

# SOZIALE ARBEIT IN DER TRANSKULTURELLEN PSYCHIATRIE



BACHELOR-THESIS ZUM ERWERB DES BACHELOR-DIPLOMS IN SOZIALER ARBEIT  
BERNER FACHHOCHSCHULE SOZIALE ARBEIT VORGELGT VON DIRK TAS

## Abstract

Migrationsbewegungen können für die migrierenden Menschen spezifische Herausforderungen in Bezug auf ihre psychische Gesundheit mit sich bringen. In der vorliegenden Arbeit wird auf die Schnittstelle von psychischer Belastung, Migration und sozialen Faktoren eingegangen. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist für letzteres zuständig, jedoch gibt es keine theoretischen Konzepte, die den Umgang mit der Schnittstelle aus sozialarbeiterischer Sicht beleuchtet. Das Ziel der Arbeit ist daher, einen Beitrag zur Schliessung dieser Lücke zu leisten. Sie orientiert sich dabei an folgender Forschungsfrage: *Wie können Sozialarbeiter\_innen im Arbeitsfeld Erwachsenenpsychiatrie Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen professionell unterstützen?*

Die Fragestellung wurde zuerst anhand vier theoretischer Teile untersucht: 1. wurde die Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie beleuchtet. 2. wurden auf verschiedenen Ebenen die migrationsspezifischen Herausforderungen herausgearbeitet. 3. wurden u. a. die Rolle von Dolmetscher\_innen in der Behandlung und Erklärungsmodelle zu unterschiedlichen Krankheitsvorstellungen thematisiert. 4. wurde das Modell der transkulturellen Kompetenz vorgestellt. Parallel zu diesem theoretischen Teil wurden Interviews mit fünf Sozialarbeiterinnen durchgeführt, die durch ihre Arbeit an der Schnittstelle von Sozialer Arbeit, Migration und psychischer Gesundheit spezifisches Expert\_innenwissen zur Forschungsfrage entwickelt haben.

Die theoretischen und empirischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass Menschen mit migrationsspezifischen Herausforderungen spezifische psychische Belastungen ausgesetzt sein können, die stark mit sozialen Faktoren zusammenhängen. Die Soziale Arbeit ist in der Erwachsenenpsychiatrie mit zuständig für die Unterstützung bei der Bewältigung dieser Herausforderungen, wie beispielsweise beim Zugang zum Arbeitsmarkt. Dafür ist sie auf spezifisches psycho-soziales Fachwissen angewiesen, um die psychische Dynamiken im Migrationsprozess professionell (mit-)behandeln zu können. Für die Soziale Arbeit steht weniger die Diagnose, sondern die Interaktion mit den Klient\_innen im Zentrum der Behandlung, um diese transkulturell kompetent unterstützen zu können. Durch die Festigung und den Ausbau von Teilnahme- und Teilhabemöglichkeiten der Klient\_innen kann die psychische Gesundheit durch die Soziale Arbeit gestärkt werden. Ein wichtiges Werkzeug dafür ist die Vermittlungsarbeit zwischen Klient\_in und System(en). Weiter kann die Soziale Arbeit durch den Einbezug der spezifischen Lebenswelten der Klient\_innen biografisch anschlussfähige Lösungen ermöglichen. Sie ist dabei abhängig von institutionell günstigen Rahmenbedingungen.

Zusammenfassend kann die Soziale Arbeit über die Analyse und den darauf aufbauenden differenzierten Einbezug der migrationsspezifischen Herausforderungen in der Behandlung die soziale Dimension von Gesundheit bearbeiten und dadurch die Klient\_innen in der Psychiatrie professionell unterstützen.

# **Soziale Arbeit in der transkulturellen Psychiatrie**

Die Entwicklung eines theoretischen Verständnisses zur  
professionellen Unterstützung von Klient\_innen mit  
migrationsspezifischen Herausforderungen in der  
Erwachsenenpsychiatrie

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Dirk Tas

Bern, 21. Mai 2021

Gutachterin: Simone Gäumann

*Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.*

# Danksagung

Ich möchte mich bei allen Menschen, die mich durch das Studium und bei dieser Abschlussarbeit begleitet haben, bedanken. Für die bereichernden Begegnungen, die entgegengebrachte Zeit, die Geduld und das Mut machen. Im Speziellen danke ich allen beteiligten Freund\_innen für den regen Austausch, das Gegenlesen und Zuhören. Dann meiner Familie für den stetigen Rückhalt und die warme Unterstützung über die Zeit hinweg. Den fünf Expertinnen für ihre Bereitschaft, ihr Fachwissen einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Und zu guter Letzt meiner Fachbegleitung Simone Gäumann, die immer bestärkend und motivierend war und mit ihren wertvollen Inputs die vorliegenden Forschungsarbeit bereichert hat.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>7</b>
1.1 Herleitung der Problemstellung.....	8
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Erkenntnisinteresse .....	9
1.3 Fragestellung.....	10
<b>2 Herangehensweise</b> .....	<b>11</b>
2.1 Forschungsstand.....	11
2.2 Methodisches Vorgehen.....	12
2.2.1 Theoretischer Teil.....	12
2.2.2 Empirischer Teil.....	13
<b>3 Ergebnisse des theoretischen Teils</b> .....	<b>16</b>
3.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie .....	16
3.1.1 klinische Soziale Arbeit.....	16
3.1.2 multidimensionale Modelle von Gesundheit und Krankheit.....	17
3.1.3 soziale Dimension.....	18
3.1.4 Funktion und Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	23
3.2 Migrationsspezifische Herausforderungen.....	24
3.2.1 Begriffsdefinitionen.....	24
3.2.2 Herausforderungen .....	26
3.3 Transkulturelle Psychiatrie .....	32
3.3.1 Konzept.....	32
3.3.2 Erklärungsmodelle.....	33
3.3.3 Dolmetscher_innen .....	39
3.3.4 Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen.....	42
3.4 Transkulturelle Kompetenz.....	45
3.4.1 Kulturbegriff .....	45
3.4.2 Konzept.....	46
3.5 Übergang zum empirischen Teil.....	51
<b>4 Ergebnisse des empirischen Teils</b> .....	<b>52</b>
4.1 Vorstellung der Expertinnen .....	52
4.2 Verständigung.....	54
4.2.1 Allgemein.....	54
4.2.2 Dolmetscher_innen .....	55
4.2.3 Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen .....	58
4.2.4 Vermittlung .....	61
4.2.5 Arbeit mit der «Kultur» .....	62
4.2.6 Sozialanamnese.....	64
4.3 Förderung von Perspektiven, Autonomie und beruflicher Integration .....	66
4.3.1 Visionen entwickeln .....	66
4.3.2 Berufliche Integration.....	67
4.3.3 Soziale Kontakte .....	69
4.3.4 Rechtliches .....	70

4.4 Familiensystem.....	70
4.4.1 Herausforderungen .....	71
4.4.2 Ressourcen .....	71
4.4.3 Einbezug in die Behandlung .....	72
4.5 Traumasensibles Handeln .....	74
4.5.1 Beziehungsaufbau .....	75
4.5.2 Traumadynamik.....	75
4.5.3 Trennung von sozialarbeiterischen und traumaspezifischen Themen .....	77
4.6 Institutionelle Ebene.....	77
4.6.1 Weiterbildung.....	77
4.6.2 Transkulturelle Öffnung.....	78
4.6.3 Versorgung .....	79
<b>5 Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>80</b>
5.1 Verständigung .....	80
5.1.1 Dolmetscher_innen .....	80
5.1.2 Interaktion statt ‹Kulturwissen› .....	81
5.1.3 Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen .....	81
5.1.4 Vermittlung .....	82
5.2 soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit.....	83
5.2.1 Akkulturationsstress und die soziale Dimension .....	83
5.2.2 Zugänge aufrechterhalten und/oder wiederherstellen.....	84
5.3 Institutionelle und politische Rahmenbedingungen .....	86
<b>6 Schlussfolgerungen .....</b>	<b>87</b>
6.1 Beantwortung der Fragestellung.....	87
6.2 Ausblick und Folgerungen für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit.....	89
<b>7 Literaturverzeichnis.....</b>	<b>90</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>97</b>
A Interviewleitfaden .....	97
B Vorabinformation zu den Interviewthemen .....	101
C Transkriptionsregeln.....	102
D Codeliste.....	104
E Soziokulturelle Sozialanamnese.....	105

# 1 Einleitung

Die vorliegende Forschungsarbeit setzt sich mit der Schnittstelle von Migration, psychischer Gesundheit und Sozialer Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie auseinander. Das Interesse entwickelte sich durch eine fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen des zweiten Ausbildungspraktikums. Ich absolvierte dieses auf der Sozialberatung einer psychiatrischen Klinik. In dieser Praxiserfahrung konnte ich regelmässig Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen in Beratungsprozessen unterstützen. In diesen zeigte sich für mich auf verschiedenen Ebenen eine hohe Komplexität, die im folgendem Fallbeispiel exemplarisch skizziert werden soll:

*Frau A. ist Mitte 40, hat zwei minderjährige Kinder und kann sich in Deutsch nur sehr beschränkt verständigen. Sie flüchtete in den 1990er-Jahren mit ihrem Ehemann in die Schweiz und arbeitete mehrere Jahre als Hilfsarbeitskraft. In den letzten Monaten hatte sie vermehrt das Gefühl, jemand bedrohe die Familie und hörte auch Stimmen bzw. Geister. Die Situation spitzte sich immer mehr zu, so dass sich die fast volljährige Tochter entschied, ihre Mutter in die psychiatrische Klinik einzuweisen. Dort wurde bei ihr die provisorische Diagnose Schizophrenie gestellt. Aufgrund des vergleichsweise hohen Alters und in der Vergangenheit nicht auftretenden Symptomen, wurden zusätzlich somatische Abklärungen veranlasst. In der Zusammenarbeit mit der Klientin und dem Familiensystem wurden geschulte Dolmetscher\_innen zugezogen. Die Verständigung war jedoch auch so erschwert, so weigerte sich der Ehemann, wohl aus Scham, über die vergangenen Monate zu sprechen und meinte es sei alles «normal». Auch die Klientin öffnete sich nur zaghaf, einzig die Tochter, welche in der Schweiz aufgewachsen ist, berichtete offen über die psychischen Probleme ihrer Mutter. Für die Soziale Arbeit gab es gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf. Die Arbeitsstelle war weg, da die Klientin in der psychischen Krise mehrmals unangemeldet nicht zur Arbeit erschien. Aufgrund der längeren krankheitsbedingten Abwesenheit im Arbeitsprozess wurde darum präventiv eine IV-Anmeldung vorgeschlagen. Die Klientin und ihr Ehemann wollten dies jedoch nicht, auch somatische Abklärungen, wie ein MRI, wurden abgelehnt. Gleichzeitig musste eine adäquate Einschätzung vom Kindeswohl erarbeitet werden. Durch viel Überzeugungsarbeit, auch mit der Unterstützung der Tochter, konnte schliesslich die Krisenintervention u. a. mit einer IV-Anmeldung, der Einrichtung einer Psychiatrie-Spitex und dem Vereinbaren von ambulanten Folgeterminen abgeschlossen werden.*

Der Fall beinhaltet viele Herausforderungen auf einmal. Da sind unterschiedliche Vorstellungen von Krankheit («Geister»), beschränktes Wissen über die Funktionsweise vom Sozial- und Gesundheitswesen, Schwierigkeiten bei der Verständigung, die Frage der Stigmatisierung und Spannungen im Familiensystem. So emanzipierte sich die fast volljährige Tochter immer stärker, was auch in sozialarbeiterischen Gesprächen am Rande ein Thema war. Diese potentielle Wechselwirkung mit der psychischen Gesundheit der Klientin wurde jedoch in der Behandlung kaum aufgegriffen, da diese primär auf eine Stabilisierung über eine passende medikamentöse Versorgung und die Organisation von adäquaten Anschlusslösungen ausgerichtet war. Weiter zeigte sich auch die Problematik der Kulturalisierung. So wurde die Ablehnung der MRI-Untersuchung vom Behandlungsteam über «Kultur» erklärt. Die Klientin fragte dann kurz vor Abschluss der Behandlung, ob über das Gerät ihre Gedanken gelesen werden können, was drauf hindeutet, dass eher eine Erklärung über psychische Dynamiken angemessen gewesen wäre.

Aus der Auseinandersetzung mit solchen komplexen und fordernden Fällen an der Schnittstelle von Migration, psychischer Gesundheit und Sozialer Arbeit entwickelte sich das Bedürfnis nach einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Thematik, woraus sich schliesslich diese Thesis entwickelt hat.

## **1.1 Herleitung der Problemstellung**

Menschen mit Migrationshintergrund sind laut dem aktuellen Monitoring «Psychische Gesundheit der Schweiz» (Schuler, Tuch & Peter, 2020) einer stärkeren psychischen Belastung als der Rest der Bevölkerung ausgesetzt. Diese Belastungen sind aber innerhalb der Migrationsbevölkerung ungleich verteilt, so sind diejenigen Gruppen mit geringeren sozio-ökonomischen Ressourcen stärker in ihrer psychischen Gesundheit eingeschränkt (S. 51). In eine ähnliche Richtung argumentieren Knischewitzki, Machleidt und Calliess (2013), nach denen unter Einbezug der Dimension «sozioökonomischer Status» nicht mehr psychische Erkrankungen bei Migrant\_innen nachgewiesen werden können (S. 288). Sie betonen jedoch gleichzeitig auch die «spezifische Vulnerabilität», welche die Gruppe aufgrund ihrer Migrationserfahrung hat (ebd.) und schätzen den Migrationsprozess als Risikofaktor für eine psychische Erkrankung ein (S. 286). Es gibt zu den Wechselwirkungen von Migration und psychischen Erkrankungen verschiedene migrationsspezifische Erklärungsmodelle (Kizilhan, 2018, S. 67-75). Neben dem Migrationsprozess und den damit verbundenen Anpassungsleistungen gibt es nach Machleidt und Graef-Calliess (2015) Schwierigkeiten bei der

sprachlichen Verständigung (S. 6) und beim Einbezug von unterschiedlichen Krankheitsverständnissen in der Behandlung (S. 4). Dies kann beispielsweise mit dem Einbezug von professionellen Dolmetscher\_innen geschehen (S. 6). Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird die Psychiatrie als ein wichtiges Arbeitsfeld für die Profession beschrieben (Sommerfeld & Rügger, 2013, S. 396-406). Sie orientiert sich dabei an einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit, aus dem die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die soziale Dimension abgeleitet wird (Walther, 2019). Konkret werden als Aufgabenbereiche die materielle Unterstützung, rechtliche Fragestellungen, Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur, soziales Netz, Freizeit und die Bewältigung der Erkrankung beschrieben (S. 202). Durch eine systematische Literaturrecherche zeigte sich, dass es kaum Literatur gibt, welche das Arbeitsfeld Psychiatrie aus einer sozialarbeiterischen Sicht beleuchtet. Diese wenige Literatur thematisiert migrationsspezifische Herausforderungen wiederum oft nur auf ein paar Absätzen (Bischkopf, Deimel, Walther, & Zimmermann, 2017, S. 46 & 61-62; Bosshard, Ebert, Lazarus, & Becker, 2013, S. 399). In der Forschung zu psychischer Gesundheit wird nach Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach und Siefen (2006) Migration mehrheitlich übereinstimmend als kritisches Lebensereignis definiert. Dem anschliessend beschreiben auch Sommerfeld, Dällenbach, Rügger und Hollenstein (2016) Migration im «Kontext kritischer Lebensereignisse» und sehen es als ein Merkmal der sozialen Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit an (S. 121-124). Gleichzeitig bezeichnet nur Dörr (2005) Migrant\_innen als explizite Zielgruppe der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (S. 76-78). Wobei sie nicht genauer darauf eingeht, welche Auswirkungen dies für die sozialarbeiterische Unterstützung hat. Auch in mehreren gesichteten Arbeiten zur klinischen Sozialarbeit werden diese Fragen nicht aufgegriffen (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005; Ortmann & Röh, 2008; Pauls, 2013; Schaub, 2008). Die Soziale Arbeit ist im Arbeitsfeld Psychiatrie daher mit der Herausforderung konfrontiert, dass sie eine Zielgruppe mit spezifischen Bedürfnissen hat und gleichzeitig nicht auf dafür zugeschnittene theoretische Konzepte zurückgreifen kann.

## **1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit und Erkenntnisinteresse**

Die Soziale Arbeit und das Gesundheitswesen verbindet eine lange Geschichte (Sommerfeld et al., 2016). So beschäftigt sich die Soziale Arbeit schon seit ihren Anfängen mit der Entstehung von «Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Auswirkungen» (S. 9). Dies widerspiegelt sich auch im «Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen» (AvenirSocial & SAGES, 2018). Nach diesem unterstützt die Soziale Arbeit Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen beeinträchtigt werden oder von einer Erkrankung bedroht sind. Als Teil der

Unterstützung bezieht sie dabei das soziale Umfeld, wie Angehörige, mit ein. Im Fokus der sozialarbeiterischen Interventionen stehen der Ausbau der gesellschaftlichen Teilhabe und eine funktionierende Lebensführung. So versucht sie das Auftreten von sozialen Problemen, die durch die gesundheitlichen Einschränkungen entstehen bzw. durch diese (mit-)verursacht werden können, zu vermeiden oder die Klient\_innen bei der Bewältigung dieser zu unterstützen (S. 2).

Migration ist nach Schirilla (2018) an sich kein soziales Problem und dadurch «eigentlich auch kein Thema für die Soziale Arbeit» (S. 425). So ist die soziale Gruppe der Migrant\_innen vielfältig (S. 429) und nur bei denjenigen mit «migrationsspezifischen Unterstützungsbedarfen» ergibt sich eine Zuständigkeit für die Soziale Arbeit (S. 426). Konkret haben Migrant\_innen im Durchschnitt ein höheres Armutsrisiko, sind häufiger arbeitslos und auch beim Wohnen benachteiligt (S. 429). Ausserdem sind sie Formen von Diskriminierung wie Rassismus, ausgesetzt, was negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat (Wanner, 2018, S. 624-625). Der Auftrag der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit beinhaltet bei Migrant\_innen die «Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit bestmöglich zu unterstützen und zu begleiten» (S. 631).

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist besser zu verstehen, wie in der Erwachsenenpsychiatrie unterstützte Migrant\_innen professionell durch die Soziale Arbeit begleitet werden können. In dieser Thesis soll dazu in einem theoretischen Verstehensprozess passendes wissenschaftliches Wissen erschlossen und mit Fachwissen aus der Praxis verknüpft werden.

### **1.3 Fragestellung**

Auf Basis der hergeleiteten Problemstellung und dem Darlegen des Erkenntnisinteresses wurde folgende Fragestellung für die Forschungsarbeit entwickelt:

**Wie können Sozialarbeiter\_innen im Arbeitsfeld Erwachsenenpsychiatrie Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen professionell unterstützen?**

Die Fokussierung auf die Erwachsenenpsychiatrie mit der Zielgruppe der 18- bis 65-jährigen geschieht in Abgrenzung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Alterspsychiatrie. Die Eingrenzung wurde aufgrund des weiten Feldes der Psychiatrie vorgenommen. Der in der Fragestellung verwendete Begriff «professionell» leitet sich von «Professionalität» ab. Diese wird im socialnet Lexikon als «reflektierte und kunstvolle Vermittlung von an sich sehr

heterogenen Anforderungen» definiert. Konkret verbinde sie «Wissenschaftlichkeit mit ethischer Positionierung, empirisches Fallwissen, Routine [...] und praktisches Können [...] mit dem selbstreflexiven Überprüfen der eigenen Praxis» (Werner, 2019).

## 2 Herangehensweise

In diesem Kapitel wird das Vorgehen der Forschungsarbeit präsentiert. Zuerst wird dazu der aktuelle Forschungsstand zusammengefasst und im Anschluss auf das methodische Vorgehen fokussiert.

### 2.1 Forschungsstand

Die Herleitung zur Problemstellung im *Kapitel 1.1* hat gezeigt, dass es generell wenig wissenschaftliche Literatur zur Schnittstelle von Sozialer Arbeit und Psychiatrie gibt. Wenn zusätzlich die Ebene Migration miteinbezogen wird, ist die Auswahl noch kleiner.

Konkret sprechen sich Kızıllhan und Durmus (2018) in einem Artikel in der Schrift «Psychische Störungen. Lehrbuch für die Soziale Arbeit» für eine «kultursensible Beratung» aus, wobei sie keine spezifischen Anforderungen dazu definieren (S. 270). Weiter sprechen sie sich für die Erarbeitung von transkulturellem Wissen zu psychischen Erkrankungen und den Einsatz von ausgebildeten Dolmetscher\_innen aus. Als letzte beiden Punkte argumentieren sie für die Erarbeitung von inter- oder transkultureller Kompetenz und eine Super- und Intervision, die auch «kulturelle» Fragestellungen einbezieht (ebd.).

Im Sammelband «Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit» ist der Artikel «Gesundheit und Migration» von Köchling-Farahwaran (2019) erschienen. Sie hebt dort ebenfalls die Bedeutung von Dolmetscher\_innen beim «Abbau sprachlicher Barrieren hervor» und betont die Wichtigkeit des «Wissen[s] um verschiedene, kulturbedingte Verhaltensmuster» von Migrant\_innen «bei einem Krankheitsaufkommen» (S. 62).

Im Sammelband «Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft» ist der Beitrag «Migration und Gesundheit» von Wanner (2018) erschienen. Sie sieht es als eine generelle Aufgabe der Sozialen Arbeit an, die «Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit» von Migrant\_innen «bestmöglich zu unterstützen und zu begleiten». Neben der Einzelfallhilfe soll sich die Soziale Arbeit auch für «gute strukturellen Bedingungen einsetzen, diese aktiv gestalten und sich – gegebenenfalls – gegenüber vermeintlichen Sachzwängen positionieren» (ebd.). Als weiteren zentralen Punkt spricht sie sich für den Einbezug von «subjektiven und biographischen Konstruktionen» der Klient\_innen in Bezug auf Gesundheit aus. So soll die Soziale Arbeit die individuellen Bedeutungszusammenhänge von Gesundheit «rekonstruieren und die subjektiven

Strategien im Umgang mit Gesundheit» anerkennen. Sie begründet dies mit der spezifischen Fähigkeit der Sozialen Arbeit bei der Verknüpfung von der «strukturellen wie der subjektiven» Perspektive (ebd.).

Ein weiterer Beitrag dreht sich um die «Soziale Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen» von Soyer (2019). Dieser wurde beigezogen, da Soyer aus der sozialarbeiterischen Perspektive mit traumatisierten Menschen mit Folter und/oder Fluchterfahrung arbeitet. Als zentrales Ziel in der Berufspraxis sieht er die Herstellung von «Partizipation, Teilhabe und [einem] selbstbestimmten Leben» (S. 251). In Bezug auf die soziale Beratung braucht es durch die «inhaltliche Überschneidung von Sozialem mit Migration, Kultur und Psychologie [...] einen weiten Blick, ein hohes Mass an Aufmerksamkeit, Fachkompetenz und Flexibilität» (S. 252). Dafür müsse zuerst die soziale Situation adäquat erfasst werden. Auf dieser Basis kann dann gemeinsam mit den Klient\_innen entschieden werden, «an welchem Punkt die Soziale Arbeit einsetzen soll» (ebd.). Wenn es um «innerpsychische Vorgänge» geht, die Veränderungen im Äusseren, sozialen behindern, sind diese nach Soyer (2019) nur in der sozialen Anamnese einzubeziehen, wenn «das Ziel die soziale Veränderung bleibt» (S. 253).

## **2.2 Methodisches Vorgehen**

Die Forschungsarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Der empirische Teil ist als Ergänzung des theoretischen Teils zu verstehen. Es handelt sich also in erster Linie um eine theoretische Arbeit. Der empirische Teil war zu Beginn der Arbeit dazu gedacht, die Ergebnisse des theoretischen Teils in einen Bezug zur Praxis zu setzen und daraus entstandene Fragestellungen vertieft im empirischen Teil bearbeiten zu können. Aufgrund der beschränkten zeitlichen Ressourcen konnte dieses Vorgehen jedoch nicht in dieser Form umgesetzt werden. Stattdessen wurde der empirische Teil bereits entwickelt und umgesetzt, als der theoretische Teil noch immer bearbeitet wurde. Dies führte dazu, dass im empirischen Teil gewisse theoretische Überlegungen einfließen, andere jedoch auch nicht. Im *Kapitel 2.2.2* wird noch genauer auf diesen Punkt eingegangen.

### **2.2.1 Theoretischer Teil**

Der theoretische Teil ist in vier Abschnitte gegliedert. Im ersten Teil wird die Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie beschrieben. Dazu wird zu Beginn das Modell der klinischen Sozialen Arbeit vorgestellt. Darauf aufbauend werden mit dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit und dem Modell der funktionalen Gesundheit zwei zentrale Modelle an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen vorgestellt. Anschliessend wird auf die Komplexität und Dynamik von psycho-sozialen Krankheitsverläufen fokussiert und die

soziale Dimension von Gesundheit genauer beschrieben. Zum Schluss wird die Funktion und Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie definiert.

Im zweiten Teil werden zuerst die Begriffe «Migration» und «Migrationshintergrund» definiert und die Begriffswahl bei der vorliegenden Arbeit festgelegt und begründet. Im Anschluss werden die zentralen migrationsspezifischen Herausforderungen in Bezug auf die psychische Gesundheit herausgearbeitet.

Im dritten Teil wird zuerst das Konzept der transkulturellen Psychiatrie kurz vorgestellt. Im Anschluss werden dazu drei spezifische Themen aufgearbeitet, die an die im Forschungsstand für die Soziale Arbeit hervorgehobenen Wissensbestände angelehnt sind. Begonnen wird mit zwei zentralen Ansätzen zur Erklärung der Wechselwirkung migrationsspezifischer Herausforderungen und der psychischen Gesundheit. Weiter geht es mit Wissensbeständen zu allgemeinen Erkenntnissen und konkreten Vorgehensweisen beim Einbezug von Dolmetscher\_innen in die Behandlung. Und zum Abschluss werden unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in den Blick genommen.

Im vierten und letzten Teil steht das Konzept der transkulturellen Kompetenz im Vordergrund. Zuerst wird dazu die mit dem Begriff Transkulturalität verknüpfte Kritik an essentialistischen Kulturbegriffen thematisiert. Im Anschluss dann das Konzept definiert und anhand der zentralen Dimensionen Selbstreflexion, Hintergrund- und Erfahrungswissen und narrative Empathie vorgestellt. Als Abschluss wird noch auf die damit verknüpfte institutionelle Ebene eingegangen.

### **2.2.2 Empirischer Teil**

Wie in der Einleitung zum methodischen Vorgehen dargelegt, war der empirische Teil ursprünglich zur Vertiefung und Erweiterung der theoretischen Ergebnisse angedacht. Durch die erwähnte zeitliche Limitierung und das zu wenig schnelle Abschliessen des theoretischen Teils wurde die Funktion vom empirischen Teil angepasst. Neben dem entwickelten Forschungsstand und der Herleitung der Problemstellung war vor allem das Kapitel zur Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bereits fortgeschritten in der theoretischen Erarbeitung. Es wurde jedoch darauf geachtet, aus allen vier Teilen der Theorie Fragen in den Leitfaden einzubauen. Das Ziel des empirischen Teils war neu spezifisches Fachwissen aus der Praxis, das in Bezug auf die Forschungsfrage relevant sein könnte, über Expert\_inneninterviews mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu erschliessen. Dies, um primär in der Praxis verorteten Wissensbestände in ein Verhältnis mit den theoretischen Ergebnissen zu setzen und sie allenfalls auch verbinden zu können. In den folgenden Kapiteln wird zuerst auf den Zugang zum Forschungsfeld und das Sampling eingegangen, dann die Form der Datenerhebung beleuchtet und abschliessend die Aufbereitung und Auswertung des erhobenen Materials thematisiert.

### **2.2.2.1 Feldzugang und Sampling**

Um passende Interviewpartner\_innen zu finden wurde in einem ersten Schritt über die Suchmaschinenabfragen und die Webseiten von allen grossen psychiatrischen Diensten der Deutschschweiz nach transkulturellen Angeboten im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gesucht. Wenn keine Angebote vorhanden waren oder diese nur punktuell auf die Soziale Arbeit zurückgreifen, wurde darauf geschlossen, dass auch keine Sozialarbeiter\_innen mit spezialisiertem Fachwissen zu migrationsspezifischen Fragestellungen in der Psychiatrie dort arbeiten. Da dies bei fast allen Institutionen der Fall war, wurden anschliessend im ganzen deutschsprachigen Raum Verbände in den Bereichen Soziale Arbeit (im Gesundheitswesen), (transkulturelle) Psychiatrie und Sozialpsychiatrie angeschrieben. Aufgrund von einzelnen Rückmeldungen auf dieses Schreiben konnte im Endeffekt der Kontakt zu den Expertinnen 2 und 5 hergestellt werden. Expertin 1 lernte ich persönlich durch ein Ausbildungspraktikum kennen. Und zu den Expertinnen 4 und 5 kam ich über eine direkte Anfrage an ihre Institution. Das ambulante Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung in der Deutschschweiz lernte ich im Rahmen des Studiums kennen. Die Expertinnen und ihre jeweiligen Arbeitsstellen werden im *Kapitel 4.1* ausführlich vorgestellt.

### **2.2.2.2 Datenerhebung**

Als Methode zur Datenerhebung wurde das Expert\_inneninterview gewählt. In dieser Interviewform wird die Person als institutionelle «Funktionsträger\_in]» interviewt und nicht als «Privatperson» mit ihrer eigenen biografischen Perspektive (Meuser & Nagel, 2009, S. 469). Das Expert\_inneninterview wurde gewählt mit dem Ziel, spezifisches Fach- und Erfahrungswissen in Bezug auf die Fragestellung zu erschliessen. Es geht also weniger um das (subjektive) Erleben von sozialarbeiterischen Unterstützungsprozessen mit Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen. Dabei gibt es jedoch auch immer eine subjektive Ebene, denn Expert\_innenwissen ist nicht einfach Teil von «bewusstem Wissensrepertoire», muss daher immer auch zu einem gewissen Grad rekonstruiert werden (Liebold & Trinczek, 2009, S. 35). Sie sprechen sich daher für «thematisch strukturierte Interviews» mit «erzählgenerierende[n] Fragen» zum Einstieg aus, um die Relevanzstrukturen der Expert\_innen in den Vordergrund zu rücken. Der Leitfaden soll eine «klar definierte inhaltliche Ausrichtung» haben, sprich vorstrukturiert sein (ebd.). Der Leitfaden wurde auf diesen Prinzipien aufbauend entwickelt und orientierte sich am SPSS-Ansatz nach Helfferich (2011). Die Abkürzung SPSS steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Zuerst wurden also möglichst viele Fragen aufgeschrieben und auf eine Bewertung verzichtet. Als nächstes wurden auf die Relevanz in Bezug auf die Fragestellung geprüft. Anschliessend wurde eine thematische

Gliederung vorgenommen (S. 182-189). Für den Einstieg in das Interview wurde darauf geachtet, eine möglichst erzählgenerierende Frage zu stellen. Helfferich (2011) empfiehlt ebenfalls mögliche Stützen zur Aufrechterhaltung der Erzählung zu notieren, was so umgesetzt wurde (S. 186). Dadurch kann bei einem stockenden Erzählfluss durch einen Impuls dieser wieder in Gang gebracht werden (S. 185). Die erste Version des Leitfadens wurde von der Fachbegleitung gegengelesen und die wertvollen Rückmeldungen flossen in die Weiterentwicklung des Leitfadens mit ein. Die finale Version findet sich im *Anhang A*. Aus Platzgründen wurden die individuellen Anpassungen der Fragen bei den variablen Themenblöcken zu den einzelnen Interviews nicht alle aufgeführt. Diese Themenblöcke sind im *Anhang B* aufgeführt. In diesem Anhang sind auch weitere Vorabinformationen zu den Interviewthemen, die den Expertinnen wenige Tage vor dem Interview zugestellt wurden. Dies geschah nach Rücksprache mit der Fachbegleitung und kann bei Expert\_inneninterviews so gehandhabt werden, da weniger die (spontan) wiedergegebenen subjektiven Bedeutungsstrukturen im Vordergrund stehen.

### **2.2.2.3 Datenaufbereitung**

Bei allen Interviews wurde im Programm MAXQDA 2020 eine Transkription angefertigt. Dabei wurden nach den Regeln der «inhaltlich-semantische[n] Transkription» nach Dresing und Pehl (2017) transkribiert (S. 20-22). Die verwendeten Regeln sind im *Anhang C* beigefügt. Zwei der vier Interviews wurden im Dialekt durchgeführt, die anderen beiden auf Hochdeutsch. Die Übersetzung vom Dialekt ins Hochdeutsche wurde in einem ersten Schritt möglichst wortgetreu übernommen. Erst die im Ergebnisteil eingebauten direkten Zitate wurden geglättet. Konkret wurden Füllwörter gestrichen und der Satzbau dem Hochdeutschen angeglichen.

### **2.2.2.4 Datenauswertung**

Die Daten wurden in MAXQDA 2020 in Anlehnung an das Verfahren «Thematische[s] Kodieren», wie es bei Flick (2017) beschrieben ist, ausgewertet (S. 402-409). Die Wahl auf dieses Verfahren geschah in Rücksprache mit der Fachbegleitung. Es wurde beim Codieren sowohl induktiv als auch deduktiv vorgegangen. Die im Leitfaden entwickelten Kategorien dienten als grober Orientierungsrahmen bzw. (mögliche) zusammenfassende Kategorien. Zu Beginn wurde aber in einem induktiven Ansatz offen codiert, sprich sich an den (Begriff-)Strukturen des Materials orientiert. Nach dem Codieren der ersten beiden Interviews wurden die Kategorien zusammengefasst und entlang inhaltlich ähnlichen Themen gruppiert, wobei teilweise auf die Kategorien vom Leitfaden zurückgegriffen wurde. Bei den letzten zwei Interviews wurde ebenfalls wieder nahe am Material codiert, die neu kreierten Codes jedoch

direkt mit dem entwickelten Kategoriensystem abgeglichen. Nachdem die Codierung aller Interviews abgeschlossen war, wurde das Kategoriensystem verdichtet und auf inhaltliche Kohärenz überprüft. Im *Anhang D* findet sich die Übersicht der verwendeten Codes, an der sich die Kapitelstruktur im empirischen Ergebnisteil orientiert.

