Fertigkeiten* zum Perspektivenwechsel und flexible Hilfepläne gefordert, welche Ambivalenzen in der Klient*innen-Therapeut*innen-Beziehung aushalten (Kizilhan & Klett, 2021, S. 31).

6.2.2 Kultursensible Kommunikation

Kulturelle Prägungen beeinflussen die Persönlichkeitsentwicklung und können zu Missverständnissen in der Kommunikation führen. In der kultursensiblen Kommunikation ist es zentral, kulturelle Unterschiede weder zu über- noch unterschätzen. Missverständnisse entstehen nicht immer aus kulturellen Differenzen, sondern auch durch psychosoziale Belastungen, den Gesundheitszustand oder ein bestehendes Machtungleichgewicht zwischen Fachpersonen und Klient*innen. Eine sensible und differenzierte Einschätzung ist daher notwendig, um der Komplexität transkultureller Kommunikation gerecht zu werden. Für eine gelingende Kommunikation ist echtes, differenziertes Interesse am Individuum zentral (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai). Kultursensibilität zeichnet sich zudem durch ein Gespür für die eigenen Denkweisen aus und fordert ständige Reflexion sowie das Hinterfragen der Denkmuster im kulturellen Kontext (Bräutigam & Ortmann, 2023, S. 152).

Ausserdem gibt es inzwischen zahlreiche Möglichkeiten eine gemeinsame Sprache zu finden. Apps wie *SUI* vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) sind zur Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen geflüchteter Menschen in der Schweiz hilfreich. Die App ist kostenlos, mehrsprachig und vereint Selbsthilfe, Unterstützung und Information. Abbildung 5 zeigt die Kerngehalte der drei Orientierungspunkte auf (Liewald & Wälchli, o.J., o. S.).



Die Entwicklung der App verlief unter dem Grundsatz der Partizipation. Um Kultursensibilität zu gewährleisten, spielten Vertreter*innen mit einer Fluchtgeschichte eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Konzept, Design und allen Inhalten der App. Als hilfreich haben Nutzende die detaillierte Storyline mit geflüchteten Menschen empfunden, die von ihren Erfahrungen, Hoffnungen und Sorgen berichteten. Die App enthält zudem Funktionen wie einen schnellen Sprachwechsel oder ein Glossar (Liewald & Wälchli, o. J., o. S.). Technische Möglichkeiten der Sprachmittlung reichen für eine adäquate psychosoziale Versorgung jedoch nicht aus. Eine qualifizierte Sprachmittlung durch Fachpersonal ist notwendig (vgl. Kapitel 5.3).

Sprachmittlung geht über eine reine Übersetzung von Gesprächen wie im Setting von Dolmetscher*innen hinaus. Sie vermittelt kulturelle Nuancen, interpretiert nonverbale Kommunikation und agiert bei Bedarf als kulturelle*r Vermittler*in (Mai-Thi Tang et al., 2024, S. 168). Durch diese Doppelrolle ermöglichen es Sprachmittler*innen, eine Brücke zwischen Fachkräften und Klient*innen zu schlagen (Mai-Thi Tang et al., 2024, S. 173). Professionelles Handeln in der Sprachmittlung setzt sich aus den Prinzipien der folgenden Abbildung 6 zusammen (Hadžić & Tilton, 2023). Diese soll als Übersicht dienen.



Im Rahmen einer kultursensiblen Diagnosestellung erfasst Sprachmittlung einen tiefgründigen Blick in die kulturellen, sozialen und politischen Hintergründe der Klient*innen, um diese besser zu verstehen (Nesterko et al., 2017, S. 116). Ein weiterer positiver Effekt der sprachlichen Unterstützungsform findet sich in der Entschleunigung der Gesprächssituation, sodass sich Fachkräfte in der Übersetzungs- und Erklärungszeit bewusste und zielorientierte Gedanken machen können. Um Rollenkonflikte zwischen Fachpersonen und Sprachmittler*innen zu vermeiden sowie Erwartungen und Übersetzungsregeln zu klären, bewähren sich Vor- und Nachgespräche (Mai-Thi Tang et al., 2024, S. 183). Im therapeutischen Setting sind Sprachmittler*innen des Weiteren als Individuen zu verstehen, deren Persönlichkeit den Therapieprozess mitbeeinflusst (Morina, 2019, S. 127).

Der grosse Bedarf an Sprachmittler*innen und die Schwierigkeiten in der einheitlichen Finanzierung der Dienstleistung verlangt nach einer Veränderung der strukturellen Bedingungen. Dadurch entstünden flächendeckend eine Finanzierungsstruktur, Qualifizierungsangebote und eine angemessene Entlohnung. Die Etablierung der Genossenschaft *SprInt* zur Qualifizierung und Vermittlung von Sprachmittler*innen in Berlin hat die Nutzung solch wichtiger Angebote durch Träger*innen der SA erheblich verbessert. Sprachmittlung ermöglicht einer heterogenen und vulnerablen Gruppe den Einstieg ins Hilfesystem. Für Menschen, welche die Landessprache aus verschiedenen Gründen nicht sofort oder gar nicht lernen können, stellt die Unterstützung durch Sprachmittler*innen ein wichtiges Mittel zur barrierefreien Versorgung dar. Ohne diese Unterstützungsleistung laufen solche Menschen Gefahr, nie eine adäquate psychosoziale Versorgung zu erhalten (Mai-Thi Tang et al., 2024, S. 182).

6.3 Kritische Soziale Arbeit

Kritische SA ist eine sich historisch verändernde gesellschafts-, macht-- und herrschaftskritische Form der SA. Sie analysiert und kritisiert soziale und ökonomische Ungleichheitsverhältnisse sowie multiple Ausschluss- und Diskriminierungspraktiken (Anhorn, 2022, S. 45). Es folgen nun Ansätze, welche durch ebendiese kritische Haltung eine Verbesserung der Lebensumstände geflüchteter Menschen bewirken sollen.

6.3.1 Antidiskriminierungs- und rassismuskritische Arbeit

SA orientiert sich an ihren ethischen Grundsätzen, sozialer Gerechtigkeit und Achtung der Diversität. Dies bedeutet, dass sie sich gegen Benachteiligung und Diskriminierung jeglicher Art ausspricht und für die Menschenrechte einsteht. Einerseits gilt es zu beachten, dass die Problemlagen der Adressat*innen aus Strukturen der SA mitverursacht werden können. Andererseits sind die Sozialarbeitstätigen aufgefordert, sich möglichst kritisch-reflexiv mit eigenen Verstrickungen in diskriminierende Verhältnisse und Handlungen auseinanderzusetzen (Moser, 2021, S. 263).

Um in den Handlungsfeldern der SA gegen Diskriminierung und Rassismus vorzugehen, benötigt es weitgehendes Wissen über Ausschluss, Widerstand, Vielfalt und Kerngehalte von Rassismus und sozialer Benachteiligung (Jagusch, 2023, S. 460). In den Studienprogrammen der Hochschulen und deren Ausrichtungen bestehen jedoch Lücken, sodass Studierende nicht unbedingt mit den Themen vertieft in Berührung kommen (Akbaba et al., 2022, S. 166). Akbaba et al. (2022) erwähnt dazu die Notwendigkeit, Studierende zu diesem Thema zu professionalisieren. Dies ist unter anderem daher wichtig, da SA eine Menschenrechtsprofession ist (S. 176). So soll das zum Teil hochschulspezifisch strukturell bedingte Nichtwissen bezüglich rassismuskritischer SA durch konkrete Pflichtkurse über Denk-, Sprach- und Handlungsmuster im Kontext von Rassismus dekonstruiert werden (Akbaba et al., 2022, S. 179). Ausserdem verlangt eine rassismuskritische SA das Aufdecken *weisser* blinder Flecken und ein kritisch-reflexives Hinterfragen *weisser* Strukturen. So ist es notwendig, über *weisse* Privilegien zu sprechen, die *People of Color* in diesem Sinne nicht haben. Studiengangverantwortliche der Sozialen Arbeit sollten im Sinne einer rassismuskritischen Haltung darauf bestehen, dass Machtverteilung im Hochschulkontext offengelegt und ebenso kritisch überdenkt wird (Akbaba et al., 2022, S. 184-185). Inwiefern es weitere Möglichkeiten gibt, Missstände sichtbar zu machen, folgt im nächsten Abschnitt.

Mit Methoden wie Öffentlichkeitsarbeit, Lobbyarbeit, Whistleblowing und der Nutzung des UN-Menschenrechtsschutzsystems kann SA auf Missstände hinweisen und Veränderungen fordern. Sozialarbeitende tragen aufbereitete Informationen über Beschwerden und menschenunwürdige Lebensumstände den verantwortlichen Akteur*innen vor und veröffentlichen diese im Notfall, um Menschenrechtsverletzungen sichtbar zu machen (Prasad, 2021, S. 230–231). Ein erfolgreiches Beispiel dafür wurde 2016 in Berlin sichtbar, als es zur Veröffentlichung von E-Mails leitender Angestellten kam. In den E-Mails wurde über den Kauf einer Kinderguillotine und eines Krematoriums phantasiert. Daraufhin kündigte die Senatsverwaltung dem Betreiber den Vertrag. Gegen die betroffenen Angestellten erhob die Staatsanwaltschaft Anklage. Damit aber nicht genug. Aufgrund der herrschenden Missstände verlor die Professionelle Wohn- und Betreuungsgesellschaft PeWoBe beinahe alle ihre Lizenzen zur Begleitung und Betreuung geflüchteter Menschen in den Unterkünften (Beikler, 2016, o. S.).

