



## Schlussbericht des Pilotprojektes

# „Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel“

<b>Klassifizierung *</b>	Nicht klassifiziert
<b>Projektname</b>	<b>Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel</b>
<b>Projektverantwortliche</b>	Gabriela Graber, Co-Gesamtleiterin Gemeinschaft zum Schlüssel
<b>Projektleiterin</b>	Anita Marxer, Bereichsleiterin Schlüssel
<b>Schlussbericht</b>	Gabriela Graber, Erich Leu
<b>Auftraggeber</b>	Stiftung Terra Vecchia
<b>Datum</b>	28. November 2008

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
Zweck des Dokumentes.....	3
<b>1. Teil – Information zum Projektverlauf</b> .....	<b>3</b>
1.1 Ausgangslage .....	3
1.2 Übergeordnetes Projektziel.....	3
1.3 Teilziele und Zielerreichungsgrad .....	3
1.3.1 Phase II (Vorprojektphase 12 Mte).....	3
1.3.2 Phase II (Pilotphase 18 Mte.).....	3
1.3.3 Phase III (6 Mte.).....	4
1.4 Projektverlauf .....	5
1.4.1 Erkenntnisse aus dem Projektverlauf.....	5
1.4.2 Interne und externe Zusammenarbeit .....	6
1.4.3 Marketing.....	6
<b>2. Teil – Erkenntnisse aus der Perspektive der operativen Ebene Schlüssel</b> .....	<b>7</b>
2.1 UNSPEZIFISCHES .....	7
2.1.1 Was wir tun sollten .....	7
2.1.2 Was wir tun.....	9
2.2 VIER FALLSKIZZEN .....	11
2.2.1 Herr Krasniqi.....	11
2.2.2 Frau Russo .....	13
2.2.3 Herr Mahmuti.....	14
2.2.4 Herr Gashi .....	15
2.3 SPEZIFISCHES .....	17
2.3.1 Wie erkennen wir migrationsspezifische Themen und wie reagieren wir darauf? .....	17
2.3.2 Sprache .....	19
2.3.3 Kommunikation und Konfliktkultur .....	20
2.3.4 Familie .....	23
2.3.5 Arbeit .....	26
2.3.6 Krieg, Trauma.....	28
2.3.7 Unsicherer Aufenthaltsstatus .....	28
2.3.8 Grenzen der migrationspezifischen Therapie in unserem Rahmen .....	29
2.4 Quantitative Untersuchungen.....	30
<b>3. Teil – Fazit /Ausblick</b> .....	<b>31</b>
3.1 Fazit.....	31
3.2 Ausblick.....	32
3.3 Antrag / Dank .....	33
<b>Literatur</b> .....	<b>34</b>

# Einleitung

## Zweck des Dokumentes

Das Projekt „Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel“ endet vertragsgemäss (Zusatz vom 4.7.2007) am 30. November 2008. Das Projekt wird mit einem Abschlussbericht an INFODROG und BAG abgeschlossen. Der Bericht gliedert sich in drei Teile:

- 1) ▶ Information zum Projektverlauf
- 2) ▶ Erkenntnisse aus der Perspektive der operativen Ebene Schlüssel
- 3) ▶ Fazit / Ausblick

## 1. Teil – Information zum Projektverlauf

### 1.1 Ausgangslage

Die Gemeinschaft zum Schlüssel, Stiftung Terra Vecchia, führt auf dem Gebiet der stationären und ambulanten Drogenhilfe seit 35 Jahren ein vielfältiges Angebot in Form von Wohn-, Übungs- und Lernfeldern. Anfangs 2000 konnte im Bereich Schlüssel festgestellt werden, dass sich immer mehr Migrantinnen und Migranten für das therapeutische Angebot interessierten. In der Folge entschied sich die Gesamtleitung, dem Thema Migration und Sucht mehr Gewicht zu geben und beantragte bei INFODROG die finanzielle Unterstützung für die Durchführung des Projektes „Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel“. INFODROG sicherte uns nach Überprüfung des Antrages die finanzielle Unterstützung zu. Ende 2004 wurde ein migrationsspezifisches Behandlungskonzept und die Projektplanung für Phase II und III eingereicht und am 1.4.2006 erfolgte der Start der zweiten Projektphase.

### 1.2 Übergeordnetes Projektziel

Strukturelle Verankerung und operationelle Einführung eines Therapieangebotes für Suchtmittelabhängige mit Migrationshintergrund zur besseren Berücksichtigung deren spezifischer Bedürfnisse.

### 1.3 Teilziele und Zielerreichungsgrad

#### 1.3.1 Phase II (Vorprojektphase 12 Mte)

#### Erarbeitung des migrationsspezifischen Behandlungskonzeptes

Wurde auf der Grundlage verschiedener Ansätze erstellt.

#### 1.3.2 Phase II (Pilotphase 18 Mte.)

#### Implementierung des migrationsspezifischen Konzeptes

Das Behandlungskonzept des Schlüssels beinhaltet alle wesentlichen Aspekte migrationsspezifischer Suchtarbeit. Anpassungen aus der Praxis wurden vorgenommen. Neue Gefässe wie z.B. der Angehö-

rigenabend wurden als fester Bestandteil in das Therapieprogramm installiert. Dem fachlichen Austausch (intern und extern) wurde grosse Wichtigkeit beigemessen. In den Gruppen- und Einzelgesprächen wurden notwendige Anpassungen laufend vorgenommen. Fallsupervision findet für das Team im Schlüssel monatlich mit Maria Frigerio (Psychologin und Migrationsexpertin) statt. Die fachliche Begleitung wird über die Projektdauer hinaus weitergeführt.

#### **Anstellung einer Fachperson zur Entlastung der verantwortlichen Projektleiterin**

Eine Mitarbeiterin wurde angestellt (weitere Informationen unter Punkt Personal)

#### **Durchführung von internen und externen Weiterbildungen**

Die interne Weiterbildung in Zusammenarbeit mit der HSA Luzern wurde im September 2008 beendet. Fazit: Sehr gute Rückmeldungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreffend Outcom (Umsetzung des Gehörten in die Praxis). Höhepunkt der Weiterbildung war das Seminar mit Frau Almut Lippert aus Deutschland zum Thema „Motivational Interviewing“.

Auf die Wissenserweiterung wurde während der ganzen Projektdauer grossen Wert gelegt. Die Bereichsleiterin Schlüssel, Frau Anita Marxer, besuchte folgende spezifischen, externen Weiterbildungen, welche direkt in die Projektarbeit flossen: Behandlungsspezifische Aspekte von Migration und Sucht (ISGF Zürich), NDK Transkulturelle Kompetenz im Sozial- und Bildungsbereich (Hochschule für Soziale Arbeit Luzern).

### **1.3.3 Phase III (6 Mte.)**

#### **Evaluation der Pilotphase / Anpassung des Konzeptes „migrationsspezifische stationäre Suchttherapie“:**

Die Pilotphase wurde evaluiert und notwendige Anpassungen im Konzept vorgenommen (nähere Informationen in Teil 2).

#### **Anpassung von Leitbild, Stellenbeschreibungen, QMS-Unterlagen:**

Leitbild, Stellenbeschreibungen und QMS-Unterlagen sind angepasst.

#### **Implementierung in andere therapeutische Bereiche der Gemeinschaft zum Schlüssel:**

Die Sensibilisierung rund um das Thema Migration und transkulturelle Kompetenz ist in allen Bereichen der Gemeinschaft zum Schlüssel vollzogen und diesbezügliche Auswirkungen sind spürbar.

## 1.4 Projektverlauf

Die gesamte Projektdauer war von Höhen und Tiefen gekennzeichnet. Nur über relativ kurze Phasen konnte das Team in voller Besetzung den Betriebsalltag bewältigen. Personalabgänge, die Fehlbesetzung eines neuen Mitarbeiters sowie längere Krankheitsausfälle der Bereichsleiterin und ihrem Stellvertreter mussten vom restlichen Team getragen werden. Selbstverständlich wurde der Ausfall der Bereichsleiterin, Frau Anita Marxer, mit zusätzlichen Stellenprozenten gestützt, dennoch war die Lücke im Alltag spürbar.

Trotz diesen markanten Einschnitten muss fest gehalten werden, dass der therapeutische Betrieb dank grossem Einsatz des gesamten Teams fach- und sachgerecht weitergeführt werden konnte. Es zeigte sich deutlich, wie gut Anita Marxer die Thematik in das Team und das Angebot implementiert hatte. Die Auseinandersetzung mit dem Projektthema wurde während der ganzen Projektphase intensiv geführt. Ausdruck dieser Tatsache ist der im zweiten Teil dieses Berichtes ausgewiesene Erfahrungsbericht aus der Praxis.

Als Aspekte des Projektes seien nochmals folgende Punkte erwähnt:

- Kick-off-Veranstaltung durch Dagmar Domenig, Umberto Castra und Luigi Bertoli
- Spezifische Supervisionen zum Thema transkulturelle Kompetenz, die das eigene Bewusstsein zur Herkunft und persönlichen Prägung schärfte.
- Regelmässige Teamsitzungen mit festem Traktandum Migration
- Die von Frühling 07 bis Herbst 08 dauernden Weiterbildungsblöcke zum Thema Empowerment, Problem- und Ressourcenanalyse, Aktionsplan, Durchführung und Abschluss der Hilfe sowie motivierende Gesprächsführung frischten vorhandenes Wissen auf und gaben wichtige Impulse für den Berufsalltag.
- Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen und der Einbezug der Angehörigen

### 1.4.1 Erkenntnisse aus dem Projektverlauf

#### Personal

Zu Beginn des Projektes setzten wir uns zum Ziel bei Stellenvakanzen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit persönlichem Migrationshintergrund anzustellen. Dieses Vorhaben zeigte sich in der Folge als äusserst schwierig. Trotz interessanten und auf persönliche Migrationsthematik hinweisenden Stelleninseraten trafen nur wenige Bewerbungen ein, die mehrheitlich nicht dem definierten Anforderungsprofil entsprachen. Die erste Mitarbeiteranstellung war gleichzeitig auch eine grosse Ernüchterung. Trotz aufwändiger Bewerbungsselektion musste der neu angestellte Mitarbeiter innert zwei Monate wieder entlassen werden, da er mit den Grundanforderungen des Berufsalltages überfordert war. Weitere Selektionsverfahren führten zum Entscheid, fachliche Kompetenz stärker zu gewichten als die persönliche Migrationsthematik. In der Folge dieser Erkenntnis wurde der Wissenstransfer innerhalb des Teams verstärkt und mit weiteren Sitzungsgefässen instrumentalisiert. Mitarbeiterinnen und Mit-

arbeiter des Schlüssels verfügen auch ohne eigenen Migrationshintergrund über transkulturelle Kompetenz und zeichnen sich im speziellen aus durch einen guten Zugang zu dieser Klientengruppe.

Die Frage, warum wir keine geeigneten Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter für die ausgeschriebenen Stellen gefunden haben kann nicht schlüssig beantwortet werden. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die stationären Arbeitsplätze in den letzten Jahren an Attraktivität verloren haben. Es konnte in den letzten Jahren beobachtet werden, dass sich wenige qualifizierte Personen auf die ausgeschriebenen Stellen bewerben. Mögliche Gründe sind die unsichere finanzielle Situation der stationären Therapieorganisationen, die zum Teil tieferen Löhne, die unregelmässigen Arbeitszeiten oder generell das Thema Sucht.

#### 1.4.2 Interne und externe Zusammenarbeit

Die erfolgreiche Durchführung des Projektes verlangte von allen Projektteilnehmenden – insbesondere der Projektleiterin und Projektverantwortlichen – eine gute Vernetzung gegen Innen und Aussen. Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten erfolgte schwerpunktmässig durch sie selber, was folgende Zahlen kurz erläutern: 2007 68.8% Eigeninitiative, 6.3 % durch Partnerin, 6.3 % stationäre Organisation, 6.3% Spital, 12.5% POM<sup>1</sup>. Die regelmässig Präsenz bei den Entzugsstationen Selhofen und Privatklinik Meiringen ist wichtig, ebenso der persönliche Kontakt zu ambulanten Beratungsangeboten, wie zum Beispiel der Berner Gruppe für Jugend- Eltern- und Suchtarbeit Contact Netz und der Berner Gesundheit BEGES.

#### 1.4.3 Marketing

Auf die von uns ins Auge gefasste Erstellung von mehrsprachigen Kurzprospekten wurde verzichtet. Die Kontaktaufnahme mit den unterschiedlichen Communities gestaltete sich schwieriger als angenommen. Eine interne Analyse über die Wichtigkeit dieser Netzwerkpflege ergab dann auch, dass praktisch keine Klientinnen und Klienten Kontakte dorthin pflegten und viele auf Grund ihrer Drogensucht weder zur persönlichen Herkunftsfamilie noch zum Verwandten- oder Bekanntenkreis Kontakt pflegten. Somit stufen wir den Zugang zu den Klientinnen und Klienten über die Communities als gering ein (siehe auch ISGF Auswertung Zuweisung) und verzichteten bewusst auf die Erstellung mehrsprachiger Prospekte, die in erster Linie für die Angehörigen gedacht gewesen waren.

Die intensive Vernetzung mit Beratungsstellen, insbesondere sei hier die enge Zusammenarbeit mit Umberto Castra von Contact Netz erwähnt und das persönliche Vorstellen dieses Angebotes bei Entzugsstationen, zeigen in der Praxis gute Erfolge. So haben sich im letzten Monat ausschliesslich Migrantinnen und Migranten für einen stationären Aufenthalt interessiert.

---

<sup>1</sup> aus Act-Info-FOS 2007, ISGF Zürich. Ein ähnliches Bild zeichnet sich 2006, 2005 und 2004.