## **3 Ergebnisse des theoretischen Teils**

### **3.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie**

#### **3.1.1 klinische Soziale Arbeit**

Die «klinische Sozialarbeit» fokussiert sich auf Klient\_innen mit schwierigen Problemlagen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit (Pauls, 2013, S. 11-12). Es gibt laut Pauls einen hohen Grad an Evidenz für den Einfluss von psycho-sozialen Faktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit. Gleichzeitig differenzieren sich in modernen Gesellschaften die Lebensentwürfe immer stärker aus, wodurch sich auch die Problemlagen von Klient\_innen der Sozialen Arbeit komplexer ausgestalten. Nach Pauls kommt die «generalistisch orientierte Sozialarbeit» durch diese Dynamiken an ihre Grenzen (S. 11). Aus diesem Kontext wird die Notwendigkeit einer «klinische[n] Fachsozialarbeit» abgeleitet, bei deren Menschen mit chronischen Erkrankungen, mehrfachen Belastungen oder psychisch starker Gefährdung den Schwerpunkt der Zielgruppe bilden (S. 12). Die klinische Orientierung bezieht sich nicht auf ein bestimmtes Setting, sondern leitet sich aus der spezialisierten «beratend-behandelnde[n] Tätigkeit in der Fallarbeit» (S. 16) im Sozial- und Gesundheitswesen ab (S. 17). Die «klinische Sozialarbeit» soll dabei einen «integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung» zwischen Klient\_innen und ihrer Umwelt darstellen. Dazu wird sowohl auf Einzelfallhilfe als auch auf eine Veränderung der Lebensverhältnisse gesetzt (S. 19). Dabei wird ein integrativer Ansatz gewählt, der an der Schnittstelle der «inneren» psychologischen Realität und der «äusseren» Welt arbeitet. Nicht im Sinn einer getrennten Intervention, sondern mit dem Fokus auf den «kritische[n] Bereich, in dem <Inneres> und <Äusseres> aufeinandertreffen und zusammenwirken». Hier grenzt sich der Ansatz auch von der traditionellen Psychotherapie ab, der vor allem die «innere» psychische Welt im Fokus hat (S. 20).

### 3.1.2 multidimensionale Modelle von Gesundheit und Krankheit

#### bio-psycho-soziales Modell

Eine wichtige theoretische Basis der klinischen Sozialen Arbeit stellt das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Gesundheit dar. Die Grundidee des Modells ist, dass alle drei Ebenen in einer «Wechselbeziehung» miteinander stehen und sich auf den verschiedenen Ebenen «Entwicklung und Verlauf von Störungen» erklären lassen. Der klinische Fokus liegt dabei auf den Dynamiken der Wechselwirkungen der verschiedenen Ebenen (Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein, 2016, S. 86).

Als Ausgangspunkt des Modells geben Sommerfeld et al. (2016, S. 87) den 1946 in der WHO-Gründungsverfassung eingeführten Gesundheitsbegriff an: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (Weltgesundheitsorganisation, 1946, S. 1). In der Definition wird die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit explizit benannt und die Gleichwertigkeit der drei Ebenen geltend gemacht (Sommerfeld et al., 2016, S. 87). Diese ganzheitliche Perspektive der WHO steht jedoch in einem gewissen Widerspruch mit dem «wissenschaftlichen, disziplinar organisierten System», welches die einzelnen Ebenen je einzeln bearbeitet. So werden die Ebenen primär getrennt voneinander beschrieben und Erkenntnisse zu den spezifischen Beziehungen zwischen den drei Ebenen bleiben unterbelichtet (S. 92).

#### Modell der funktionalen Gesundheit

Ausgehend von dieser Kritik hat die WHO das Modell der «funktionalen Gesundheit» und darauf basierende «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) entwickelt. Mit dem Modell der funktionalen Gesundheit können die verschiedenen Ebenen von Gesundheit und Krankheit dynamisch miteinander in Beziehung gesetzt werden. Es kann Zusammenhänge operationalisieren, was dazu da ist

«ein auf den Einzelfall bezogenes Diagnostik- und Klassifikationssystem zu entwickeln, die ICF». Ausserdem kann es als Schnittstelle für die Soziale Arbeit «in der interprofessionellen Kommunikation mit dem Gesundheitssystem» genutzt werden (S. 93).

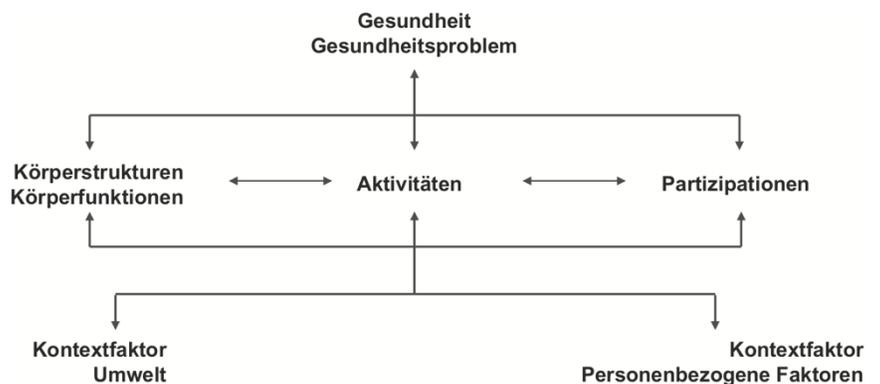


Abbildung 1. Das Modell der Funktionalen Gesundheit. Nach Sommerfeld et. al, 2016, S. 94.

Eine Person gilt dann als funktional gesund, wenn sie durch das Zusammenwirken aller in der Abbildung beschriebenen Elemente «möglichst kompetent und möglichst gesund an möglichst «normalisierten» Lebensbereichen teilnehmen und teilhaben kann» (S. 94). Dabei kann jedes der Elemente der Beginn einer positiven als auch negativen gesundheitlichen Dynamik sein. Die Entwicklung des Menschen wird dabei als eine aktive «Auseinandersetzung mit sich und seiner sozialen und materiellen Umwelt» verstanden (ebd.). Es spielen also die Aktivitäten und die «Teilnahme und Teilhabe einer Person in unterschiedlichen Lebensbereichen (Partizipation)» eine zentrale Rolle in der Entwicklung von (funktionaler) Gesundheit (S. 95).

### 3.1.3 soziale Dimension

#### 3.1.3.1 Komplexität und Dynamik von psycho-sozialen Krankheitsverläufen

In den bisher vorgestellten Modellen wird die soziale Dimension zwar benannt und beschrieben, jedoch gibt es Schwierigkeiten, die Dimension «in der genauen Wechselwirkung mit konkreten (psychischen) Krankheitsverläufen in ihrer Komplexität und Dynamik zu erfassen» (Sommerfeld et al., 2016, S. 97). Dies stellt gleichzeitig eine Notwendigkeit dar, um eine passende (sozialarbeiterische) Intervention planen und umsetzen zu können. Darum wird im folgenden Kapitel auf diese Komplexität und Dynamik eingegangen.

Eine grundsätzliche Feststellung ist, dass die soziale Ebene Rahmenbedingungen festlegt, welche die Freiheitsgrade auf der psychischen Ebene einschränken. Dabei entstehen auf letzterer Ebene Verhaltensmuster, die auf die Rahmenbedingungen bezogen, sinnvoll sind – egal ob sie sich auf den gesellschaftlichen Referenzrahmen bezogen als funktional oder dysfunktional erweisen. Wenn jetzt diese «sinnvollen» Muster abgerufen werden, trägt das zur Reproduktion der Rahmenbedingungen auf der sozialen Ebene bei. Diese in der nebenstehenden Schema skizzierte «gegenseitige Bedingtheit» bezeichnen Sommerfeld et al. (2016) als «zirkuläre Kausalität». Die sozialen und (bio-)psychischen Ebenen bedingen und stabilisieren sich dabei solange gegenseitig, wie sich das System reproduziert (S. 97). Es bestehen dem entsprechend «strukturell gekoppelte Muster». Neben der Auflistung von «Merkmale und Faktoren» der sozialen Dimension, wie sie z. B. in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD) und anderen

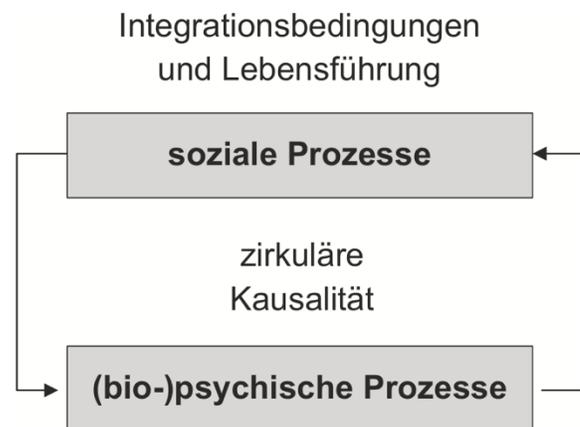


Abbildung 2. Koppelung sozialer mit (bio-)psychischen Prozessen. Nach Sommerfeld et. al, 2016, S. 98.

Klassifikationssystemen erfasst werden, braucht es also auch eine Rekonstruktion der Muster und Rahmenbedingungen eines Systems, um die soziale Dimension gleichwertig zur (bio-)psychischen bearbeiten zu können. Zum Beispiel kann dies «mit einer Rekonstruktion des Lebensführungssystems und einer Erklärung der dynamischen Wechselwirkung zwischen psychiatrisch relevanter Krise und der Beschaffenheit eben dieses Lebensführungssystems» geschehen (S. 98).

Sommerfeld et al. (2016) entwickelten dafür das Modell der Verlaufskurve, welches in der untenstehenden Abbildung dargestellt ist. In dem Modell hat jeder Fall eine soziale Dimension (S. 99). Diese wird in der Grafik zu Beginn in der linken Hälfte durch die Konzepte «Phase kritischer Instabilität» und «negative Eskalation» gefasst. Die Zeit vor einem stationären Aufenthalt ist immer durch eine solche Phase von kritischer Instabilität geprägt. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass sich in

verschiedenen Teilen des Lebensführungssystems die negativen Dynamiken gegenseitig verstärken (z. B. zeitgleich in der Familie und der Ausbildung). Diese Dynamik führt zu einer zunehmenden Spannung, die auf der psychischen Ebene eine (Re-)Aktivierung von problematischen

Verhaltensmustern als eine Form von Bewältigungsstrategie

nach sich zieht. Dies führt nicht zu einer Abnahme der Spannung, sondern zu einer Eigendynamik innerhalb dieser Bewältigungsstrategien, die auf eine «negative Eskalation» hinauslaufen, in dem das «psycho-soziale System aus dem Gleichgewicht» gerät und «entgleist». Dieser Kontrollverlust löst dann eine professionelle Intervention aus. Durch den Aufenthalt in einer stationären Einrichtung wird die «negative Eskalation» unterbrochen. Es kommt zu Stabilisierungs- und Lernprozessen, die sich nach dem Austritt beim (Re-)Integrationsprozess ins Lebensführungssystem bewähren müssen (S. 100). Diese erneute «Phase kritischer Instabilität» kann zu positiven Dynamiken führen, in denen dynamische Faktoren wie Selbstwirksamkeit, Sinn und Tätigkeit zu mehr Stabilität und Sicherheit führen.

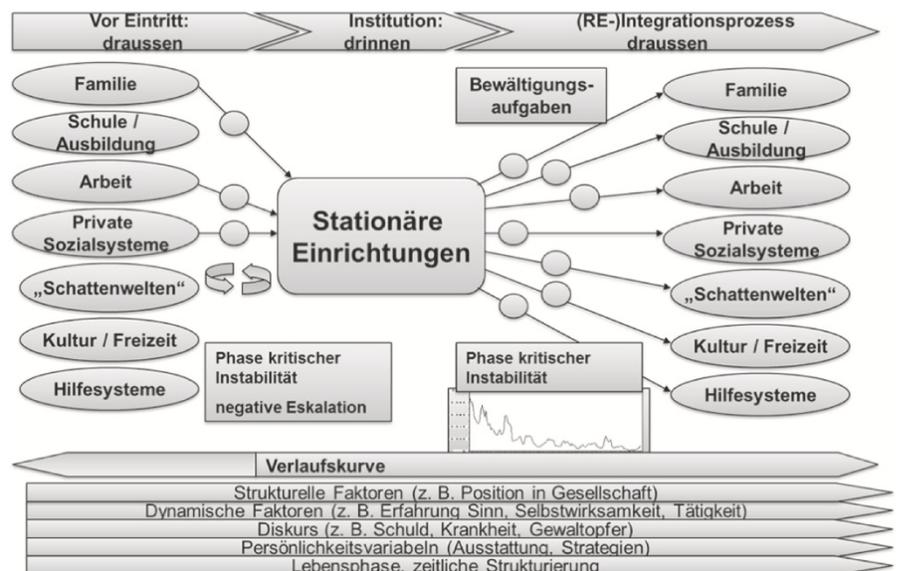


Abbildung 3 Verlaufskurve. Nach Sommerfeld et. al, 2016, S. 99.

Gleichzeitig kann auch das Gegenteil geschehen, in dem der (Re-)Integrationsprozess nicht gelingt und sich dies negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt (S. 101).

### **3.1.3.2 Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit**

Nachdem im obigen Abschnitt auf die Komplexität und Dynamik von psycho-sozialen Krankheitsverläufen eingegangen wurde, werden nachfolgend die verschiedenen Merkmale der sozialen Dimension psychischer Krankheit beleuchtet. Dabei werden diese in der Breite vorgestellt. Eine vertiefte Betrachtung der Merkmale der sozialen Dimension bei Menschen mit migrationsspezifischen Herausforderungen geschieht im *Kapitel 3.2.2*.

**Lebensalter und Geschlecht** gelten als einflussreiche Faktoren für die Gesundheit bzw. Krankheit von Menschen. Dabei sind nicht nur biologische Faktoren relevant, sondern es geht auch um «interpersonale und soziale Einflüsse» (Sommerfeld et al., 2016, S. 104). So haben Männer und Frauen sehr unterschiedliche Verhaltensweisen gegenüber ihrem Körper und ihrer Psyche, was sich auch im Gesundheitsverhalten zeigt. Gleichzeitig widerspiegeln sich in letzterem «die biographischen und lebensweltlichen Bedingungen des täglichen Lebens» der jeweiligen Geschlechter (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 61).

In Bezug auf **sozio-ökonomische Merkmale** wie Bildung, beruflicher Status und Einkommen, gibt es eine eindeutige empirische Korrelation zum Gesundheitszustand der Menschen (Sommerfeld et al., 2016, S. 106). Diese gegenseitige Bedingtheit der materiellen Rahmenbedingungen und psychischen Gesundheit zeigt sich zum Beispiel bei den Folgen von psychischen Problemen. Diese vergrössern die Wahrscheinlichkeit der Desintegration aus verschiedenen Bereichen eines Lebensführungssystems, wie z. B. der Arbeit, dem Wohnen oder der Familie. Dies wiederum kann eine psychische Erkrankung verstärken (S. 107).

**Sozio-kulturelle Merkmale** sind eine zentrale Bedingung für das Belastungs- wie auch Ressourcenpotenzial psychischer Gesundheit (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), 2004). Hierbei sind der Grad an Wahl- und Gestaltungsfreiheit in den verschiedenen Bereichen eines Lebensführungssystems eine gewichtige Ressource für die psychische Gesundheit. Im Umkehrschluss führt mangelnde «Mitbestimmung bei Entscheidungsprozessen oder eine eingeschränkte Zukunftsperspektive» auf Dauer zu einem erhöhten Risiko für psychische Krankheit (S. 30).

Ein weiterer Faktor sind **soziale Beziehungen**. So zeigt die gesundheitswissenschaftliche Forschung, dass Integration in und Unterstützung von einem sozialen Umfeld sehr wichtige Schutzfaktoren vor psychischer und körperlicher Erkrankung darstellen. Auch sind sie für den Genesungsprozess von hoher Bedeutung (Sommerfeld et al., 2016, S. 110). Ausserdem hat die

Familie auf verschiedenen Ebenen eine wichtige Funktion bei der Erhaltung psychischer Gesundheit (S. 113).

Wenn es darum geht, die sozialen Faktoren der psychischen Gesundheit zu beschreiben, sollte dies immer **biografisch** eingebettet geschehen. Denn in der Biografie werden die «Verschränkung[en] biologischer, psychischer und sozialer Marker bemerkbar» (S. 121).

Konkret gibt es trotz der Ausdifferenzierung der westlichen Gesellschaft

**Entwicklungsaufgaben**, mit denen alle Menschen konfrontiert sind. Diese können sowohl abhängig als auch losgelöst vom Lebensalter sein. Zentral ist, dass sie immer Übergänge darstellen – «es gibt ein Davor und ein Danach» (S. 121). Diese Übergänge sind für die psychische Gesundheit von ausserordentlicher Wichtigkeit. So führen sie zu einer Destabilisierung des Lebensführungssystems, deren Bewältigung sowohl positive wie auch negative Auswirkungen auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit haben kann (ebd.).

Das Konzept der **kritischen Lebensereignisse** ist eine weitere biografische Ebene. In Abgrenzung zu den Entwicklungsaufgaben, die eine gewisse Erwartbarkeit beinhalten, zeichnen sich kritische Lebensereignisse gerade durch ihr plötzliches Eintreten aus (ebd.). Sie sind für die psychische Entwicklung darum relevant, da sie «einschneidend und emotional tiefgreifend sind, wie z.B. der Tod eines Partners» (S. 122). Das Leben der Betroffenen verändert sich dadurch von kurzfristig bis andauernd, weiter bringt es «einen hohen Anpassungsdruck» für die Person mit (Kizilhan, 2018, S. 71). So zeigen empirische Daten laut Sommerfeld et al. (2016) klar auf, dass kritische Lebensereignisse eine relevante Bedingung für die Entwicklung von psychischen Problemen sein können (S. 123). Diese weisen des Weiteren darauf hin, dass es einen «weiterführenden Zusammenhang zwischen äußerem Ereignis und innerer Verarbeitung» gibt (ebd.). Ein weiterer Beleg für die «strukturellen Koppelung[en]» der (bio-)psychischen und sozialen Prozesse (S. 124).

### 3.1.3.3 Zeit- und Verhältniskomponente

Die differenzierte Beschreibung der sozialen Dimension braucht einen Blick auf die Zeit- und die Verhältnisebene (Sommerfeld et al., 2016, S. 127-128). Dafür wird bei Sommerfeld et al. auf ein bei Rügger (2012) entwickeltes Modell zurückgegriffen, welches auf «der Figur des Lebensführungssystem» aufbaut (S. 127) und in der nachfolgenden Abbildung dargestellt ist.

Die **Zeitkomponente** bezieht sich auf den Lebenslauf und die Biografie. Sie stellt die Frage nach dem «Wann» und «Woher» und kann die «Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Marker» über die Zeit hinweg aufzeigen. Die sozialen Faktoren werden auf der

Zeitebene differenziert in längerfristige (z. B. familiäre Prägungen), punktuelle (z. B. kritische Lebensereignisse) oder lebensphasentypisch wirkende Aspekte, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit bzw. Krankheit stehen können. Eine weitere Ebene ist «der «gute» oder der «richtige» Zeitpunkt» für eine Veränderung bzw. professionelle Intervention. Nur wenn sich Verhaltensmuster destabilisieren und Alternativen möglich sind, ist

eine dynamische Veränderung realistisch (S. 128). Dies kann z. B. in «Phasen kritischer Instabilität» der Fall sein, auf die oben bereits eingegangen wurde. In diesen kann eine professionelle Unterstützung besonders positive Auswirkungen haben.

Bei der **Verhältniskomponente** geht es um die positions- sowie interaktionsbezogene Einbindung in die verschiedenen Ebenen des Lebensführungssystems und die damit verknüpften Austauschprozesse in Bezug auf die psychische Krankheit bzw. Gesundheit. Sie stellt daher mehr die Frage nach dem «Was» und «Wo».

Das Modell kann einen groben Zugang für die Erfassung von **Risiko- und Schutzfaktoren** für die psychische Gesundheit liefern. Ein Beispiel sind Menschen, die auf der Zeitkomponente Migrationserfahrung vorzuweisen haben. Wenn bei einer Person auf der Verhältnisebene ein geringes Einkommen, tiefer Bildungsstand und geringe soziale Unterstützung vorhanden sind, hat sie ein höheres Risiko psychisch krank zu werden (S. 129). Das Risiko einer psychischen Erkrankung steigt bei mehreren Risikofaktoren nicht linear, sondern überproportional (Meyer, 2009, S. 213). Schutzfaktoren auf der Verhältnisebene können bei gleicher Zeitkomponente (Migrationserfahrung) ein hoher Bildungsstand, materielle Sicherheit, in Bezug auf Leistung und Anerkennung zufriedenstellende Arbeit und qualitative gut ausgeprägte soziale Beziehungen sein (Sommerfeld et al., 2016). In Bezug auf die klinische Soziale Arbeit kann eine fallbezogene Zusammenstellung von Risiko- und Schutzfaktoren die soziale Anamnese unterstützen. So kann

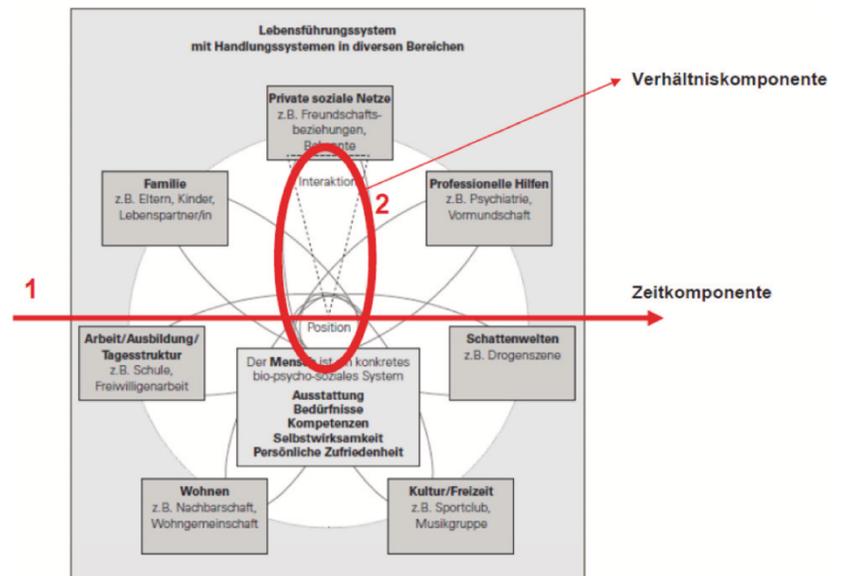


Abbildung 4. Die Zeit- und Verhältniskomponente in der Beschreibung der sozialen Dimension. Nach Rüegger, 2012, S. 94

eruiert werden, welche Risiken abgeschwächt und welche Schutzfaktoren gestärkt werden könnten. Es ist gleichzeitig wichtig, die «individuelle Falldynamik (in der Wechselwirkung von bio-psychischen und sozialen Prozessen)» im Blick zu behalten, denn die Faktoren alleine können die «Funktion und Sinnhaftigkeit eines spezifischen Lebensführungssystems» nicht erklären. Dafür muss nach dem «Warum» gefragt werden (S. 129).

### **3.1.4 Funktion und Aufgaben der Sozialen Arbeit**

Die Funktion und damit auch die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie konstituiert sich im Sinne der klinischen Sozialen Arbeit als beratender und behandelnder Beruf der sozialen Dimension von psychischer Krankheit (Sommerfeld et al., 2016, S. 171-173). Die soziale Dimension kann dabei nicht einfach nebenbei erledigt oder durch Interventionen auf der Versorgungsebene (z. B. Sozialhilfeanmeldung) «befriedigend abgedeckt» werden (S. 172). Stattdessen braucht es eine «weitere spezialisierte Profession» (S. 173). Die Funktion dieser Profession der klinischen Sozialen Arbeit besteht in der (Re-)Integration der erkrankten Menschen in die Gesellschaft durch die Begleitung und Unterstützung in ihrer Lebenswelt (S. 174). Der Gradmesser einer erfolgreichen Lebensführung bestimmen dabei die Betroffenen selber über ihr Verständnis eines «guten Leben[s]» (S. 174-175). Oder nach dem Ansatz der funktionalen Gesundheit im Sinne einer Teilnahme und Teilhabe an «möglichst «normalisierten» Lebensbereichen» (S. 94). Dem schliessen sich Bischoff, Deimel, Walther und Zimmermann (2017) an. Konkret sollte die Soziale Arbeit die soziale Teilhabemöglichkeiten auf den Ebenen «materielle Absicherung, soziale Kontakte, Wohnmöglichkeit, (Aus-)Bildungsgelegenheiten, Arbeit und Beschäftigung bzw. Tagesstruktur und Freizeitmöglichkeiten» ermöglichen (S. 19). Durch die strukturelle Kopplung zwischen den bio-psycho-sozialen Ebenen ist diese Bearbeitung der sozialen Dimension nach Sommerfeld et al. (2016) als Behandlung zu verstehen (S. 175), da die «relative Verbesserung des (sozialen) Wohlbefindens [...] hochgradig relevant für die [psychische] Gesundheit von Menschen» ist (S. 177). Diese Behandlung ist dabei in erster Linie auf die «Befähigung, als Hilfe zur eigenständigen Lebensbewältigung» ausgerichtet und weniger auf eine «(durch von außen gemachte) Heilung» charakterisiert, wie es beim medizinisch ausgerichteten Gesundheitswesen sonst der Fall ist (ebd.).

Sommerfeld, Hollenstein und Krebs (2008) konnten bei einer Untersuchung in ebendiesem Gesundheitswesen im Rahmen einer Arbeitsfeldanalyse in einer Schweizer Psychiatrie eine «Unterbelichtung der sozialen Dimension» nachweisen (S. 8). So gibt es z. B. kein übereinstimmendes Verständnis, was unter der sozialen Dimension verstanden werden soll. Wie oben gezeigt wurde, leiten Sommerfeld et al. (2016) die Zuständigkeit und Funktion der Sozialen Arbeit aus der Bearbeitung der sozialen Dimension ab. Durch die geringe Bedeutung der

sozialen Dimension leidet also die Positionierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. So wurde die Soziale Arbeit in der untersuchten Klinik nur hinzugezogen, wenn aus der «medizinisch-therapeutischen Perspektive» ein Bedarf eruiert wurde (Sommerfeld et al., 2008, S. 8). Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch Bischof et al. (2017), die aufgrund des «vorherrschenden medizinischen Paradigmas immer wieder [die] asymmetrischen Beziehungsstrukturen zwischen ärztlichen und psychosozialen Fachkräften» beschreiben (S. 27).

## **3.2 Migrationsspezifische Herausforderungen**

### **3.2.1 Begriffsdefinitionen**

#### **3.2.1.1 Migration**

Bei Migration handelt es sich um Wanderbewegungen von einzelnen Menschen oder Gruppen, die innerhalb von Gesellschaften, zwischen Staaten und/oder Kontinenten stattfinden (Tiessler-Marenda, 2017, S. 583). Migration grenzt sich von Reisen und Pendeln in dem Sinne ab, dass sich der Arbeits- und Lebensmittelpunkt dauerhaft verändert. Es gibt jedoch zeitlich begrenzte Formen von Migration, z. B. bei Saison- oder Wanderarbeiter\_innen. Eine neuere Form ist die transnationale Migration, bei dem die Migrationsbewegung kein einmaliger Wechsel zwischen Staaten darstellt, sondern sich «als Pendelbewegung zwischen Aufnahme- und Herkunftsgesellschaft» ausgestaltet (Brockhaus, 2021). Paul Mecheril (2016) beschreibt drei Bedingungen, unter denen Migration heute stattfindet: Erstens gab es global gesehen noch nie eine so hohe *Bereitschaft* zur Migration. So ist es eine «moderne» Idee, dass die Beeinflussung des eigenen Lebens von Menschen als legitim und möglich gilt. Zweitens sind durch Kriege, soziale Ungleichheit, (Umwelt-)Katastrophen und weitere Bedrohungen noch nie so viele Menschen zur Migration *gezwungen*. Und drittens sind noch nie so viele Menschen *in der Lage* zur Migration, denn es gibt eine «Schrumpfung» der Welt auf der Raum- und Zeitebene. So haben die zunehmenden Entwicklungen der Kommunikations- und Transporttechnologien ein neues Selbstverständnis der Menschen für «sich und ihre Möglichkeiten» erzeugt (S. 9-10). Migration stellt oft ein Familienprojekt dar, bei dem entweder ganze Familien zusammen migrieren, oder die Familie nach einer gewissen Zeit nachzieht. Historisch betrachtet ist die Menschheitsgeschichte eine Migrationsgeschichte. Denn Wanderbewegungen von Menschen gab es schon immer aus den unterschiedlichsten Gründen (Tiessler-Marenda, 2017, S. 583). Wie oben erwähnt, haben sich aber die Bedingungen verändert und so verändert Migration heute ganz grundsätzlich die gesellschaftlichen Kontexte und Lebensrealitäten aller Menschen. Sie ist also nicht mehr nur für die Migrant\_innen relevant (Mecheril, 2016, S. 13).

### 3.2.1.2 Migrationshintergrund

Mit dem Begriff Migrant\_innen sind «streng genommen [...] nur Menschen mit eigener Migrationserfahrung gemeint» (Razum, Neuhauser, & Robert-Koch-Institut, 2008, S. 9). In der Migrationsforschung wird diese Kategorie aber als «zu eng gefasst» angeschaut, da auch bei «Menschen, deren Eltern migriert sind, die also nicht selbst zugewandert sind» die Migrationserfahrung prägend sein kann, z. B. durch eine fehlende Staatsbürgerschaft im Einwanderungsland der Eltern (ebd.).

In der Schweiz arbeitet das Bundesamt für Statistik (BFS) dazu mit dem Begriff «Migrationshintergrund». Dieser soll «zunehmend die Unterscheidung zwischen in- und ausländischen Staatsangehörigen [ersetzen], die einzig auf der aktuellen Staatsangehörigkeit einer Person beruht und keinen Aufschluss darüber gibt, ob eine Person selbst eingewandert ist oder ob ein indirekter Migrationsbezug aufgrund der Migrationserfahrung ihrer Eltern besteht» (Bundesamt für Statistik, 2021). Konkret hat nach der Definition vom BFS ein Mensch einen Migrationshintergrund, wenn er selber keinen Schweizer Pass hat und/oder eingebürgert ist. Ausgenommen davon sind Personen, bei denen sowohl sie selber als auch ihre beiden Eltern in der Schweiz geboren sind. Eine weitere Gruppe mit Migrationshintergrund sind Menschen mit Schweizer Pass, bei denen beide Elternteile im Ausland geboren wurden (ebd.). Der Begriff Migrationshintergrund wird seit 2005 auch vom Statistischen Bundesamt in Deutschland verwendet (Schramkowski, 2018, S. 43).

#### *Kritik am Begriff*

Schramkowski (2018) kritisiert am Begriff, dass dieser – auch in der Sozialen Arbeit – nicht nur «in einem rein deskriptiv-analytischen Sinn» angewendet wird, sondern auch eine bewertende Ebene enthält (S. 45). So werde ein Migrationshintergrund oft als «Indiz für eine problematische Lebenslage» angesehen, wodurch ungleiche sozio-ökonomische Verhältnisse «vorschnell mit <anderen kulturellen Hintergründen>» begründet werden würden (ebd.). Ein weiteres Problem stelle die mit dem Begriff verknüpfte Homogenisierung einer sehr vielfältigen Bevölkerungsgruppe dar. Diese unterscheidet sich stark nach Einkommen, Interessen, Geschlecht, Beruf oder Bildungsstand (S. 46). Eine andere Auswirkung dieser Homogenisierung sind verkürzte (negative) Zuschreibungen, wie diese als «defizitbehaftete und (bezüglich ihrer Integration) hilfsbedürftige Gruppe» anzusehen (ebd.). Gleichzeitig sieht Schramkowski im Begriff auch eine der «Strukturkategorien sozialer Ungleichheit», also eine Möglichkeit gesellschaftliche Benachteiligung (durch wissenschaftliche Daten) sichtbar zu machen (S. 47).

### *Sprachgebrauch*

In der Arbeit wird grundsätzlich der Sprachgebrauch der originalen Quelle übernommen. Aufgrund der oben ausgeführten Kritik am Konzept Migrationshintergrund wird bei Textstellen ohne direkten Quellenbezug mit dem Begriff «Menschen mit migrationspezifische Herausforderungen» gearbeitet. Damit sind Personen gemeint, die aufgrund der persönlichen oder familiären Migrationserfahrung vor spezifische psycho-soziale Herausforderung gestellt sind. Auf diese wird im folgenden Kapitel eingegangen.

## **3.2.2 Herausforderungen**

In diesem Kapitel wird auf den Zusammenhang von psychischer Gesundheit, sozialer Benachteiligung und migrationspezifischen Belastungen eingegangen. Wenn über die psychische Gesundheit von Migrant\_innen gesprochen wird, ist es wichtig, «die große Heterogenität dieser Gruppe, z.B. in Bezug auf Nationalität, Sprache, ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit sowie rechtlichen Status zu berücksichtigen» (Robert-Koch-Institut, Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005, S. 134). Diesem Vorsatz wird in den folgenden Kapiteln versucht Rechnung zu tragen.

### **3.2.2.1 Psychischer Gesundheitszustand**

Der nationale Gesundheitsbericht der Schweiz von 2008 kommt zum Schluss, dass es der «hiesigen Migranten-Bevölkerung» psychisch weniger gut geht als Menschen mit Schweizer Pass (Meyer, 2009, S. 220). Insbesondere die Migrantinnen seien «besonders belastet». Jedoch führt Migration an sich nicht zu einem schlechteren psychischen Gesundheitszustand, so ist diese z. B. «auch eine psychische Leistung». Gleichzeitig können «mögliche frühere Traumatisierungen im Herkunftsland, die Auswanderung selbst und die Erfahrungen in der Schweiz psychisch belastend wirken» (ebd.). Dies bestätigen auch die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017. Nach diesen weisen bei Menschen mit Migrationshintergrund die nachfolgenden Indikatoren auf eine «mangelhafte psychische Gesundheit hin: mangelhafte Energie und Vitalität, krankhafte Schlafstörungen, eine hohe psychische Belastung, mittel bis schwere depressive Symptome sowie emotionale Erschöpfung bei der Arbeit» (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020, S. 16). Beispielsweise ist der Prozentsatz an Menschen mit starken psychischen Belastungen bei allen befragten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, mit Ausnahme der 1. Generation aus Nord- und Westeuropa, «wesentlich erhöht» im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (ebd.). Dies zeigt sich dann auch bei spezifischen Formen wie depressiven Symptomen. So ist der Prozentsatz von Menschen mit mittleren bis schweren Symptomen bei «ausnahmslos allen

Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund erhöht» (S. 17). In der Wissenschaft wird laut Schuler, Tuch und Peter (2020) im Allgemeinen der Standpunkt eingenommen, dass «weniger die Migration an sich zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt, sondern der vielfach niedrige sozioökonomische Status und die Lebens- und Arbeitsbedingungen» die Ursachen dafür sind (S. 50).

#### *«Risikofaktor»*

Im Monitoring «Psychische Gesundheit in der Schweiz» von 2020 wird der Migrationshintergrund von Migrant\_innen der 1. Generation als «risikoerhöhenden Zusammenhang mit psychischen Beschwerden», kurz «Risikofaktor», eingeschätzt (Schuler et al., 2020, S. 50). In den Monitorings der vorangehenden Jahre war dies noch nicht der Fall (Rüesch, Manzoni, & Observatoire suisse de la santé, 2003; Schuler, 2007; Schuler & Burla, 2012; Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). Bei der definierten Gruppe mit einem «Risikofaktor» handelt es sich um rund ein Drittel der ständigen Wohnbevölkerung (Schuler et al., 2020, S. 50).