Zur wirksamen Auseinandersetzung mit Rassismus reicht eine Konzeptionalisierung, welche sich nur mit individuellen Einstellungen beschäftigt, nicht aus (Jagusch, 2023, S. 461). Eine ganzheitliche Betrachtung von Rassismus als komplexes System samt Einflussfaktoren von Strukturen und Institutionen entspricht vielmehr den Absichten von Fachpersonen der SA. Es bedarf also scharfer Kritik gegenüber strukturellem Rassismus. Eine mögliche Intervention auf struktureller Ebene besteht in der Weiterentwicklung von bestehenden Schutzkonzepten, welche Rassismuskritik inkludieren (Jagusch, 2023, S. 462).

Der *Trias des Schutzes*, bestehend aus Schutz der persönlichen Integrität, Schutz in den Organisationen und Schutz im sozialen Umfeld geht davon aus, dass die Schaffung eines sicheren Ortes für geflüchtete Menschen hohe Priorität hat (Kampert et al., 2020, S. 101).

6.3.2 Strukturelle Veränderungen

Um der Heterogenität der geflüchteten Menschen gerecht zu werden, braucht es mehr geeignete Unterstützungsangebote. Diese gelten jedoch nicht als dauerhafte Parallelstrukturen, sondern als zeitlich begrenzte und flexible Einrichtungen, die den Übergang in die Regelversorgung erleichtern. Viele geflüchtete Menschen, insbesondere traumatisierte Personen oder Folterüberlebende, benötigen zunächst geschützte Räume. Einzelzimmer oder kleinere Einheiten vermitteln Sicherheit. Da reguläre Versorgungsstrukturen oftmals nicht auf solche besondere Bedürfnisse eingehen, braucht es spezifisch geschultes Personal, das Erfahrung im Umgang mit Menschen in komplexen Lebenslagen mitbringt. Spezialisierte Angebote sollen als Übergang angesehen werden. Sie ermöglichen Stabilisierung und eine verbesserte Gesundheit, was die Chancen für eine langfristige Integration und die gesellschaftliche Teilhabe erhöht. Zudem ist es zentral, dass Fachpersonen bereits in Studium, Aus- und Weiterbildung für fluchtbezogene und kultursensible Themen sensibilisiert werden (L. Joksimovic, persönliche Mitteilung, 2025, 5. Mai).

Wie in Kapitel 2.3 erwähnt, wirken sich Lebensbedingungen auf die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen aus. Um belastende Lebensbedingungen zu reduzieren und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen zu verhindern, sollte daher die Verbesserung der Lebensbedingungen geflüchteter Menschen in deren Unterbringung besondere Beachtung finden. In den Unterkünften spielt sich nämlich ein Grossteil des Lebens ab, vor allem, wenn die Menschen einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben und Einschränkungen in deren Handlungsspielräumen erleben (Clausen et al., 2024, S. 160). Aufgrund grosser qualitativer Differenzen in der Unterbringung in den deutschen Bundesländern fordern Clausen et al. (2024) eine verbindliche und einheitliche Rahmenstruktur in Form einer Gesetzgebung. Diese soll klare Bedingungen umfassen, welche ein menschenwürdiges Leben sicher gewährt. Kommt eine solche rechtliche Grundlage nicht zustande, findet seitens der Politik eine leise Zustimmung zur Menschenrechtsverletzung statt (S. 161).

Ljiljana Joksimovic fordert bei der Anpassung der Rahmenstruktur einen Einbezug der Betroffenen selbst. Die Erfahrungen von geflüchteten Menschen sollen systematisch in die Planung, Umsetzung und Evaluation der geforderten Umstellung einfließen. Sie postuliert für eine Praxis, in der nicht über, sondern mit geflüchteten Menschen gesprochen wird (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025).

Bezüglich der geografischen Verortung der Unterkünfte empfiehlt sich entweder eine weniger vom öffentlichen Leben exkludierte Standortwahl oder eine bessere Erschliessung mit dem öffentlichen Nahverkehr (Baier & Siegert, 2018, S. 8; Tietje, 2020, S. 144).

Aus einer weiteren Studie ist zu ergänzen, dass die Privatsphäre der in Mehrbettzimmern untergebrachten geflüchteten Menschen verbessert werden muss. Einzelzimmer sind im Moment aufgrund der enorm hohen Zahlen der zu unterbringenden Menschen utopisch. Lern-, Lese- und Ruheräume könnten jedoch zumindest Entlastung schaffen (Brandmaier & Friedmann, 2019, S. 41). Die unmenschlichen Betreuungsschlüssel für Unterkünfte der geflüchteten Menschen erfordern ein Handeln seitens der zuständigen Behörden, da Unterbesetzungen Menschenrechtsstandards verunmöglichen. Das Deutsche Institut für Menschenrechte fordert beispielsweise in diesem Rahmen unabhängige niederschwellige Beschwerdestellen für Menschen, die aufgrund der zu kleinen Personalschlüssel keine professionelle Betreuung beanspruchen können (Engelmann & Rabe, 2017, S. 60). Übergeordnet muss die Politik reagieren, mit dem Ziel, einen menschenrechtsorientierten Umgang in der Unterstützung von geflüchteten Menschen zu erreichen. Höhere Personalschlüssel, aber auch die Pflicht zu qualifiziertem professionellem Personal in den Unterkünften könnten eine Verbesserung herbeiführen (Clausen et al., 2024, S. 163–165).

Fachpersonen der SA fordern in einem Beitrag von Gleissner (2024) eine Reform der Asylpolitik, strukturelle Veränderungen im Hilfesystem und mehr gesellschaftliche Teilhabe geflüchteter Menschen (S. 237). Die Reform der Asylpolitik soll mehr Transparenz und bessere Information im Asylverfahren, eine Gleichbehandlung aller geflüchteter Personen und mehr Mitbestimmung und Selbstwirksamkeit ermöglichen. Betroffene sollen Entscheidungen aktiver und selbst treffen, unabhängig davon, ob eine Person eine Bleibeperspektive hat oder nicht (Gleissner, 2024, S. 238). Die strukturellen Veränderungen des Hilfesystems zielen vorwiegend auf eine langfristige Finanzierungssicherheit der bestehenden und neu zu entwickelnden Angebote und eine bedarfsgerechte Unterstützung ab. Diese soll Sprachbarrieren mit qualifizierten Sprachmittler*innen überwinden und eine adäquate psychosoziale Versorgung geflüchteter Menschen gewährleisten. Dafür braucht es eine Offenheit des Regelsystems und den strukturellen Ausbau transkultureller Kompetenzen im Bereich der SA, Psychotherapie und Medizin (Gleissner, 2024, S. 239-240).

Um Unterkünfte zu öffnen, können Betreiber*innen im Einklang mit den Bewohnenden Veranstaltungen wie Musik- oder Kochabende, Sport- und Kunstangebote oder Feste organisieren. Solche Aktivitäten ermöglichen soziale Teilhabe und die Öffnung für Nachbar*innen. Durch partizipative Mitwirkung der geflüchteten Menschen erfolgt eine Steigerung der Selbstwirksamkeit. Räume der Begegnung können eine kultursensible Umgebung schaffen, welche zum gegenseitigen Verständnis beitragen (Clausen et al., 2024, S. 162).

6.4 Traumasensible Soziale Arbeit

Für die Behandlung schwer traumatisierter Personen ist ein frühzeitiger therapeutischer Zugang von entscheidender Bedeutung. Bleiben Stabilität, Sicherheit und Unterstützung über längere Zeit aus, steigt das Risiko für eine Chronifizierung der psychischen Erkrankung. In der SA mit traumatisierten Menschen ist das Wissen über deren Hintergrund wichtig, um sich deren Belastung bewusst zu sein. Fachpersonen der SA kommt oft die Rolle der Stabilisierung im nicht-therapeutischen Rahmen zu (Zito & Martin, 2024, S. 56). Mit einer traumasensiblen Haltung lassen sich Auffälligkeiten wie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme als mögliche Folgen traumatischer Erfahrungen erkennen und differenzierter einordnen. Dies ermöglicht eine angemessenere und wirksamere Reaktion im professionellen Kontext (Zito & Martin, 2024, S. 58).

Die Bedürfnisse der geflüchteten Menschen sind vielschichtig. In einer von Unsicherheit und Fremdheit geprägten Situation benötigen sie Fachpersonen, die ihnen Verständnis, Akzeptanz, Respekt und Orientierung bieten. Die Schaffung von Räumen für Trauer hilft, zu verarbeiten. Daneben fördert das Aussprechen von Mut und Kraft eine Einstellung, die Herausforderungen angehen will. In der Begleitung müssen die Professionellen der SA stets die Autonomie der Klient*innen achten (Zito & Martin, 2024, S. 17).

Traumatisierende Erfahrungen gehen häufig mit Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit einher. Daraus ergibt sich bei betroffenen Personen ein erhöhtes Bedürfnis nach Orientierung und Verlässlichkeit. Bei der Arbeit mit geflüchteten Personen ist eine strukturelle Klarheit durch transparente Regeln, klare Zuständigkeiten und verbindliche Absprachen wichtig, um das Gefühl von Sicherheit zu stärken. Dazu gehören zeitliche Strukturen wie feste Tagesabläufe und Rituale, die zusätzlich Orientierung bieten. Es geht nicht um eine starre Regelbefolgung, sondern um eine ausgewogene Verbindung von Verlässlichkeit und situationsbezogener Flexibilität (Zito & Martin, 2024, S. 69–71).

Der Schutz vor weiteren Bedrohungen, eine unterstützende Beziehung und ein gesicherter Aufenthaltsstatus umfassen nach Baer und Frick-Baer (2023) stabilisierende äussere Faktoren. Unter diesen Bedingungen kann eine innere Sicherheit und Geborgenheit entstehen. Der Aufbau von Vertrauen beansprucht Zeit. Idealerweise sorgen Fachpersonen durch aktives Zuhören dafür, dass sich Betroffene gesehen und gehört fühlen. Emotionale und sprachliche Hemmungen infolge von Traumata führen bei geflüchteten Menschen oftmals zu Rückzug oder aggressivem Verhalten. Dies kann als Ausdruck von Hilflosigkeit interpretiert werden (S. 118-119).

