



SELBST- UND SOZIALWIRSKAM ZU NEUEN LEBENSPERSPEKTIVEN

Ermöglichung von sozialer Integration von psychisch erkrankten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen durch die Eröffnung von Gestaltungsspielräumen der Selbstwirksamkeit in der Sozialhilfe

Vom müssen, zum sollen, zum nicht wollen hin zum können, dürfen und mögen

Nadine Ahl

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit
Januar 2018

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **TZ 2013-2018**

Ahl Nadine

Selbst- und sozialwirksam zu neuen Lebensperspektiven

Ermöglichung von sozialer Integration von psychisch erkrankten Flüchtlingen und vorläufig aufgenommenen durch Eröffnung von Gestaltungsspielräumen der Selbstwirksamkeit in der Sozialhilfe

Diese Bachelor-Arbeit wurde im Januar 2018 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

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



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

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.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

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 Schulleitung

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 zehn 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 als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden 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 Sozialarbeiter_innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2018

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Nadine Ahl ist in dieser Literaturlarbeit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und sozialer Integration von psychisch erkrankten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen nachgegangen. Es wurde hierzu Fachliteratur, Studien und Erkenntnisse von Organisationen aus dem Sozialbereich einbezogen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass viele geflüchtete Menschen in der Folge ihrer Fluchterfahrungen an psychischen Störungen leiden. Diese können durch postmigratorische Stressoren verstärkt werden und sind auf prekäre Lebenslagen im Aufnahmeland, wie eingeschränkte rechtliche, ökonomische und soziokulturelle Mittel, zurückzuführen. Gestützt auf die Modale Strukturierungstheorie nach Gregor Husi wurde deutlich, dass sich die prekären Lebenslagen auf die Integration auswirken können. Die Selbstwirksamkeit kann die psychische Gesundheit jedoch stärken, daher werden Ermöglicungen im Handeln aufgezeigt. Dabei ist für eine Stabilisierung die Förderung der Resilienz, mittels Ressourcenaktivierung und sozialer Vernetzung, grundlegend.

Die professionelle Soziale Arbeit muss nach Ulrich Glöckler (2017) die Begrenzungen der Verwirklichungschancen sowie den Verlust von Handlungsmacht erkennen. Um die soziale Integration zu ermöglichen muss sie gleichzeitig die gesellschaftlichen und lebensweltlichen Verwirklichungschancen erfassen, die zur selbstbestimmten Selbstwirksamkeit verhelfen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden Gestaltungsspielräume zur Förderung der Selbstwirksamkeit in der Sozialhilfe, für die Ermöglicung von sozialer Integration, abgeleitet. Dabei werden Handlungsoptionen auf den Ebenen Beratung, Institution sowie Politik und Gesellschaft dargelegt.

Dank

Ein Dank gilt den Dozent_innen der HSLU, Arbeitskolleg_innen, Studienkolleg_innen, Familienangehörigen und Freund_innen, die mich in irgendeiner Form unterstützt haben. Dabei haben die fachlichen Gespräche neue Perspektiven eröffnet und gleichzeitig haben die Zusprüche und sonstige Unterstützung, die ich erfahren durfte, für Entlastung gesorgt. Herzlichen Dank dafür.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Dank.....	II
Inhaltsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Bezug zur Sozialen Arbeit	1
1.2 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit.....	2
1.3 Ziele der Arbeit und Adressatenschaft	3
1.4 Persönliche Motivation	4
2 Selbstwirksamkeit und Gesundheit.....	5
2.1 Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung	5
2.2 Gesundheit.....	8
2.3 Resilienz.....	10
3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit	11
3.1 Flucht und Traumaprozess.....	12
3.2 Mögliche psychische Störungen.....	14
3.3 Komorbide Störungen	18
3.4 Herausforderungen der Behandlung und Möglichkeiten der Prävention	18
4 Postmigratorische Stressoren	21
4.1 Rechtliche Lage	22
4.2 Sozioökonomische Lage	23
4.3 Soziokulturelle Lage.....	24
5 Einflussfaktoren auf die Soziale Integration	26
5.1 Analyse Lebensstruktur und Lebenspraxis.....	26
5.1.1 Theoretisches Modell der Modalen Strukturierungstheorie	26
5.1.2 Einschränkungen in der Lebenslage (Mikro-Ebene).....	28

5.1.3	Lebensziel gesellschaftliche Integration (Makro-Ebene)	31
5.1.4	Rolle der Institution Sozialhilfe (Meso-Ebene).....	33
5.1.5	Ermöglichkeiten in der Lebenspraxis (Mikro-Ebene)	36
5.2	Auftrag der Sozialen Arbeit	37
6	Gestaltungsspielräume der Selbstwirksamkeit	39
6.1	Ebene psychosoziale Beratung (Mikro-Ebene)	40
6.1.1	Vertrauensbeziehung und Anerkennung	40
6.1.2	Ressourcenerschliessung und -aktivierung	41
6.1.3	Motivierende Gesprächsführung	44
6.1.4	Soziale Netzwerke und Partizipation.....	46
6.2	Ebene Institution Sozialhilfe (Meso-Ebene)	47
6.2.1	Phasenmodell der Integration.....	47
6.2.2	Transkulturelle Kompetenz	52
6.2.3	Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden.....	53
6.3	Ebene Gesellschaft und Sozialpolitik (Makro-Ebene)	53
6.3.1	Sensibilisierungsarbeit und Partizipation	54
6.3.2	Gleichstellung anstreben und Ungleichheiten aufdecken	55
6.3.3	Leistungsnachweis der Profession der Sozialen Arbeit	56
7	Zentrale Erkenntnisse	58
7.1	Konsequenzen für die Soziale Arbeit	58
7.2	Ausblick.....	60
8	Literaturverzeichnis.....	62
Anhang.....	VII
A	Fallbeispiele.....	VII
B	ISEA-Modell.....	XI
C	Reflexion Interventionen.....	XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einfache Skizze sozial-kognitive Theorie nach Bandura.....	6
Abbildung 2: Der Traumaprozess bei Flüchtlingen	12
Abbildung 3: Übersicht über mögliche Störungen nach einem traumatischen Ereignis	14
Abbildung 4: Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie.....	27
Abbildung 5: Verhaltensbezogene Faktoren in Anlehnung an Bourdieu 1997	29
Abbildung 6: Vier Phasen des MI	44
Abbildung 7: Integrationsphasen	48
Abbildung 8: Integrationsthemen – Integrationsphasen	49
Abbildung 9: Aktivitäten und Handlungsmuster	50
Abbildung 10: Assessment- und Integrationsschema	51

Abkürzungsverzeichnis

AOZ	Asylorganisation Zürich
AsylG	Asylgesetz
Art.	Artikel
AuG	Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (Ausländergesetz)
BFS	Bundesamt für Statistik
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EU	Europäische Union
Kap.	Kapitel
KIP	Kantonales Integrationsprogramm
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MI	Motivational Interviewing
MSt	Modale Strukturierungstheorie
PSD	Psycho-Sozialen Dienst
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SEM	Staatssekretariat für Migration
SFH	Schweizerische Flüchtlingshilfe
SHG	Sozialhilfegesetz
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
VAf	Vorläufig aufgenommene Flüchtlinge
VAP	Vorläufig aufgenommene Personen
vgl.	Vergleich
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage sowie der Bezug zur sozialen Arbeit erläutert. Mit den Fragestellungen wird gleichzeitig der methodische Aufbau der Arbeit ausformuliert. Bei der Zielsetzung wird zudem die Adressatenschaft, welche mit dieser Arbeit angesprochen werden soll, aufgeführt. In der persönlichen Motivation schildert die Autorin den persönlichen Bezug zum Thema.

1.1 Ausgangslage und Bezug zur Sozialen Arbeit

Über 50 Millionen Menschen sind weltweit auf der Flucht vor Verfolgung, Unterdrückung und Bedrohung an Leib und Leben. Ein kleiner Teil von ihnen gelangt nach Europa und in die Schweiz (Schweizerische Flüchtlingshilfe, SFH, ohne Datum, a). Die Schweiz gewährt Menschen Schutz und Aufenthalt, die in ihrem Herkunftsland verfolgt werden und ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder aus anderen humanitären Gründen nicht in ihre Heimat zurückkehren können. Sie erhalten demzufolge eine Anerkennung als Flüchtling, eine vorläufige Aufnahme als Flüchtling oder eine vorläufige Aufnahme (SFH, ohne Datum, b).

Die Migration in die Schweiz eröffnet Betroffenen nicht nur neue Chancen und Lebensperspektiven. Insbesondere im Falle erzwungener Migration, wie bei Flucht, geht diese mit einer Vielzahl von Belastungen und Herausforderungen einher. Hierzu gehören einerseits die prämigrationen Faktoren wie traumatische Erfahrungen, Verfolgung und Verluste im Herkunftsland. Andererseits gehören dazu die postmigrationen Erfahrungen wie kulturelle und familiäre Entwurzelung, Schwierigkeiten mit der Sprache und der Arbeitsintegration sowie unsichere Aufenthaltssituation. Diese Faktoren können psychische und physische Erkrankungen mit sich bringen oder diese verstärken (Universitätsspital Zürich, ohne Datum).

Die Betroffenen sind vor und während der Flucht durchaus selbstwirksam. Im Aufnahme-land angekommen, fehlt es vielen jedoch aus unterschiedlichen Gründen an Selbstwirksamkeit. In aktuellen Fachartikeln und Medienberichten sowie Vorträgen wird seitens Fachpersonen deshalb immer wieder auf die Wichtigkeit der Unterstützung der Selbstwirksamkeit verwiesen, um eine soziale Integration zu ermöglichen. Bei der Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen gilt es, die Überzeugung der eigenen Wirksamkeit in Bezug auf neue Rollen oder Situationen zu erhalten. Sowohl die Person selbst als auch das Umfeld sind für die Förderung und die Entwicklung von Selbstwirksamkeit entscheidend. Auf der Ebene des Umfelds ist das Vertrauen wichtig, das einer Person entgegengebracht wird, sowie der zugestandene Handlungsspielraum, um selbstwirksame Erfah-

rungen machen zu können (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017). Psychische Gesundheit ist beeinflussbar. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle wie Selbstvertrauen, Lebenssinn oder soziale Bedingungen. Aber auch Wohlbefinden und Lebensqualität sind wesentlich für die seelische Gesundheit. Grosse Bedeutung wird der Selbstwirksamkeit zugeschrieben. Das bedeutet, dass ein Mensch sich frei für eine Handlung entscheiden kann und auch daran glaubt, das Vorhaben in die Tat umsetzen zu können. Insofern bedeutet Selbstwirksamkeit, die Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der persönlichen Umwelt zu haben und sich nicht ausgeliefert und hilflos zu fühlen (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2015).

Wird Integration als interaktiver Prozess zwischen Zugewanderten und Einheimischen betrachtet, so rückt der Begriff Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in den Vordergrund der Betrachtung. Erfolgreiche Integration findet statt, wenn die Zugewanderten am gesellschaftlichen Leben partizipieren. Sofern die Partizipation nicht durch gleichberechtigten Zugang zu gesellschaftlichen Teilsystemen gesichert wird, stagniert die Integration. Partizipation kann also durch das Prinzip der Chancengleichheit ermöglicht werden, welche nichts anderes ist als die positive Umkehrung des Diskriminierungsverbots (Dagmar Domenig, 2007, S. 61). Gemäss Susanne Beck, Anita Diethelm, Marijke Kerssies, Oliver Grand und Beat Schmocker (2010) zielt die Soziale Arbeit auf das gegenseitige unterstützende Einwirken von Menschen und ihrer Umfeldler und damit auf soziale Integration (S. 6). Insofern ist sie ein gesellschaftlicher Beitrag, insbesondere an diejenigen Menschen und Gruppen, die in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt sind oder deren Zugang und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind. Wegleitend sind die Grundsätze der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung (ebd., 2010, S. 9-10). Die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe hat neben der finanziellen Existenzsicherung den Auftrag, die Eingliederung von vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen in die Gesellschaft zu unterstützen (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, SKOS, 2014, a).

Die Autorin hat die Ausgangslage anhand von drei Fallbeispielen dargestellt, um den Bezug zur Praxis herzustellen (siehe Anhang A). Als Hilfsmittel für die Situationseinschätzung und -analyse wurde das ISEA-Modell verwendet (siehe Anhang B).

1.2 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Mit der Wahl des methodischen Vorgehens wird gleichzeitig eine Eingrenzung des Themas vorgenommen. Es wurde hierzu Fachliteratur sowie Studien und Erkenntnisse von Organisationen aus dem Sozialbereich einbezogen. Der Aufbau der Arbeit gliedert sich entlang der Fragestellungen in zwei Teile und abschliessend folgen die zentralen Erkenntnisse.

Frage 1:

- **Wie ist der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und sozialer Integration von psychisch erkrankten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen?**

Hierzu wird im **Kapitel 2** die theoretische Grundlage der Selbstwirksamkeit aufgezeigt sowie der Bezug zur Gesundheit und Resilienz hergestellt. Im **Kapitel 3** werden dann die zentralen Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Zielgruppe beschrieben und die daraus resultierenden Problematiken und Ermöglicungen herauskristallisiert. Im **Kapitel 4** werden postmigratorische Stressoren aufgeführt, welche die Gesundheit belasten können. Im **Kapitel 5** werden mit dem theoretischen Modell der Modalen Strukturierungstheorie MSt (G. Husi) die zentralen gesellschaftsstrukturierenden Einschränkungen und Ermöglicungen bezüglich der gesellschaftlichen Integration herausgearbeitet und auf das Handeln abgeleitet. Wegleitend sind dabei das gesellschaftliche Ziel der Integration sowie die Rolle der Sozialhilfe. Es soll also erörtert werden, was das Problem ist, weshalb es ein Problem ist und woraufhin es verändert werden soll, um die Fragestellung 1 beantworten zu können. Im zweiten Teil wird darauf aufbauend die Frage 2 abgeleitet:

- **Wie können in der Sozialhilfe Gestaltungsspielräume für die Selbstwirksamkeit von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen eröffnet werden?**

Im **Kapitel 6** wird geklärt, wie das Problem verändert werden soll, indem Unterstützungsmöglichkeiten auf Beratungsebene (Mikro-Ebene), auf institutioneller Ebene (Meso-Ebene) und auf gesellschaftlicher und politischer Ebene (Makro-Ebene) aufgezeigt werden.

Abschliessend werden im **Kapitel 7** die zentralen Erkenntnisse abgeleitet, indem die Konsequenzen für die soziale Arbeit aufgezeigt werden und anhand der offen gebliebenen Fragen ein Ausblick gemacht wird.

1.3 Ziele der Arbeit und Adressatenschaft

In dieser Bachelor-Arbeit geht es darum herauszukristallisieren, wie der Zusammenhang von Sozialen Integration und Selbstwirksamkeit von vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen ist und dabei eine die Verbindung zur Gesundheit hergestellt. Insofern geht es hierbei um eine Sensibilisierung der Sozialen Arbeit, um in der Praxis ein besseres Verständnis zu

erhalten, aus welchen Gründen die Anspruchsgruppe teilweise kaum selbstwirksam handeln kann und wie der Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Integration ist. Abschliessend sollen daraus Handlungsoptionen abgeleitet werden, wie die Soziale Arbeit entsprechend Unterstützung zur Förderung der Selbstwirksamkeit der Zielgruppe bieten kann, um die soziale Integration zu ermöglichen. Die Zielgruppe wird definiert als psychisch erkrankte vorläufig Aufgenommene und Flüchtlinge. Es wird dabei nicht spezifisch auf bestimmte Kategorien nach Alter, Geschlecht oder Herkunft fokussiert. Die Autorin macht die Erfahrung, dass die fehlende Selbstwirksamkeit auf die psychischen Erkrankungen zurückzuführen sind und entsprechend unterschiedliche Personengruppen betreffen kann. In dieser Arbeit geht es um anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B oder C) sowie um vorläufig Aufgenommene Personen (VAP) und vorläufig Aufgenommenen Flüchtlinge (VAF), beide mit Ausweis F. Da der Anteil der VAF sehr gering ist, werden diese ausschliesslich im Teil der rechtlichen Lage explizit erwähnt. Ansonsten werden sie zu den anerkannten Flüchtlingen gezählt, da sie grösstenteils die gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen vorfinden. Auch das Staatssekretariat für Migration (SEM), die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) sowie die Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH) spricht in der Regel von vorläufig Aufgenommenen und Flüchtlingen und macht keine explizite eine Unterscheidung zu den vorläufig Aufgenommenen Flüchtlingen. In dieser Arbeit werden zudem für die unterschiedlichen Personengruppen die Begriffe gemäss den Autor_innen genannt, um die Aussagen nicht zu verfälschen.

Diese Arbeit richtet sich an Sozialarbeitende und Fachpersonen, welche die soziale Integration von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen unterstützen und sich für die Frage interessieren, aus welchen Gründen die Zielgruppe in eine Passivität gelangen kann, beziehungsweise weshalb das Handeln eingeschränkt wird. Die Autorin geht davon aus, dass die Leserschaft bereits ein Grundwissen zur Thematik, insbesondere der Sozialhilfe, mitbringt.

1.4 Persönliche Motivation

Die Autorin arbeitet im Feld in einem polyvalenten Sozialdienst für anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene. Zu den Aufgaben gehören die wirtschaftliche und persönliche Sozialhilfe der Zielgruppe. Die übergeordneten Ziele sind die finanzielle Selbständigkeit und die soziale Integration. Viele schaffen es mit Hilfe der staatlichen Integrationsmassnahmen, sich schrittweise zu integrieren und sich ein Leben in der Schweiz aufzubauen. Die Autorin stellte in der beruflichen Tätigkeit aber immer wieder fest, dass einige in eine Passivität beziehungsweise Resignation abgleiten. Sie sind dann nur schwer zu motivieren, ihr

Leben im Aufnahmeland aktiv zu gestalten. Dies stellt dann für die Sozialarbeitenden ein Problem dar, denn einerseits müssen Pflichten in der wirtschaftlichen Sozialhilfe eingefordert werden, andererseits können die Klient_innen aufgrund ihrer schlechten psychischen Verfassung nicht aktiv werden, auch wenn sie es wollen. Sanktionen wie Kürzung der Sozialhilfe sind dann aber nicht situationsadäquat und deshalb wirkungslos, um eine Veränderung des Verhaltens zu erreichen (siehe auch Fallbeispiele im Anhang A). Im Zeitalter der Sparmassnahmen und der Überbelastung in den Sozialdiensten sind Fachpersonen mit der Zielgruppe oftmals überfordert. Einerseits weil es an zeitlichen Ressourcen und andererseits an Fachwissen zur Zielgruppe und deren Problematiken in der Aufnahmegesellschaft fehlt. Im Integrationsprozess wird dann seitens der Fachpersonen entweder Druck anhand von Sanktionierungen ausgelöst oder die Begleitung wird auf ein Minimum reduziert, weil diese Menschen nicht können und nicht wollen. Der Integrationsprozess läuft dann ins Leere. Die Folge ist eine soziale Isolation und die psychischen Erkrankungen verstärken sich. Aufgrund dieser Herausforderungen entstand der Wunsch der Autorin, mittels zweier konkreter Fragestellungen wissenschaftliche Erkenntnisse zu erhalten und nach möglichen Handlungsoptionen für die Praxis zu suchen.

2 Selbstwirksamkeit und Gesundheit

2.1 Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung

„Die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ist die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Albert Bandura, 1997, S. 11/eigene Übersetzung). Cynthia Hohmann und Ralf Schwarzer (2009) erläutern, dass die SWE die Motivation und diese wiederum die Leistung stimuliert. Dies geschieht unter anderem durch häufigere Hinwendung zu Aufgaben, die eine Gedächtnisleistung erfordern. Selbstwirksamkeit beziehungsweise die optimistische Selbstüberzeugung stellt einen Schlüssel zur kompetenten Selbstregulation dar. Sie beeinflusst ganz allgemein das Denken, Fühlen und Handeln sowie in motivationaler und volitionaler (willentlich) Hinsicht die Zielsetzung, Anstrengung und Ausdauer. Eine kompetente Selbstregulation auf der Grundlage von Selbstwirksamkeit ist für eine erfolgreiche Lebensbewältigung von grosser Bedeutung. Mit SWE wird auch das Vertrauen in die eigene Kompetenz bezeichnet. So kann man schwierige Handlungen nicht nur in Gang setzen, sondern auch zu Ende führen, indem auftretende Barrieren durch hartnäckige Zielverfolgungsstrategien überwunden werden. Da Selbstwirksamkeit eine wichtige Voraussetzung ist für kompetente Selbst- und Handlungsregulation, ist diese Kompetenz zu stärken und zu fördern (S. 61-64).

Die Handlungs- und Ergebniserwartungen haben nach Bandura (2004) physische, soziale und selbst-evaluative Komponenten. Die SWE wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst:

- „Direkte (eigene) Erfahrungen
- Indirekte Erfahrungen (Modelllernen)
- Verbale Verstärkung
- Physiologische sowie affektive Zustände (Gefühlsregung als Indikator für bedrohliche Situationen)“ (Bandura, 2004; zit. in Tabea Reuter & Ralf Schwarzer 2009, S. 39).

Dabei unterstreicht die sozial-kognitive Theorie von Bandura (2004) die Bedeutung von Zielen (Absichten/Intentionen) für die Änderung und Aufrechterhaltung von Verhalten. Massgeblich für die Zielsetzungen sind SWE, positive und negative Handlungs-Ergebnis-Erwartungen sowie soziokulturell behindernde (Stressoren) und unterstützende (soziale Unterstützung) Faktoren (zit. in Reuter & Schwarzer, 2009, S. 38).

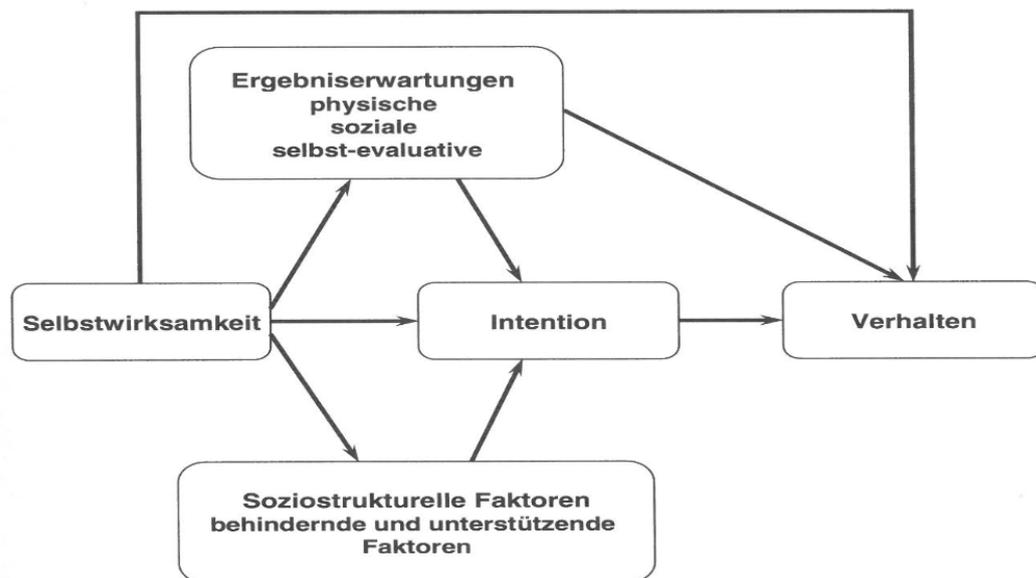


Abbildung 1: Einfache Skizze sozial-kognitive Theorie nach Bandura (Bandura, 2004; zit. in Reuter & Schwarzer, 2009, S. 38)

Lawrence A. Pervin, Daniel Cervone und Oliver O. John (2005) fassen die sozial kognitive Lerntheorie folgt zusammen:

Zusammenfassend lässt sich über die sozial-kognitive Sichtweise der Motivation sagen, dass Menschen Ziele oder Standards entwickeln, die ihnen als für die als Grundlage für ihre Handlungen dienen. Die Person (...) trifft für das notwendige konkrete Verhalten einen Entscheidung auf der Basis der erwarteten Ergebnisse (...) und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit. Wenn die Handlung ausgeführt wurde, wird das Ergebnis anhand äusserer Belohnungen durch andere und anhand innerer Selbstausswertung überprüft. Erfolgreiche Handlungen können zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit führen, sodass entweder die Anstrengungen vermindert oder für die Zukunft höhere Standards gesetzt werden können. Misserfolg oder Versagen kann dazu führen, dass jemand aufgibt oder weiterkämpft, was vom Wert abhängt, den das Ergebnis für die betreffende Person hat, und vom Gefühl der Selbstwirksamkeit bei früheren Bemühungen. (S. 552)

Dennoch ist es wichtig zu erkennen, dass Selbstwirksamkeit in Anlehnung an die Aussage von Jerusalem (2002) "zwar einen bedeutsamen, aber auch begrenzten Einflussfaktor für motivationales Handeln und menschlichen Verhaltens" darstellt und Kontrollverlust nicht gleichzusetzen ist mit Scheitern, da er ein unvermeidlicher und wichtiger Teil menschlichen Lebens ist. Man sollte in diesem Zusammenhang auch immer die überlebensdienliche Funktion negativer Emotionen wie Angst oder Ärger im Hinterkopf behalten (Bierhoff et al., 2011; zit. in Barysch, 2016, S. 209).

Selbstwirksamkeit trägt entscheidend zu einer guten psychischen Anpassung und zu Coping (Bewältigungsverhalten) bei, während eine niedrige SWE häufig ein Anzeichen für Depression ist. Depressive Menschen scheinen oftmals der Meinung, in zentralen Lebensbereichen unfähig zu sein. Eine solche Einstellung löst häufig Angst- und Vermeidungsreaktionen aus, die wiederum dazu führen, dass neue Versuche scheitern und so eine geringere SWE begünstigt wird, was letztendlich in einem Teufelskreis resultiert (Bannink, 2012; zit. in Barysch, 2016, S. 206).

Auch im Zusammenhang mit emotionalen Störungen, Panikattacken und Phobien hat sich herausgestellt, dass bei hoher Selbstwirksamkeit die physiologische Stressreaktion schwächer ausfällt und eher bewältigendes Verhalten gezeigt wird als bei Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit (Bandura et al., 1982; zit. in Barysch, 2016, S. 206).