## 2. Teil – Erkenntnisse aus der Perspektive der operativen Ebene Schlüssel

Ende 2004 setzte die Geschäftsleitung der Gemeinschaft zum Schlüssel das Konzept "Migrationsspezifische stationäre Suchttherapie" in Kraft. Darin ist die Absicht formuliert, "das Konzept und die Praxis im Hinblick auf eine nachhaltige Wirkung zu überprüfen [...]." Dem entsprechend soll im folgenden Teil des Berichts die Migrationsspezifität der Suchttherapie im Schlüssel, wie sie in den letzten Jahren entwickelt wurde, aus der Perspektive der operativen Ebene dargestellt und reflektiert werden.

Dazu wollen wir im Abschnitt 1 zuerst aber die allgemeinen, "migration-unspezifischen" Grundsätze unserer Arbeitsweise beleuchten. Denn wir denken, dass diese es uns ermöglichen, den Anliegen der meisten unserer Klienten<sup>2</sup> weitgehend gerecht zu werden, unabhängig davon, woher sie kommen. Weiter sind es Grundsätze, welche migration-spezifisches therapeutisches Handeln nicht nur *erlauben*, sondern je nach Situation, in der sich ein Klient befindet, *erfordern*. Im Abschnitt 2 sind vier Fallskizzen zu lesen, auf welche im Abschnitt 3 zurückgegriffen wird, um zentrale migration-spezifische Problemfelder und unser Umgang damit anhand konkreter Beispiele zu beleuchten.

### 2.1 UNSPEZIFISCHES

#### 2.1.1 Was wir tun sollten

Zur Reflexion unserer Arbeit haben wir erneut Literatur zur Beratung von Substanzabhängigen mit Migrationshintergrund konsultiert. Versucht man die beschriebenen theoretischen und praktischen Erkenntnisse zu verdichten, sozusagen eine Essenz zu gewinnen, kann man zum Schluss kommen, dass für diese Arbeit unspezifische Kompetenzen wichtiger sind als spezifisches Wissen, etwa über bestimmte kulturelle, religiöse oder politische Verhältnisse in Herkunftsländern unserer Klienten. Dazu einige Zitate:

Jede Begegnung ist letztlich transkulturell, da - ausgehend von kulturell hybriden Lebenswelten - in der Interaktion immer Menschen mit unterschiedlichen, aber auch gemeinsamen Hintergründen und ihren individuellen Lebensgeschichten aufeinander treffen. Folglich bedeutet transkulturelle Kompetenz nicht zusätzliche, auf Migranten spezialisierte Kompetenz, sondern professionell kompetentes Handeln auch im Migrationskontext. Domenig (2001), S. 36

Spezialisierung bedeutet nicht, Spezialkenntnisse Einzelner nebeneinander zustellen, sondern Bewusstseinsbildung des gesamten komplexen Bezugssystems in einem fortwährenden Auseinandersetzungsprozess auf kognitiver und emotionaler Ebene. Czycholl (1998), S. 104

---

<sup>2</sup> Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht lediglich die männliche Form verwendet. Die Ausführungen gelten selbstverständlich auch für die Frauen, die in der Gemeinschaft zum Schlüssel leben und arbeiten.

[...] ein interkultureller Ansatz [kann] nur durch Einbeziehung aller Lebensbedingungen von MigrantInnen mit ihrer aktiven Teilnahme am Leben in einem Land entwickelt werden. Interkulturalität bedeutet meiner Ansicht nach das gegenseitige Geben, Schaffen und Nehmen der Möglichkeit zur gleichberechtigten Teilnahme am alltäglichen Leben.

Akbiyik (2002), S.8

Letztlich kann es jedoch in der interkulturellen Suchthilfe nicht darum gehen, für jede Migrantengruppe ein eigenes Hilfesystem aufzubauen. Es geht vorrangig um die Ausweitung und Umstrukturierung des bestehenden Drogenhilfesystems zu einem System mit inhaltlichen und organisatorischen Strukturen, die auch für Migranten bedarfsorientiert bleiben.

Yüksel (2002), S. 44

Die in diesen Zitaten angedeuteten Überzeugungen spiegeln sich in Maximen, die von den verschiedenen Autoren in diesem Feld immer wieder genannt und folgendermassen zusammengefasst werden können:

1. Die Beratungsarbeit soll verstehend, individuell angepasst, kontextgerecht und bedürfnisorientiert sein, was auf Seite der Beratenden ein ausgeprägtes Mass an Interesse, Empathie und Flexibilität voraussetzt.
2. Der Beratende muss seine eigenen sozial, kulturell, religiös, familiär geprägten Erfahrungen, Werte und Vorurteile klären und reflektieren, um die Relativität der eigenen Perspektive in der Interaktion berücksichtigen und analoge Prozesse bei Klienten fördern zu können.
3. Kulturell begründete Unterschiede müssen erkannt, ernst genommen, berücksichtigt werden. Dabei sind die Gefahren moralischer Wertungen und kultureller Stereotypisierungen zu beachten, welche die Kommunikation und die therapeutische Arbeit blockieren und gefährden können. Aus Differenzen resultierende Missverständnisse und Konflikte sind die Schauplätze, an welchen um Verständnis und Integration gerungen wird, gemeinsame Realitäten konstruiert und Ausgrenzungen abgebaut werden. "In der Beraterisch-therapeutischen Arbeit mit Migranten geht es also nicht darum, ein Entweder-oder-Konzept bezüglich Kultur und Selbstkonzept herauszuarbeiten, sondern es geht um den gemeinsamen und schwierigen Sowohl-als-auch-Weg." (Tuna 2002, S.102)
4. Die Biographiearbeit nimmt einen wichtigen Stellenwert ein. Dabei sollen insbesondere mit der Migration verbundene Belastungen und Chancen identifiziert werden. Für den Klienten dient die Auseinandersetzung mit dem eigenen Migrationshintergrund, dessen möglichen Auswirkungen auf Identitätsbildung, Integrationsverlauf und Suchtverhalten der Bewältigung migrationsspezifischer Problemlagen.

Nach unserem Verständnis sind diese Maximen, die in unserer Arbeit ohnehin zentral sind - unabhängig davon, ob ein Klient einen Migrationshintergrund hat oder aus der Schweiz stammt. Für Punkt 1 der Liste ist das selbstverständlich: So wollen wir mit allen Klienten arbeiten. Punkte 2 und 3 gelten auch für die Berücksichtigung der soziokulturellen und individuellen Unterschiede, die es innerhalb der



einheimischen Bevölkerung gibt - etwa zwischen Angehörigen verschiedener gesellschaftlichen Schichten oder von "Subkulturen" wie jener der Drogenszene einerseits und jener der Sozialarbeit andererseits. Auch Punkt 4, die Auseinandersetzung mit der Biographie, halten wir nicht für eine therapeutische Methode, die für die Arbeit mit einheimischen Klienten weniger wichtig wäre als für jene mit Migranten.

Das soll nicht etwa so verstanden werden, dass die spezifischen Anliegen von Migranten nicht speziell zu berücksichtigt werden bräuchten. Hingegen denken wir, dass ein gutes therapeutisches Konzept und die daraus abgeleitete Praxis geeignet sein kann, sowohl die Bedürfnisse der einheimischen wie auch jene der immigrierten Klienten optimal zu berücksichtigen, indem die spezielle Situation jedes einzelnen Menschen - unabhängig davon, woher er kommt - betrachtet und ernst genommen wird. Dies wird im folgenden Abschnitt verdeutlicht.

### 2.1.2 Was wir tun

Unserem Therapieansatz liegen ein humanistisches Menschenbild und die Haltung des Empowerment zugrunde. Wir sind der Überzeugung, dass die Orientierung auf die Ressourcen der Klienten ein wichtiges Element im Hinblick auf die Erreichung der Therapieziele ist. Unser Therapiestil ist offen und klientenfreundlich. Wir orientieren uns einerseits an unserem therapeutischen Konzept und Fachwissen, behalten aber immer den betreffenden Menschen im Auge, seine individuellen und familiären Voraussetzungen, seine Biographie und die individuelle Sucht- und Therapiegeschichte.

Konzept "Migrationsspezifische stationäre Suchttherapie" der Gemeinschaft zum Schlüssel, 2004, S. 8

Diese Haltung versuchen wir in der täglichen Arbeit einzunehmen, umzusetzen, zu vertiefen. Dazu gehören die Erprobung in zahllosen Einzelsituationen, die Auseinandersetzung und Beziehungsarbeit mit einzelnen Klienten, mit der Klientengruppe, innerhalb des Teams, das Erkennen und Austragen von Konflikten, die Diskussion und Reflexion in Teamsitzungen, Supervisionen, Weiterbildungseinheiten und Retraiten.

"Humanistisch" ist unsere Arbeit in dem Sinne, dass wir uns in erster Linie als Menschen begegnen wollen und nicht als Angehörige von Gruppen, welche durch Nationalität, Sprache, Religion, Geschlecht, Drogenkonsum, gesellschaftlichen Status etc. definiert sind. Damit dies nicht nur ein Postulat bleibt, sondern gelebte Realität wird, ist ein stetiges Bemühen um Respekt, Toleranz und Verständnis notwendig, welches in der Arbeit mit den Klienten als Einzelnen oder als Gruppe, in Teamprozessen und individueller Auseinandersetzung seinen Ausdruck findet. Dass der humanistische Grundsatz der Gleichheit in Spannung steht zu den unvermeidlichen Ungleichheiten in der Machtverteilung (etwa zwischen Team und Klienten, zwischen Schweizern und Migranten und Migrantinnen ohne gesicherte Aufenthaltserlaubnis) darf dabei nicht ignoriert, sondern muss eigens bedacht werden.

Der Schritt von einer humanistischen Grundhaltung zu Empowerment und Ressourcenorientierung ist ein nahe liegender. Als Team - Bezugspersonen, Arbeitsagogen - verstehen wir uns weniger (in pa-

teralistischer Weise) als Wissende, die unwissenden Klienten den Weg zu einem drogenfreien Leben zeigen, sondern mehr als Begleiter der Klienten auf der Suche nach alternativen, selbstbestimmten und befriedigenden Möglichkeiten des inneren Erlebens und äusseren Verhaltens. Wir wollen Entwicklung unterstützen aus einer, durch Substanzabhängigkeit geprägten Existenz in ein Leben, welches ein Mass an Autonomie und Freude bietet, das den Verzicht auf Drogenkonsum nachhaltig lohnenswert erscheinen lässt. Zentrales Moment einer solchen Entwicklung ist nach unserer Überzeugung, dass der süchtige Mensch lernt, aus sich heraus wieder mehr Kontrolle über sein eigenes Leben auszuüben und dadurch seine authentischen Bedürfnisse besser befriedigt. Vereinfacht ausgedrückt: Substanz-Wirkung soll durch Selbst-Wirksamkeit ersetzt werden. Im Masse, in welchem wir einen Klienten dazu ermutigen, zu entdecken, was er selbst will und sich dem, was er will, anzunähern, geschieht "Empowerment". Die dem Klienten eigene Suchbewegung, die selbstbestimmte Wahl seiner Ziele und alle bei ihm bestehenden Ressourcen, die zur Erreichung dieser Ziele dienlich sein können, stehen im Fokus unserer Arbeit. Die Technik der Motivierenden Gesprächsführung, welche einen Klienten darin unterstützen soll, aus Ambivalenzen handlungsleitende Motivationen zu entwickeln, passt gut zu der umschriebenen Grundhaltung. Empowerment, Ressourcenorientierung und Motivierende Gesprächsführung waren Themen einer umfassenden Weiterbildung, an welcher von Sommer 2007 bis Sommer 2008 alle Mitarbeiter teilnahmen.

Die tägliche Erfahrung überzeugt uns davon, dass die skizzierten Grundsätze bei aller Unspezifität sehr geeignet sind, den teilweise durchaus spezifischen Anliegen von Migranten gerecht zu werden. Der Klient mit Migrationshintergrund hat neben den für Drogensüchtige unspezifischen Erfahrungen der Repression durch Polizei und Justiz und der gesellschaftlichen Ausgrenzung meist auch die spezifische Erfahrung der Diskriminierung aufgrund seiner Herkunft gemacht. In einem durch die beschriebene therapeutische Haltung geprägten Umfeld kann er die Erfahrung machen, dass er als Mensch gesehen, respektiert, gehört, verstanden, ernst genommen wird. Dadurch werden sekundäre Zugangsbarrieren (Domenig 2001, S. 203f) abgebaut. Es kann das Vertrauen wachsen, auf dessen Boden, auf selbst bestimmte Weise, die für die Therapie zentralen Probleme, Hoffnungen und Ziele mitgeteilt und bearbeitet werden können. Die Anliegen und Wünsche von Migranten unterscheiden sich zum Teil von jenen einheimischer Klienten, ja erscheinen manchmal im eigentlichen Wortsinn als exotisch. Werden Anliegen und Wünsche in erster Linie als direkter oder indirekter Ausdruck authentischer Bedürfnisse und damit als Ressourcen gesehen - denn der Klient will etwas, er ist motiviert zu etwas - wird die Wahrscheinlichkeit minimiert, dass "exotische" Anliegen in Konflikt zu unseren Gewohnheiten, zu unserer Hausordnung oder unserem Konzept treten. Das Fremde, zuerst Unverstandene wird dann nicht entwertet oder zurückgewiesen, sondern als Phänomen entgegengenommen, in welchem sich therapeutisch nutzbare Kräfte manifestieren.

Unser Konzept, welches sich durch eine humanistische Grundhaltung, Empowerment und Ressourcenorientierung auszeichnet, ermöglicht nicht nur, dass die Bedürfnisse von Klienten mit Migrations-

hintergrund berücksichtigt werden, sondern erfordert es schlichtweg, was unsere Flexibilität und Kreativität immer wieder neu auf die Probe stellt.