Auch die tiefe Trauer über die Dinge, die sie zurücklassen mussten, ist zentral. Eine erfolgreiche Traumabewältigung setzt die Anerkennung der Betroffenen als Menschen mit existenziellen Verlusten und Verletzungen voraus. Damit die Traumaverarbeitung langfristig gelingt, müssen geflüchtete Menschen traumaspezifische Unterstützung in sicheren Lebensverhältnissen erhalten (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 118.119).

Besonders bedeutsam in der traumasensiblen Begleitung sind verlässliche Beziehungen im Leben. Sichere Bindungen gelten als zentrale Schutzfaktoren, welche die psychische Widerstandskraft stärken und die Entwicklung fördern. Eine verlässliche und stabile erwachsene Bezugsperson ausserhalb des Familiensystems hilft geflüchteten Menschen enorm. Das menschliche Bindungssystem bleibt nämlich lebenslang veränderbar, sodass korrigierende positive Bindungserfahrungen alte Verletzungen überwinden können. In der Begleitung traumatisierter geflüchteter Menschen ist ein professionelles Beziehungsangebot daher essenziell. Dabei wird keine langfristige Nähe oder eine jahrelange Gebundenheit verlangt. Vielmehr soll in einem zeitlich begrenzten, klaren und vertrauensvollen Rahmen empathische Begleitung erfolgen. Professionelle Nähe, ausgedrückt in Zugewandtheit und Präsenz, ist dabei ebenso bedeutsam wie eine klare Abgrenzung. Gelungene Beziehungserfahrungen tragen zur emotionalen Stabilisierung bei und ermöglichen den Weg in selbstbestimmte soziale Beziehungen (Zito & Martin, 2024, S. 80–81).

Für verlässliche Beziehungsangebote seitens der Fachpersonen braucht es Achtsamkeit, um das Wohlbefinden der geflüchteten Menschen wahrzunehmen. Ausserdem sind Selbstreflexionsfähigkeiten zur Unterscheidung von Problemen und Grenzen der Fachperson selbst und die des Gegenübers gefragt. Im Austausch scheint es wichtig, eigene Bedürfnisse und emotionale Reaktionen bewusst wahrzunehmen und, wenn sie für das Gegenüber nicht dienlich sind, zurückzustellen (Zito & Martin, 2024, S. 82).

Fachpersonen sollten für die traumatisierten Menschen Partei ergreifen und ihre unterstützenden Absichten deutlich machen. Dadurch erlangen die Betroffenen Sicherheit und Orientierung. Ermutigung und eine sensible Auseinandersetzung mit Selbstzweifeln und Schuldgefühlen durch Verständnis führt zur Parteilichkeit (Baer & Frick-Baer, 2023, S. 137-138). Nach Maier et al. (2019) ist Parteilichkeit mitunter Grundvoraussetzung für den Vertrauensaufbau (S. 303).

Das Konzept des *guten Grundes* geht davon aus, dass jedes Verhalten Ausdruck eines zugrunde liegenden Bedürfnisses ist. Bei traumabedingten Reaktionen stehen häufig der Wunsch nach Kontrolle, Schutz vor weiteren Gefahren und Vermeidung von Schmerz im Vordergrund. Eine Veränderung problematischen Verhaltens gelingt oft erst, wenn Betroffene eine funktionalere Alternative zur Bedürfnisbefriedigung finden (Scherwath & Friedrich, 2012; zit. in Zito & Martin, 2024, S. 58).

Traumata charakterisieren sich als Ereignisse, die aus heiterem Himmel geschehen. Plötzlichkeit zeigt sich in einer Unberechenbarkeit. Transparenz hingegen ermöglicht das Gegenstück zur Unberechenbarkeit. Zudem lässt Transparenz Berechenbarkeit und Klarheit durchscheinen. So liegt es an der Fachperson, sich gegenüber dem, was in der Vergangenheit geschah, was im Jetzt geschieht und was noch kommt, transparent zu zeigen. Macht-, Verantwortungs- und Hierarchiestrukturen offenzulegen ermöglicht den traumatisierten Personen mehr Berechenbarkeit und Sicherheit. Die gewonnene Sicherheit verhilft wiederum zur Selbstbemächtigung (Lang et al., 2013, S. 118-119).

Ljiljana Joksimovic (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025) betont, dass eine verstehende und respektierende Haltung essenziell ist. Ebenso empfiehlt sie eine Verständigung auf Augenhöhe. Die Förderung der Eigenverantwortung der Betroffenen scheint wichtig, damit Fachpersonen nicht in eine überfürsorgliche Haltung verfallen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass traumatisierte Menschen häufig unter Konzentrationsstörungen leiden. Diese haben einen Einfluss auf das Gesprächsverhalten und die Aufnahmefähigkeit. Erfolgreiche Begleitung verlangt ein angepasstes Tempo, eine klare Strukturierung der Gespräche sowie eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit. So wird Überforderung seitens der traumatisierten Person vermindert.

Ein professioneller Umgang mit Irritationen und Missverständnissen ist ebenfalls bedeutsam. Anstatt Verhalten vorschnell zu interpretieren oder zu pathologisieren, empfiehlt Ljiljana Joksimovic, offen nachzufragen, um die individuellen Beweggründe besser zu verstehen. Insbesondere im transkulturellen Kontext besteht nämlich die Tendenz, Verhalten kulturell zu deuten. Belastende Themen erfordern einen achtsamen und sensiblen Umgang, da sonst die Gefahr einer Triggerreaktion besteht. Schwierige Erfahrungen zu tabuisieren, wirkt jedoch kontraproduktiv (persönliche Mitteilung, 5. Mai 2025). Gespräche sollten daher auf der Gegenwart und der Zukunft liegen. Potenziell belastende Themen sprechen Fachpersonen nur dann an, wenn die Betroffenen ausreichend stabil sind. Dabei ist ein behutsamer, nicht drängender Umgang entscheidend (Zito & Martin, 2024, S. 59).

Für Betroffene ist es hilfreich, wenn die Diagnose einer Traumafolgestörung mit Psychoedukation vermittelt wird, um Symptome besser einordnen zu können. Die traumasensible Begleitung unterstützt Betroffene dabei, Zusammenhänge zwischen Reizen und Symptomen zu erkennen und mit der Zeit eigene Belastungsmuster besser zu verstehen (Zito & Martin, 2024, S. 60). Dissoziieren traumatisierte Klient*innen, gilt es, Ruhe zu bewahren und Sicherheit zu vermitteln. Die betroffene Person soll darin unterstützt werden, sich wieder im Hier und Jetzt zu verankern. Dabei kann ein ruhiges, klares und zum Teil mehrfaches Ansprechen mit Blickkontakt dazu dienen, die Person zu erreichen. Auf ungefragten Körperkontakt ist zu verzichten, da das Risiko einer erneuten Grenzverletzung besteht (Zito & Martin, 2024, S. 60–62).

Ein taktiler Gegenstand wie ein Igelball eignet sich, um die Körperwahrnehmung der Betroffenen zu fördern und die Situation zu stabilisieren. Zudem können einfache körperliche Massnahmen wie bewusstes Atmen, Gehen oder kaltes Wasser im Gesicht unterstützend wirken (Zito & Martin, 2024, S. 60–62). In Bezug auf das Kontrollbedürfnis gilt es als Fachperson, Lebensbereiche ausfindig zu machen, in denen traumatisierte geflüchtete Menschen Einfluss nehmen können. Partizipation in alltagsrelevanten Bereichen fördert die Selbstwirksamkeit und stärkt das Selbstbild der Betroffenen. Oft gibt es reichlich Möglichkeiten wie die Gestaltung des Aufenthaltsraumes in der Unterkunft (Zito & Martin, 2024, S. 84).

6.5 Psychosoziale Begleitung bezüglich Stresserleben

Fluchterfahrungen können mit einem erhöhten Stressniveau, besonders Disstress, in Verbindung gesetzt werden (vgl. Kapitel 4.3.1 & 4.3.2). Die nächsten Abschnitte befassen sich damit, inwiefern Resilienz und Therapie als protektive Faktoren zur Reduktion von Stress beitragen können.

6.5.1 Resilienz als Schutzfaktor im Fluchtkontext

Das Konzept der Resilienz lässt sich im Kontext von Flucht als Schutzfaktor gegen akkulturativen Stress hervorheben. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, herausfordernde Situationen zu bewältigen, ohne davon gesundheitlichen Schaden zu nehmen (Hajji & Stolle, 2024, S. 465). Es ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass es im Kontext von Flucht unglücklich wäre, Resilienz als persönliche Eigenschaft anzuschauen. Dadurch verlagert sich die Verantwortung für das Wohlergehen auf das Individuum, während strukturelle, institutionelle und soziale Einflussfaktoren unberücksichtigt bleiben (Mason 2011; zit. in Mehl et al., 2021, S. 805).

Auf persönlicher Ebene lassen sich Anpassungsfähigkeiten, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Akzeptanz, Hoffnung und intellektuelle Ressourcen als protektive Faktoren der Resilienz erschliessen. Auf interpersoneller und kollektiver Ebene sind dies vorwiegend Faktoren wie ein stabiles soziales Netzwerk mit gegenseitiger Unterstützung, familiärer Zusammenhalt, Religion und Spiritualität, Zusammenhalt der ethnischen Gemeinschaft sowie positive Kontakterfahrungen im Aufnahmeland. Bildung, wirtschaftliche Ressourcen, Sicherheit im Aufnahmeland, Unterstützung durch das soziale und gesundheitliche Versorgungssystem und therapeutische Interventionen ergänzen die Schutzfaktoren als externe Ressourcen (Mehl et al., 2021, S. 804).