Hofmann und Schwarzer (2009) bestätigen, dass die SWE ein zentrales und vielseitiges Konstrukt der Gesundheitspsychologie ist. Es ist operativ auf das Verhalten, und prospektiv auf die Zukunft bezogen. Dabei richtet sie sich auf die Wahrnehmung eigener Kompetenz, schliesst also zwangsläufig eine Zuschreibung der Ursache für erfolgreiches Handeln auf die eigene Person (S. 67). Aber dennoch ist man nicht auf sich allein gestellt. Wenn die soziale Unterstützung dabei hilft, die Selbstwirksamkeit erstarren zu lassen, gilt dies als eine Ermächtigungshypothese. Das heisst, die soziale Unterstützung sorgt dafür, dass jemand selbstwirksamer wird und sich dadurch aus seinem Dilemma der Passivität befreien kann (ebd., 2009, S. 64). Personen mit höherer Selbstwirksamkeit weisen offenbar eine bessere seelische und körperliche Gesundheit auf (Reinhard Fuchs & Ralf Schwarzer, 1994, S. 149).

Doch was bedeutet Gesundheit und welches sind die Schutzfaktoren? Darauf wird in den nächsten zwei Kapiteln eingegangen.

2.2 Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1946) definiert in ihrer Verfassung gesund sein wie folgt: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“. The World Health Report (2001) definiert Gesundheit als mehrschichtigen, dynamischen Prozess, welcher neben individuellen Perspektiven zusätzlich auch von äusseren Faktoren beeinflusst wird (zit. in Nicklas Baer, Daniela Schuler, Sylvie Füglistler-Dousse & Florence Moreau-Gruet, 2013, S. 7). Regula Weiss (2003) ergänzt, dass die Medizin zuvor lediglich an der Pathogenese, also der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, orientiert war. Unter Gesundheit wird nun aber nicht mehr lediglich die Abwesenheit von Krankheit verstanden. Neben psychischen und physischen Aspekten werden auch gesellschaftliche Aspekte miteinbezogen (S. 33).

Toni Faltermaier (2009) bestätigt, dass Gesundheit mindestens auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene zu verorten und somit ein multidimensionales Phänomen ist. Die verschiedenen Dimensionen müssen zu einem Ganzen integriert werden. Zum einen umfassen die Zustände positive Definitionsmerkmale wie Wohlbefinden auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene, zum anderen das Potenzial, in dem die Funktionsfähigkeit des Organismus und die Handlungs- und Leistungsfähigkeit einer Person beschrieben werden können (S. 50-51).

	körperlich	psychisch	sozial
Befinden	- Wohlbefinden - Stärke	- Wohlbefinden - Stärke	- Wohlbefinden
Aktionspotential	- Handlungsfähigkeit - Leistungsfähigkeit	- Handlungsfähigkeit - Leistungsfähigkeit	- Handlungsfähigkeit - Arbeitsfähigkeit - Leistungsfähigkeit
Fehlen bzw. geringes Ausmass an Störungen	- Beschwerden - Schmerzen - Probleme - Krankheit	- Probleme - Krankheit	- Einschränkungen in Rollenerfüllung - Soziale Abweichung

Tabelle 1: Inhaltliche Bestimmungen von Gesundheit (Faltermaier, 2009, S. 50)

Pauline Boss (2008) verweist auf die Wichtigkeit, dass Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sowie als Abwesenheit medizinischer beziehungsweise psychiatrischer Symptome und von Beziehungskonflikten beziehungsweise sozialer Isolation definiert wird. Sie bezieht sich dabei auf den wichtigen Aspekt von Beziehungen zu anderen Menschen und die Partizipation an einer Gemeinschaft (S. 70). Weiss (2013) führt die gesundheitsfördernden Faktoren noch differenzierter aus. Die soziale Stabilität und Frieden, innerlich und äusserlich lohnende Arbeit, eine gesellschaftlich anerkannte Position und soziale Identifikationsmöglichkeiten. Gesund sein reflektiert damit gesellschaftliche Widersprüche und ist konflikthaft. Aus salutogenetischer Sicht ist Gesundheit das Ergebnis einer angemessenen Spannungsverarbeitung von Stressfaktoren. Der Ausdruck der Salutogenese wurde gemäss Weiss (2013) von Aron Antonovsky in den 70-er Jahren entwickelt. Es steht hierbei für ein medizinisches Präventionskonzept, welches die Faktoren ermittelt, die sich positiv auf die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit auswirken. Vor allem im Bereich Migration und Gesundheit ist das Konzept wichtig, weil es auf den persönlichen und sozialen Ressourcen aufbaut. Diese ermöglichen im Prozess der Migration, die gesellschaftlichen

Gestaltungsspielräume zur Verbesserung ihrer Situation geschickt und kreativ zu nutzen (S. 35).

In Zusammenhang mit der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit wird in der Literatur immer wieder auf den Begriff der Resilienz referenziert.

2.3 Resilienz

Resilienz ist gemäss Norbert Rückert (2006) ursprünglich ein Begriff aus dem technischen Bereich und bezieht sich auf die Biegsamkeit beziehungsweise Widerstandsfähigkeit eines Baustoffes. In Bezug auf Menschen ist die organische und psychosoziale Widerstandsfähigkeit gegenüber Entwicklungsrisiken gemeint. So zeigt sich Resilienz erst in der erfolgreichen Bewältigung oder Abmilderung widriger Umstände. Dies können zum Beispiel längere ungünstige Lebenslagen, akute Krisensituationen oder traumatische Erlebnisse sein. Meist wird der Begriff auf eine personale Ressource bezogen und ist nicht einfach angeboren, sondern kann wenigstens teilweise erlernt werden. Sie garantiert dennoch keine lebenslange Immunität (S. 60-61). Resilienz bedeutet, dass ein Mensch trotz Belastung, die über das normal menschliche Erwartbare hinausgeht, seine psychische und physische Gesundheit erhalten kann. Im Falle einer Krise hat die Resilienz die Fähigkeit, auf eine Kompetenzebene zurückzufinden, die dem Niveau vor der Krise entspricht oder sogar höher ist (Boss, 2008, S. 71). Diesbezüglich hat Aron Antonovskys Arbeit das klinische Denken im Hinblick auf die Notwendigkeit von Agency (Handlungsbefähigung) beeinflusst. Es müssen psychische, soziale und kulturelle Ressourcen identifiziert werden, die Menschen einsetzen, um sich gegen Krankheiten zu schützen. Der soziologische Begriff Agency (Handlungsfähigkeit) bezieht sich auf die Fähigkeit, eine Situation oder ein Problem zu meistern sowie auf die Überzeugung eines Menschen, dazu tatsächlich fähig zu sein. Die Handlungsbefähigung (Agency) eines Menschen hängt mit seiner Selbstbestimmung und Würde zusammen und erwächst aus der Fähigkeit zur Selbsthilfe. Es sollten deshalb seitens der Fachpersonen Hindernisse beseitigt werden, welche der Handlungsbefähigung der Klient_innen entgegenstehen. Dennoch scheint es wichtig zu erkennen, dass es für manche Krankheiten keine Heilung und auf manche Fragen keine Antworten gibt, weshalb der Wunsch nach Beherrschbarkeit einer Situation und nach Handlungsbefähigung relativiert werden kann (Boss, 2008, S. 77).

Fazit

Die SWE hat mit der persönlichen Einschätzung und Erfahrung zu tun, ob ein Ziel erreicht werden kann und welches Ziel man sich setzt. Gleichzeitig kommen nach der sozial-

kognitiven Lerntheorie auch soziokulturell hindernde oder unterstützende Faktoren hinzu. So kann zum Beispiel gutes Zureden oder eine Vorbildfunktion helfen, persönliche Einschätzungen sowie Ziele und Erfahrungen zu erweitern. Die Selbstwirksamkeit gilt als förderlicher Faktor für die Gesundheit. Die Gesundheit wird nach WHO als Wohlbefinden und als Abwesenheit von Krankheit definiert. Zentral scheint, dass es sich um einen mehrschichtigen, dynamischen Prozess handelt, welcher neben individuellen Perspektiven zusätzlich auch von äusseren Faktoren beeinflusst wird. Es gibt auch soziale und andere Aspekte, welche miteinbezogen werden müssen. Man kann die Gesundheit aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten. In der Sichtweise, was krank macht (Pathogenese), oder in jener, was gesund macht (Salutogenese). Weiter stellt sich die Frage, ob jemand aktiv handeln und an einer Gemeinschaft beziehungsweise Gesellschaft partizipieren kann. Ein allumfassendes Bild von Gesundheit und Krankheit ist deshalb wichtig. So können die gesellschaftlichen Gestaltungsspielräume zur Verbesserung der Situation durch Aktivierung von sozialen und personalen Ressourcen genutzt werden. Resilienz bedeutet, dass man aufgrund einer gewissen Widerstandsfähigkeit eine schwierige und belastende Lebenssituation meistern kann und daraus idealerweise mit denselben oder verbesserten Kompetenzen hervorgeht. Das soziologische Konstrukt Agency bedeutet, dass man durch Hilfe von aussen die Handlungsfähigkeit zurückerlangt. Die Selbstwirksamkeit kann also als ein resilienzfördernder Faktor betrachtet werden und kann helfen, Krisen zu überwinden. Fachpersonen sollten, im Sinne von Handlungsbefähigung, diese Unterstützung der Selbstwirksamkeit zur Erlangung von Widerstandsfähigkeit anbieten.

Die Zielgruppe ist bezüglich der Gesundheit vielen Einflussfaktoren ausgesetzt. Im folgenden Kapitel werden diese näher aufgezeigt.

3 Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Nach Einschätzungen der WHO (2001) leidet zwischen einem Drittel und der Hälfte aller geflüchteten Menschen unter psychischen Störungen. Die psychischen Störungen sind Folgen von fluchtbedingten und -bedingenden Traumata. Eine Metaanalyse über 181 Studien in 40 Ländern hat ergeben, dass für Menschen mit Erfahrungen von Krieg und Gewalt bis zu 30,6 % posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und bis zu 30,8 % Depressionen die Folge sind (Zachary Steel, Tien Chey, Derrick Silove, Claire Marnane, Richard A. Bryant & et al., 2009).

Diese Studien zeigen Prävalenzen auf, dass die Gesundheit von vielen geflüchteten Menschen tendenziell beeinträchtigt ist. Es wird nun auf mögliche Ursachen dieser Erkrankungen eingegangen.

3.1 Flucht und Traumaprozess

Es gibt eine grosse Auswahl an Literatur zum Thema Flucht und Trauma. Es wird in dieser Arbeit nur am Rande auf den Traumaprozess eingegangen, um ein besseres Verständnis zu erhalten, welchen belastenden Bedingungen die Zielgruppe in der Regel ausgesetzt ist. Udo Baer und Gabriele Frick-Baer (2016) haben hierzu mittels einer Darstellung prägnant festgehalten, dass sich die meisten Flüchtlinge und Asylsuchenden in einem traumatischen Prozess befinden. Der Prozess zeigt die unterschiedlichen Phasen des Traumaprozesses auf (S. 66):

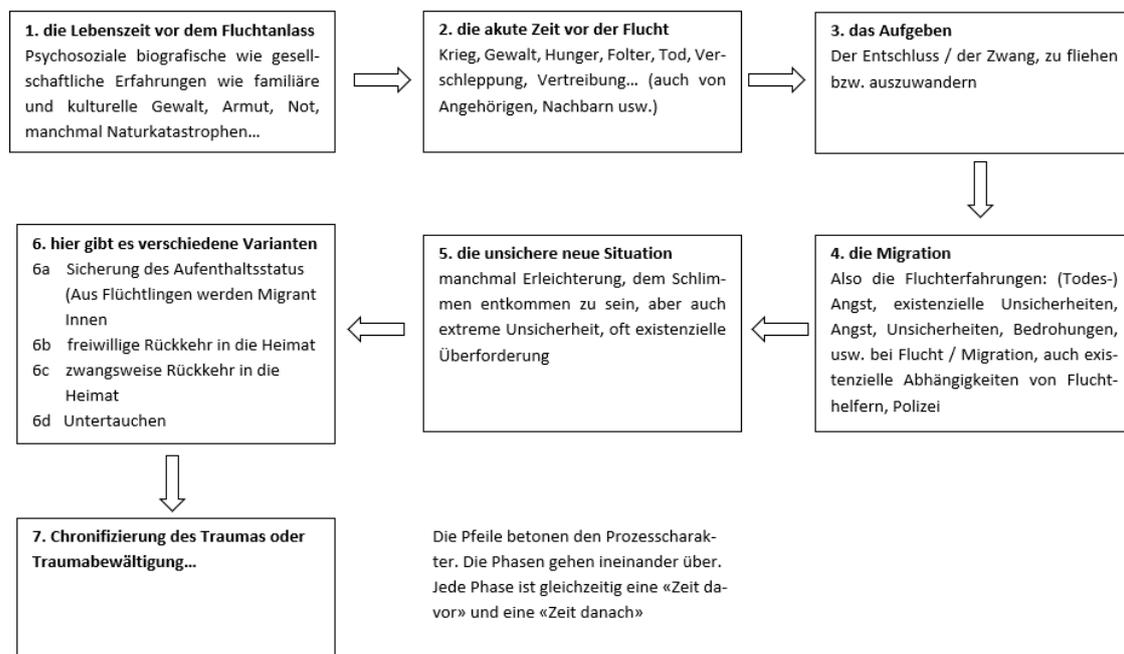


Abbildung 2: Der Traumaprozess bei Flüchtlingen (Frick & Frick-Bar, 2016, S. 66)

Frick und Frick-Baer (2016) beziehen sich dabei auf die sequentielle Traumatisierung nach Keilson (1979), der dieses Konzept aufgrund einer Studie mit jüdischen Kindern während und nach dem Zweiten Weltkrieg in den Niederlanden entwickelt hat. Es wird darunter eine Abfolge von traumatisierenden und Trauma verschärfenden Erfahrungen verstanden. Frick und Frick-Baer (2016) verweisen auf ihre Studie, in der sich herausgestellt hat, dass nach

einer Traumatisierung entscheidend ist, ob sich die Personen alleingelassen fühlen oder Erfahrungen von Solidarität und Unterstützung machen (S. 65). Auf den Begriff Trauma und wie es entsteht, wird nun näher eingegangen.

Nach Flatten et al. (2013) heisst Trauma wörtlich: „Verletzung körperlicher oder seelischer Art“. Sie definieren die Kriterien für ein Trauma wie folgt:

- Jemand war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene oder das Leben anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte.
- Die Reaktion darauf beinhaltet Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- Das Vertrauen in sich selbst und andere wird durch das traumatische Erleben grundlegend erschüttert. (S.94)

Ulrike Schäfer und Eckart Rüter (2005) fassen zusammen, dass unter einem Trauma extrem belastende Lebensereignisse verstanden werden, die ausserhalb normaler menschlicher Erfahrungen liegen. Dabei wirken besondere Stressoren wie die Androhung des Todes, eine schwere Verletzung oder solche, die mit Lebensgefahr einhergehen (S. 38). Jan İlhan Kizilhan (2016) beschreibt, dass nach einem Trauma die Welt als gefährlicher als zuvor eingeschätzt wird. Das Vertrauen in sich und die Umgebung wird grundlegend erschüttert und es entsteht ein Gefühl einer überschatteten Zukunft. Wird die Wahrnehmung der Bedrohung aktiviert, so kommt es zu ungewolltem Wiederbeleben der Trauma Situation (Intrusionen) sowie zu Symptomen der körperlichen Erregung und zu starken Emotionen wie Angst, Ärger, Scham oder Trauer (S. 83).

Ein traumatisches Ereignis oder eine Belastung, welche die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, kann laut Flatten et al. (2013) zu einer Anpassungsstörung oder zu einer akuten Belastungsreaktion führen. Bei Anpassungsstörungen folgen leichte und bei akuten Belastungsstörungen mittelschwere Beschwerden wie Ängste, depressive Verstimmungen, körperliche Beschwerden, Sucht und veränderte Wahrnehmung, welche sich auch zeitlich unterschiedlich erstrecken. Nach einer gewissen Zeit kommt es in beiden Fällen zur Bewältigung und das Erlebte kann integriert werden. Bei einer PTBS klingen im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion die Beschwerden nicht innerhalb von Tagen oder Wochen ab, sondern werden chronisch. Ziel ist die Bewältigung des Erlebten und ein Ausgleich des

len Klassifikationssysteme DSM² und ICD Vorteile und gleichzeitig immanente Schwächen, weil einerseits die Komplexität auf das Kategorisieren von Problemen reduziert wird. Andererseits kann die Klassifizierung ein erster Schritt im diagnostischen Prozess sein. Sie hilft unter anderem, klinisch und wissenschaftlich über psychische Probleme zu kommunizieren. Der zweite Schritt, die Diagnostizierung, hat eine erklärende Funktion, sie besteht aus analytischen Phasen. Die ICD 10 ist dabei kultursensibler, weil sie kulturelle Unterschiede stärker miteinbezieht und daher den Anspruch hat, überall anwendbar zu sein (S. 145-149).

Nachfolgend geht es um einen Überblick über die in der Literatur meistgenannten möglichen psychischen Störungen infolge Flucht und Trauma. Die Autorin verweist für vertiefte Informationen auf die genannte Fachliteratur.

Posttraumatische Belastungsstörung und komplexe Belastungsstörung

Nach Kizilhan (2016) gehört die PTBS in die Kategorie der Angststörungen (S. 79). Sie wird hier jedoch separat von den Angststörungen betrachtet, weil sie bei vielen Flüchtlingen der Ursprung für weitere Erkrankungen ist (vgl. Kap. 3.3). Auf Angststörungen wird später noch eingegangen.

Gemäss Schäfer und Rüter (2005) wird, gestützt auf ICD 10, unter der PTBS eine psychische Störung verstanden, die nach Tagen bis Wochen, in seltenen Fällen nach Jahren im Anschluss an ein Trauma auftritt. Die Patienten vermeiden dann Situationen, in denen Erinnerungen an das Trauma wachgerufen werden. Zudem zeigen sich oftmals Symptome erhöhter psychischer Erregung, übermässige Schreckreaktionen und Ein- und Durchschlafstörungen (S. 38). Nach Flatten et al. (2013) liegt eine komplexe PTBS vor, wenn auch Jahre nach einem Trauma noch deutliche Einschränkungen bestehen und sich eine andauernde Persönlichkeitsveränderung entwickelt hat (siehe Abbildung 3). Dafür typisch sind eine misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl von Nervosität sowie Gefühle von ständigem Bedroht sein und Entfremdung (S. 97).

Depression

Die Depression wird als eine zentrale Erkrankung von geflüchteten Menschen in der Fachliteratur immer wieder thematisiert. Nach Jessie Mahler und Hans J. Grabe (2011) gehören zu den Kernsymptomen einer depressiven Episode eine gedrückte Stimmung, Erschöpfung

² DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – ein Klassifikationssystem für psychische Störungen (Joop de Jong, 2010, S. 145)

und Ermüdbarkeit sowie Interessenverlust. Diese werden häufig von einer Verminderung des Antriebes, kognitiven Einschränkungen und somatischen Beschwerden begleitet (S. 265). Gemäss Sigrun Schmidt-Traub und Tina-Patricia Lex (2005) verlaufen Depressionen in der Regel in Episoden. Jede vierte Person wird einmal im Leben depressiv. Risikofaktoren für Depressionen sind negative kognitive Prozesse wie Grübeleien, Fokussieren auf die eigene Person und Negativeren von Erlebnissen (S. 21-22).

Gemäss Hans-Jörg Assion, Thomas Stompe, Marion C. Aichberger und Tatjana Calliess (2011) besteht, trotz regionaler Unterschiede, hinsichtlich der Häufigkeit depressiver Störungen, ein weitgehender Konsens. Depressionen sind als kulturübergreifende Erkrankung zu verstehen, die in ihrer Symptompräsentation und Prävalenz kulturspezifischen Besonderheiten und Unterschieden unterliegt. Depressionen sind besonders bei Flüchtlingspopulationen eine häufige Erkrankung. Erfahrungen von Verlassen des Heimatlandes wegen Krieg oder Krisen erhöhen nicht nur das Risiko einer PTBS, sondern können depressiven Erkrankungen begünstigen. Es hat sich in Studien gezeigt, dass dabei auch die Art des Aufenthaltsstatus, Arbeitserlaubnis und Trennung von Familie und Freunden im Heimatland ein zusätzliches Risiko darstellen (Silvio et al., 1997; Bhui et al., 2003; Mormartin et al., 2006). Weiter haben die strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der neuen Heimat einen Einfluss (Grüsser et al., 2005; Porter & Haslam 2005). So ist neben individuellen Ressourcen zentral, ob jemand Kontakte zur eigenen Kulturgemeinschaft hat, eine Nähe zur neuen kulturellen Heimat und Erfolg beim Verwirklichen persönlicher Ziele (S. 323-324). Auf diese Faktoren wird im Kapitel postmigratorische Stressoren näher eingegangen.

Angststörungen

Generell werden nach Agorastos Agorastos und Andreas Ströhle (2011) zwei Kategorien von Angststörungen unterschieden. Das gemeinsame Hauptmerkmal stellt eine unrealistische oder stark ausgeprägte Angst dar. Bei phobischen Störungen wird die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte hervorgerufen. Es entsteht eine ausgeprägte Erwartungsangst, also eine Angst vor der Angst. Diese wird begleitet von der Vermeidung der Konfrontation mit dem Auslöser. Bei den sonstigen Angststörungen ist die Angst nicht auf bestimmte Objekte oder Situationen begrenzt. Sie tritt eher spontan auf und steht häufig im Vordergrund und betrifft mehrere Lebensbereiche (S. 294). Sekundäre spezifische Phobien können gemäss Boos (2014) im Rahmen der Traumatisierung in der Regel als Vermeidungsverhalten interpretiert werden, das eigenständigen Störungscharakter entwickelt hat (S. 29).

Somatoforme Störungen

Julia Göbber, Wielant Machleidt und Harald Gündel (2011) erklären, dass Somatisierung ein fokussiert körperliches Erleben von psychobiosozial verursachten Beschwerden darstellt. Mit der Somatisierung wird die Tendenz gezeichnet, Beschwerden körperorientiert wahrzunehmen und darzustellen. Unter dem Begriff ist eine grosse Spannbreite klinischer und nicht klinischer Erlebens-, Leidens- und Manifestationsformen zusammengefasst. Die somatischen Symptome sind in multiplen Bedeutungssystemen verankert und erfüllen eine soziale und psychologische Funktion (S. 341-342).

Bei dieser Störung sind nach Volker Arolt, Christian Reimer und Horst Dilling (2011) multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome charakteristisch. Die Schilderung der Symptome durch die Betroffenen beruht auf einer körperlichen Erkrankung eines Systems oder Organs, die aber nicht nachweisbar ist. Häufig finden sich bei den Betroffenen psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Lebensprobleme (S. 248-249).

Abhängigkeitsstörungen

Eine weit verbreitete Reaktion auf traumatische Erlebnisse ist gemäss Christoph Kröger, Carolin Ritter und Richard A. Bryant (2012) das vermehrte, missbräuchliche Konsumieren legaler und illegaler Rauschmittel. Es kann als Stressbewältigung verstanden werden, also als Vermeidungsverhalten und Ablenkung von belastenden, intrusiven Symptomen (S. 41-42). Gemäss Andreas Maercker (2009) sind komorbide Störungen, die mit einer posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen können, oftmals eine Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (S.30). Auf die komorbiden Störungen wird im nächsten Kapitel eingegangen.

Die initiale Motivation zur Einnahme von Substanzen besteht gemäss Boos (2014) in der Reduzierung spezifischer PTBS-Symptome wie Übererregung und Schlafstörungen. Durch die fehlgeleitete Selbstmedikation kann der Konsum eine Zeitlang zu einer Verstärkung der PTBS-Symptome und anderen Beeinträchtigungen führen, die dann von den Betroffenen mit einer Steigerung des Substanzkonsums bekämpft werden (S. 29).

In vielen Fällen treten mehrere Störungen gleichzeitig auf, darauf wird nun näher eingegangen.

3.3 Komorbide Störungen

Nach Baer et al. (2013) zeigt sich eine Komorbidität, also das gleichzeitige Auftreten von mehr als einer Erkrankung, bei psychischen Störungen häufig. Komorbide Störungen bedeuten laut Schmidt-Traub und Lex (2005) mehr als nur das gleichzeitige Auftreten von psychischen Störungen, vielmehr beeinflussen sie sich gegenseitig (S. 20). Kizilhan (2016) erwähnt, dass sich bei einer PTBS in der Regel komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen oder auch Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen am häufigsten entwickeln (S. 79). Mahler und Grabe (2011) verdeutlichen, dass gemäss der derzeitigen Studienlage die PTBS als Folge eines Traumas nur eine von zahlreichen psychischen Konsequenzen sein kann. Es wird eine hohe Komorbiditätsrate belegt, wobei die Depression zu den häufigsten zählt (S. 272). Dennoch sind die Meinungen in der Literatur uneinheitlich, wobei die Möglichkeit einer Komorbidität von vielen Autoren bejaht wird (Klaus Foester & Harald Dressing, 2009, S. 680). Boos (2014) bestätigt, dass in den meisten Fällen die komorbiden Störungen sekundär zur PTBS entstehen (S. 25).

Psychische Störungen bedürfen nach der Diagnose einer entsprechenden Behandlung und Therapie. Doch in der Behandlung und Therapie stellen sich einige Hindernisse in den Weg. Im folgenden Kapitel wird darauf näher eingegangen.

3.4 Herausforderungen der Behandlung und Möglichkeiten der Prävention

Die in der Literatur viel diskutierte Problematik bezüglich der Behandlung besteht einerseits in den sprachlichen Differenzen, aber auch in unterschiedlichen kulturellen Wahrnehmungen von psychischen Erkrankungen. Kizilhan (2016) erläutert hierzu, dass psychosoziale Behandlung und Betreuung traumatisierter Menschen Fachpersonen vor erhebliche Schwierigkeiten stellt. Neben der sprachlichen Verständigung sind dies unter anderem auch kulturspezifische Krankheitsvorstellungen. Es handelt sich bei Migrant_innen um eine äusserst heterogene Gruppe unterschiedlicher Ethnien, Religionen und Subgruppen. Sie weisen unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit auf und haben unterschiedliche kulturelle und traditionell-medizinische Vorstellungen, auch bezüglich des Umgangs mit traumatischen Erlebnissen (S. 87-88). Boss (2008) erwähnt hierzu, dass in vielen Kulturen die Menschen oftmals weniger auf das Individuum fixiert sind. So konnten sie also in ihrer Heimat ihre gesundheitlichen Probleme mit dem Rückhalt der Familie bewältigen. Wenn die Betroffenen sich dann nicht auf eine Therapie einlassen, gelten sie als therapieresistent. Anstatt die Klient_innen als therapieresistent zu bezeichnen, muss erkannt werden, dass nicht jeder Mensch sein Schicksal kontrollieren kann. So wird in vielen nichtwestlichen Kul-

turen oftmals die Vorstellung abgelehnt, einen Verlust abzuschliessen. Man sucht entsprechend keine absoluten Antworten darauf. Die Menschen haben gelernt, damit zu leben. Unsere Gesellschaft kann davon lernen, dass man eine Ausgewogenheit zwischen Beherrschbarkeit und Akzeptanz findet (S. 47).