Wir sind überzeugt, dass uns die Umsetzung des Konzepts immer besser gelingt! Die Integration eines migrationsspezifischen Angebots in eine Institution der Regelversorgung erschien zu Beginn der Pilotphase als "Gratwanderung":

Unser Angebot orientiert sich nach dem integrativen Ansatz und ist nicht ethnospezifisch ausgerichtet. Die Therapie von Klienten mit Migrationshintergrund wird in die bestehende Therapie im Schlüssel Detligen integriert. Die Grundangebote werden so gestaltet, dass sie sich für Klienten mit und ohne Migrationshintergrund eignen.

[...] Das vorliegende Konzept ist eine Arbeitsgrundlage für den Start in die Pilotphase und muss sich noch in der Praxis bewähren. [...] Wir sind uns bewusst, dass wir uns mit der Integration der Migrationsthematik in das bestehende Angebot für Regelklienten auf einer Gratwanderung befinden.

Konzept "Migrationspezifische stationäre Suchttherapie" der Gemeinschaft zum Schlüssel, 2004, S. 10, S. 23f

Rückblickend stellen wir fest, dass die Gratwanderung gelungen ist. Auf welche *spezifischen* Weisen wir die besonderen Anliegen und Bedürfnisse von Migranten in der täglichen Arbeit berücksichtigen, wird in Abschnitt 3 dargestellt und illustriert.

## 2.2 VIER FALLSKIZZEN

Wir möchten die im engeren Sinne migrationsspezifischen Anteile unserer Arbeit anhand von Beispielen darstellen respektive mit konkreten Gegebenheiten illustrieren. Diese stammen aus der Arbeit mit vier Klienten, die in den letzten zwei Jahren die Therapie im Schlüssel Detligen absolviert haben oder immer noch absolvieren. Die Geschichten dieser vier Klienten sollen hier in der gebotenen Kürze erzählt werden<sup>3</sup>. Sie könnten auch für sich selbst stehen, indem sie ohne weitere Kommentare Einblick geben in Problemstellungen, mit denen eine migrationsspezifische Suchttherapie konfrontiert sein kann. Alle vier Klienten waren motiviert zur Therapie und fähig sich in genügendem Masse an den therapeutischen Rahmen zu halten, so dass längerfristige Kooperationen gelangen.

### 2.2.1 Herr Krasniqi

Herr Krasniqi kam 1972 zur Welt und verbrachte seine Kindheit und Jugend als Sohn einer auch für dortige Verhältnisse armen Bauernfamilie in Kosovo. Seine Familie gehört zur albanischen Bevölkerungsmehrheit. Sein Vater, Alkoholiker, verliess die Familie, als Herr Krasniqi etwa 12 Jahre alt war, um in Kroatien zu arbeiten. Die Familie sah in den folgenden Jahren den Vater kaum, und auch Geld kam keines. Als ältester Sohn vertrat Herr Krasniqi den Vater, indem er der Mutter half, den kleinen

---

<sup>3</sup> Zum Persönlichkeitsschutz wurden einige Details in den Fallgeschichten und selbstverständlich die Namen geändert. Die Namen wurden durch geläufige Namen in den Herkunftsländern ersetzt.

Hof zu bewirtschaften. Schulbildung erhielt er nur wenig. Kurz vor Ausbruch des Balkan-Krieges wurde Herr Krasniqi als Rekrut in die Armee eingezogen. Nach Kriegsbeginn wurde er, zusammen mit anderen kosovo-albanischen Rekruten, zur Geisel seiner serbischen Offiziere. Während Wochen war er in einer Kaserne eingesperrt, erhielt kaum zu essen und verhungerte beinahe. Der Bruder seines Vaters, seit mehreren Jahren in Basel lebend, zahlte ein Lösegeld, Herr Krasniqi wurde freigelassen und ausser Landes transportiert. In einem Spital in Trieste (Italien) wurde er künstlich ernährt und sein Leben gerettet. Danach reiste er als Asylsuchender in die Schweiz. 1992 wurde er in ein Durchgangszentrum bei Thun aufgenommen. Dort kannte der Zwanzigjährige niemanden, hatte nichts zu tun, wartete auf einen Asyl-Entscheid. Er freundete sich mit Landsleuten an, die schon länger dort waren, die Heroin konsumierten und auch damit handelten. Herr Krasniqi hatte zuvor noch keinen Kontakt mit Drogen gehabt, wusste nichts darüber. Die Wirkung empfand er als angenehm, und das Geschäft half gegen Geldnot und Langeweile. Zur gleichen Zeit ging er eine Liebesbeziehung mit einer Schweizerin ein, die er Jahre später heiraten sollte. 1994 wurde er aber wegen Drogenhandels festgenommen und zu einer Haftstrafe verurteilt. Sein Asylgesuch wurde derweil abgewiesen, nach Absitzen der Haftstrafe musste er die Schweiz verlassen. Danach lebte er etwa drei Jahre in einer deutschen Grossstadt, ohne Aufenthaltserlaubnis, mehrheitlich arbeits- und obdachlos, ein Junkie. Immer wieder machte er kalte Entzüge, versuchte, ohne Drogen zu leben, war aber nie in professioneller Beratung. Auf verschlungenen Wegen, zu Fuss über die grüne Grenzen, gelangte er gegen Ende der Neunziger Jahre nach Kosovo zurück, in der Hoffnung, in seiner alten Heimat wieder Fuss fassen zu können. Zu dieser Zeit konsumierte er keine Drogen. Dann ging der zweite Krieg im Kosovo los, an dem Herr Krasniqi sich - halb aus dem Wunsch, etwas für sein Land zu tun, halb aus Mangel an Alternativen - beteiligte. Er half, emigrierte Kosovo-Albaner, die sich der UCK anschliessen wollten und deshalb aus Nordeuropa über Italien und Albanien anreisten, über Berge und durch Wälder nach Kosovo zu führen. Obwohl nicht an der Front, kam es vor, dass die Grenzgänger von feindlichen Truppen angegriffen wurden. Wie wohl viele andere Soldaten wurde Herr Krasniqi mit Kokain versorgt, um dem Stress, der Angst und der Schlaflosigkeit besser standhalten zu können. - Nach Ende des Krieges kehrte er in sein Heimatdorf zurück, das weitgehend zerstört war. Herr Krasniqi intensivte den Kontakt zu seiner Freundin in Thun, der über all die Jahre nicht abgebrochen war. Sie besuchte ihn in Kosovo. Ob es wieder aufblühende Liebe, Mitleid seitens der Frau oder beides war - jedenfalls heirateten die beiden bald darauf und Herr Krasniqi reiste wieder in die Schweiz. Kurze Zeit später starb seine Mutter in Kosovo an einer schweren Krankheit. In Thun arbeitete Herr Krasniqi als Kellner. Während ca. zwei Jahren konsumierte er keine Drogen. Über die Freundschaft mit einem Mitarbeiter, der Heroin konsumierte, wurde er wieder rückfällig. Er verlor die Kontrolle über seinen Konsum. Es folgten Unzuverlässigkeit bei der Arbeit, Verlust der Arbeitsstelle, massive Beziehungsprobleme, Beendigung der Beziehung durch die Frau, Beschaffungskriminalität, Inhaftierung. Im Sommer 2006, nach einem halben Jahr in Untersuchungshaft, trat Herr Krasniqi im Zuge eines vorzeitigen Massnähmeantritts in den Schlüssel ein.

Die Trennung von seiner Frau hatte er überhaupt noch nicht verarbeitet. Die ersten Monate war er deswegen teilweise sehr deprimiert und seine Kooperation war mangelhaft. Im Herbst 2006 wurde er

zu einer therapeutischen Massnahme verurteilt, die im Oktober 2008 erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Im Laufe der zwei Jahre seiner Therapie gelang es Herr Krasniqi die Beziehung zu seiner Frau innerlich abzuschliessen, ein Stück innere Entwicklung nachzuholen, Selbstverantwortung zu übernehmen, wieder Lebensfreude zu gewinnen. Er hat eine feste Anstellung im Gastgewerbe, sein Arbeitgeber ist sehr zufrieden mit ihm. Seine Ehe ist inzwischen geschieden. Ob er in der Schweiz bleiben können ist ungewiss. In Kosovo sieht er keine Zukunft für sich. Er hat dort noch seinen schwer kranken Vater, zu dem er keine gute Beziehung hat, sowie einen Bruder und eine Schwester, die arbeitslos sind.

### 2.2.2 Frau Russo

Frau Russos Eltern zogen ca. 1960 aus Süditalien in die Schweiz, wo sie sich im Hauptort eines Innerschweizer Bergkantons niederliessen. 1963 wurde ihr Bruder, 1965 ihre Schwester, 1969 sie selbst geboren. Die "Missione Cattolica" in ihrem Wohnort förderte das Gemeinschaftsleben der italienischen Einwanderer und führte unter anderem einen Kinderhort welchen Frau Russo besuchte, während ihre Eltern arbeiteten. Ihre Kindheit, das Familienleben und die Schulzeit hat Frau Russo in guter Erinnerung. Typisch für eine Süditalienerin, bedeuten ihr die Beziehungen zu ihren Eltern und auch zu den süditalienischen Verwandten, welche die Familie jeweils in den Sommerferien besuchte, sehr viel. Die Familie ist gut integriert, die Eltern sprechen deutsch und unterhalten freundschaftliche Beziehungen zu Schweizern. Die Geschwister sind sozial unauffällig.

In den siebziger Jahren war die abschätzige Bezeichnung "Tschinggen" für Italiener noch im Gebrauch, aber Frau Russo erlebte nur wenig Ausländerfeindlichkeit. Vielleicht hatte es gleichwohl mit ihrem italienischen "anders-sein" zu tun, dass sie sich in der Schule und im Dorf zu jenen hingezogen fühlte, die auch ein wenig anders waren, zu den rebellischen, unangepassten, aber auch gefährdeten Jugendlichen, in deren Kreisen Alkohol- und Cannabiskonsum sowie Kleinstkriminalität zum guten Ton gehörten. Sie geriet "auf die schiefe Bahn", wie die Leute im Dorf es ausdrückten. Sie konnte die Anforderungen des Übergangs ins Erwachsenenleben nicht bewältigen. Zwei Anläufe zu einer Berufsausbildung scheiterten. Sie liess sich treiben, besuchte viele Partys, verdiente ihr Geld mit Gelegenheitsjobs. In ihrem Bekanntenkreis konsumierten mehrere Personen Heroin. Sie probierte es aus, und es half ihr, den düsteren Stimmungen zu entfliehen, unter denen sie litt. Während vieler Jahre konnte sie ihren Konsum kontrollieren und vor ihren Eltern verbergen, während sie weiterhin mal hier und mal dort arbeitete oder Arbeitslosengeld bezog. Gegen Ende der Neunziger Jahre wurde der Handel mit Drogen eine wichtige Einkommensquelle. Nachdem sie mit dem Gesetz in Konflikt geraten war und mehrere Wochen in U-Haft verbracht hatte, war sie entschlossen auf Drogenkonsum zu verzichten. Danach war sie mehrere Jahre abstinent und hatte Arbeitsstellen die ihr gut gefielen und ihr ein Gefühl von Erfolg und Selbstwert verschafften. 2004 war sie Beteiligte eines tragischen Autounfalls, bei dem ihr bester Freund ums Leben kam. In der Folge verlor sie den inneren Halt, betäubte ihren seelischen Schmerz mit Heroin und stürzte ab in die Sucht. 2006 erschien sie gemeinsam mit

ihren Eltern zu einem Informationsgespräch im Schlüssel. Etwa ein Jahr später trat sie in die Therapie ein.

Die Therapie verlief erfolgreich und ohne Rückfälle mit Konsum illegaler Drogen. Ihre emotionale Befindlichkeit war in den ersten Monaten labil. Sie machte einen sehr fahrigem, unsicheren Eindruck und litt an starken Schuldgefühlen wegen des Todes ihres Freundes, den sie noch kaum verarbeitet hatte. Im Laufe der Monate wurde sie zusehends ruhiger. Ihre intellektuellen Ressourcen sowie ihre Fähigkeit zu Optimismus und Lebensfreude kamen zunehmend zum Tragen. Sie ging eine Liebesbeziehung mit einem in der Therapie weiter fortgeschrittenen Klienten ein. Einige Monate später wurde sie schwanger. Von Anfang an war klar, dass die beiden das Kind wollten. Für das Team stellte sich die Herausforderung, mit Frau Russo den weiteren Therapieverlauf so zu gestalten, dass sie ihr Kind während ihres Aufenthaltes im Schlüssel zur Welt bringen und gleichzeitig die Situation für die Zeit danach gut vorbereiten konnte. Frau Russo lebt jetzt mit ihrem Mann und ihrem Kind in der Nähe von Bern. Ihr Mann bereitet sich auf die Meisterprüfung in seinem erlernten Beruf vor. Die Beziehung der beiden ist gut und das Kind gesund und munter.