Zur Förderung von Stabilität und Resilienz bei geflüchteten Menschen ist es im Rahmen von Ressourcenorientierung sinnvoll, an individuelle Stärken und vorhandene Ressourcen anzuknüpfen (Zito & Martin, 2024, S. 87).

Möglichkeiten zum Abbau von Anspannung und Stress lassen sich auf verschiedenen Ebenen erschliessen. Körperorientierte Tätigkeiten wie Sport, Kochen, Handarbeit oder Gartenbau wirken ausgleichend und entspannend. Sie helfen dabei, das Körperbewusstsein zu stärken. Ausserdem bieten kreative und künstlerische Ausdrucksformen Entwicklungspotenzial, da sie Selbstwirksamkeit fördern. Viele Menschen erleben ein befriedigendes und stärkendes Gefühl, wenn sie Tätigkeiten ausüben können, für die sie besondere Kenntnisse haben. Eine grosse Bedeutung haben zudem Werte und moralische Überzeugungen, die Orientierung und Halt spenden. So bietet politisches Engagement oder eine motivierende Arbeit einen sinnstiftenden und stärkenden Charakter (Zito & Martin, 2024, S. 88-89).

6.5.2 Therapeutische Behandlungsformen

Kizilhan und Klett (2021) erwähnen, dass therapeutische Behandlungsformen bei der psychosozialen Begleitung von Menschen mit Fluchterfahrung in bestimmten Fällen unabdingbar sind (S. 167). Auch Kostoula (2022) hebt hervor, dass psychotherapeutische Begleitung bei der angesprochenen Personengruppe oftmals angezeigt ist (S. 129).

In einer Kurzfassung folgen zwei ausgewählte Therapieformen, die geflüchteten Personen Unterstützung bieten. Diese werden bewusst nur oberflächlich erwähnt, da es sich nicht mehr um das Aufgabengebiet der SA handelt.

Die traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie zielt auf die Veränderung negativer Gedanken und Überzeugungen ab. Der Fokus liegt auf der kognitiven Auseinandersetzung mit problematischen Bewertungen und Überzeugungen, die zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen. Ausserdem sollen traumatische Erlebnisse mittels Traumaexposition, also einer gezielten Konfrontation mit traumabezogenen Reizen und Gedanken in einem sicheren therapeutischen Setting, verarbeitet werden. Die Therapie umfasst zusätzlich die Bearbeitung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien und den Abbau von Vermeidungsverhalten. Eine spezifische Form von kognitiver Psychotherapie ist besonders für geflüchtete Menschen geeignet. In der narrativen Expositionstherapie (NET) setzen sich Therapeut*in und Patient*in mit der Lebensgeschichte der betroffenen Person auseinander (Erim, 2024, S. 104).

Es handelt sich also um einen biografisch-traumaaufarbeitenden Ansatz. Das evidenzbasierte manualisierte Vorgehen in der NET führt dazu, dass die Lebensgeschichte der Betroffenen in einer bedeutungsvollen Erzählstruktur eingebettet wird. Dabei kommt es zur imaginativen Konfrontation mit emotional hochsensiblen Erfahrungen in chronologischer Zeitabfolge (Schauer et al., 2017, S. 307). Betroffene halten auf der gezeichneten Lebenslinie auch positive Lebensereignisse und Ressourcen fest (Erim, 2024, S. 104).

Die Therapierenden pflegen im Prozess einen empathischen und kongruenten Umgang mit den Patient*innen, indem sie das erlittene Leid anerkennen und sich für die Betroffenen im Sinne der Menschenrechte einsetzen (Schauer et al., 2017, S. 307). Die NET bindet das schriftliche Festhalten der Lebenslinie, auch testimony genannt, ein. Durch die Therapie kommt es zur Ressourcenaktivierung, zu korrigierenden Beziehungserfahrungen, zur Anerkennung des erlittenen Leides und schlussendlich zur Würdigung der betroffenen Person. Ausserdem bringt die Auseinandersetzung mit hoherregenden Erfahrungen Ordnung in Wahrnehmung, Gedanken, Gefühle und Körperempfinden (Schauer et al., 2017, S. 308). Zum Abschluss dieser Arbeit folgt das letzte Kapitel, welches Schlussfolgerungen zur Arbeit mit geflüchteten Menschen enthält und die übergeordnete Fragestellung beantwortet.

7 Schlussfolgerungen für die Arbeit mit geflüchteten oder migrierten Menschen

Im letzten Kapitel dieser Bachelorarbeit erfolgt ein Rückblick auf die erarbeiteten Inhalte, um dann die übergeordnete Fragestellung im Fazit zu beantworten. Die Arbeit wird durch das Fazit und einen kurzen Ausblick abgerundet.

7.1 Rückblick

Das Augenmerk dieser Arbeit lag auf der Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit von geflüchteten und migrierten Erwachsenen im deutschsprachigen Raum. Anhand einer Analyse der psychosozialen Einflussfaktoren, der strukturellen Rahmenbedingungen und versorgungsbezogenen Herausforderungen wurden Handlungsspielräume für Fachpersonen der Sozialen Arbeit abgeleitet.

Am Anfang der Arbeit erfolgte eine thematische Einführung, wobei sich eine deutliche Lücke in der psychosozialen Versorgung in der Schweiz und die Relevanz für die SA zeigte (vgl. Kapitel 1). Im zweiten Kapitel wurde die Interdependenz zwischen Flucht, Migration und der psychischen Gesundheit untersucht. Orientiert an dem Erklärungsmodell von Schenk (2006) verdeutlichte die Auseinandersetzung mit Einflüssen von prämigrationen, migrationsbedingten und postmigrationen Stressoren einen Zusammenhang von den spezifischen Belastungsfaktoren und einer risikobehafteten psychischen Gesundheit. Am Ende des zweiten Kapitels kam es zum Vergleich der Prävalenzraten bestimmter psychischer Erkrankungen zwischen geflüchteten und migrierten Personen und der Bevölkerung des Aufnahmelandes.

Das dritte Kapitel umfasste eine Beschreibung der Symptome und Behandlungsformen der psychischen Erkrankungen PTBS, Depressionen, Angststörungen und Traumafolgestörungen. Das vierte Kapitel hat die Analyse durch eine gesellschaftstheoretische und sozialpsychologische Perspektive erweitert. Gesellschaftliche Machtverhältnisse, Rassismus und Diskriminierung sowie Akkulturationsstress im Rahmen von Akkulturationskonflikten hoben sich deutlich als Mitverursacher von psychischer Belastung hervor. Mit dem Konzept der Intersektionalität lässt sich erklären, dass diese Erfahrungen nicht isoliert wirken. Sie verschränken sich mit belastenden Einflussfaktoren wie Armut, rechtliche Unsicherheit bezüglich Aufenthaltsstatus und fehlender Teilhabe (vgl. Kapitel 4.2).

Im fünften Kapitel wurde das Recht auf Gesundheit als Menschenrecht diskutiert. Demgegenüber folgte die Darstellung der realen Praxis mit den Rahmenbedingungen, Versorgungslücken und vielfältigen Barrieren. Die Benachteiligung ist nicht ein individuelles Schicksal, sondern Ausdruck von gesellschaftlichen Machtverhältnissen. Die kritische Reflexion dieser Verhältnisse durch die SA, wurde gegen Ende des fünften Kapitels mit berufsethischen Prinzipien der SA aus dem Berufskodex von AvenirSocial betont.

Das sechste Kapitel verband schliesslich bestehende Praxisansätze mit den spezifischen Herausforderungen, sodass Barrieren abgebaut werden können. Gesundheitsbezogene SA nimmt eine vermittelnde, stabilisierende und sozialraumorientierte Funktion ein. Die Ausrichtungen der ausgewählten Ansätze folgten einer transkulturellen, rassismus- und diskriminierungskritischen, traumasensiblen und resilienzfördernden Haltung. Zuletzt wurde auf die Notwendigkeit von therapeutischen Behandlungen hingewiesen.

7.2 Gesamtfazit – Beantwortung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit zeigt deutlich auf, dass die psychische Gesundheit geflüchteter und migrierter Erwachsener mit einer Vielzahl an individuellen und strukturellen Einflussfaktoren zusammenhängt. Unter anderem korrelieren bei Menschen mit einer Flucht- oder Migrationsgeschichte Auswirkungen aus Traumatisierung, verschiedenen Formen von Gewalt, belastenden Lebensbedingungen im Aufnahmeland und Barrieren in der Gesundheitsversorgung gemäss mehreren Studien mit einer migrations- oder fluchtbedingten Ungleichheit von Gesundheit. Es ist wichtig zu erwähnen, dass aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe keine pauschalen Aussagen über die psychische Gesundheit von geflüchteten und migrierten Personen gemacht werden können.

Gesellschaftliche Machtverhältnisse, Rassismus und Diskriminierung sowie Akkulturationskonflikte tragen erheblich zur Aufrechterhaltung oder Verschlechterung der psychischen Belastung geflüchteter und migrierter Menschen bei. Besonders hervorzuheben ist die Herausforderung der Sprache und die restriktive Finanzierung der dolmetschenden und sprachmittelnden Fachpersonen.

Wie aus Kapitel 5.3 aber auch 6.2 erkennbar wird, braucht es für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung unbedingt eine gemeinsame Sprache. Die SA ist in vielfältiger Hinsicht gefragt und gefordert. Einerseits als stabilisierende und reflektierende, aber auch als strukturverändernde Kraft. Demnach lässt sich die übergeordnete Fragestellung der vorliegenden Arbeit wie folgt beantworten.