Die Soziale Arbeit arbeitet in Betreuungs- und Beratungssituationen, welche auch immer wieder mit traumatisierten Menschen zu tun haben. Psychische Traumata hinterlassen unbehandelt oft lebenslang Spuren in Form von zahlreichen Beschwerden mit Beeinträchtigungen in Gesundheit, Lebensqualität und sozialen Beziehungen (Kizilhan, 2016, S. 79). Nach Maximiliane Brandmaier (2013) haben Sozialarbeitende bei der Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen einen hohen Stellenwert. Einerseits weil sie erst Voraussetzungen für eine wirksame Psychotherapie schaffen und andererseits auch Menschen erreichen können, die nicht als psychotherapiefähig gelten. Dabei ist der Aufbau von Kompetenzen und bestimmten Ressourcen einem traumafokussierten, therapeutischen Verfahren vorzuziehen. Dieses Vorgehen der Stabilisierung hat sich in der klinischen Praxis als wirkungsvoll bestätigt (S. 26-27). Maercker (2009) ergänzt hierzu, dass für eine therapeutische Behandlung der PTBS die vorgeschlagene Intervention den Schwerpunkt in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)³ hat. Dennoch ist die imaginäre Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis und seinen Folgen die Voraussetzung für eine Genesung. Die Patient_innen müssen bereit sein, sich umfassend und detailliert an die Vorgänge des Traumas zu erinnern. Dies muss wiederholt geschehen, um alle Interpretationen und Bedeutungen erkennen zu können. Unter Umständen kann das als sehr belastend erlebt werden. Die Gefahr besteht in einer zeitweise erhöhten Belastung, allerdings mit dem Ziel einer langfristigen Besserung (S. 130). Auch andauernde Stressoren⁴ können gemäss Kröger, Ritter und Bryant (2012) ein Hindernis für eine effektive und Trauma fokussierte Behandlung darstellen. Die Person ist möglicherweise zu sehr damit beschäftigt, die Lebensverhältnisse wiederherzustellen und dadurch zu stark abgelenkt (S. 43).

Behandlung und Therapie sind grundsätzlich nicht Aufgaben der Sozialen Arbeit, dennoch werden Fachpersonen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, mit dieser Thematik konfrontiert. Martin Hafen (2007) erläutert, dass das Gesundheitssystem als umfassendes Funktionssystem betrachtet werden muss. Dies bedeutet, dass sich das System nicht nur

³ KVT: Kombination von kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie. Grundannahmen: Was wir denken, wie wir uns fühlen und verhalten, hängt eng zusammen und hat Einfluss auf unser Wohlbefinden (Gesundheitsinformation.de, 2016)

⁴ Stressoren: innere und/oder äussere Anforderung, die zu Stress als Reaktion führt. Aus der Perspektive des Individuums handelt es sich um Ereignisse von erheblicher Bedeutung, wobei situative Merkmale und formale Parameter hinzukommen, wie etwa Beeinflussbarkeit (Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik, 2018)

über Krankheitsbefunde reproduziert und mit diesen Befunden behandelnde Massnahmen auslöst. Vielmehr bemüht es sich auch um die Verhinderung von Krankheiten, indem es präventiv Risikofaktoren beseitigt und Schutzfaktoren stärkt. Das Konzept eines umfassenden Gesundheitssystems würde theoretisch ermöglichen, das Medizinsystem (System der Krankheitsbehandlung) und das Präventionssystem (System der Krankheitsverhinderung) im Gesundheitssystem auszudifferenzieren (S. 99-100). Frank Nestmann, Frank Engel und Ursel Sickendiek (2007) erläutern in diesem Zusammenhang, dass die Abgrenzung zwischen Beratung und Therapie schwierig ist und in Expertenkreisen immer wieder diskutiert wird. Dies, weil sie auf der Handlungsebene über grosse gemeinsame Schnittflächen verfügen und auch auf der Methodenebene Ansätze gegenseitig entlehnt werden. So ist für Ausenstehende oftmals kein Unterschied zu erkennen. Sie definieren Beratung als einen offenen Hilfediskurs, als ein präventives und entwicklungsorientiertes Unterstützungsangebot, welches sich an den Klient_innen und an deren verschiedenen Lebensfeldern orientiert. Psychotherapie hingegen legitimiert sich über den Heilungsdiskurs und stellt demnach eine auf Störungen und Krankheitswerte orientierte Heilbehandlung dar. Somit unterscheiden sich Beratung und Therapie im „Helfen“ und „Heilen“, wodurch die Grenze zwischen krank und gesund gezogen werden kann. Die Beratung ist nicht ausschliesslich unabhängig von einer Psychotherapie zu betrachten. So kann zum Beispiel die Beratung den Weg zu einer Psychotherapie ebnen oder eine Psychotherapie begleiten. Die Beratung kann dabei helfen, Stützsysteime und Ressourcen zu aktivieren und die Lebenswelt begleitend zur Psychotherapie zu verändern (S. 36-37).

Fazit

Wer aus einem Land flüchten muss, hat in der Regel vor, während oder auch nach der Flucht traumatische Ereignisse erlebt. Man kann also davon ausgehen, dass geflüchtete Menschen einer sequentiellen Traumatisierung ausgesetzt waren. Das Trauma hat unterschiedliche psychische Auswirkungen, kann aber nach einiger Zeit durch das posttraumatische Wachstum integriert werden. Ist das innert ein paar Monaten nicht passiert, kann eine chronische Traumatisierung auftreten (PTBS). Dabei können weitere komorbide psychische Erkrankungen entstehen und sich verfestigen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Dies weil so der posttraumatische Stress besser kompensiert, beziehungsweise ausgelagert werden kann. Die psychischen Störungen können sich in emotionalen, kognitiven, interpersonellen oder körperlichen Behinderungen äussern. Vermeidungsverhalten, Vertrauensverlust und eine soziale Isolation können die Folgen sein. Deswegen sollten psychische Störungen therapeutisch behandelt werden. Die Therapie benötigt viel Zeit, Bereitschaft und vor allem Stabilität. Aus kulturellen Gründen ist eine solche Bereitschaft für eine Therapie

oftmals nicht vorhanden. Diese Problematiken sind inzwischen in Fachkreisen bekannt und es ist deshalb anerkannt, dass die Soziale Arbeit eine wichtige Aufgabe zur Unterstützung der Stabilisierung der Lebenslagen und Lebensbereiche von traumatisierten Menschen hat. Insofern stellt die Stabilisierung eine präventive, gesundheitsfördernde Massnahme dar. Hierbei ist dennoch wichtig zu erkennen, dass eine Diagnose und Behandlung nur seitens des Gesundheitssystems möglich ist und deshalb seitens der Sozialen Arbeit, wenn immer möglich, ein Zugang zum Gesundheitssystem geschaffen wird. Entsprechend scheint also eine Stabilisierung der Lebenslage zentral zu sein, um überhaupt erfolgreich eine Behandlung durchführen zu können oder um Menschen zu unterstützen, die sich nicht auf eine Therapie einlassen können und wollen. Auf unterschiedliche Stressoren wird im nächsten Kapitel vertieft eingegangen.

4 Postmigratorische Stressoren

Es gibt unterschiedliche migrationsassoziierte Risiken bezüglich der Gesundheit. Zu den Hochrisikopersonen werden Personen mit psychischen Erkrankungen, seelischen Traumatisierungen und mangelnden Sprachkenntnissen sowie niedriges oder höheres Lebensalter gezählt. Die Hochrisikoperioden können migrationsabhängige oder -unabhängige lebenskritische Ereignisse sein sowie risikobehaftete Lebensperspektiven, unzureichende Beschäftigung, aber auch Verlust vertrauter Wertorientierungen. Zu den Hochrisikomilieus werden die soziale Unterstützung beziehungsweise soziale Isolation, unstrukturierter Tagesablauf und Verunsicherungs- und Bedrohungsverfahren gezählt. Diese Stressfaktoren können Erkrankungen mit auslösen oder unterstützen (J. Zeiler und F. Zarifoglu, 1997; zit. in Meryam Schouler-Ocak, 2007). Domenig (2007) betont, dass im speziellen Flüchtlinge und Asylsuchende aufgrund ihrer Lebensumstände in den Herkunftsländern und der oft jahrelangen Fluchtgeschichte sowie der Integrationssituation in den Aufnahmeländern hohen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind (S. 151).

Laut Susan S.Y. Li, Belinda J. Liddell und Angela Nickerson (2016) gibt es eine Trias von Stressoren der Post-Migration, welche traumabedingte Erkrankungen negativ beeinflussen können:

- Stressoren im Kontext Asylverfahren und Immigrationspolitik
- Sozioökonomische Stressoren
- Soziale und interpersonelle Stressoren.

Diese Studien zeigen gewisse Prävalenzen auf, dass neben den individuellen sowohl ökonomische und soziale sowie Faktoren der Immigrationspolitik eine Rolle spielen. Diese kön-

nen je nach Aufnahmeland unterschiedlich ausfallen. Im Folgenden wird nun auf die prekären Lebenslagen eingegangen, welche diese Stressoren bedingen.

4.1 Rechtliche Lage

Die Migration schliesst die Überquerung nationaler Grenzen ein, sodann wird das Recht gemäss Selman Akhtar (2007) zu einem unbestreitbar wichtigen Faktor (S. 55). Immer wieder wird in der Literatur das Asylverfahren, das alle Betroffenen durchlaufen müssen, aber auch der Asylstatus als ausgesprochen belastend.

Das Asylverfahren in der Schweiz besteht aus mehreren Schritten und kann bis zum Abschluss mehrere Monate, teils sogar Jahre dauern. Das SEM entscheidet im Rahmen des Verfahrens, ob jemand einen positiven Asylentscheid erhält und somit nach Art. 3 AsylG die Flüchtlingseigenschaft erfüllt. Personen gelten als Flüchtlinge, wenn sie „(...) 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 Anschauung ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder begründete Furcht haben, solchen Nachteilen ausgesetzt zu werden“ (Art. 3 AsylG). Wenn jemand also die Flüchtlingseigenschaft erfüllt, wird die Person als Flüchtling anerkannt und erhält eine Aufenthaltsbewilligung (Ausweis B) (SEM, 2015). Wenn die Asylgründe nicht glaubhaft dargelegt werden können und die Person nicht in asylrechtlicher Weise bedroht wird, wird sie aus der Schweiz ausgewiesen. Danach muss geklärt werden, ob diese Wegweisung vollzogen werden kann. Ist eine Rückkehr ins Heimatland unzulässig (Verstoss gegen Völkerrecht), unzumutbar (konkrete Gefährdung des Ausländers) oder unmöglich (vollzugstechnische Gründe), erhält die asylsuchende Person eine vorläufige Aufnahme (ebd., 2015). Die vorläufige Aufnahme stellt also eine Ersatzmassnahme dar, welche vom Aufenthaltskanton für höchstens 12 Monate verfügt wird (Art. 85 AuG) und anschliessend um jeweils 12 Monate verlängert werden kann (Art. 84 AuG). Zudem gibt noch einen weiteren möglichen Aufenthaltsstatus. Personen, welche die Flüchtlingseigenschaft erst durch die Ausreise aus dem Heimatland oder wegen des Verhaltens nach der Ausreise erfüllen, werden als vorläufig aufgenommene Flüchtlinge (VAF) anerkannt (Art. 54 AsylG).

Doch auch nach einer zugesprochenen Aufenthaltsbewilligung oder Vorläufigen Aufnahme gibt es unterschiedliche Stressoren. Je nach Aufenthaltsstatus haben Ausländer_innen andere Rechte und Pflichten. Unterschiede gibt es unter anderem beim Familiennachzug, der Niederlassungsfreiheit, Bewegungsfreiheit und dem Zugang zu Sozialversicherungen und Arbeitsbewilligungen. Die Broschüren des SEM verhelfen den Betroffenen und Fachpersonen für einen groben Überblick (SEM, 2015).

Die durch das Asylverfahren und durch den Aufenthaltsstatus bedingten Stressoren, sind auf Stressoren der Immigrationspolitik zurückzuführen. Im Kapitel Einflussfaktoren auf die soziale Integration wird dazu noch mehr erläutert.

4.2 Sozioökonomische Lage

Migrierte Menschen haben ein überdurchschnittliches Armutsrisiko. Dies hat nicht primär mit ihrem Migrationshintergrund zu tun, sondern mit sprachlichen Defiziten, geringer Berufsbildung und administrativen Hürden, welche die nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt erschweren. Erwerbsarbeit ist nicht nur die zentrale Voraussetzung für die wirtschaftliche Unabhängigkeit, sondern auch ein wichtiger Faktor für die gesellschaftliche Integration. Untersuchungen und Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass es den Flüchtlingen und VAF trotz ihrem starken Wunsch zu arbeiten oft nicht gelingt, sich erfolgreich in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Sie stossen bei der Arbeitssuche auf Hindernisse, unter anderem, weil ihnen die Kenntnisse der lokalen Sprache oder soziale Kontakte in der Schweiz fehlen. Weitere Gründe sind, dass sie aufgrund ihrer Fluchterfahrung unter physischen und psychischen Belastungen leiden (SKOS, 2015, S. 16). Als Folge davon müssen viele mit Sozialhilfe unterstützt werden. Gemäss Flüchtlingsstatistik belief sich im Jahr 2016 die Sozialhilfequote der Flüchtlinge und VAF in der Schweiz auf 85,8% (BFS, 2017, a). Die Sozialhilfequote im Asylbereich bezieht sich auf AS und VAP (mit höchstens sieben Jahren Aufenthalt in der Schweiz) und lag Ende 2016 bei 81,8% (BFS, 2017, b).

Gemäss SEM (2017, a) werden mittellose Asylsuchende sowie vorläufig aufgenommene Personen und Flüchtlinge durch die kantonale Sozialhilfe unterstützt. Für die Ausrichtung der Sozialhilfe sind die Kantone zuständig und es gilt dabei kantonales Recht. Diese Aufgaben können vom Kanton an die Gemeinden oder an Dritte delegiert werden.

Die Ausrichtung der Sozialhilfe wird auf kantonaler Ebene unterschiedlich umgesetzt. Inzwischen ist es in vielen Kantonen so, dass VAP der Asylfürsorge gleichgestellt sind, welche massiv unter den SKOS-Richtlinien liegt. Gemäss SKOS (2017) reduziert Basel-Stadt auf den 1.1.2018 als letzter Kanton die Sozialhilfe für VAP. Dennoch bleibt Basel-Stadt mit einer Kürzung auf 80% noch humaner als die meisten anderen Kantone. In vielen Kantonen beträgt der Grundbedarf gemäss Recherchen der Autorin für VAP, die weniger als 7 Jahre in der Schweiz sind, um die Fr. 400.00 anstatt Fr. 986.00 nach SKOS-Richtlinien. Auch bei den VAF ist diese Entwicklung zu beobachten. In Bezug auf den Entscheid des Zürcher Kantonsparlaments, die VAF dem Asylansatz gleichzustellen, spricht die Basler Zeitung von einer Signalwirkung. Wie in Zürich erhalten vorläufig aufgenommene Flüchtlinge auch in

Basel-Stadt, Luzern, Bern und Genf heute Sozialhilfe nach den höheren SKOS-Ansätzen. Neu ist es also so, dass im Kanton Zürich die VAF Fr. 360.00 Fr. gemäss den Asylansätzen erhalten statt Fr. 986.00 (Basler Zeitung, 2017). Nach Recherchen der Autorin gibt es in einigen Kantonen auch für Flüchtlinge eine Kürzung des Grundbedarfs, sodass der Ansatz unter den SKOS-Richtlinien liegt.

Diese Voraussetzungen erschweren eine soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Kurt Salentin (2002) hat mit seinen Studien bestätigt, dass Armut negative Auswirkungen auf das Bedürfnis nach Anerkennung hat und so negative sozialpsychologische Effekte auslöst. Wegen ihrer finanziellen Schwierigkeiten schämen sich Menschen, wenn die Umwelt von ihrer Armut erfährt. Diese Furcht vor einem scheinbaren oder realen Ansehens- respektive Anerkennungsverlust kann einen genauso starken Stressor darstellen wie die finanzielle Krise an sich (S. 59-60). Die ökonomischen Stressoren führen also auch zu sozialen Stressoren.

4.3 Soziokulturelle Lage

Durch die Migrationsursache Flucht entsteht nach Kizilhan (2016) eine biographische Veränderung. Die Art der Verarbeitung der Vergangenheit und ob die Anpassung im Aufnahme-land gelingt, hat einen erheblichen Einfluss auf die individuelle und kollektive Identität. Die Gestaltung der neuen Lebensphase kann zu Krankheit führen und ist abhängig von den individuellen und kollektiven Bewältigungsmechanismen. Gleichzeitig sind die Nutzungsmöglichkeiten der sozialen Netzwerke zentral. Ein neues Beziehungsnetz aufzubauen, verlangt neue soziale Ressourcen, eine neue Orientierung und neue Handlungskompetenzen (S. 309-310).

Sozialisation und Enkulturation ist ein lebenslanger Prozess und beinhaltet das Bemühen, sozial (kulturell) relevante Normen, Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen zu erlernen, die ein Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Probleme entstehen erst dann, wenn ein Mensch in eine fremde soziale Gemeinschaft (Nation, Kultur, Organisation oder Gruppe) gerät. Die vertrauten Symbole zur gegenseitigen Verständigung und Weltinterpretation werden anders bewertet, es wird ihnen also eine andere Bedeutung zugewiesen (Alexander Thomas, 1999; zit. in Artist von Schlippe, Mohammed El Hachimi & Gesa Jürgens, S. 28). Der psychologische Ausgang des Migrationsprozesses hängt laut Akhtar (2007) unter anderem vom Ausmass der kulturellen Unterschiede zwischen dem Einwanderungsland und dem Heimatland ab. Diese umfassen ein breites Spektrum an Dimensionen wie zum Beispiel Kleidung, Speisen, Sprache, Musik, Witz, Humor, Selbstbehauptung gegenüber Zu-

rückhaltung, Mass an Autonomie gegenüber familiärer Gebundenheit (S. 41). Sigrid Scheifele (2008) ergänzt, dass die nicht sprachlich gefassten Elemente der kulturellen Identität wie Gerüche, Temperaturen, die Farben des Sonnenlichts, Gesten und Blicke sowie der Rhythmus und Klang der ausserhäuslichen Sprache nicht mehr verfügbar sind. Gleichzeitig ist in der Regel mit der Migration in ein anderes Land auch das Erlernen einer neuen Sprache verbunden (S. 11). Das Sprachproblem macht nach Hartmann (2013) ähnlich stutzig wie Schwerhörige. Durch die Angst vor Missverständnissen, die gedämpfte Wahrnehmung der Umwelt und das Bemühen zu verstehen, leiden sie an ständiger Erschöpfung (S. 143). Die ungewohnten Verhältnisse im neuen Land und deren kognitive Verarbeitung ist sehr belastend. Diese ist nur in den alten Sprach- und Denkkategorien möglich. Die Neuorientierung wird behindert durch Verständnislosigkeit für die Lage und Anpassungsdruck seitens der Mehrheitsgesellschaft. Der Prozess benötigt je nach Person unterschiedlich viel Zeit. Ein besonderer Druck lastet auf Flüchtlingen und Vorläufig Aufgenommenen, weil sie nicht mehr heimreisen können, also die Verbindung zur Vergangenheit abgebrochen ist. Sie sind deshalb auch vermehrt der Gefahr von Isolation und Marginalisierung⁵ ausgesetzt als andere Migrant_innen, die wieder heimreisen können (S. 141). Wer aus politischen Gründen die Heimat verlassen muss oder aus ihr verbannt ist, wird die Fremde kaum als attraktiv empfinden. Hartmann (2013) erwähnt dabei unterschiedliche Schriftsteller_innen, welche als Folge der Emigration ausführlich über ihr Leid berichten, über die Vereinsamung und Isolation und daraus resultierende Erkrankungen (S. 131). Die physische und psychische Belastung spüren selbst jene, die bereits einen gewissen Status im Aufnahmeland geniessen. Die meist unsicheren Perspektiven (Zukunftsaussichten) erschweren es den Migrant_innen, ihr Leben zu planen. Ein Grund dafür ist zum Beispiel, dass man nicht weiss, ob man seine Angehörigen wieder sehen kann (edb., 2013, S. 142-143).

Folglich sind diese Faktoren auf soziale und interpersonelle Stressoren zurückzuführen.

Fazit

Die postmigratorischen Stressoren sind ein zentraler Faktor, weshalb die psychische Erkrankungen verstärkt werden können. Dies ist bereits bei Migrant_innen erforscht und belegt. Die Zielgruppe ist dabei noch vulnerabler, unter anderem weil neben Traumatisierungen auch die rechtlichen, ökonomischen und sozio-kulturellen Lebenslagen noch prekärer sind. Die rechtliche Lage, welche aus einer restriktiven Immigrationspolitik resultiert, hat Auswirkungen auf diverse Lebensbereiche und stellt einschränkende Rechte gegenüber der

⁵ Marginalisierung: Prozess der kumulativen Abwärtsentwicklung von Bevölkerungsgruppen in eine wirtschaftliche, gesellschaftliche, physische Randexistenz (Spektrum.de, ohne Datum)

Mehrheitsbevölkerung dar. Die schwierige ökonomische Lage ist bedingt durch einen erschweren Zugang zu Arbeit und die tiefen Sozialhilfeansätze. Dies erschwert eine gesellschaftliche Teilhabe, was einen sozioökonomischen Stressor darstellt. Die soziokulturelle Lage, welche sich in fehlenden sozialen Netzwerken und fehlenden Sprachkenntnissen zeigt und mit einer Neuorientierung an kulturellen Normen und Werten der Mehrheitsgesellschaft verbunden ist, ist auf soziale Stressoren beziehungsweise interpersonelle Stressoren zurückzuführen. Entsprechend ist es offensichtlich, dass die Kumulation dieser Stressoren eine weitere Belastung darstellt und sich negativ auf die Gesundheit auswirken kann. Im folgenden Kapitel sollen nun diese Wechselwirkungen näher aufgeführt und in Zusammenhang mit der sozialen Integration gestellt werden.

5 Einflussfaktoren auf die Soziale Integration

In diesem Kapitel wird zuerst anhand der Modalen Strukturierungstheorie (MSt) durch die Autorin eine Analyse und Bewertung vorgenommen, wie die Wechselwirkungen in der Lebensstruktur sich auf die Lebenspraxis und somit die soziale Integration der Zielgruppe auswirken. Dabei sollen die jeweiligen Ermögligungen und Einschränkungen aufgezeigt werden. Die Autorin stützt sich auf die vorangehenden Kapitel, entsprechend wird hier eine Eingrenzung vorgenommen. In einem ersten Schritt sollen die Wechselwirkungen in der Lebenslage der Zielgruppe aufgezeigt werden. Es wird dann der Bezug zum Lebensziel der gesellschaftlichen Integration hergestellt. Anschliessend wird daraus die Rolle der Institution der Sozialhilfe abgeleitet. Abschliessend geht es darum, die Ermögligungen für die Zielgruppe in der Lebenspraxis abzuleiten. Schliesslich wird der Auftrag der Sozialen Arbeit in Bezug auf das Tripelmandat aufgeführt. Die Autorin weist darauf hin, dass es bei dieser Analyse darum geht, Tendenzen in Bezug auf die Zielgruppe aufzuzeigen, im Bewusstsein, dass es bei Individuen immer auch Unterschiede gibt.

5.1 Analyse Lebensstruktur und Lebenspraxis

Zuerst soll nun das theoretische Modell der Mst aufgeführt werden, um nachher in einem nächsten Schritt den Bezug zur Zielgruppe herstellen zu können.

5.1.1 Theoretisches Modell der Modalen Strukturierungstheorie

Die MSt stützt sich auf die Sprachwissenschaft und gliedert sich anhand der Modalverben. Sie schliesst an die kritischen Gesellschaftstheorien von Giddens und Bourdieu an. Gregor Husi erweiterte diese und entwickelte daraus die Modale Strukturierungstheorie. Aufgrund der Paarbildung der Modalverben wird die instrumentale, die regulative und die motivationa-

le Strukturierungsmodalität sichtbar. Dadurch entsteht eine theoretische Grundlage für die Struktur und die Beschreibung von Positionen und Identitäten (Gregor Husi, 2010, S. 111). Die Art und Weise, wie Menschen handeln, ist weder rein strukturdeterminiert noch rein impulsiv. Der Handlungsspielraum in der Praxis ist somit durch Zeit und Raum begrenzt, sowie durch das Handeln können, müssen, dürfen, sollen, mögen und wollen bestimmt. Die ermöglichenden Aspekte des Spielraums sind Mittel, Wünsche und Rechte. Hingegen schränken Zwänge, Ziele und Pflichten diesen ein. Darunter können Begleitumstände sowie Voraussetzungen gemeint sein. Die Routine des Handelns führt zu einer bestimmten Lebensweise. Die Lebensweise prägt umgekehrt die Lebenslage (Mittel und Zwänge), die Lebensziele (Wünsche und Ziele) sowie die Rollen (Rechte und Pflichten). In der Gesellschaftsstruktur spiegelt sich, inwiefern ein Mensch in einer konkreten Situation aufgrund seiner Lebenslage, Lebensziele und Rollen handelt. Aus dem Zusammenwirken der Lebenslage, Lebensziele und Rollen, welches in der Lebenspraxis erlebt wird, entwickelt sich das Lebensgefühl (ebd., 2010, S. 112-113).