### 2.2.3 Herr Mahmuti

Herr Mahmuti erhielt seinen Vornamen, nachdem bereits zwei ältere Geschwister mit demselben Namen früh verstorben waren. Er kam 1970 im Kosovo mit einem Herzklappenfehler zur Welt, der zur Folge hatte, dass er einerseits von den Eltern sehr umsorgt, andererseits wegen seiner körperlichen Schwäche von den Gleichaltrigen stets gehänselt wurde. Im Schulalter musste er erstmals am Herz operiert werden, wozu er mehrere Wochen fern des Heimatdorfes in einem Spital verbringen musste. Er scheint ein guter Schüler gewesen zu sein, jedenfalls besuchte er eine höhere Schule und hatte Aussicht auf eine Staatsanstellung. Seine Familie gehört zu einer ethnischen Minderheit, die von den Serben und Albanern zu den Roma gerechnet wird, die sich aber selbst als ägyptischstämmig bezeichnet. Die politische Instabilität Ende der 1980er Jahre führte dazu, dass die seit jeher diskriminierten Minderheiten zusätzlich unter Druck gerieten. Herr Mahmuti musste seine Schule verlassen und beschloss, ebenso wie viele andere Landsleute, vor der sich verschlechternden Situation zu fliehen. 1989 kam er in die Schweiz und beantragte Asyl. Er wurde vorläufig aufgenommen und begann als Kellner zu arbeiten. 1991 heiratete er eine Schweizerin. Etwa zur selben Zeit kam er zufällig in Kontakt mit Heroin. Gegenüber der Droge war er unwissend und naiv, aber er fand die Wirkung angenehm. Bald konsumierten er und seine Frau regelmässig. Während vieler Jahre konnten sie dennoch ein relativ normales Leben führen. Er arbeitete die meiste Zeit in verschiedenen Gastronomiebetrieben. 2005 jedoch wurde zu einem schicksalhaften Jahr für ihn: Seine Mutter und sein Vater starben in Kosovo innerhalb weniger Monate, und seine Frau trennte sich von ihm, die Ehe wurde geschieden. An einer Arbeitsstelle kam es zu einem heftigen Streit mit dem Chef. Er verlor die Arbeit und kurz darauf auch die Aufenthaltserlaubnis. Er gewann einen Anwalt dafür, die drohende Ausweisung anzufechten, wodurch sie aufgeschoben wurde. Gleichzeitig verlor er die Kontrolle über seinen Heroinkonsum und begann auch damit zu handeln. Rückblickend beschreibt er diese Zeit als einzigen schwar-

zen Tunnel. Mehrmals begab er sich in Entzugsbehandlungen, ebenso oft hielt er sich, zum Teil unfreiwillig wegen schwerer Depressivität und Suizidalität in der psychiatrischen Klinik auf. Nachdem ihm wiederholt zu einer stationären Therapie geraten worden war, erkämpfte er sich beim zuständigen Sozialdienst eine Kostengutsprache. Im April 2007 trat er in den Schlüssel ein.

Bei Eintritt war er depressiv, jedoch hellte sich seine Stimmung innerhalb weniger Wochen deutlich auf. Sein Humor und seine Geselligkeit erleichterten es ihm, sich in die Klientengruppe zu integrieren. Auffallend war sein Ehrgeiz seinen Körper mittels Krafttraining nach einem Idealbild zu modellieren. Die Therapie verlief einige Monate ermutigend. Im September 2007 musste er nach einem körperlichen Kollaps notfallmässig am Herz operiert werden. Nach seiner Rückkehr in den Schlüssel gab er zu, was er uns zuvor verheimlicht hatte: Die Ärzte hatten ihm bereits vor längerer Zeit intensives Krafttraining verboten. Herr Mahmuti hatte gewusst, dass dies lebensgefährlich sein konnte und liess doch nicht davon ab. Im Laufe des Spätherbstes 2007 wurde er zunehmend depressiv - ein häufiges Phänomen nach Herzoperationen und zugleich Herr Mahmutis charakteristische Reaktion auf länger andauernde Belastungen. Wegen akuter Suizidalität wurde Ende 2007 ein Übertritt in die psychiatrische Klinik notwendig, wo er mehrere Wochen verbrachte. Die schwere Krise, während der er mehrere Rückfälle mit Heroin-Konsum hatte, die Kooperation zum Teil äusserst schwierig war und die Fortführung der Therapie im Schlüssel an einem dünnen Faden hing, dauerte bis April 2008. Seither geht es ihm wieder relativ gut. Es gab keine weiteren Probleme im Therapieverlauf was eine Progression im Sinne des Phasenmodells ermöglichte. Seit August 2008 leistet er ein Praktikum in einem Restaurant. Im September musste er sich wegen Herzrhythmusstörungen einen Herzschrittmacher einsetzen lassen. In wichtigen Belangen sind leider kaum Fortschritte zu verzeichnen. So hat Herr Mahmuti weiterhin gelegentlich Rückfälle mit Konsum illegaler Drogen. Seine Selbstorganisation, etwa die Fähigkeit, gleichzeitig seinen eigenen Bedürfnissen und den Ansprüchen des therapeutischen Rahmens sowie jenen eines Praktikumsbetriebs gerecht zu werden, Termine pünktlich einzuhalten, administrative Angelegenheiten selbständig abzuwickeln etc., bleibt stark eingeschränkt. An einen erfolgreichen Abschluss der Therapie ist vorderhand nicht zu denken.

#### 2.2.4 Herr Gashi

Herr Gashi, geboren 1980 in der Schweiz, ist der älteste Sohn einer kosovo-albanischen Familie. Er hat eine ältere und eine jüngere Schwester und zwei jüngere Brüder. Zur Zeit seiner Kindheit lebte die Familie in der Agglomeration von Luzern. Seine Eltern, vor allem sein Vater, pflegen sehr traditionelle Vorstellungen bezüglich der Rollenverteilung innerhalb der Familie und der Sippe. Die Aufrechterhaltung der Familienehre, des Ansehens des Mannes und der Tugendhaftigkeit der Frau haben dabei für das Selbstverständnis und die Lebensgestaltung grösste Bedeutung<sup>4</sup>. Diese Moral wurde Herr Gashi von seinem Vater mit grösster Härte eingebläut. Ausserhalb des familiären Kontextes in der Gesellschaft in die sich Herr Gashi integrieren musste, lernte er zugleich ein ganz anderes Wertesystem

---

<sup>4</sup> vgl. dazu etwa Yüksel (2002)

kennen. Eine Vielfalt unlösbarer Konflikte tat sich für ihn auf. Dazu eine Anekdote: In der Schule sollte Herr Gashi das Wappen seiner Heimat zeichnen. Er zeichnete die kosovarische Flagge. Der Lehrer sagte ihm, er sei doch in der Schweiz geboren, er solle die Schweizer Fahne zeichnen - was Herr Gashi tat. Zu Hause zeigte er die Zeichnung seinem Vater, der den Sohn für den "Verrat" hart bestraft. - In der Schule wurde Herr Gashi von Schweizer Schülern gemobbt. Irgendwann lernte er sich mit Gewalt Respekt zu verschaffen, sogar bei älteren Schülern. Er wurde zusehends wilder und aggressiver bis Lehrer und Eltern ihm nicht mehr beizukommen wussten. Es begann eine Odyssee durch Jugendheime und -gefängnisse, im Laufe derer er nicht davon ablassen konnte seine Wut an den harten Wänden der "Realität" auszulassen. Alkohol- und Drogenkonsum, Schlägereien, Konfrontationen mit der Polizei bildeten einen Teufelskreis aus dem er nicht ausbrechen konnte. Er erinnert sich an ein, zwei Erwachsene, zu denen er in dieser Zeit eine Beziehung aufbauen konnte. Zum Beispiel zu einem Betreuer in einem Jugendgefängnis. Er fühlte sich verstanden, akzeptiert und schöpfte Hoffnung. Da verliess der Betreuer die Stelle und kurze Zeit danach musste Herr Gashi in ein anderes Heim verschoben werden, weil die Situation eskalierte.

Weil kein Heim ihn mehr aufnehmen wollte und er aus jedem Jugendgefängnis entflohen, wurde der 18-jährige 1998 nach Kosovo ausgewiesen. Sein Vater begleitete ihn. Bald darauf begann der Kosovokrieg. Der Vater war ranghohes Mitglied der UCK, der Sohn seiner Truppe zugeteilt. Herr Gashi erlebte an der Front alles Fürchterliche was ein Krieg zu bieten hat. In serbischer Gefangenschaft wurde er gefoltert. Am Ende des Krieges kehrte er als "Held des Vaterlandes" und schwer traumatisiert in die Schweiz zurück.

Einige Zeit später heiratete er eine Schweizerin mit der er etwa drei Jahre ein relativ geordnetes Leben führte. Er liebte seine Frau, doch die Ehe war konfliktgeladen. Herr Gashi arbeitete, brachte Geld nach Hause, seinen seelischen Schmerz betäubte er mit Cannabis, Alkohol und manchmal harten Drogen. Die Frau wurde schwanger. Nach der Geburt sah Herr Gashi, dass das Kind nicht von ihm war, denn es hatte eine dunkle Hautfarbe. Vorsätzlich, um nicht erneut gewalttätig zu werden, übergab er sich der Macht der Droge. Daraus resultierten in kurzer Zeit Verlust der Arbeitsstelle und Beschaffungskriminalität, auch Drogenhandel zur Finanzierung des eigenen Konsums. Im Herbst 2007 kam er in Untersuchungshaft. Im Frühling 2008 trat er die sich abzeichnende Massnahme vorzeitig im Schlüssel an.

Wir haben Herr Gashi als zutiefst verletzten, zerrissenen, leidenden Menschen kennen gelernt, der gleichzeitig über grosse Ressourcen verfügt: Überdurchschnittliche Intelligenz, starke soziale Kompetenzen, hohe moralische Ideale, Willensstärke. Er ist fest entschlossen, seinem Leben eine Wende zu geben, Verantwortung zu übernehmen, Gutes zu tun. In Abständen von mehreren Wochen dringen seine Traumata an die Oberfläche seines Bewusstseins. Dann hindern ihn furchtbare Alpträume am Schlaf, und massive Spannungszustände erfassen seinen ganzen Körper. Für die Menschen in seiner Umgebung wird seine gewalttätige Neigung als atmosphärisches Phänomen spürbar. Paranoide Tendenzen drohen sich in der Interaktion gegenseitig zu verstärken. Spaltungsprozesse machen sich im Betreuungsteam bemerkbar, die nur durch intensive Gespräche und Supervision bewältigt werden können. Die ausserordentlich schwierigen gruppenspezifischen Prozesse die Herr Gashi auslöst



sowie mehrere Rückfälle liessen mehr als einmal die Fortführung der Therapie zweifelhaft erscheinen. Durch die Krisen und Konflikte hindurch gelang es jedoch die Qualität der Zusammenarbeit zu vertiefen. Herr Gashi konnte Vertrauen in die Institution und einzelne ihrer Angehörigen fassen. Die Therapie im Schlüssel war für ihn zuerst nichts anderes als eine weitere Station auf seiner Odyssee durch Heime und Gefängnisse. Inzwischen sieht er sie als grosse Chance und zeigt aufrichtige Dankbarkeit. Er hat ein Praktikum auf einer externen Arbeitsstelle begonnen. Die Arbeit gefällt ihm gut und der Arbeitgeber ist sehr zufrieden. Herr Gashi wird voraussichtlich noch mindestens ein Jahr in strafrechtlicher Massnahme verbringen müssen.

## 2.3 SPEZIFISCHES

### 2.3.1 Wie erkennen wir migrationsspezifische Themen und wie reagieren wir darauf?

Migration wird in der beigezogenen Literatur oft als soziale und psychische Belastung beschrieben, welche auf die Gesundheit eines Individuums oder einer Familie eine Vielzahl ungünstiger Wirkungen haben kann (Salman 1998; Kulinski 1998; Bundesamt für Gesundheit 2002). Domenig (2001) betont jedoch auch - ohne mögliche Belastungen zu negieren - das Ressourcenpotential von Migration, die einem Individuum Chancen bietet, "sich transkulturelle Fähigkeiten anzueignen, welche in einer zunehmend kulturell hybriden Welt gefragt sind." (Domenig 2001, S. 76). Was den Zusammenhang von Migration und Sucht angeht, führt die Autorin eine Reihe von Hypothesen an, welche bei der konkreten Arbeit mit Klienten in die Überlegungen miteinbezogen werden können.

Unabhängig von der Herkunft eines Klienten stellt uns unser Therapiekonzept die Aufgabe, seine individuelle Problem- und Ressourcenlage zu erkennen und damit zu arbeiten. Unsere Erfahrungsbasis, die sich zwar durch eine kleine Fallzahl, dafür durch intensive und längerfristige Arbeit mit Klienten auszeichnet, führt uns zur Ansicht, dass sich die Gruppen der Klienten schweizerischer und ausländischer Herkunft in vielen Aspekten kaum unterscheiden. Was die soziale Desintegration betrifft, können wir keinen systematischen Unterschied feststellen. Sie ist bei beiden Gruppen oft sehr weit fortgeschritten. Auf nicht wenige treffen alle folgenden Merkmale zu: Geringe Schulbildung, keine abgeschlossene Ausbildung, längere Zeit nicht gearbeitet, keine Wohnung, kaum aktive Beziehungen ausserhalb der Drogenszene, Schulden, offene Strafverfahren. Gesundheitliche Probleme im somatischen und psychischen Bereich sind bei beiden Gruppen oft gravierend. Wir erkennen aber klar für Migranten spezifische Problemfelder, die in den folgenden Abschnitten umschrieben werden.

Manche migrationsspezifische Probleme liegen offen zu Tage, andere sind schwierig zu erkennen. Beispielsweise führt vielleicht ein bestimmtes Verhalten eines Klienten zu einem Konflikt der nicht geklärt werden kann, die Hintergründe bleiben rätselhaft. In solchen Situationen hat uns wiederholt die Fallsupervision geholfen, eine migrationsspezifische Arbeitshypothese zu generieren und so zu umschreiben, dass die Therapie eines bestimmten Klienten davon profitieren konnte. Wir schätzen uns glücklich, mit Frau Dr. Marina Frigerio (Bern) eine Supervisorin gefunden zu haben, die durch ihre

therapeutische und wissenschaftliche Arbeit sowie durch ihre eigene Migrationserfahrung sehr Wertvolles zu unserer Arbeit beiträgt.