#### *Heterogenität*

Der Bericht «Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017» stellte fest, dass Migrant\_innen in Bezug auf gesundheitliche Unterschiede «keine homogene Gruppe» sind (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020, S. 44). So sind die Unterschiede bei Menschen verstärkt ausgeprägt, die nicht in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind (1. Generation) «mit Herkunft aus Südwesteuropa [...], aus Ost- und Südosteuropa [...], sowie aus nicht-europäischen Staaten (vorwiegend aus Brasilien, Eritrea, Sri Lanka)» (ebd.). Es sind also v. a. diese Gruppen, welche besonders vulnerabel sind in Bezug auf die (psychische) Gesundheit. Bei den Menschen, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind (2. Generation) sind die gesundheitlichen Unterschiede «insgesamt geringfügiger» (ebd.).

#### **3.2.2.2 Biografische Ebene**

Im *Kapitel 3.1.3.2* wurde das Konzept der kritischen Lebensereignisse bereits vorgestellt. Nach Kirkcaldy, Wittig, Furnham, Merbach und Siefen (2006) wird Migration in der Wissenschaft «weitgehend übereinstimmend als ein kritisches Lebensereignis beschrieben, das die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten kann» (S. 874). Dem schliesst sich Kizilhan (2018) an, für den die durch Migration verursachte biografische Veränderung einen «erheblichen Einfluss auf die individuelle und kollektive Identität

sowie auf die Art und Weise der Vergangenheitsverarbeitung und die Anpassung im Aufnahmeland» hat (S. 67-68). Auch kann Migration die «individuelle Biografie sowie u. U. die Familienentwicklung über mehrere Generationen» prägen (Razum & Geiger, 2012, S. 614). Stressoren können z. B. «die Trennung von der Familie und von traditionellen Werten ebenso ein wie die Anpassung an neue gesellschaftliche und kulturelle Situationen, bei geringer oder fehlender wirtschaftlicher und rechtlicher Absicherung» sein (Kirkcaldy et al., 2006, S. 877). Weiter gilt es ein «neues Beziehungsnetz in einem anderen kulturellen, ethnischen und gesellschaftlichen Zusammenhang» aufzubauen, was neue «soziale Ressourcen» und «Handlungskompetenzen» braucht (S. 68).

Eine weitere Ebene zeigt Breckner (2003) mit ihrem Konzept des biographischen «Risiko[s]» auf (S. 1). Sie versteht unter diesem Risiko «einen strukturell erzeugten, in der Gestaltung von Lebensgeschichten relevant werdenden *potenziellen* Problemhorizont» (ebd.). Im Zusammenhang mit Migration betont sie, dass diese Erfahrung «*quer* liegt», da sie nicht in einer bestimmten Zeit oder an einem bestimmten Ort im «*Normallebenslauf*» stattfindet und es auch keine gesellschaftliche vorstrukturierte biografische «Sinnkonstruktionen» gibt. An der Schnittstelle von den «*Normallebensläufen*» mit den verknüpften «impliziten wie expliziten Erwartungen» liegt ihrer These nach ein biografisches «Risikopotential» für alle Migrant\_innen, wobei die Auseinandersetzung damit sich individuell stark unterscheidet (S. 3). So führt nicht jede Konfrontation zu einem Problem. Beispielsweise kann Migration auch ein Akt der Befreiung darstellen, der einen bewussten Bruch mit dem vorstrukturierten «*Normallebenslauf*» beinhaltet.

### **3.2.2.3 Sozio-ökonomische Ebene**

Das Robert Koch-Institut fasst in einem Beitrag zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Deutschen Bundesregierung zusammen, dass die Lebenssituation von Menschen mit Migrationshintergrund im Durchschnitt durch viele Nachteile geprägt ist. Dies zeigt sich z. B. «an einem niedrigeren beruflichen Qualifikationsniveau, schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt, geringeren Einkommen sowie einer stärkeren Abhängigkeit von Sozialhilfe» (Robert-Koch-Institut, Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2007, S. 134). Auch besteht bei Menschen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Armutsrisiko (Kluge, Rapp, Mehran, Jumaa, & Aichberger, 2019, S. 1104). Ein weiterer Punkt ist die fehlende Anerkennung der mitgebrachten beruflichen Ausbildung und Erfahrungen. Dadurch müssen Migrant\_innen sich oft mit «erniedrigenden und schlecht bezahlten Tätigkeiten abfinden» (Kirkcaldy et al., 2006, S. 874). Es gibt dabei einen eindeutigen negativen Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und «Arbeitsstress, Unterbeschäftigung oder Arbeitslosigkeit». Ein geringer sozio-ökonomischer Status, egal ob von Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund, verschlechtert also die psychische Gesundheit

(ebd.). Auch die Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 bestätigt diesen Zusammenhang (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020, S. 44). Auf der anderen Seite hilft eine attraktive Anstellung beim Aufbau von «sozialen Kontakten mit Einheimischen», einer Tagesstruktur, Aktivität und unterstützt damit die Entwicklung eines «angemessenes Selbstwertgefühl[s] und eine[r] positive[n] Identität» (Kirkcaldy et al., 2006, S. 874).

#### **3.2.2.4 Soziale Unterstützung**

Die soziale Isolation bzw. Einsamkeit ist für Migrant\_innen ist nach der Ankunft «eines der größten Probleme» (Kirkcaldy et al., 2006, S. 875). Daher ist die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource bei der Stressbewältigung und die psychischen Anpassungsprozesse durch die Migration. Insbesondere, wenn die Unterstützung durch «Familienmitglieder, Freunde und Bekannte» geschieht. Gleichzeitig können die aufgrund der Migration intensivier ausgestalteten familiären Beziehungen auch negative Folgen mit sich bringen (ebd.). Als Beispiel nennen Razum und Geiger (2012) junge Frauen, deren Aufwachsen in traditionellen Familiensystemen in Deutschland «äusserst konfliktreich sein» kann (S. 617). Kirkcaldy et al. (2006) argumentieren weiter, dass «Jugendliche die Werte und Einstellungen der Mehrheitskultur schneller als ihre Eltern annehmen» und die daraus entstehenden Einstellungsunterschiede zu Konflikten führen können (S. 876).

Als Ressource zeigen sich «ethnische Netzwerke oder Selbstorganisationen der Migranten» (Razum & Geiger, 2012, S. 617). Damit diese auch aktiviert werden können, sollte bei den Netzwerken und Organisationen laut den Autor\_innen der «Informationsaustausch und der erfolgreiche Integrationsprozess» und nicht die Segregation im Zentrum stehen (ebd.).

Die Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 hat ebenfalls gezeigt, dass die soziale Unterstützung ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit darstellt (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020). Bei allen Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation ist die soziale Unterstützung geringer vorhanden, bei der zweiten Generation ist der Effekt nicht mehr zu beobachten (S. 44-45).

#### **3.2.2.5 Sprachliche Ebene**

Nach Razum und Geiger (2012) verfügen sowohl neu zugewanderte Menschen als auch Migrant\_innen mit längerem Aufenthalt «über geringe aktive Deutschkenntnisse bzw. einen unzureichenden Wortschatz für die Bereiche Körper, Gesundheit und Befinden» (S. 623-624). Ein Teil der migrierenden Menschen haben laut den Autor\_innen zusätzlich eine vergleichsweise kurze Schulbildung und gewisse sind auch Analphabet\_innen (S. 624). Diese fehlenden Sprachkenntnisse sind «ein Kommunikationshindernis, das sich sowohl auf das

Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen als auch auf die subjektiven Erklärungsmuster bei eigenen Gesundheitsproblemen und auf den diagnostischen Prozess auswirkt» (Kirkcaldy et al., 2006, S. 880). Letzteres zeigt sich z. B. bei der «angemessene[n] und vollständige[n] Schilderung psychischer Symptome» (ebd.). Der Zusammenhang zwischen Sprachkompetenzen und dem (subjektiven) Gesundheitszustand bestätigte sich auch im 2011 veröffentlichten Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung der Schweiz (Guggisberg et al., 2011, S. 74).

### **3.2.2.6 Rassismus und Gewalt**

Wissenschaftliche Daten zeigen auf, dass Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Kluge et al., 2019, S. 1104). Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder welche, die sich «von ihrem Aussehen her von der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden, werden angefeindet» und erleben Fremdenfeindlichkeit (Razum et al., 2008). Diese geht «von empfundener Missachtung bis hin zu offener Diskriminierung, von abfälligen Bemerkungen über rassistische Schmierereien und Beleidigungen bis hin zu gewaltsamen Übergriffen, Brandstiftung und Tötungsdelikten» (S. 22). Migrant\_innen sind also immer wieder «ausländerfeindliche[r] oder rassistische[r] Gewalt» ausgesetzt (Razum & Geiger, 2012, S. 620).

### **3.2.2.7 Spezifische Herausforderungen bei Menschen mit Fluchterfahrung**

#### *Allgemein*

In die Analyse vom Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Migration sollten die spezifischen Lebenssituation von verschiedenen Migrant\_innengruppen einbezogen werden (Kluge et al., 2019, S. 1106). So haben Flüchtlinge und Menschen, die sich um (politisches) Asyl ersuchen oft «jahrelange Verfolgung, Haft und auch Folter» aushalten müssen (Geiger & Razum, 2012). Es ist bei dieser Gruppe also mit «mit traumatisierenden und oft auch schambesetzten und damit schwer zu kommunizierenden Erlebnissen» zu rechnen (S. 619). Auch das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung der Schweiz zeigt auf, dass «Opfer von Gewalt oder politischer Verfolgung im Herkunftsland» eine höhere Wahrscheinlichkeit haben wegen psychischen Problemen in ärztlicher Behandlung zu sein als Migrant\_innen ohne solche Erfahrungen (Guggisberg et al., 2011, S. 74). Dazu ist die Zeit der Ankunft im Einwanderungsland oft mit einem «Verlusterlebnis und einer hohen existenziellen Verunsicherung» verknüpft (Razum et al., 2008, S. 60). Geflüchtete Menschen sind also «spezifischen Prä- und Postmigrationsstressoren ausgesetzt» (Kluge et al., 2019). Diverse Studien haben laut Kluge et al. gezeigt, dass bei dieser Gruppe neben Prä- auch

Postmigrationsstressoren wie «gesellschaftlicher Ausschluss, unsichere Lebensbedingungen und das Wohnumfeld» im Einwanderungsland sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (S. 1106). Vor allem der «Aufenthaltsstatus – eine Grundlage für die Erfahrung von Zugehörigkeit – ist ein wesentlicher Einflussfaktor für die psychische Gesundheit von Geflüchteten» (ebd.).

### *Traumatisierung*

Wie im oberen Abschnitt erwähnt, waren Menschen mit Fluchterfahrung oft jahrelanger systematischer Gewalt ausgesetzt. In dem Zusammenhang kann Migration «ein lebensrettender Schritt sein» (Razum et al., 2008). Oft hat das Erlebte jedoch psychische Folgen, die sich auch im Aufnahmeland zeigen und in «eine «posttraumatische Belastungsstörung» (PTBS) münden» können (S. 59). Diese wird nach ICD-10 folgendermassen definiert:

*«[Eine] Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit [...], einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf» (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2020).*

Die PTBS führt auch zu einer erhöhten Suizidgefahr (Razum et al., 2008, S. 59). Nach Razum et. al unterstellt die Diagnose «ein Abklingen der Symptome im Zeitverlauf» (S. 60). Dies sehen die Autor\_innen kritisch, denn es gibt Anhaltspunkte «auf bleibende und zunehmende Beschwerden, die durch fehlende oder unzureichende Behandlung mit verursacht werden» (ebd.). Zusätzlich erschwerend und die Symptome verstärkend sind Unsicherheiten in Bezug auf den Aufenthaltsstatus, kein Zugang zu Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, das Wohnen in Kollektivunterkünften, die Erfahrung von Diskriminierung im Einwanderungsland und die «Trennung von Familienangehörigen, die Unsicherheit über deren Schicksal sowie Isolation» (ebd.).

### **3.2.2.8 Zugang zu psycho-sozialer Unterstützung**

Menschen mit ausländischer Herkunft werden «oft nur unzureichend psychotherapeutisch oder psychiatrisch versorgt» (Razum et al., 2008, S. 618). Konkrete Hürden können Schwierigkeiten bei der sprachlichen Verständigung, zu wenig ausgeprägtes Wissen über die Funktionsweise und die Angebote des Gesundheitswesens, nicht genügend ausgeprägte transkulturelle Kompetenz beim Personal (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020, S. 16) oder die «kulturellen» Unterschiede im Verständnis von Gesundheit- und Krankheit sein (Razum et al., 2008, S. 618). So kommt auch der Nationaler Gesundheitsbericht «Gesundheit in der Schweiz» von 2008 zum Schluss, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sich in Zukunft stärker auf die Bedürfnisse der Migrant\_innen ausrichten soll, da sonst eine «Unter- oder Fehlversorgung» droht, weil z. B. «psychiatrische Dienste oft erst am Ende eines lang dauernden somatischen Abklärungs- und Behandlungsverlaufs aufgesucht werden» (Meyer, 2009, S. 220).

## **3.3 Transkulturelle Psychiatrie**

In diesem Kapitel wird zu Beginn das Handlungsfeld der transkulturellen Psychiatrie vorgestellt und definiert. Im Anschluss werden auf drei Ebenen Wissensbestände der transkulturellen Psychiatrie bearbeitet. Zuerst wird auf zwei zentrale Ansätze zur Erklärung der Wechselwirkung migrationsspezifischer Herausforderungen und psychischer Gesundheit eingegangen. Im Anschluss werden allgemeine Erkenntnisse und konkrete Vorgehensweisen beim Einbezug von Dolmetscher\_innen vorgestellt. Als Abschluss werden unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in den Blick genommen. Da es sich in diesem Kapitel primär um Theoriebestände der transkulturellen Psychiatrie handelt, wird bei Autor\_innen aus anderen Disziplinen dies explizit ausgewiesen.

### **3.3.1 Konzept**

Nach Wohlfart, Hodzic und Özbek (2006) spielt Transkulturalität<sup>1</sup> «in Zeiten weltweiter Migrationsbewegungen» im psychiatrischen Arbeitsalltag eine immer wichtigere Rolle (S. 144). Auf die Klient\_innen mit «anderen kulturellen Hintergrund» bezogen, gibt es nach den Autor\_innen verschiedene Dinge zu beachten: 1. Kann die sprachliche Verständigung mit dem Behandlungsteam eingeschränkt sein. 2. Sind möglicherweise «Wertvorstellungen» vorhanden, die sich auf eine andere historische oder religiöse Basis beziehen als die der Behandler\_innen

---

<sup>1</sup> Der Begriff Transkulturalität wird im *Kapitel 3.4.1* hergeleitet und definiert.

(ebd.). 3. Fehlt oft eine gemeinsam geteilte «Lebens- und Alltagswirklichkeit» (ebd.). 4. Kann das «Krankheitsverständnis und [der] Krankheitsausdruck» sich stark unterscheiden von dem des Behandlungsteams (ebd.). 5. Kann die eigene Lebensrealität schon vor psychischen Erkrankungen «die Welt der Geister» eingeschlossen haben (ebd.).

Eric David Wittkower prägte laut Machleidt und Graef-Calliess (2017) mit folgender Definition den Begriff der transkulturellen Psychiatrie bis heute:

*«Die transkulturelle Psychiatrie ist der Zweig der Psychiatrie der sich mit den kulturellen Aspekten der Ätiologie [Ursache], der Häufigkeit und Art geistiger Erkrankungen, sowie mit der Behandlung und Nachbehandlung der Kranken innerhalb einer gegebenen Einheit befasst. Der Begriff ‚Transkulturelle Psychiatrie‘, die eine Erweiterung der kulturellen Psychiatrie ist, bedeutet, dass der wissenschaftliche Beobachter über den Bereich einer kulturellen Einheit hinausblickend andere Kulturbereiche einbezieht» (S. 434).*

In Bezug auf die heutige Theorie und Praxis der transkulturellen Psychiatrie erachten es Heinz und Kluge (2018) als wichtig «kulturelle Differenzen anzuerkennen und in die Behandlung einfließen zu lassen» (S. 28). Jedoch sollte «Kultur» nur eine «Erklärungsdimension» neben weiteren sein und im Umgang mit «den <Anderen>» sollten nicht «einfache Rezepte und Handlungsanweisungen» sondern «die nötige Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und den Willen zur gegenseitigen Auseinandersetzung» im Zentrum stehen (ebd.).

### **3.3.2 Erklärungsmodelle**

Es gibt diverse Modelle, um die Wechselwirkung migrationsspezifischer Herausforderungen und der psychischen Gesundheit erklären zu können. Bei Kizilhan's (2018) Beitrag «Psychologie der Migration» werden u. a. das Modell der Migrationsphasen, das Akkulturations-Stress-Modell und das Modell der kritischen Lebensereignisse vorgestellt. Letzteres wurde bereits im *Kapitel 3.1.3* allgemein und im *Kapitel 3.2.2* bezogen auf migrationsspezifische Herausforderungen vorgestellt. Daher wird nachfolgend zuerst auf das Konzept der Akkulturation vorgestellt, welches auf dem das Akkulturations-Stress-Modell aufbaut. Anschliessend wird das Modell der Migrationsphasen vorgestellt, in dem das Akkulturations-Stress-Modell eingebettet wird.

### 3.3.2.1 Akkulturation

Das Konzept der Akkulturation und dem zusammenhängenden Forschungsgebiet entstand nach Hahn, Ta, Nguyen und Graef-Calliess (2017) aus der Auseinandersetzung mit «individuellen und psychologischen Prozessen der Migration» (S. 31). Akkulturation meint zu beobachtenden Prozesse, wenn «Gruppen mit verschiedenen Sozialisierungen bzw. Enkulturationen in einem kontinuierlichen Austausch miteinander stehen, die zur Veränderung des kulturell geprägten Verhaltens einer oder beider Gruppen führen (S. 32). Diese Verhaltensänderungen geschehen sowohl auf einer individuellen und als auch auf einer Gruppenebene. Auf der individuellen Ebene ist Akkulturation als ein «aktiver Prozess zu verstehen», der im dynamischen «Aufrechterhalten oder Aufgeben von enkulturiertem Verhalten und Einstellungen» durch unterschiedliche psychologische Prozesse wie «kulturelles und soziales Lernen, Anwendung von Bewältigungsstrategien, Identifizierungen und Abgrenzungen» und eben dem Akkulturations-Stress-Modell beschrieben wird (ebd.).

#### *Kulturbegriff*

In ihrem Artikel «Möglichkeiten und Bedingungen von Akkulturation in der Zivilgesellschaft» beschreiben Hahn et al. (2017) die Bedeutung von «Kultur» auf die individuelle Ebene folgendermassen:

*«Der Begriff Kultur [umfasst] Aspekte der Herkunft einer Person, ihre Erfahrungen und Prägungen in sozialen Kontexten, die ihre Wahrnehmung oder Einstellungen [...] beeinflussen können. Zuletzt zählen zum Kulturbegriff auch Einflüsse von Familien, Freunden und anderen Mitgliedern des sozialen Netzwerks eines Individuums» (S. 31).*

Sie verstehen «Kulturen» als einen «dynamischen Veränderungs- und Aushandlungsprozess durch die beteiligten Akteure und gesellschaftlichen Gruppen» (ebd.).

#### *Grundbedingungen von Akkulturation*

Folgende Grundbedingungen für Akkulturation werden von Hahn et al. (2017) beschrieben:

1. *Kontakt*: Der anhaltende indirekte (z. B. soziale Netzwerke) oder direkte Kontakt (z. B. Arbeit, Freizeit) zwischen «mindestens zwei kulturellen Gruppen oder Personen» (S. 33).
2. *Reziprozität und Machtverhältnisse*: Es gibt einen «wechselseitigen Einfluss», wobei unterschiedliche (Einfluss-)Möglichkeiten von verschiedenen Gruppen wirkungsmächtig sind (ebd.).
3. *Veränderungen*: Es gibt Veränderungen auf gesellschaftspolitischer (z. B. Gesetze), sozialer (z. B. Möglichkeiten zur Partizipation) und ökonomischer Ebene (z. B. sozioökonomischer Status). Auf der individuellen Ebene spielen «Zugehörigkeit und Identifizierung, Anpassung von

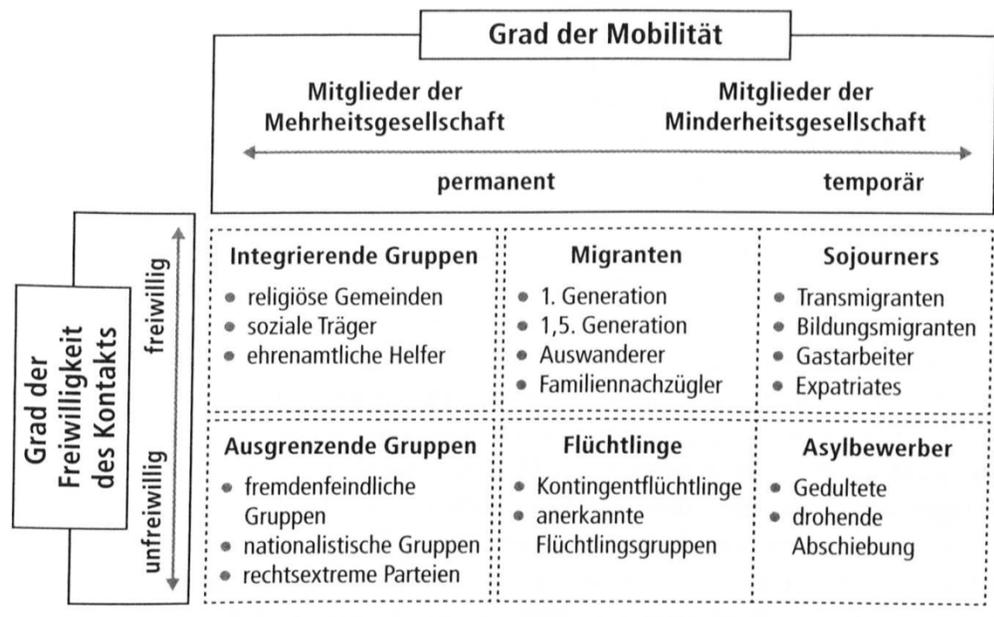
Verhaltensweisen» (z. B. Spracherwerb) und «kognitive Aspekte» (z. B. Werthaltungen) eine Rolle. In Bezug auf die «*Direktionalität*» stehen heute bi- und multidirektionale Veränderungsprozesse im Vordergrund. Die Veränderungen geschehen also in beide oder bei mehr als zwei Gruppen in mehrere Richtungen. In Bezug auf die «*Dimensionalität*» gibt es unidimensionale Ansätze, die den Veränderungsprozess als «Kontinuum» zwischen den Polen der «Kultur der Herkunftsgesellschaft und die der Mehrheitsgesellschaft» verstehen (ebd.). Eine stärkere Annäherung an die «Kultur» der Mehrheitsgesellschaft heisst also immer eine Abnahme der anderen «Kultur» (ebd.). Neuere bidimensionale Ansätze sehen es als Möglichkeit «in der Mehrheitsgesellschaft zu partizipieren, ohne dabei die Identität mit der Herkunftskultur aufzugeben». Die beiden Dimensionen sind dann also unabhängig voneinander (ebd.).

4. *Grad der Freiwilligkeit*: Ein Migrationsakt kann freiwillig oder unfreiwillig sein (siehe dazu auch Kap. 3.2.1.1). Diese Ebene hat dann auch Auswirkungen darauf, wie (un-)freiwillig dann der Kontakt der Mehrheitsgesellschaft zustande kommt (S. 34).

5. *Mobilität*: Die Freiwilligkeit ist eng mit der Mobilität verbunden. Beispielsweise unterscheiden sich «sesshafte indigene Gruppen von mobilen Migranten» auf der Ebene der Freiwilligkeit in Bezug auf den Kontakt mit der Mehrheitsgesellschaft (S. 34).

6. *Dauer des Kontakts*: Dieser kann variieren. So ist der Aufenthalt bei Austauschstudent\_innen begrenzt, anerkannte Flüchtlinge bleiben. Jedoch ist «nicht klar definiert, wie oft oder kontinuierlich ein Kontakt andauern muss, um Akkulturationsprozesse anzustoßen» (S. 35).

Im aufgeführten Schema werden die verschiedenen angesprochenen Akkulturationsbedingungen miteinander auf einer Gruppenebene verknüpft. Die Zuordnungen sind dabei «nicht als starre, dichotome Grenzen, sondern als durchlässige Gradierungen zu verstehen» (ebd.). Auch ist zu beachten, dass innerhalb der Kategorien auch



Differenzierungen zu machen sind, so können sich z. B. religiöse Gruppen

Abbildung 5. Graduelle Zuordnung kontextueller interagierender Akkulturationsbedingungen auf Gruppenebene. Nach Hahn et al., 2017, S. 35.

ausgrenzend verhalten, auch wenn formal dieselbe Religionszugehörigkeit gegeben ist. Mit «1.5 Generation» sind Menschen gemeint, die als Kinder oder Jugendliche migriert sind (ebd.).

### *Psychologische Akkulturation und Akkulturationsstrategien*

In der Forschung zu Akkulturationsprozessen wird laut Hahn et al. (2017) das Modell der psychologischen Akkulturation nach Berry (1997) stark diskutiert. In diesem Modell gibt es zwei «Grundausrichtungen», zwischen denen sich Menschen in Akkulturationsprozessen bewegen (Hahn et al., 2017):

1. Die Personen handeln – angepasst «an die jeweiligen kontextuellen Möglichkeiten» – innerhalb der eigenen Bezugsgruppe als auch der Mehrheitsgesellschaft aus, «inwiefern es ihnen möglich oder wichtig ist, ihre kulturelle Identität und damit verbundenen Verhaltensweisen und Einstellungen» aufrechtzuerhalten (S. 36).
2. Es wird, ebenfalls in Bezugnahme zur Bezugsgruppe und ihren Möglichkeiten, ausgehandelt, ob und wie sie an der Mehrheitsgesellschaft partizipieren können» (ebd.).

Diese «Verhaltensstrategien» sind stark durch «äussere Bedingungen und Einschränkungen» strukturiert, auch wenn es auf der individuellen Ebene Gestaltungsspielraum gibt (ebd.). Dazu kommen individuelle «(Prä-)Dispositionen» wie Alter oder Krankheit. Diese Akkulturationsstrategien bzw. -stile hat Berry (1997) in ein Schema mit vier Dimensionen modelliert, das Hahn et al. (2017) folgendermassen zusammenfasst:

1. *Integration*: Die Teilhabe an der Mehrheitsgesellschaft und die Aufrechterhaltung vom Bezug auf die Herkunftsgesellschaft finden gleichzeitig statt (S. 36).
2. *Assimilation*: Es gibt Teilhabe an der Mehrheitsgesellschaft bei gleichzeitiger Abnahme von «kulturellen Verhaltensrepertoires und Einstellungen der Herkunftsgesellschaft» (S. 37).
3. *Separation*: Distanzierung zur Mehrheitsgesellschaft und umfassende Aufrechterhaltung der Bezüge zur Herkunftsgesellschaft (ebd.)
4. *Marginalisierung*: Eingeschränkte Teilhabe in der Mehrheitsgesellschaft und «fehlende Identifikation bzw. das Nichtbeibehalten» von Verhaltenscodes der Herkunftsgesellschaft (ebd.).

Diese vier Akkulturationsstile sind nicht «linear und unumkehrbar», sondern verändern sich im Verlauf des Lebens. Dies in Abhängigkeit zu «Entwicklungsaufgaben, sozialen Kontexten und gesellschaftlichen Veränderungen», sowohl auf der Ebene der Mehrheits- als auch der Herkunftsgesellschaft (S. 37). Den Akkulturationsstilen sind nach Hahn et al. (2017) «enge Grenzen gesetzt» durch die Einschränkungen seitens der Mehrheitsgesellschaft. Dies zeigt sich



Bei Machleidt und Heinz (2018) werden die verschiedenen Phasen umfassend vorgestellt. Nachfolgend wird auf die Phase nach der Migration fokussiert, die in Bezug auf die Akkulturation am relevantesten ist (Hahn et al., 2017). Potentielle Stressauslöser können in dieser Phase die erlebte Migration, «interkulturelle[n] Begegnungen und Akkulturationsanforderungen» sein (S. 39). Hier lässt sich nach Demiralay und Aichberger (2018) eine Verknüpfung mit dem Modell vom kritischen Lebensereignis herstellen (Kap. 3.1.3 & 3.2.2). Nach ihnen kann der «akkulturative Stress» als direkte Folge dieser Anpassungsprozesse verstanden werden, da es «zur Diskrepanz zwischen spezifischen Anforderungen und subjektivem Bewältigungsverhalten kommt» (S. 78). Das Konzept des «Akkulturationsstress» geht auf das «Akkulturations-Stress-Modell» nach Berry (1997) zurück (Kizilhan, 2018, S. 71). Konkret können in der Migrationsphase der «kritischen Anpassung» der Akkulturationsstress und die damit zusammenhängende «Kulturkonflikt[e]» oft «zu Gefühlen der kulturellen Verwirrung, Entfremdung und Isolation sowie zu psychischen Beschwerden» führen (ebd.). Der Stress unterscheidet sich je nach den oben bereits vorgestellten Akkulturationsstilen. So versucht der

integrative Stil am wenigsten Stress, während der assimilatorische und separative Stil «eine mittlere Stellung bezüglich des Stresserlebens» und dem Entstehen von psychischen Belastungen einnimmt (S. 42). Am stressreichsten nach aktueller Forschung wird der

Marginalisierungstil gesehen (ebd.). In der vorliegenden Abbildung wird das komplexe

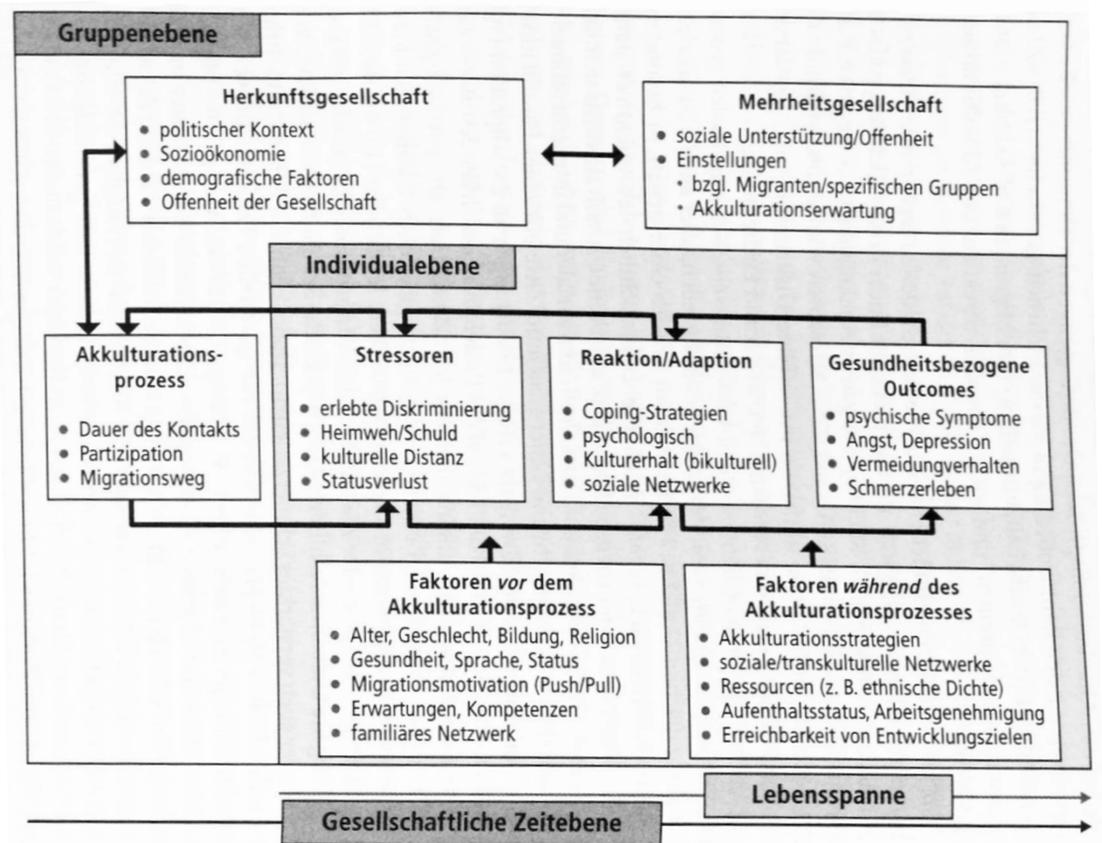


Abbildung 7. Interaktionen und Kontextualisierung von Akkulturationsprozessen durch Faktoren auf Gruppenebene, Individualebene und zu betrachtenden Zeitebenen. Nach Hahn et al., 2017, S. 44.

Zusammenwirken von unterschiedlichen Faktoren und dem Stressempfinden schematisch zusammengefasst.

### **3.3.3 Dolmetscher\_innen**

Sabine Rauch (2011) ist Sozialpädagogin mit langjähriger Erfahrung mit Dolmetscher\_innen in der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung. Für sie ist wichtig bei dieser Klient\_innengruppe eine Form der Kommunikation zu finden, die unter «professionellen Bedingungen (Standards) optimal für ein effizientes Gespräch» ist (S. 261). Neben «Empathie und der Akzeptanz von Vielfältigkeit» sei eine «gemeinsame Sprache» das zentrale Werkzeug in der Beratung (S. 262). So müsse bei *jedem* Beratungsgespräch überprüft werden, ob diese geteilte Sprachebene vorhanden sei, da nur so «eine effektive Arbeit» geleistet werden kann (ebd.). Konkret schlägt sie folgende drei Möglichkeiten vor: 1. Die beratende Person spricht «die Muttersprache oder die Amtssprache» der Klient\_in und diese ist bereit sich in einer dieser Sprachen auszutauschen. 2. Die Klient\_in erklärt sich bereit das Gespräch in Deutsch zu führen und «konzentriert durchzuhalten». 3. Es werden (qualifizierte) Dolmetscher\_innen hinzugezogen (ebd.). Im folgenden Beitrag wird auf die dritte Variante fokussiert. Zuerst wird auf allgemeine Erkenntnisse zur Arbeit mit Dolmetscher\_innen in der Psychiatrie eingegangen, worauf im Anschluss auf die konkrete Vorgehensweise bei der Planung, Vor- und Nachbesprechung und dem Dolmetscher\_innengespräch an sich eingegangen wird (S. 261).