Fachpersonen der SA benötigen zur Stärkung der psychischen Gesundheit geflüchteter und migrierter Erwachsener einen vielseitigen Koffer an Kompetenzen, besonders in einem strukturell eingeschränkten Kontext. Dafür muss grundlegend die Verankerung von Modulen, welche eine traumasensible Grundhaltung, transkulturelle Kompetenzen und rasismus- sowie diskriminierungsspezifisches Wissen vermitteln, als Pflichtteil der Ausbildung verankert werden. Dadurch sind die Professionellen der SA angemessen vorbereitet und können den Unterstützungsprozess respektvoll und kontextsensibel gestalten. Als vermittelnde Instanz soll die SA mit gezielten Orientierungs- und Informationsangeboten den Zugang zum Gesundheitssystem verbessern. Im Arbeitsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention sieht es die SA vor, niederschwellige Gruppenangebote, Aufklärung und die Stärkung sozialer Netzwerke zu fördern.

So können Menschen mit einer Flucht- oder Migrationsgeschichte einerseits Informationen erhalten und andererseits das Zugehörigkeits- und Teilhabegefühl stärken. Konkret könnte die Aufgleisung der angesprochenen Gesundheitskiosks mit ihrem vielseitigen Angebot bereits einiges bewirken. Im Rahmen von sozialpolitischem Engagement und Öffentlichkeitsarbeit kann die SA auf struktureller Ebene bestehende Machtverhältnisse und Ungleichheiten kritisch reflektieren und Missstände wie die momentane Unterbringung und psychosoziale Versorgung der betroffenen Menschen sichtbar machen. Dafür steht die kritische SA ein und eignet sich als idealer Zweig der Profession, um hartnäckig zu bleiben und auch Nadelstiche in der Politik zu setzen. Es versteht sich insgesamt, dass die Massnahmen nicht auf individueller Ebene stehenbleiben dürfen. Für eine wirksame Unterstützung geflüchteter und migrierter Menschen im Bereich psychischer Gesundheit braucht es strukturelle Veränderungen im Asyl- und Gesundheitssystem, welche die SA öffentlich fordern muss.

Die Autorenschaft dieser Arbeit erachten es als eine Bereicherung sich über einen solch langen Zeitraum mit diesem Thema befasst zu haben. Den Autor*innen ist bewusst, dass sie mit Gegenüberstellungen wie Menschen aus Herkunftsländern und Menschen aus der Allgemeinbevölkerung *Othring-Prozesse* reproduzieren. Gleichzeitig dient eine solche Darstellung jedoch dazu, ungerechte Unterschiede und Ungleichheiten transparent zu machen. Die Tatsache, dass Länder wie die Schweiz und Deutschland solch menschenunwürdige Verhältnisse dulden, stimmt die Autor*innen zutiefst nachdenklich.

7.3 Ausblick

Die Fachliteraturarbeit hat gezeigt, dass sich erwachsene Menschen mit einer Flucht- und Migrationsgeschichte in sehr komplexen und gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen befinden. Es besteht also grosser Handlungsbedarf bezüglich der strukturellen Veränderung in Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeiten oder Gesundheit. Aber auch die unzureichende Datenlage wurde in verschiedenen Studien erwähnt. Aufgrund der Heterogenität der geflüchteten und migrierten Menschen einerseits, aber vor allem aufgrund unzureichend kultursensiblen Befragungsmethoden andererseits sind nur wenige repräsentative Studien zur psychischen Gesundheit der Betroffenen veröffentlicht. Es ist also angezeigt auch auf der Forschungsebene Schritte einzuleiten, um dann wiederum aus den Analysen Verbesserungen und Veränderungen zu veranlassen. Auf gesellschaftlicher Ebene bleibt der Zugang geflüchteter und migrierter Menschen für verschiedene Lebensbereiche wohl ein Dauerthema. Wer jedoch ein Blick auf die Menschenrechte wagt, müsste psychische Gesundheit als grundlegendes menschliches Bedürfnis anerkennen. Es handelt sich dabei nicht um ein Privileg oder ein Luxusgut. Die Entscheidungsmacht geeignete Strukturen herzustellen, obliegt bei den politischen Träger*innen. SA kann in der Sozialpolitik eine veränderungsorientierte Rolle einnehmen und an ihren menschenrechtlichen und berufsethischen Verpflichtungen festhalten.

8. Literaturverzeichnis

- Akbaba, Y., Baum, H., & Demirtaş, B. (2022). Curriculare Defizite, Wissenskrisen und Empowerment – Rassismus(-kritik) an der Hochschule. In B. Demirtaş, A. Schmitz, & C. Wagner (Hrsg.), *Rassismus in Institutionen und Alltag der Sozialen Arbeit: Ein Theorie-Praxis-Dialog* (1. Auflage, S. 166–186). Beltz Juventa.
- Akkaya, G., Frei, P., & Müller, M. (2022). *Grund- und Menschenrechte in der Asyl- und Flüchtlingsarbeit: Ein Handbuch für die Praxis*. interact.
- Anhorn, R. (2022). Kritische Soziale Arbeit—Was könnte das sein? In P.-U. Wendt (Hrsg.), *Kritische Soziale Arbeit* (1. Aufl., S. 42–57). Beltz Juventa.
- AvenirSocial. (2010). Berufskodex Soziale Arbeit. <https://avenirsocial.ch/publikationen/berufskodex-soziale-arbeit-schweiz/>
- Baer, U., & Frick-Baer, G. (2023). *Trauma: Die 99 wichtigsten Fragen und Antworten aus der therapeutischen Praxis* (1. Auflage). TRIAS.
- BAfF-Zentren. (o. J.). FAQ. Was sind die Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung? Abgerufen 12. Juni 2025, von <https://www.baff-zentren.org/faq/was-sind-die-barrieren-im-zugang-zur-gesundheitlichen-versorgung/>
- Baier, A., & Siegert, M. (2018). Die Wohnsituation Geflüchteter. Kurzbericht No. 2; BAMF-Kurzanalyse. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/67563/ssoar-2018-baier_et_al-Die_Wohnsituation_Gefluchteter.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2018-baier_et_al-Die_Wohnsituation_Gefluchteter.pdf
- Baron, J., Schriefers, S., Windgasse, A., & Pantucek-Eisenbacher, P. (2015). „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion.“ - Die flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü). *soziales_kapital*, 13, 133–147. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/363/627.pdf>
- Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C., Kajikhina, K., Blume, M., Siegert, M., Heidemann, C., Walther, L., Neuhauser, H., & Hövener, C. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(10), 1071–1082. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>

- Bartig, S., Wengler, A., & Rommel, A. (2019). Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von Kernindikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4(3), 30–50. <https://doi.org/10.25646/6437>
- Behrensen, B. (2023). Was bedeutet Fluchtmigration? In M. Brandmaier, B. Bräutigam, S. B. Gahleitner, & D. Zimmermann (Hrsg.), *Geflüchtete Menschen psychosozial unterstützen und begleiten: Ein Handbuch* (S. 12–22). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D., & Otto, M. (2018). Diskriminierungserfahrungen in Deutschland: Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung (1. Auflage, Stand Dezember 2017). Nomos.
- Beikler, S. (2016, 14. August). PeWoBe-Mitarbeiter fabulierten über „Kinderguillotine“. *Der Tagesspiegel*. <https://www.tagesspiegel.de/berlin/pewobe-mitarbeiter-fabulierten-uber-kinderguillotine-5225986.html>
- Berner, H., Böhler, D., Füchslbauer, T., Hofer, M., Kühne, A., Messinger, I., Riegler, A., & Tissberger, M. (2021). Diskriminierungskritische Zugänge in der Sozialen Arbeit. In ogsa - Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Postmigrationsgesellschaft* (S. 263–275). Beltz Juventa. <https://content-select.com/de/portal/media/view/6047368d-7668-4b80-9a31-389bb0dd2d03?forceauth=1>
- Berry, J. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issues*, 57, 615–631. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00231>
- Biddle, L., Hintermeier, M., Mohsenpour, A., Sand, M., & Bozorgmehr, K. (2021). Monitoring der Gesundheit von Geflüchteten: Integrative Ansätze mit Surveys und Routinedaten. *Journal of Health Monitoring*, 6(1), 7–29. <https://doi.org/10.25646/7860>
- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Borde, T., & Blümel, S. (2020). Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (Version 1). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund/>

- Braig, J., Schmees, P., & Eschenbeck, H. (2021). Erfassung von Stress im Kontext von Migration und Akkulturation. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 243–262). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5_42
- Brandmaier, M., & Friedmann, L. (2019). *Menschenrechtsbasierte Soziale Arbeit in Sammelunterkünften: Widersprüche – Handlungsgrenzen – Handlungsmöglichkeiten*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Braun, G., & Zeeb, H. (2021). Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* (1. Aufl., S. 389–396). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85995-000>
- Bräutigam, B., & Ortmann, M. (2023). Ambulante psychotherapeutische Arbeit und psychosoziale Versorgung von geflüchteten Menschen. In M. Brandmaier, B. Bräutigam, S. B. Gahleitner, & D. Zimmermann (Hrsg.), *Geflüchtete Menschen psychosozial unterstützen und begleiten: Ein Handbuch* (S. 151–160). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bundesamt für Gesundheit. (2025, Februar 26). Bundesaktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/de/bundesaktivitaeten-zur-foerderung-der-psychischen-gesundheit>
- Bundesamt für Gesundheit BAG & Staatssekretariat für Migration SEM. (2017). *Gesundheitsversorgung für Asylsuchende in Asylzentren des Bundes und in den Kollektivunterkünften der Kantone: Konzept zur Sicherstellung der Erkennung, Behandlung und Verhütung von übertragbaren Krankheiten sowie des Zugangs zur notwendigen Gesundheitsversorgung [Konzept]*. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/b9257d10-f104-4851-8ef8-1710f88e6886.pdf>
- Calliess, I. T., Bauer, S., & Behrens, K. (2012). Kulturdynamisches Modell der bikulturellen Identität: Interkulturelle Psychotherapie unter Berücksichtigung der Struktur des Selbst. *Psychotherapeut*, 57(1), 36–41. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0879-3>
- Carey, A. T. (2018). Migration in einer turbulenten Weltordnung. In B. Blank, B. Schramkowski, S. Gögercin, K., E. Sauer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 9–29). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19540-3_2