Die Arbeit mit Migranten führt zu einer Diversifikation der Problemstellungen. Unser Therapiekonzept gewährleistet die Flexibilität und die Handlungsfreiheit, die es braucht, um auf migrationspezifische Anforderungen angemessen zu reagieren:

Die Fokussierung auf Rezepte und Standardabläufe in der Therapie ist [...] nicht sinnvoll und Erfolg versprechend. Individuelle Antworten im Rahmen eines klar strukturierten Angebotes sind gefragt. [...] Die Therapieplanung und -gestaltung in der ganzen Gemeinschaft zum Schlüssel ist aus diesem Grund individuell ausgerichtet. Die Partizipation der Klienten bildet dabei ein wichtiges Element. Alle wichtigen Schritte in der Therapie werden von der Bezugsperson und dem Klienten gemeinsam geplant und erarbeitet.

Konzept "Migrationspezifische stationäre Suchttherapie" der Gemeinschaft zum Schlüssel, 2004, S. 9, S. 12

Jede Therapie erfordert einen klar definierten Rahmen. Darüber hinaus sind in einer stationären Therapie Regeln notwendig, die die alltägliche Arbeit und das Zusammenleben strukturieren: Von der Regelung der individuellen Pflichten und Rechte in den verschiedenen Therapiephasen über die zeitliche Struktur der Woche und die Hausordnung bis zu den Regelungen über den Umgang mit Rückfällen und anderen Krisensituationen. Bekennt man sich zu einer humanistischen Grundhaltung, können Regeln nicht sakrosankt sein und um ihrer selbst willen gehandhabt werden. Demzufolge werden sie unter den Klienten, mit den Klienten, innerhalb des Teams häufig zum Gegenstand von Diskussionen, die sich um folgende Fragen drehen:

- Ist es in einem konkreten Fall nicht kontraproduktiv oder sinnlos, eine bestimmte Regel anzuwenden oder durchzusetzen, weil sie der Situation eines Klienten und/oder der Klientengruppe nicht gerecht wird?
- Ist eine bestimmte Regel überhaupt sinnvoll? Müsste sie nicht zu Gunsten der Selbstverantwortung fallengelassen oder ersetzt werden durch eine Regelung, die Selbstverantwortung mehr begünstigt?

Die Möglichkeit solche Diskussionen zu führen, erschaffen den Raum, um speziellen Bedürfnissen von Migranten gerecht werden zu können.

Ein Beispiel: Selbstverständlich können unsere Klienten zu Weihnachten ihre Familie besuchen und erhalten dafür zwei Tage Urlaub. Moslems aus Ex-Jugoslawien feiern aber ihr wichtigstes Fest, Bayram, zu einem anderen Zeitpunkt im Jahr, vielleicht mitten in einer Arbeitswoche im September. Einfach wäre es, ihnen mit Hinweis auf unsere Wochenstruktur und die gesetzlich geregelten Feiertage einen Urlaub zu verweigern. Es hätte aber möglicherweise eine Reihe negativer Konsequenzen: Der

Klient fühlt sich in einem wichtigen Bereich seines Lebens nicht ernst genommen, wodurch die Kooperation leiden kann. Der Bezug zur Familie als potentielle oder aktuelle Ressource wird geschwächt. Also wird für diese Situation mit dem Klienten zusammen eine Sonderregelung vereinbart, die gegenüber der restlichen Klientengruppe gut kommuniziert werden muss.

Die Gratwanderung zwischen Flexibilität und Willkür, das Wahren der für die Therapie notwendigen Grenzen und Rigidität erfordert stetige Diskussion und Auseinandersetzung im Team und mit den Klienten.

### 2.3.2 Sprache

Die Gruppensprache ist die Standardsprache. Kenntnisse der deutschen Sprache (Sprechen und Verstehen) sind deshalb Voraussetzung.

Konzept "Migrationsspezifische stationäre Suchttherapie" der Gemeinschaft zum Schlüssel, 2004, S. 10.

Diese Regelung hat sich bewährt. Klienten ohne genügende Deutschkenntnisse in die stationäre Therapie aufzunehmen würde die ständige Anwesenheit mehrerer Dolmetscher erfordern. 2007 machten wir den Versuch, einen Mann aus Bangladesch in die Therapie aufzunehmen, dessen Deutschkenntnisse rudimentär waren. Die Therapie musste nach wenigen Wochen wegen unüberbrückbarer Kommunikationsschwierigkeiten abgebrochen werden.

Klienten mit schwachen Deutschkenntnissen können zumindest ihre mündlichen Sprachkenntnisse in der intensiven täglichen Interaktion mit anderen Klienten und Team schnell verbessern. Weiter ermutigen wir sie jeweils, das Schulprojekt des Contact Netz Bern zu besuchen, auch mit dem Argument, sie könnten so ihre beruflichen Chancen erhöhen. Unsere Beobachtung ist, dass Migranten deutlich weniger Interesse daran haben, sich gezielt weiterzubilden, als einheimische Klienten. Dies betrifft nicht nur Sprachunterricht, sondern auch andere relevante Fähigkeiten wie etwa Computerkenntnisse. Möglicherweise sind ihre bildungsbezogenen Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen aus biographischen Gründen noch tiefer als die unserer Schweizer Klienten.

Herr Krasniqis (siehe 2.1.) mündliche Deutschkenntnisse waren zu Therapiebeginn knapp genügend für die tägliche Interaktion. Wir boten ihm internen Unterricht bei einer ehemaligen Lehrerin an, welche in unserer Administration angestellt war. Er nahm dieses Angebot an, besuchte den Einzelunterricht aber eher unmotiviert und erledigte die Hausaufgaben kaum. Während seiner zweijährigen Therapie hat er seine mündlichen Fähigkeiten stark ausgebaut, lesen und schreiben fallen ihm weiterhin sehr schwer.

Herr Mahmuti (2.3.), der bei Eintritt seit 18 Jahren in der Schweiz lebte, spricht ziemlich gut Schweizerdeutsch. Er kann amtliche Briefe lesen und weitgehend verstehen, schreiben kann er kaum auf Deutsch. Er zeigte bisher kein Interesse an gezielter Weiterbildung.

Herr Gashi (2.4.), in der Schweiz aufgewachsen, spricht einwandfrei Schweizerdeutsch und schreibt recht gut auf Deutsch. Er scheint sogar eine literarische Ader zu haben, die ihm erlaubt, sein inneres Erleben auf ergreifende Weise auszudrücken. Wir ermutigen ihn, diese Ressource weiter auszuschöpfen.

Auf Frau Russo (2.2.) trifft zu, was Domenig (2001) über die Chance transkultureller Lebenswelten schreibt: Sie empfindet sich gleichzeitig als Schweizerin und Italienerin, spricht beide Sprachen perfekt und erlebt dies als grosse Bereicherung. Als Freizeitbeschäftigung wollte sie einen Spanisch-Kurs besuchen, wozu es aufgrund ihrer Schwangerschaft nicht kam.

### 2.3.3 Kommunikation und Konfliktkultur

Unter der Perspektive der Kommunikation können letztlich sämtliche sozialen Interaktionen betrachtet werden. Dabei bildet Sprachkompetenz lediglich eine, wenn auch zentrale Voraussetzung für gelingende Kommunikation im täglichen Zusammenleben, in der Arbeit, in der Therapie. Daneben wird die Kommunikation durch Mimik und Gestik, soziale Skripts, Rollenverhalten und -erwartungen etc. beeinflusst. Familiär und soziokulturell geprägte Differenzen in diesen Dimensionen können Kommunikation bereichern, aber auch erschweren oder situativ blockieren. In einer aus Schweizern und Migranten zusammen gewürfelten Gruppe ist die Vielfalt möglicher Missverständnisse und Konflikte grösser als in einer homogenen Gruppe. Indem wir unsere Aufmerksamkeit auf solche Phänomene richten, können wir sie als Anlass nehmen für Integrationsarbeit und therapeutische Auseinandersetzung. Auffällige Kommunikationsstörungen und Konflikte müssen zum Gesprächsthema werden.

Auch Gewalttätigkeit kann als kommunikative Strategie betrachtet werden. In Herrn Gashis Biographie spielt erlittene und ausgeübte Gewalt eine grosse Rolle. In ihm wirkt die Geschichte seiner Heimat fort, in welcher aggressive Dominanz durch fremde Mächte, Kriege, ein gewalttätiges Patriarchat und traditionelle "Konfliktlösungen" wie der Ehrenmord seit Generationen das Zusammenleben prägen. Auch die strukturelle Gewalt unserer Gesellschaft gegenüber unangepassten Jugendlichen und unerwünschten Migranten hat bei Herr Gashi ihre Spuren hinterlassen. In Situationen inneren oder äusseren Konflikts tritt seine latente Gewalttätigkeit zu Tage. Er wurde im Schlüssel nie handgreiflich, aber sein Auftreten, seine Ausstrahlung, sprachliche Andeutungen oder Äusserungen massive lösten wiederholt Angst aus.

Solche Situationen müssen offen ausdiskutiert werden, wobei sich Fragen stellen wie: Ist der Klient gewillt und fähig, die unverzichtbare Regel der Gewaltlosigkeit einzuhalten? Was geht in ihm vor, worauf ist er wütend, wovor hat er selbst Angst? Wie hängt das mit seiner Biographie zusammen? Was haben andere Klienten zur Situation beigetragen? Wer kann was tun, um die Situation zu entspannen? Ein wechselseitiges Anerkennen der verschiedenen Perspektiven und Erfahrungshintergründe ist notwendig, damit das Zusammenleben in der Gruppe möglich bleibt. In der Konfrontation mit dem

Fremden kann eine Reflexion des Eigenen geschehen, wodurch sowohl das Gegenüber wie man selbst in neuem Licht erscheinen. So trug die Auseinandersetzung mit Herr Gashis latenter Gewalttätigkeit dazu bei, dass sich andere Klienten ihrer eigenen Gewaltgeschichte, ihrer Rolle als Opfer oder Täter von Gewalt bewusster wurden. In dieser Form der Kommunikation sind alle Seiten gefordert, Sicherheiten und Selbstverständlichkeiten, Vorurteile und Bequemlichkeiten aufzugeben - mit der Chance, den persönlichen Horizont und die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten zu erweitern. Im Laufe des bisherigen Prozesses konnte Herr Gashi seine Selbstkontrolle und Fähigkeit zur gewaltfreien Konfliktbewältigung bereits sichtlich verbessern. Er hat auch im Familienkontext begonnen, neu erlernte Strategien zur konstruktiven Bearbeitung von Konflikten umzusetzen.

Generell, bei Schweizern genauso wie bei Migranten, sehen wir Sucht in engem Zusammenhang mit eingeschränkten Fähigkeiten, zwischenmenschliche oder innere Konflikte als solche zu erkennen und konstruktiv zu bearbeiten. Wir messen deshalb in der Therapie dem Austragen von Konflikten grosse Bedeutung zu. Dass dies auch unter Schweizern nicht leicht ist, weiss jeder aus eigener Erfahrung. In der Arbeit mit Migranten können zusätzliche Schwierigkeiten auftreten. Kaya (2002, S. 175) schreibt über junge Türken in einer stationären Suchttherapie: "Die Klienten (junge Männer) haben aus ihrer Erziehung nicht gelernt, zu ihren Fehlern zu stehen, sich zu entschuldigen oder um Verzeihung zu bitten. Ihr Ehrenkodex lässt es nicht zu, dass sie Fehler gemacht haben könnten." Damit übereinstimmend haben wir die Erfahrung gemacht, dass offene Kritik gegenüber unseren moslemischen Klienten aus dem Balkan oft zu grossem Widerstand und unkooperativem Verhalten führt. Konflikte müssen so angesprochen werden, dass der Klient das Gesicht wahren kann. Ein Gespräch zu zweit oder zu dritt ist dafür einer Gruppensitzung vorzuziehen, Tonfall und Formulierungen sind sorgsam zu wählen. Allerdings kann z.B. ein Konflikt aufgrund eines schweren Regelverstosses nicht bewältigt werden, wenn ein Klient den Regelverstoss nicht eingestehen kann. Manchmal sind notwendige Anpassungsleistungen sehr schmerzhaft, wie folgendes Beispiel zeigt.

Nach einem Wochenendausgang Herr Mahmutis gab es deutliche Hinweise auf einen Rückfall. Er stritt dies jedoch ab. Eine Urinprobe schien er gefälscht zu haben, weshalb wir eine Blutprobe verlangten. Darauf eröffnete Herr Mahmuti, er habe sowieso vorgehabt, die Therapie abubrechen. Er wolle heute noch nach Belgien reisen, um dort Asyl zu beantragen. Er packte seinen Koffer und verliess den Schlüssel. Wir mussten die Massnahmebehörde informieren. Drei Tage später rief Herr Mahmuti aus einem Hotel in Bern an: Er habe vor, sich das Leben zu nehmen. Unverzüglich fuhren wir zu ihm. Herr Mahmuti berichtete uns, er sei ausserstande gewesen, seinen Plan zu verwirklichen und deshalb am Dienstag nach Bern zurückgekehrt. Die Zeit bis Donnerstag habe er hauptsächlich im Hotelzimmer verbracht und Heroin sowie Kokain konsumiert. Er war verzweifelt und suizidal. Mit seinem Einverständnis brachten wir ihn in die psychiatrische Klinik. Nach dem Klinikaufenthalt erschien eine nahtlose Weiterführung der Therapie im Schlüssel unzweckmässig, da Herr Mahmuti uns weiterhin die Wahrheit über die vorangegangenen Ereignisse verschwieg. Wir verordneten deshalb ein einmonatiges Time-Out in einer anderen stationären Suchttherapie mit der Zielsetzung, dass er zu Ehrlichkeit

und Transparenz finde. Das Ziel wurde erreicht: Herr Mahmuti konnte den geleugneten Rückfall sowie seinen Versuche, diesen mittels Fälschung einer Urinproben zu verschleiern, eingestehen. Die erfundene Geschichte seiner Reise nach Belgien diene ihm ebenfalls dazu, sein Gesicht zu wahren. Er bedauerte sein Verhalten sehr, wollte mit dem Betreuungsteam im Schlüssel wieder ins Reine kommen und das gebrochene Vertrauen zurückgewinnen. Seither sind ca. acht Monate vergangen, in denen Herr Mahmuti zwei Rückfälle hatte, die er ohne Umstände deklarierte. Dadurch war eine unmittelbare und offene Aufarbeitung der Rückfälle möglich.