#### **3.3.3.1 Allgemeine Erkenntnisse**

Kluge (2018) stellte in einem Beitrag zu Dolmetscher\_innen in der Psychiatrie fest, dass in Studien zu diesem Thema «Störungen des Settings durch das Hinzuziehen» von Dolmetscher\_innen thematisiert werden (S. 169). Auf der anderen Seite würden viele Studien auch die Bedeutung des Settings hervorheben, da diese «oft die Basis für ein interkulturelles Gespräch sind» (ebd.). Konkret kann durch die Arbeit mit einer Übersetzung eine Verständigung in der Muttersprache ermöglichen. Eine weitere Funktion sind Irritationen, welche durch «kulturellen Differenzen und damit einhergehenden kulturellen Missverständnissen» entstehen, über die Arbeit der Dolmetscher\_innen bearbeiten zu können (S. 170). Diese Missverständnisse oder Irritationen sind dabei nicht zu «bagatellisieren und zu übergehen», sondern als Teil eines «nötigen Aushandlungsprozesses» anzusehen (S. 172). Konkret können in solchen Situationen relevante Begriffe oder Konzepte ausgehandelt werden, wofür Metaphern «vielfach hilfreich» sind (S. 171). Das «kulturelle Wissen» von übersetzenden Personen dient also nicht nur dem

Beschrieb von «kulturtypische[n] Phänomene[n]», sondern auch zum Analysieren der Absicht «einer bestimmten Äußerung, Aussage, Inszenierung» seitens der Klient\_innen und «wie diese vor dem Hintergrund der Symptomatik, der individuellen Konflikte und der kulturtypischen Besonderheiten zu verstehen» sind (S. 170). Dabei besteht nach Kluge (2018) die Gefahr von Kulturalisierung, wenn also wahrgenommene Differenzen einer «Kultur» zugeschrieben werden, statt sie auf die soziale Herkunft, Geschlechterunterschiede oder andere Merkmale zu beziehen (ebd.).

### *Bedeutung der Muttersprache*

Die Muttersprache ist laut Kluge (2018) mit der eigenen und kollektiven Identität verknüpft und kann dadurch ein «Gefühl von Zugehörigkeit» und Sicherheit schaffen. Durch die Migration muss eine Person eine «Anpassungsleistung» vollziehen, in der das Erlernen einer neuen Sprache und die eingeschränkte Verständigung in der Muttersprache ein Teil davon ist. Daher kann es umso wichtiger sein, in klinischen Settings den Zugang zur Muttersprache über Dolmetscher\_innen zu gewährleisten, um für die Klient\_innen einen «sicheren Ort» zur Therapie zu kreieren (S. 171).

### *Setting*

Ein Gespräch mit Dolmetscher\_innen verändert den Rahmen von (therapeutischen) Gesprächen. Die Dolmetscher\_innen sind dabei nicht einfach eine zusätzliche Person zu einem Zweiergespräch, sondern durch ihre Anwesenheit entsteht nach Kluge (2018) ein «Dreiersetting im Sinne einer Kleingruppe» (S. 173). Die übersetzende Person ist also als Teil der Gesprächsdynamik zu verstehen und «ihr Selbstbild, ihre (kulturelle) Identität, ihre selbst- und fremd zugeschriebenen Rollenverständnisse und ihre jeweiligen Vorstellungen von psychotherapeutischer Sprache und Behandlungsmethoden» können als (unbewusste) Interventionen wirken (ebd.). Diese Einflüsse sind laut ihr in den Fokus zu rücken, um «ein besseres Verständnis der Komplexität auch über das jeweils Eigene, das Fremde, das eigene Fremde und die Grenzen des Verstehens» zu erhalten (ebd.).

## **3.3.3.2 Vorgehensweise**

### *Planung*

Bevor ein Gespräch mit Dolmetscher\_innen stattfinden kann, braucht es die Planung des Gesprächs. Zuerst muss geklärt werden, ob eine Übersetzung überhaupt notwendig ist oder nicht. Ein Erstkontakt mit den Klient\_innen ohne Übersetzung könne nach Kluge (2018) helfen, dies besser einschätzen zu können. Sie findet es jedoch auch bei Menschen mit «mäßigen bis

guten Deutschkenntnissen» sinnvoll mit Dolmetscher\_innen zu arbeiten «um z. B. kulturell besondere Phänomene oder sprachliche Nuancen intensiver» bearbeiten zu können (S. 176). Eine weitere Möglichkeit ist auch punktuell Dolmetscher\_innen (nicht) einzusetzen (ebd.). Weiter ist nach van Keuk und Ghaderi (2011) für die passende Auswahl von Dolmetscher\_innen zu klären, aus welchem Land die Klient\_innen kommen, was die Muttersprache ist und ob in dem Land (Bürger-)Krieg herrscht. Auch sollten Dolmetscher\_innen mit möglichst dem gleichen Geschlecht und demselben Dialekt organisiert werden (S. 266). Rauch (2011) hebt weiter hervor, dass die beratende Person die Verantwortung für die Rahmenbedingungen des Gesprächs hat, da diese «eine Dienstleistung erbringt» (ebd.). Auf diesen Punkt wird in den folgenden Abschnitten immer wieder eingegangen.

### *Vorgespräch*

Wenn man sich für den Einbezug von Dolmetscher\_innen entschieden hat, braucht es nach Kluge (2018) ein Vorgespräch. Darin sollen die Rahmenbedingungen, wie Bezahlung bzw. Abrechnung, Thema und Verlauf des Gesprächs und bei Bedarf auch spezifische Punkte zur Gesprächsführung besprochen werden. Letzteres meint z. B. «die in tiefenpsychologischen und psychodynamischen Settings zumeist im Konjunktiv formulierten Äußerungen» (S. 176). Weiter ist zu klären, ob die Übersetzung in Echtzeit («simultan») oder nachgelagert («konsekutiv») erfolgt (ebd.). Bewährt hat sich laut Kluge (2018) letzteres, wobei wenige Sätze gesprochen werden, damit die Dolmetscher\_innen nicht überfordert werden (S. 177). Ein weiterer Standard ist die Übersetzung in Ich-Form, also Eins-zu-eins, um die Beziehung zwischen den Klient\_innen und der behandelnden Person in den Fokus zu rücken. Des Weiteren sollte die Rolle der übersetzenden Person thematisiert werden. So sollten Gespräche zwischen ihr und den Klient\_innen im Wartebereich oder nach der Sitzung vermieden und falls sie stattfinden, diese der behandelnden Person transparent gemacht werden.

### *Gespräch an sich*

Das Gespräch beginnt mit der Vorstellung der Dolmetscher\_innen und dem Thematisieren der Schweigepflicht (Kluge, 2018). Es wird bei der Sitzordnung auf eine «Positionierung in einem gleichschenkligen Dreieck» geachtet (S. 177). Beim Erläutern der Rahmenbedingungen gegenüber den Klient\_innen werden sie gebeten ihre Redebeiträge ebenfalls kurz zu fassen, damit diese vollständig übersetzt werden können. Weiter wird gegenüber den Klient\_innen auf die Rolle der übersetzenden Person eingegangen und aus den im oberen Abschnitt dargelegten Gründen werden sie gebeten keinen Kontakt ausserhalb der Sitzung zu pflegen. Es sei nach Kluge (2018) wichtig, dass dies die behandelnde Person übernimmt, da dadurch die

Dolmetscher\_innen entlastet werden. Denn das Mitteilen der Regeln gegenüber den Klient\_innen könne als «unfreundlich, [und] zurückweisend erlebt» werden (S. 177). Weiter ist zu beachten, dass durch die stetige Übersetzung für das eigentliche Gespräch und dessen Inhalte sich «die Zeit [...] deutlich verkürzt» (ebd.). Neben diesen Aspekten sind auf «die entstehenden Beziehungskonstellationen, auf Irritationen, Übertragung und Gegenübertragung» zu achten und der Möglichkeit für Nachfragen sollte «ausreichend Platz» eingeräumt werden (S. 178). Zusätzliche zu beachtende Punkte sind nach van Keuk und Ghaderi (2011) das Halten von direktem Blickkontakt zu den Klient\_innen, eine «langsame und angepasste Ausdrucksweise» und «abstrakte Begriffe direkt im Deutschen [zu] klären», diese also nicht einfach Eins-zu-eins durch die Dolmetscher\_innen übersetzen zu lassen (S. 266).

### *Nachgespräch*

Kluge (2018) empfiehlt immer eine Nachbesprechung mit den Dolmetscher\_innen durchzuführen. Es geht um einen Austausch über den «Ablauf des Gesprächs» (S. 178). Dies sei umso wichtiger, wenn das Gespräch herausfordernde und belastende Inhalte oder Stimmungen mit sich gebracht hat. Sie sieht die Behandler\_innen hier auch in der Verantwortung die Dolmetscher\_innen zu unterstützen, z. B. mit einer (externen) Supervision. Das Nachgespräch soll auch Raum für «gegenseitige Kritik» auf einer empathischen Basis geben. Beispielsweise wenn seitens der behandelnden Person Unsicherheiten über zu kurze oder lange Übersetzungspassagen entstanden sind (ebd.). Zusätzlich zum Nachgespräch mit der übersetzenden Person empfehlen van Keuk und Ghaderi (2011) auch bei den Klient\_innen – in Abwesenheit der übersetzenden Person – nachzufragen, wie die Verständigung war und ob Probleme aufgetaucht sind (S. 277).

### **3.3.4 Gesundheits- und Krankheitvorstellungen**

Im Kontakt mit Klient\_innen «aus anderen kulturellen Kontexten» muss sich das Behandlungsteam laut Heinz und Kluge (2018) sich um das «Verständnis der jeweiligen Erklärungsmodelle für psychische wie somatische Krankheiten bemühen» (S. 27). Der Ansatz der Erklärungsmodelle geht dabei auf den Medizinantropologen und Psychiater Arthur Kleinman zurück. Nach ihm gibt es in verschiedenen «kulturellen Kontexten» Erkrankungen die auf Basis «ihrer jeweiligen Weltbilder» erklärt werden (ebd.). Kleinman hat laut Pflegewissenschaftlerin Zielke-Nadkarni (2007, S. 192) in seiner Forschung einen systemtheoretischen Zugang und verweist dabei auf folgendes Zitat:

«*Studies of our own society, and comparative research, must start with an appreciation of health care as a system that is social and cultural in origin, structure, function, and significance*» (Kleinman, 1980, S. 27).

Krankheiten und die Bewältigung ebendieser werden in dem Sinne nicht einfach auf eine biomedizinische Ebene reduziert, sondern auch «in soziokulturellen Kategorien» erfasst (Zielke-Nadkarni, 2007, S. 193). Die Medizinethnologie unterscheidet dabei zwischen zwei Ebenen von Krankheit: «*illness* (Kranksein) und *disease* (Krankheit)» (ebd.). Bei beiden Konzepten handelt es sich nach Kleinman (1980) um soziale Konstrukte, die entwickelt worden sind, um Phänomene in Bezug auf Gesundheit und Krankheit besser verstehen zu können (S. 73). Es geht also um Konzepte, die etwas Erklären sollen und nicht um Dinge, die an sich existieren (ebd.). Nachfolgend werden die beiden Konzepte genauer vorgestellt.

### *Disease*

Bei der Ebene *disease* wird der Blick von aussen auf die Erkrankung geworfen. Konkret handelt es sich um die «Perspektive der Biomedizin», in der eine Krankheit und ihre Geschichte über diagnostische Prozesse durch Fachpersonen erfasst werden (Zielke-Nadkarni, 2007, S. 194). Im Zentrum stehen «naturwissenschaftliche Faktoren/Symptome» (ebd.) und das damit verknüpfte Fachwissen. Nach der Autorin besteht *disease* losgelöst «von der individuellen *Illness*-Erfahrung [Hervorhebung v. Verf.]» der Klient\_innen. Es handelt sich um einen «biomedizinisch orientierte[n]» Behandlungsansatz, durch den sich die Klient\_innen auch nicht «geheilt fühlen» müssen (ebd.).

### *Illness*

Bei der Ebene *illness* steht der Blick von innen im Vordergrund. Diese individuelle und subjektive Perspektive auf eine Erkrankung schliesst neben der biomedizinischen auch die «psychische, soziale und kulturelle Ebene» mit ein (Zielke-Nadkarni, 2007, S. 194). *Illness* zeigt sich primär über ein «mangelndes Wohlbefinden», wie z. B. Schmerzen oder andere Einschränkungen (ebd.). Wenn das Wohlbefinden gegeben ist, «fühlen sich Menschen auch nicht krank, selbst wenn eine Diagnose erstellt wird» (ebd.). Beispiele für solche «nicht fühlbaren» und dadurch auch «nicht erfahrbaren Krankheiten» sind Bluthochdruck (ebd.) oder HIV in einem frühen Stadium. Auf der anderen Seite kann sich auch eine Klientin subjektiv krank fühlen (*illness* ist gegeben), jedoch kein ärztlicher Befund vorhanden sein (fehlende *disease*). Ein typisches Beispiel sind Klient\_innen mit (chronischen) Schmerzen, die sich aber nicht auf eine körperliche Funktionsstörung zurückführen lassen. *Illness* und *disease* können sich also sowohl unterscheiden als auch übereinstimmen. Bei der «Bezeichnung und Beschreibung von *illness*»

seitens der Klient\_innen spielen nach Zielke-Nadkarni (2007) «symbolisch-kulturelle Konstruktionen» und das soziale Umfeld eine wichtige Rolle (ebd.). Wenn es schliesslich um den «Heilungsprozess» geht, werden laut ihr sehr viele verschiedene Wirkfaktoren und der «soziale Kontext» miteinbezogen (ebd.). Konkret werden Krankheiten von Klient\_innen individuell beurteilt. Diese Wertung wird von ihnen in einen «Zusammenhang zwischen dem Kontext der Krankheitsentstehung» und der eigenen Person gestellt (ebd.). Beispielsweise kann eine Erkrankung «subjektiv als Bedrohung, Verlust, Gewinn oder als etwas ohne Bedeutung wahrgenommen werden» (ebd.).

#### **3.3.4.1 Schlussfolgerungen für den professionellen Alltag**

Nach Zielke-Nadkarni (2007) gibt es eine Tendenz von Fachpersonen sich auf *disease* zu beziehen, während dem sich «der Laiensektor und die Volksmedizin dagegen eher am Modell der *illness*» orientieren. Um in der Behandlung eine *illness* einordnen zu können, hat Kleinman nach Zielke-Nadkarni (2007) folgende Fragen zusammengestellt.

- «Wie bezeichnen Sie Ihr Problem? Welchen Namen geben Sie Ihrer Krankheit?
- Was, denken Sie, ist die Ursache Ihres Problems?
- Warum begann es zu dem Zeitpunkt, als es begann?
- Was verändert die Krankheit bei Ihnen? Wie funktioniert sie?
- Wie schwerwiegend ist sie? Wird sie einen langen oder kurzen Verlauf haben?
- Was befürchten Sie am meisten bei dieser Krankheit?
- Was sind die Hauptprobleme, welche Ihnen die Krankheit beschwert hat?
- Welche Art von Behandlung sollten Sie erhalten? Welches sind die wichtigsten Resultate, die sie von der Behandlung erhoffen?» (S. 194).

Die Antworten auf die Fragen stellen laut ihr eine Basis für das Erklärungsmodell, welches «das Handeln und den Umgang mit *illness*» bestimmen (ebd.). Wenn jetzt unterschiedliche *illness* und *disease* Modelle zwischen dem Behandlungsteam und den Klient\_innen aufeinandertreffen, kann dies zu «Interaktions- und Kooperationschwierigkeiten» führen (ebd.). Diese sollten mit dem Einbau der *illness*-Erklärungsmodelle in die Behandlung begegnet werden. Es wird dabei über Aushandlungsprozesse eine stärkere Übereinstimmung der Erklärungsmodelle angestrebt, um den «Behandlungs- bzw. Heilungserfolg zu verbessern» (ebd.).

#### **3.3.4.2 Kritik am Modell**

Nach Heinz und Kluge (2018) gibt es auch Kritik an Kleinmans' Ansatz. So wird kritisiert, dass die «[*illness*-]Erklärungsmodelle keineswegs kulturell einheitlich oder über einen längeren Zeitraum stabil sein müssen» (S. 27). Sie verweisen auf eine Studie, nach der

Erklärungsmodelle von «unterschiedlichen kulturellen Hintergründen» jedoch mit ähnlichem Bildungsniveau teilweise näher sind als innerhalb derselben «Kultur» (ebd.). Heinz und Kluge (2018) argumentieren weiter, dass die individuellen Erklärungsmodelle «sich ebenso schnell verändern, wie sich unser Verständnis der Umwelt unter dem Ansturm alltäglicher vielfältiger Informationen wandeln kann» (S. 27). Sie plädieren daher dafür nicht spezifisches Wissen über «Kulturen» in Bezug auf Erklärungsmodelle anzueignen, sondern die einzelnen Klient\_innen auf ihr «individuelle[s] Verständnis der Krankheitszeichen mit den sich daraus ergebenden Handlungsanleitungen» zu erfragen und diese «im Kontext seiner sozialen Umgebung» zu interpretieren (ebd.). Im dem Sinne sehen sie einen Bedeutungsverlust des «informierten Expertenwissens» (ebd.) und eine Steigerung der Bedeutung der kommunikativen Ebene (S. 28).

### **3.4 Transkulturelle Kompetenz**

Dagmar Domenig (2007) entwickelte das Konzept transkulturelle Kompetenz und richtet sich damit an Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Im ersten Teil wird auf den Kulturbegriff im Allgemeinen und den Begriff der Transkulturalität im Konkreten eingegangen. Anschliessend wird das Konzept der transkulturellen Kompetenz ausführlich vorgestellt.

#### **3.4.1 Kulturbegriff**

Jutta Dornheim (2007) kritisiert die Vorstellung von Kultur «als abgrenzbaren Gegenstand» (S. 31). Als Metapher dieses Kulturverständnisses können (Schiffs-)Container hinzugezogen werden, die geschlossen nebeneinanderstehen. Nach ihr war ein solches Verständnis in den letzten Jahrhunderten unpräzise, in der heutigen Zeit der Globalisierung sei es jedoch komplett überholt (ebd.). Diese Kritik zeigt sich auch bei Welsch (1998), der die Konzepte Inter- und Multikulturalität und die damit verknüpfte «Beschreibung heutiger Kulturen als Inseln» als «deskriptiv falsch und normativ irreführend» bezeichnet (S. 51). So seien heutige Kulturen durch «Mischungen und Durchdringungen» gekennzeichnet (ebd.).

#### *Transkulturalität*

Wie im obigen Abschnitt thematisiert geht es bei den Kulturkonzepten Multikulturalität und Interkulturalität um ein dazwischen oder nebeneinander voneinander klar trennbaren «Kulturen». Die Transkulturalität setzt nach Domenig (2007) in Abgrenzung zu diesen Konzepten das «über das kulturell Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und

Gemeinsame ins Zentrum» (S. 172). Laut ihr birgt das Konzept jedoch auch Widersprüche, da es sich vom Verständnis von einzelnen getrennten «Kulturen» abgrenzt und gleichzeitig «Transkulturalität» auf das Vorhandensein von «Kulturen» zurückgreift (ebd.). In ihrer Darlegung zum Begriff lehnt sie sich an die Arbeiten des Philosophen Wolfgang Welsch (1998) an. Dieser argumentiert zum oben aufgegriffen Widerspruch, dass der Begriff eine «temporäre Diagnose» sei (S. 68-69). Damit meint er die «fortdauernde Existenz von Einzelkulturen (beziehungsweise des alten Verständnisses der Kulturen)» bei gleichzeitigem «Übergang zu einer neuen, transkulturellen Form der Kulturen» (ebd.). Domenig (2007) sieht in diesem Ansatz der Übergangsphase die Möglichkeit «Inhalte zu transportieren, welche anknüpfend am Vertrauten in eine neue Richtung zeigen» (S. 173). Konkret hat laut ihr der Begriff Transkulturalität die Aufgabe «aus dem engen Blick der Kulturzentriertheit herauszuführen» (ebd.). In dem Sinne bezieht sich Transkulturalität auch auf eine Interaktionsebene, in der durch Begegnungen Gemeinsamkeiten in den Blick geraten, um «Abgrenzungen und Ausgrenzungen» zu vermeiden (ebd.).

### **3.4.2 Konzept**

Das vorangehende Kapitel hat gezeigt, dass mit dem Konzept Transkulturalität immer auch eine Kritik an den alten essentialisierende Kulturkonzepten zusammenhängt. Das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach Domenig (2007) kann in dem Sinne als eine (kritische) Antwort auf die kulturalisierenden Konzepte im Gesundheitswesen verstanden werden. So schreibt sie, dass die «Herausforderung in der Begegnung mit der Vielfalt soziokulturelle und historischer Knotenpunkte und das Sich-nicht-verlassen-können auf absolut gültige Rationalitäten» Fachpersonen stark verunsichert (S. 174). Um diese Unsicherheit ausgleichen zu können beginnen Fachpersonen, sich in Kulturalisierungen und Stereotypisierungen zu flüchten. Dies kann z. B. «Kulturmodelle» beinhalten, die nach Domenig (2007) jedoch neben dem Wunsch nach «Orientierung und Strukturierung», auch dem «Bedürfnis nach Ein- und Ausgrenzung» entsprechen (ebd.). Die Zuordnung von Eigenschaften zu gewissen «Kulturen» beinhaltet nach ihr also immer auch die Zuordnung von gewissen Menschen «zu bestimmten Gruppen», was eine Hierarchisierung nach sich zieht (ebd.). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz sieht diesen Fokus auf die «Kulturen» in dem Sinne kritisch und stellt stattdessen die Interaktion, «das Aufeinandertreffen von individuellen Lebenswelten und Lebenserfahrungen», ins Zentrum (ebd.).

### 3.4.2.1 Definition

Domenig (2007) versteht unter transkultureller Kompetenz die Erfassung und das Verstehen von «individuelle[n] Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten» und die Ableitung von darauf zugeschnitten Handlungsformen (S. 174). Diese Kompetenz besteht im Kern «aus einer transkulturell kompetenten Interaktionsfähigkeit im Migrationskontext» (ebd.). Die Interaktionsfähigkeit basiert wiederum auf den drei Grundprinzipien «*Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrung sowie narrative Empathie*», welche in der anschliessenden Abbildung visualisiert werden (ebd.). Unter dem Prinzip Selbstreflexion versteht Domenig (2007) die Zuwendung zur eigenen Lebenswelt, die durch einen «selbstreflexiven Prozess» wahrgenommen werden soll. Dieser Lernprozess stellt laut ihr eine Basis dar um andere Lebenswelten, wie die von Migrant\_innen, genauer begreifen und einordnen zu können. Die Erarbeitung von Hintergrundwissen und das «Sammeln von transkulturellen Erfahrungen» unterstützt diesen Prozess des Verstehens von Migrant\_innen und «ihren Geschichten» (ebd.).

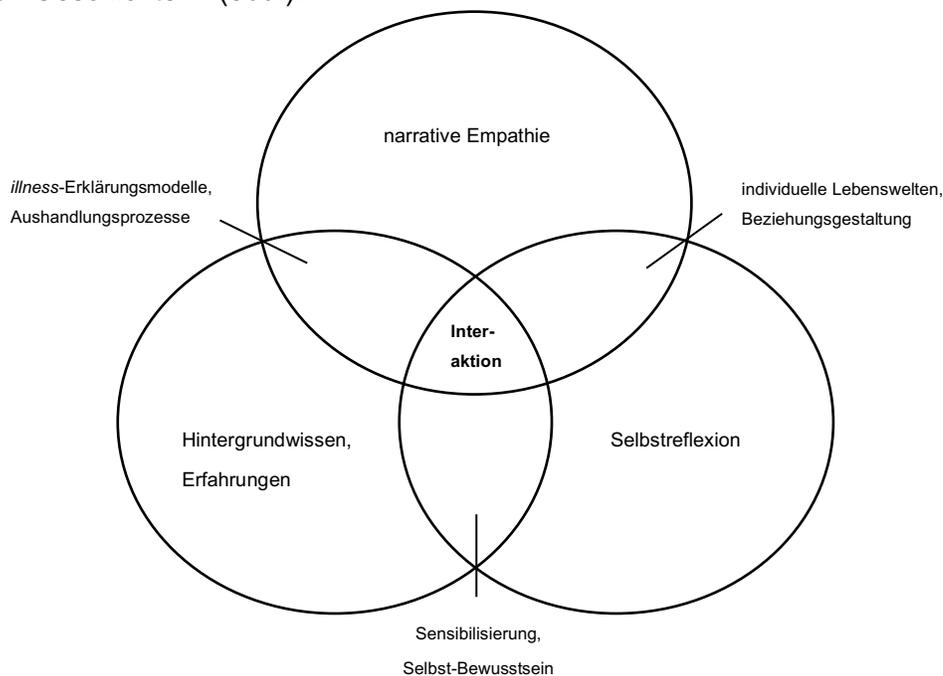


Abbildung 8. Transkulturelle Kompetenz. Eigene Darstellung angelehnt an Domenig, 2007, S. 175.

Als drittes Grundprinzip kommt die narrative Empathie dazu, die helfen soll eine eigene Stereotype, «Rassismen und diskriminierende Handlungen» zu hinterfragen (ebd.). Sie stellt dem eine «wertschätzende, respektvolle Haltung» gegenüber und fokussiert auf die Narrationen der Klient\_innen (ebd.). Diese drei Ebenen stehen jedoch nicht isoliert zueinander, sondern

erzeugen Schnittstellen, die in der obigen Abbildung benannt sind und auf die in den folgenden Kapiteln genauer eingegangen wird.

### **3.4.2.2 Selbstreflexion**

Die eigene Lebenswelt ist nach Schütz und Luckmann (2003) «selbstverständlich wirklich» (S. 29). Damit meinen sie, dass diese im Alltag einfach gegeben ist und nicht hinterfragt wird. Die Selbstverständlichkeiten basieren «zu einem grossen Teil auf der Gruppenerfahrung» und der eigenen gesammelten Erfahrung (S. 35). Diese Erfahrungen produzieren eine Art Brille, durch welche die Welt gesehen wird. Wenn jetzt zwei Lebenswelten, z. B. in einer Beratung von Migrant\_innen, in Interaktion treten, werden nach Schütz und Luckmann (2003) die Grenzen der eigenen «Brille» sichtbar (ebd.). Die eigenen alltäglichen Wahrnehmungs- und Erklärungsmuster können z. B. das Handeln des Gegenübers nicht befriedigend erklären. Die dadurch erzeugte Spannung soll nach Domenig (2007) produktiv bearbeitet werden, um transkulturell kompetent handeln zu können (S. 176). Konkret geht es über das Reflektieren der eigenen Lebenswelt und der damit verknüpften Selbstverständlichkeiten hinaus. So ist sich auch die Lebenswelt von Menschen mit Migrationshintergrund «bewusst zu machen und somit deren Perspektive zu erfassen» (ebd.). Dies stellt immer eine Annäherung dar, ein voller Perspektivenwechsel ist nicht möglich. Wichtig dabei ist, sich der «fremden» Perspektive ohne Wertung anzunähern und die Offenheit zu zeigen «eigene Handlungsmuster und vertraute Sichtweisen in Frage zu stellen bzw. stellen zu lassen» (ebd.).

### **3.4.2.3 Hintergrundwissen und transkulturelle Erfahrungen**

Das Erarbeiten von Hintergrundwissen ist für die Arbeit mit Klient\_innen mit migrationspezifischen Herausforderungen eine wichtige Basis. Dabei geht es nach Domenig (2007) nicht darum «kulturspezifisches» Wissen zu erarbeiten, sondern sich auf Ansätze zu beziehen, die bei allen Migrant\_innengruppen angewendet werden können (S. 176).

Nachfolgend werden die zentralen Wissensbestände kurz vorgestellt:

1. Geht es darum theoretische Kenntnisse über «Kultur, Migration, Integration, Grundrechte und Menschenrechte» zu erarbeiten, um Kulturalisierungen und stereotypen Vorstellungen von Migrant\_innen und ihren Problemlagen entgegenzuwirken (ebd.).

2. Ist Wissen über die Lebenswelten und die damit verknüpften Lebensbedingungen von Migrant\_innen, die Zusammenhänge von Gesundheit und Migration sowie «intergrationshindernde und integrationsfördernde Faktoren» zu erschliessen, um ein klareres Bild der Lebenswelten erarbeiten zu können (S. 177).

3. Braucht es Fachwissen zu «Rassismus, rassistischer Diskriminierung und Gewalt», sowohl für die eigene kritische Reflexion als auch beim Einbezug dieser Punkte in die Behandlung (ebd.).
4. Sind spezifische Lebenswelten wie die von Frauen im Migratonskontext einzubeziehen, um «der besonderen Situation von Migrantinnen besser Rechnung» zu tragen (ebd.)
5. Braucht es Kenntnisse über die Dynamik hinter unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheits- und Krankheit, wie das ««Illness/Disease-Konzept»» nach Kleinman (1980), um die Nachvollziehbarkeit vom Krankheitsprozess (bei Migrant\_innen) besser zu gewährleisten (ebd.).
6. Ist Fachwissen über psychische Erkrankungen notwendig, da Migrant\_innen durch ihre «Herkunfts-, Migrations- und Integrationsgeschichte» psychische Belastungen ausgesetzt sind und auch traumatisiert sein können (ebd.).
7. Geht es darum sich Kenntnisse über unterschiedliche gesellschaftliche Formen von Organisation – «individuumszentriert versus soziozentriert» – sich zu erarbeiten, um die Lebenswelt von Migrant\_innen und die Bewältigung einer Krankheit besser verstehen zu können (ebd.).
8. Ist Wissen über «eine angepasste Kommunikation im Migrationskontext» wichtig, um eine gelungene Behandlung ermöglichen zu können (ebd.). Dafür sind, neben der verbalen Ebene, auch weitere kommunikative Aspekte zentral.
9. Können durch «Instrumente und Richtlinien» helfen im Arbeitsalltag transkulturelles Handeln umzusetzen und die transkulturelle Sensibilität und Kompetenz im Team zu stärken (ebd.). Dies kann z. B. in Form von migrationsspezifischen Fragebögen zur Erfassung der sozialen Situation sein.

Neben diesem Fachwissen spielt auch das Erfahrungswissen bei der Entwicklung von transkultureller Kompetenz eine wichtige Rolle. So gibt es nach Domenig (2007) viele Möglichkeiten «Erfahrungen im Umgang mit MigrantInnen zu sammeln und entsprechend transkulturell erfahrener zu werden» (S. 177). Diese werden laut ihr aber selten genutzt, sondern die Arbeit mit dieser Gruppe «als belastend, schwierig und den Berufsalltag störend» angesehen (ebd.).

#### **3.4.2.4 Narrative Empathie**

Die dritte Dimension transkultureller Kompetenz stellt die narrative Empathie dar. Unter Empathie versteht Domenig (2007) sich mental «in einen anderen Menschen hineinzusetzen, seine *Gefühle* zu teilen und sich damit über sein *Verstehen* und Handeln klar zu werden» (S. 178). Empathie beinhaltet also immer die Zuwendung zu den Klient\_innen hin und die Bereitschaft Nähe zuzulassen. Dies ist besonders in transkulturellen Settings wichtig, da man

«sich nicht auf Altbekanntes sozusagen distanziert zurückziehen kann, sondern durch Empathie Neues entdecken muss» (ebd.). Es rückt dabei die individuelle Perspektive der Klient\_innen in den Fokus, was hilft die «Selbsterfahrung von MigrantInnen zu verstehen» (ebd.). Dieses Verständnis soll den Klient\_innen auch kommuniziert werden. Konkret sollen die Klient\_innen durch «Strategien der Selbstpräsentation, Zustimmungsbekundungen und passende Fragen» gestärkt werden, ihre eigene Wirklichkeit zu teilen. Dies ist nach Domenig (2007) wichtig, um eine Behandlung so auszurichten, dass sich diese nicht nur in der «objektive[n] Welt» der Medizin, sondern auch in der «subjektive[n] Lebenswelt» der Klient\_innen anschlussfähig ist (ebd.). Dadurch tragen die Klient\_innen die Behandlung auch mit. Die Autorin betont weiter, dass es bei der narrativen Empathie im Kern nicht um ein generelles «Mitfühlen» bei anderen Personen geht, sondern um die «Zuwendung mittels narrativer Techniken» (ebd.).

### *Narrationen*

Narrationen, was auch mit Erzählung übersetzt werden kann, ist nach Domenig (2007) ein wichtiger Bestandteil bei der Bewältigung einer Krankheit (S. 178). Dies hängt damit zusammen, dass im klinischen Setting oft die «standardisierten Merkmale des Krankheitserlebnis» in den Vordergrund gerückt werden (S. 179). Dieses Wissen ist für die Klient\_innen aber oft nicht zugänglich und ihre eigenen Perspektiven bleiben im Hintergrund. Narrationen können dabei helfen diese wieder ins Zentrum zu rücken. Dadurch können Klient\_innen in eine Beziehung zu ihrem Körper und ihrer Krankheit treten und diese in der eigenen Biografie verorten. Narrationen helfen also den Menschen «konkrete Ereignisse zu verstehen, welche das In-Bezug-setzen der inneren mit äusseren Welt erfordern» (ebd.).

Diese Herstellung einer Verbindung von einer inneren und äusseren Dimension kann auch Aushandlungsprozesse über Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen beinhalten. In *Kapitel 3.3.4* wurde bereits auf das Konzept von *illness* und *disease* eingegangen. Hydén (2008) hat fünf Ebenen zusammengestellt, auf die Narrationen in Bezug auf *illness* wirken können: 1. *illness*-Ereignisse transformieren und eine *illness*-Welt gestalten. 2. Die Rekonstruktion der eigenen Lebensgeschichte bei einer chronischen *illness*. 3. Die *illness* verstehen und erklären können. 4. Als eine Form von strategischen Interaktion, um die eigene Identität zu bestätigen oder entwerfen zu können. 5. Die *illness* von einem individuellen auf ein kollektives Phänomen zu verschieben (S. 55).

Diese Auflistung zeigt auf, wie die Dimensionen durch narrative Empathie und Hintergrundwissen und Erfahrungen, z. B. über psychische Erkrankungen in der Interaktion mit Klient\_innen neue Ebenen der Verständigung ermöglichen können.

Dabei ist es wichtig zu beachten, dass Narrationen auch immer eine zeitliche Dimension beinhalten. So sind (Lebens-)Geschichten immer gestalt- und veränderbar, solange noch Leben da ist. Diesbezüglich gibt es sowohl die Ebene der Auseinandersetzung mit Vergangenem als auch auf die Ebene, welche sich auf die in die «Zukunft gerichteten Plänen, Projekten, Erwartungen und Hoffnungen» und damit auch auf einen möglichen Abschluss «einer *Illness-Geschichte*» bezieht (Domenig, 2007, S. 180). Die Geschichten sind also immer dynamisch und verändern sich auch durch neu gewonnene Erfahrungen. Sie sind in dem Sinne «oft voll von Möglichkeitsformen» (ebd.).