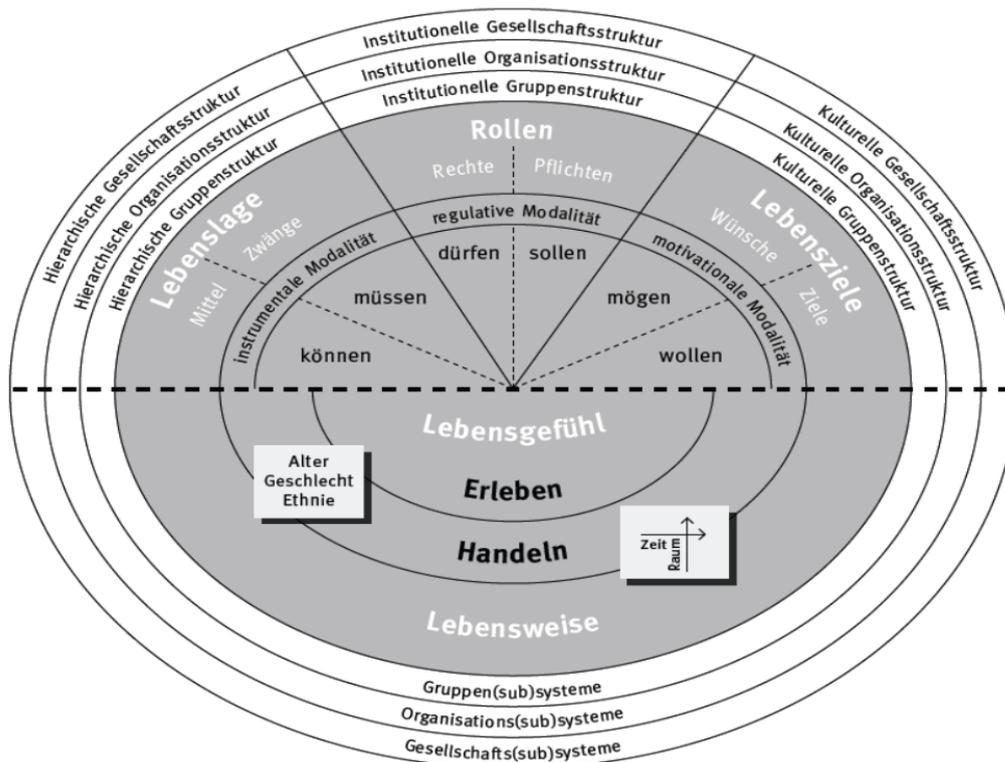


Abbildung 4: Gesellschaftsbild der Modalen Strukturierungstheorie (Husi, 2013, S.118)

Husi (2010) führt weiter aus, dass die Gesellschaft nicht alleine aufgrund der Struktur besteht, sondern Menschen in der Praxis handeln und somit die Struktur in der Praxis lebendig

wird. Handlungen entstehen und bilden Systeme. Das Handeln von Menschen in ähnlichen Lebenslagen bildet wiederum Subsysteme in der Gesellschaft. Somit werden die Systeme und Subsysteme ständig durch Prozesse der Inklusion und Exklusion verändert (S. 115). Die Beziehungsgestaltung bzw. die Interaktion kann unterschieden werden als gleichgestellte oder übergeordnete (hierarchische) Differenz, als gleichgesinnte (vertraute) oder fremde (kulturelle) Differenz und als gleichgeregelte oder ungleichgeregelte (regulative) Differenz.

Die MSt ermöglicht nicht nur einen makrogesellschaftlichen Blick, sondern beleuchtet auch die meso- und mikrogesellschaftlichen Prozesse. Somit ist es möglich, eine Organisation oder Gruppe aufgrund ihrer Struktur und ihres Systems zu analysieren. Organisationen sind verantwortlich für ein bestimmtes „Kerngeschäft“, in welchem Leistungs- und Empfangsrollen definiert sind. Sie weisen eine gewisse Macht als „kollektive Akteure“ auf und haben bestimmte Interessen und definieren gewisse Regeln. Meist sind sie in einem gewissen Lebensbereich tätig. Bestimmte Teile einer Organisation können Brücken zu anderen Lebensbereichen bauen (Husi, 2010, S. 116).

In den nächsten Kapiteln soll nun aufgezeigt werden, wie sich dies konkret bei der Zielgruppe zeigt.

5.1.2 Einschränkungen in der Lebenslage (Mikro-Ebene)

Wie sich in den vorangehenden Kapiteln herauskristallisiert hat, bestehen für die Betroffenen erhebliche Einschränkungen in den Mitteln. Die Autorin folgert daraus, dass die psychischen und physischen Mittel dabei den Ausgangspunkt darstellen. Diese hat einen Einfluss auf die anderen fehlenden Mittel und umgekehrt (vgl. Kap. 4). Die emotionalen, kognitiven, interpersonalen oder körperlichen Beeinträchtigungen zeigen sich in der Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Gleichzeitig beeinflussen sich die psychischen Störungen gegenseitig. Daraus entsteht eine psychische Instabilität (vgl. Kap. 3.3). Die postmigratorischen Stressoren führen dazu, dass sich die psychischen Störungen verstärken (vgl. Kap. 4) und so auch andere (ökonomische, soziale, kulturelle) Mittel in der neuen Gesellschaft nur schwer zu erlangen sind. Hier lässt sich ein Bezug zu Bourdieu herstellen. Bourdieu geht davon aus, dass sich die Lebensbedingungen aus der Position innerhalb der Gesellschaft und der damit verbundenen Ausstattung mit ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital ergeben und den Habitus bilden. Der Habitus prägt den gesundheitsrelevanten Lebensstil durch Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata. Dieser Lebensstil wirkt sich wiederum auf den Gesundheits- und Sozialstatus aus (Bourdieu; zit. in Simone Villiger & Carlo Knöpfel, 2009, S. 64–65).

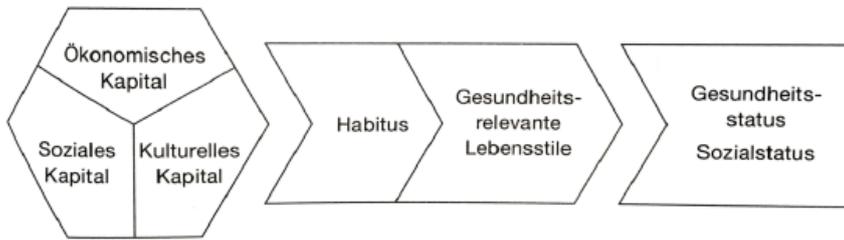


Abbildung 5: Verhaltensbezogene Faktoren in Anlehnung an Bourdieu 1997 (Abel, 2006; zit. in Villiger & Knöpfel, 2009, S. 65)

Entsprechend zeigen sich also die Einschränkungen in der Lebenslage anhand des Habitus, was sich im Verhalten äussert und sich auf die Lebenspraxis, also die Lebensweise, das Lebensgefühl und das Handeln auswirkt.

Die Autorin folgert, dass die fehlenden Mittel sich gegenseitig beeinflussen und gleichzeitig zu Zwängen führen. Der Ausgangspunkt ist der Zwang zur Flucht und es resultieren entsprechend fehlende psychische und physische Mittel aufgrund der psychischen Störungen. Einerseits hat sich herausgestellt, dass die möglichen psychischen Störungen mit dem Zwang des Vermeidens in Verbindung gebracht werden. Zum Beispiel im Vermeiden von sozialen Situationen, was zur sozialen Isolation führt (vgl. Kap. 3 und Kap. 2.1). Dies wirkt sich also auf die sozialen Mittel aus. Gleichzeitig besteht für die Migrierten der Zwang, sich in der neuen Gesellschaft soziale Mittel, also soziale Netzwerke, aufbauen zu müssen. Weiter führen die fehlenden soziokulturellen Mittel zum Zwang, die Sprache zu lernen und die neuen kulturellen Normen und Werte zu verstehen und zu akzeptieren (vgl. Kap. 4.3). Die Möglichkeit einer Therapie der psychischen Störungen wäre grundsätzlich gegeben, wenn auch mit einigen Herausforderungen wie zum Beispiel sprachliche Barrieren. Aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Mittel in der neuen Gesellschaft kann eine Therapie jedoch mit Zwang verbunden sein und entsprechend wird die Wirkung verfehlt (vgl. Kap. 3.4). Die fehlenden ökonomischen Mittel zwingen die Betroffenen dazu, wirtschaftliche und persönliche Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, um die Existenz zu sichern (vgl. Kap. 4.2). Weiter führen die auf den Aufenthaltsstatus bezogenen rechtlichen Mittel zum Zwang, die einschränkenden Gegebenheiten und die gesellschaftliche Ungleichheit akzeptieren zu müssen (vgl. Kap. 4.1). Als Beispiel ist hier zu nennen, dass die Betroffenen nicht mehr heimreisen können, was ein Verlust der Heimat und möglicherweise der Familie bedeutet (vgl. Kap. 4.3). Die Lebenslage ist also geprägt von müssen und nicht können.

Domenig (2007) bekräftigt, dass sich die Gesundheitssituation von Migrant_innen in den politischen und sozialen Rahmenbedingungen widerspiegelt, mit denen sie konfrontiert sind. Deshalb sind die Gesundheitsprobleme häufig sehr komplex und können nicht als somatische Störungen isoliert, sondern müssen vielmehr als psychosoziale Symptomkomplexe und Problemlagen betrachtet werden (S. 159). Antje Krueger (2013) erläutert, dass geflüchtete Menschen aufgrund spezifischer Gesetzgebungen, des Aufenthaltsstatus oder fehlenden Arbeitsbewilligungen aus der Gesellschaft exkludiert werden. Während im Inneren der Gesellschaft stabile rechtliche, ökonomische und soziale Funktionssysteme sind, befinden sich ausserhalb der Gesellschaft alle Menschen, die aus diesen Funktionssystemen herausgefallen sind. Die Betroffenen werden aus der Gesellschaft ausgeschlossen, wenn sie nicht gewissen Bedingungen entsprechen. Wird weniger auf den Zustand der Exklusion fokussiert, sondern lässt man sich mit dem Begriff der Teilhabe auf ein relationales Konzept ein, wird deutlich, dass Individuen bzw. Gruppen immer im Verhältnis zu anderen Gruppen, zu Institutionen sowie zu der Gesellschaft als Ganzes aus- oder eingeschlossen werden (S. 28). Die Möglichkeit des Zugangs zu allgemein verfügbaren und erstrebenswerten sozialen Gütern und/oder sozialen Positionen, die mit ungleichen Macht- und/oder Interaktionsmöglichkeiten ausgestattet sind, lässt die Betroffenen Individuen, Gruppen oder Gesellschaften dauerhafte Einschränkungen erfahren und beeinträchtigt dadurch deren Lebenschancen (Reinhard Kreckel, 2004, S. 17).

Die Autorin folgert daraus, dass durch das Fehlen der physischen und psychischen, rechtlichen, ökonomischen und sozio-kulturellen Mittel und die daraus entstehenden Zwänge in der instrumentalen Modalität sowohl in der Makro-, Mikro- und Mesoebene in der hierarchischen Differenzierung eine Unterordnung konstatiert. Dies zeigt sich im Lebensbereich, weil es der Zielgruppe an Arbeit fehlt (vgl. Kap. 4.2) und an Freizeit, die sich in der Regel in fehlenden sozialen Mitteln beziehungsweise sozialen Netzwerken widerspiegelt (vgl. 4.3). Gleichzeitig fehlt es an gesellschaftlich anerkannten Rollen in der regulativen Modalität. In der Lebenspraxis wird dadurch das Handeln eingeschränkt, was sich wiederum auf das Lebensgefühl auswirkt und gleichzeitig zur sozialen Isolation führt. Entsprechend wirkt sich dies auf die Lebensziele (Wünsche und Ziele), also die motivationale Modalität aus, etwas verändern zu wollen. Aufgrund der fehlenden Lebenschancen entwickeln sich wenig Perspektiven.

5.1.3 Lebensziel gesellschaftliche Integration (Makro-Ebene)

Zwischen Einheimischen und der Zielgruppe besteht neben der genannten hierarchischen Ungleichheit, auch eine Ungleichheit bezüglich der institutionellen und kulturellen Differenzierung.

Der schweizerische Sozialstaat hat verschiedene gesetzliche Grundlagen geschaffen, um den Differenzen entgegenzuwirken. Unter anderem soll der im Ausländergesetz (AUG) Art. 4² verankerte Integrationsartikel die gesellschaftliche Integration ermöglichen:

„Die Integration soll zum Ziel haben, längerfristig und rechtmässig anwesenden Ausländerinnen und Ausländern zu ermöglichen, am wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben der Gesellschaft teilzuhaben“.

Einerseits soll so in der hierarchischen Gesellschaftsstruktur durch eine Reduktion der Differenzen in der institutionellen Modalität eine Gleichstellung ermöglicht werden. Andererseits werden durch entsprechende Integrationsmassnahmen Rollen (Rechte und Pflichten) in unterschiedlichen Gesellschaftssystemen ermöglicht (vgl. Kap. 5.1.4). Weiter wird dadurch in den kulturellen Differenzen ermöglicht, dass aus Fremdheit eine Vertrautheit werden kann. Dies, weil zwischen den Migrant_innen und der Aufnahmegesellschaft, beides Subsysteme der Schweiz, kulturelle Differenzen bestehen. Dabei ist das Ziel gemäss AUG Art. 4¹:

„Das Ziel der Integration ist das Zusammenleben der einheimischen und ausländischen Wohnbevölkerung auf der Grundlage der Werte der Bundesverfassung und gegenseitiger Achtung und Toleranz“.

Zudem gelten folgende Voraussetzungen gemäss AUG Art. 4³:

„Sie setzt sowohl den entsprechenden Willen der Ausländerinnen und Ausländer als auch die Offenheit der schweizerischen Bevölkerung voraus“.

Basierend auf der regulativen Modalität kann die Umsetzung des AUG Art. 4, gestützt auf die Bundesverfassung, die kulturelle Differenz verringern. Es stellt sich aber die Frage, ob einerseits der Wille der Zugewanderten und andererseits die Offenheit der Einheimischen auch gegeben ist. Nach Domenig (2007) werden Zuwander_innen, die von ausserhalb der Europäischen Union (EU) stammen, stärker mit restriktiven Zuwanderungs- und Integrationsvorhaben belastet als Migrant_innen aus der EU. Die aktuelle Politik wird auf diese Weise auf der Bedeutungsebene reflektiert. Nach dieser Tendenz wird die Aussenwelt Europas vermehrt als fremdartig, gefährlich und als kulturell andersartig aufgefasst. Vor allem jene

Migrant_innen, die von ausserhalb Europas eindringen, werden als Träger_innen solcher Essenzen versinnbildlicht. Die Gefahr besteht somit, dass in Zukunft nicht nur Zuwanderungspolitiken gegenüber von aussen kommenden Menschen restriktiv gehalten werden. Bereits bestehende Negativbilder, die in Integrationsdiskursen mitschwimmen, werden so zusätzlich in Integrationsvorhaben zementiert. Insofern scheint es umso wichtiger zu sein, Integrationsvorhaben auch in Zukunft kritisch zu hinterfragen und sich nicht von einem trendigen Zeitgeist leiten zu lassen (S. 63-64). Entsprechend ist die Offenheit der Einheimischen nicht als selbstverständlich vorauszusetzen. Unter diesen Umständen und angesichts dem Verlust an Heimat und Familienangehörigen der Betroffenen (vgl. Kap. 4.3) scheint fraglich, ob für die Zielgruppe ein Wille auf der motivationalen Modalität entstehen kann, sich zu integrieren. Nach Domenig (2007) ist der Alltag der Betroffenen in den Aufnahme-ländern von Integrationsdruck und -schwierigkeiten, Sprachproblemen, Arbeitslosigkeit, knappen finanziellen Mitteln und anderen Problemen geprägt (S. 159). Nach SKOS (2012) sind der Integrationswille und die Integrationsbemühungen wichtige Voraussetzungen für einen positiven Integrationsprozess. Ebenso ist dieser aber auch von den strukturellen Bedingungen und den effektiven Möglichkeiten beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt. Deshalb sollte sich die Integrationsförderung nicht nur auf die Pflichten von Ausländer_innen beschränken, sondern auch deren Rechte miteinbeziehen (S. 1-3). Gemäss SKOS (2015) ist es eine Chance, Flüchtlingen bessere Integrationsmöglichkeiten und Perspektiven zu bieten, um mittelfristig die Kosten im Sozialhilfebereich zu senken, die Wirtschaft zu unterstützen sie aufzunehmen und nicht zuletzt die Akzeptanz der Aufnahme von Flüchtlingen in der gesamten Gesellschaft zu stärken (S. 17). Im Sinne der MSt würden demnach die hierarchischen und institutionellen Differenzen zwischen den Gesellschaftssystemen vermindert, wonach sich in den kulturell differenzierten Systemen ein Kohäsionsgefühl, also ein gegenseitiges Verständnis, ermöglichen lassen würde.

Domenig (2007) erläutert, dass in der modernen Migrationsforschung darauf verzichtet wird, Vorstellungen der Integration mit den trendigen Begriffen fassen zu wollen. Die Ideen von Assimilation und Multikulturalismus verlieren die Gültigkeit, weil die erstere zu stark die Gemeinsamkeiten und die letztere zu stark die Unterschiede von Menschen hervorhebt. Vielmehr wird heute akzeptiert, dass im Prozess der Integration sowohl die Fähigkeiten, Normen und Werte zur Geltung kommen, die Migrierende aus den Herkunftsländern mitbringen, und gleichzeitig die Strukturen, Normen und Werte, die in den Aufnahmegesellschaften Gültigkeit haben. Integration ist deshalb in erster Linie ein Aushandlungsprozess, der zwischen Zugewanderten und Einheimischen stattfindet, und der zur Positionierung von beiden innerhalb von gesellschaftlichen Feldern führt. Integration kann als ein Zusammenspiel von

Chancen gewertet werden, die von Seiten der Migrant_innen subjektiv wahrgenommen werden (können), und von objektiv gegebenen Partizipationsmöglichkeiten, die seitens der Aufnahmegesellschaft zugelassen werden, beziehungsweise vorenthalten werden, abhängig sind. Vor diesem Hintergrund lassen sich jene Elemente zusammenführen, die den modernen Integrationsbegriff rahmen. Dies sind die Migrationssteuerung, Partizipation, Chancengleichheit sowie die Rechte für die Bürger_innen (S. 59-60).

Die Umsetzung der Gesetzgebung ist in der Praxis kein leichtes Unterfangen. Neben den Regelstrukturen übernehmen die Sozialhilfeorgane einen wichtigen Teil dieser Aufgabe.

5.1.4 Rolle der Institution Sozialhilfe (Meso-Ebene)

Auf der regulativen Modalität verfügt gemäss SEM (2017, b) jeder Kanton seit 1. Januar 2014 über ein kantonales Integrationsprogramm (KIP), in dem alle Massnahmen der spezifischen Integrationsförderung gebündelt werden. Es bestehen Integrationsmassnahmen zu den Bereichen Sprache und Bildung, Beratung, Arbeitsmarktfähigkeit, interkulturelles Übersetzen und soziale Integration. Die Autorin nimmt an, dass diese Massnahmen auf der instrumentalen Modalität die Aneignung neuer Mittel in der Lebenslage ermöglichen. Es soll durch Bildung, Sprache und soziale Netzwerke die Arbeitsmarktfähigkeit gewährleistet werden. Gleichzeitig können durch die sprachlichen und beruflichen Massnahmen in der neuen Gesellschaft neue Rollen entstehen. Dies zeigt sich folglich im Lebensbereich, weil dadurch für die Zielgruppe ein Handeln ermöglicht wird, was sich auf das Erleben auswirkt. Hier müssen die einschränkenden Aspekte insbesondere in Bezug auf die Zielgruppe betrachtet werden, welche bereits aufgeführt wurden (vgl. Kap. 5.1.2).

In Bezug auf die ökonomischen Mittel soll die wirtschaftliche und persönliche Sozialhilfe unter anderem dafür sorgen, dass die finanzielle Existenz gesichert ist. Das Recht auf Sozialhilfe hat also grundsätzlich zum Ziel, ermöglichend zu wirken, ist aber für die Zielgruppe gegenüber der Mehrheitsbevölkerung gleichzeitig als einschränkend zu verorten, weil die Zielgruppe (insbesondere VAP) gegenüber der Mehrheitsbevölkerung finanziell schlechter gestellt wird und dies einen Einfluss auf die sozioökonomischen Mittel hat (vgl. Kap. 4.2). Die ökonomischen Stressoren haben entsprechend Folgen für die soziale Position, was sich auf der hierarchischen Differenzierung, auf allen Ebenen zeigt. Gemäss SKOS (2014, b) besteht eine in den kantonalen Sozialhilfegesetzen (SHG) geregelte Pflicht für sozialhilfebeziehende Personen, alles in ihrer Kraft Stehende zu tun, um ihre Notlage zu lindern oder zu beheben. Im Sinne des Gegenleistungsprinzips wird erwartet, dass die Betroffenen einen aktiven Beitrag zu ihrer Integration leisten. Das Aktivierungsparadigma ist mit der klaren Definition von Anreizen und der konsequenten Verknüpfung von Integration und Existenzsi-

cherung auch in der Sozialhilfe angekommen (S. 8). Dieses Prinzip gestaltet sich in der Praxis für die Zielgruppe aufgrund der genannten Einschränkungen als schwierig. In Bezug auf die rechtlichen Mittel zeigt sich die restriktive Immigrationspolitik als einschränkend (vgl. Kap. 4.1.). Gemäss Domenig (2007) gestalten Nationalstaaten mittels der Ausländer- und Asylgesetzgebung sowohl Zuwanderungs- als auch Integrationsmodalitäten. Integrationsverläufe sind zu einem wesentlichen Teil festgelegt, je nachdem, welchen Personen für wie lange und unter welchen Bedingungen Aufenthaltsrechte gewährt werden. Wenn beispielsweise die VAP, mit der Drohung einer Abschiebung leben, haben sie wenig Grund, sich selbst und ihre Angehörigen starken Integrationsbemühungen auszusetzen (S. 60). Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass gemäss SEM (2012) über 90 Prozent der VAP langfristig in der Schweiz bleiben. Deshalb wird von ihnen erwartet, dass sie für sich selber sorgen können. Bund, Kantone und Gemeinden haben explizit den gesetzlichen Auftrag, die berufliche und soziale Integration von VAP zu fördern und zu fordern. Vielen VAP gelingt es indes nicht, in der Schweiz beruflich Fuss zu fassen und finanziell unabhängig zu werden (S. 1). Domenig (2007) bestätigt, dass je nach Aufenthaltsstatus die Migrant_innen auf unterschiedliche, meist restriktive Aufnahmebedingungen, treffen und mit einer Vielzahl von Ausgrenzungsmechanismen konfrontiert sind (S. 159). Die Autorin folgert, dass diese tendenziell restriktive Immigrationspolitik mit diversen Einschränkungen für die Zielgruppe verbunden ist, was sich entsprechend kontraproduktiv auf das Lebensziel der Integration auswirkt, wie sich bereits in der Analyse der Lebenslage gezeigt hat und hier bestätigt.

Die Sozialhilfeorgane, also Institutionen der Sozialhilfe, sind zuständig für die Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen in Bezug auf die Integration. Gemäss SKOS (ohne Datum, b) haben die Sozialhilfeorgane dafür zu sorgen, dass den Hilfesuchenden geeignete, den lokalen und kantonalen Gegebenheiten angepasste Massnahmen zur Verfügung stehen oder solche vermittelt werden. Geeignet ist eine Massnahme dann, wenn sie dem Alter, dem Gesundheitszustand, den persönlichen Verhältnissen und den Fähigkeiten der hilfesuchenden Person angemessen ist, und deren soziale und berufliche Integration ermöglicht oder fördert und dadurch den gesellschaftlichen Ausschluss verhindert. Um den unterschiedlichen Lebenslagen der Betroffenen gerecht zu werden, muss eine breite Palette von Massnahmen angeboten werden. Berufliche Integration beginnt mit Sozialkompetenzen wie beispielsweise Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Engagement, Lernbereitschaft oder Beziehungsfähigkeit. Für einen nicht unbedeutenden Teil der Hilfesuchenden sind jedoch rein berufliche Integrationsmassnahmen aus gesundheitlichen oder anderen persönlichen Gründen entweder nicht angezeigt oder deren Umsetzung nicht möglich: Für sie sollen soziale Integrati-

onsmassnahmen bereitstehen, welche besonders eine Alltagsstruktur vermitteln und das Selbstbewusstsein der Betroffenen stärken.

In der Praxis wird dies aber oftmals nicht so umgesetzt. Gemäss Asylorganisation Zürich (AOZ) (2014) dürfen und können die Betroffenen während der Zeit des Asylverfahrens selbst keine Schritte zur Integration unternehmen. Sobald sie jedoch eine Aufenthaltsbewilligung erhalten, wird erwartet, dass sie aktiv werden und sich so rasch wie möglich integrieren. Dies beinhaltet zum Beispiel Deutschkurse zu besuchen, sich zu qualifizieren und beruflich zu integrieren. Nach Monaten und teilweise Jahren in der Passivität ist dies eine nicht zu unterschätzende Herausforderung (S. 9). Meistens geht es darum, dass die Zugewanderten möglichst schnell eine Sprache lernen und wirtschaftlich selbständig werden. Dabei wird der Fokus oftmals ausschliesslich auf die Wahl des richtigen Sprachkurses oder Qualifizierungsprogrammes gelegt. Doch in der Praxis hat sich gezeigt, dass neben wirkungsvollen Kursen und Programmen auch die effektive Ausgestaltung des Integrationsprozesses von grosser Bedeutung ist. Integration ist ein individueller Prozess und verläuft selten linear. Eine gelungene Integration hängt sowohl von den Voraussetzungen ab, welche geflüchtete Menschen mitbringen, als auch von der Art der Unterstützung, die sie im Ankunftsland erfahren. Wenn jemand psychisch belastet ist, kann die betroffene Person sich schlecht auf ein Qualifizierungsprogramm einlassen. In diesem Fall sollte der Schwerpunkt in der Beratung weiterhin die Stabilisierung und Vernetzung im sozialen Umfeld sein (ebd., 2014, S. 6).

Die Autorin folgert, dass auf institutioneller Ebene in Bezug auf die Umsetzung der sozialen Integration folgende Erkenntnisse wichtig sind. Einerseits ist Integration ein individueller und gesellschaftlicher Prozess und von den Voraussetzungen der Geflüchteten und der Unterstützung im Ankunftsland abhängig. Andererseits sollte bei psychisch belasteten Menschen vorrangig die Stabilisierung und soziale Vernetzung angesteuert werden. Die Berücksichtigung von Raum und Zeit ist in Bezug auf den Prozess des Individuums und der gesellschaftlichen Integration zentral. Also die Zeit, die das Individuum benötigt, um leistungsbereit sein zu können (vgl. Kap. 2.2) sowie der vorgegebene Raum in der Gesellschaft durch die strukturellen Voraussetzungen der Gesellschaft. Hierzu muss in den Institutionen entsprechendes Wissen vorhanden sein, um eine nachhaltige und wirkungsvolle Integration der Zielgruppe zu ermöglichen. Gleichzeitig müssen aber auch die institutionellen und gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden, worauf im Kap. 5.2 noch näher eingegangen wird.