Ein ganz andere Geschichte, in der es gelang, migrationsbedingte Kommunikationsschwierigkeiten zu verstehen und aufzulösen erlebten wir mit Frau Russo: Mitte Juli 2007 konnte sie aus dem Schlüssel in die Aussenwohngemeinschaft (AWG) umziehen. Ende August teilte sie uns mit, sie sei schwanger. Frau Russo und ihr Freund wollten das Kind, allerdings stellten sich den beiden eine Menge nicht einfacher Fragen. Etwa drei Wochen standen auch wir als Team vor einer schwierigen Situation: Frau Russo erschien während Tagen unentschuldig nicht zur Arbeit, sondern verbrachte ihre Zeit in der AWG. Auf Nachfrage sagte sie jeweils, es sei ihr körperlich unwohl wegen der Schwangerschaft. Auch Termine verpasste sie zum Teil ohne Entschuldigung. Ermahnungen zur Kooperation ignorierte sie. Sie isolierte sich richtiggehend. Wir wussten kaum noch, wo sie war, was sie tat, wie es ihr ging. Im Team verbreitete sich die Ansicht Frau Russo benutze ihre Schwangerschaft, um sich dem Therapieprogramm zu entziehen. Wir begannen uns auch Gedanken darüber zu machen, ob der Schlüssel überhaupt noch der richtige Ort für Frau Russo sei und was für Anschlusslösungen in Frage kämen. Diese Überlegungen waren wohl vor allem Reaktionen auf das Unverständnis und die Ohnmachtsgefühle welche Frau Russos Verhalten bei uns auslösten. Da bot uns unsere Supervisorin eine andere Interpretation von Frau Russos Verhalten an: In der Schweiz würden wir davon ausgehen, dass sich eine schwangere Frau selbst darum kümmere, dass sie das erhalte, was sie benötige. In Italien dagegen sei es traditionellerweise üblich, dass "die ganze Familie" sich um eine schwangere Frau kümmere und dafür besorgt sei, dass es ihr gut gehe. Wir beschlossen also, viel aktiver auf Frau Russo zuzugehen und sie nach ihren Bedürfnissen zu fragen. Zwei Teammitglieder gingen mit dieser Haltung zu ihr in die AWG zu einem Gespräch. Nur wenige Tage später hatten sich Frau Russos Befindlichkeit und Verhalten vollkommen zum Positiven gewendet. Die Kooperation war wieder hergestellt. Es war sehr wichtig für sie in dieser frühen Phase ihrer Schwangerschaft, viel Zuwendung und Unterstützung zu erhalten, ohne dass sie danach zu fragen brauchte.

Abwertungen aufgrund fremdenfeindlicher Vorurteile können ein weiterer Grund sein für Kommunikationsprobleme und Konflikte. Wenn überhaupt, tritt dieses Thema vor allem in den ersten Wochen nach einem Neueintritt eines Migranten auf. Ein neuer Klient, welcher Fremdenfeindlichkeit erlebt hat, befürchtet vielleicht, dass ihm dies auch am neuen Ort bevorsteht und bringt diese Sorge zum Ausdruck. Oder er richtet seine diesbezüglichen negativen Erwartungen auf die bereits anwesenden Klienten, die sich dadurch angegriffen fühlen und sich schliesslich tatsächlich so verhalten wie es der Neue befürchtet hat. Wenn wir solches beobachten, stellen wir sofort klar, dass wir Diskriminierungen

nicht tolerieren. Wenn nötig, wird die Thematik breiter diskutiert. Die Erfahrung, vor Diskriminierung geschützt zu werden, ist eine Voraussetzung für Integration in die Klientengruppe und in die Gesellschaft.

Durch die Bearbeitung dieser und ähnlicher Themen wächst die transkulturelle Kompetenz im Team und in der Klientengruppe. Es entsteht gemeinsames Bewusstsein, gemeinsame Sprache. Dies geschieht aber selbstverständlich nicht nur durch die Arbeit an Konflikten und Kommunikationsproblemen sondern durch alle Tätigkeiten und Erfahrungen, die Menschen über soziokulturelle Differenzen hinweg verbinden. Nahe liegend ist hier natürlich das geteilte Thema Drogenabhängigkeit. Wenn sich Schweizer und Migranten darüber austauschen, wieso sie Drogen konsumierten und sich im Lernprozess unterstützen, mit schwierigen Emotionen wie Trauer, Einsamkeit, Wut etc. anders umzugehen, entsteht viel Verbindendes. Weiter findet transkulturelle Integration statt über die gemeinsame Arbeit auf der Obstplantage oder in der Pizzeria, über sportliche Aktivitäten oder gemeinsame musikalische Vorlieben. Überall, wo fundamentale menschliche Bedürfnisse und Interessen gemeinsam erlebt werden, können Unverständnis und Vorurteile abgebaut werden.

#### 2.3.4 Familie

Der Familienthematik wird in der beigezogenen Literatur zur migrationsspezifischen Arbeit mit Süchtigen durchwegs grosse Bedeutung beigemessen. Domenig (2001) führt aus ethnologischer Sicht aus, dass Migranten oft aus Gesellschaften stammen, welche im Vergleich zum, im Westen verbreiteten Individualismus, eher nach kollektivistischen Prinzipien organisiert sind. Nicht Selbstverwirklichung und persönliche Freiheit, sondern das Wohl der Familie, der Sippe oder der Gruppe stehen dabei im Vordergrund des Interesses. Die Autorin leitet daraus ab, dass in der Beratung und Therapie von Migranten besonders darauf zu achten ist, die Bedeutung der Familie für einen Klienten zu beachten und die Familie am Prozess zu beteiligen und die Gefahr zu vermeiden, Klienten mit einem einseitig individualistischen Menschenbild zu begegnen. Yüksel (2002) beschreibt die zentrale Rolle, die Ehre, Ansehen, Respekt vor den Älteren und Verantwortung in traditionellen, muslimisch geprägten Gesellschaften spielen. Ein individualistisch orientiertes therapeutisches Arbeitsmodell könnte danach Konflikte auf kontraproduktive Weise verschärfen: "Ablösungsprozesse von der Mutter, dem Vater, ja dem ganzen Familienverband sind [in traditionsorientierten Familien] nicht vorgesehen. Sie sind im Gegenteil negativ besetzt und werden als Verantwortungslosigkeit, Respektlosigkeit oder Sittenzerfall gewertet." (Yüksel 2002, S. 41). Domenig (2001) fasst zusammen: "Transkulturelle Kompetenz verlangt demnach die Fähigkeit, auch mit Familiensystemen, welche eher von einem kollektivistischen Gruppenverständnis geprägt sind, angepasst zusammenzuarbeiten und deren protektive Faktoren und Ressourcen in der Therapie entsprechend zu nutzen."

In unserer Arbeit machen wir, sowohl bei Migranten wie bei Schweizern, sehr unterschiedliche Erfahrungen bezüglich der Bedeutung, welche die Familie im Bewusstsein von Klienten und im Therapie-

prozess hat. Die Bereitschaft, Familienmitglieder in die Therapie einzubeziehen, reicht in beiden Gruppen von einem starken Bedürfnis bis zu anhaltender Ablehnung. Auch den Stellenwert der Familie als potentielle oder aktuelle Ressource der sozialen Unterstützung können wir nicht in Zusammenhang mit der Herkunft eines Klienten sehen. Bei mehreren Klienten ausländischer Herkunft leben die Eltern im Ausland und können deswegen nicht direkt einbezogen werden oder sie sind bereits verstorben. Die innere Beschäftigung mit familiären Themen, die Bindung an die Familie, Gefühle der Verantwortung und Loyalitätsverpflichtung sind bei Migranten im Durchschnitt stärker ausgeprägt - zumindest, was die *bewusste* Komponente der subjektiven Wahrnehmung betrifft, die dem alltäglichen Gespräch zugänglich ist.

Bei Herr Krasniqi war ein direkter Einbezug der Familie nicht möglich. Zu Beginn der Therapie wünschte er sich, sich mit seiner Frau (von der er inzwischen geschieden ist) auszusprechen. Diese lehnte eine entsprechende Anfrage jedoch kategorisch ab. Herr Krasniqis Vater und seine Geschwister leben in Kosovo, seine Mutter ist tot. Ein Onkel und ein Cousin leben in der Schweiz, jedoch relativ weit entfernt. Den Cousin hat er im Laufe der zweijährigen Therapie einige Male besucht. Die Bedeutung der Familie kam bei Herr Krasniqi vor allem darin Ausdruck, dass er in Gesprächen öfters seine starken Schuldgefühle gegenüber dem Vater und seine Trauer über den Tod der Mutter erwähnte. Als er in einer fortgeschrittenen Therapiephase aus externer Arbeit ein bescheidenes Einkommen erzielte, erfüllte es ihn mit Genugtuung, einen Teil davon seiner Familie nach Kosovo schicken zu können.

Herr Mahmutis Eltern sind tot. Ein Bruder und eine Schwester, deren Kinder und einige weiter entfernte Verwandte leben in der Schweiz. Er schildert die Beziehungen zu ihnen als emotional sehr bedeutsam, dabei als unproblematisch und konfliktfrei. Bei seinen Überlegungen und Entscheidungen scheinen Loyalitätsfragen oder gar Schuldgefühle gegenüber der Familie keine Rolle zu spielen. Er spricht mit der Familie offen über seine Situation und fühlt sich von ihr getragen. Es ist ihm sehr wichtig, sie regelmässig zu besuchen, was wir wiederholt mit Genehmigungen für Sonderurlaube unterstützten. Während die Familie für Herr Mahmuti sehr wichtig ist, spielt sie für unser Handeln eine kleine Rolle, da sie konfliktfrei ist. Es ist sehr gut, dass sie für Herr Mahmuti als Ressource vorhanden ist.

Frau Russos Eltern leben gemeinsam im Ort wo Frau Russo aufgewachsen ist. Ihre Schwester und ihr Bruder leben an anderen Orten in der Schweiz. In der Zusammenarbeit mit ihr zeigte sich schnell, dass sie emotional sehr stark an ihre Eltern gebunden ist. Sie vermisste vor allem ihre Mutter sehr und freute sich immer, sie an Wochenenden besuchen zu können. Doch auch Schuldgefühle gegenüber den Eltern und Besorgnis darüber, sie zu enttäuschen, waren ein wichtiges Thema. Sie realisierte im Lauf der Therapie eine Abhängigkeit von den Eltern, die sie störte, und wünschte sich, selbständiger zu werden. Wir arrangierten mit ihr eine externe Psychotherapie bei einer italienischstämmigen Ärztin in Bern, wo sie unter anderem die oben erwähnten und weitere familiäre Themen bearbeiteten. Durch ihre Schwangerschaft wurde ihre Beziehung zur Herkunftsfamilie einem tief greifenden Wandel unterzogen. Zu Beginn der Therapie war für sie klar, dass sie nach der Therapie in ihre Innerschweizer Heimat zurückkehren würde. Jetzt wohnt sie mit ihrer neuen Familie in der Nähe von Bern. Dazwi-



schen lag ein für Frau Russo nicht immer einfacher Prozess, in welchem sie sich intensiv mit Fragen von Nähe und Distanz, Abhängigkeit und Autonomie auseinandersetzte und sich in gewisser Weise aus der Rolle des von den Eltern abhängigen Kindes in jene der Ehefrau und Mutter entwickelte. Während der Schwangerschaft und darüber hinaus erhielt sie viel Unterstützung sowohl vom Vater ihres Kindes wie von ihren Eltern, die sie wöchentlich in der AWG besuchten, ihr im Haushalt halfen etc. Frau Russos Eltern wurden von ihr selbst in die Therapie einbezogen, jedoch nicht durch das Team. Letzteres kam aus sachfremden Gründen nicht zu Stande: Personell sehr angespannte Situationen aufgrund von Krankheitsfällen im Team machten mehrere Bezugspersonenwechsel notwendig. Es fehlte an zeitlichen Ressourcen und an der Kontinuität in der Betreuung, wodurch der Einbezug der Familie vernachlässigt wurde.