#### **3.4.2.5 institutionelle Ebene**

Die Entwicklung einer transkulturellen Kompetenz bringt auch Verantwortung mit sich. So ist die damit verknüpfte «respektvolle, nicht diskriminierende Haltung» gegenüber Migrant\_innen auch auf Team- und in der Institutionsebene einzufordern (S. 180). Dies kann «viel Motivation, Engagement und Mut» seitens der Fachpersonen erfordern, was nach Domenig (2007) jedoch notwendig ist um eine «menschenwürdige Behandlung aller» erreichen zu können (ebd.). Für die spezifischen Bedürfnisse von Migrant\_innen brauche es laut ihr auch keine «monokulturellen Konzepte und routinierte Handlungsweisen, sondern grosse Flexibilität» und eine breite an methodischen Werkzeugen (S. 182). Des Weiteren sollte auch eine «ethische Grundhaltung» in Bezug auf die Behandlung von Migrant\_innen entwickelt werden, da es sich um eine marginalisierte Gruppe mit ständigem Risiko der Konfrontation mit «Rassismen und rassistischen Diskriminierungen» handelt (ebd.). All diese Aspekte sollten nach Domenig (2007) in Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen verankert werden (S. 181-184). Weiter benennt sie auch die politische Dimension, da sie eine reine Änderung vom Verhalten der Fachpersonen als nicht ausreichend einschätzt, sondern es auch eine «Verhältnisänderung» braucht, um die Behandlung von Migrant\_innen nachhaltig zu verbessern (S. 186).

### **3.5 Übergang zum empirischen Teil**

Nachdem in den vorangehenden vier Kapiteln differenziert verschiedene für die Forschungsfrage relevante theoretische Konzepte aufgearbeitet wurden, folgen nun die empirischen Ergebnisse. Diese sind, wie im Kapitel zum methodischen Vorgehen erwähnt, nicht anschliessend an die theoretischen Teile, sondern haben eine gewisse Eigenständigkeit.

## 4 Ergebnisse des empirischen Teils

Über die Durchführung, Aufbereitung und Auswertung von Expert\_inneninterviews konnte vielfältiges und differenziertes Material in Bezug auf die Fragestellung entwickelt werden. Zu Beginn werden zuerst die Expertinnen und ihr Arbeitskontext vorgestellt. Im Anschluss wird auf die Ergebnisse eingegangen. Zuerst in Form der verschiedenen Ebenen von Verständigung und anschliessend in Bezug auf die Förderung von Perspektiven, Autonomie und beruflicher Integration. Weiter geht es mit der Bedeutung von Familiensystemen und dem traumasensiblen Handeln. Als Abschluss wird noch die institutionelle Ebene beleuchtet.

### 4.1 Vorstellung der Expertinnen

Die fünf interviewten Expertinnen und die dazugehörigen Institutionen werden für die bessere Nachvollziehbarkeit der empirischen Ergebnisse nachfolgend kurz vorgestellt. Die Expertinnen werden jeweils mit EX1, EX2 etc. in der Reihenfolge der durchgeführten Interviews abgekürzt.

#### Expertin 1

Emine Torun ist 63 Jahre alt und arbeitete über 20 Jahre auf der Sozialberatung in diversen stationären Abteilungen der Psychiatrischen Dienste Solothurn und ging auf Januar 2021 in Pension. Aufgewachsen in der Türkei, studierte sie naturwissenschaftliche Fächer und arbeitete als Lehrerin. EX1 flüchtete in den 1990er-Jahren aus politischen Gründen mit ihren zwei Kindern in die Schweiz. Sie arbeitet nach der Ankunft in der Schweiz in diversen Branchen, im Verlauf der Zeit vor allem im Sozialwesen. Mitte der 90er-Jahre begann sie die Ausbildung in Sozialer Arbeit und schloss diese im Jahr 2000 ab. Ihre Arbeit bei der Sozialberatung entsprach den im *Kapitel 3.1.4* aufgeführten Aufgabenbereichen.

#### Expertin 2

Sabrina Ranglack ist Mitte 20 und schloss vor drei Jahren ihren Bachelor in Sozialarbeit und Sozialpädagogik ab. Sie machte ihr Praxissemester in der psychiatrischen Klinik des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) in Viersen (Deutschland). Nach dem Abschluss 2018 bekam sie dort eine Anstellung und arbeitet heute als Sozialarbeiterin auf der stationären Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (40 %). Zusätzlich betreut sie ambulant Klient\_innen nach dem Austritt weiter (10 %), ist Integrationsbeauftragte der Klinik (5 Std. pro Monat dafür freigestellt) und ist beim LVR-übergreifenden Kompetenzzentrum Migration angestellt (10 %). In ihrer Arbeit auf der Abteilung ist EX2 neben den klassischen sozialarbeiterischen Aufgaben (siehe *Kap. 3.1.4*) für soziale und arbeitsbezogene

Kompetenztrainings zuständig. Beide finden sowohl ambulant als auch stationär statt. Die Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelt sowohl Menschen mit als auch ohne Migrations- und Fluchterfahrung. EX2 selber ist in Deutschland aufgewachsen und hat einen Migrationshintergrund.

### **Expertinnen 3 und 4**

Die Expertinnen 3 und 4 arbeiten in einem ambulanten Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung in der Deutschschweiz.

Die EX3 ist Mitte 40 und arbeitet seit drei Jahren in der Institution. Sie arbeitete als Lehrerin und studierte zusätzlich eine künstlerische therapeutische Methode. Als Musiktherapeutin praktizierte sie sowohl im klinischen Bereich als auch mit erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen. Nach dem Abschluss ihres Studiums in Sozialer Arbeit im Jahr 2007 arbeitete EX3 u. a. im klinischen Bereich.

Die EX4 ist anfangs 40 und schloss Mitte 2000 ihr Studium in Sozialer Arbeit ab. Durch ein Praktikum in einem Durchgangszentrum kam sie zum ersten Mal mit dem Berufsfeld in Kontakt. Weitere berufliche Stationen waren in der Arbeitsintegration und auf einem Flüchtlingssozialdienst. Seit einem Jahr ist sie nun in der Institution tätig.

Die beiden Expertinnen sind als Sozialberatung Teil eines interdisziplinären Teams, welches die traumatisierten Menschen mit Fluchterfahrung behandelt. Es sind langfristige Therapieplätze, welche über die Krankenkassen finanziert werden. Die Sozialberatung hat einen ähnlichen sozialarbeiterischen Auftrag wie in psychiatrischen Kliniken (siehe *Kap. 3.1.4*). Jedoch hat die Sozialberatung u. a. durch die längerfristige Begleitung und die Spezialisierung auf traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung noch einen stärkeren Fokus auf psychodynamische Fragestellungen.

### **Expertin 5**

Die Expertin 5 ist Mitte 40 und arbeitet seit dem Abschluss ihrer Ausbildung als Sozialarbeiterin Mitte 2000 in einer psychiatrischen Klinik in der Deutschschweiz. Dort wirkte sie während 10 Jahre auf einer Akutstation, die sich auf Menschen mit migrationsspezifischen Herausforderungen spezialisiert hatte. Z. B. gab es Angebote für traumaspezifische Therapien und Unterstützung bei Rechtsabklärungen. Nach weiteren Jahren in der stationären Psychiatrie arbeitet EX5 seit einem Jahr in einem der Klinik zugeordneten Ambulatorium. Sie ist dort Teil eines interdisziplinären Teams und ihre sozialarbeiterischen Aufgaben entsprechen dem in *Kapitel 3.1.4* beschriebenen Aufgaben.

## 4.2 Verständigung

Kommen wir nun zu den ersten Ergebnissen. Diese zeigen, dass alle Expertinnen die fehlenden Kenntnisse der deutschen Sprache und die daraus folgenden Schwierigkeiten bei der Verständigung als eine der zentralen migrationsspezifische Herausforderungen erachten (EX1, Pos. 20; EX2, Pos. 12; EX3/4, Pos. 12; EX5, Pos. 10). Neben der sprachlichen Hürde berichten Expertinnen auch von einer «kulturellen Hürde» (EX1, Pos. 20; EX5, Pos. 58). Darunter versteht EX5 z. B. fehlende Kenntnisse des hiesigen Sozialwesens oder der Funktionsweise des Bildungssystems (Pos. 58). Die Schliessung dieses «kulturellen Gaps» sieht sie als eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit an (ebd.). In den folgenden Kapiteln wird zuerst auf die allgemeine Ebene von Verständigung, dann in Bezug auf Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Vermittlung, der Arbeit mit der «Kultur» und der Sozialanamnese eingegangen.

### 4.2.1 Allgemein

Ein wichtiger Grundsatz in der Verständigung mit Menschen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben, ist für EX2 sich «auf die Sprache des Gegenübers» einzulassen (Pos. 14). Damit meint sie, statt Fachbegriffe zu nutzen, mit Metaphern, Bildern, Gestik und Mimik zu kommunizieren. Zusätzlich langsam und deutlich sprechen, «aber nicht jetzt dieses künstliche, zu langsam sprechen, das wäre nicht authentisch» (ebd.). Auch EX5 versucht eine «einfache Sprache» zu gebrauchen und z. B. mit kurzen Sätzen zu sprechen (Pos. 36). Nach EX2 ist es wichtig während den Gesprächen immer darauf zu achten, wie die Klient\_innen reagieren und die Kommunikation allenfalls anzupassen (Pos. 12). Bei Verständigungsschwierigkeiten auch «Kreativität» zuzulassen, «mal andere Dinge auszuprobieren» (Pos. 70) und «ein bisschen die Hemmungen verlieren» (Pos. 12). So z. B. mit online Übersetzungsprogrammen zu arbeiten oder «unsere Frage vielleicht auf Papier schreiben» (ebd.). Eine weitere Möglichkeit ist nach EX2 sich über eine gemeinsame «Drittssprache» zu verständigen:

*«Also wenn jetzt ein Patient sagt: «meine Muttersprache ist persisch, ich spreche ganz ganz wenig Deutsch, ich kann aber Englisch». Dass ich als Sozialarbeiterin keine Scheu habe zu antworten: «okay, dann sprechen wir jetzt gemeinsam auf Englisch» (Pos. 12).*

Die Hinterfragung «unserer eigener Gesprächskultur» ist nach EX2 eine andere wichtige Ebene, um Verständigung erfolgreich herstellen zu können (Pos. 36). Damit meint sie die stetige (Selbst-)Reflexion der (Beratungs-)Gespräche und ihrer Dynamiken:

*«Wie ist es denn gelaufen? Habe ich langsam gesprochen? War es authentisch? War ich vielleicht zu neugierig, habe ich gebohrt, ohne es zu merken? [...] Wie spreche ich? Was spreche ich auch wie an?» (ebd.).*

### *Informationen in der Muttersprache*

Eine weitere Möglichkeit sich auf die Sprache des Gegenübers einzulassen ist nach EX2 «mehrsprachige Manuale und Materialien» hinzuziehen (Pos. 12). Also für administrative Arbeit Dokumente in verschiedenen Sprachen zur Verfügung zu haben. Konkret können dies z. B. «Bescheinigungen und Atteste für bestimmte Ausländerbehörden» (Pos. 82), Anträge für die Rehabilitation oder Renten (Pos. 96) oder Schweigepflichtentbindungen sein (Pos. 14). Bei einem Teil dieser Dokumente geht es auch darum, dass die Klient\_innen sie unterschreiben müssen. Dies ist mit «sehr viel Hemmung und Scham oder auch Angst» besetzt (ebd.). Um dem entgegenwirken zu können sind laut EX2 muttersprachige Versionen der Dokumente hilfreich (ebd.). Auch EX1 berichtet von Schwierigkeiten in Situationen, wo Klient\_innen Dinge unterschreiben sollten und findet es wichtig, neben der Verwendung einer angepassten Sprache den Klient\_innen auch «mehr Zeit» für den Prozess zu geben, als bei Menschen ohne diese Sprachbarrieren (Pos. 20). Neben den erwähnten Dokumenten betonte EX2 auch die Wichtigkeit von Material für die Psychoedukation in den jeweiligen Muttersprachen. Auch EX1 arbeitete mit solchen Materialien und beschreibt die Wirkung folgendermassen:

*«Zum Beispiel gab es einen manisch-depressiven Klienten, dem ich einen Prospekt in seiner Muttersprache abgegeben habe. Er hat nachdem er es gelesen hat plötzlich gedacht, man hätte für ihn diesen Prospekt geschrieben. Er hat sich dort gefunden. Er wusste nicht, was er vorher hatte. Wieso hatte er diese Stimmung, einmal hoch einmal tief. Und dann plötzlich hat er das bemerkt» (Pos. 103).*

## **4.2.2 Dolmetscher\_innen**

Im nachfolgenden Kapitel wird zuerst auf die allgemeinen Erfahrungen eingegangen und anschliessend ein genauerer Blick auf den typischen Gesprächsablauf geworfen.

### **4.2.2.1 Allgemeine Erfahrungen**

Alle Sozialarbeiterinnen setzten in ihren Gesprächen mit Klient\_innen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben, regelmässig Dolmetscher\_innen ein und haben dabei grundsätzlich gute bis sehr gute Erfahrungen gemacht (EX1, Pos. 58 & 60; EX2, Pos. 24, 26 & 28; EX3/4, Pos. 14 & 16; EX5, Pos. 14-18). EX2 berichtet davon, dass die sehr guten Erfahrungen «auch aufgrund der kulturspezifischen Anforderungen beziehungsweise Hintergründe» der Übersetzer\_innen

gemacht wurden (Pos. 28). Es geht daher über die Wort-für-Wort-Übersetzung hinaus und das Wissen über «familiäre Strukturen, Geschlechterrollen, Umgang mit Erkrankungen, ob es jetzt psychisch oder somatische Erkrankungen», kann die Behandlungsqualität spürbar verbessern (ebd.). Die Dolmetscher\_innen sollten also sowohl ein Verständnis für die Sprache als auch die Themen der Gespräche haben (EX3, Pos. 16). In dem Zusammenhang spricht EX2 auch davon, dass die übersetzenden Personen als «BrückenbauerInnen» dienen können (Pos. 26). Auch EX3 betont, dass Dolmetscher\_innen «sehr viel zum Verständnis beitragen können, je nachdem auch wenn es interkulturelle Fragen betrifft» (Pos. 18).

Das «interkulturelle» Verständnis kann laut EX3 gleichzeitig auch «ein ganz ein schweres Hemmnis» sein (Pos. 18). So kann es auch sein, dass die «Klientel mit sehr schambesetzten Themen unterwegs ist und die keinesfalls [...] geäußert werden» wollen vor einer übersetzenden Person aus einem ähnlichen «Kulturkreis» und/oder demselben Land (ebd.). Darum kann es auch eine Chance sein, wenn bei genug Deutschkenntnissen «gewisse Gespräche oder Gesprächsteile auch auf Deutsch» ohne Dolmetscher\_innen geführt werden können (ebd.). Eine weitere Ebene bei Gesprächen mit Dolmetscher\_innen ist nach EX3 der zeitliche Aufwand. Dieser ist durch die Übersetzung aller Gesprächsinhalte grösser als bei Beratungsgesprächen ohne Dolmetscher\_innen (Pos. 16).

#### **4.2.2.2 Ablauf eines Gesprächs**

In den nachfolgenden drei Abschnitten wird zuerst darauf eingegangen, auf was vor einem Gespräch mit Dolmetscher\_innen geachtet werden sollte. Im Anschluss geht es um die Gespräche selber und wie mit (schwierigen) Dynamiken darin umgegangen werden kann. Zum Schluss wird noch der Aspekt der Nachbesprechung hervorgehoben.

#### **Planung**

Bevor überhaupt ein Gespräch mit Dolmetscher\_innen durchgeführt wird, gibt es nach EX5 diverse Dinge mit den Klient\_innen zu besprechen: Neben der genauen Muttersprache, welche auch ein Dialekt sein kann (Pos. 24), ist das gewünschte Geschlecht der übersetzenden Person mit den Klient\_innen zu klären (Pos. 26). Ein weiterer Punkt ist sicher zu gehen, dass Klient\_in und Dolmetscher\_in nicht gegenseitig einer Täter-Opfer-Gruppe angehören (Pos. 24).

#### **Vorgespräch**

Als nächster Schritt findet nach EX2 ein Vorgespräch zwischen den Behandler\_innen und/oder Sozialarbeiter\_innen und der übersetzenden Person statt. Dort wird u. a. geklärt, mit «welchem Anliegen die Patientin, der Patient sich bei uns angemeldet hat. Damit da erst mal schon mal

gewisse Vorkenntnisse» bei der übersetzenden Person vorhanden sind (Pos. 30). Auch wird die Form der Übersetzung vereinbart. Dies ist bei EX2 eine «Eins-zu-Eins-Übersetzung», also die übersetzende Person spricht immer in der «Ich-Form» (ebd.). Diese Vorgespräche finden bei EX2 dann auch vor jedem Folgegespräch statt. Dort wird immer kommuniziert, was das Thema des Gesprächs sein wird, z. B. «Psychoedukation, oder es ist ein gerichtliches Gutachten» (Pos. 34). Dies könne den Dolmetscher\_innen «Sicherheit geben» für das Gespräch (ebd.). Solche Vorbesprechungen bei Folgegesprächen gibt es auch beim ambulanten Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter und/oder Fluchterfahrung. Wenn es vor dem Gespräch mit der Sozialberatung bereits ein Therapiegespräch gab, fragt EX4 dann die Dolmetscher\_innen:

*«Gibt es etwas was ich gerade wissen muss? Etwas was wir jetzt von deiner Seite aufgreifen müssen?» [...] Also das finde ich auch ganz wichtig» (Pos. 31)*

### **Während dem Gespräch**

Zu Beginn des Gesprächs, wenn sich die übersetzende Person und die Klient\_innen noch nicht kennen, ist es laut EX5 wichtig, dass die übersetzende Person sich vorstellt und die Schweigepflicht thematisiert wird. Vonseiten der Fachperson der Sozialen Arbeit ist nach EX1 darauf zu achten, Fachwörter zu vermeiden und stattdessen mit Beispielen und Umschreibungen von Themen zu arbeiten (Pos. 40). Ein weiterer Punkt sind kürzere Sätze zu machen, damit die übersetzende Person nachkommt mit dem Übersetzen (EX5, Pos. 34).

### *Strukturierung der Gespräche*

Gespräche mit Dolmetscher\_innen sollten nach EX1 durch die Fachpersonen strukturiert werden (Pos. 62). Dabei ist nach EX3 darauf zu achten, dass der Fokus vom Gespräch «auf der Klientel und das, wo in der Interaktion zwischen uns passiert» gehalten wird, obwohl noch eine «Drittperson» anwesend ist (Pos. 16). Zusätzlich braucht es besondere «Wachheit und ein Blick [...] für die Dynamik» in Gesprächen mit Dolmetscher\_innen. Denn Interaktionen zu dritt sind anders strukturiert als in Gesprächen zu zweit und können auch schwierig verlaufen, «das auch etwas dazwischen passiert» (ebd.).

### *Verlagerungen im Gespräch*

Solche Dynamiken können sich in Form einer Verlagerung des Gesprächs zwischen den Klient\_innen und der übersetzenden Person zeigen (Pos. 16). Es entsteht ein Gespräch zwischen ihnen und es wird «nicht mehr die reine Übersetzung» durchgeführt (EX5, Pos. 28). Bei solchen Dynamiken muss man nach EX5 intervenieren (Pos. 28). Auch EX4 beschreibt solche Situationen. Ihre Reaktion ist dann zu sagen: «Moment, könnt ihr mir da schnell sagen,

was ihr jetzt da besprochen habt» (Pos. 31). Nach ihr ist es wichtig, dass die Dolmetscher\_innen immer erklären, was sie gerade warum machen, wenn es z. B. um das Vermitteln von Sachverhalten in eigenen Worten geht (ebd.).

#### *Herausfordernde Dynamik bei Dolmetscher\_innen*

Eine weitere herausfordernde Dynamik kann bei der übersetzenden Person selber liegen. Z. B. wenn sie sich «plötzlich nicht mehr sicher genug» fühlt oder «wenn es zu intensiv wird, das ich mit der übersetzenden Person schaue, braucht es eine Pause oder willst du dich ein wenig nach hinten setzen» (EX3, Pos. 30). Es kann auch sein, dass eine übersetzende Person während dem Gespräch «in eine Dissoziation reinfindet und es vielleicht eigene Geschichten antriggert» (Pos. 16). In dem Sinn ist es nach EX3 ganz wichtig, dass die sozialarbeiterische Fachperson auch für die übersetzende Person Verantwortung trägt und «auch im Blick haben muss, was mit der übersetzenden Person passiert» (Pos. 30).

#### **Nach dem Gespräch**

Die oben besprochenen schwierigen Situationen sind nach EX3 im Anschluss an das Gespräch mit der übersetzenden Person zu besprechen. So kann man z. B. fragen: «Was ist das Thema? Ist eine Zusammenarbeit in der Form sinnvoll möglich?» (Pos. 30). So kann es auch sein, dass die übersetzende Person sagt, dass sie bei gewissen Klient\_innen nicht mehr weiterarbeiten kann und ein Wechsel organisiert werden muss (ebd.).

### **4.1.3 Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen**

Die Interviews machten sichtbar, dass unterschiedliche Verständnisse in Bezug auf Gesundheit und Krankheit bei allen Expertinnen im Arbeitsalltag von Bedeutung sind (EX1, Pos. 26; EX2, Pos. 18; EX3/4, Pos. 60-62; EX5, Pos. 12). Im nachfolgenden Kapitel wird zuerst allgemein auf die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen eingegangen. Im anschliessenden Kapitel wird auf die Funktion von stabilen Beratungsbeziehungen und die Auswirkungen auf die Soziale Arbeit im Zusammenhang mit Krankheitsvorstellungen fokussiert. Zum Abschluss wird noch auf die Rolle der Familiensysteme eingegangen.

#### **4.1.3.1 Allgemeine Aspekte**

EX2 berichtet, dass sich der Umgang mit psychischen Erkrankungen «in verschiedenen Kulturen oder verschiedenen Religionen» unterscheidet (Pos. 18). In gewissen «Kulturen» werden sie anerkannt, in anderen «eher bagatellisiert» oder es gibt andere Bilder der

Krankheiten, wie z. B. den «Teufel bei der Schizophrenie», eine Besessenheit bei Depressionen (ebd.) oder die Vorstellung es sei «alles gottgewollt» (EX3, Pos. 60). EX5 spricht im Zusammenhang von Krankheitsverständnissen auch von der unterschiedlichen «Rolle von der Stigmatisierung» in verschiedenen «kulturellen» Kontexten (Pos. 48). So kann es z. B. in einer «Kultur» üblich sein, dass man Stimmen hört, da «ein aktiver Austausch auch mit Menschen, die schon verstorben sind» normal ist (ebd.). In anderen Fällen existiert das Konzept psychische Erkrankung nicht «in der Kultur, wo die Person herkommt oder dass es so stigmatisiert ist, dass man es gar nicht darf sagen» (ebd.). So berichtet EX3, dass die Anerkennung und Bearbeitung von psychischen Problemen für Klient\_innen im Rahmen der ambulanten Therapie für traumatisierte Menschen mit Folter und/oder Fluchterfahrung «schon relativ gefährlich» sein kann (Pos. 62). Denn dies könne «sehr viel aufwühlen und das kann vielleicht auch destabilisieren und das kann vielleicht auch so sein, dass ich mich nicht mehr kann kontrollieren» (Pos. 64). Dieser Kontrollverlust könne im Herkunftsland z. B. als Besessenheit von Dämonen ausgelegt werden, was mit gesellschaftlichen Sanktionen oder sogar einem Ausschluss geahndet werden könne. Daher grenzt man sich von der Beschäftigung mit den psychischen Problemen ab und sagt, «es ist gottgewollt», um die Situation eines Kontrollverlustes zu vermeiden (ebd.). Im *Kapitel 4.4.1* wird eine weitere Ebene gesellschaftlicher Prägung in Bezug auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen aufgegriffen, die in Familiensystemen wirken können.

#### **4.1.3.2 tragfähige Behandlungsbeziehung**

Das Wissen über unterschiedlichen Vorstellungen und Umgänge mit psychischen Erkrankungen ist nach EX2 wichtig, um einen Zugang zu den Klient\_innen aufbauen und über Vertrauen eine «tragfähige Behandlungsbeziehung» entwickeln zu können (Pos. 18). Ausserdem kann dadurch Verständnis für «verschiedene Sichtweisen des Gegenübers» entstehen (ebd.). Hier findet EX3 es wichtig, dass sich die Fachpersonen «immer wieder lösen» von den eigenen Denkweisen in Bezug auf Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen und «manchmal halt wirklich auch befremdende Erklärungsmuster einfach mal annehmen» (Pos. 60). Dafür braucht es nach ihr «diese Neugier wirklich verstehen zu wollen, wie sie es sich jetzt erklären» (ebd.). So müssen die Klient\_innen ihre eigenen Vorstellungen nicht rechtfertigen. Die dadurch gestärkte Beratungsbeziehung könne ein Ausgangspunkt sein, um gemeinsam «Lücken zur Unterstützung zu finden» (ebd.). Die Sozialberatung forscht dabei nach EX3 bei den Klient\_innen nicht ganz so in die Tiefe wie die Traumatherapie. Dies ist laut ihr eine Stärke, wodurch die Sozialberatung die Klient\_innen bei diesen Themen trotzdem begleitet und wenn sie «genug sicher sind», um in die Tiefe zu gehen, dies dann (wieder) an die Therapie delegiert werden kann (Pos. 62). Auch bei

EX2 wirkt die Soziale Arbeit bei der Psychoedukation mit (EX5, pers. Mitteilung, 14.05.21). Sie betont dabei, dass bei Klient\_innen, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, der Einsatz von Dolmetscher\_innen eine zentrale Rolle spielt, damit diese ein Verständnis für ihre psychische Erkrankung und einen passenden Umgang damit entwickeln können (Pos. 28).

#### **4.1.3.3 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit**

Für EX5 ist ein solches Krankheitsverständnis bzw. «eine gewisse Krankheitseinsicht» und die damit verknüpfte Diagnose wichtig, um passende sozialarbeiterische Lösungen entwickeln zu können (Pos. 48). Z. B. ist eine Zusammenarbeit mit Sozialversicherungen wie der Invalidenversicherung (IV) nicht möglich, «wenn eine Person negiert, dass sie das hat» (Pos. 50). Als eine Umgangsstrategie in dem Zusammenhang sieht sie «ein Konfrontieren ein Stück weit mit dem» und gleichzeitig trotzdem die Beratungsbeziehung aufrechtzuerhalten, was nach ihr «ein schmaler Grat» ist (Pos. 50). Konkret kann versucht werden in einer passenden Situation im Beratungsprozess bewusst einzuhacken, um z. B. für eine IV-Anmeldung zu werben:

*«Und dann könnte man Sie loslösen von der Sozialhilfe. Und wenn Sie dann irgendwann mal von der Sozialhilfe weg sind, dann könnten wir Ihren Aufenthaltstatus durch das verändern» (Pos. 52).*

Dies funktioniert jedoch nur, wenn bei Klient\_innen einer solchen «Argumentation überhaupt folgen können» (ebd.). Eine weitere Möglichkeit ist nach EX5 andere Begrifflichkeiten zu nutzen, um Symptome zu umschreiben, wie z. B. «die bösen Geister, die Sie plagen» bei einer Schizophrenie (ebd.).

#### **4.1.3.4 Rolle des Familiensystems**

EX1 berichtet von einem Fall, in dem sie bei einem Familiengespräch schon im Voraus erwartet hat, dass die Eltern eines Klienten sagen werden: «wir gehen mit unserem Sohn in die Türkei und verheiraten ihn» (Pos. 26). Und genauso kam es dann auch. Die Mutter meinte, dass nach der Heirat die Krankheit verschwinden würde. EX1 berichtet davon, dass viele Klienten «so durch die Familie verheiratet worden» sind (ebd.). Sie sieht diese Praxis sehr kritisch, hat jedoch gleichzeitig versucht im interdisziplinären Team ein Verständnis für die Familien herzustellen, weil «auch wenn wir dagegen sind, das nichts bringt» (Pos. 30). Stattdessen versuchte sie möglichst viel für die Klient\_innen herauszuholen:

*«Ich habe immer gesagt Depotspritze oder regelmässige Arztbesuche müsse er machen, wenn er wirklich heiraten will oder verheiratet werden soll» (ebd.).*

Sie thematisierte im Interview dabei auch das gesellschaftliche Stigma, das teilweise in der Türkei vorherrsche, so sind laut ihr «viele Krankheiten [...] nicht anerkannt» (Pos. 24) und werden als (familiäre) «Schande» angesehen (Pos. 26). Sie findet darum die «öffentliche [Aufklärungs-]Arbeit» im Bereich psychischer Gesundheit sehr wichtig (ebd.). Die könnte z. B. in die Zusammenarbeit mit migrantischen Vereinen oder geistlichen Gelehrten wie Hodschas geschehen, was bis jetzt nur punktuell umgesetzt wurde (Pos. 24).

#### **4.2.4 Vermittlung**

Die Vermittlung zwischen unterschiedlichen Parteien ist für EX2 eine wichtige Rolle der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie. Die Vermittlung kann nach ihr zwei Formen annehmen. Erstens zwischen den Klient\_innen und dem Behandlungsteam oder zweitens zwischen dem sozialen Netz, wie «Ämtern» und den Klient\_innen (Pos. 20). Nachfolgend wird zuerst auf die Vermittlungsarbeit innerhalb der Klinik eingegangen und im Anschluss auf die Vermittlung nach Aussen fokussiert. Bei beiden Ebenen ist es nach EX2 wichtig «Zugang zu schaffen» für die Klient\_innen. Dadurch kann laut ihr eine Vertrauensbasis aufgebaut und die Behandlungsqualität verbessert werden (ebd.).

##### **4.2.4.1 innerhalb der Institution**

EX2 sieht eine die Aufgabe der Sozialen Arbeit darin die Behandlungsteams in «kulturspezifischen Fragen» zu unterstützen (Pos. 16). Wenn z. B. Leute neu anfangen oder es spezifische Fragen gibt, dass die Sozialarbeiter\_innen «auch da vermitteln und beraten können», um damit «kultur- und diskriminierungssensible» Arbeit zu ermöglichen. Das kann auch in Weiterbildungen, Fallbesprechungen und anderen Formen geschehen. EX1 berichtet von einem Beispiel, wo Eltern einer Klientin einen Hodscha, einen geistlichen Gelehrten, für die Heilung ihre psychisch erkrankte Tochter engagieren wollten. Sie fragten dazu EX1 um Rat, die selber Migrationserfahrung hat. Gleichzeitig wollten sie nicht, dass die «Schweizer» Ärzte es erfahren. EX1 versuchte dort zu vermitteln und sie zu bestärken die Information zu teilen, um eine Entfremdung zu vermeiden und eine Basis für mehr Vertrauen zu schaffen. Dafür ist es nach EX1 wichtig, dass die Klient\_innen und Angehörigen merken, «Ja ich werde so akzeptiert», wie ich bin (Pos. 32).

#### **4.2.4.2 ausserhalb der Institution**

Kommen wir nun zur Ebene der Vermittlung zwischen Klient\_innen und externen Stellen. Dies kann verschiedene Formen annehmen. Eine ist die Begleitung von Klient\_innen mit Hemmungen zu solchen externen Stellen beim ersten Besuch, wie z. B. eine spezialisierte Arbeitslosenvermittlung für Menschen mit Zuwanderungs- und Fluchtgeschichte. Dadurch können Kontakte hergestellt und Hürden abgebaut werden (EX2, Pos. 22).

Eine andere Form ist das Vermitteln bei Spannungen zwischen der externen Stelle und den Klient\_innen. So gibt es laut EX3 von Sozialdiensten «sehr viele Vorgaben, Regelungen, was wann wie wo an Integrationsleistungen» gemacht werden muss (Pos. 52). Dies alles einzuhalten kann für die traumatisierten Menschen mit Fluchterfahrung enorm schwierig sein und zu Frustration führen (Pos. 58). Menschen mit Traumata können aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes meistens nicht einen «geradlinigen standardisierten Integrationsweg» gehen, auf was in *Kapitel 4.3.2.5* noch detaillierter eingegangen wird (ebd.). Konkret werden die entwickelten Visionen und Ziele teilweise nicht als «Integrationsleistung gesehen» (Pos. 52). Dies zeigt sich z. B. beim Spracherwerb:

*«Ja der will ja jetzt kein Deutschkurs besuchen. Der soll jetzt endlich ein Deutschkurs besuchen, seine Sprachkompetenzen erwerben und dann können wir ihn nachher ins [Integrations-]Programm geben. Und er will ja arbeiten» (ebd.).*

Der beschriebene Klient funktioniert nach EX3 aber nicht so und ein solches Vorgehen führt nur zu Frust auf beiden Seiten. Hier hat die Sozialberatung «wirklich eine wichtige Übersetzungsleistung» (ebd.). Es geht darum «zu übersetzen, was [...] die zugrundeliegenden Motivationen sind, warum jemand tickt wie er tickt» (Pos. 54). Um beim obigen Beispiel zu bleiben also aufzeigen, dass die Verweigerung des Deutschkurses nicht mit einem fehlenden Integrationswillen zu tun hat. Sondern dass «es nicht in sein Denkmuster rein geht», weil der Klient bisher keine schulische Bildung hatte und ihm daher dieser (biografische) Zugang fehlt, um dies als sinnvollen Schritt für die Integration verstehen zu können (Pos. 54). Bei solchen Situationen müsse laut EX4 auch nach anderen Wegen gesucht werden. Eine Möglichkeit kann z. B. ein «Garteneinsatz» sein, durch den ein Klient einen «Zugang zur Sprache» entwickeln kann (Pos. 55). Dafür sei die Sozialberatung nach EX3 auch auf externe Stellen angewiesen, welche diese alternative Wege auch mittragen und «verstehen, um was, das es geht» (Pos. 58).

#### **4.2.5 Arbeit mit der «Kultur»**

Im *Kapitel 3.4.1* vom theoretischen Ergebnissteil wurden verschiedene Kulturbegriffe in Zusammenhang mit dem Konzept der transkulturellen Kompetenz vorgestellt und diskutiert. Aus Zeitgründen wurde in den Interviews das Kulturverständnis der einzelnen Expertinnen nicht

abgefragt. Gleichzeitig ist der Begriff «Kultur» von allen Befragten häufig genutzt worden, wenn es um die Herstellung von Verständigung geht. Nachfolgend werden exemplarisch einzelne Formen vorgestellt, wie Expertinnen den Begriff «Kultur» in der Praxis verwenden.

#### **4.2.5.1 «Kultursensibilität»**

EX2 versteht unter «Kultursensibilität» Wissen über die Religion und das Herkunftsland der jeweiligen Klient\_innen. Es geht darum zu wissen «was [...] in diesem Land geschieht, was ist vielleicht Geschichte in diesem Land, welche kulturspezifischen Dinge» sind vorhanden (Pos. 16). Dieses Wissen sei für eine angepasste Gesprächsführung und den Vertrauensaufbau zentral (ebd.). Daher werden solche Aspekte auch bei der soziokulturellen Sozialanamnese abgefragt:

*«Mit welchen Kulturen die Personen aufgewachsen sind. Mit der Deutschen und Türkischen, oder mit ganz ganz vielen Kulturen. Zu welcher Kultur die sich dann auch letztendlich zugehörig fühlen» (Pos. 60).*

#### **4.2.5.2 «kulturelle Hürde»**

EX5 sprach von einer «kulturellen Hürde», die sie auch als «kulturellen Gap» benannte, der geschlossen werden sollte (Pos. 58). Damit meint sie z. B. fehlendes Wissen über die Funktionsweise vom Bildungs- und Sozialwesen und wie und wo Informationen dazu beschafft werden können (ebd.). Auch sprach sie in dem Zusammenhang von unterschiedlichen Verständnissen «von Staat und Leben», die über Wissen von den «einzelnen Kulturen» für Fachpersonen zugänglich gemacht werden können (Pos. 42). Dadurch könne laut ihr das Verhalten der Klient\_innen besser verstanden werden. Gleichzeitig sieht sie darin auch Grenzen, da das dazugehörige Wissen unerschöpflich sei. In der Praxis könne man sich diese Erkenntnisse daher «nur aneignen, wenn man mit den Patienten arbeitet» (ebd.).