- Carroll, H. A., Kvietok, A., Pauschardt, J., Freier, L. F., & Bird, M. (2023). Prevalence of common mental health disorders in forcibly displaced populations versus labor migrants by migration phase: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 321, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.010>
- Clausen, R. C. N., Gerlinger, M., & Mohr, C. (2024). Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften: Herausforderungen und Lösungsansätze zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Fluchterfahrung. In U. Brizay (Hrsg.), *Der Lange Weg ins Hilfesystem: Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung* (1. Aufl., S. 153–167). Beltz Juventa.
- Committee on economic, social and cultural rights. (2000). General comment no. 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health (United Nations Economic and Social Council, Hrsg.). UN. <https://digitallibrary.un.org/record/425041>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 8(1). <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Dettmers, S. (2021). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischoff (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Aufl., S. 18–28). Ernst Reinhardt Verlag.
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina & Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. (2018). Traumatisierte Flüchtlinge - schnelle Hilfe ist jetzt nötig: Stellungnahme [Stellungnahme]. Leopoldina. <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/traumatisierte-fluechtlinge-schnelle-hilfe-ist-jetzt-noetig-2018/>
- DiAngelo, R. (2020). Wir müssen über Rassismus sprechen: Was es bedeutet, in unserer Gesellschaft weiß zu sein (U. Bischoff, Übers.; 1. Auflage). Hoffmann und Campe.
- Dirim, I., Castro Varela, M. do M., Heinemann, A. M., Khakpour, N., Pokitsch, D., & Schweiger, H. (2016). Nichts als Ideologie? In M. do M. Castro Varela & P. Mecheril (Hrsg.), *Die Dämonisierung der Anderen: Rassismuskritik der Gegenwart*. Transcript.
- Domenig, D. (Hrsg.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Huber.

- Domenig, D. (2021). Von fremden Kulturen zu komplexen Identitäten. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz: Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe* (3. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 120-141). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85753-000>
- Engelmann, C., & Rabe, H. (2017). Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland [Menschenrechtsbericht]. Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/berichterstattung/menschenrechtsbericht/menschenrechtsbericht-2017>
- Erim, Y. (2024). Psychische Gesundheit von Geflüchteten: Psychische Belastungen und psychotherapeutische Konzepte für Menschen mit Fluchterfahrung— Befunde zur posttraumatischen Belastungsstörung, Depression und Angst. In Y. Erim (Hrsg.), *Klinische Interkulturelle Psychotherapie: Migration und Fluchterfahrung in der Therapeutischen Arbeit—Ein Lehr- und Praxisbuch* (2. erw. und überarb. Aufl., S. 93–124). Verlag W. Kohlhammer.
- Foroutan, N. (2021). Die postmigrantische Gesellschaft: Ein Versprechen der pluralen Demokratie (2. Aufl.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839459447>
- Frahsa, A. (2025). Vulnerabilität in unterschiedlichen Lebensphasen: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit in Gesundheitsförderung und Prävention fördern (Gesundheitsförderung Schweiz, Hrsg.). <https://gesundheitsfoerderung.ch/node/9737>
- Führer, A., & Eichner, F. (2015). Eine interdisziplinäre Studie zur Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Halle (Saale) [Studie]. Rosa-Luxemburg-Stiftung. <https://www.rosalux.de/publikation/id/8603/verloren-im-raederwerk>
- Gekeler, B. (2020). Akkulturation, Soziale Repräsentation von Multikulturalismus und Stress. In P. Genkova & A. Riecken (Hrsg.), *Handbuch Migration und Erfolg: Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte* (1. Aufl., S. 495–517). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6>
- Genkova, P. (2021). Migration und Kulturschock: Psychologische Aspekte der Migration. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (2. vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 702-726). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5>

- Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern. (2022, Oktober 24). A 979 Anfrage Lang Barbara und Mit. Über die steigenden Krankenkassenkosten, deren Ursachen und weitere Gesundheitskosten. <https://www.lu.ch/kr/parlamentsgeschaefte/detail?ges=b42873a4bbc742ef8293ac636c0469ae&back=1&text=FCL&art=-0-1-2-3&bart=-0-1-2-3-4&vart=-0-1-2-3&wart=1&gart=1&status=-0-1>
- Geyer, S. (2018). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit: Zwei Forschungslinien. *Public Health Forum*, 26(4), 308–311. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0079>
- Ghaderi, C. (2022). Psychosoziale Versorgung: Flucht belastet die Seele. *Psychosoziales Zentrum. neue caritas*, 2, 2–5. Lambertus
- Giacco, D., & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 109–116. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000609>
- Gleissner, M. (2024). Wünsche von Fachkräften: Soziale Arbeit im Spannungsverhältnis zwischen Asylpolitik und Menschenrechtsorientierung. In U. Brizay (Hrsg.), *Der Lange Weg ins Hilfesystem: Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung* (1. Aufl., S 236–249). Beltz Juventa.
- Gogercin, S. (2022). Netzwerk- und Sozialraumarbeit Im Kontext Von Migration, Flucht und Integration (1. Aufl.). Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-34968-4>
- Graef-Calliess, I. T., & Machleidt, W. (2019). Kulturelle Kompetenz und Transkulturalität in der Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (1. Aufl., S. 129–148). Hogrefe. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Gröschke, D. (2021). Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Stress in interkulturellen und globalen Settings. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (S. 567–583). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5_27
- Gründer, R. (2018). Sozialarbeitsethik der Migrationsgesellschaft. In B. Blank, B. Schramkowski, S. Gögercin, & K. E. Sauer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 255–265). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19540-3_21

- Habermann, M., & Schenk, L. (2020). Migration und Alter (1. Aufl.). De Gruyter, <https://doi.org/10.1515/9783110563375>
- Hadžić, E., & Tilton, N. (2023). Verständigung in der Krise: Sprachmittlung in der psychosozialen Beratung für geflüchtete Menschen. In M. Brandmaier, B. Bräutigam, S. B. Gahleitner, & D. Zimmermann (Hrsg.), Geflüchtete Menschen psychosozial unterstützen und begleiten: Ein Handbuch (S. 176–192). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hajji, R., & Stolle, P. (2024). Die Resilienz von Geflüchteten in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 20(3), 463–471. <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01144-w>
- Hapke, U. (2023). Psychische Gesundheit in Deutschland. In V. Scherenberg & J. Pundt (Hrsg.), Psychische Gesundheit wirksam stärken—Aber wie? (Bd. 7, S. 25–40). APOLLON. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/61661>
- Hauth, I., Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I. T., & Gerlinger, G. (2016, März 22). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Hrsg.). https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/c03a6dbf7dcdb0a77dbdf4ed3e50981431abe372/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale
- Hax-Schoppenhorst, T., & Jünger, S. (2019). Seelische Gesundheit von Geflüchteten. W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034810-3>
- Heiniger, T., & Kaiser, P. (2020). Früherkennung von Traumafolgeerkrankungen bei Asylsuchenden. 101, 54–56.
- Henkelmann, J.-R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B., & Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. BJPsych Open, 6(4), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.54>
- Hildebrandt, H., & Stührenberg, A. (2023). Beispiele für Gesundheitskioske. In H. Köckler, A. Roll, M. Wessels, & H. Hildebrandt (Hrsg.), Gesundheitskiosk: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven (1. Aufl., S. 41-45). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43666-7>

- Hoell, A., Kourmpeli, E., Salize, H. J., Heinz, A., Padberg, F., Habel, U., Kamp-Becker, I., Höhne, E., Böge, K., & Bajbouj, M. (2021). Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived refugees and asylum seekers in Germany: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 7(3), 1-12. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.54>
- Hoell, A., & Salize, H. J. (2019). Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1187–1200. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00820-z>
- Hövenner, C., & Fiack, S. (2023). Intersektional und komplex: Aktuelle Forschung und Praxis im Bereich Migration, Flucht und Gesundheit. Welche Aspekte sollten berücksichtigt werden? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(10), 1069–1070. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03766-5>
- Humanrights & Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR. (2024). Rassismuvorfälle aus der Beratungsarbeit: Bericht zu rassistischer Diskriminierung in der Schweiz auf der Grundlage des Dokumentations-Systems Rassismus DoSyRa [Rassismusbericht]. <https://www.network-racism.ch/rassismusberichte/rassismuvorfälle-in-der-beratungspraxis-2023>
- Humanrights & Schweizerisches Menschenrechtsinstitut SMRI. (2025). Recht auf Gesundheit [Informationsportal für Menschenrechte]. Menschenrechte im Überblick. <https://www.isdh.ch/de/infoportal/menschenrechte-im-ueberblick/recht-auf-gesundheit>
- Jagusch, B. (2023). Rassismus und Rassismuskritik in der Sozialen Arbeit. In A. van Rieën & C. Bleck (Hrsg.), *Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 455–464). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-039847-4>
- Kampert, M., Wolff, M., & Schröer, W. (2020). Schutzkonzepte und Gefährdungsanalysen zur Herstellung einer Kultur der Achtsamkeit in Organisationen. In W. Schröer, T. Rusack, M. Kampert, & M. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Schutzkonzepte und Diversität in Organisationen gestalten: Fokus: Junge Menschen mit Fluchterfahrungen*. Mit Online-Materialien (1. Aufl., S. 90–104). Beltz Juventa.
- Karger, A., Lindtner-Rudolph, H., Mroczynski, R., Ziem, A., & Joksimovic, L. (2017). „Wie fremd ist mir der Patient?“. Erfahrungen, Einstellungen und Erwartungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(3), 280–296. <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.280>
- Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen KKF. (2024). Gesundheit im Asyl- und Flüchtlingsbereich [Fachinformation].

- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., De Graaff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U., & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>
- Kizilhan, J. I., & Klett, C. (2021). *Psychologie für die Arbeit mit Migrantinnen* (1. Aufl., Bd. 1). Beltz Juventa.
- Köchling-Farahwaran, J. (2021). Gesundheit und Migration. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. aktual., S. 57–64). Ernst Reinhardt Verlag.
- Köckler, H. (2023). Der Gesundheitskiosk im Sozialraum. In A. Roll, M. Wessels, H. Hildebrandt, & H. Köckler (Hrsg.), *Gesundheitskiosk: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven* (1. Aufl., S. 35-40). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43666-7>
- Köhler, T. (2024). *Psychische Störungen: Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie* (4., aktual. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- Kolland, F., & Rohner, R. (2024). Gerechtigkeit und soziale Determinanten der Gesundheit im Lebenslauf. *Die Innere Medizin*, 65(10), 985–991. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01771-7>
- Koustoula, O. (2022). Psychotherapie im Migrationskontext. *Psychotherapie Forum*, 26(3), 129–135. <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00208-6>
- Kröger, C., Pauls, H., & Gahleitner, S. B. (2023). Klinische Sozialarbeit. In A. van Rieën & C. Bleck (Hrsg.), *Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 359–366). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-039847-4>
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I., Wahle, T., Bausum, J., Weiß, W., & Schmid, M. (2013). *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Beltz.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Liewald, K., & Wälchli, M. (o. J.). Sui SRK App [Informationswebseite]. Migeplus. Abgerufen 14. Juli 2025, von <https://www.migesplus.ch/sui>
- Lorenz, D. (2018). »All refugees are vulnerable« Vulnerabilität, Konflikte und Katastrophen im Spiegel Postkolonialer Theorie. *Zeitschrift für Friedens- und Konfliktforschung*, Sonderband 2, 60–98. <https://doi.org/10.5771/9783845291307-61>

- Madubuko, N. (2011). *Akkulturationsstress von Migranten: Berufsbiographische Akzeptanzerfahrungen und angewandte Bewältigungsstrategien* (1. Aufl.). Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-531-92733-6>
- Maier, T., Morina, N., Schick, M., & Schnyder, U. (2019). Prinzipien und Besonderheiten der Psychotherapie traumatisierter Geflüchteter. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (1. Aufl., S. 297–318). Hogrefe. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Maier, T., & Schnyder, U. (2019). Die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen von Krieg, Vertreibung und Flucht. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (1. Auflage). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Mai-Thi Tang, J., Kassem, N., & Kassem, R. (2024). Sprachmittlung im psychosozialen Versorgungssystem: Brücke zu einer bedarfsgerechten und kultursensiblen Unterstützung. In U. Brizay (Hrsg.), *Der lange Weg ins Hilfesystem: Die psychosoziale Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung* (1. Aufl., S. 168-185). Beltz Juventa. https://content-select.com/media/moz_viewer/65b36879-1c38-4f44-ba7d-430dac1b000f#chapter=10815172&page=54
- McAuliffe, M., & Oucho, L. A. (2020). *World Migration Report 2024 [Jahresbericht]*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- Mecheril, P., & Dirim, İ. (2010). Die Sprache(n) der Migrationsgesellschaft. In S. Andersen, K. Hurrelmann, C. Palentien, & W. Schröer (Hrsg.), *Migrationspädagogik* (S. 99-113). Beltz.
- Mehl, S., Gioldi, A., & Albert, I. (2021). Resilienz im Kontext von Migration und Flucht. In T. Ringen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (2. Aufl., S. 795-809). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5>
- Metzing, M. (2021). Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten, deren Nachkommen und Geflüchteten in Deutschland (Datenreport No. 8; 2021 - Sozialbericht für Deutschland, S. 286–294). <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.html>
- Meyer, K. (2017). *Theorien der Intersektionalität zur Einführung* (2., erg. Aufl.). Junius.

- Morina, N. (2019). Sprache und Dolmetschen. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung (1. Auflage, S. 109–128). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Müller, A.-L. (2024). Migration: Das Phänomen. UVK Verlag. <https://elibrary.utb.de/doi/10.36198/9783838556949-24-45>
- Müller, F., Laubereau, B., Bucher, N., & Ostrowski, G. (2017). Gesundheitsversorgung für Asylsuchende. Interface und evaluanda. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/c9e90af0-1377-4efc-b535-75159fa3e755.pdf>
- Müller, F., Laubereau, B., Bucher, N., & Ostrowski, G. (2018). Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Interface und evaluanda. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/a250dfc6-079c-4e81-88af-1135eb74bd7e.pdf>
- Nesterko, Y., Kaiser, M., & Glaesmer, H. (2017). Kultursensible Aspekte während der Diagnostik von psychischen Belastungen bei Flüchtlingen – Zwei kommentierte Fallberichte. PPM - Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67, 109–118. <https://doi.org/10.1055/s-0042-107802>
- Nowak, A. C., & Hornberg, C. (2023). Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland—Erkenntnisse einer qualitativen Studie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 66(10), 1117–1125. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03614-y>
- Nutsch, N., & Bozorgmehr, K. (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63(12), 1470–1482. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0>
- Oerter, R. (2021). Der Aufbau kultureller Identität im Spannungsfeld von Enkulturation und Akkulturation. In T. Ringeisen, P. Genkova, & F. T. L. Leong (Hrsg.), Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven (S. 49–62). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5_5
- Oetterli, M., Niederhauser, A., & Pluess, S. (2013). Ist—Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich [Kurzbericht]. <https://www.sem.admin.ch/dam/sem/de/data/integration/berichte/analyse-psysoz-angebote-d.pdf.download.pdf/analyse-psysoz-angebote-d.pdf>

- Polat, A. (2022). Migration und psychische Gesundheit. In D. Röh & E. Schreieder (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 182-197). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036898-9>
- Prasad, N. (2021). Diskriminierungskritische Zugänge in der Sozialen Arbeit. In H. Berner, D. Böhler, T. Füchslbauer, M. Hofer, A. Kühne, I. Messinger, A. Riegler, & M. Tissberger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Postmigrationsgesellschaft* (S. 220–233). Beltz Juventa. <https://content-select.com/de/portal/media/view/6047368d-7668-4b80-9a31-389bb0dd2d03?forceauth=1>
- Rademaker, A. L. (2023). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Sozialwesen. In A. van Rieën & C. Bleck (Hrsg.), *Handlungsfelder und Adressierungen der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 342–350). Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-039847-4>
- Reichhart, T., & Pusch, C. (2023). Stress und Stressmanagement. In T. Reichhart & C. Pusch (Hrsg.), *Resilienz-Coaching: Ein Praxismanual zur Unterstützung von Menschen in herausfordernden Zeiten* (S. 227–240). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37432-7_18
- Riecken, A., & Terkowski, L.-L. (2022). Migration und Gesundheit: Ein kritischer Blick auf Forschung und Praxis. *Migration und Soziale Arbeit*, 4, 299–306. <https://doi.org/10.3262/MIG2204299>
- Riegel, C. (2018). Intersektionalität. Eine kritisch-reflexive Perspektive für die sozialpädagogische Praxis in der Migrationsgesellschaft. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen—Konzepte—Handlungsfelder* (S. 221-232). Springer VS.
- Röh, D., & Schreieder, E. (2022). *Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit* (1. Aufl.). Verlag W. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-036898-9>
- Sachverständigenrat für Integration und Migration. (2022). Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland [Jahresgutachten]. Sachverständigenrat für Integration und Migration. <https://www.svr-migration.de/publikationen/jahresgutachten/jahresgutachten-2022/>
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
- Sauer, M., & Brinkmann, H. U. (2016). Einführung: Integration in Deutschland. In H. U. Brinkmann & M. Sauer (Hrsg.), *Einwanderungsgesellschaft Deutschland: Entwicklung und Stand der Integration* (S. 1–21). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-05746-6_1

- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2017). Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht. *Psychotherapeut*, 62(4), 306–313. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0212-x>
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52(2), 87–96. <https://doi.org/10.1007/s00038-007-6002-4>
- Scherr, A., & Scherschel, K. (2016). Soziale Arbeit mit Flüchtlingen im Spannungsfeld von Nationalstaatlichkeit und Universalismus: Menschenrechte - ein selbstevidenter normativer Bezugsrahmen der Sozialen Arbeit? Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, 36(141), 121–129.
- Scherwath, C., & Friedrich, S. (2025). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung (5., überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Schick, M. (2019). Postmigratorischer Stress und soziale Integration. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (1. Aufl.). Hogrefe. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Schirilla, N. (2023). *Migration in Deutschland—Soziologisch erklärt* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-040477-9>
- Schmid, S., & Utler, A. (with Thomas, A.). (2023). Psychisch belastete und erkrankte Geflüchtete versorgen: Das TAFF - Praxismanual. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, C., & Bozorgmehr, K. (2017). Prävalenz körperlicher und psychischer Erkrankungen bei Asylsuchenden und Geflüchteten. In M. Borcsa & C. Nikendei (Hrsg.), *Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge* (1. Aufl., S. 32-42). Thieme. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2935355>
- Schouler-Ocak, M. (2020). Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund in Deutschland. In P. Genkova & A. Riecken (Hrsg.), *Handbuch Migration und Erfolg: Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte* (S. 567–587). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18236-6_33
- Sonnenberg, K. (2023). Internationale Soziale Arbeit und die ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit weltweit. In K. Sonnenberg & C. Ghaderi (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Nachkriegs- und politischen Konfliktgebieten: Beispiele aus der Kurdistan Region Irak und darüber hinaus* (S. 49–70). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-41157-2_1