Auch für Herr Gashi ist seine Familie sehr wichtig, wobei das Wort "Hassliebe" die Verhältnisse gut auf den Punkt bringt. Seine Mutter und seine Geschwister leben in der Schweiz, sein Vater seit einigen Jahren in Albanien. Herr Gashis Beziehungen zur Mutter und noch mehr jene zum Vater sind sehr konfliktgeladen. Dabei steht Herr Gashi mitten im Spannungsfeld zwischen Loyalität gegenüber den kollektivistischen Vorstellungen von Familienehre, Respekt und Gehorsam einerseits und den individualistischen Konzepten, die er als in der Schweiz aufgewachsener Kosovo-Albaner natürlich auch kennt. Zur Illustration: Etwa drei Monate nach Eintritt erfuhr Herr Gashi, dass sein Vater in lebensbedrohlicher Weise erkrankt ist. Wenn der Vater - der kein Verständnis dafür hat, dass Herr Gashi eine Suchttherapie absolviert - dies von seinem Sohn verlangen würde, müsste dieser nach Kosovo reisen und dem Vater zur Seite stehen. Für ein Nein von Herr Gashi gäbe es keine Entschuldigung. Im Falle von Vaters Tod müsste Herr Gashi als ältester Sohn traditionsgemäss die Funktion des Familienoberhauptes einnehmen, die patriarchale Verantwortung für seine Mutter und seine Geschwister tragen und sich um Vaters Angelegenheiten in Kosovo kümmern. Dieser Herausforderung wäre er zum jetzigen Zeitpunkt nicht gewachsen; abgesehen davon wäre eine Abreise nach Kosovo mit der Fortführung der Therapie nicht zu vereinbaren. Für Herr Gashi könnte somit das Dilemma eintreten, entweder seinen Vater und dessen traditionelles Weltbild zu "verraten" oder seine ureigenen, vitalen Interessen massiv zu gefährden. Diese Situation war für Herr Gashi nicht auszuhalten und führte über einen gravierenden Rückfall beinahe zum Abbruch der Therapie. Inzwischen hat sich die Lage beruhigt, da es dem Vater gesundheitlich etwas besser geht. Ausserdem hat sich Herr Gashi mehr Distanz zum Vater verschafft: Nachdem er zwei- oder dreimal nach Telefonaten mit dem Vater, in denen er sich entwertet und gedemütigt fühlte, sehr deprimiert war und unmittelbar darauf rückfällig wurde, telefonierte er zur Zeit kaum mehr mit ihm. Die beschriebene familiäre Konstellation enthält natürlich neben der Dimension "kollektivistisch - individualistisch" viele weitere Aspekte, auf die hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden kann. Herr Gashi ist zurzeit intensiv damit beschäftigt, sich seine eigene, "transkulturelle" Identität zu erarbeiten, was nicht vereinfacht wird von den mehrfachen traumatischen Gewalterfahrungen, denen er sowohl im kosovarischen wie im schweizerischen Kontext ausgesetzt war. Fragen wie "Wer bin ich eigentlich? Was kann ich glauben? Wem kann ich vertrauen?" etc. stellt er sich in existentieller Tiefe. Die Auseinandersetzung mit der Familie wollte er bisher stets allein führen,

Familiengespräche mit den in der Schweiz anwesenden Angehörigen und Team-Mitgliedern hat er wiederholt abgelehnt. Er bespricht aber die familiären Themen intensiv mit uns und in der externen Psychotherapie.

Die Beispiele zeigen, dass der systematische Einbezug der Familien in die Therapie manchmal schwer oder gar nicht zu realisieren ist. Teilweise kann dies dadurch kompensiert werden, dass Klienten das Team und die Klientengruppe verwenden, um Teile ihrer Familiengeschichten zu reinszenieren. Wie Domenig (2001) schreibt, tendieren Migranten in stärkerem Ausmass als Schweizer dazu, therapeutische Beziehungen zu familiarisieren. Das heisst, sie suchen zu ihren Bezugspersonen einen Umgang, der jenem in der Herkunftsfamilie ähnelt und somit mehr von Nähe und Emotionalität als von professioneller Distanz geprägt sein soll. Die Autorin rät diesbezüglich: "Die angestrebte Familiarisierung seitens der Betroffenen sollte wenn möglich zugelassen werden, um den Vertrauensbildungsprozess nicht zu blockieren". Dieser Anforderung kann im milieutherapeutischen Rahmen unserer Institution entgegengekommen werden. Wenn gleichzeitig genügende Neutralität gewahrt und auf die Gefahr der Rollenumkehr zwischen Klient und Therapeut geachtet wird, besteht die Möglichkeit, dass familiäre Themen der Klienten im gruppentherapeutischen Rahmen zum Ausdruck kommen, erkannt und bearbeitet werden können. Wenn z.B. ein Klient von seinem konfliktgeladenen Verhältnis zur väterlichen Autorität dazu veranlasst wird, mit Teammitgliedern Machtkämpfe zu provozieren, besteht die Chance, dass über gelungene Konfliktbearbeitung aus der stetigen Reinszenierung von Dominanz-Unterordnungs-Ritualen die Möglichkeit eines partnerschaftlicheren Umgangs erwächst. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die Mitarbeiter nicht analoge Konfliktneigungen haben oder, wenn doch, sich dessen einigermaßen bewusst sind. Entwicklungen, die ein Klient in Abwesenheit seiner Familie machen kann, werden auf seinen Umgang mit der Familie und das ganze Herkunftssystem positiv zurückwirken. In Herrn Gashis Fall haben wir den Eindruck, dass genau dies geschieht.

Abgesehen von systematischer Zusammenarbeit mit den Familien der Klienten haben wir niederschwellige Angebote, die es Angehörigen ermöglichen, sich informell zu beteiligen. Dazu gehören insbesondere die regelmässig durchgeführten Angehörigenabende, an denen wir über unsere Arbeit informieren und anschliessend gemeinsam essen, sowie die wöchentlich durchgeführte, öffentliche Pizzeria.

### 2.3.5 Arbeit

Bevor Klienten in einer fortgeschrittenen Therapiephase eine externe Arbeit nach eigener Wahl und entsprechend den vorhandenen Fähigkeiten aufnehmen, arbeiten sie im nah gelegenen Landwirtschaftsbetrieb (vor allem Obstbau), in der Hauswirtschaft (Kochen, Reinigung) und in der öffentlichen Pizzeria, die wir einmal wöchentlich durchführen. Genauso wie die einheimischen Klienten zeigen jene mit Migrationshintergrund generell guten Arbeitseinsatz und können durch die systematische, arbeitsagogische Begleitung ihre Fähigkeiten und ihr Selbstvertrauen ausbauen. Daneben beobachteten wir

bei Migranten folgende spezifische Phänomene: Herr Krasniqi und Herr Mahmuti verstanden zu Therapiebeginn nicht, dass wir Arbeit als integralen Bestandteil einer entwicklungsorientierten Therapie behandeln. Sie hatten den Eindruck, als billige Arbeitskräfte ausgenutzt zu werden und sträubten sich dagegen. Natürlich hatten sie in ihrer beruflichen Biographie genau diese Erfahrung schon mehrfach gemacht. Der Sinn und Zweck der Arbeit im Rahmen der Therapie konnte ihnen jedoch im Laufe der Zeit vermittelt werden, worauf sich ihre Kooperation verbesserte.

Zwei Männer, die aus armen bäuerlichen Familien in Ex-Jugoslawien stammen, hatten massive Widerstände gegen die Arbeit in der Landwirtschaft. Wind und Wetter, der Schmutz an den Händen, der tiefe gesellschaftliche Status dieser Arbeit bedeutete ihnen etwas, das sie an ihrer Herkunft ablehnten und wohin sie keinesfalls zurück wollten. Bei dem einen Klienten, der sich rundweg weigerte, diese Arbeit anzunehmen und dem wir kurzfristig keine Alternative bieten konnten, trug dieser Sachverhalt dazu bei, dass die Therapie schon nach einer Woche abgebrochen werden musste. Der andere Klient war Herr Mahmuti, der sich widerwillig in die Situation schickte, sich aber bei jeder Gelegenheit vor der Arbeit drückte, was zu Auseinandersetzungen mit den arbeitsverantwortlichen Mitarbeitern führte. Herr Mahmuti war zu Beginn der Therapie auch kaum zu Reinigungsarbeiten bereit, da dies für ihn ebenfalls minderwertige Arbeit, "Frauenarbeit" war. Wir diskutierten dies mit ihm, bestanden aber selbstverständlich darauf, dass er wie alle anderen seinen Beitrag zur Hausreinigung zu leisten habe. Nach einigen Monaten hatte er sich daran gewöhnt. Wenn Herr Mahmuti im von ihm gewählten Beruf in der Gastronomie tätig sein kann, arbeitet er sehr gerne und erbringt gute Leistungen.

Die zuverlässige Erledigung administrativer Aufgaben (Korrespondenz mit Ämtern, Versicherungen etc.) ist bei fast allen unserer Klienten eine Schwachstelle. Die Klienten mit Migrationshintergrund haben jedoch durchschnittlich deutlich mehr Mühe damit als die Schweizer. Den Hintergrund bilden wahrscheinlich mangelnde Sprachkenntnisse und schlechte Selbstwirksamkeits-/Kontrollerfahrungen im Umgang mit Behörden<sup>5</sup>. Herr Krasniqi, Herr Mahmuti und Herr Gashi brauchen in diesem Bereich ausserordentlich viel Unterstützung und Ermahnung. Bei Herr Krasniqi und Herr Mahmuti ist auch die selbständige und zuverlässige Wahrung von Terminen ein stetiger Stein des Anstosses. Dabei fällt auf, dass sie bei Terminkollisionen diese nicht durch Kommunikation sondern durch "Vergessen" regulieren. So entgehen sie kurzfristig einer als unangenehm erlebten Konfrontation, ziehen aber im Nachhinein Ärger auf sich. Diese Strategien zeichnen sich - zumindest bei Herr Krasniqi und Herr Mahmuti - durch auffallende Änderungsresistenz aus. Für das Team ist das zuweilen frustrierend, was zu kontraproduktiven Reaktionen wie Vorwürfen oder Bevormundung führen kann.

---

<sup>5</sup> Aus der Forschung zu Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen ist bekannt, dass diese in Ländern des ehemaligen Ostblocks, die lange unter totalitärer Herrschaft standen, signifikant tiefer sind als in westlichen Demokratien.

### 2.3.6 Krieg, Trauma

Traumata durch Entwurzelung, Flucht, Krieg und Folter werden in der Strategie "Migration und Gesundheit" des Bundesamtes für Gesundheit (2002) als zentraler Problem- und Interventionsbereich genannt. Wir hatten und haben inzwischen mehrere Männer aus dem Balkan in der Therapie, die zu verschiedenen Graden von dieser Thematik betroffen sind. Dazu gehören Herr Krasniqi und Herr Gashi. Die Auswirkungen auf die Suchtentwicklung und die Therapie sind vor allem bei Herr Gashi sehr gravierend, wie in der Fallgeschichte skizziert wurde. Er hatte schon vor Eintritt in den Schlüssel eine Traumatherapie am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes begonnen, die er nun vom Schlüssel aus regelmässig besucht. Für Herr Krasniqi fanden wir eine Psychotherapeutin in Bern, welche auf Traumatherapie spezialisiert ist, Herr Krasniqis Sprache spricht und die Geschichte des Balkans gut kennt. Im Masse, in welchem ein Klient dazu bereit ist, sind die traumatischen Erfahrungen auch Gegenstand der Bezugspersonengespräche im Schlüssel. In der Mitteilung kann eine Entlastung des Betroffenen stattfinden und unser Verständnis der Problematik wachsen.

Wenn Herr Gashis Traumata zeitweise an die Oberfläche seines Bewusstseins treten und grauenvolle Alpträume seinen Schlaf rauben, hat dies auch starke Auswirkungen auf seine körperliche Verfassung. Seine Körperhaltung und -spannung, sein ganzes Erscheinen verändern sich auf manchmal besorgniserregende Weise. Doch nicht nur die massiven seelischen Verletzungen durch Krieg und Folter werden von Menschen aus dem Balkan oft über den Körper ausgedrückt. Symptome wie Kopf- und Rückenschmerzen oder anhaltende Müdigkeit können mit der unbewältigten Entwurzelung aus der Heimat zusammenhängen. Herr Krasniqi und Herr Mahmuti leiden häufig an solchen eher unspezifischen Beschwerden. Es ist wichtig, sich der Gefahr bewusst zu sein, solches auf rein körperliche Probleme zu reduzieren oder als Simulation misszuverstehen.

### 2.3.7 Unsicherer Aufenthaltsstatus

Auch unsicherer Aufenthaltsstatus ist ein Thema, welches in der Strategie "Migration und Gesundheit" des Bundesamtes für Gesundheit (2002) als spezifisches Krankheitsrisiko genannt wird. Wir beobachten, dass der therapeutische Prozess durch gefährdete Aufenthaltserlaubnis erschwert oder ernstlich gefährdet wird. Während das Problem mehrere unserer Klienten betraf und betrifft, lässt es sich besonders eindrücklich an Herr Mahmutis Beispiel veranschaulichen. Gegen ihn liegt ein rechtsgültiger Ausweisungsentscheid vor, welcher nach Abschluss der Massnahme vollzogen werden soll. Er kann sich nicht vorstellen, nach fast 20 Jahren in der Schweiz in den Kosovo zurückzukehren. Als Angehöriger einer diskriminierten Minderheit hat er in einem Land mit einer Arbeitslosigkeit von ca. 40% kaum berufliche Perspektiven. Aufgrund seiner gesundheitlichen Verfassung wäre eine Ausweisung ausserdem sehr gefährlich für ihn, die notwendige medizinische Versorgung wäre nicht gewährleistet. Die Therapie wird durch die fehlende Perspektive für die Zeit nach der Therapie unterminiert. Herr Mahmuti fühlt sich von der drohenden Ausweisung existentiell bedroht, Hoffnung und Optimismus als Vor-

aussetzungen für innere und äussere Entwicklungen können sich nicht etablieren. Weiter wird die Therapie von der Situation auch in formaler Hinsicht blockiert. Eine über ein externes Praktikum hinausgehende Progression, d.h. Arbeitsexternat und evtl. Wohnexternat, wird von der Massnahmebehörde aus aufenthaltsrechtlichen Gründen abgelehnt. Das bedeutet aus therapeutischer Sicht, dass Herr Mahmuti die Therapie gar nicht bis zu einem Punkt durchlaufen kann, an welchem er einen Grad der Autonomie erreicht, der einen Abschluss der Therapie rechtfertigt. Ein fachlich begründeter Abschluss der therapeutischen Massnahme wird somit verunmöglicht. Vor kurzem hat Herr Mahmuti einen Anwalt aufgesucht, um noch mal zu versuchen, eine Aufenthaltsgenehmigung zu erreichen.