#### **4.2.5.3 «transkulturell»**

EX3 findet es wichtig «vom Transkulturellen auszugehen» (Pos 71). Sie versteht darunter eine immerwährende «Auseinandersetzung mit dem Fremden» (ebd.). Das «Fremde» ist nach ihrem Verständnis für jede Person etwas anderes und kann wieder situativ wieder eine Veränderung geben», ist also dynamisch (ebd.). Bei den Klient\_innen spielt durch die Migration die Auseinandersetzung mit «dem Fremden» eine wichtige Rolle, denn sie «sind primär mal fremd, wenn sie hierherkommen» (ebd.). Sie findet es in dem Zusammenhang wichtig, sich auch als Fachperson mit den Grenzen im eigenen Denken auseinanderzusetzen und dies auch auf Teamebene zu thematisieren (ebd.).

## 4.2.6 Sozialanamnese

Wie *Kapitel 4.5* zu den Schlussfolgerung des Theorieteils dargelegt wurde, ist die Erfassung der sozialen Situation der Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen ein wichtiger Aspekt im sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess. Bei allen befragten Expert\_innen spielt die Erfassung der sozialen Situation eine Rolle in ihrer Arbeit (EX1, Pos. 50 u. 52; EX2 Pos. 56-64; EX3 und 4, Pos. 36-40; EX5, Pos. 92-94). EX2 entwickelte vor kurzem im Rahmen ihrer Anstellung beim Kompetenzzentrum Migration der Klinik eine soziokulturelle Sozialanamnese mit, welche als Leitfaden bei der Erhebung der sozialen Situation dienen soll (Pos. 58 & 64). Der Leitfaden ist im *Anhang E* dieser Arbeit beigelegt. Neben den klassischen Bereichen Wohnen, Finanzen, Sozialleistungen, schulische und/oder berufliche Situation, Freizeit, soziales Netz (inner- und ausserfamiliär, professionelles Unterstützungssystem) werden gezielt «soziokulturelle Daten» abgefragt (Pos. 60). So wird erhoben, wo die behandelte Person, ihre Eltern und Grosseltern geboren und aufgewachsen sind. Diese umfassende Erhebung ist laut EX2 ganz wichtig, «gerade, wenn es um transgenerationale Traumata geht, Verhaltensweisen oder auch Denkweisen» geht (ebd.). Weitere Fragen beziehen sich auf die Religion und die «Kulturen», mit denen die Klient\_innen aufgewachsen sind. Bei beiden Dimensionen wird auch die Frage der Zugehörigkeit gestellt, da es dort «Herausforderungen gegeben haben» kann (ebd.). Eine weitere Ebene ist das explizite Nachfragen nach (gefühlten) Diskriminierungen und Benachteiligungen. Dies geschieht sowohl allgemein als auch in Bezug auf die schulische und berufliche Situation. Auch eine allfällige Ausbildung im Herkunftsland und eine damit verknüpfte (nicht) vorhandene Anerkennung wird in den Blick genommen (ebd.). Im *Kapitel 4.3.2.4* wird noch mehr auf diesen Punkt eingegangen.

Nach EX2 ist die soziokulturelle Sozialanamnese wichtig, «um auch eine ganzheitliche und individuelle Therapie und Behandlung erzielen zu können. Denn viele Behandlungsmethoden in Deutschland sind eher europäisch ausgestattet, also wenig kulturspezifisch» (Pos. 68). Verbesserungspotential sieht sie bei der aktuell fehlenden Mehrsprachigkeit bei der soziokulturellen Sozialanamnese. Denn Begriffe wie «Erwerbshinderungsrente» oder «Arbeitslosengeld 1» sind für Klient\_innen ohne gute Deutschkenntnisse oft überfordernd (Pos. 64).

### 4.2.6.1 Priorisierung

Bei EX5 wurde vor einigen Jahren ebenfalls ein Verfahren für die Sozialanamnese entwickelt. Dieses hat sich jedoch als «nicht praktikabel im Alltag» erwiesen, u. a. durch die fehlende technische Lösung die Anamnese digital erfassen zu können (Pos. 92). So sei im stationären

Setting aus Zeitgründen vor allem auf ein Hauptproblem fokussiert und der Rest vor dem Austritt triagiert worden. Eine Herausforderung stellt dabei für EX5 das Priorisieren dar:

*«Wenn jemand von akuter Ausschaffung bedroht ist, dann kann man noch lange reden, ob jetzt seine Ehefrau nachgezogen werden kann oder nicht. [...] Also man muss auf das Bedürfnis vom Patienten eingehen, aber man muss auch ganz fest darauf beharren, dass das jetzt nicht das Thema ist. Sondern dass wir irgendwie schauen müssen, dass die Wegweisung aufgehoben wird. [...] Auch hier ist es eine Priorisierung, ein Stück weit von was der Patient am akutesten bedroht ist» (Pos. 94).*

Die Herausforderung der Priorisierung bei der Sozialanamnese war auch bei EX1 ein Thema. Eine Umgangsstrategie war, gemeinsam mit den Klient\_innen, die Themen Schritt für Schritt zu reduzieren. So zum Beispiel zu fragen, was «dann ihre zehn wichtigsten Probleme» sind und im Anschluss diese auf die fünf wichtigsten herunterzubrechen etc. (Pos. 50).

Bei traumatisierten Klient\_innen mit Fluchterfahrung spielt die Priorisierung noch eine andere Rolle. Laut EX4 geht es am Anfang häufig «um die Stabilisierung» der Klient\_innen (Pos. 38). Es stehe daher zuerst eine dringende sozialarbeiterische Intervention im Vordergrund, bevor in aller Ruhe eine Sozialanamnese gemacht werden kann (ebd.). EX3 sieht darin die grosse Herausforderung, nicht in einen «Aktionismus» zu verfallen, da dies «häufig auch Teil [...] von der Traumadynamik» ist (Pos. 39). Und gleichzeitig sich in gewissen Situationen nicht mit diesen Dynamiken beschäftigen zu können, da es zum Beispiel bei «einem Asylverfahren Fristen gibt» und sofort gehandelt werden muss (Pos. 39).

#### **4.2.6.2 «Ko-Abhängigkeiten»**

Die Weiterentwicklung von Werkzeugen für die Sozialanamnese ist in der Institution von EX3 und 4 immer wieder ein Thema. Denn es gibt laut EX3 einen Mangel an geeigneten Instrumenten (Pos. 37). Sie haben eine gewisse Zeit lang mit dem Lebensführungssystem gearbeitet, über das die verschiedenen Ausstattungen in den jeweiligen Lebenswelten erfasst werden können (siehe dazu auch *Kap. 3.1.3*). In ihrer Arbeit haben sie festgestellt, dass es mit diesem Instrument schwierig sei, die komplexen «Ko-Abhängigkeiten zu erfassen» (ebd.). Zum Beispiel beschreibt eine Klientin ihre Finanzsituation als schwierig. Als nächstes sei es dann wichtig genau hinzuschauen und zu versuchen «ein vertiefteres Verständnis» der Dynamik zu bekommen (ebd.). So könne sich auch herausstellen, dass hinter dem Finanzproblem eigentlich ein Beziehungsproblem liegt. Dadurch ergeben sich dann auch andere sozialarbeiterische Interventionen. Diese Suchbewegungen brauchen nach EX3 jedoch oft mehr Zeit, als «man häufig denkt» (ebd.).

### **4.3 Förderung von Perspektiven, Autonomie und beruflicher Integration**

Die Förderung der Selbstwirksamkeit und Autonomie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist bei allen Expert\_innen ein fester Bestandteil ihres sozialarbeiterischen Handelns (EX1, Pos. 50; EX2, Pos. 42; EX3/4, Pos. 51 & 56-57; EX5, Pos. 54). EX2 sieht darin eine Qualität der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. In diesem sei das Medizinische und damit die Diagnose im Fokus, wodurch «der Mensch manchmal komplett verloren» geht, sprich die Klient\_innen vor allem über ihre Krankheit definiert werden (Pos. 54). Daher sei ein ressourcenorientierter Ansatz umso wichtiger: «Wir in der Sozialen Arbeit suchen immer noch, ja was geht dann trotzdem?» (ebd.). Es geht also darum zu schauen, was bei den Klient\_innen «trotz allem noch funktioniert» und «die Leute befähigen Sachen wieder selber zu machen» (ebd.). Dafür können die Entwicklung von Visionen und konkreten Perspektiven (in der beruflichen Integration) hilfreich sein, worauf in den beiden nachfolgenden Kapiteln eingegangen wird. Im dritten Teil wird kurz auf die Bedeutung der sozialen Kontakte bei der Förderung und Aufrechterhaltung von Selbstwirksamkeit und Autonomie eingegangen. Bevor zum Schluss noch die rechtliche Perspektive beleuchtet wird.

#### **4.3.1 Visionen entwickeln**

Im Interviewleitfaden drehte sich eine der Fragen um die Bedeutung von Zukunftsperspektiven im sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess. Es zeigte sich, dass diese bei den meisten Expert\_innen eine wichtige Rolle einnehmen (EX2, Pos. 72; EX3/4, Pos. 51-53; EX5, Pos. 114). Für EX3 geht es dabei zuerst darum, ganz grundsätzlich zu schauen, wie sich die Klient\_innen «denn das Leben hier überhaupt vorstellen» (Pos. 52). Denn sie hat die Erfahrung gemacht, dass dies oft stark abweicht von ihren eigenen Vorstellungen und der Austausch für ein gegenseitiges Verständnis ein wichtiger erster Schritt ist. Es geht also darum gemeinsam mit den Klient\_innen «lernen zu verstehen, woher dass sie kommen» (ebd.). Auf der Basis, was die Klient\_innen «hier sehen», lassen sich dann «die Visionen entwickeln» (ebd.). Diese können sowohl kurz-, mittel- als auch langfristige Ziele beinhalten. Für EX4 stellen solche Zukunftsperspektiven ein «unglaublich wichtiges Instrument im [Arbeits-]Alltag» dar, durch das «über eben Visionen die Leute» erreicht werden können (Pos. 51). Es wird eine Basis geschaffen, in der das Hinarbeiten auf ein gemeinsames Ziel ermöglicht wird (ebd.). Dies zeigt sich auch bei EX5, die ihr Vorgehen folgendermassen beschreibt:

*«Also natürlich ist mir wichtig, was will die Person? Und wenn die Person etwas möchte, dann schauen wir, wo sind jetzt die Schranken? Und wie kann man die passieren? Oder*

*wie kann man die Hürden überwinden? Und dort ist es auch wieder abhängig [von der Frage], was hat man für eine Person vor sich?» (Pos. 114).*

Dabei muss man nach ihr immer «in jedem einzelnen Fall schauen, was realistische Lösungen sind». Sie sieht die Rolle der Sozialen Arbeit in der Vermittlung der Vorstellungen der Klient\_innen und den (realistischen) Möglichkeiten in unserem System, mit dem Ziel, dass sich diese «zumindest [...] annähern, und vielleicht auf einen [gemeinsamen] Weg bringen» lassen (ebd.). Gleichzeitig findet sie es wichtig eine Offenheit zu bewahren für die Ideen der Klient\_innen: «Okay wir versuchen es, so wie Sie es sagen. Wir probieren es einfach einmal.» Also generell die Wünsche der Klient\_innen «sehr stark einzubeziehen» (ebd.).

### **4.3.2 Berufliche Integration**

Die Unterstützung von Menschen mit migrationsspezifischen Herausforderungen im Bereich Arbeit wurde von allen Expertinnen als wichtige sozialarbeiterische Aufgabe in der Erwachsenenpsychiatrie hervorgehoben (EX1, Pos. 6 & 8; EX2, Pos. 52; EX3/4, Pos. 11 & 57; EX5, Pos. 58 & 60). Zuerst wird auf Ressourcen und Herausforderungen in dem Bereich eingegangen, anschliessend mögliche Umgangsstrategien vorgestellt und als Abschluss die Bedeutung der sozialen Kontakte und der rechtlichen Ebene beleuchtet.

#### **4.3.2.1 Unterstützende Wirkung**

Für EX2 kann Arbeit für die Klient\_innen unterstützend sein und ihnen helfen «stabil zu bleiben» (Pos. 52). Die Menschen sind «Teil von einem Team», werden gebraucht, haben eine klare Rolle und Aufgabe (EX4, Pos. 57). Dies muss nicht zwingend mit einem selbstständigen Einkommen zusammenhängen. So berichtet EX3 von Klient\_innen aus dem ambulanten Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung, bei denen durch einen ersten Schritt in die Berufswelt sich enorm viel gelöst hat, was das «Autonomiegefühl betrifft» und dadurch «das Gefühl haben von selber etwas beitragen zu können und gehört zu werden. Und eine Meinung zu haben und diese teilen zu dürfen» (Pos. 56). Und dies obwohl der Einstieg in die Berufswelt (noch) nicht die Abhängigkeit von der Sozialhilfe aufgehoben hat. Diese Erfahrung teilt auch EX1, nach derer die (Arbeits-)Umgebung sehr wichtig ist, spricht die Kolleg\_innen: «wenn man dich ernst nimmt. Oder wie du dich gleichberechtigt fühlst, nicht krank» (Pos. 6). Wenn die Personen also auch Anerkennung bekommen und sich als Teil der Gesellschaft fühlen (Pos. 8). Es ist nach EX1 daher wichtig, dass die Menschen auch mit weniger Stellenprozenten weiterarbeiten können (Pos. 6).

#### **4.3.2.2 Hürden**

Gleichzeitig bringt das Thema Arbeit auch Hürden mit sich. In Bezug auf Menschen mit Fluchterfahrung berichtet EX5 von diversen Herausforderungen bei der beruflichen Integration: Eine «kulturelle Limite, dann sprachliche Limite, Intelligenz ist ja vorhanden, aber vielleicht gab es keine Ausbildung oder schulische Bildung» (Pos. 112). Wenn eine Ausbildung vorhanden ist, wird diese jedoch nicht automatisch anerkannt, worauf im übernächsten *Kapitel 4.3.2.4* genauer eingegangen wird. Als weitere Hürden nennt sie Analphabetismus (Pos. 112) und fehlende Kenntnisse des hiesigen Bildungssystems (Pos. 58). Wenn eine Arbeitsstelle vorhanden ist, wird diese laut EX2 bei Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen oft schnell ein Thema, wenn Belastungen am Arbeitsplatz vorhanden sind. Dies kann z. B. eine Überforderung sein oder der Druck viele Überstunden machen zu müssen (Pos. 80).

#### **4.3.2.3 arbeitsbezogene Beratungen**

In der Klinik von EX2 gibt es von der Sozialen Arbeit das Angebot von «spezifischen arbeitsbezogenen Beratungen» (Pos. 80). Zu Beginn erarbeitet sie sich dabei einen Überblick:

«Was ist da die Schwierigkeit? Wer ist beteiligt an dem Problem? Welche Herausforderungen gibt es? Wie fühlt sich der Patient? Nimmt der die Arbeit mit nach Hause?» (ebd.).

Es wird also mit den Klient\_innen über die Arbeit gesprochen und nach Möglichkeiten gesucht, wie die Situation verändert werden kann, z. B. die Klient\_innen beim Verfassen eines Briefes zu unterstützen, in dem diese den Wunsch nach Teilzeitarbeit mitteilen. Diese sozialarbeiterische Unterstützung ist nach EX2 immer mit Therapeut\_innen koordiniert, um eine «ganzheitliche Therapie» im interdisziplinären Team zu ermöglichen (ebd.). Bei EX5 spielt das Vermitteln eine wichtige Rolle. Z. B. wenn es um das Erklären der Funktionsweise des Bildungs- und Sozialsystems für die berufliche Integration von Menschen mit Fluchterfahrung geht, die erst seit kurzem in der Schweiz leben und in psychiatrischer Behandlung sind. Diese Funktionsweise ist ihrer Einschätzung nach für alle Menschen «eigentlich komplex» (Pos. 58). Bei der erwähnten Gruppe ist die Komplexität durch die psychische Belastung und die Migrationserfahrung nach EX5 jedoch noch eine grössere Hürde. Daher geht es darum «überhaupt das Verständnis zu schaffen, wie es [das System] funktioniert», also die Ausgangslage und Möglichkeiten den Klient\_innen zu vermitteln (ebd.).

#### **4.3.2.4 Anerkennung von Erfahrungen**

Die Anerkennung von schulischer und beruflicher Erfahrung der Klient\_innen ist bei den meisten Expertinnen in den Gesprächen erwähnt worden (EX2, Pos. 60; EX4, Pos. 11; EX5, Pos. 60).

Bei EX2 wird in der Sozialanamnese dieser Punkt bewusst abgefragt und sich mit den Gefühlen und dem Umgang der Klient\_innen bei der fehlenden Anerkennung befasst (Pos. 60). EX5 findet es wichtig, dass «man das auch wertschätzt, was sie gemacht haben im Heimatland» und findet es lohnenswert zu versuchen berufliche und schulische Erfahrungen hier anerkennen zu lassen (Pos. 60). Denn teilweise würde dieser Punkt im (nicht klinischen) Unterstützungsprozess «doch auch mal vergessen» gehen (ebd.). Mit dem sich interessieren für das Gegenüber – «Wer ist diese Person? Was bringt sie mit?» – können Fachpersonen laut EX5 «viel Vertrauen» gewinnen (ebd.). Für eine Anerkennung sind vorhandene Dokumente zentral. Wenn diese fehlen oder die Anerkennung aus anderen Gründen nicht klappt, ist nach ihr das «Abschied nehmen» wichtig (ebd.). Anderenfalls «hängt die Person immer dem nach» und eine berufliche Eingliederung kann erschwert werden (ebd.).

#### **4.3.2.5 Vernetzung**

Die Vernetzung mit externen Institutionen, wie «Migrationsberatung oder kommunalen Stellen», zur Förderung von (beruflichen) Perspektiven ist für EX2 ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit (Pos. 14). Ein Aspekt dabei ist die Unterstützung «auch ausserhalb der Klinik» zu ermöglichen. Für EX3 ist die Sozialberatung bei der (beruflichen) Integration abhängig von der Unterstützung von aussen, wie z. B. «Arbeitgeber, wo Plätze zur Verfügung stellen» (Pos. 58). So spielt auch der Austausch mit der Regelversorgung, wie z. B. Sozialdiensten, in Bezug auf die berufliche Integration eine wichtige Rolle; u. a. da diese «eben häufig an diesen Visionen» der Klient\_innen mitarbeiten und im Endeffekt sie über die Finanzierung entscheiden (Pos. 52). Dabei braucht es oft eine «Übersetzungsleistung» ihrerseits gegenüber der Regelversorgung, da ihre traumatisierten Klient\_innen meistens nicht einen «geradlinigen standardisierten Integrationsweg» gehen können (Pos. 58). Im *Kapitel 4.2.4.2* findet sich mehr zu den Inhalten und der Umsetzung dieser Vermittlungsarbeit mit der Regelversorgung. Wichtig bei dieser Vernetzung ist nach EX3 weiter, dass diese immer mit den Klient\_innen abgesprochen ist. So dass sie Teil des Prozesses sind und sich durch die Mitwirkung das Gefühl entwickeln kann: «Ich kann mitbestimmen. Und ich werde selbstwirksam. Ich werde auch gehört» (Pos. 56).

#### **4.3.3 Soziale Kontakte**

Bei einer teilweisen und/oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung spielen soziale Kontakte eine umso wichtigere Rolle, um die psychische Gesundheit aufrecht zu erhalten. So berichtet EX1 von einer «Freiheitsgruppe», welche die ambulanten psychiatrischen Dienste angeboten haben. Mit dieser wurden u. a. Ausflüge durchgeführt, wie z. B. gemeinsames Picknicken (Pos. 28). Denn Migrant\_innen würden sich durch den Austausch

besser fühlen und es kann ein «Zugehörigkeitsgefühl» entwickelt werden (Pos. 94). Gemeinschaftliche Aktivitäten seien bei Migrant\_innen in dem Sinn spezifisch zu fördern (Pos. 88 & 121). Auch EX2 berichtet von der Wichtigkeit der sozialen Kontakte, wofür die Netzwerkarbeit essentiell sei, damit die Angebote, wie z. B. Kaffees «für persisch sprechende Frauen» bei den Sozialarbeiter\_innen bekannt sind und so an die Klient\_innen weitervermittelt werden können (Pos. 52).

#### **4.3.4 Rechtliches**

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus wird bei vielen Expertinnen als eine Herausforderung in Bezug auf die Zukunftsperspektiven der Klient\_innen benannt (EX2, Pos. 74; EX3, Pos. 12; EX5, Pos. 68 & 98). Dies hat auch Auswirkungen in der sozialarbeiterischen Praxis, in dem z. B. die Anfechtung einer Wegweisung, also die Aufforderung die Schweiz zu verlassen, in kurzer Zeit mit Partnerorganisationen organisiert werden muss. Das sind nach EX5 schwierige Stresssituationen für die Klient\_innen (Pos. 96). Wichtig sei dabei der Fokus auf die Bildung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses, um gemeinsam Schritt für Schritt den Prozess bewältigen zu können (Pos. 98). Durch den hohen Zeitdruck bedarf dies einer «hohen Motivation» und einem klaren «Berufsethos» seitens der Fachperson, um die Klient\_innen professionell unterstützen zu können (Pos. 68). Denn die Situationen können für die Fachpersonen sehr herausfordernd und belastend sein (Pos. 96). In solchen Fällen findet es EX2 wichtig, den Austausch mit den Vorgesetzten zu suchen und auch bei den zuständigen «Organisationseinheiten» innerhalb des Klinikverbundes den Austausch bezüglich möglichen weiteren Handlungsoptionen zu suchen (Pos. 76).

#### **4.4 Familiensystem**

In den Schlussfolgerungen der theoretischen Ergebnisse in *Kapitel 4.5* wurde sichtbar, dass bei der sozialen Dimension der psychischen Gesundheit und Krankheit die Familie oft eine wichtige Rolle im Leben von Menschen mit migrationsspezifischen Herausforderungen spielt. Daher wurde in den Interviews gefragt, inwiefern Angehörige, wie die Familie, in die Behandlung einbezogen werden (siehe Interviewleitfaden im *Anhang A*). EX4 vom ambulanten Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung hat generell die Erfahrung gemacht, dass «bei den meisten Familiensystem [...] irgendeine Systemdynamik [da ist], wo nachher ein Einfluss auf den Therapieerfolg hat» (Pos. 33).

#### 4.4.1 Herausforderungen

Eine Herausforderung ist nach EX4 für viele Klient\_innen die fluchtbedingte Trennung von ihren Familien, was zu erhöhter psychischer Belastung führt, da sie oft nicht wissen, ob und wie ihre Familienangehörigen «jemals hierher [...] kommen können» (Pos. 11). Wenn ein Familiennachzug klappt, «triggert das natürlich nochmals ganz andere Themen, also kommen ganz andere Themen nochmal auf» (EX3, Pos. 34). So hat eine Person, die z. B. schon fünf Jahre hier lebt, Vorgefallenes anders verarbeitet und einen «Integrationsvorsprung». Es kann gleichzeitig auch zu «massiven Vorwürfen» seitens der neu ankommenden Familienmitglieder kommen, die enttäuscht sind, dass der Nachzug so lange gedauert hat oder weil sie im Einwanderungsland unter ihrem im Herkunftsland gewohnten Lebensstand leben müssen (ebd.). Eine weitere Herausforderung für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt nach EX1 die familiären Erwartungen bei Migrant\_innen in Bezug auf den Lebenslauf dar:

*«Dann ein Auto haben, ein Beruf haben, eine Frau. Wenn sie das nicht haben, wie können sie [Menschen mit psychischer Erkrankung] dann nachher einfach IV-Rente haben und mit diesem Geld nachher in einer WG wohnen? [...] Wie können sie dann diese Erwartungen erreichen? Nicht, das müssen sie erkämpfen» (Pos. 86).*

Eine weitere Herausforderung kann sich laut EX4 bei Klient\_innen entwickeln, die in Gesellschaften aufgewachsen sind, in der das (familiäre und gesellschaftliche) Kollektiv eine dominante Rolle einnimmt. Konkret werden die individuellen Bedürfnisse – im Vergleich zu individualistischen Gesellschaften wie der Schweiz – weniger stark nachgefragt, was wiederum Auswirkungen auf die Therapie haben kann. So können Klient\_innen z. B. weniger geübt sein in der Auseinandersetzung mit sich selber und ihren eigenen Bedürfnissen (Pos. 65). Wenn diese Bedürfnisse durch die Therapie wichtiger und in ein kollektivistisch geprägtes Familiensystem getragen werden, plus sich die Person «dort ein Stück weit heraus» emanzipiert, kann dies zu starken Konflikten führen (EX3, Pos. 66). Diese wiederum können sowohl «destabilisierend» für die psychische Gesundheit sein oder bei einer erfolgreichen Emanzipation vom Familiensystem die psychische Gesundheit stärken (ebd.).

#### 4.4.2 Ressourcen

EX1 berichtet, dass bei vielen Migrant\_innen das Familiensystem sehr wichtig ist. Dieses würde psychisch erkrankte Familienmitglieder stark unterstützen und «alles für die Patienten» machen (Pos. 22). So sei es in ihren Herkunftsländern üblich, dass sich die Familie um psychisch erkrankte Mitglieder kümmere und externe Unterstützung werde sehr selten geholt (ebd.). Dabei können auch Schamgefühle eine Rolle haben, die durch die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Krankheit wirken (Pos. 26).

Ganz konkret können Angehörige eine wichtige Funktion bei der Begleitung der Klient\_innen einnehmen. Sei es, dass sie die Klient\_innen zu einer Selbsteinweisung begleiten, um z. B. hohe Kosten für eine Ambulanz zu vermeiden, wenn keine Notwendigkeit für ihren Einsatz besteht (EX1, Pos. 20). Oder bei der Begleitung zu wichtigen externen Terminen, wie z. B. bei einer Schlichtungsbehörde, wenn die Fachperson der Sozialen Arbeit gerade keine Kapazitäten hat (EX5, Pos. 78). Auf weitere Ressourcen wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen, in dem auf den Einbezug der Angehörigen in die Behandlung eingegangen wird.

#### **4.4.3 Einbezug in die Behandlung**

Bei allen befragten Expertinnen spielt der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung eine wichtige Rolle (EX1, Pos. 24; EX2, Pos. 56; EX3/4, Pos. 33-35; EX5, Pos. 70). So argumentiert EX5, dass sie systemisch arbeitet und es in dem Sinne Abhängigkeiten von den verschiedenen Systemen gibt, deren Einbezug sie als grundsätzlich notwendig erachtet (Pos. 70). Wichtige Formen des Einbezuges sind Familiengespräche (EX2, Pos. 40; EX5, Pos. 74).

##### **4.4.3.1 Familiengespräche**

###### *Allgemeines*

Beim Einbezug der Angehörigen, z. B. in Form von Familiengesprächen, ist es nach EX2 grundsätzlich wichtig, die Klient\_innen ins Zentrum zu stellen. Konkret heisst dies immer nach dem Einverständnis zu fragen, «ob [der\_die Klient\_in] überhaupt gewillt ist, dass Familienangehörige oder andere Personen anwesend sind» (Pos. 42). So kann ein Einbezug auch Schwierigkeiten mitbringen, wenn dadurch eine Klientin z. B. «potentiell der Gefahr ausgesetzt ist retraumatisiert oder traumatisiert zu werden, also eine sekundäre Traumatisierung» zu erfahren (EX5, Pos. 70). In diesem Fall würde EX5 den Einbezug vermeiden (ebd.). In der Vorbereitung sollten nach EX2 mit den Klient\_innen über die familiäre Situation gesprochen werden. Konkret z. B. die «jeweiligen Rollen innerhalb der Familien», wodurch (familiäre) Herausforderungen und Potentiale sichtbar werden können (Pos. 46). An dieser Vorbesprechung sollten mit den Klient\_innen die Themen angeschaut werden, die am Gespräch angesprochen werden sollen (Pos. 42).

###### *Bildungsarbeit*

Ein wichtiges Thema in den Familiengesprächen ist die Bildungsarbeit:

*«Zum Beispiel Psychoedukation, also aufklären über Krankheitsbilder, aufklären über das soziale System, aufklären über rechtliche Abläufe. Das man das in einem Gespräch macht. Und nicht drei Mal erklärt. Das finde ich sehr sinnvoll» (EX5, Pos. 78).*

Durch das Erklären soll Verständnis erzeugt werden für die psycho-soziale Situation der Klient\_innen (ebd.). Dies ist nach EX2 sehr wichtig, denn das bessere Verständnis der Angehörigen über die Erkrankung und die daraus folgenden Verhaltensweisen, kann «dem Patienten oder der Patientin die Möglichkeit bieten, dass es ihm besser geht» (Pos. 46). Die Bildungsarbeit kann auch Herausforderungen mit sich bringen. Zum Beispiel bei Klient\_innen mit chronischen Schmerzstörungen, bei denen es keinen somatischen Befund gibt. So berichtet EX2, dass bei der psychoedukativen Arbeit «vielleicht auch nochmal Konflikte irgendwie aufkochen können» (Pos. 46). Hier würden sich Folgegespräche dazu eignen, um dies adäquat auffangen zu können (ebd.).

### *Integration des sozialen Umfeldes*

Neben der Psychoedukation sei auch die Integration des sozialen Umfeldes in die Unterstützungsmöglichkeiten für die Klient\_innen zentral (EX2, Pos. 46). Auch bei EX5 wird ein Fokus auf die Frage des Einbezugs des sozialen Netzes gelegt:

*«Was kann jeder leisten? Dann geht es auch wieder darum die Leute zu befähigen. Und vielleicht der betroffenen Person zu sagen, «schau, du hast Leute, die dich unterstützen.» Und das stärkt die Person» (Pos. 74).*

Im obigen Kapitel 4.3.2 Ressourcen wird dazu auf zwei konkrete Beispiele eingegangen. EX1 hob bei der Frage vom Einbezug der Angehörigen zusätzlich die Rolle von migrantischen Organisationen, wie Vereine und Hodschas hervor (Pos. 24).

### *Herausforderungen*

Eine weitere Herausforderung in Familiengesprächen ist das Ansprechen von Themen, bei der die Klient\_innen «sehr grosse Hemmungen» haben (EX2, Pos. 48). Dies kann z. B. erlebte sexualisierte Gewalt sein, die in «verschiedenen Familienkonstruktionen vielleicht anders angesehen beziehungsweise anders damit umgegangen» wird (ebd.). Dies führe zu starken Unsicherheiten bei den Klient\_innen und teilweise auch zum Gefühl der Familie nicht «zur Last fallen» zu wollen (ebd.).

Eine grosse Herausforderung sieht EX5 in der Konfrontation «mit so einem patriarchalen System» in Familiengesprächen (Pos. 80). Zum Beispiel wenn ein stabiles Arbeitsbündnis mit einer Klientin aufgebaut werden konnte und diese den Wunsch äussert Arbeiten zu gehen, was alle im Behandlungsteam befürworten, da es helfen würde sie zu stabilisieren. Der Ehemann will zwar auch, dass seine Frau wieder gesund wird, hat jedoch Mühe, wenn sie arbeiten geht. Hier müsse die Soziale Arbeit eine «kulturelle Leistung erbringen, um trotzdem die Person mit ins

Boot zu holen», was eine zusätzliche Zeitinvestition nach sich zieht (ebd.). Konkret geht EX5 dabei folgendermassen vor:

*«Also bewähren tut sich immer, wenn man es direkt anspricht. Und fragt, was sind die Ängste und Bedenken. Und dann [...] Erstens mal ernst nehmen. Und dann versuchen die Besorgnis abzubauen» (Pos. 82).*

#### **4.4.3.2 Beratung für Angehörige**

Durch Familiengespräche kann potentieller Unterstützungsbedarf für die Angehörigen selber sichtbar werden (EX2, Pos. 46). So werden daraus heraus manchmal Einzelgespräche organisiert, in dem das psychische Wohlbefinden der Angehörigen selber mit ihnen genauer besprochen wird und allfällige Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert werden (ebd.). Auch beim ambulanten Therapieangebot für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung finden solche Beratungen für Angehörige statt (EX3, Pos. 34). Vor allem bei Familien mit Kindern, werden diese eng durch die Sozialberatung begleitet und unterstützt.

#### **4.4.3.3 Trialog**

Eine weitere Form, um in den Austausch mit Angehörigen zu kommen, ist der Trialog (EX1, Pos. 24). Dies ist eine öffentliche Veranstaltung, in dem Klient\_innen, Fachpersonen und Angehörige zusammen ins Gespräch kommen und gemeinsam voneinander lernen sollen:

*«Ich habe sehr viel dort gelernt von den Anderen. Auch die Fehler, was ich gemacht habe [...]. Dort habe ich dann mich wirklich mit diesen Sachen konfrontiert. «Aha, ich habe das auch falsch verstanden oder ich habe wenig gemacht» (ebd.).*

### **4.5 Traumasensibles Handeln**

Wie bereits mehrfach erwähnte wurde, arbeiten die Expertinnen 3 und 4 in der Sozialberatung eines ambulanten Therapieangebots für traumatisierte Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung in der Deutschschweiz. Durch die Spezialisierung des Angebots auf diese Klient\_innen ging ich davon aus, dass sich die Expertinnen ein gewisses Spezialwissen im Bereich Traumatisierung und Flucht erarbeitet haben. Daher wurde dies im Interview spezifisch abgefragt (siehe *Anhang B*). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Beziehungsgestaltung spezifische Anforderungen an die Fachpersonen stellt, worauf im ersten Teil eingegangen wird. Im Anschluss wird auf die Traumadynamik eingegangen und zum Schluss kurz die Frage der Trennung von sozialarbeiterischen und traumaspezifischen Themen beleuchtet.