5.1.5 Ermöglichungen in der Lebenspraxis (Mikro-Ebene)

Wie sich herausgestellt hat, sind die physischen und psychischen Mittel Ausgangspunkt für die Einschränkungen in der Lebenslage und für ein selbstwirksames Handeln der Zielgruppe. Dies wirkt sich wiederum auf die psychischen und physischen Mittel, also die Gesundheit der Betroffenen aus (vgl. Kap. 2). Es bestehen unterschiedliche Hindernisse bezüglich einer Behandlung und Therapie. Auch Raum und Zeit sollte bezüglich der Gesundheit betrachtet werden, da eine Verbesserung der psychischen Störungen benötigt wird. Es gilt also die Stabilisierung der Lebenslage zu fördern, um die psychischen Mittel zu stärken (vgl. Kap. 3.4). So können selbstwirksame Handlungen ermöglicht werden, was sich wiederum auf die physischen und psychischen Mittel positiv auswirkt und die Resilienz stärkt (vgl. Kap. 2). Gemäss Krueger (2013) sollte der Fokus auf den gesellschaftlichen Strukturen liegen, welche die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Partizipationschancen bewirken (S. 24-28). Indem die fehlenden Ressourcen erschlossen und dadurch aktiviert werden, werden gleichzeitig Handlungen ermöglicht. Ziele können so avisiert und selbstwirksam angegangen werden und gleichzeitig ermöglichen eigene wirksame Erfahrungen, im Sinne der Resilienz, weitere Handlungen (vgl. Kap. 2).

Wie bereits erwähnt, erachtet die AOZ die Stabilisierung und die soziale Vernetzung bei der Zielgruppe als zentral. Als weitere Ermöglichung gilt es folglich, die soziokulturellen Mittel zu aktivieren, denn durch das genannte Vermeidungsverhalten droht eine soziale Isolation (vgl. Kap. 5.1.2). Die Autorin folgert daraus, dass einerseits die kulturellen und sprachlichen Mittel durch Ermöglichung sozialer Mittel verbessert werden können. Andererseits sind die sozialen Mittel für die selbstwirksamen Handlungen hilfreich, die sozial-kognitive Lerntheorie rezipiert methodisch das Vorleben und das Zureden. Daraus können entsprechend eigene Erfahrungen entstehen und so wird wiederum das selbstwirksame Handeln gestärkt (vgl. Kap. 2.1). Der zentrale Fokus sollte, unter Anbetracht der bestehenden strukturellen Einschränkungen, auf der Selbstbestimmung liegen. Die Handlungsbefähigung (agency) eines Menschen hängt mit seiner Selbstbestimmung und Würde zusammen und erwächst aus der Fähigkeit zur Selbsthilfe (vgl. Kap. 2.3). Dies führt zu neuen Handlungen und die Lebensweise verändert sich, was wiederum zur Verbesserung der Gesundheit (also physischen und psychischen Mittel) in der Lebenslage und so zu weiteren Handlungen führt. Durch diese Veränderung in der Lebenspraxis wird eine Veränderung in der Lebensstruktur ermöglicht. Es können weitere (soziokulturelle und ökonomische) Mittel in der Lebenslage erarbeitet werden, gleichzeitig wird dadurch eine Veränderung der Lebenspraxis möglich und dies wirkt sich auf die Rollen und den Willen des Lebensziels der gesellschaftlichen Integration

aus. Folglich scheint der Autorin für die Soziale Arbeit wichtig zu erkennen, inwiefern gesellschaftliche Ungleichheiten bestehen und inwiefern jemand den gesellschaftlich geprägten strukturellen und systemischen Druck erlebt und inwiefern dieser zu mindern ist.

5.2 Auftrag der Sozialen Arbeit

Das Ziel der Sozialen Arbeit soll sein, durch professionelle Interventionen ausgrenzenden Differenzierungen entgegenzuwirken und den gesellschaftlichen Zusammenhalt zu stärken (Husi, 2013, S.131). Der Berufskodex der Sozialen Arbeit führt auf, dass Soziale Arbeit einen gesellschaftlichen Beitrag für die Menschen oder Gruppen leistet, die in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt sind oder deren Zugang zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind. Dabei zielt die Soziale Arbeit auf das gegenseitig unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen in ihren sozialen Umfeldern und damit auf soziale Integration (Beck et al., 2010, S. 6). Wie bereits aufgeführt, ist die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe diesbezüglich in einer schwierigen Rolle. Dies einerseits durch das Bewusstsein der genannten strukturellen Einschränkungen für die Zielgruppe und andererseits durch den eigenen gesetzlichen Auftrag.

Durch die Mandatierung erhält die Soziale Arbeit eine gesellschaftliche Aufgabe (Silvia Staub-Bernasconi, 2007, S. 198-202). Laut Gregor Husi und Simone Villiger (2012) müssen die Ziele, welche in den Interventionen und Präventionen durch die Soziale Arbeit verfolgt werden, in generalisierter Form grösstenteils dieser Aufgabe entsprechen. Gesellschaftliche Strukturen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene ermöglichen und beschränken die Wege, welche die Soziale Arbeit zusammen mit ihrer Adressatenschaft beschreitet. Die Strukturen beeinflussen damit die Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Interventionen und infolgedessen das Ausmass, in dem Soziale Arbeit ihre Aufgabe erfüllen kann (S. 27) (vgl. Kap. 5). Wenn die Soziale Arbeit den Anspruch erhebt, eine Profession zu sein, muss sie nach Staub-Bernasconi (2007) das Doppelmandat zu einem Tripelmandat erweitern. Wissenschaftliche Basis, Berufskodex und die darin enthaltenen Menschenrechte begründen dementsprechend das dritte Mandat seitens der Profession der Sozialen Arbeit. Mit diesem dritten Mandat sind Professionalität und Politik keine Gegensätze, aber es muss wissenschaftlich begründete Fachpolitik sein, die sich in öffentliche Diskurse und die Politik einmischt und diese mitgestaltet (S. 200-201). Wegleitend ist dabei die international geltende Definition der Berufsverbände der Sozialen Arbeit von 2014, diese lautet gemäss AvenirSocial (2015):

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächti-

gung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf das Erfahrungs-Wissen des beruflichen Kontextes (S. 2).

Kizilhan (2016) erwähnt, dass Sozialarbeitende in ihren unterschiedlichen Handlungsfeldern vermehrt mit traumatisierten Menschen konfrontiert sind. Jedoch fehlt es oftmals an Wissen über den Umgang mit dieser Klientel. Die Soziale Arbeit hat dabei ihren Schwerpunkt nicht in der Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Vielmehr geht es um die Aufarbeitung sozialer Konflikte, den Erwerb neuer Kompetenzen, die Aneignung von (öffentlichen) Räumen und den Aufbau förderlicher Strukturen zu Integration und aktiver Teilhabe aller Personen in der Gesellschaft. Hierbei ist die Stabilisierungsarbeit sowie Ressourcenaktivierung zentral (S. 93).

Der Ansatz der Ermöglichung durch die Sozialen Arbeit ist hier wegleitend. Einerseits sollen nach Ulrich Glöckler (2017) die in gesellschaftlichen und lebensweltlichen Realitäten steckenden Verwirklichungschancen in einer selbstbestimmten Lebenspraxis thematisiert werden. Andererseits sollen gesellschaftlich bedingte Begrenzungen von Verwirklichungschancen und der partielle oder gesamte Verlust von Handlungsmacht und Selbstwirksamkeit ebenfalls ins Blickfeld gerückt werden. Die Begrenzung von Verwirklichungschancen und der Verlust von Handlungsmacht können sowohl durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen als auch durch subjektive Faktoren ausgelöst werden (S. 11-12). Es geht deshalb um die Ermöglichung einer Ausbildung, die Wiederherstellung oder Steigerung der Handlungsmächtigkeit und Handlungsfähigkeit der Zielgruppe. Diese Ermöglichung bedeutet, die ihre Lebenslage kennzeichnenden sozialen, materiellen und kulturellen Handlungsspielräume so zu erweitern, dass es möglich wird, ihr eigenes Handeln auf die eigenen Ziele hin auszurichten und entsprechende Handlungsstrategien zu entwickeln und umsetzen zu können (ebd., 2017, S. 17-18).

Beantwortung der Fragestellung 1

Wie ist der Zusammenhang zwischen SWE und sozialer Integration von psychisch erkrankten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen?

Aufgrund von fehlenden Mitteln und Zwängen in der Lebenslage, ausgehend von den psychischen und physischen Mitteln, bestehen für die Zielgruppe Einschränkungen. Dies wirkt sich auf die Lebenspraxis und das Handeln der Betroffenen aus. Das im Gesetz verankerte Ziel der gesellschaftlichen Integration soll diesen hierarchischen Differenzierungen entgegenwirken. Die ermöglichenden Aspekte führen jedoch gleichzeitig zu weiteren Einschränkungen. Dies, weil aufgrund der strukturellen und individuellen Voraussetzungen für die Zielgruppe wenig Perspektiven bestehen und entsprechend angenommen werden kann, dass kein Wille zur Integration auf der motivationalen Ebene besteht. Andererseits scheint auch die Offenheit der Aufnahmegesellschaft in Frage gestellt. Entsprechend sollte nach Domenig (2007) Integration als ein Zusammenspiel von Chancen gewertet werden, die von Seiten der Migrant_innen subjektiv wahrgenommen werden (können) und von objektiv gegebenen Partizipationsmöglichkeiten, die seitens der Aufnahmegesellschaft zugelassen beziehungsweise vorenthalten werden (vgl. Kap. 5.1.3). Die Sozialhilfeeinrichtungen haben diesbezüglich die Aufgabe gesetzliche Grundlagen umzusetzen, und sie benötigen entsprechendes Wissen über die Zielgruppe, um soziale Integration zu ermöglichen. Die Berücksichtigung von Raum und Zeit scheint sowohl für den Prozess der Integration, als auch für die Gesundheit als wichtig zu beachten, denn sie beeinflussen sich gegenseitig. Durch eine Stabilisierung der Lebenslage, welche durch die Ressourcenaktivierung sowie die soziale Vernetzung ermöglicht wird, können auf der motivationalen Modalität neue Wünsche und Ziele entstehen. Diese wirken sich auf die Lebensweise, das Erleben und somit auf das Handeln aus und widerspiegeln sich gleichzeitig in einer prozesshaften Integration. Hierzu braucht es aufgrund der gesellschaftlichen Ungleichheiten eine Handlungsermächtigung seitens der Sozialen Arbeit. Die professionelle Soziale Arbeit muss nach Glöckler (2017) einerseits die Begrenzungen der Verwirklichungschancen sowie den Verlust von Handlungsmacht erkennen und andererseits die gesellschaftlichen und lebensweltlichen Verwirklichungschancen, die zur selbstbestimmten Selbstwirksamkeit verhelfen, um eine soziale Integration zu ermöglichen (S. 11).

6 Gestaltungsspielräume der Selbstwirksamkeit

In diesem Kapitel geht es darum aufzuzeigen, wie die Soziale Arbeit das selbstwirksame Handeln der Zielgruppe unterstützen kann. Es wird dabei von Gestaltungsspielräumen gesprochen, weil es einerseits um Spielräume des Handelns geht und diese nicht abschließend aufgeführt werden. Andererseits weil es sich um Möglichkeiten der Gestaltung handelt, also im Kontext der Sozialhilfe gewisse Handlungsansätze genutzt werden können. Auf der Mikro-Ebene wird dabei die psychosoziale Beratung, auf der Meso-Ebene die Institution der

Sozialhilfe und auf der Makro-Ebene die Gesellschaft und Sozialpolitik betrachtet. Es geht darum, die im Kap. 5.2 eruierten Ermöglichkeiten in Anbetracht der Einschränkungen herauszuarbeiten.

6.1 Ebene psychosoziale Beratung (Mikro-Ebene)

Nach Wolf Bernhard Emminghaus (2008) befinden sich Beratende in der Flüchtlingsarbeit in einer schwierigen Situation, weil die Menschen mit hohem Leidensdruck und hohen Erwartungen kommen. Die Beratenden müssen die Handlungsmöglichkeiten realistisch sehen und diese transparent machen, gleichzeitig müssen diese aber auch genutzt werden. Dabei hat die Beratungsbeziehung eine grosse Bedeutung. Die Ratsuchenden finden zurück zu Vertrauen, wo sie aufgrund ihrer Fluchtgeschichte vorher misstrauisch waren (S. 37). Im nächsten Kapitel wird deshalb auf wichtige Grundlagen der Beratungsbeziehung eingegangen.

6.1.1 Vertrauensbeziehung und Anerkennung

Viele der geflüchteten Menschen haben nach Emminghaus (2008) Grausamkeiten und Unmenschlichkeit erfahren und blieben mit diesen Erlebnissen allein und hilflos. Schon die entlastende Erfahrung, in der Beratung Verständnis zu bekommen, hilft, die Opfererfahrungen in ihr Selbst- und Weltbild zu integrieren. Die Beratungsbeziehung hat deshalb eine persönliche Bedeutung, weil die Ratsuchenden Informationen erhalten, ohne die sie sonst orientierungslos wären. Auch hat sie eine institutionelle Bedeutung, weil die Flüchtlinge machtvoll vertreten werden, wo sie sich machtlos fühlen. Dann hat sie auch eine kulturelle Bedeutung, weil die Flüchtlinge in Begegnung mit der Beratungsperson Kontakt zur neuen Kultur erhalten und gleichzeitig Anerkennung der eigenen Kultur erfahren. Diese umfassende Anteilnahme stärkt Flüchtlinge bei der persönlichen Integration in die neue Gesellschaft (S. 37-38).

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Wahrnehmung der Beziehungsqualität seitens des Klientels 30% eines erfolgreichen Beratungsergebnisses ausmacht (Barry L., Duncan und Scott D., Miller, 2003, S. 13). Achtung, Respekt, Echtheit, Neugier, Neutralität, Offenheit, sich einlassen auf das Gegenüber, Herzlichkeit und Humor sind einige Merkmale einer hilfreichen Arbeitsbeziehung. Weiter sind seitens der Beratenden Eigenschaften wie Wertschätzung, eine gemeinsame Sprache und eine lösungsorientierte Grundhaltung zentral. Es geht dabei um ein Fokussieren auf die Fähigkeiten und Stärken und somit ein Gefühl der Zuversicht und Sicherheit (Günter G. Bamberger, S. 141, 2005). Wertschätzung, Anerkennung und Respekt könnten grundsätzlich als eine Haltung bezeichnet werden. Entschei-

dende Wirkungen sind gemäss Bamberger (2005), dass sich die Klient_innen akzeptiert fühlen und sich als stark erleben können. Sie sollen sich als Person wahrgenommen fühlen, welche ihre Fähigkeiten und Stärken trotz vorliegender Probleme kompetent einsetzen. Der wertschätzende und wohlwollende Umgang der Beratenden hat Modellcharakter und kann Ratsuchende anregen, mit sich selbst und anderen auch so umzugehen. Wertschätzung kann man auf vielfältige Weise, verbal oder non-verbal, kommunizieren (S. 140ff).

Gesellschaftliche und politische Verhältnisse, welche Überlebenden von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen ein Gefühl der fehlenden Anerkennung vermitteln, können als viktimisierende Kultur betrachtet werden. Dies sollte in der Arbeitsbeziehung also unbedingt berücksichtigt werden. So können Betroffene in psychosozialen Kontexten alternative (Selbst-) Erfahrungen machen, indem ihre Würde respektiert und gefördert wird. In diesem Zusammenhang kann Parteilichkeit bedeuten, alles zu tun, was einseitige Machtverhältnisse abzubauen und Gegenseitigkeit ermöglicht. Während der traumatischen Erlebnisse, auf der Flucht und auch im Exil, erleben sich Flüchtlinge oft als fremdbestimmt und ausgeliefert. Ein zentrales Ziel in den psychosozialen Interventionen ist daher die Wiederherstellung eines Gefühls der Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben. Es scheint dabei wichtig, dass traumatisierte Menschen nicht dauerhaft als Opfer wahrgenommen werden, sondern ihre eigene Handlungsfähigkeit und Kompetenz wiedererkennen. Dabei sind die Erschliessung persönlicher und sozialer Ressourcen sowie die Erweiterung von Handlungsfähigkeit und entsprechender psychosozialer Autonomie, wichtige Ziele von psychosozialen Interventionen (Maximiliane Brandmeier, 2013, S. 25-26). Wie sich im Kapitel 2 herausstellte, ist die Resilienz mittels Handlungsbefähigung zurückzuerlangen. Hierzu müssen Ressourcen erkannt und aktiviert werden.

6.1.2 Ressourcenerschliessung und -aktivierung

Wie im Kapitel 5 erkannt wurde, fehlt es den Betroffenen an Instrumenten beziehungsweise Mitteln, um selbst- und sozialwirksam handeln zu können. Es geht also darum, die fehlenden Mittel durch die Ressourcenerschliessung verfügbar zu machen.

Nach Kaspar Geiser (2007) bearbeitet die Soziale Arbeit auf professionelle Weise soziale Probleme unterschiedlicher Komplexität von Einzelnen, Paaren, Familien, Gruppen, Organisationen in Stadtteilen und Gemeinwesen (S. 71). Die Betroffenen unterschiedlicher sozialer Probleme leiden unter Benachteiligung bezüglich ökologischer und struktureller Verhältnisse, unter geringen Integrationschancen, Existenznöten, unter erfolglosen individuellen Bemühungen beziehungsweise Versagen. Diese Probleme manifestieren sich auf mehr oder weniger lange Dauer und oftmals gleichzeitig. Zum Auftrag der Sozialen Arbeit gehört, die

oft bescheidenen Ressourcen der Adressat_innen zu erkennen und zu aktivieren, sie gezielt einzusetzen und sie im Zuge der sozialen Integration zu fördern. Sollten diese Ressourcen nicht ausreichen, sind weitere Ressourcen des privaten oder staatlichen Systems zu erschliessen (S. 36-37). Silvia Staub-Bernasconi (2007) sieht in der Ressourcenerschliessung die historisch-klassische Arbeitsweise Sozialer Arbeit. Sie bezeichnet die „ressourcenmäßige Besserstellung“ der Klient_innen als Hauptziel der Sozialen Arbeit (S. 273).

Nestmann (2009) betont, dass die Bewältigung von Anforderungen, Problemen und Krisen abhängig von unseren Ressourcen ist und diese somit massgeblichen Einfluss auf die Erfolge und Misserfolge der Lebensführung, der Alltagsgestaltung, des Wohlbefindens und der Gesundheit haben (S. 955). Zum Bezug auf Resilienz kommt der Ansatz des systemischen Denkens und Handelns hinzu. Haja Molter und Brigit Wolter (2016) gehen dabei davon aus, dass jeder Mensch eigene Strategien für anstehende Handlungsanforderungen entwickeln kann und dafür die notwendigen Ressourcen zur Verfügung hat. Dennoch ist auch die Unterstützung mittels Ressourcenerschliessung zentral, um zum Beispiel den Zugang zu Bildung und Arbeit zu ermöglichen. Kenntnisse über mögliche Traumatisierungen können hilfreich sein, sie müssen jedoch getragen sein von Respekt für unterschiedliche kulturelle Ausformungen und gleichzeitig benötigt es verlässliche Präsenz in den Hilfeleistungen. Dabei ist es nicht notwendig, dass die Beratungspersonen zu sogenannten kleinen Traumatherapeut_innen werden. Sofern es ihnen gelingt, mit den Flüchtlingen in ihrer aktuellen Notsituation Kontakt zu halten und vor allem zu fragen, was sie benötigen, kommen diese dem menschlichen Bedürfnissen nach Sicherheit und Frieden ein wenig näher. Fragen stellen und nicht die Antworten schon zu kennen, was im Augenblick hilfreich und förderlich ist, gehört zum Königsweg systemischen Denkens und Handelns. Dabei verläuft die Orientierung in einer Perspektive von seelischer Widerstandskraft, also der Resilienz. Eine Klarheit in Bezug auf die Grenzen der eigenen Funktionsrolle ist zentral. Es sollte dabei immer wieder die Perspektive gewechselt werden, also die Flüchtlinge nicht nur durch die Migrationsbrille und die „Trauma Brille“, sondern auch durch eine „Genderbrille“, eine „Kulturbrille“ oder eine „Soziale-Ungleichheit-Brille“ zu betrachten. Schliesslich kann man ein Verhalten je nach den gegebenen Umständen als normal betrachten. So haben Menschen die Möglichkeit, unterschiedlich auf Krisen zu reagieren. Beispielsweise durch Klagen: „Warum passiert gerade mir das? Womit habe gerade ich dieses Unheil verdient? Ich überlebe dies nicht“. Eine andere Möglichkeit ist aber, es anders zu deuten: „Ich habe nicht erwartet, dass mir ein solches Schicksal passiert. Es liegt nicht in meiner Macht, es ungeschehen zu machen. Vor mir liegt eine schwierige Zeit, was kann ich tun, damit ich diese Herausforderungen meis-

tern kann?“ Resiliente Menschen wählen die zweite Möglichkeit. Sie entscheiden, welche Folgen das Geschehene für sie haben könnte (S. 258-262).

Diesen Prozess können Beratungspersonen unterstützen. Hier bietet sich ein weites Spektrum wie eigene Kompetenzen und Fähigkeiten, Bezugspersonen, soziale Bezüge und Zugehörigkeiten, materielle Ressourcen oder auch Ideelles wie Ideen, Visionen, Erinnerungen, Spiritualität und Religiosität (Günter Schiepek & Brigitte Matschi, 2013, S. 258-262). Brandmeier (2013) erläutert dazu, dass eine von Logger und Kampermann entwickelte, emanzipatorische Beratungsmethode im Gespräch auf die Stärkung von persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten und die gesellschaftlichen und politischen Strukturen abzielt. Dies soll Klient_innen helfen, mehr Macht über die Lebensbedingungen zu erlangen, ihre kontextuellen Möglichkeiten zu nutzen und Hindernisse zu überwinden. Sozialarbeitende können zur Herstellung von Sicherheit und ausreichenden materiellen Bedingungen, zu Erfahrungen sozialer Anerkennung sowie zur Entwicklung von sozialen Kontakten, Kompetenzen und Zukunftsperspektiven beitragen (S. 26-27).

Es sollen also, neben den personalen und sozialen, auch die gesellschaftlichen und politischen Aspekte berücksichtigt werden sowie möglicherweise fehlende Lebensziele, um zu verstehen, weshalb ein Mensch handelt oder eben nicht handelt. Hierbei scheint ein Einbezug der Modalen Strukturierungstheorie sinnvoll. Was ein Mensch in einer bestimmten Situation konkret (nicht) kann und muss, möchte und will, darf und soll, bildet eine ausschnittshafte Vergegenwärtigung seiner Lebenslage, Lebensziele und Rollen. Diese erhalten wiederum ihre Bedeutung im Kontext der Gesellschaftsstruktur (Gregor Husi, 2010, S. 112). Der Einbezug der Modalverben kann diesbezüglich als sinnvolles Instrument genutzt werden. Es geht also um eine ganzheitliche Betrachtung von Mikro-, Meso- und Makroebene, damit Ressourcen wirkungsvoll aktiviert werden können. Im Kapitel 6.2 wird ein Fallmodell der AOZ aufgeführt, welches für Sozialarbeitende als Orientierungshilfe über mögliche Ressourcenerschließung dienen kann und gleichzeitig auch die strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen miteinbezieht. Insbesondere das Erschliessen von niederschweligen Angeboten sowie die soziale Vernetzung scheint in der ersten Phase zentral (siehe Kap. 6.1.4).

Doch um diese Ressourcen in der Praxis zu aktivieren, braucht es insbesondere bei psychisch erkrankten Menschen oftmals eine Strategie, um diese wirksam zu machen.

6.1.3 Motivierende Gesprächsführung

Wie sich herausgestellt hat, können sich psychische Störungen in Vermeidungsverhalten zeigen. Um dieses Verhalten zu ändern, sind innerpsychische Prozesse wichtig (vgl. Kap. 2.1). Catherine Fuller und Phil Taylor (2012) erläutern, sobald intrinsische Motivation vorhanden ist, können Dinge erreicht werden, die zuvor unmöglich erschienen. Diese muss aber in jedem Menschen zuerst wachsen, ganz im Sinne von ich will, kann und werde mich ändern (S. 11). Deshalb wird bei psychischen Störungen immer wieder auf die KVT verwiesen. Das Motivational Interviewing (MI) beziehungsweise motivierende Gesprächsführung ist gemäss William R. Miller und Stephen Rollnick (2015) ähnlich aufgebaut. Sie entstand ursprünglich im Kontext der Suchttherapie, kann aber auch gut im Beratungskontext verwendet werden (S. 23). MI richtet die Aufmerksamkeit auf das alltägliche und ungezwungene Sprechen über Veränderung und leitet daraus Schlussfolgerungen ab, wie man Beratung effizienter gestalten kann. Es wurde konzipiert, um konstruktiv mit Schwierigkeiten umzugehen, wenn bei einer anderen Person die Motivation zur Veränderung geweckt oder gestärkt werden soll. Die Gespräche sollen so gestaltet werden, dass Menschen auf der Grundlage ihrer eigenen Wertvorstellungen und Interessen von selbst auf das Thema einer Veränderung kommen. Die inneren Einstellungen werden von der Sprache nicht nur wiedergespiegelt, sondern auch geformt

Die vier Prozesse der MI werden als Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung bezeichnet und sind entsprechend aufgebaut (S. 18).

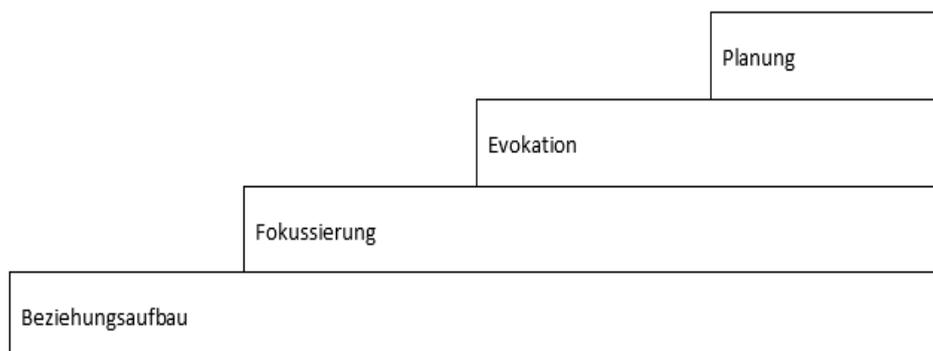


Abbildung 6: Vier Phasen des MI (Miller & Rollnick, 2015, S. 18)

Die Beziehung ist Voraussetzung für die weiteren Schritte. Der Beziehungsaufbau ist ein Prozess, in welchem beide Parteien eine Verbindung und eine Arbeitsbeziehung aufbauen (vgl. Kap. 6.1.1). Im Verlauf der Beziehung entsteht gewöhnlich eine Fokussierung auf ein

oder mehrere Veränderungsziele (vgl. Kap. 6.1.2). Der Fokussierungsprozess hilft, sich Klarheit über die Richtung zu verschaffen, in die man sich bewegen möchte. Ist ein oder mehrere Veränderungsziele gesetzt, geht es zur Evokation, also das Hervorrufen der Selbstmotivation zur Veränderung. Es geht darum, die Person dazu zu motivieren, die Argumente für eine Veränderung selbst zu formulieren. Wichtig zu berücksichtigen ist, dass Menschen sich in der Regel ungern vorschreiben lassen, was zu tun ist, wenn sie die Situation anders beurteilen. Hier ist ein kooperativer Prozess notwendig, indem die Selbstmotivation zu einer positiven Veränderung genährt wird. Es gibt aber auch Menschen, die veränderungsbereit in die Beratung kommen und mit denen man direkt zur Planung übergehen kann. Sobald die Motivation von Menschen eine bestimmte Schwelle der Bereitschaft erreicht hat, kippt das Gleichgewicht. Sie fangen an, darüber zu reden und nachzudenken, wann und wie sie sich ändern wollen, sie sprechen dann nicht mehr über das Ob und das Warum. Es scheint, dass in diesem Moment "der Schalter umgelegt" wurde und "ein Licht aufging". Planung umfasst dann die Entwicklung einer Selbstverpflichtung zur Veränderung und die Formulierung eines Handlungsplans (William R. Miller & Stephen Rollnick, 2015, S. 44-48).