- Soyer, J. (2019). Soziale Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (1. Auflage, S. 247–264). Hogrefe. <http://doi.org/10.1024/85829-000>
- Spallek, J., & Razum, O. (2021). Epidemiologische Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* (1. Auflage, S. 81–90). Hogrefe.
- Staatssekretariat für Migration. (2025). Betriebskonzept Unterbringung [Konzept]. <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asylverfahren/asylregionen-baz.html>
- Staatssekretariat für Migration SEM, Schweizerische Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK, & Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren KKJP. (2018). *Faktenblatt zur Neustrukturierung Asyl: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden*.
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollst. überarb. und aktual. Aufl.). UTB. <https://doi.org/10.36198/9783838547930>
- Tallarek, M., Mlinarić, M., & Spallek, J. (2021). Migration – Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 199–211). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62426-5_28
- Tietje, O. (2020). „... wie immer im Gewerbegebiet.“ Einschränkungen der sozialen Teilhabe Geflüchteter durch ihre Unterbringung. *Bürger und Staat*, 70(3), 144–148.
- Trabert, G., & Waller, H. (2013). *Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis* (7., aktual. und erw. Aufl.). W. Kohlhammer.
- Trevisan, A. (2020). *Depression und Biographie: Krankheitserfahrungen migrierter Frauen in der Schweiz*. Transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839450796>
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>

- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024). Flüchtlingszahlen (S. 32) [Mid-Year-Trends-Report]. <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluechtlingzahlen>
- Uslucan, H.-H. (2021). Belastungen und Unterstützungspotenziale von Migrantinnen. In Handbuch Stress und Kultur (S. 779–793). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5_38
- van Keuk, E. (2023). Traumatisierte Geflüchtete in Deutschland. Psychotherapie zwischen Willkommenskultur und Abschiebep Praxis. In P. Mantell, C. Woopen, & C. Schwegler (Hrsg.), Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe (S. 107–118). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65515-3_10
- Walgenbach, K. (2012). Startseite|Portal Intersektionalität. <http://portal-intersektionalitaet.de/startseite/>
- Walgenbach, K. (2017). Heterogenität—Intersektionalität—Diversity in der Erziehungswissenschaft (2. durchgesehene Aufl.). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838586700>
- Wanner, M. (2018). Migration und Gesundheit. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder (S. 623–633). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19540-3_52
- Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen [Grundlagenbericht]. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/e65575cc-99e4-4613-96a4-cd5e6a8bc77b.pdf>
- World Health Organization. (2022). World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023a, März 31). Depressive Störung (Depression) [Faktenblatt]. Newsroom. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2023b, September 27). Angststörungen [Faktenblatt]. Newsroom. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Zito, D., & Martin, E. (2024). Traumasensibler Umgang mit geflüchteten Menschen: Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche (2. überarb. und aktual. Aufl.). Beltz.

9. Anhang

A Tabelle Nachweis KI

Umfang	Funktionsart	Prompts
Gesamte Arbeit	Zusammenfassen der einzelnen Kapitel durch ChatGPT, Version 4.0 (16.07.2025)	«Im letzten Kapitel möchte ich einen Rückblick erstellen. Bitte stelle mir tabellarisch und stichwortartig dar, welche Themen ich in welchem Kapitel bearbeitet habe.»
Gesamte Arbeit	Rückmeldung zur Stringenz und Leseführung der Arbeit durch ChatGPT, Version 4.0 (31.07.2025)	«Bitte erstelle mir eine kritische Rückmeldung zur Stringenz meiner Bachelorarbeit. Achte dich zudem auf die Leseführung und setze dich dabei in Position einer dozierenden Person einer Fachhochschule. Ich möchte ein schriftliches Feedback. Es ist wichtig, dass du auf keinen Fall Änderungen am Dokument vornimmst.»
Titelblatt Seite 1	Bildgenerierung durch ChatGPT, Version 4.0 (31.07.2025)	«Ich habe dir ja bereits meine Bachelorarbeit für die Bewertung der Stringenz eingefügt (psychische Gesundheit bei geflüchteten Erwachsenen). Nun möchte ich ein ansprechendes Titelblatt gestalten: welches Bild kommt dir in den Sinn, wenn du dich auf die Inhalte meiner Bachelorarbeit konzentrierst und diese abstrakt (vielleicht auf leicht verspielt mit einem anregenden Bild) darstellst?»

B Flüchtlingsspezifische Inklusionschart IC_Flü

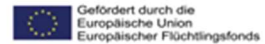
FLÜCHTLINGSSPEZIFISCHES INKLUSIONSCHART IC_FLÜ

Stammdaten




Chiffre-Nr.:		
Aufnahme am:		
Geschlecht:		
Alter:		
Herkunftsland:		
Aufenthaltsstatus:		
Familienstand:		
Kinder:		
Religion (optional):		
Ethnie (optional):		
Schulbildung:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:
Berufsausbildung:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:
Beschäftigungsstatus:	Im Herkunftsland:	aktuelle Situation:



Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe "Daten für Taten" 2014, BAF e.V.



I. Achse: a. Funktionssysteme/ b. Substituierende Systeme

I.a. FUNKTIONSSYSTEME/ I.b. SUBSTITUIERENDE SYSTEME	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weitge hend	Mang elhaft	Exclu diert			
					  	(Daten und Fakten)	(laufend und geplant)
A. Arbeitsmarkt							
A1. bei Arbeitsverbot Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsleistung						Optionen: - Gemeinnütziger Arbeit / 1 Euro-Job - Ehrenamtliche Tätigkeit - Sonstiges	
B Sozialversicherung							
C. Geldverkehr							
D. Mobilität							
E. Bildungswesen							
E1. Deutschkurse + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen							
F. Medien							
G. Medizinische Versorgung							
G1. Flüchtlings- spezifische Gesundheitseinrich- tung						Optionen: - Psychotherapeutische Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer - Medizinische Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe - Sonstiges	
H. Kommunikation							
I. Lebensweltlicher Support							
I.1. (Semi)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support						Optionen: - lokale Flüchtlingssozialarbeit - ehrenamtliche Begleitung - Mentorenprogramme - Vormund - Sonstiges	

II. Achse: Existenzsicherung

II. Existenzsicherung	adäquat	Weitgehend	mangelhaft	Nicht gewährleistet	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen								
B. Lebensmittel (Güter des pers. Bedarfs)								
C. Sicherheit								



Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe "Daten für Taten" 2014, BAIF e.V.

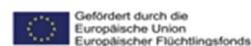


III. Achse: Funktionsfähigkeit

III. FUNKTIONSFÄHIGKEIT	Sehr gut	Eingeschränkt	mangelhaft	gefährdend	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A1. körperliche Gesundheit					---			
A2. psychische Gesundheit					---			
A3. Funktionsniveau	Einschätzung nach GAF-Scale:						___ Max/ Jahr: ___ Min/ Jahr:	
B. Kompetenzen								
C. Sorgepflichten								



Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe "Daten für Taten" 2014, BAIF e.V.

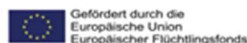


Kriterien zur Einschätzung nach GAF-Scale:

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen).
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernst Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingekommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.



Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe "Daten für Taten" 2014, BAfF e.V.



C Fragekatalog Expertinneninterview

Fragekatalog Interview 5. Mai 2025 – psychische Gesundheit geflüchtete Erwachsene

Grundlagen und Kontext

Wie verstehen Sie den Kulturbegriff? Wie beeinflusst der Kulturbegriff Ihre Arbeit in der Klinik?

Was können Sie bezüglich Prävalenzraten von psychischen Erkrankungen bei geflüchteten Erwachsenen im Vergleich zur Bevölkerung des Ankunftslandes sagen? Gibt es Studien, welche repräsentativ die Heterogenität der Gruppe beachten?

Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

Inwiefern beeinflussen Akkulturationsprozesse das psychische Wohlbefinden geflüchteter Erwachsener im Ankunftsland? Wirkung von Akkulturationsstress auf die psychische Gesundheit?

Was können Sie uns zu den post-migratorischen Einflussfaktoren „soziale Benachteiligung, Rassismus und Diskriminierung“ in Bezug auf die psychische Gesundheit sagen? Inwiefern findet der Intersektionalitätsansatz Anwendung?

Inwiefern lässt sich das Phänomen der Interdependenz von Migration/Flucht und Gesundheit erklären? Kennen Sie anerkannte aktuelle Modelle?

Zugang und erste Schritte in der Arbeit

Wie ist der Zugang zu Ihren Angeboten geregelt? Ist ein niederschwelliger Zugang gewährleistet? Wie kommen die Patient*innen zu Ihrem Angebot?

Wie sieht es mit der Finanzierung von Dolmetscher*innenkosten aus?

Wie sehen die ersten Schritte in der Zusammenarbeit mit geflüchteten Erwachsenen aus?

Spezifische Herausforderungen

Welche spezifischen Herausforderungen sehen Sie bei geflüchteten Erwachsenen in Bezug auf Traumafolgestörungen? Wie kann dem aus professioneller Sicht begegnet werden?

Was sagen Sie zur Ungleichbehandlung von geflüchteten Erwachsenen im Versorgungssystem aus fachlich-ethischer Sicht?

Strukturelle Bedingungen und Perspektiven

Inwiefern sehen Sie bei den Struktur- und Rahmenbedingungen der Unterbringung Handlungsbedarf, um die psychische Gesundheit der geflüchteten Erwachsenen zu verbessern?

Sind Verbesserungen in Bezug auf die gesundheitliche Ungleichheit bei geflüchteten Erwachsenen in Aussicht?

Praxisansätze und Rolle der Sozialen Arbeit

Welche Praxisansätze zur psychosozialen Unterstützung von geflüchteten Erwachsenen sehen Sie als erfolgsversprechend und welche Rolle kann die Soziale Arbeit dabei einnehmen?

Herzlichen Dank, dass Sie sich für unser Anliegen Zeit nehmen. Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen am 05.05.2025.

Beste Grüsse, Andri Camadini & Lorina Tachtler