### 4.5.1 Beziehungsaufbau

Der Beziehungsaufbau nimmt nach EX4 bei «traumatisierten Menschen [...] sehr viel Zeit in Anspruch». Für EX3 hängt dies damit zusammen, dass es für diese Menschen schwierig ist «überhaupt in Beziehung zu treten, zu trauen sich bei jemandem zu öffnen» (Pos. 12). Das erklärt sie sich wiederum «vor allem auch durch das, was sie erlebt haben», sprich die durchgemachten Traumatisierungen (ebd.). Zusätzlich erschwerend für die Entwicklung einer Beratungsbeziehung sind die begrenzten Deutschkenntnisse (ebd.). Wie im *Kapitel 4.2.2.1* dargelegt, nehmen Dolmetscher\_innen hier eine wichtige Rolle ein, um diese Schwierigkeit möglichst gut ausgleichen zu können. Für den sozialarbeiterischen Beratungsprozess ist nach EX3 eine tragfähige Beziehung, in derer sich die Klient\_innen «genug sicher» fühlen u. a. darum zentral, weil erst diese die Bearbeitung von Themen ermöglicht, welche auch mit Scham oder Verletzungen verknüpft sind (Pos. 12). Ein weiterer Vorteil einer starken Beratungsbeziehung ist nach EX4 die Stimmungen in Gesprächen besser einordnen zu können. Diese können bei diesem Klientel sehr wechselhaft sein, z. B. in einer Woche stark «angespannt», in der Folgewoche dann wieder «antriebslos» (Pos. 46). Dies richtig einzuordnen und dadurch auch (besser) einschätzen zu können, wann Unterstützung von der Therapie dazu geholt werden soll, ist abhängig von einer tragfähigen Beratungsbeziehung (ebd.). Im folgenden Kapitel wird genauer auf die Traumadynamik und den Umgang damit eingegangen. Dort wird noch näher auf spezifisch damit zusammenhängende Beziehungsaspekte eingegangen.

### 4.5.2 Traumadynamik

Wenn es um die Arbeit mit traumatisierten Menschen geht, spielt die Traumadynamik eine wichtige Rolle (EX3, Pos. 24). Damit verknüpfte sind Rollenzuschreibungen die abhängig sind von der «Überlebensstruktur» der traumatisierten Personen (ebd.). In Beratungsgesprächen kann sich also «immer wieder etwas auch [...] [unbewusst] reinszenieren»:

*«[...] jetzt bin ich immer irgendwie die, die es nicht recht macht und Täterin ist und auch noch schlechte Nachrichten bringt [...]» (ebd.).*

Diese zugeschriebene Rolle seitens der Fachperson zu übernehmen kann laut ihr auch «sehr hilfreich sein», um sie anschliessend zu bearbeiten (ebd.). Dies müsse jedoch bewusst geschehen, damit «man dort wach bleibt und allenfalls auch reflektiert». Dazu ist nach EX3 auch der Austausch und die Reflexion im Behandlungsteam zentral:

*«Wo macht es Sinn? Wo ist es schwierig? Wo übernehmen wir etwas, wo nicht gesund ist? Wo gehört es wieder zum Klient, zur Klientin zurückgetragen? Und wo gehts mal daraus zu beobachten, was damit passiert und was die Rollen beinhalten?» (ebd.).*

Ein weiterer Aspekt im Umgang damit ist nach EX3 ein gewisses Verständnis von Verhaltensweisen. Sie geht davon aus, dass «grundsätzlich alles [Verhalten] irgendwann einen Sinn gemacht hat» und dies «häufig auch eine Überlebensstruktur geworden ist, die das Überleben gesichert hat» (Pos. 42). Dabei können gewisse Aspekte bewusst sein, andere jedoch auch nicht. Sie findet es daher wichtig, dass Fachpersonen eine Offenheit haben «für das Verhalten oder die Art wie sich jemand in eine Beratungsbeziehung rein gibt» (ebd.). Zusätzlich betont sich die Wichtigkeit immer einen «Forschergeist» beizubehalten:

*«Also zu schauen, was bringt mir die Person entgegen. Vielleicht ist es total viel Misstrauen. Das ich sage, ja ich nehme das jetzt mal nicht einfach persönlich. Sondern das hat vielleicht wirklich mit der Erfahrung zu tun, dass dies mal wichtig gewesen ist» (ebd.).*

Dieser forschende Blick braucht eine gewisse Wachheit und kann zusätzlich auch «kulturelle» oder «genderspezifische» Ebenen miteinbeziehen (ebd.). Der Beziehungsaufbau und der damit verbundene Blick auf das «Psychodynamische, Verhaltensgesteuerte» braucht gleichzeitig «viel mehr Zeit», welche sie in der Sozialberatung aufgrund einer geringeren Fallbelastung haben, aber z. B. auf Sozialdiensten kaum vorhanden ist (ebd.).

#### **4.5.2.1 Transparenz und Wiedergutmachung**

Eine andere sehr wichtige Ebene bei Klient\_innen mit Traumatisierungen ist nach EX3 das Herstellen von Transparenz:

*«Wiederholen, wieder erklären. Schauen, ist es angekommen. Wirds verstanden. Ah, es wird missverstanden. Und das kann halt echt sein, dass man etwas 10-mal, 20-mal, weiss nicht wie viel manchmal muss erzählen» (Pos. 49).*

So sollte man sich nach EX3 die Zeit dafür nehmen und dabei immer die eigene Motivation als Fachperson im Unterstützungsprozess zu erklären, damit auch diese Handlungen für die Klient\_innen nachvollziehbar sind. Dafür ist dann die Arbeit mit Dolmetscher\_innen sehr wichtig, die nach EX3 teilweise im Sozialwesen so zu wenig umgesetzt wird (ebd.).

Ein Grund dafür «Klarheit zu schaffen und Zusammenhänge zu vermitteln» ist Misstrauen entgegenwirken. Daher ein Gefühl von «ich werde nicht gerecht behandelt», von «Wiedergutmachung», vermeiden entstehen zu lassen:

*«Mir ist so schweres erfahren, jetzt müsst ihr einfach schauen, dass es wieder gut kommt» (ebd.).*

Diese Dynamik zeigt sich laut EX3 häufiger bei traumatisierten Menschen. Hier ist es laut ihr auch wichtig transparent zu machen was für eine Rolle die Sozialberatung einnimmt:

*«[...] was kann ich leisten und was kann ich nicht leisten. So ein Schicksal kann ich nicht wiedergutmachen. [...] Und dort wieder klar zeigen, wo das wir zusammen auf dem Weg sein können und wo nicht» (ebd.).*

#### **4.5.3 Trennung von sozialarbeiterischen und traumaspezifischen Themen**

Wie in den obigen Kapiteln deutlich geworden ist, spielen bei den Expertinnen 3 und 4 traumaspezifische Themen auch im sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess eine wichtige Rolle. Auch EX5 hat sowohl in ihrer Erfahrung in einem stationären Spezialangebot als auch in ihrer aktuellen Arbeit in einem Ambulatorium regelmässigen Kontakt mit traumatisierten Klient\_innen mit Fluchterfahrung. Sie sieht es grundsätzlich als sinnvoll an, «in der klinischen Sozialen Arbeit sozialarbeiterische Themen und traumaspezifische Themen zu trennen» (Pos. 100). Eine Einschätzung, die bei den Expertinnen 3 und 4 so nicht zu finden ist. Wenn traumaspezifische Themen aufkommen, versucht EX5 diese aufzufangen – «dass man es validiert, dass man empathisch ist» – und gleichzeitig diese Bedürfnisse «ein wenig aufzuschieben». Die Behandlung der traumaspezifischen Bedürfnissen seien Aufgabe der Therapeut\_innen und durch das Aufschieben könne man sich auf die sozialarbeiterischen Themen konzentrieren. Diese Dynamik zu meistern findet sie «wirklich schwierig» und wenn eine vertrauensvolle Beratungsbeziehung vorhanden sei, gelinge dies «natürlich auch immer viel besser» (ebd.) Das beschriebene Vorgehen hängt laut ihr auch damit zusammen, dass das Zeitfenster mit Dolmetscher\_innen begrenzt ist und daher ein gewisser Effizienzdruck bestehe (ebd.).

#### **4.6 Institutionelle Ebene**

Aufgrund von knappen zeitlichen Ressourcen bei den Interviews wurde die institutionelle Ebene nur kurz am Schluss der Interviews abgefragt (siehe Leitfaden im *Anhang A*). Die Ergebnisse sind thematisch entlang der Themen Weiterbildung, transkulturelle Öffnung und Versorgung gegliedert.

##### **4.6.1 Weiterbildung**

Drei der Expertinnen hoben die Wichtigkeit von Weiterbildungsangeboten für die Arbeit mit Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen hervor (EX1, Pos. 20 & 116; EX2, Pos. 22, 38 & 76; EX3, Pos. 71). EX1 wünschte sich von der Institution mehr finanzielle Mittel für

die Weiterbildung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit (Pos. 116). Diese seien im Vergleich zum ärztlichen Personal marginal (ebd.). Weiter versuchte sie auch Weiterbildungen für die Klient\_innengruppe zu organisieren, z. B. von der Rheumaliga, die diverse Angebote für Schmerzpatient\_innen hat (Pos. 20). Bei EX2 geben Fachpersonen der Sozialen Arbeit auch innerhalb der Klinik Weiterbildungen. Sei es im Bereich von «Inputs, Workshops, [...] Fallbesprechung» oder der fallspezifischen Beratung (Pos. 22). Sie sieht diese Arbeit als Unterstützung einer «inter- oder transkulturellen Öffnung» (ebd.), auf die im Folgekapitel genauer eingegangen wird. Als weitere Möglichkeiten zum Austausch über migrationsspezifische Themen nennt sie team- und fallbezogene Supervisionen und der Austausch mit den Vorgesetzten (Pos. 38, 76 & 94). Dabei betonte sie die Wichtigkeit von «festen Teamzeiten [...], um solche Themen auch zu besprechen» (Pos. 22). Dem schliesst sich EX3 an, die sich einen regelmässigen Austausch dazu wünscht. Dieser Raum für Austausch sollte eine gewisse Sicherheit bieten, auf Teamebene die eigenen Grenzerfahrungen «im Zusammenhang mit migrationsspezifischen Themen» thematisieren und reflektieren zu können (Pos. 71).

#### **4.6.2 Transkulturelle Öffnung**

Wie im vorherigen Kapitel bereits thematisiert, ist für EX2 Weiterbildung ein wichtiger Teil der «transkulturellen Öffnung», der im Rahmen des Klinikverbundes stattfindet. Weitere Ebenen sind die Integrationsbeauftragten, die es in jeder Klinik vom Verbund gibt, dann das «Kompetenzzentrum Migration» und diverse Arbeitsgruppen (Pos. 82). EX2 ist neben der Arbeit auf der Abteilung auch als Integrationsbeauftragte aktiv und im erwähnten Kompetenzzentrum angestellt. Sie sieht beim Thema Migration «wirklich Dynamik drin» in der Klinik und betont die Wichtigkeit vom Rückhalt auf Ebene der Klinikleitung (ebd.). Als konkrete Projekte nennt sie den Ausbau von muttersprachlichen Materialien, die Entwicklung der soziokulturellen Sozialanamnese (ebd.) und die Beschilderung im Klinikalltag in mehreren Sprachen und mit Piktogrammen (Pos. 84). Letzteres, damit sich auch Analphabet\_innen sich freier in der Klinik bewegen können (Pos. 98).

Neben der Mitarbeit bei solchen Projekten ist die Aufgabe der Integrationsbeauftragte die generelle «kontinuierliche Weiterentwicklung des Klinikkonzeptes» (Pos. 86). So werden sie auch von der Klinikleitung stetig dafür hinzugezogen (Pos. 82). Eine weitere Ebene ist die Arbeit in verschiedenen klinikinternen als auch klinikexternen Gruppen, wie auf Ebene der Gemeinden. Des Weiteren sind sie Ansprechpersonen für Mitarbeiter\_innen bei migrationsspezifischen Fragestellungen (ebd.). Es gibt immer zwei Integrationsbeauftragte pro Klinik, die sich aus einer

Person des ärztlichen Personals und einer vom «Sozial- und Erziehungsdienst» oder der Pflege zusammensetzt (Pos. 90). Die Soziale Arbeit kann, aber muss nicht zwingend, vertreten sein. Beim «Kompetenzzentrum Migration» sind die oben erwähnten Projekte Teil ihrer Arbeit. Dazu kommen auch die Organisation von Weiterbildungen zu «migrationsspezifischen» und «kulturspezifischen» Themen (Pos. 92). Auch gibt es Fallberatungen und eine enge Zusammenarbeit mit den Integrationsbeauftragten (ebd.).

### **4.6.3 Versorgung**

Die Wichtigkeit einer gut ausgebauten psycho-sozialen Versorgung wurden von mehreren Expertinnen betont (EX1, Pos. 50; EX3, Pos. 72; EX4, Pos. 72 & 75; EX5, Pos. 120). Im ersten Teil wird auf die Versorgung von traumatisierten Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung eingegangen. Im Anschluss werden weitere Aspekte der ambulanten Versorgung aufgegriffen.

#### **4.6.3.1 traumatisierte Menschen**

EX4 stellt mangelnde Sensibilisierung für die Bedürfnisse von traumatisierten Menschen mit Folter- und/oder Fluchterfahrung auf der politischen Ebene fest (Pos. 72). So können laut ihr nur ein Bruchteil der traumatisierten Menschen in das ambulante Therapieangebot kommen. Dies hänge u. a. mit «viel zu wenig» Therapieplätzen (Pos. 75) und den politischen Rahmenbedingungen zusammen (Pos. 72). Auch EX5 berichtet von einer mangelnden Versorgung, so gibt es laut ihr bei einem ähnlichen Angebot wie bei EX3 und 4 lange Wartelisten (Pos. 120) und das Angebot der Spezialstation, die sich u. a. auf traumatisiert Klient\_innen mit Fluchterfahrung spezialisiert hat, wurde aufgehoben (Pos. 124-126). Als weitere Schwierigkeit nennt EX3 die Lebensbedingungen in Kollektivunterkünften, die es für traumatisierte Menschen aufgrund der engen Platzverhältnisse stark erschweren zur Ruhe kommen und «Sicherheit entwickeln» zu können (Pos. 73). Auch auf weiteren Ebenen der aktuellen Organisation des Asylwesens gibt es nach EX4 «ganz viel retraumatisierende Situationen, die eigentlich verhindert werden könnten» (Pos. 74). Ergänzend dazu spricht sich EX3 für einen Ausbau von Angeboten für die Früherkennung aus, um «langfristige Chronifizierung» vermeiden zu können (Pos. 78).

#### **4.6.3.2 ambulanten Angebote**

EX1 spricht sich für eine generelle Erweiterung von ambulanten Angeboten aus, um nach dem Abschluss der stationären Behandlung den Übergang fließender gestalten zu können. Konkret meint sie damit Angebote wie «Kunsttherapie, Ergotherapie» oder «Bewegungstherapie» (Pos.

50). Zusätzlich sieht sie eine Notwendigkeit im Ausbau von gemeinschaftlichen Aktivitäten für psychisch erkrankte Menschen, wie eine Wandergruppe (Pos. 121).

Eine weitere Möglichkeit den Übergang von der Klinik in den Alltag besser zu strukturieren ist nach EX1 eine Psychiatrie-Spitex, also eine Fachperson, die ein- bis zweimal in der Woche ein Hausbesuch macht (Pos. 94). Hier sieht sie Handlungsbedarf in Bezug auf das Angebot von muttersprachlichen Fachpersonen, die bisher sehr schwierig zu finden sind (Pos. 103). Auch EX2 berichtet von der Schwierigkeit für das Angebot des «ambulant betreuten Wohnens» passende muttersprachige Angebote zu finden (Pos. 12).

## **5 Diskussion der Ergebnisse**

Nach der Erarbeitung der empirischen und theoretischen Ergebnisse werden nachfolgend einzelne Punkte diskutiert. Das Ziel des Diskussionsteiles ist nicht Dinge zusammenzufassen, sondern Zusammenhänge über die bereits dargestellten Ergebnisse heraus zu diskutieren. Dies wird zuerst auf der Ebene der Verständigung gemacht, worauf anschliessend auf die soziale Dimension von Gesundheit fokussiert wird. Abschliessend werden institutionelle und politische Rahmenbedingungen in den Blick genommen.

### **5.1 Verständigung**

Der empirische Teil hat aufgezeigt, dass Verständigung eine zentrale Rolle in der Arbeit mit Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen in der Erwachsenenpsychiatrie einnimmt (*Kap. 4.2*). Nachfolgend werden in Bezug auf den Einsatz von Dolmetscher\_innen, bei der Frage vom Verhältnis von Interaktion zu «Kulturwissen», zu Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und zur Vermittlung verschiedene Aspekte der Verständigung diskutiert.

#### **5.1.1 Dolmetscher\_innen**

Die Bedeutung von «interkulturellen» Dolmetscher\_innen wurden von allen Expertinnen hervorgehoben (*Kap 4.2.2*). Diese Hervorhebung und die Ausführungen der Expertinnen zu den zentralen Punkten, die beim Einbezug von übersetzenden Personen zu beachten sind (ebd.), decken sich weitestgehend mit der in *Kapitel 3.3.3* dargestellten Theorie zum Thema. Eine gewisse Differenz gab es beim Punkt der «kulturellen» Übersetzungsleistung. So hob Kluge (2018) – genau wie die Expertinnen – die Bedeutung dieser Ebene der Übersetzung hervor. Gleichzeitig thematisierte sie die Problematik der Kulturalisierung durch den Einzug von

«kulturellem Wissen» der Dolmetscher\_innen (*Kap. 3.3.3*). Diese Schwierigkeit wurde bei den Expertinnen nicht aufgegriffen (*Kap 4.2.2*).

### **5.1.2 Interaktion statt «Kulturwissen»**

Im folgendem Abschnitt soll es im Anschluss an die obigen Ausführungen um den Kulturbegriff gehen. Bei allen Expertinnen spielte dieser eine wichtige Rolle (*Kap. 4.2.5*). So arbeitet EX2 mit dem Begriff «kultursensibilität» und meint damit die Berücksichtigung von länder- und «kulturspezifischen» Merkmalen und in der Behandlung (*Kap. 4.2.5.1*). EX5 verwendet den Begriff ähnlich, gleichzeitig sieht sie diesem «Kulturwissen» auch gewisse Grenzen gesetzt, da es unerschöpflich sei und sich das Wissen eigentlich primär über die Interaktion mit den Klient\_innen entwickelt wird (*Kap. 4.2.5.2*). Durch diese Interaktion entsteht transkulturelles Erfahrungswissen, wie es im *Kapitel 3.4.2.3* genauer beschrieben wurde. Die Erfahrung von EX5 scheint aber noch mehr zu zeigen, denn es wird ein gewisses Spannungsfeld in der Arbeit mit «Kultur» sichtbar. Zum einen ist Hintergrundwissen, das auch kulturelle Aspekte abdeckt, wichtig (ebd.). Zum anderen sollte nach Domenig (2007) jedoch immer die Interaktion mit den weiteren Dimensionen Selbstreflexion und narrativer Empathie im Zentrum stehen, um transkulturell kompetent handeln zu können. Dabei wird also nicht «Kulturwissen», sondern mit den Erzählungen und subjektiven Perspektiven der Klient\_innen gearbeitet (*Kap. 3.4.2*). Auch Heinz und Kluge (2018) betonen eine Zunahme der Wichtigkeit der kommunikativen Ebene in Abgrenzung zum «informierten Expertenwissen» über «Kulturen» (*Kap. 3.3.4.2*). Diese transkulturelle Herangehensweise findet sich dann auch bei EX3, die neben der individuellen Reflexion auch die Wichtigkeit der Reflexion auf Teamebene betont (*Kap. 4.2.5.3*). Dieses uneinheitliche Bild gibt einen Hinweis darauf, dass auch in der Praxis der Sozialen Arbeit sich teilweise diffuse und sich widersprechende Vorstellungen von «Kultur» finden lassen.

### **5.1.3 Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen**

Die empirischen Ergebnisse konnten aufzeigen, dass der Umgang mit unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen auch für die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle einnimmt in der Erwachsenenpsychiatrie (*Kap. 4.1.3*). EX3 berichtet davon, dass sie versucht bei für sie «befremdenden» Vorstellungen von psychischer Krankheit diese anzunehmen und die «fremde» Perspektive zu verstehen. Über diese Anerkennung der Klient\_innen könne die Beratungsbeziehung gefestigt werden, dank der die Klient\_innen trotz der Spannung unterstützt werden können (*Kap. 4.1.3.2*). Dieses Vorgehen kann auch als Stärkung der «subjektiven» *illness*-Perspektive übersetzt werden (*Kap. 3.3.4*). Das Vorgehen der Expertin ist also

anschlussfähig an Zielke-Nadkarnis' (2007) Ansatz, über Aushandlungsprozesse eine bessere Übereinstimmung von *illness* und *disease* herstellen zu können und dadurch eine bessere Integration der *illness*-Erklärungsmodelle in die Behandlung zu ermöglichen (Kap. 3.3.4.1). Auch bei EX5 nimmt das Krankheitsverständnis eine bedeutende Rolle ein, wobei sie zusätzlich die Wichtigkeit einer «gewissen Krankheitseinsicht» und der Diagnose betont (Kap. 4.1.3.3), also die «objektive» *disease*-Perspektive in den Vordergrund rückt (Kap. 3.3.4). Die Diagnose ist wichtig, weil es laut EX5 erst dadurch ein Anrecht auf weiterführende Unterstützung, wie z. B. eine Invalidenrente, gibt (Kap. 4.1.3.3). Die im Kapitel 3.3.4 beschriebene stärkere Bedeutung von *disease* gegenüber *illness* im Gesundheitswesen hat also auch direkte Auswirkungen auf den sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess. Das Beispiel zeigt ein Spannungsfeld auf, in dem sich die Soziale Arbeit in der Psychiatrie generell befindet: Zum einen will sie die Perspektive der Klient\_innen über partizipative Prozesse stärken, um (funktionale) Gesundheit zu ermöglichen (Kap. 3.1.2, 3.1.4 & 4.3). Auf der anderen Seite ist sie Teil des Gesundheitswesens und seiner (medizinischen) Logiken. Die Soziale Arbeit kann sich jedoch in diesem Spannungsfeld durch Vermittlungsarbeit bewegen, um Verständigung zwischen Klient\_in und «unserem System» herzustellen (Kap. 4.3.1 & 4.3.3), konkret z. B. die *illness*- und *disease*-Perspektive über die Erklärung der Vorteile einer IV-Anmeldung einander annähern zu versuchen (Kap. 4.1.3.3). Die beiden Beispiele zeigen auf, dass die Soziale Arbeit verschiedene Zugänge wählen kann, um eine bessere Übereinstimmung von *illness* und *disease* herzustellen.

#### **5.1.4 Vermittlung**

Durch die Auswertung der Expertinneninterviews konnte aufgezeigt werden, dass Vermittlung ein spezifisches Werkzeug der Sozialen Arbeit für die Unterstützung von Klient\_innen mit migrationsspezifischen Belastungen in der Erwachsenenpsychiatrie ist (Kap. 4.2.4). Dies ist eine neue Erkenntnis, da sich das weder vom Forschungsstand noch aus der Theorie direkt ableiten lässt. Im empirischen Teil wurden zwei Formen der Vermittlung skizziert, welche die Soziale Arbeit bearbeitet: 1. zwischen Klient\_in und Behandlungsteam und 2. zwischen sozialem Netz und Klient\_in (ebd.). Die zweite Variante kann auch verallgemeinert als zwischen Individuum und System(en) betrachtet werden. Diese Abstraktion hat den Vorteil, weitere Dynamiken sichtbar machen zu können. So wird neben den Beispielen von Kapitel 4.2.4 auch beim Einbezug der Familiensysteme in die Behandlung seitens der Expertinnen über die wichtige Rolle der Vermittlungsarbeit berichtet (Kap. 4.1.3.4 & 4.4.3.1). Was bei beiden Formen und allen Beispielen auffällt, ist die Ausrichtung der Vermittlung. Diese hat immer die Funktion neue Zugänge zu schaffen oder bestehende aufrechtzuerhalten. Diese Funktion kann auch als «Teilnahme und Teilhabe» und dem damit verknüpften Element Partizipation im Modell der

funktionalen Gesundheit übersetzt werden, das als einer der fünf Faktoren Gesundheit modelliert (Kap. 3.1.2). Ebenfalls durch die Stärkung der Zugänge wird eine «Verbesserung der psycho-sozialen Passung» von Klient\_in und Umwelt hergestellt (Kap. 3.1.1), was eine Form der Bearbeitung der sozialen Dimension psychischer Krankheit darstellt (Kap. 3.1.3). Durch diese Verknüpfungen lässt sich auch auf theoretischer Ebene eine Zuständigkeit der klinischen Sozialen Arbeit (in der Psychiatrie) für diese Vermittlungsarbeit begründen.

## **5.2 soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit**

In diesem Abschnitt wird zuerst das Verhältnis von Akkulturationsstress zur sozialen Dimension diskutiert, worauf anschliessend die Frage Aufrechterhaltung und/oder Wiederherstellung von Zugängen beleuchtet wird.

### **5.2.1 Akkulturationsstress und die soziale Dimension**

Im theoretischen Teil wurde gezeigt, dass Migration als kritisches Lebensereignis beschrieben werden kann (Kap. 3.2.2.2). Es unterscheidet sich also von «normalen» biografischen Übergängen sowohl in der Form als auch in der Qualität, so verlaufen nach Breckner (2003) Migrationsprozess «*quer*» zu «Normallebensläufen» (Kap. 3.2.2.3). Die mit Migration verknüpften Anpassungs- und Bewältigungsprozesse hängen dabei nicht alleine mit der individuellen Ausgestaltung der psychischen Struktur zusammen. So gibt es zahlreiche soziale Faktoren, die in Bezug auf Akkulturation(-stress) in einem dynamischen Wechselverhältnis mit psychischen Faktoren sowohl auf der Gruppen- als auch auf der Individualebene stehen und psychische Belastungen mitverursachen können (Kap. 3.3.2). Konkret sind die Akkulturationsstrategien stark durch «äussere Bedingungen und Einschränkungen» strukturiert (Kap. 3.3.2.1). Hier ergibt sich ein direkter Anknüpfungspunkt zur Theorie der wechselseitigen Dynamik von sozialen und psychischen Prozessen (Kap. 3.1.3.1). Der Akkulturationsstress ist also in wechselseitiger Abhängigkeit an soziale Prozesse gekoppelt. Es besteht eine soziale Dimension, wie bei Gesundheit und Krankheit im generellen. Dadurch kann auch eine Mitverantwortung für die Soziale Arbeit in der Behandlung von Akkulturationsstress in der Psychiatrie abgeleitet werden (Kap. 3.1.4). Nach Sommerfeld et al. (2016) ist es für sozialarbeiterische Interventionen in der Psychiatrie notwendig ein Verständnis der sozialen Dimension in der «Wechselwirkung mit konkreten (psychischen) Krankheitsverläufen in ihrer Komplexität und Dynamik» zu erfassen (Kap. 3.1.3.1). Jedoch fehlt in Bezug auf migrationsspezifische Herausforderungen eben genau dieses Verständnis bzw. bleibt unterbelichtet (Kap. 2.1). Auch Sommerfeld et al. (2016) greifen migrationsspezifische

Herausforderungen nur als kritisches Lebensereignis auf (*Kap. 3.1.3.2*). Wie die z. B. (bio-)psycho-sozialen Dynamiken bei den spezifischen Anpassungsleistungen strukturiert sind, wird nicht thematisiert. Es konnte durch die erarbeitete Theorie also eine Lücke in der Theorieproduktion aufgezeigt werden, welche die vorliegende Arbeit jedoch nicht schliessen kann. Mit den in den *Kapiteln 3.2.2.2* und *3.3.2* vorgestellten Theorien und den dazugehörigen Autor\_innen, die entweder selber zu diesem Thema forschen oder sich mit Forschung dazu beschäftigen, sind gleichzeitig Anknüpfungspunkte aufgezeigt worden, die für eine weiterführende theoretische Auseinandersetzung mit sozialen Dynamiken in durch Migration ausgelösten psycho-sozialen Anpassungsprozessen nutzbar gemacht werden können. Weiter kann festgehalten werden, dass darin auch eine Verantwortung der Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie liegt. So kann nach Domenig (2007) argumentiert werden, dass fundiertes Hintergrundwissen eine der zentralen Bedingungen ist, um im Gesundheits- und Sozialwesen transkulturell kompetent handeln zu können (*Kap. 3.4.2*). Dieses Hintergrundwissen ist gleichzeitig nicht abschliessend und so wird in den Folgekapiteln versucht, trotz des dargelegten eingeschränkten Wissens, auf gewisse Aspekte auf der Ebene der sozialarbeiterischen Intervention einzugehen.

## **5.2.2 Zugänge aufrechterhalten und/oder wiederherstellen**

Im obigen *Kapitel 5.2.1* konnte aufgezeigt werden, dass Schwierigkeiten in migrationsbedingten psychischen Anpassungsleistungen eng mit sozialen Faktoren verknüpft sind. In *Kapitel 3.2.2* wurden diverse solche migrationsspezifischen psycho-soziale Herausforderungen vorgestellt. Konkret können bei den beruflichen Möglichkeiten, den sozialen Netzwerken, auf der sprachlichen Ebene, durch Diskriminierung und weiteren Aspekte Zugänge eingeschränkt oder gar verwehrt werden. Weiter weisen auch empirische Daten darauf hin, dass ein negativer Zusammenhang zwischen diesen Herausforderungen und psychischer Gesundheit besteht (ebd.). Hier hat die Soziale Arbeit in der Psychiatrie konkrete Möglichkeiten die Klient\_innen bei der Bewältigung dieser psycho-sozialen Herausforderungen zu unterstützen und durch die (Wieder-)Herstellung von Zugängen eine (potentiell) negative Kopplung von der psychischen und sozialen Ebene zu verändern. Im *Kapitel 5.1.4* wurde die Vermittlung als ein Werkzeug dazu diskutiert und auch der Zusammenhang zwischen Zugängen und (funktionaler) Gesundheit hergeleitet. Hier soll es nun um die Aspekte der Sozialanamnese, der biografischen Anschlussfähigkeit von Lösungen und Fragen der Diskriminierung gehen, die bei Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen spezifisch zu berücksichtigen sind.

### **5.2.1 Sozialanamnese**

Um feststellen zu können, wo welche Zugänge erschwert sind, braucht es nach Soyer (2019) zuerst eine Erfassung der sozialen Situation. Dies helfe gemeinsam mit den Klient\_innen festzulegen, was die zentralen Interventionen der Sozialen Arbeit sein sollen (*Kap. 2.1*). Auch im empirischen Teil wurde dieser Aspekt untersucht und es zeigte sich, dass die Anamnese eine hohe Komplexität mit sich brachte. So berichteten zwei der Expertinnen von Anamneseinstrumenten, die entwickelt worden sind, aber in der Anwendung sich nicht durchsetzen konnten (*Kap. 4.2.6*). EX2 hat ein solches Instrument erst vor kurzem mitentwickelt (*Anhang E*). Diese soziokulturelle Sozialanamnese wurde mit den diversen für Akkulturation(-sstress) relevanten Faktoren (*Kap. 3.3.2*) und den im *Kapitel 3.2.2* erarbeiteten migrationsspezifischen Herausforderungen abgeglichen. Fast alle der Aspekte wurden einbezogen. Bei den fehlenden, wie z. B. der Frage nach dem Migrationsweg, kann man annehmen, dass diese bewusst weggelassen wurden, da eine Nachfrage starken psychischen Stress auslösen könnte. Das Instrument kann also eine Möglichkeit sein, die soziale Situation umfassend zu erfassen. Gleichzeitig ist noch offen, ob es sich dann auch in der Praxis bewährt, da, wie bereits erwähnt, die bisherigen Erfahrungen eher durchzogen sind.

### **5.2.2 Biografische Anschlussfähigkeit**

Bei der (Wieder-)Herstellung spielt auch die biografische Anschlussfähigkeit der entwickelten Lösungen eine wichtige Rolle. Die theoretischen und empirischen Ergebnisse konnten dabei aufzeigen, dass die Problemstellungen der Klient\_innen in der Erwachsenenpsychiatrie stark durch den (bio-)medizinischen Blick strukturiert werden. So gibt es nach Sommerfeld, Hollenstein und Krebs (2008) in der Psychiatrie eine «Unterbelichtung der sozialen Dimension» (*Kap. 3.1.4*) und auch EX5 thematisiert den starken Fokus auf die (medizinische) Diagnose in der Behandlung der Klient\_innen. Diese Einschätzung deckt sich mit der Argumentation von Domenig (2007), die von einer auf die «objektive Welt» der Medizin ausgerichteten Behandlung spricht. Nach ihr ist es bei der Behandlung von Klient\_innen in transkulturellen Settings wichtig Begegnungen zu schaffen, wo sie ihre eigene Wirklichkeit teilen können. So kann die Behandlung anschlussfähig für ihre individuellen Lebenswelt werden (*Kap. 3.4.2.4*). Weiter ist zu beachten, dass alle Lebenswelten immer auch biografisch geprägt sind (*Kap. 3.4.2.2*). Das Thema der (biografischen) Anschlussfähigkeit spielt auch für die Soziale Arbeit eine wichtige Rolle. So konnte im empirischen Teil an verschiedenen Stellen gezeigt werden, dass die Sozialarbeiterinnen die Wichtigkeit von auf die Lebenswelt der Klient\_innen zugeschnitten Lösungen betonen und sich im Behandlungsteam oder mit Partnerinstitutionen dafür einsetzen (*Kap. 4.1.3.4, 4.2.4 & 4.3.1*). Auch Sommerfeld et al. (2016) beschreibt die sozialarbeiterische

Behandlung der sozialen Dimension als «Befähigung, als Hilfe zur eigenständigen Lebensbewältigung» und weniger als «Heilung» von aussen, wie es im «medizinisch ausgerichteten Gesundheitswesen sonst der Fall» sei. Der Massstab ist dabei das subjektive Verständnis von einem «guten Leben» (*Kap. 3.1.4*). Die Soziale Arbeit kann in der Psychiatrie in dem Sinne ein gewisses Gegengewicht gegenüber einseitig auf medizinisch Perspektive zugeschnittene Lösungen sein, wenn sie die soziale Dimension wie bei Sommerfeld et al. (2016) beschrieben behandelt und dadurch Klient\_innen mit migrationsspezifischen Bedürfnissen im Behandlungsprozess in ihrer Selbstwirksamkeit und Autonomie stärkt.

### **5.2.3 Diskriminierung**

Im theoretischen Teil konnte der Einfluss von Diskriminierungserfahrung auf die psychische Gesundheit an verschiedenen Stellen aufgezeigt werden (*Kap. 3.2.2.6 & 3.3.2*). So können auch dadurch Zugänge verwehrt werden. Domenig (2007) bezieht diese Ebene auch auf die Team- und Institutionsebene. So muss es ein Ziel sein eine «menschenwürdige Behandlung aller» erreichen zu können. Es brauche daher eine «ethische Grundhaltung» im Umgang mit Klient\_innen, die rassistischer Diskriminierung ausgesetzt sind (*Kap. 3.4.2.5*). Dies lässt sich auch mit der Rolle der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie verknüpfen. EX2 sieht diese in der Verantwortung eine «kultur- und diskriminierungssensible» Behandlung zu ermöglichen (*Kap. 4.2.4.1*). Konkret wird z. B. in der von ihr mitentwickelten soziokulturellen Sozialanamnese das Thema Diskriminierung in Bezug sowohl auf die Person selber und die Elterngeneration als auch auf bestimmte Lebensbereiche, wie Diskriminierung am Arbeitsplatz, eingegangen (*Anhang E*).