Miller und Rollnick (2015) verweisen bezüglich der Evokation auf die Wichtigkeit von Hoffnung und Selbstvertrauen. Wenn also die ratsuchende Person sich über die Bedeutung einer Verhaltensänderung klar ist und sie anerkennt, aber nicht daran glaubt, dass sie möglich ist, wird sie unmöglich. Hoffnung ist der Glaube daran, dass Veränderung möglich ist. So kann eine kompetente Beratungsperson Hoffnung vorschiesen. Selbstvertrauen ist dabei das Vertrauen, dass Veränderung nicht nur möglich ist, sondern ich selbst etwas dazu beitragen kann, dass sie geschieht (S. 249-250). Die Autorin verweist für eine Vertiefung des Modells auf das Buch von Catherine Fuller und Phil Taylor (2012), welche zur MI geeignete Instrumente für die Beratung entwickelt haben.

Der erste Schritt ist also der Beziehungsaufbau, an der Arbeitsbeziehung muss während des Beratungsprozesses konstant weitergearbeitet werden (siehe Abbildung 6). Die Fokussierung ist die Phase der Ressourcenfindung, welche dann durch die -aktivierung zur Ressourcenerschliessung übergeht. Die Evokation ist dann eine Motivation zu finden und die Ziele zu definieren, um dann die Umsetzung in selbstwirksamen Handlungen zu vollbringen. Hierzu kann die soziale Unterstützung Hilfe bieten. Deshalb ist die Erschliessung dieser Ressource zentral.

6.1.4 Soziale Netzwerke und Partizipation

Wie sich herausgestellt hat, sind soziale Netzwerke eine zentrale Ressource, welche es zu erschliessen gilt (vgl. Kap. 6.1.2).

Netzwerke sind gemäss Staub-Bernasconi (2007) im heutigen Verständnis mehr oder weniger lose, übersichtliche Verbindungen zum Zweck gegenseitiger Hilfeleistungen, gegenseitigen Nutzens oder zur gegenseitigen Bereicherung im Freundschafts-, Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich. Dabei werden keine über den eigenen Austausch hinausgehenden eigenen Ziele verfolgt. Zudem haben sie kein bezeichnendes oder gar ausdifferenziertes Entscheidungs- und Kontrollzentrum. Die gegenseitigen Hilfeleistungen beziehungsweise Belohnungen halten sie zusammen sowie die damit verbundene, geteilte Reziprozitätsnorm⁶ der Netzwerkteilnehmenden. So soll unter anderem der sozialen Isolation von Individuen entgegengewirkt und dabei Alltagsprobleme gelöst werden, wenn es an Ressourcen zur Lebensbewältigung im unmittelbaren sozialen Umfeld fehlt. Aus Gründen fehlender Information, aufgrund von Bedrohungsängsten oder anderen Problemen, können diese nicht erschlossen werden. Jedoch sind viele Adressat_innen Sozialer Arbeit für ein Austauschverhältnis, das auf Gegenseitigkeit beruht, zu wenig attraktiv (S. 357-359). Staub-Bernasconi (2007) formuliert hierzu handlungstheoretische, nomopragmatische⁷ Hypothesen:

- Wenn versucht wird, Interaktionschancen zu schaffen, steigen die Chancen für die Bildung von reziproken, sich selbst erhaltenden Tauschformen unter Interaktionsteilnehmern mit vergleichbarer Ausstattung.
- Wenn versucht wird, für Unterstützungsnetzwerke Freiwillige zu gewinnen, die keine unmittelbare, konkrete Gegenleistung erwarten, können auch mit unattraktiven Partnern stabile Austauschbeziehungen gestaltet werden.
- Wenn versucht wird, die fehlende Attraktivität einer potenziell asymmetrischen Tauschbeziehung durch externe Ressourcen, Anerkennung, symbolische Belohnungen auszugleichen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Partner, die mehr in die Beziehung geben, als sie erhalten, die Beziehung aufrechterhalten. (S. 362-363)

Im Sozialbereich ist unter anderem über den Begriff "Sozialraumorientierung" rezipiert worden. Dies bedeutet die Suche nach Ressourcen im sozialen Umfeld der Klient_innen. Sofern aber das Sparziel überwiegt, bleibt die Professionalität in der Regel auf der Strecke.

⁶ Reziprozitätsnorm: Gegenseitigkeitsnorm, Regel der Gegenseitigkeit, kann als grundlegendes und kulturübergreifendes sozialpsychologisches Prinzip gelten (Staub-Bernasconi, 2007, S. 357-359)

⁷ Nomopragmatische Hypothesen: Lehre von den Denkgesetzen (Staub-Bernasconi, 2007, S. 362-363)

Wird aber die Lösung eines sozialen Isolations-, Stigmatisierungs- oder anderen Problems in den Vordergrund gestellt, werden soziale Netzwerke auf professionelle Weise konstruiert und begleitet werden müssen. Es sollen unter anderem Interaktionschancen in öffentlichen Räumen, Treffs, Zentren und der Zugang zu potenziellen Tauschpartnern ermöglicht werden (Staub-Bernasconi, 2007, S. 364). All diese Initiativen sind nach Möglichkeit zu unterstützen, wenn sie nicht als Ersatz für eine gerechte Sozialpolitik und professionelle Soziale Arbeit betrachtet werden (ebd., 2007, S. 359).

Eine Studie ist der Frage nachgegangen, wie Migrant_innen in prekären Aufenthaltssituationen mit ihren unsicheren Lebensumständen umgehen. Es ging darum, welche potentiellen Ressourcen ihnen helfen, die damit verbundenen Risiken zu bewältigen und wie sich dies auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen auswirkt. Eine Mehrheit der vorläufig Aufgenommenen, die nicht erwerbstätig sind, sind in Zürich mit freiwilligen Arbeiten, meist in Verbindung mit dem Psycho-Sozialen Dienst (PSD) der AOZ, beschäftigt. Sie begleiten andere Migrant_innen zu Arzt_innen oder zu Schulgesprächen und helfen mit Übersetzungen und vermittelnden Erklärungen. Auch wenn diese Arbeit finanziell wenig interessant ist, ist sie eine willkommene Beschäftigung, welche die betroffenen Interviewten gerne machen (Achermann, Christin & Chimienti, Milena, 2006, S. 59). Dieses Angebot stellt also eine Win-Win-Situation für beide Seiten dar. Diese Art von Mentoring-Projekten ist in Deutschland stärker verbreitet. Aber auch die Unterstützung in Form von Mentor_innen aus der Aufnahmegesellschaft kann, sofern professionell begleitet, unterstützend wirken. Weiter können diesbezüglich partizipative Projekte und niederschwellige Angebote gefördert werden. Siehe auch Kap. 6.2.1 und Ausblick.

6.2 Ebene Institution Soziale Hilfe (Meso-Ebene)

Wie sich gezeigt hat, braucht es auf der Ebene der Institution ein spezifisches Wissen bezüglich der Zielgruppe sowie die Beachtung von Raum und Zeit, um den Integrationsprozess wirkungsvoll zu gestalten und durch die Aktivierung der Selbstwirksamkeit eine Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

6.2.1 Phasenmodell der Integration

Um den Sozialarbeitenden, aber auch den Klient_innen, innerhalb des Integrationsprozesses eine Orientierung zu vermitteln, definiert das AOZ Fallführungssystem drei Integrationsphasen, in einer idealtypischen Reihenfolge. Am Anfang stehen Orientierung, Vernetzung und das Erlernen einer Sprache im Vordergrund. Wenn diese Phase des Ankommens erfolgreich abgeschlossen worden ist, wird in einem nächsten Schritt die berufliche Vorberei-

tung und Qualifizierung mit einhergehender sozialer Integration gefördert. Die letzte Phase besteht aus der beruflichen und sozialen Integration mit dem Ziel der finanziellen Unabhängigkeit von der Sozialhilfe.



Abbildung 7: Integrationsphasen (AOZ, 2015, S. 6)

Die Phasen können im Einzelfall unterschiedlich ausgestaltet sein. So steht bei den Klient_innen nicht immer die baldmöglichste berufliche Vorbereitung im Vordergrund. Wenn jemand psychisch belastet ist, kann sich die betroffene Person schlecht auf ein Qualifizierungsprogramm einlassen. In diesem Fall sollte der Schwerpunkt der Beratung weiterhin die Stabilisierung und Vernetzung im sozialen Umfeld sein. Im Einzelfall hängt es immer von der aktuellen Situation und Disposition der betreffenden Person ab, in welche Richtung die Ziele gehen, zum Beispiel Richtung beruflicher oder sozialer Bereich. Dabei sollten nicht zu viele Ziele gleichzeitig angegangen werden, denn sonst könnte es zu Überforderung und Frustration kommen. In diesem Sinne sind die Ziele wandelbar und können immer wieder gemeinsam mit den Klient_innen überprüft und angepasst werden (AOZ, 2014, S. 6-7).

	Phase A1: Orientierung, Vernetzung, Sprache Phase A2: Stabilisierung	Phase B1: Berufliche Vorbereitung, Qualifizierung, soz. Integration Phase B2: Stabilisierung, soziale Integration	Phase C: Berufliche und soziale Integration, selbständige Lebensführung
Wissen und Kompetenzen			
Soziales Beziehungsnetz			
Gesundheit			
Finanzen			
Wohnen			
Sprache, Bildung, Berufserfahrung, Arbeit			
Persönlicher Hintergrund			

→ Je nach Phase stehen andere Themen im Fokus
→ Je nach Phase stehen andere Aufgaben und Ziele im Vordergrund

Abbildung 8: Integrationsthemen – Integrationsphasen (AOZ, 2015, S. 7)

Die AOZ hat erkannt, dass für eine nachhaltige Integration vor allem die erste Phase des Integrationsprozesses von grosser Bedeutung ist. Dabei orientiert sie sich an skandinavischen Integrationsmodellen und entsprechend bietet sie unterschiedliche Angebote wie Informationsveranstaltungen, Beschäftigungsprogramme oder das Erlernen einer Sprache, wobei es nicht direkt um die Integration in den ersten Arbeitsmarkt geht. Wo die Kommunikation wichtig ist, aus sprachlichen Gründen aber nicht möglich, stellen Dolmetschende die Verständigung sicher. Bei interkulturellen Konflikten erarbeiten Fachleute tragfähige Lösungen unter Einbezug aller Beteiligten. Personen oder Familien in schwierigen Situationen können im Rahmen von spezialisierten Beratungen und Begleitungen auf Unterstützung zählen. Die Angebote der Erstinformation vermitteln neu zugezogenen Personen praktisches Wissen über das Leben in der Schweiz. Um auch Migrantinnen und Migranten für das Deutschlernen zu gewinnen, die keinen Zugang zum regulären Sprachförderangebot haben, bietet die AOZ informelle Deutschberatung und niederschweligen Deutschunterricht an. Ein Veranstaltungskalender informiert Zugewanderte in 13 Sprachen über das Zürcher Kultur- und Freizeitangebot (AOZ, 2014, S. 22). Diese Bereitstellung an Ressourcenerschliessung auf institutioneller Ebene, kann auf Beratungsebene für die Sozialarbeitenden entlastend wirken und stellt den Klient_innen zentrale Unterstützung im Integrationsprozess zur Verfügung. Gibt es keine solche Angebote seitens der Institution, sollte den Sozialarbeitenden die entsprechenden Angebote in der Region zumindest zur Verfügung gestellt werden.

Das von der AOZ entwickelte Fallführungsmodell hilft, die Lebenssituation der Klient_innen besser zu erfassen. Das Schema mit den sieben Integrationsthemen soll bei der Erfassung der Lebenssituation der Klient_innen unterstützend wirken und bieten den Klient_innen die Möglichkeit Prioritäten zu setzen aber auch blinde Flecken zu erkennen.

Bei der Erstellung eines anschliessenden Handlungsplans sollen die Aktivitäten und Handlungsmuster der Klient_innen in den Mittelpunkt gestellt werden. Dabei verweist die AOZ auf die Wichtigkeit, den Klient_innen von Anfang an auf Augenhöhe zu begegnen und ihnen Verantwortung zuzugestehen.

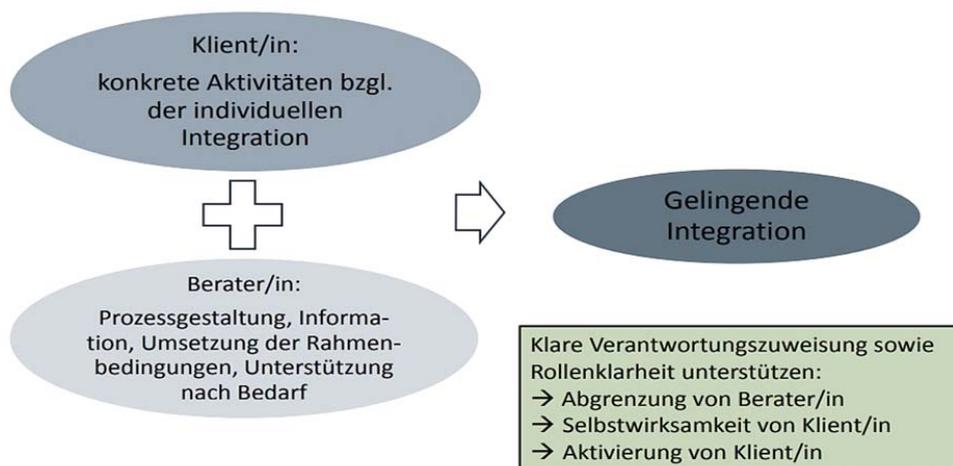


Abbildung 9: Aktivitäten und Handlungsmuster (AOZ, 2015, S. 15)

Der Integrationsprozess sollte ganzheitlich gedacht werden. Ansonsten kann es zu einem Drehtüreneffekt kommen, sodass Kurse und Programme ohne nachhaltigen Erfolg besucht werden (AOZ, 2014, S. 10). Das Fallführungsmodell umfasst den gesamten Integrationsprozess und stellt somit für die fallführenden Personen eine Orientierungshilfe dar und vor allem berücksichtigt es auch umweltbezogene Faktoren wie die Gesetze, die Sozialpolitik, formelle und informelle Regeln, Erwartungen der Gesellschaft und Bedingungen in den Lebensbereichen.

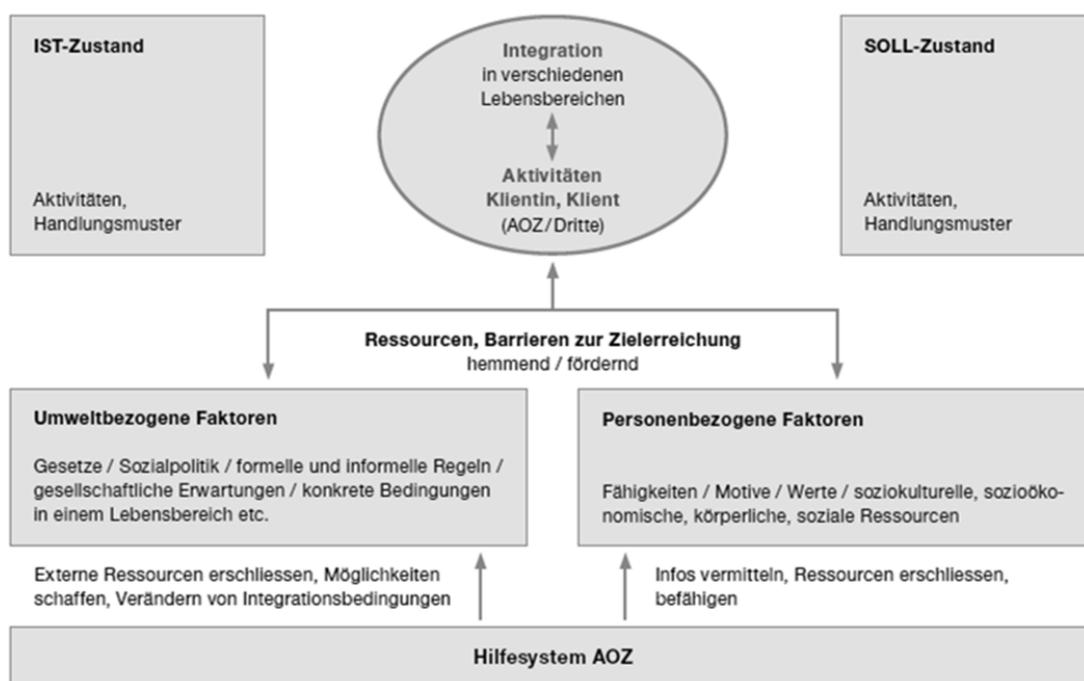


Abbildung 10: Assessment- und Integrationschema (Hochschule für Soziale Arbeit Olten, zit. in AOZ, 2014, S. 10)

Die Integration eines Menschen in eine ihm fremde Gesellschaft ist auch mit Rückschlägen verbunden. Wenn der Integrationsprozess ins Stocken gerät, arbeiten die Sozialberater_innen, die Fachleute der Arbeitsintegration und die psychosozialen Berater_innen der AOZ interdisziplinär zusammen und suchen gemeinsam nach Lösungen. Der bereichsübergreifenden Reflexion und Zusammenarbeit mit allen involvierten Stellen kommt in beiden Fällen eine grosse Bedeutung zu. Durch die Arbeit des PSD erhalten die Betroffenen eine Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags. Gleichzeitig wird die fallführende Sozialhilfestelle im Einverständnis mit den Klient_innen über allfällige Gründe informiert, weshalb der Integrationsprozess ins Leere läuft. Dies ermöglicht es den Sozialberatungen, ein neues Verständnis für die Situation des Klienten oder der Klientin zu entwickeln, eine neue Perspektive einzunehmen und so im Prozess der sozialen und beruflichen Integration einen Schritt weiterzukommen (S. 10). Diese Möglichkeit des PSD ist oftmals in den Sozialdiensten nicht gegeben, dennoch zeigt sie die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf. Gerät die Integration ins Stocken, sollten nach Möglichkeit Aertzt_innen oder Therapeut_innen involviert und/oder niederschwellige Helfernetzwerke aktiviert werden, um eine Diagnose sowie den Zugang zu einer Therapie zu ermöglichen, welche aber nicht mit Zwang verbunden sein darf. Wie sich herausgestellt hat, müssen die Betroffenen dafür be-

reit sein und je nachdem ist es sinnvoll, andere Ressourcen vorrangig zu erschliessen (vgl. Kap. 3.4).

Das Rahmenmodell der AOZ kann als institutionelles Werkzeug in Sozialdiensten verwendet werden. Es dient als Orientierungshilfe, um die Ressourcen der Zielgruppe auf niederschwelliger Ebene zu erörtern, und zeigt Möglichkeiten auf, welche Angebote dafür sinnvoll sein können. Zudem kann durch die Phaseneinteilung ein bedarfsgerechter und nachhaltiger Integrationsprozess von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen ermöglicht werden.

6.2.2 Transkulturelle Kompetenz

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und daraus Handlungsoptionen abzuleiten. Fachpersonen mit einer transkulturellen Kompetenz reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, Perspektiven anderer zu erfassen und zu deuten, und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen anderer Personen (Domenig, 2007, S. 174). Entsprechend der schwierigen Lebenssituationen der Betroffenen scheint es auf institutioneller Ebene zentral, die Mitarbeitenden diesbezüglich weiterzubilden.

Bei der Transkulturalität geht es nach Domenig (2007) nicht um das Vermitteln zwischen den Kulturen. Es geht also nicht um eine interkulturelle Vermittlung, wie es immer noch vielfach referenziert wird. Es geht um das, was über das Kulturelle hinausgeht, das Grenzüberschreitende und somit wird das Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum gerückt (S. 172). Transkulturelle Kompetenz bedeutet, individuelle Lebenswelten in verschiedenen Zusammenhängen zu erkennen und nachvollziehen zu können, um daraus adäquate Handlungsmöglichkeiten zu bilden. Die Reflexion von Prägungen und Vorurteilen (Selbstreflexion), die Fähigkeit, Sichtweisen von anderen Menschen einzunehmen (narrative Empathie), sowie Kulturalisierungen und Stereotypisierungen zu verhindern (Hintergrundwissen, Erfahrung) sind zentrale Bestandteile der transkulturellen Kompetenz (S. 174).

Gemäss Domenig (2007) basiert das im Migrationskontext notwendige Hintergrundwissen nicht auf kulturspezifischem Wissen, sondern stützt sich auf Konzepte genereller Art. So ist unter anderem das Wissen zu Kultur, Migration, Integration, Grundrechten und Menschenrechten zentral. Weiter sind migrationsspezifische Kenntnisse zu Lebenswelten, Lebensbedingungen, integrationshindernde und fördernde Faktoren und Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit wichtig. Auch Kenntnisse über psychische Erkrankungen aufgrund der Herkunfts-, Migrations- und Integrationsgeschichte im Migrationskontext sind

zentral. Dabei ist auch ein Verständnis für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit und die Unterschiede in der sozialen Organisation, also Individuum-zentriert versus sozioorientiert, wichtig (S. 176-177) (vgl. Kap. 3.4). Domenig (2007) führt hierzu weiteres Hintergrundwissen an. Die Autorin verweist dazu auf das Buch Transkulturelle Kompetenz (S. 176ff). Es geht also um eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden in Sozialdiensten bezüglich Gesundheit und Migration in Form von Wissensvermittlung.

6.2.3 Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden

Gabriele E. Dlugosch und Christina Dahl (2012) haben für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung des Bundesministeriums in Deutschland (BZgA) eine Studie über die Rolle der Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit bei sozial Benachteiligten durchgeführt. Es wurden sowohl Betroffene als auch Expertinnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich einbezogen. Aus Sicht der Befragten sind Konzepte für die Betroffenen deshalb sinnvoll, weil diese lernen möchten selbständig zu sein, ihr Leben besser zu bewältigen, autonomer und entspannter zu sein, ihre Stimmungen zu beeinflussen und mit Krisen besser umzugehen.

Die Mehrheit der befragten Fachkräfte möchte für sich selbst lernen, achtsamer und selbstwirksamer zu sein und die Konzepte in ihre Arbeit einfließen lassen. Die Konzepte werden als Ressourcen gesehen, um sich selbst kennenzulernen und mit Belastungen im Alltag besser umgehen zu können. In Bezug auf die Beratung versuchen die Fachkräfte, die Selbstwahrnehmung der Klient_innen zu stärken und sie zur Selbstfürsorge zu motivieren. Sie schreiben den beiden Konzepten eine nachhaltige Wirkung zu, weil durch das bewusste Erleben langfristige Veränderungen im Verhalten möglich werden (S. 78). Die Gesundheitsförderung von Mitarbeitenden ist in der aktuellen Literatur ein viel diskutiertes Thema. Dies kann bereits durch das Vorleben (siehe Kap. 2.1) z.B. einer Führungsperson oder als ein Team-Ziel oder in Supervisionen oder Weiterbildungen initiiert werden und hat einen Nutzen für die Mitarbeitenden. Gleichzeitig wirkt sich diese Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Gesundheitsverhalten indirekt auch auf die Klient_innen aus.

6.3 Ebene Gesellschaft und Sozialpolitik (Makro-Ebene)

Den hierarchischen, institutionellen und kulturellen Differenzierungen gilt es seitens der Sozialen Arbeit, im Sinne des Tripelmandat, entgegenzuwirken. Dies ist nicht nur auf der Mikro- und Meso- anzustreben, sondern auch auf der Makroebene.

6.3.1 Sensibilisierungsarbeit und Partizipation

Die gesellschaftliche Partizipation sollte im Sinne der Gesellschaft sein. Ausgrenzung führt zu sozialer Isolation und/oder zu Parallelgesellschaften, was nicht im Sinne einer demokratischen Gesellschaft liegen sollte. Integration ist als Prozess zu verstehen und eine sofortige und vollumfängliche Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft nicht realistisch und diese gesellschaftliche Erwartung sollte deshalb verworfen werden (vgl. Kap. 5.1.3). Hier kann durch die Soziale Arbeit ein Anstoss für eine gesellschaftliche Sensibilisierung in Bezug auf die Zielgruppe gemacht werden. Oftmals ist der Gesellschaft beziehungsweise Individuen, Gruppen und Organisationen nicht bewusst, weshalb Betroffene sich nicht integrieren können oder wollen. Dies hat sicherlich auch mit der aktuellen Immigrationspolitik und entsprechenden Medienberichten zu tun, welche sich gegenüber Zugewanderten ausserhalb Europas ablehnend, abschottend und angstmachend zeigen (vgl. Kap. 5.1.3). Dies wirkt sich folglich auf die Haltungen und Einstellungen der Mehrheitsgesellschaft aus. Mit einer nachhaltigen Art und Form von Sensibilisierung, kann man den Menschen bei der sozialen Integration zu vermehrter gesellschaftlicher Akzeptanz verhelfen. Deshalb sollte hier die Soziale Arbeit im Rahmen ihres dritten Mandats aktiv werden. So sollte in Gemeinden und Städten vermehrt ein Anstoss zu niederschweligen Projekten initiiert werden, welche eine Partizipation ermöglichen, ohne einen Leistungs- und Anpassungsdruck zu forcieren. Denn Druck wirkt sich gemäss den gewonnenen Erkenntnissen insbesondere bei psychisch erkrankten Menschen kontraproduktiv aus und führt zur sozialen Isolation. Unter anderem kann man auf Erfolgsbeispiele von Freiwilligenarbeit und niederschweligen Projekten in unterschiedlichen Gemeinde zum Beispiel der AOZ zurückgreifen. Als weiteres Beispiel ist gemäss SFH (2017) auch ein Projekt zu nennen, das zusammen mit der Begleitgruppe Malters ins Leben gerufen wurde. So wurden von Asylsuchenden aus Eritrea selbstgenähte Taschen aus leeren, gebrauchten Kaffeebeuteln hergestellt und später beim Verkauf die Taschen aus Recycling-Material an die Einheimischen brachten und ein Kontakt ermöglicht wurde. Der Erlös wird für weitere Integrationsprojekte in Malters eingesetzt. Diese Idee betrifft Asylsuchende und hat nicht direkt mit der Integration der Zielgruppe zu tun, ist aber indirekt, vor allem in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen eine wichtige Möglichkeit, der gesellschaftlichen Partizipation. So kommen die Neuhinzugekommenen und die Gesellschaft einander näher und Vorurteile können abgebaut werden.