### 2.3.8 Grenzen der migrationsspezifischen Therapie in unserem Rahmen

Im ersten Abschnitt dieses Berichts wurde dargelegt, inwiefern unser Therapiekonzept, welches sich auf humanistische Grundsätze beruft und Empowerment zum Ziel und zur Methode hat, eine ausgezeichnete Grundlage für migrationsspezifische Suchttherapie bietet. Im dritten Abschnitt wurden Themenkomplexe, die wir in der Arbeit mit Migranten für besonders relevant erachten, beleuchtet. Dabei wurden Grenzen der migrationsspezifischen Therapie in unserem Rahmen sichtbar. Diese sollen hier kurz zusammengefasst werden.

- Der Einbezug der Familie wird öfters dadurch verunmöglicht, dass ein Klient dies ablehnt oder dass die massgeblichen Familienmitglieder zu weit entfernt oder verstorben sind.
- Traumatisierung aufgrund massiver Gewalterfahrung kann zu Verhalten einer Person und zu Gruppenprozessen führen, welche die Möglichkeiten einer sozialtherapeutisch ausgerichteten Institution übersteigen.
- Drohende Ausweisung kann den therapeutischen Prozess nachhaltig gefährden.

## 2.4 Quantitative Untersuchungen

Für eine kleine quantitative Untersuchung haben wir für alle Klienten, die nach dem 1.1.2006 eingetreten und vor dem 15.11.2008 ausgetreten sind, folgende Merkmale bestimmt: Migrationshintergrund (nein / ja), Therapie im Rahmen einer strafrechtlichen Massnahme (nein / ja), Therapieerfolg (-1 = ungünstig, 0 = unsicher, +1 = günstig), Anzahl Therapietage. Der Therapieerfolg wurde von zwei erfahrenen Mitarbeitern beurteilt unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs, Verfassung des Klienten bei Austritt, Umstände des Austritts, unsystematisch gewonnene Informationen über die weitere Entwicklung nach Austritt. Die folgende Tabelle fasst die Resultate zusammen.

		Migrationshintergrund		
		Total	Nein	ja
<b>Anzahl Nennungen</b>		38	24	14
Massnahme	nein	26	17	9
	ja	12	7	5
Therapieerfolg	- 1	17	11	6
	0	13	9	4
	+1	8	4	4
mittlerer Erfolg		-0.24	-0.29	-0.14
Tage		188	173	213

*Legende: Tage = Mittlere Dauer der Therapie in Tagen.*

38 Klienten sind im Untersuchungszeitraum ein- und wieder ausgetreten. Davon hatten 14 einen Migrationshintergrund, 12 eine strafrechtliche Massnahme. Die kleinen Fallzahlen erlauben keine inferenzstatistischen Tests. Folgende Tendenzen können aber festgestellt werden: Der Anteil der Klienten, der die Therapie im Rahmen einer Massnahme absolviert, ist unter Schweizern etwa gleich gross wie unter Migranten, nämlich ungefähr ein Drittel. Der Therapieerfolg ist ebenfalls in beiden Gruppen etwa gleich: Etwas mehr als die Hälfte schliesst (oder bricht) die Therapie mit gutem oder unsicherem Ergebnis ab, etwas weniger als die Hälfte entsprechend mit ungünstigem Ergebnis. Obwohl wir im Schlüssel bislang keine Mitarbeiter aus den Herkunftsregionen unserer Klienten mit Migrationshintergrund (in erster Linie Balkan und Italien) anstellen konnten, sind unsere Therapien mit Migranten nicht weniger erfolgreich als mit Schweizern. Dies steht in gewissem Kontrast zur Einschätzung von Salman (2002), nach welcher der Einsatz von Migranten in Betreuungsteams zu besseren Therapieerfolgen führe. Allerdings dauerten unsere Therapien mit Migranten im Schnitt 40 Tage länger als jene mit Schweizern. Dies könnte mit den im Abschnitt 3 dargelegten, spezifischen Erschwernissen zusammenhängen.

## 3. Teil – Fazit /Ausblick

### 3.1 Fazit

Der therapeutische Bereich Schlüssel hat sich in den letzten drei Jahren als stationäres, migrationspezifisches Suchthilfeangebot im Kanton Bern profiliert und etabliert und ergänzt heute das ambulante Angebot des Contact Netz. Die erarbeitete Kernkompetenz wird von den Zuweisern zunehmend erkannt und eine leichte Zunahme von Anfragen dieser Zielgruppe wird registriert. Während der Projektphase konnten folgende Aspekte der migrationspezifischen Arbeit im therapeutischen Angebot etabliert werden, die wir über die Projektdauer hinaus weiterführen und auch in der geplanten Neuausrichtung berücksichtigen werden:

- Anpassung von Leitbild, Stellenbeschreibungen und QMS-Unterlagen
- Geschäftsleitungssitzung Gemeinschaft zum Schlüssel mit festem Traktandum Migration, Wissenstransfer in alle Bereiche der Gemeinschaft zum Schlüssel
- Implementierung des migrationspezifischen Konzeptes in das Therapiekonzept des Schlüssels und der anderen Angebote der Gemeinschaft zum Schlüssel
- Konsequente individuelle und ressourcenorientierte Arbeitsweise in allen Angeboten der Gemeinschaft zum Schlüssel auf der Grundhaltung des Empowerment
- Regelmässige Teamsitzungen mit festem Traktandum Migration
- Regelmässige Fallsupervision durch Migrationsexperten
- Fördern der transkulturellen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Schlüssels durch interne und externe Weiterbildungen
- Zusammenarbeit mit dem primären Netz, in Paar-, Familien- und Systemgesprächen
- Angehörigenabend als fester Bestandteil der Jahresplanung (2 mal jährlich)
- Im Therapieprogramm implementierter Bildungs- und Stützunterricht im Schulprojekt des Contact Netz
- Intensive Netzwerkarbeit mit anderen Organisationen, insbesondere Contact Netz, Fachärzten sowie Psychologinnen und Psychologen mit Spezialisierung in Migration und Kriegstraumata
- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch Führungen interessierter Gruppen sowie vorstellen des Angebotes an interessierte Gruppen

Nicht alle ins Auge gefassten Vorstellungen konnten im Verlaufe des Projektes realisiert werden. So gestaltete sich die Anstellung eines Mitarbeiters / einer Mitarbeiterin mit persönlichem Migrationshintergrund als schwierig und trotz gezielter Massnahmen nicht in die Praxis umsetzbar. In der Folge wurde bei Personalrekrutierungen die fachliche Qualifikation der Mitarbeitenden höher gewichtet als persönliche Erfahrungen. Zur Sensibilisierung für die spezifische Thematik von Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund wurde insbesondere der Wissenstransfer innerhalb des Teams und mit externen Netzwerken gefördert und instrumentalisiert. Die Auswirkungen auf die transkulturelle Kompetenz der Mitarbeitenden im Schlüssel zeigen, dass auch dieser Weg möglich ist.

Nicht realisiert wurde die mehrsprachige Bibliothek für Klientinnen und Klienten. Das Vorhaben stiess in der Praxis bei den Betroffenen auf wenig Interesse. Als Bedürfnis wurde jedoch der Zugang zum Internet und landeseigenen Printmedien gewünscht, was in der Folge auch mit gezielten Zugangsberechtigungen zum Internet umgesetzt wurde.

Während der ganzen Projektdauer wurde der Öffentlichkeitsarbeit grosse Bedeutung beigemessen. Auf die Herstellung von mehrsprachigen Kurzprospekten wurde jedoch verzichtet. Es zeigte sich in der Praxis, dass sich die Klientinnen und Klienten vor Eintritt mit dem vorhandenen Informationsmaterial gut informieren konnten und die Zuweisung in die Therapie Schlüssel nicht wie angenommen u.a. über Communities sondern in den häufigsten Fällen durch Eigeninitiative, Straf- und Massnahmevollzug oder durch ambulante Beratungsstellen (häufig Contact-Netz) erfolgte.

Wie erfolgreich letztlich ein Projekt umgesetzt werden konnte oder nicht zeigt sich nicht zuletzt in der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten. Druckfrisch vom ISGF erhalten geben wir zum Abschluss Einblick in die Klientenzufriedenheit 2008<sup>6</sup>: Insgesamt wurden 11 KlientInnen befragt. Die nachfolgenden Zahlen weisen den Mittelwert aus.

Befragungskriterien	Schlüssel	Gesamt	
Allgemeine Zufriedenheit	3.57	3.30	Basierend auf einer Skala von 1 - 4
Angebot	4.08	3.86	Basierend auf einer Skala von 1 - 5
Lebensumstände in der Einrichtung	4.33	4.19	
Zufriedenheit mit Verständnis und Akzeptanz	4.23	4.04	
Fachliche und soziale Kompetenz des Teams	4.38	4.18	
Austrittsvorbereitung und Nachsorge	4.27	4.18	
Persönliche Entwicklung in Therapie	4.36	4.16	

### 3.2 Ausblick

Trotz dieser positiven Veränderungen waren die letzten Jahre von wiederkehrenden Belegungseinbrüchen geprägt. Im Herbst 2007 mussten auf Grund einer schwierigen Gruppenkonstellation drei Klientinnen und Klienten entlassen werden, zwei Weitere beendeten die Therapie regulär. Die in der Folge entstandene Unterbelegung dauerte mangels Nachfragen bis Februar 2008 an. Diese einschneidende Situation erforderte von den Verantwortlichen konkrete Massnahmen. Der Stiftungsrat von Terra Vecchia entschied im Frühling 2008, die innerhalb der Gesamtorganisation bestehende Konkurrenzsituation im Segment Langzeittherapie zu entschärfen und zukunftsorientiert ein neues

---

<sup>6</sup> ISGF Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Stichtagerhebung zur Klientenzufriedenheit in stationärer Suchttherapie, 22.-26.09.2008



Angebot für Kurzzeittherapie<sup>7</sup> zu lancieren. In der Zwischenzeit hat sich die Situation durch die Schliessung eines weiteren stationären Suchthilfeangebotes im Kanton Bern wieder etwas normalisiert. Dennoch ist davon auszugehen, dass in Zukunft weniger stationäre Therapieplätze im Langzeitsegment gefragt sind.

Im Spätfrühling 2008 reichte die Gesamtleitung der Gemeinschaft zum Schlüssel der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern einen Projektantrag<sup>8</sup> für Kurzzeittherapie im Schlüssel Detligen ein, der im Spätsommer bewilligt wurde. Auf Grund dieser positiven Signale begannen die Projektverantwortlichen mit der Umsetzung der Projektplanung. Die Rahmenbedingungen (Projektstart, Finanzierung etc.) müssen in einem bevorstehenden Gespräch mit der GEF noch geklärt werden. Ein Projektstart kann nicht vor Anfangs 2010 in Auge gefasst werden, da eine grosse Sanierung der Liegenschaft unumgänglich ist.

Bis zum Zeitpunkt der Umstellung des Angebotes Schlüssel wird die Ausrichtung migrationspezifisch bleiben und wir setzen alles daran, die vorhandene Kompetenz im neuen Angebot zu verankern und vorhandenes Wissen innerhalb der Stiftung Terra Vecchia – insbesondere in den Langzeitangeboten – zu verankern.

Wir schliessen das Projekt **„Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel“** mit einem kleinen, fachspezifischen Event im März 2009 ab.

### 3.3 Antrag / Dank

Es war den Projektverantwortlichen ein grosses Anliegen den Schlussbericht möglichst praxisorientiert im Sinne eines Erfahrungsberichtes zu gestalten. Wir hoffen, damit Ihr Interesse geweckt zu haben und bitten Sie um Genehmigung des Berichtes.

Ohne die Unterstützung von INFODROG hätte das Projekt **„Migrationsarbeit in der stationären Suchttherapie Schlüssel“** nicht realisiert werden können. Durch Ihre Unterstützung wurde die tiefere Auseinandersetzung möglich, indem das Thema rund um diese Menschen ins Zentrum des Interesses gestellt wurde. Es konnten in der Folge wichtige Erfahrungen in der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten gemacht werden, die heute bewusst das Tun und Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Schlüssels und der Gemeinschaft zum Schlüssel prägen. Für diese Chance danken wir Ihnen sehr.

Im Speziellen danken wir an dieser Stelle Herrn Erich Leu, Psychologe im Schlüssel, für die Verfassung des Teils 2 „Erkenntnisse aus der Perspektive der operativen Ebene Schlüssel“, dieses Berichtes.

---

<sup>7</sup> Dies auf Grund von Signalen seitens der GEF, an einem solchen Angebot innerhalb des Kantons interessiert zu sein. Als geeigneter Standort wurde auf Grund interner Analysen der Schlüssel Detligen bestimmt.

<sup>8</sup> Sowie ein Behandlungskonzept für Kurzzeittherapie

## Literatur

**Akbiyik, O. (2002).** ODAK e.V. - Perspektiven interkultureller Jugend- und Suchtarbeit in Deutschland. In: Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Migration und Sucht. Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. Solingen: Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen.

**Bundesamt für Gesundheit (2002).** Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

**Czycholl, D. (1998).** Entwicklung einer spezialisierten Konzeption für die stationäre Therapie suchtkranker Menschen. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Domenig, D. (2001).** Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Hans Huber.

**Kaya, D. (2002).** Ansätze und Erfahrungen einer Langzeittherapieeinrichtung für drogenabhängige junge Männer ausländischer Herkunft. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag.

**Kulinski, K. (1998).** Migration und die Folgen. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Salman, R. (1998).** Spezifische gesundheitliche Lage und Belastungen der Migranten. In: Czycholl, D. (Hrsg.): Sucht und Migration. Spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

**Salman, R. (2002).** Stand und Perspektiven interkultureller Suchthilfe. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag.

**Tuna, S. (2002).** Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchtgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag.

**Yüksel, T. (2002).** Der kulturelle Aspekt in der Suchthilfe - Türkisch-islamische Grundhaltungen und ihre Auswirkungen auf das Drogenhilfesystem. In: Salman, R., Tuna, S., Lessing, A. (Hrsg.): Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Giessen: Psychosozial-Verlag.