## **5.3 Institutionelle und politische Rahmenbedingungen**

Wie bereits in den vorangehenden Kapiteln sichtbar wurde, arbeitet die Soziale Arbeit in der Psychiatrie nicht im luftleeren Raum, sondern ist eingebettet in institutionelle und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen. Hervorzuheben ist sicherlich die benannte Unterbelichtung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit in der Psychiatrie. Weiter lässt sich anhand der empirischen Ergebnisse zeigen, dass die professionelle Unterstützung von Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen auch einen höheren Zeitaufwand mit sich bringt. Exemplarisch zeigt sich dies bei der spezifischen Vermittlungsarbeit (*Kap. 4.4.3.1*), in Gesprächen mit Dolmetscher\_innen (*Kap. 4.2.2.1*) oder beim Beziehungsaufbau und dem damit verbundenen Fokus auf das «Psychodynamische» bei traumatisierten Klient\_innen (*Kap. 4.5.2*). Letzteres ist nach EX3 und 4 nur möglich, da sie eine geringere Fallbelastung als z. B. Sozialdienste haben (ebd.). Neben den Möglichkeiten für die

direkte Beratung und Behandlung der Klient\_innen spielt Zeit bzw. die Finanzierung von Stellenprozenten auch bei der transkulturellen Öffnung von Institutionen eine wichtige Rolle. So wurden beim Klinikverbund von EX2 in einem «Kompetenzzentrum Migration» Stellen geschaffen, auf deren Basis Projekte wie der Soziokulturelle Fragebogen entwickelt werden konnten (Kap. 4.2.6 & 4.6.2).

Neben dem Zeitfaktor wurde gleichzeitig auch die ideelle Unterstützung seitens der Klinikleitung betont (Kap. 4.6.2), was im Umkehrschluss als Hinweis gedeutet werden kann, dass wenn diese fehlt oder nur mässig vorhanden ist, transkulturelle Öffnungsprozesse erschwert sind.

Interessant ist in dem Zusammenhang, dass u. a. bei EX5 solche institutionelle Unterstützung nicht erwähnt und gar ein spezialisiertes Angebot für Menschen mit Folter- und/oder Migrationserfahrung eingestellt wurde (Kap. 4.6.3.1). Gleichzeitig berichtete EX5 in Übereinstimmung mit EX4 von viel zu wenigen Therapieplätzen, wobei letztere dies auch der mangelnden Sensibilisierung für die Zielgruppe auf politischer Ebene verknüpft (ebd.). Daran knüpft auch Domenig (2007) an, nach derer es neben der Verhaltensveränderung auch eine «Verhältnisänderung» braucht, um die Behandlung von Migrant\_innen nachhaltig verbessern zu können (Kap. 3.4.2.5). Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass ausreichend Zeit und Mittel und der Rückhalt in der Institution zentrale Faktoren für die Ermöglichung einer professionellen Unterstützung von Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen durch die Soziale Arbeit sind.

## **6 Schlussfolgerungen**

Kommen wir nun zu den Schlussfolgerungen der Arbeit. In einem ersten Schritt wird die Fragestellung anhand der Ergebnisse vom empirischen und theoretischen Teil und der Diskussion beantwortet. In einem zweiten Schritt folgen daraus abgeleitete Schlussfolgerungen für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit. Anschliessend wird ein Ausblick auf weiterführende Forschungsmöglichkeiten erörtert.

### **6.1 Beantwortung der Fragestellung**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird diese hier nochmals wiedergegeben:

**Wie können Sozialarbeiter\_innen im Arbeitsfeld Erwachsenenpsychiatrie Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen professionell unterstützen?**

Die vorliegende Arbeit konnte aufzeigen, dass die sozialarbeiterische Unterstützung von Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen in der Erwachsenenpsychiatrie sehr anspruchsvolle Aufgaben mit sich bringt. Es erfordert von den sozialarbeiterischen Fachpersonen transkulturell kompetentes Handeln sowohl bei der direkten Behandlung als auch auf der Team- und Institutionsebene. Die transkulturelle Kompetenz stützt sich dabei auf die drei Dimensionen Selbstreflexion, Hintergrund- und Erfahrungswissen und narrative Empathie. Nur in der Kombination der drei Dimensionen ist eine Behandlung möglich, die auf die Bedürfnisse der Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen eingeht. In Bezug auf die Ebene des Hintergrundwissens konnte gezeigt werden, dass die Klient\_innen durch ihre eigene oder eine familiäre Migrationserfahrung von Ausschlüssen durch die Mehrheitsgesellschaft betroffen und dadurch psychischen Belastungen ausgesetzt werden können, die stark mit sozialen Faktoren in einer Wechselbeziehung stehen. Aus einer klinisch relevant werdenden sozialen Dimension von Krankheit leitet sich die Zuständigkeit für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ab. Diese ist vor die Herausforderung gestellt, dass sie nur auf beschränktes Fachwissen zur Wechselwirkung von Migration, Psyche und sozialen Faktoren zurückgreifen kann und dabei in einem Arbeitsfeld tätig ist, in dem ebendiese soziale Dimension unterbelichtet und ein medizinisches Paradigma dominant ist. Um die sozialen Faktoren in Bezug auf migrationsspezifische Fragestellungen in den interdisziplinären Behandlungsprozessen zu stärken, ist sie auf eine Erweiterung der Wissensbestände angewiesen. In Bezug auf die zweite Herausforderung – die Dominanz der medizinischen Perspektive – konnte aufgezeigt werden, dass über narrative Empathie und Selbstreflexion seitens der Fachpersonen in der Interaktion mit den Klient\_innen ihre subjektive (Krankheits-)Perspektive anerkannt und besser in die Behandlung einbezogen werden kann. Weiter können die Fachpersonen dadurch einen besseren Zugang zur Lebenswelt der Klient\_innen erschliessen, durch die biografisch anschlussfähigen Lösungen überhaupt erst ermöglicht werden können. Diese von der Sozialen Arbeit (mit-)entwickelten Lösungen sind dabei immer auf die Steigerung der Teilnahme- und Teilhabemöglichkeiten der Klient\_innen ausgerichtet mit dem Ziel eine selbstständige Lebensführung im Sinne eines guten Lebens zu ermöglichen. Durch diesen Fokus auf die Partizipation fördert sie die (funktionale) Gesundheit der Klient\_innen. Dabei ist zu beachten, dass der Zielgruppe auf verschiedenen Ebenen auf starke Weise Zugänge verwehrt sind, wie z. B. in der Arbeitswelt durch eine fehlende Anerkennung der beruflichen Erfahrungen oder durch rechtliche und sprachliche Hürden. Dadurch braucht es seitens der Sozialen Arbeit darauf angepasste Formen der Anamnese und entsprechend daraus abgeleitete Interventionen. Sowohl die Erhebung der sozialen Situation als auch alle anderen Interaktionen basieren auf der gemeinsamen Verständigung. So sind nur durch das Finden einer gemeinsamen Sprache in der

Behandlung zielführende Interventionen möglich, was die Bedeutung von professionellen Dolmetscher\_innen für das Arbeitsfeld aufgezeigt. Als weiteres spezifisches Werkzeug der Verständigung dient die Vermittlungsarbeit der sozialarbeiterischen Fachpersonen zwischen den Klient\_innen und anderen Systemen. Dadurch können neue Zugänge hergestellt und bestehende aufrechterhalten werden. Zusammenfassend kann die Soziale Arbeit über die Analyse und den darauf aufbauenden differenzierten Einbezug der migrationsspezifischen Herausforderungen in der Behandlung die soziale Dimension von Gesundheit bearbeiten und dadurch die Klient\_innen in der Psychiatrie professionell unterstützen.

## **6.2 Ausblick und Folgerungen für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit**

Durch die Beantwortung der Fragestellung sind schon einige Folgerungen für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit aufgegriffen worden. Ergänzend dazu kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit auf migrationsspezifische Bedürfnisse von Klient\_innen eingehen, gleichzeitig sich dabei vor Kulturalisierung und Stereotypisierung schützen muss. Dafür muss sie auch vertrautes Hinterfragen und sich verstärkt der Interaktion mit den Klient\_innen zuwenden. Auf der Wissensebene ist sie zwar auf Forschung von anderen (Teil-)Disziplinen wie der transkulturellen Psychiatrie angewiesen, muss jedoch auch eigene Theorieproduktion leisten, damit die soziale Dimension an der Schnittstelle von Migration und psychischer Gesundheit besser rekonstruiert und bearbeitet werden kann. Neben dieser allgemeinen Ebene, ist auch auf einzelne Untergruppen der Adressat\_innen zu fokussieren. So wurde in der Theorie immer wieder die stärkere psychische Belastung von Frauen mit migrationsspezifischen Herausforderungen und illegalisierten Menschen betont, was aus Zeitgründen nicht berücksichtigt werden konnte. Weiter ist durch die Arbeit die Wichtigkeit von biografischen Prozessen in Bezug auf Migration und (psychischer) Gesundheit sichtbar geworden. Hier gibt es weitere Forschungsmöglichkeiten in der Verknüpfung mit der Sozialen Arbeit. So könnte z. B. das Potential von biografischen Methoden, wie der narrativen Gesprächsführung, für die Unterstützung der Zielgruppe genauer in den Blick genommen werden.

## 7 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial, & SAGES. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Abgerufen von <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-soziale-arbeit-im-gesundheitswesen/>
- Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5–34. doi: 10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C., & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.). (2017). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bosshard, M., Ebert, U., Lazarus, H., & Becker, M. (Hrsg.). (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Breckner, R. (2003). Migration—Ein biographisches Risiko. Zum Zusammenhang von Migrationserfahrung und Biographie. In J. Allmendinger (Hrsg.), *Entstaatlichung und soziale Sicherheit: Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002* (S. 236–253). Opladen: Leske + Budrich.
- Brockhaus. (2021). Migration. In *Brockhaus Enzyklopädie Online*. NE GmbH | Brockhaus. Abgerufen von <https://brockhaus.de/ecs/permalink/05BDCF58C4BF0452A4C30AD5BB983B94.pdf>
- Bundesamt für Statistik. (2021). *Bevölkerung nach Migrationsstatus*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/nach-migrationsstatuts.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2020). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Gesundheit der Migrationsbevölkerung*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.14819402.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.). (2020). F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung. In *ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2015/block-f40-f48.htm>
- Demiralay, C., & Aichberger, M. C. (2018). Akkulturation. In W. Machleidt, U. Kluge, M. G. Sieberer, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage, S. 77–81). München: Elsevier.

- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dornheim, J. (2007). Kultur als Begriff und als Ideologie – historisch und aktuell. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 29–48). Bern: Verlag Hans Huber.
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Originalausgabe, 8. Auflage). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Geiger, I. K., & Razum, O. (2012). Migration und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 609–637). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., ... Müller, C. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und des Bundesamts für Migration*. Bern. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/forschung-zu-gesundheitlicher-chancengleichheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung.html>
- Hahn, E., Ta, T. M. T., Nguyen, M. H., & Graef-Calliess, I. T. (2017). Möglichkeiten und Bedingungen von Akkulturation in der Zivilgesellschaft. In I. T. Graef-Calliess & M. Schouler-Ocak (Hrsg.), *Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 30–50). Stuttgart: Schattauer.
- Heinz, A., & Kluge, U. (2018). Ethnologische Ansätze in der transkulturellen Psychiatrie. In W. Machleidt, U. Kluge, M. G. Sieberer, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage). München: Elsevier.

- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-92076-4
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hydén, L.-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48–69. doi: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x
- Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach, M., & Siefen, R. G. (2006). Migration und Gesundheit: Psychosoziale Determinanten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 873–883. doi: 10.1007/s00103-006-0021-9
- Kizilhan, J. I. (2018). Psychologie der Migration. In W. Machleidt, U. Kluge, M. G. Sieberer, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage, S. 65–75). München: Elsevier.
- Kizilhan, İ., & Durmus, S. (2018). Transkulturelle Aspekte von psychischen Erkrankungen und Psychotherapie. In İ. Kizilhan (Hrsg.), *Psychische Störungen: Lehrbuch für die Soziale Arbeit* (2. Aufl., S. 253–276). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* Arthur Kleinman. Berkeley: University of California Press.
- Kluge, U. (2018). Sprach- und Kulturmittler im interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In W. Machleidt, U. Kluge, M. G. Sieberer, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage, S. 169–180). München: Elsevier.
- Kluge, U., Rapp, M. A., Mehran, N., Jumaa, J., & Aichberger, M. C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1103–1108. doi: 10.1007/s00115-019-00790-2
- Knischewitzki, V., Machleidt, W., & Calliess, I. (2013). Überblick: Transkulturelle Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 81(05), 285–296. doi: 10.1055/s-0033-1335148

- Köchling-Farahwaran, J. (2019). Gesundheit und Migration. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 57–64). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Liebold, R., & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz, & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und qualitative Methoden* (1. Auflage, S. 32–56). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Machleidt, W., & Graef-Calliess, I. T. (2015). Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1–30). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-642-45028-0\_17-1
- Machleidt, W., & Graef-Calliess, I. T. (2017). Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 433–462). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-49295-6\_17
- Machleidt, W., & Heinz, A. (2018). Dynamische Modelle der Migration. In W. Machleidt, U. Kluge, M. G. Sieberer, & A. Heinz (Hrsg.), *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage, S. 31–41). München: Elsevier.
- Mecheril, P. (2016). Migrationspädagogik – ein Projekt. In P. Mecheril, V. Kourabas, & M. Rangger (Hrsg.), *Handbuch Migrationspädagogik* (S. 8–30). Weinheim Basel: Beltz.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth, & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465–480). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-91826-6
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (1. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP). (2004). *Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*.

- Ortmann, K., & Röh, D. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit: Konzepte - Praxis - Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rauch, S. (2011). Soziale Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Ländern und Sprachen. In E. van Keuk, C. Ghaderi, L. Joksimovic, & D. M. David (Hrsg.), *Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (1. Auflage, S. 261–265). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Razum, O., Neuhauser, H., & Robert-Koch-Institut (Hrsg.). (2008). *Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Robert-Koch-Institut, Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M., & Ziese, T. (Hrsg.). (2005). *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* (Geänd. Nachdr). Berlin: Robert Koch-Inst.
- Rüegger, C. (2012). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Rüesch, P., Manzoni, P., & Observatoire suisse de la santé. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2003*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit: Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung ; mit zahlreichen Tabellen*. Göttingen: V & R unipress.
- Schirilla, N. (2018). Migration und Soziale Arbeit. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-19540-3
- Schramkowski, B. (2018). Paradoxien des ‚Migrationshintergrundes‘. Von vorder- und hintergründigen Bedeutungen des Begriffes. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 43–52). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-19540-3
- Schuler, D. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2007*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012*.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit der Schweiz Monitoring 2016*. Abgerufen von <https://repository.publisso.de/resource/fri:6401581>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit der Schweiz Monitoring 2020*.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (2003). *Strukturen der Lebenswelt* (1. Aufl.). Stuttgart: UVK Verl.-Ges.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C., & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-11617-0
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L., & Krebs, M. (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie Winterthur. Bericht eines kooperativen Entwicklungsprojekts*. Hochschule für Soziale Arbeit FHNW. Abgerufen von <https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/22335/arbeitsfeldanalyse.pdf>
- Sommerfeld, P., & Rügger, C. (2013). Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (1. Aufl, Bd. 2, S. 396–406). Stuttgart: Kohlhammer.
- Soyer, J. (2019). Soziale Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen. In T. Maier, N. Morina, M. Schick, & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma—Flucht—Asyl* (S. 247–264). Bern: Hogrefe. doi: 10.1024/85829-000
- Tiessler-Marenda, E. (2017). Migration. In Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (8. aktualisierte Auflage, S. 583–584). Baden-Baden: Nomos.
- van Keuk, E., & Ghaderi, C. (2011). Leitfaden zum Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern. In E. van Keuk, C. Ghaderi, L. Joksimovic, & D. M. David (Hrsg.), *Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (1. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Walther, C. (2019). Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 200–208). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Wanner, M. (2018). Migration und Gesundheit. In B. Blank, S. Gögercin, K. E. Sauer, & B. Schramkowski (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-19540-3
- Welsch, W. (1998). Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In A. Cesana (Hrsg.), *Interkulturalität: Grundprobleme der Kulturbegegnung*. Mainz: Studium generale der Johannes Gutenberg Universität Mainz. Abgerufen von <https://books.google.ch/books?id=PtYGNQAACAAJ>
- Weltgesundheitsorganisation. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Weltgesundheitsorganisation. Abgerufen von [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015\\_1002\\_976/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de)
- Werner, S. (2019). Professionalität. In *Socialnet Lexikon*. Abgerufen von <https://www.socialnet.de/lexikon/Professionalitaet>
- Wohlfart, E., Hodzic, S., & Özbek, T. (2006). Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie—Interkulturelle Psychotherapie: Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Zielke-Nadkarni, A. (2007). Gesundheits- und Krankheitskonzepte. In D. Domenig & T. Zeltner (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

## Interviewleitfaden

### 1. Vorgespräch

- Ein paar **Infos zu meiner Person**
- Sich für die Bereitschaft für das Interview und die Unterstützung bedanken
- **Zeitraumen** klären (max. 70 Min.)
- (Erneutes) Abfragen zum **Einverständnis** für eine Aufnahme und das (erneute) Vorstellen des Dokuments «Einwilligungserklärung» mit allfälliger Unterschrift
  - Bedarf nach Gegenlesen der Interviewpassagen?
  - Informieren über Verwendung der Ergebnisse
- Das **Forschungsinteresse** und der Inhalt der Bachelorarbeit kurz erläutern
  - Die Arbeit will untersuchen, was es braucht, damit Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen adäquat durch Sozialarbeiter\_innen im Arbeitsfeld Erwachsenenpsychiatrie unterstützt werden können.
- Das Interesse am Wissen von ihnen als Sozialarbeiterinnen signalisieren
  -
- Kontext zur **Form des Interviews** geben → Leitfaden mit Fragen vorhanden, aber Raum für ihre Ausführungen geben und bei Bedarf frage ich nach
- Nachfragen, ob es noch **offene Fragen** gibt

### 2. Vorstellung der Sozialarbeiterinnen

Erzählen Sie bitte kurz etwas von Ihrem beruflichen Werdegang und wie es zur Mitarbeit in der Institution gekommen ist.

- **Alter** der Sozialarbeiterin
- **Ausbildung**
- **Stellenantritt**
- **Funktion/Aufgabe** als Sozialarbeiter\_in in der Institution
- **Interesse** an der Stelle → Welches?
- persönliche und/oder familiäre **Migrationsgeschichte vorhanden?**
  - Falls ja, können Sie es sich vorstellen kurz etwas dazu zu erzählen?
  - Falls nein, sind Sie sonst mit der Thematik verbunden?

#### Tipps zur **Aufrechterhaltung der Erzählung**

- Können Sie noch etwas **mehr erzählen?**
- Können sie mir mal von einem **Beispiel erzählen?**
- Und dann? **Wie ging das weiter?** Wie war das so mit?

# Anhang

## A Interviewleitfaden

### 3. Einstiegsfrage

Welche **migrationspezifischen Herausforderungen** begegnen Ihnen in Ihrem **Arbeitsalltag** als Sozialarbeiter\_in?

### 4. Verständigung

Wie gestaltet sich die **Verständigung** bei Klient\_innen mit migrationspezifischen Herausforderungen?

- Wie wird mit **Schwierigkeiten** bei der Verständigung umgegangen?
- Was sind Ihre **Mittel** mit den Herausforderungen umzugehen?
- Gibt es spezifische Anforderungen an die **Gesprächsführung**?
  - Falls ja, welche? Wie zeigt sich dies konkret im Arbeitsalltag?
  - Falls nein, was sind die Gründe dafür?

Werden **Dolmetscher\_innen** beigezogen?

- Falls nein, was sind die Gründe dafür?
- Falls ja, in welchen **Situationen?** (Indikation)
  - Wie sind die **Erfahrungen** mit Gesprächen mit Dolmetscher\_innen?
    - Wie **läuft** ein Gespräch mit Dolmetscher\_innen ab?

- Auf was sollte **geachtet** werden? Was hat sich bewährt? Was weniger?
  - Was gibt es für **Potentiale?** Was für **Herausforderungen?**

- Wer ist alles **anwesend** neben Ihnen und den Klient\_innen?
  - z. B. Pflege, Arzt\_innen, Familie → was hat dies für **Auswirkungen auf die Dynamik?** Was ist zu beachten?
  - **Häufigkeit** des Einsatzes? **Finanzierung?**

### 5. Gesundheits- und Krankheitskonzepte

Inwiefern spielen **unterschiedliche Gesundheits-Krankheitskonzepte** zwischen den Klient\_innen und dem Behandlungsteam eine Rolle in der **Behandlung?**

- Falls ja, wie spielt das im **sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess** eine Rolle? Und wie ist der **Umgang** damit? Wie **verständigen** Sie sich über Krankheitskonzepte?
  - Gibt es diesbezüglich spezifische **Herausforderungen und/oder Potentiale** bei der Klient\_innen mit **migrationspezifischen** Herausforderungen?
- Falls nein, was sind die Gründe dafür?

## 6. soziale Dimension

Inwiefern werden **Angehörige, wie die Familie**, bei Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen in die Behandlung **einbezogen**?

- Falls ja, wie geschieht dies? Herausforderungen? Potentiale?
  - Wie bringt sich die Soziale Arbeit dabei ein?
- Falls nein, was sind die Gründe dafür?

Inwiefern werden (auch sonstige) **soziale Faktoren der psychischen Krankheit im Unterstützungsprozess** von Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen einbezogen?

- Falls ja, wie geschieht dies? **Herausforderungen/Potentiale**?
- Wie bringt sich die **Soziale Arbeit** dabei ein?
- Falls nein, was sind die Gründe dafür?

### Tipps zur **Aufrechterhaltung der Erzählung**

- Können Sie noch etwas **mehr erzählen**?
- Können sie mir mal von einem **Beispiel erzählen**?
- Und dann? **Wie ging das weiter**? Wie war das so mit?

Wird bei Klient\_innen eine **soziale Anamnese** durch dir Soziale Arbeit vorgenommen?

- Falls nein, wie wird sich ein Überblick über die soziale Situation verschafft?
- Falls ja, wie geschieht dies?
  - Gibt es bei Klient\_innen mit migrationsspezifische Herausforderungen spezifische Punkte, die zu beachten sind?
    - Falls ja, welche? Wie wird das umgesetzt im Arbeitsalltag? Herausforderungen/Potentiale?

Inwiefern spielen Fragen der **Selbst- und Mitbestimmung und der Zukunftsperspektive** beim sozialarbeiterischen

Unterstützungsprozess von Klient\_innen eine Rolle?

- Falls nein, was sind die Gründe dafür?
- Falls ja, wie zeigen sich diese?
  - Gibt es bei Klient\_innen mit **migrationsspezifische Herausforderungen spezifische Punkte**, die es zu beachten gilt?
    - Falls ja, welche? Wie wird das umgesetzt im **Arbeitsalltag**? **Herausforderungen/Potentiale**?
    - Falls nein, was sind die Gründe dafür?

## 8. Institutionelle Ebene

Wie ist Ihre Einschätzung: inwiefern ist Ihre **Institution auf migrationsspezifische Bedürfnisse ausgerichtet?**

- Falls (eher) ja, **wo und in welcher Form** zeigt sich dies? (Supervision, Intervention, Richtlinien?)
  - Was **läuft gut?** Was gibt es für **Herausforderungen?**
- Falls (eher) nein, wie stehen sie dazu? Bräuchte es eine solche Ausrichtung?

Wie ist Ihre **Einschätzung** aus Sicht der Sozialen Arbeit zu **spezialisierten psychiatrischen Angeboten** für Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen? (z. B. ethnopsychiatrische Spezialstation)

- Potentiale? Herausforderungen?
- Rolle der Sozialen Arbeit?

Inwiefern sehen Sie einen **Zusammenhang** zwischen der **institutioneller Ebene** und Ihrer Arbeit mit Klient\_innen mit **migrationsspezifischen Herausforderungen?**

- Falls ja, wie zeigt sich dieser?
- Falls nein, was sind die Gründe dafür?

## 9. Schlussfrage

Was **wünschen** Sie sich aus sozialarbeiterischer Perspektive für die **zukünftigen Unterstützungsprozesse** von

Klient\_innen mit migrationsspezifischen Herausforderungen (in der Erwachsenenpsychiatrie)?

- **generelle** Wünsche
- Wünsche **an die Institution**

## 10. Abschluss

»Ich muss kurz in meinen Unterlagen nachschauen, ob ich nichts vergessen habe« [**alle Fragebereiche überprüfen**]

- Haben Sie noch etwas, was sie erwähnen möchten und bis jetzt nicht thematisiert wurde?

### Tipps zur Aufrechterhaltung der Erzählung

- Können Sie noch etwas **mehr erzählen**?
- Können sie mir mal von einem **Beispiel erzählen**?
- Und dann? **Wie ging das weiter?** Wie war das so mit?

## **B Vorabinformation zu den Interviewthemen**

### **1. Vorgespräch**

- Informationen zu meiner Person
- Thema Anonymisierung
- Darlegung des Forschungsinteresses
- Form und Ablauf des Interviews

### **2. Vorstellung der Sozialarbeiterin**

- beruflicher Werdegang (kurz)

### **3. thematische Blöcke**

- Verständigung bei Klient\_innen mit migrationspezifischen Herausforderungen
  - generell und Schwierigkeiten
  - Anforderungen an Gesprächsführung
  - Thema Übersetzung / Dolmetscher\_innen
- (unterschiedliche) Gesundheits- und Krankheitskonzepte
- soziale Dimension (von Gesundheit und Krankheit)
  - generelle Rolle im Unterstützungsprozess
  - Rolle der Angehörigen / Familie
  - soziale Anamnese
  - Thema Selbst- und Mitbestimmung / Zukunftsperspektiven der Klient\_innen
- Institutionelle Ebene
- EX1 persönliche Migrationsgeschichte
  - Auswirkungen auf den sozialarbeiterischen Unterstützungsprozess
- EX2 Institutionelle Ebene
  - Kompetenzzentrum Migration
  - institutionelle Öffnung
  - Rolle der Integrationsbeauftragten
- EX3/4 Traumatisierung
  - Anforderungen an traumasensiblen Umgang
- EX5 Ethnopsychiatrische Behandlung

### **4. Abschluss**

- Abschlussfragen

## C Transkriptionsregeln

Ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem

### Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So 'n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview\_04022011.rtf oder Interview\_schmitt.rtf.

## D Codeliste

<b>Verständigung</b>	<b>Förderung von Perspektiven, Autonomie und beruflicher Integration</b>	<b>Familiensystem</b>	<b>Traumasesibles Handeln</b>	<b>Institutionelle Ebene</b>
<b>Allgemein</b>	<b>Visionen entwickeln</b>	<b>Herausforderungen</b>	<b>Beziehungsaufbau</b>	<b>Weiterbildung</b>
<b>Dolmetscher_innen</b> 1 Allgemeine Erfahrungen 2 Ablauf eines Gesprächs	<b>Berufliche Integration</b> 1 Unterstützende Wirkung 2 Hürden 3 arbeitsbezogene Beratungen 4 Anerkennung von Erfahrungen Vernetzung	<b>Ressourcen</b>	<b>Traumadynamik</b> 1 Transparenz und Wiedergutmachung	<b>Transkulturelle Öffnung</b>
<b>Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen</b> 1 Allgemeine Aspekte 2 tragfähige Behandlungsbeziehung 3 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit 4 Rolle des Familiensystems	<b>Soziale Kontakte</b>	<b>Einbezug in die Behandlung</b> 1 Familiengespräche 2 Beratung für Angehörige 3 Dialog	<b>Trennung von sozialarbeiterischen und traumaspezifischen Themen</b>	<b>Versorgung</b> 1 traumatisierte Menschen 2 ambulanten Angebote
<b>Vermittlung</b> 1 innerhalb der Institution 2 ausserhalb der Institution	<b>Rechtliches</b>			
<b>Arbeit mit der «Kultur»</b> 1 «Kultursensibilität» 2 «kulturelle Hürde» 3 «transkulturell»				
<b>Sozialanamnese</b> 1 Priorisierung 2 «Ko-Abhängigkeiten»				

**E Soziokulturelle Sozialanamnese**



## Soziokulturelle Sozialanamnese

Sehr geehrte Damen und Herren,

In Zeiten der Globalisierung, Diversität und der damit einhergehenden Zusammengehörigkeit werden unsere Biografien und soziokulturellen Prägungen immer vielfältiger und bedeutender. In der modernen Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik gilt es inzwischen als Standard die soziokulturelle Anamnese zu erheben. Diese Erhebung findet sowohl in der Diagnostik als auch beim individuellen Behandlungsplan eine tragende Rolle.

Hierfür hat das LVR Kompetenzzentrum Migration diesen orientierenden Leitfaden zur Erhebung der soziokulturellen Anamnese entwickelt. Für Fragen stehen wir jederzeit zu Verfügung und freuen uns über jedwede hilfreiche Rückmeldung (E-Mail: [LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de](mailto:LVR-KompetenzzentrumMigration@lvr.de)).

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:                      Weiblich                      Männlich                      Diverse                      Andere  
                                                                  \_\_\_\_\_

In Deutschland geboren:                      Ja                      Nein                      Geboren in...                      \_\_\_\_\_  
                                            \_\_\_\_\_

Geburtsort / Land                      Deutschland                      Andere                      Aufgewachsen in:  
                      \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_

Zugewandert am... \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus / Aufenthaltsgenehmigung \_\_\_\_\_

	Leiblich	Adoptiert	Stiefkinder	Pflegekinder
<b>Kinder:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	Männlich	Weiblich	Divers	
Alter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kind	Männlich	Weiblich	Divers	
Alter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Kind	Männlich	Weiblich	Divers	
Alter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kind	Männlich	Weiblich	Divers	
Alter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kind	Männlich	Weiblich	Divers	
Alter _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie ist das Verhältnis zu den Kindern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	Eltern	Großeltern
Sind Ihre Eltern und oder Großeltern in Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind ihre Eltern oder Großeltern zugewandert? Eltern  Großeltern  Notiz: \_\_\_\_\_

Herkunftsland (Groß-)Mutter \_\_\_\_\_ (Groß-)Vater \_\_\_\_\_

Eltern/ Großeltern zugewandert am... (Groß-)Mutter \_\_\_\_\_ (Groß-)Vater \_\_\_\_\_ Notiz: \_\_\_\_\_

Grund der Auswanderung/ Einwanderung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Ihre Eltern / Großeltern Diskriminierung oder Benachteiligung erfahren? Ja  Nein

Welche Sprachen sprechen sie? Muttersprache \_\_\_\_\_ 1. Fremdsprache \_\_\_\_\_ 2. Fremdsprache \_\_\_\_\_ 3. Fremdsprache \_\_\_\_\_

Fühlen sie sich einer oder mehrerer Religion(en) zugehörig? Ja  Nein  Welcher Religion(en): \_\_\_\_\_

Wie wird diese Religion im Alltag ausgelebt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind sie mit dieser Religion  
aufgewachsen? Ja  Nein  Wo? (Eltern, Freunde, Gemeinschaften, etc.)

---

Sind sie mit 2 oder  
mehr Kulturen  
aufgewachsen? Ja  Nein  Kulturen:

---

Mit welchen  
kulturellen Prägungen  
identifizieren sie sich?

---



---

Fühlen/fühlten Sie sich aufgrund  
ihres Migrationshintergrunds  
benachteiligt? Ja  Nein

Leiden oder litten Sie psychisch  
darunter? Ja  Nein

Wenn ja, wie sehr litten Sie  
darunter? (0= sehr wenig 10=sehr  
stark)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

### Schulischer und Beruflicher Werdegang

Welche/Welchen Schulabschlüsse / Schulabschluss haben Sie?

---



---



Nebenjob?  Ja  Nein

2. Arbeitsmarkt?  Ja  Nein

Anzahl der Std./Woche \_\_\_\_\_ Arbeitsvertrag ist...  befristet bis \_\_\_\_\_  unbefristet

Ein-Schicht  Zwei-Schicht  Drei-Schicht  Wochenende

**Arbeitshaltung**

- stehend  gehend  sitzend  gebückt  Arme über Kopf
- kniend/ hockend  auf Gerüste/ Leiter  Bedienung von Maschinen
- Bildschirmarbeit  Arbeit mit Gefahrenstoffen  Schweres Heben \_\_\_\_\_ kg

**Schwierigkeiten am Arbeitsplatz** (Konflikte, Benachteiligung/Diskriminierung, Überstunden, Überforderung, Pausen)  Ja  Nein

Wurde bereits eine stufenweise Wiedereingliederung (BEM) durchgeführt?  Ja  Nein

Medikamente, Ärztterefahrungen/ Behandlungen?

---



---



---

Schwerbehindertenausweis  Ja  Nein

GdB: seit: \_\_\_\_\_

Merkmale:

Gesetzliche Betreuung:

Name: \_\_\_\_\_ Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_

seit:

Ja Nein

Ambulant betreutes Wohnen:

Anbieter: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

seit:

Pflegegrad

Ja Nein

Grad: \_\_\_\_\_ seit:

Rente (Altersrente, EM-Rente, Witwen/Witwer, Halbwaisen/Waisen)

Ja Nein

Art: \_\_\_\_\_ seit:

ALG I:

Ja Nein

seit: \_\_\_\_\_

ALG II:

Ja Nein

seit: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe:

Ja Nein

seit: \_\_\_\_\_

BAFöG:

Ja Nein

seit: \_\_\_\_\_

Kindergeld:

Ja

Nein

seit: \_\_\_\_\_

Unterhalt:

Ja

Nein

seit: \_\_\_\_\_

Krankengeld:

Ja

Nein

seit: \_\_\_\_\_

Rehabilitation:

Ja

Nein

Zeitraum: \_\_\_\_\_ Richtung: \_\_\_\_\_ Ort/Einrichtung \_\_\_\_\_

Haben Sie Schulden?:

Ja

Nein

seit: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_

Wenn „Ja“, wo bestehen die Schulden?

Privat

Kreditinstitut

Welche: \_\_\_\_\_

Finanzielle Situation: (Einnahmen/Einkommen, Vermietung/Verpachtung etc.)

---

---

---

Wohnsituation: (Familiäres Umfeld bzw. mit wem leben Sie in einem Haushalt? Wie ist die Haushaltsführung)

---

---

---

Freizeitgestaltung/Hobbies/Interessen:

---

---

Tagesablauf/ Tagesstruktur-/Routine:

---

---

---

Kontaktpersonen (familiäre-und außerfamiliäre Bezugspersonen)

---

---

---

Bindung/Stellung des Einzelnen im Familiensystem

---

---

---

Institutionelle Netzwerke/Hilfemaßnahmen (BeWo, Kontakt- und Beratungsstellen etc.)

---

---

Geplant für die soz. Behandlung/Hilfebedarf:

---

---

---

---

Sonstiges:

---

---

---

---

---

---

---