Weiter kann die Soziale Arbeit im Kontakt mit Gemeinden zum Beispiel mit Sozialvorsteher_innen, mit Schulleitungen oder mit Freiwilligen durch transkulturelle Kompetenz eine Sensibilisierung bezüglich der Zielgruppe ermöglichen. Durch Wissensvermittlung, weshalb jemand möglicherweise nicht kann, darf oder will, kann ein besseres Verständnis ermöglicht

werden. Gleichzeitig kann durch diese Form von Zusammenarbeit mit einzelnen Personen oder Gruppen, eine Sensibilität auf Meso-Ebene in Bezug auf die Zielgruppe passieren. So kann beispielsweise auf der Mikro-Ebene aufgrund von Missverständnissen oder Überforderung, Konflikte und ablehnende Haltungen entstehen. Es ist also sinnvoll hier seitens der Sozialen Arbeit in der Sozialhilfe zu investieren mit dem Ziel, dass gelöste Probleme auf der Microebene, sich indirekt auf Meso- und Makro-Ebene auswirken können.

Weiter können an Podiumsdiskussionen, öffentlichen Veranstaltungen oder in den Medien Beispiele von Menschen, die sich integrieren und sich eine neue Lebensperspektive aufbauen konnten, publiziert werden. Ein Statement einer Person oder einer Gruppe zur Frage, was zur sozial- und selbstwirksamen Integration verholfen hat, kann bereits ein Anstoss zu gesellschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen sein, wie zum Beispiel das oben genannte Projekt, welches von der SFH publiziert wurde.

6.3.2 Gleichstellung anstreben und Ungleichheiten aufdecken

Im Sinne des Tripelmandat gilt es, sich für die Klient_innen stark zu machen auch auf politischer Ebene. Für eine Gleichbehandlung wäre es anzustreben, dass die Sozialhilfe für VAP und VAF sowie teilweise für Flüchtlinge zumindest dem Existenzminimum gemäss SKOS angepasst wird. Weil das SHG je Kanton variiert und auch in Anbetracht der aktuellen Immigrationspolitik, gestaltet sich das jedoch schwierig (vgl. Kap. 4.2). Weitere rechtliche Einschränkungen bezüglich des Aufenthaltsstatus sind vorhanden (vgl. Kap. 4.1). Die Einschränkungen, sollen Druck ausüben, dass vor allem VAP schneller eine Arbeit finden. Die Wirkung scheint fraglich und ist nicht erwiesen (vgl. Kap. 5.1.4). Vor allem der F-Status für VAP, aber auch der Status VAF ist von immensen Einschränkungen gegenüber der Mehrheitsbevölkerung betroffen. Die SFH publiziert auf ihrer Internetseite jeweils die aktuellen Mediendossiers. Die Autorin verweist entsprechend auf die Internetseite: <https://www.fluechtlingshilfe.ch/news/mediendossiers.html>. Das SEM nimmt an Vernehmlassungen zur Asyl- und Ausländergesetzgebung teil und bezieht Stellung zu weiteren Gesetzen, welche das Asyl- und Flüchtlingswesen betreffen. Es kommentiert die Gesetzesentwürfe auf ihre Vereinbarkeit mit nationalen und internationalen Menschenrechtsstandards. Für weitere Informationen verweist die Autorin auf die Internetseite der SFH: <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/stellungnahmen.html>. Die SKOS nimmt laufend Stellung zu den. Um gesellschaftlich und sozialpolitisch intervenieren zu können, sollten sich Sozialarbeitende in diesem Bereich laufend über den aktuellen Stand informieren. Dieses Informationswissen kann für Argumentationen der Gleichstellung und Gleichbehandlung auf Mikro-, Meso- und Makroebene dienen.

6.3.3 Leistungsnachweis der Profession der Sozialen Arbeit

Um von der Politik und der Öffentlichkeit eine Anerkennung für die Profession der Sozialen Arbeit zu erhalten, braucht es Nachweise, welche die Leistungen der Sozialarbeit im Integrationsauftrag abbilden.

Eine Standortbestimmung der SKOS basierend auf einer Befragung von 20 Sozialdiensten hat gezeigt, dass eine kantonale Verantwortung nicht automatisch zu einem genügend grossen Angebot an Integrationsmassnahmen führt. Auch im Kanton kann nicht unbegrenzt über finanzielle Ressourcen verfügt werden, es ist deshalb die Bedeutung der Integrationsförderung abseits von beruflicher Integration politisch verständlich zu machen, um eine entsprechende Finanzierung zu erringen (SKOS, 2009). Die Kantone und Gemeinden, die bei einer langjährigen Sozialhilfeabhängigkeit die Kosten zu tragen haben, profitieren von früh einsetzenden und koordinierten Integrationsmassnahmen. Es ist deshalb eine Chance, Flüchtlingen bessere Integrationsmöglichkeiten und Perspektiven zu bieten, um mittelfristig die Kosten im Sozialhilfebereich zu senken, die Wirtschaft zu unterstützen und nicht zuletzt die Akzeptanz der Aufnahme von Flüchtlingen in der Gesellschaft zu stärken (SKOS, 2015).

Um nachhaltige Integration zu ermöglichen, ist eine Beweislast über deren Wirkung seitens der Sozialen Arbeit initiiert, damit eine entsprechende Finanzierung gewährleistet wird. Das Argument einer nachhaltigen Integration basiert darauf, dass diese wirkungsvoller ist, was mittels Studien bewiesen werden muss. Gleichzeitig sollten entsprechende Modelle veröffentlicht werden wie am Beispiel von AOZ (vgl. Kap. 6.2.1). Hier können zum Beispiel Medienberichte die Möglichkeiten erfolgreicher Integrationsmodelle aufzeigen, um eine politische Veränderung anzustossen. So hat zum Beispiel Sozialinfo.ch (2016) einen entsprechenden Bericht publiziert. Auch im Schweizer Fernsehen in der Berner Zeitung, Aargauer Zeitung und im Blick wurde über dieses Erfolgsbeispiel berichtet. Im Kanton Graubünden ist die durchschnittliche Erwerbsbeteiligung von Flüchtlingen Ende April 2016, zumindest bei den anerkannten Flüchtlingen, deutlich höher als im schweizerischen Durchschnitt, laut einer Studie des SEM. Ein Argument dabei ist, dass dies auf die harte Migrationspolitik zurückzuführen ist. Ein wesentlicher Faktor für die überdurchschnittliche Integrationsleistung liegt dabei aber in der Organisation und in der Arbeitsweise der Fachstelle Integration, die den gesamten Prozess der Integration von anerkannten und vorläufig Aufgenommenen professionell steuert. Dieser Prozess wird durch eine enge und professionelle Begleitung seitens von Sozialarbeitenden ermöglicht.

Im Sinne der Steuerzahler_innen sollte das Ziel sein, weg vom Spardruck zu kommen, hin zu einer langfristig kostengünstigeren Integration der Betroffenen, weil durch nachhaltige Integrationsmodelle die Erwerbsquote steigt und somit die Sozialhilfequote sinkt.

Beantwortung der Fragestellung 2

Wie können in der Sozialhilfe Gestaltungsspielräume für die Selbstwirksamkeit von Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen eröffnet werden?

Auf der Ebene der Beratung kann die Vertrauensbeziehung und Anerkennung erst eine Handlungsbefähigung initiieren. Das Instrument der systemisch-lösungsorientierten Fragestellungen hilft, die Problemlagen aus Sicht der Klient_innen zu ermitteln sowie die jeweiligen individuellen Ressourcen einer Person zu erkennen. Mittels der Modalverben können dabei strukturelle und individuelle Hindernisse aufgedeckt werden. Weiter hilft der Beratungsperson eine Integration des Ablaufs des MI, um in einem gemeinsamen Prozess mit den Klient_innen zum Handeln zu finden und so den Schritt zur Aktivierung dieser Ressourcen zu ermöglichen. Die Erschaffung von Hoffnung und Perspektiven scheint unter den erwähnten Aspekten für die Zielgruppe zentral, um eine Handlungsmotivation zu entwickeln und selbstwirksame Handlungen umzusetzen. So können dann durch die eigens von den Klienten_innen gesetzten Ziele eigene Erfahrungen der Selbstwirksamkeit gemacht werden, was sich positiv auf die weitere SWE auswirkt. Auf die Ressource der sozialen Vernetzung ist ein spezieller Fokus zu richten, weil sich dort die Ebene der sozial-kognitiven Lerntheorie widerspiegelt. Durch das Vorleben und das Zureden einer anderen Person, kann als eine Form der Ermächtigungshypothese genutzt werden (siehe dazu auch Anhang C, Reflexion der Interventionen auf Ebene psychosoziale Beratung).

Auf der institutionellen Ebene der Sozialhilfe können die Gestaltungsspielräume der Selbstwirksamkeit durch die Weiterbildung der Mitarbeitenden und durch institutionelle Rahmenbedingungen ermöglicht werden. Je mehr Wissen über die Zielgruppe und deren Ermöglichkeiten und Einschränkungen vorhanden ist, desto besser können auch wirkungsvolle Handlungsoptionen initiiert werden. Hier ist also die transkulturelle Kompetenz wegleitend. Eine transkulturelle Kompetenz kann zur Gegenseitigkeit verhelfen, einerseits zwischen Beratungsperson und Ratsuchenden, andererseits aber auch für eine Sensibilisierung von Gruppen, Gemeinschaft und Gesellschaft. Durch institutionelle Rahmenbedingungen wie ein Phasenmodell kann bedarfsgerecht auf die Zielgruppe eingegangen und so ein nachhaltiger Integrationsprozess ermöglicht werden. Gleichzeitig gilt es als Orientierungshilfe für die Handlungsplanung und ermöglicht einen mehrdimensionalen Blick. Weiter hilft eine Sensibi-

lisierung der Mitarbeitenden bezüglich der eigenen Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit sowie das Bewusstsein für deren gesundheitsfördernden Aspekte, um diese auch beim Klientel in den Fokus zu stellen.

Schlussendlich hilft auf der gesellschaftlichen und politischen Ebene eine Sensibilisierung seitens der Sozialen Arbeit mittels der erworbenen transkulturellen Kompetenz. So können einerseits die Möglichkeiten und andererseits die Einschränkungen und entsprechende gesellschaftliche Einflüsse für ein besseres gesellschaftliches Verständnis Sorgen, was sich insbesondere auf die Partizipation und somit die soziale Integration positiv auswirken kann. Gleichzeitig kann, durch das Aufdecken von gesellschaftlichen Ungleichheiten, strukturelle Einschränkungen entgegengewirkt werden. In Bezug auf die Profession benötigt es vor allem einen Leistungsnachweis, inwiefern sich wirkungsvolle, der Praxis angepasste, Integrationsmodelle langfristig als nachhaltiger und kostengünstiger erweisen. In diesem Sinne gilt es nach Glöckler (2017) zur Eröffnung von Gestaltungsspielräumen der Selbstwirksamkeit die sozialen, materiellen und kulturellen Handlungsspielräume so zu erweitern, dass es möglich wird, das eigene Handeln auf die eigenen Ziele auszurichten und entsprechende Handlungsstrategien entwickeln und umsetzen zu können.

7 Zentrale Erkenntnisse

Abschliessend werden nun zusammenfassend die Schlussfolgerungen dieser Arbeit aufgeführt sowie ein Ausblick zur Bearbeitung von weiteren Themen, die in dieser Arbeit zum Vorschein kamen, auf welche jedoch nicht explizit eingegangen werden konnte, dargelegt.

7.1 Konsequenzen für die Soziale Arbeit

Bei einem grossen Teil von geflüchteten Menschen kann man annehmen, dass sie aufgrund traumatischer Erfahrungen psychische Störungen aufweisen. Einige schaffen das Trauma nach einiger Zeit zu überwinden, für andere kann dies auch langanhaltende Folgen haben. Diese Menschen benötigen in dieser Lebenslage eine Stabilisierung, um längerfristig das gesellschaftliche Ziel der Integration, also die Teilhabe am wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Leben, erreichen zu können. Durch die Stabilisierung der Lebenslage, also der Aktivierung von Ressourcen, können diese Menschen aus der sozialen Isolation kommen und gelangen schrittweise zu einer sozialen Integration. Die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen ist nicht zuletzt das Ziel des Sozialstaats. Doch aufgrund gesundheitlicher Probleme und struktureller Rahmenbedingungen im Aufnahmeland Schweiz ist dies ein herausforderndes Unterfangen. Hier ist vor allem auch die Erkenntnis in den Vordergrund zu rücken, dass es sich bei sozialer Integration um einen andauernden Prozess handelt,

welcher von strukturellen und individuellen Gegebenheiten abhängig ist. Diesbezüglich braucht es eine Sensibilisierung der Gesellschaft seitens der Fachpersonen der Sozialen Arbeit, denn Druck aufzusetzen wäre diesbezüglich nicht zielführend.

Die Selbstwirksamkeit ist ein theoretisches Konstrukt der Psychologie und kann in Anbetracht von sozialer Integration vielseitig angewendet werden. Selbstwirksames Handeln kann auf der Mikro- Meso, und Makro-Ebene betrachtet werden, um so anhand der Modalverben zu analysieren, weshalb jemand nicht handeln kann, darf oder will. Denn ohne selbst- und sozialwirksame Handlungen erfolgt auch keine Integration. Die Soziale Arbeit in der Sozialhilfe sollte sich im Bewusstsein des Tripelmandats bewegen und sich mit den resultierenden Dilemmata mittels Professionswissen auseinandersetzen. Einerseits gibt es den gesetzlichen Auftrag der Integration und andererseits diverse Hindernisse, im Speziellen bezüglich der Zielgruppe, welche durch den rechtlichen Status diversen Einschränkungen ausgesetzt ist. Hierzu sollte der Berufskodex und die internationale Definition der Sozialen Arbeit verinnerlicht sein, vor allem auch in Anbetracht der aktuellen Immigrationspolitik. So sollte auf institutioneller Ebene der Sozialhilfe das Bewusstsein vorhanden sein, dass der Auftrag zur sozialen Integration nur nachhaltig umgesetzt werden kann, wenn man auf die individuellen und strukturellen Gegebenheiten eingeht und Druck und Zwang minimiert. Denn dies wird die Betroffenen erwiesenermassen weiter in eine Passivität bringen.

Seitens der Sozialen Arbeit braucht es deshalb transkulturelle Kompetenzen. Diesbezüglich ist das migrationsspezifische Hintergrundwissen von grosser Bedeutung. Zudem benötigt es Kenntnisse aus den Gesundheitsdisziplinen, also über Pathogenese und Salutogenese sowie das Verständnis über den prozessartigen und subjektiven Charakter der Gesundheit. Hierbei scheint es wichtig zu erkennen, dass das Verständnis von Gesundheit und Krankheit unterschiedlich ist, was ein Bewusstsein für die Herausforderungen von Behandlungen voraussetzt und vor allem auch die Möglichkeiten der Prävention berücksichtigen soll. Gesundheit und Wohlbefinden bedürfen auch der gesellschaftlichen Partizipation. Im Zentrum des neuen Integrationsbegriffs stehen laut Domenig (2007) die Chancengleichheit und die Partizipation. Integrationsprozesse verlaufen gut, wenn sich das Feld der Partizipationsmöglichkeiten von Zugewanderten auf der sozialen, ökonomischen und politischen Ebene sukzessive ausweitet und die Chancengleichheit von Migrant_innen und Einheimischen angestrebt wird (S. 65). Hierzu benötigt es seitens der Sozialen Arbeit Wissen aus den Disziplinen der Soziologie, des Rechts und der Sozialpolitik. Es geht dabei auch um spezifisches Wissen zu Methoden und Instrumenten, welche die Soziale Arbeit nutzen kann. Dies einerseits um soziale Probleme zu bewerten und andererseits wirkungsvolle Handlungsoptionen

für die Zielgruppe zu initiieren. Das Reflexionswissen ist schlussendlich wichtig, um die Interventionen der Sozialen Arbeit laufend zu überprüfen und zu optimieren.

7.2 Ausblick

In Bezug auf die Zielgruppe, also psychisch erkrankte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene, braucht es seitens der Fachpersonen der Sozialen Arbeit und der Gesellschaft mehr Wissen. Wegleitend in Bezug auf den Auftrag der Sozialen Arbeit in der Sozialhilfe ist, dass soziale Integration Prozesscharakter aufweist und zwischen Einheimischen und Zugewanderten, ein Aushandeln stattfinden sollte. Den Fokus auf das selbst- und sozialwirksame Handeln zu richten, scheint der Autorin eine wichtige Perspektive zu sein, um lösungs- und ressourcenorientiert arbeiten zu können. Andererseits öffnet die Auseinandersetzung auch den Blick auf die individuellen und strukturellen Bedingungen, welche das selbst- und sozialwirksame Handeln verunmöglichen. Einerseits scheint hier eine kritische Soziale Arbeit bezüglich der Immigrationspolitik und der Sozialpolitik mit Blick auf das Tripelmandat wichtig zu sein, vor allem auch im Kontext der Sozialhilfe, welche auf gesetzlichen Grundlagen basiert. Andererseits sollte es aber nicht nur darum gehen, die problemorientierte Sicht einzunehmen. Vielmehr soll eine Perspektive dafür eröffnet werden, was es braucht, um ein gesellschaftliches Miteinander zu ermöglichen. Folgende Forschungsarbeiten wären in Bezug auf die Zielgruppe eine Möglichkeit (sowohl Literaturarbeiten als auch empirische Forschungen):

- Wirkung und Nutzen von partizipativen Projekten, die einen Kontakt von Einheimischen und Zuwanderern ermöglichen, wie beispielsweise das Hello Welcome in Luzern (Forschung)
- Wirkung und Nutzen von Freizeitgestaltung durch Projekte in Sport/Kulturförderung/Musik (Forschung)
- Wirkung und Nutzen von Mentorinnen (Migrant_innen oder Einheimische), mit kritischer Betrachtung aufgrund der tendenziellen gesellschaftlichen Delegation an die Individuen (Forschung)
- Förderung von unterschiedlicher niederschwelliger Bildung am Beispiel der AOZ (Forschung)
- Rolle der sozialen Arbeit im Dilemma des Tripelmandats in der Sozialhilfe (Literatur)

- Rolle der Immigrationspolitik bezogen auf die Integration der Zielgruppe (Literatur)

Es geht um Visionen der Partizipation und sozialen Vernetzung im Kleinen und Grossen und gleichzeitig auch um eine kritische Betrachtung der gesellschaftlichen Strukturierung, welche diese Partizipation vermindert. Das Ziel ist, im Sinne der Individuen, Gruppen und der Gesellschaft, die Ermöglichung von sozialer Integration von geflüchteten Menschen.

8 Literaturverzeichnis

Achermann, Christin & Chimienti, Milena (2006). *Migration, Prekarität und Gesundheit. Ressourcen und Risiken von vorläufig Aufgenommenen und Sans-Papiers in Genf und Zürich. SFM Studie 41*. Neuchâtel: Autor_in.

Agorastos, Agorastos & Ströhle, Andreas (2011). Angststörungen. In Wielant Machleidt & Andreas Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (1. Aufl., S. 293-306). München: Urban & Fischer.

Akhtar, Salman (2007). *Immigration und Identität*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Arolt, Volker, Reimer, Christian; Dilling, Horst (2011). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Assion, Hans-Jörg, Stompe, Thomas, Aichberger, Marion C. & Calliess, Tatjana (2011). Depressive Störungen. In Machleidt Wielant & Heinz Andreas (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (1. Aufl., S. 321-332). München: Urban & Fischer.

Asylorganisation Zürich (2014). *Geschäftsbericht 2014*. Gefunden unter <https://www.stadt-zuerich.ch/aoz/de/index/aoz/zahlen.html>

Asylorganisation Zürich (2015). *AOZ Sozialhilfe und Unterbringung / Berufliche und Soziale Integration. Methodik in der Fallführung – (Arbeits-)Integration aus Sicht der Sozialdienste*. Gefunden unter <http://www.migrationplus.ch/db/1/128.pdf>

Asylgesetz vom 26. Juni 1998 (SR 142.31).

Ausländergesetz vom 16. Dezember 2005 (142.20)

AvenirSocial (2015). *Die globale IFSW/IASSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 in der deutschen Übersetzung*. Gefunden unter http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/Erlaeuterungen_zur_Uebersetzung.pdf

Baer, Nicklas, Schuler, Daniela, Füglistler-Dousse, Sylvie & Moreau-Gruet, Florence (2013). *Depression in der Schweizer Bevölkerung. Daten zu Epidemiologie, Behandlung und sozialberuflichen Integration (Obsan Bericht 56)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Baer, Udo & Frick-Baer, Gabriele (2016). *Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können* (1. Aufl.). München: Gütersloher Verlagshaus.

Bamberger, Günter G. (2005). *Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch* (3. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: Freeman.

Barysch, Katrin Nicole (2016). Selbstwirksamkeit. In Dieter Frey (Hrsg.), *Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage – Basiswissen aus Psychologie und Philosophie*. München: Springer.

Basler Zeitung (2017). *Weniger Sozialhilfe für vorläufig Aufgenommene*. Gefunden unter <https://bazonline.ch/schweiz/standard/weniger-geld-fuer-vorlaeufig-aufgenommene/story/18670696>

Beck, Susanne, Diethelm, Anita, Kerssies, Marijke, Grand, Olivier & Schmocker, Beat (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.

Boos, Anne (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Boss, Pauline (2008). *Verlust, Trauma und Resilienz. Die therapeutische Arbeit mit dem „uneindeutigen Verlust“*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brandmaier, Maximiliane (2013). „Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen“. Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. (S. 15-33). In Robert E. Feldmann & Günter H. Seidler (Hg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Bundesamt für Statistik (ohne Datum). *Medizinische Kodierung und Klassifikationen*. Gefunden unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/>

Bundesamt für Statistik (2017a). *Sozialhilfe im Flüchtlingsbereich*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialhilfe/empfaenger-innen-sozialhilfe-weiterer-sinn/fluechtlingsbereich.html>

Bundesamt für Statistik (2017b). *Sozialhilfe im Asylbereich*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialhilfe/empfaenger-innen-sozialhilfe-weiterer-sinn/fluechtlingsbereich.html>

De Jong, Joop (2010). Klassifizieren oder nuancieren? Ein kritischer Blick auf DSM und ICD am Vorabend des DSM-V. In Thomas Hegemann & Ramazan Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (1. Aufl., S. 142 – 168). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dlugosch, Gabriele E. & Dahl, Christina (2012). *Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen - eine Projektdokumentation. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 39*. Köln: BZgA.

- Domenig, Dagmar (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (Dagmar Domenig, Hrsg.) (vollst. überarb. u. erw. 2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ducan, Barry L. & Miller, Scott D. (2003). Die Veränderungstheorie des Klienten. In Heike Schemmel & Johannes Schaller (Hg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 123-146.
- Emminghaus Wolf Bernhard (2008). Durchblick: Traumatisierte Flüchtlinge. Flüchtlinge in Deutschland. Gewaltopfer oder Überlebende. *Sozial Extra*, 32 (11/12), 35-38.
- Engel, Frank, Nestmann, Frank & Sickendiek Ursel (2007). Das Verhältnis von Beratung und Psychotherapie. In Frank Nestmann, Frank Engel & Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung Band 1: Disziplinen und Zugänge* (3. Aufl., S. 36-37). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Faltermaier, Toni (2009). Gesundheit, körperliche, psychische und soziale Dimension. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 46-60). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Flatten, Guido, Gast, Ursula, Hofmann, Arne, Knaevelsrud, Christine, Lampe, Astrid et al. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentexte - In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Foester Klaus & Dressing Harald (2009). *Psychiatrische Begutachtung, ein praktisches Handbuch für Aertze und Juristen* (5. Auflage). München. Elsevier GmbH.
- Fuchs, Reinhard & Schwarzer, Ralf (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 15 (3), 141-154

Fuller, Catherine & Taylor, Phil (2012). *Therapie-Tools. Motivierende Gesprächsführung* (1. Aufl.). Weinheim-Basel: Beltz Verlag.

Geiser, Kaspar (2007). *Problem- und Ressourcenanalyse in der sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung*. Luzern: Interact.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Selbstwirksamkeit*. Gefunden unter <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/selbstwirksamkeit.html>

Gesundheitsinformation.de (2016). *Kognitive Verhaltenstherapie*. Gefunden unter <https://www.gesundheitsinformation.de/kognitive-verhaltenstherapie.2136.de.html>

Göbber, Julia, Machleidt, Wielant & Gündel, Harald (2011). Somatisierung. In Wielant, Machleidt & Andreas, Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (1. Aufl., S. 341-354). München: Urban & Fischer.

Hafen, Martin (2007). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Hartmann, Wiebke (2013). *Der Reisende ohne Schatten. Nachdenken über Migration, Identität, Heimat und Menschenrechte*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.

Hohmann, Cynthia & Schwarzer, Ralf (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 61-67). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

- Husi, Gregor (2010). Die Soziokulturelle Animation aus strukturierungstheoretischer Sicht. In Bernard Wandeler (Hrsg.), *Soziokulturelle Animation: Professionelles Handeln zur Förderung von Zivilgesellschaft, Partizipation und Kohäsion* (S. 97–124). Luzern: Interact Verlag.
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation: theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact Verlag.
- Kizilhan, Jan Ilhan (2016). *Handbuch psychische Erkrankungen für soziale Berufe. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Kreckel, Reinhard (2004). *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt: Campus.
- Kröger, Christof, Ritter, Carolin & Bryant, Richard A. (2012). *Akute Belastungsstörung*. Göttingen. Hogrefe Verlag.
- Krueger, Antje (2013). *Fluchträume. Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Li, Susan S.Y., Liddell, Belinda J. & Nickerson, Angela (2016). *The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers*. Gefunden unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27436307>
- Maercker, Andreas (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mahler, Jessi & Grabe, Hans J. (2011). Trauma und Depression. In Günter H. Seidler, Harald J. Feyberger & Andreas Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 264-274). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2015). *Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing* (3. Aufl. des Standardwerks in Deutsch). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Molter, Haja & Wolter, Brigit (2016). Diesseits und jenseits von Ressourcenorientierung. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 34 (2), 258-263.
- Nestmann, Frank (2009). Netzwerkinterventionen und soziale Unterstützungsförderung, In Karl Lenz & Frank Nestmann (Hrsg.). *Handbuch persönliche Beziehungen* (S. 955-978). Weinheim: Juventa.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2015). *Einflussfaktoren auf die Psyche*. Gefunden unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/gesundheit/einflussfaktoren-psyche>
- Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik (2018). *Stressor*. Gefunden unter <http://lexikon.stangl.eu/4142/stressor/>
- Pervin, Lawrence A., Cervone, Daniel, John, Oliver P. (2005). *Persönlichkeitstheorien* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB).
- Reuter, Tabea & Schwarzer, Ralf (2009). Verhalten und Gesundheit. In Jürgen Bengel & Matthias Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 34-45). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rückert, Norbert (2006). Salutogenese und Pathogenese. In Rückert, Norbert, Ondracek, Petr & Romanenkova, Lyudmyla (Hg.), *Studium Europäischer Inklusion. Leib und Seele: Salutogenese und Pathogenese*. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur.

Salentin, Kurt (2002). *Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH.

Schäfer, Ulrike & Rüther Eckart (2005). *Ängste – Schutz oder Qual? Angststörungen – Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Berlin. ABW Wissenschaftsverlag GmbH.

Scheifele, Sigrid (Hg.) (2008). *Migration und Psyche. Aufbrüche und Erschütterungen*. Giessen: Psychosozial Verlag.

Schiepek, Günter & Matschi, Brigitte (2013). Ressourcenerfassung im therapeutischen Prozess. Darstellung, Förderung und nachhaltige Nutzung. *Psychotherapie im Dialog 14*, 56-41.

Schmidt-Traub, Sigrun & Lex, Tina-Patricia (2005). *Angst und Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Schouler-Ocak, Meryam (2007). Sind Migrantinnen und Migranten anders depressiv? In Borde Theda & David Matthias (Hrsg.), *Migration und Psychische Gesundheit. Belastungen und Potentiale*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Schuler, Daniela & Burla, Laila (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schweizerische Flüchtlingshilfe (ohne Datum, a). *Asylrecht*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht.html>

Schweizerische Flüchtlingshilfe (ohne Datum, b). *Das Asylverfahren*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/das-asylverfahren.html>

Schweizerische Flüchtlingshilfe (2017). *Vorbildliches Integrationsprojekt zu Weihnachten*. Gefunden unter <https://www.fluechtlingshilfe.ch/news/archiv/2017/vorbildliches-integrationsprojekt-zu-weihnachten.html>

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (ohne Datum, b). *Massnahmen zur sozialen und beruflichen Integration*. Gefunden unter <https://richtlinien.skos.ch/d-massnahmen-zur-sozialen-und-beruflichen-integration/d2-grundsaeetze/>

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2009). *Integrationsauftrag der Sozialhilfe in der Praxis. Eine Standortbestimmung der SKOS basierend auf einer Befragung von 20 Sozialdiensten*. Gefunden unter https://skos.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Zusammenfassung_Studie_Integrationsmassnahmen_1_.pdf

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2012). *Vernehmlassung zum Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer (AuG)*. Gefunden unter https://skos.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/2012_Teilrevision_Ausl%C3%A4ndergesetz_Vernehmlassung.pdf

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2014a). *Unterstützung von Personen des Asyl- und Flüchtlingsbereichs*. Gefunden unter https://www.skos.ch/uploads/media/2014_08_11_Asyldokument-d_01.pdf

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2014b). *Das soziale Existenzminimum der Sozialhilfe. Grundlagenpapier der SKOS*. Gefunden unter https://www.skos.ch/fileadmin/user_upload/public/pdf/grundlagen_und_positionen/grundlagen_und_studien/2014_Soziales-Existenzminimum_Grundlagenpapier.pdf

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2015). *Flüchtlinge und Sozialhilfe*. Gefunden unter https://skos.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/2015_ZESO_Schwerpunkt-FI%C3%BCchtlinge.pdf

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2017). *Kanton Basel: Weniger Sozialhilfe für vorläufig Aufgenommene*. Gefunden unter <https://skos.ch/sozialhilfe/themendossiers/migration/news-detail/kanton-basel-weniger-sozialhilfe-fuer-vorlaeufig-aufgenommene/>

Sozialinfo.ch (2016). *Flüchtlingsintegration - Was der Kanton Graubünden besser macht*. Gefunden unter <http://www.sozialinfo.ch/aktuell/fokus/arbeitsintegration-fluechtlinge-616/>

Spektrum.de (ohne Datum). *Marginalisierung*. Gefunden unter <http://www.spektrum.de/lexikon/geographie/marginalisierung/4926>

Staatssekretariat für Migration (2012). *Information über den Zugang der vorläufig Aufgenommenen (Ausweis F) zum schweizerischen Arbeitsmarkt*. Gefunden unter <https://www.sem.admin.ch/content/dam/data/sem/integration/berichte/va-flue/info-va-arbeitsmarkt-d.pdf>.

Staatssekretariat für Migration (2015). *Kurzinformationen: Anerkannte Flüchtlinge (Ausweis B) / Vorläufig aufgenommene Flüchtlinge (Ausweis F) / Vorläufig Aufgenommene (Ausweis F) [Broschüre]*. Bern: Autor.

Staatssekretariat für Migration (2017a). *Sozialhilfe*. Gefunden unter <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/sozialhilfesubventionen/sozialhilfe.html>

Staatssekretariat für Migration (2017b). *Kantonale Integrationsprogramme*. Gefunden unter <https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/themen/integration/kip.html>

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch*. Stuttgart: UTB Verlag.

Steel, Zachary, Chey, Tien, Silove, Derrick, Marnane, Claire, Bryant, Richard A. & et al. (2009). *US National Library of Medicine National Institutes of Health. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis*. Gefunden unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19654388>

Glöckler, Ulrich (2017). *Soziale Arbeit der Ermöglichung. Agency - Perspektiven und Ressourcen des Gelingens*. Nürnberg: Springer VS.

Universität Spital Zürich (ohne Datum). *Migrationsbedingte psychische Störungen und transkulturelle Psychiatrie*. Gefunden unter <http://www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/migration.aspx>

Verein sozialinfo.ch (2016). *Arbeitsintegration Flüchtlinge*. Gefunden unter <http://www.sozialinfo.ch/aktuell/fokus/arbeitsintegration-fluechtlinge-616/>

Villiger, Simone & Knöpfel, Carlo (2009). *Armut macht krank. Warum gesellschaftliche Verhältnisse die Gesundheit prägen*. Luzern: Caritas-Verlag.

Von Schlippe, Artist, El Hachimi, Mohammed & Jürgens Gesa (2013). *Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision* (4. erw. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Weiss, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen.

Anhang

Fallbeispiele

Anhand von drei Fallbeispielen, soll der Praxisbezug hergestellt werden. Es wird nicht auf die wirtschaftliche Sozialhilfe, wie zum Beispiel das Erschliessen der Sozialversicherungen u.a., eingegangen. Der Fokus liegt auf der persönlichen Beratung. Es soll dargestellt werden inwiefern die psychischen Erkrankungen die soziale Integration erschweren.

Datenschutz

Die Fallbeispiele wurden soweit abgeändert, dass der Datenschutz gewährleistet ist, es kann anhand dieser Fallbeschriebe keine Ableitung mehr auf die betreffenden Personen mehr gemacht werden.

Fallbeispiel A

Herr A. ist 39 Jahre, er ist aufgrund der Kriegswirren aus Syrien geflüchtet und hat den Status vorläufig Aufgenommener Flüchtling. Er wohnt in einer Wohngemeinschaft mit anderen Flüchtlingen in der Nähe der Stadt.

Vom Hausarzt wurde eine PTBS diagnostiziert und eine Depression. Herr A. sagt aber von sich, er habe keine psychischen Probleme, der Krieg sei das Problem, nicht er habe ein Problem. Er klagt immer wieder über verschiedene somatische Beschwerden. Dies war auch der Grund, weshalb er zum Arzt ging. Er nimmt diesbezüglich ärztliche Hilfe in Anspruch, gegen die Depression nimmt er Medikamente, aber eine Psychotherapie verweigert er vehement. Eine Persönlichkeitsstörung kann angenommen werden, ist aber nicht diagnostiziert.

Herr A. ist sehr misstrauisch, was in den Beratungsgesprächen immer wieder zum Vorschein kommt. So hat er das Gefühl er werde von der Mafia verfolgt. Sein Verhalten ist ambivalent, von himmelhochjauchzend bis zu Tode betrübt oder aggressiv. Er hat wenig Gefühl für Nähe und Distanz, was sich in seinem teilweise überschwänglichen Verhalten zeigt, indem er einigen Frauen im Sozialdienst einfach die Hand küsst. Auch man ihm sagt, dass das nicht angebracht ist, macht er dies sporadisch wieder. Er wurde in im Krieg gefoltert und erzählt immer wieder davon und schildert detailliert was passiert ist. Er sagt, deswegen könne er vieles nicht mehr und bringt sein Leben nicht mehr auf die Reihe. So hat er zwei Deutschkurse abgebrochen. Er hat entsprechend seiner gesundheitlichen Verfassung und

Anhang A

seiner mangelnden Sprachkenntnisse keine Arbeitsstelle und verbringt den Tag zu Hause. Er geht spazieren und macht manchmal ein wenig Sport, wie er sagt. Er lebt in einer Wohngemeinschaft, wo er sich aber nicht wohl fühlt. Er hat immer wieder Konflikte mit Mitbewohnern. Dies zieht sich bereits über die Jahre hin, die Mitbewohner wechseln immer wieder. Es gab bereits mehrere Strafanzeigen gegen ihn wegen Tätlichkeiten und auch Körperverletzung. Er hat in herausfordernden schwierigen Situationen immer wieder Aussetzer hat und sich nicht mehr spürt. So kam es vor, dass er so ausgerastet ist, dass er anfing seine Unterlagen zu zerreißen und sein Hemd zerrissen hat und völlige ausser sich herumgeschrien hat, weil er nicht pünktlich sein Geld bekommen hat und lief davon. Danach stand er aufgelöst am Weinen draussen vor der Eingangstür, ohne Hemd an, am Boden kauern. Im Nachhinein weiss er jeweils nicht mehr was passiert ist. Entsprechend hat er Mühe soziale Kontakte knüpfen, er sagt, niemand versteht ihn und er selbst ist sehr misstrauisch, seitdem was er erlebt hat, vertraue er praktisch niemandem mehr.

Er hat Mühe mit der deutschen Sprache oder auch Fremdsprache und hat Mühe seine administrativen Angelegenheiten zu erledigen und bringt immer einen Stapel voll ungeöffneter Post. Er versteht vieles auch mit Einsatz von Dolmetschenden nicht oder will es nicht verstehen. Er schafft es nicht, einfache Behördengänge wie die Anmeldung bei der Gemeinde und ein Bankkonto zu eröffnen. Er schliesst wahllos Miet- und Handyverträge ab. Er hat unter anderem deswegen hohe Schulden wegen nicht bezahlten Rechnungen, vor allem in Bezug auf Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel ohne Bezahlung. Inzwischen droht ihm eine Haft, wovor er sich fürchtet, aufgrund seiner Folter Erfahrungen im Krieg.

Es wurde seitens der Sozialarbeiterin eine Gefährdungsmeldung gemacht, welche aber von der KESB (Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde) abgelehnt wurde.

Fallbeispiel B

Herr B. ist 18 Jahre, stammt aus Eritrea, Status vorläufig Aufgenommen, er wohnt in Nähe Stadt.

Herr B. ist alleine als unbegleiteter minderjähriger Asylsuchender in die Schweiz geflüchtet. Hat eine schlechte gesundheitliche Verfassung, es wurde vom Hausarzt vor 3 Jahren eine PTBS mit diagnostiziert sowie Depression und Anorexie. Sein Gesundheitszustand hat sich bis heute nicht verbessert, phasenweise geht es ihm besser, aber er vermeidet soziale Situationen und ist entsprechend sozial isoliert. Er sagt selbst von sich, dass er ein Problem

Anhang A

hat mit regelmässigem Marihuana-Konsum, will aber keine Therapie machen. Er sagt, dass er selbst das schaffen will, aber das Problem besteht seit vielen Jahren. Er hat Kontakt zu Personen, die ihm den Stoff besorgen. Aber gleichzeitig sagt er, mit diesen Leuten wolle er nichts zu tun haben, er sei lieber zu Hause.

Er hat keine Krankheitseinsicht, weist immer wieder auf seinen körperlichen Beschwerden hin. Die Anorexie, schliesst er auf einen Infekt zurück, die Behandlung wurde bereits vor Jahren erfolgreich abgeschlossen. Er hat in der Heimat wenig Schulbildung genossen. Er spricht ein wenig Deutsch, sodass er sich verständigen kann. Er hat alle initiierten Schulen und Beschäftigungsprogramme abgebrochen, seitdem er in der Schweiz ist. Sanktionierungsmassnahmen seitens der unterschiedlichen Betreuungspersonen haben zu keiner Veränderung geführt. Mit seinem Stauts F bekommt er sehr wenig Sozialhilfe und hat deshalb immer wieder Geldsorgen. Er muss seine 7-köpfige Familie unterstützen. Seine Mutter ist mit seinen 6 Geschwistern in einem Flüchtlingscamp im Sudan, er ist der alleinige Unterstützer dieser Familie. Wenn man ihn auf seine Familie anspricht, fällt er in sich zusammen und wirkt apathisch, er scheint total überfordert mit der Situation. Er ist schon seit vielen Jahren mutlos und depressiv und hat keine Freude mehr am Leben. Er sagt immer wieder er will etwas ändern, aber es zeigt sich dann, dass er nicht kann. Er habe mit seinem F-Ausweis sowieso keine Chancen etwas zu erreichen, er bekomme keine Wohnung und keine Arbeit.

Die Beistandschaft wurde bei ihm mit Erreichen des 18. Altersjahres aufgelöst.

Fallbeispiel C

Familie H., Frau 45 Jahre, Mann 50 Jahre, Kinder Junge (10 Jahre) und Mädchen (13 Jahre) aus Syrien, Status anerkannte Flüchtlinge.

Die Familie wohnt in einer kleinen Gemeinde abgelegen auf dem Land und die Stadt ist mit dem öffentlichen Verkehr schwer erreichbar. Dies macht der Familie sehr zu schaffen, sie fühlen sich isoliert und abgeschottet von der Aussenwelt. Sie sind kaum integriert im Dorf und ziehen sich zurück. Die Mutter ist traumatisiert und leidet an Angststörungen. Sie hat immer wieder sehr Angst um die Angehörigen in Syrien, welche schon mehrmals in Lebensgefahr war. Des Weiteren hat vor einiger Zeit Baby verloren. Was ihren gesundheitlichen Zustand verschlechterte. Der Mann leidet an diversen somatische Beschwerden und spricht trotz längerem Aufenthalt in der Schweiz wenig Deutsch. Er hat eine PTPS und lei-

Anhang A

det an somatischen Beschwerden, auf welche er sich in den Gesprächen immer wieder bezieht. Beide haben die Deutsch intensiv Kurse aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung abgebrochen.

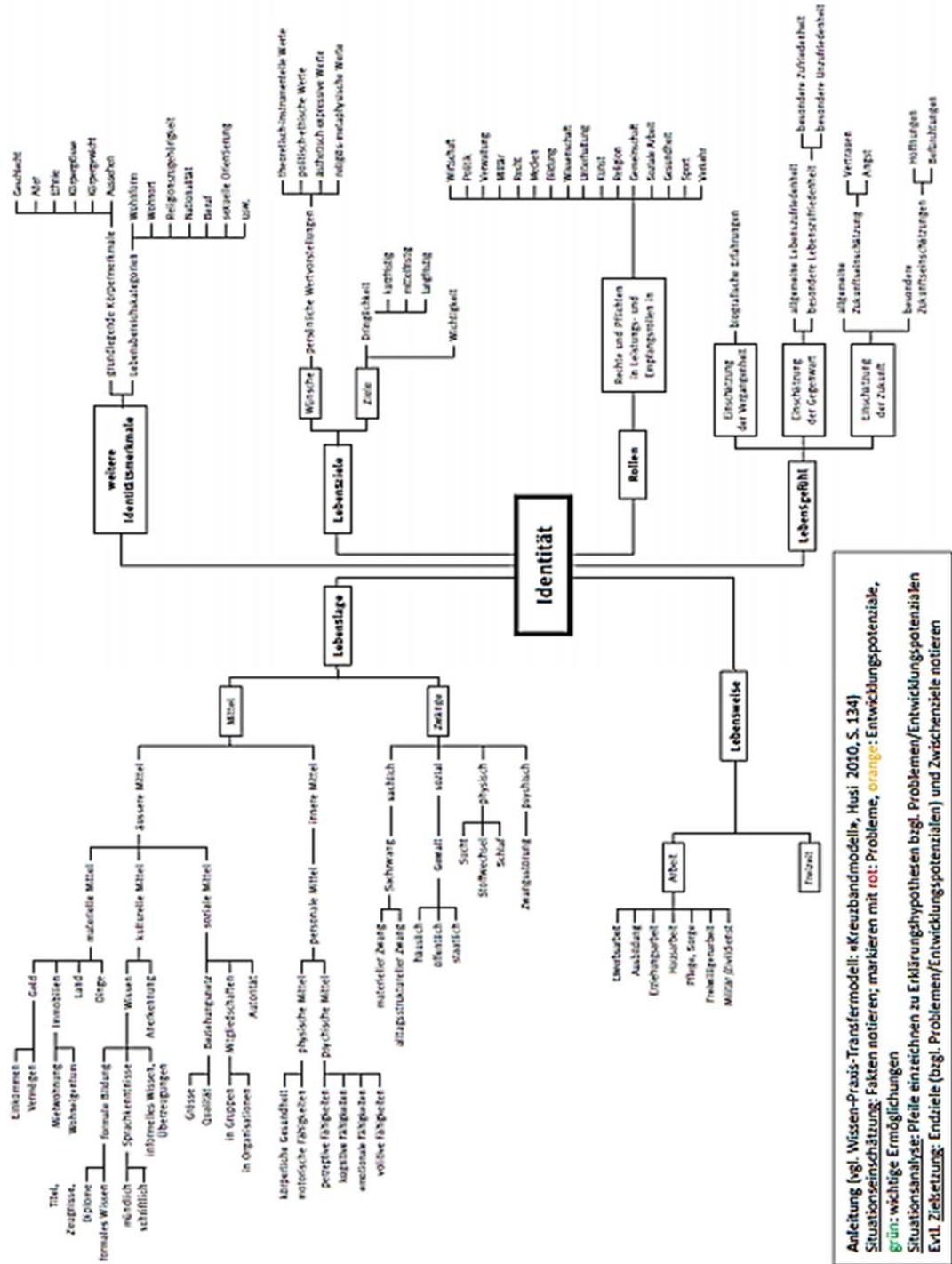
Die Tochter leidet an epileptischen Anfällen und Angststörungen, sie ist diesbezüglich in psychiatrischer Behandlung. Die Eltern haben lange für ihre psychischen Probleme keine Hilfe in Anspruch genommen. Der Mann ist jedoch regelmässig wegen seiner Schmerzen in Behandlung, jedoch ohne Erfolg. Eine Arbeit sucht er nicht mehr, er sagt, es ist nicht möglich wegen seiner Schmerzen. Sie gehen beide inzwischen in eine Therapie, sagen aber diese helfe ihnen nicht. Die Familie klagt oft über finanzielle Probleme, sie möchten den Kindern etwas ermöglichen, was die anderen Kinder auch haben und können nicht, was sie sehr belastet. Weiter klagen sie über ihre gesundheitlichen Beschwerden und über die Freiwilligen, die sie bevormunden.

Instrument zur Situationseinschätzung und -analyse (ISEA)

© Gregor Husi

Instrument zur Situationseinschätzung und -analyse (ISEA)

Quelle: Gregor Husi, Die Soziokulturelle Animation aus strukturierungstheoretischer Sicht, in Bernard Wandeler (Hg.), Soziokulturelle Animation, Luzern 2010, Interact, S. 97-155 (S. 122f.)



Reflexion der Interventionen auf Ebene der psychosozialen Beratung

Es wird hier die Reflexion der Handlungsoptionen auf der Beratungsebene vorgenommen, welche direkt durch die Sozialarbeiterin umgesetzt werden konnten.

Vertrauensbeziehung

In allen drei Fällen war eine Vertrauensbeziehung zwischen der Sozialarbeiterin und den Klient_innen die Basis für eine Veränderung. Wo sich vorher die Gespräche im Kreis drehten, kam eine Bewegung in die Beratung. So ging es vorher in den Gesprächen um Klagen, Blockaden, von einem Problem zum nächsten bis zum Schuldigen suchen und anderen Schuld zuschreiben. Die Reaktion auf das Nichterscheinen zu Terminen oder Abbrüche von Programmen wurde durch Druck seitens der Sozialarbeiterin nur noch verschlimmert und hatte eine Resignation beiderseits zur Folge und eine soziale Isolation. Erst als eine Vertrauensbeziehung aufgebaut war, öffneten sich die Klient_innen und es konnte in Richtung Lösungsorientierung gehen, es entstand eine Arbeitsbeziehung. Durch Empathie und die Anerkennung der Klient_innen mit ihren Lebensproblemen konnte ein Vertrauen entstehen. Im Fall A war dies die Anerkennung, dass ihm im Krieg ein enormes Leid zugefügt wurde. Im Fall B war es die Anerkennung, dass er alles tut für seine Familie, was in seiner Macht steht, was den Druck nahm. Im Fall C war es die Anerkennung, dass sie wenig Geld zur Verfügung haben, um ihren Kindern etwas zu bieten und das sie sich verständlicherweise Sorgen machen um die Familie, weil das menschlich ist.

Sodann kam es bei allen in einem ersten Schritt zur Handlungsbefähigung (agency). Es wurde nach möglichen Lösungsschritten gesucht, also ob etwas und was genau im Moment veränderbar ist. Es wurde nicht mehr aneinander vorbeigeredet.

Ressourcenaktivierung

Durch den systemisch-lösungsorientierten Ansatz konnten die Ressourcen bei jedem Fall herauskristallisiert werden. Es entstand ein Bild über die jeweiligen Systeme, in denen die Menschen sich bewegen, und es entstand eine Möglichkeit, neue Systeme zu erschliessen, die bis dato nicht genutzt wurden. Siehe dazu auch soziale Vernetzung. Gleichzeitig konnten durch das Herauskrillieren die aktuellen Problematiken, wie zum Beispiel die Konflikte im Fall A, die Geldsorgen und die Sorgen um die Familien im Fall B und Fall C, angegangen werden. Es wurde durch diese Erkenntnisse eine Stabilisierung ermöglicht, indem in kleinen Schritten die zentralen Probleme angegangen wurden. Dabei verhalf für die Hand-

lungsplanung ein Orientierungsmodell zu den Möglichkeiten oder eben das, was nicht möglich ist. Dies verhalf zu Klarheit auf beiden Seiten.

Anhand der Modalverben konnte eruiert werden, weshalb in allen drei Fällen die intensiven Sprachkurse und die Qualifizierungskurse nichts brachten und auch weiterhin nicht die richtige Integrationsmassnahme sind. So stellte sich bei Fall A heraus, dass er nicht in der Lage war, in grossen Klassen zu sitzen, die grossen Menschenmengen versetzten ihn manchmal in ein Flashback. Bei Fall B stellte sich heraus, dass er Mühe hat mit sozialen Situationen, wo es um schulische Leistung geht. Er schafft es oftmals nicht, kognitiv zu folgen, wenn ihm etwas erklärt wird. Er möchte dann einfach aus der Situation flüchten und schafft es am nächsten Tag nicht mehr, dort zu erscheinen. Bei Fall C war das Problem bei beiden, dass sie kognitiv dem Unterricht nicht folgen konnten, aufgrund ihrer Sorgen um die Familie und um die Tochter.

Motivationale Gesprächsführung

In allen drei Fällen war es hilfreich, dass die Sozialarbeiterin die Phasen der motivierenden Gesprächsführung integriert hatte. So konnte schnell erkannt werden, ob die besprochenen Ziele auch auf intrinsische Motivation zurückzuführen waren. Sehr interessant war die Erkenntnis, dass Hoffnung "vorschiessen" und keine zu hoch gesetzten Ziele sehr wirkungsvoll waren, um eine Veränderung herbeizurufen.

Soziale Vernetzung

Die soziale Vernetzung als Ressourcenaktivierung hat in allen drei Fällen eine Veränderung bewirkt.

Im Fall A konnte ein Kollege gewonnen werden, der ihn regelmässig zu Terminen begleitet, zu Behördengängen, zu Arztterminen usw. Es entstand eine Vertrauensbeziehung. Er wirkte in Form eines Mentors, durch das Vorleben und Zureden konnte Herr A. einerseits eigene Erfahrungen der Selbstwirksamkeit machen, was sich positiv auswirkte. Gleichzeitig hatte der Kollege eine Möglichkeit, sich nützlich zu machen und fühlte sich wertgeschätzt und anerkannt durch seine Hilfe. Es entstand eine Win-Win-Situation.

Beim Fall B stellte sich heraus, dass er gerne kocht. Ein partizipatives Projekt bietet die Möglichkeit, dass Einheimische und Flüchtlinge gemeinsam Projekte umsetzen oder sich einfach zum Kochen und Musizieren und Kaffee trinken treffen. Der junge Mann konnte dort ohne Druck soziale Erfahrungen machen und lernte, dass soziale Situationen grundsätzlich etwas Bereicherndes sind. Entsprechend der sozial-kognitiven Lerntheorie erlebte er dort,

Anhang C

wie andere aktiv etwas bewirken konnten und machte durch eigene Erfahrungen weitere positive Erfahrungen. So geht er inzwischen regelmässig in dieses Projekt und hat auch seinen Konsum reduzieren können, wie er sagt. Er scheint viel weniger angespannt und lacht auch mal wieder im Gespräch.

Beim Fall C hat sich herausgestellt, dass eine Auftragsklärung mit den involvierten freiwilligen Personen von Nöten war. So wurde in einem Gespräch mit der Familie und den Freiwilligen gemeinsam mit der Sozialarbeiterin definiert, welche Aufgaben die Freiwilligen übernehmen sollten. Das Deutschlernen und die Begleitung der Hausaufgaben für die Kinder sowie das Ausfüllen von Formularen oder die Begleitung zu Behörden wurde für die Familie als grosse Entlastung gutgeheissen. Alle anderen Angelegenheiten wollen sie selbstständig erledigen oder bei der Sozialarbeiterin um Rat fragen. Nach dieser Klärung wurde die Beziehung viel konstruktiver. Die Familie schien sich immer besser zurecht zu finden und es war nicht mehr nötig viele Termine und Telefonate wegen Kleinigkeiten zu machen. Die Freiwilligen erfuhren auf einmal mehr Offenheit und Wertschätzung seitens der Familie. Durch das Vorleben der Freiwilligen, wie das Leben in der Schweiz funktioniert, konnte die Familie Orientierung finden. Sie konnten so eigene Erfahrungen machen und wiederum selbst- und sozialwirksam neue Schritte in die Zukunft gehen.